

Les applications de l'anthropologie dans la prise en charge de la tuberculose au Burkina Faso

Roger ZERBO*

Résumé

Les réflexions engagées dans cet article relèvent des expériences de recherches conduites dans le cadre des travaux réalisés pour le compte d'un projet de santé publique au Burkina Faso de 2005 à 2009. Ce projet portait sur la prise en charge de la tuberculose. L'anthropologue impliqué dans ce projet s'est donné pour tâche d'analyser les représentations sociales autour de la tuberculose ainsi que la nature des interactions entre les acteurs du système de santé, afin de les prendre en compte dans les interventions de santé publique. Analyser les relations thérapeutiques est une approche recommandée, néanmoins, considérer cette donnée dans le processus d'amélioration des programmes de santé, reste un défi à relever. Outre le risque que l'anthropologue soit réduit au rôle d'auxiliaire, sa démarche est parfois mise en difficulté par l'urgence des résultats attendus, et paradoxalement peu exploités et très peu traduits en actions. Pour l'anthropologue, si engagement et distanciation sont constants, une approche réflexive est également indispensable par rapport à un programme de santé en lien avec le contexte local, la singularité des acteurs et la nature de leurs interactions.

Mots-clés : Anthropologie, santé publique, systèmes de santé, tuberculose.

Applications of anthropology in support of tuberculosis in Burkina Faso

Abstract

The reflections in this article are taken from research conducted in the context of work which was done in the context of a public health project in Burkina Faso from 2005 to 2009, on the fight against tuberculosis. The anthropologist involved in this project had the task of analyzing the social representations of tuberculosis as well as the nature of the interactions among the actors of the health system, in order to take them into account in public health interventions. Analyzing therapeutic relationships is a recommended approach, however, considering this data in the process of improving health programs remains a challenge. Apart from the fact that the anthropologist can be reduced to an auxiliary role, his approach is sometimes troubled by the urgency of expected results, and paradoxically little used and very rarely translated into action. For the anthropologist, if commitment and distance are constant, a reflexive approach is also indispensable towards a health program in relation to the local context, the uniqueness of actors and the nature of their interactions.

Keywords : anthropology, public health, health system, tuberculosis

* INSS / CNRST - E-mail : Roger.zerbo@gmail.com

Introduction

Les applications de l'anthropologie, notamment dans le secteur de la santé sont fréquemment mises à rude épreuve dans leurs ambitions de dépasser l'amélioration technique des soins pour « englober l'ensemble des dimensions socio-affectives qui constituent les fondements d'une éthique en acte » (JAFFRÉ *et al.*, 2009). L'anthropologue impliqué dans un programme de recherche pour le développement a bien souvent été l'objet de questionnement sur ses démarches, mais surtout sur l'utilité et l'importance de ses résultats, dans un contexte où les pratiques et les savoirs sont perpétuellement changeants, ou sujets aux changements. Dans une visée progressiste de l'anthropologie, on se pose la question de savoir comment contribuer à la délivrance des services publics, et venir en aide aux populations vulnérables du fait de la pauvreté ou la maladie, par des recherches-actions. De plus en plus, on s'aperçoit qu'il existe une transversalité des problématiques de recherche dans le secteur de la santé. Ce qui recommande plusieurs éclairages disciplinaires, en convoquant les compétences professionnelles différentes, d'où la promotion des approches interdisciplinaires, mais aussi la mise en œuvre de méthode d'enquête rapide en anthropologie. Que devient l'anthropologue dans cette dynamique de collaboration et surtout comment pourrait-il servir à l'éclairage des questionnements sur les pratiques de soins et les relations entre usagers des centres de santé ? Le plus souvent, les financements internationaux recommandent la constitution des équipes pluridisciplinaires. L'implication des anthropologues constituent parfois l'une des conditions du financement d'un projet, notamment dans le secteur de la santé et du développement, en direction de l'Afrique. En tant qu'anthropologue impliqué dans un programme de lutte contre la tuberculose au Burkina Faso de juin 2005 à mai 2009, notre stratégie d'approche a été de chercher à comprendre et interpréter les représentations sociales liées à la tuberculose ainsi que la nature des interactions entre les acteurs du système de santé. Selon nos attentes, cette production anthropologique devrait être prise en compte dans les interventions de santé publique. Étonnement, déroute ou frustration, les conclusions de la recherche anthropologique, n'ont été que partiellement et sommairement mises à profit pour des innovations dans le système de santé. Le *corpus* de données généré par cette expérience de l'anthropologue dans un programme de lutte contre la tuberculose, s'inscrit dans la série des questionnements sur les enjeux d'une anthropologie d'intervention. Il se pose autant de questions théoriques, que méthodologiques et épistémologiques. Quel risque d'instrumentalisation l'anthropologie court-elle dans une approche pluridisciplinaire notamment impliquant la santé publique ? Dans de nombreuses situations les anthropologues sont sollicités, mais leur point de vue est parfois ignoré (GRUÉNAIS, 2007). Négligence ou méconnaissance des exigences de la démarche anthropologique, nous nous sommes posés ces questions pendant et lorsque le programme est arrivé à son achèvement. Fondamentalement, la précarité des malades et les enjeux de santé publique que comporte la tuberculose, interpellent l'anthropologue dans son rôle citoyen pour un système de santé soucieux du bien-être des malades et l'estime de soi des soignants. Il faut tout autant reconnaître que les inter-

actions entre soignants de différents niveaux ne sont pas aussi saines qu'on le pense. L'objet de cet article est de mettre en perspective notre expérience d'implication d'anthropologue dans un programme de politique publique d'accès aux soins anti-tuberculeux. Nous évoquons d'abord des situations traduisant l'articulation entre anthropologie et santé publique autour de la tuberculose, les postures méthodologiques adoptées. Ensuite nous présentons quelques résultats en termes d'apport de l'anthropologie aux actions de santé publique. Enfin nous faisons une esquisse des discussions engagées autour de l'expérience d'anthropologue en articulation avec la pratique des acteurs de la santé publique au Burkina Faso.

Situation de la tuberculose : approche anthropologique d'un sujet de santé publique

La tuberculose, en tant que catégorie biomédicale est un problème de santé publique, notamment à cause de son lien avec le Sida. Elle évoque également des problèmes économiques et sociaux dans le vécu des patients (FARMER, 2006). L'anthropologie s'intéressant aux représentations sociales de la maladie reconnaît qu'elle pose également des questions liées au fonctionnement aux institutions sociales et aux interactions sociales entre individus (KLEINMAN, 1980). Au Burkina Faso, la proportion de malades défaillants au traitement est d'environ 10,2 % en 2006 et les taux de succès au traitement varient de 60,2 % à 68,6 selon les localités (DEMBÉLÉ *et al.*, 2008). Outre les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'intérêt de considérer le patient dans sa globalité est de plus en plus démontré (MEAD et BOWER, 2000). Analyser les relations thérapeutiques est pertinent, inclure cette donnée dans le cadre d'une recherche-action est un défi qui demeure pour les acteurs des systèmes de santé (ZERBO *et al.*, 2009). Depuis les années 2000 au Burkina Faso, dans le cadre des projets de santé publique axés sur la tuberculose, les politiques sanitaires envisagent de prendre en compte les propositions des acteurs communautaires, des professionnels de la santé et des patients pour améliorer l'offre de soin aux malades (DEMBÉLÉ, 2008). Toutefois, les résultats peinent à montrer leur efficacité. Depuis 2006, le Programme National de lutte contre la Tuberculose du Burkina Faso adhère à la stratégie « *Halte à la Tuberculose* » en appliquant le DOTS¹. Ses composantes prennent racines dans les recommandations de l'Organisation Mondiale de Santé, avec, en principe, le traitement gratuit des malades tuberculeux dans tous les centres de santé². Du moins, les médicaments antituberculeux sont gratuits pour les formes simples de tuberculose (DEMBÉLÉ, 2008). Ainsi, des agents de santé ou des volontaires formés au sein de la communauté, veillent à ce que les malades prennent les doses de médicaments

¹ Directly observed treatment short-course (Lire: OMS; 2002, Global Plan to Stop Tuberculosis. Genève, OMS, Partners In Health, et Open Society Institute).

² Les centres opérationnels pour la tuberculose sont appelés Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) qui sont situés dans les CM & CMA. Avec le processus de décentralisation des soins antituberculeux, les CSPS prennent en charge les tuberculeux.

requis pendant la durée de traitement, selon les régimes thérapeutiques appliqués au malade. D'après CASTRO et FARMER (2003), environ 90 % de tous les décès dus à la tuberculose ou au sida surviennent dans les pays pauvres. Le Burkina Faso étant un pays aux ressources limitées, la tuberculose constitue donc un problème majeur de santé publique, surtout au sein des populations vivant dans des conditions précaires. Au Burkina Faso, en 2008, 2 737 nouveaux cas de tuberculose pulmonaires à microscopie positive ont été diagnostiqués soit 18,7 cas/100 000 habitants (PNT, 2009 : 19). Le taux de succès au traitement en 2007 était de 71,5 % (Dembélé, 2008), et la morbidité liée à la tuberculose est très présente. De plus en plus, la co-infection tuberculose-sida et l'apparition des formes de tuberculoses multi-résistantes constituent les nouvelles questions prioritaires de santé publique (DEMBÉLÉ, 2008). Malgré la disponibilité des médicaments antituberculeux, les cas de tuberculoses ne cessent d'augmenter. La situation se complique davantage avec la pandémie du VIH/Sida, dans la mesure où le tiers des malades séropositifs meurent de la tuberculose. Plusieurs approches ont donc été développées pour optimiser le traitement des malades, avec parfois des échecs et des succès (DRABO *et al.*, 2010). Des règles et normes de conduites ont été conçues pour organiser le fonctionnement des systèmes de santé et le rôle des acteurs : politiques, agents de santé, malades, secteur privé. Malgré tout, la mobilisation communautaire face à la maladie, ainsi que l'équité dans l'accès aux soins posent problème (RIDDE ET GIRARD, 2004, DRABO *et al.*, 2009). On demande à la communauté de se mobiliser pour se prendre en charge alors que les populations qui composent cette communauté sont de plus en plus démunies. Des exemples montrent qu'on peut bien impliquer la communauté dans la prise en charge des malades tuberculeux (FARMER *et al.*, 2001). Les approches holistes et systémiques de santé publique sont recommandées pour répondre aux besoins de santé des populations (DUJARDIN, 2003 ; MACQ *et al.*, 2003). Ainsi que l'évoque Laurent Vidal, la tuberculose pose des questions de santé publique, mais aussi, « *se nichent des points de débats anthropologiques qui renvoient tout aussi bien aux pratiques diagnostiques effectives des soignants, aux modalités de délivrance du traitement et de l'information des malades, qu'aux compréhensions du traitement par ces derniers ou aux attentes des soignants, en matière de formation ou de prise en compte du risque professionnel* » (VIDAL, 2004 : 89). L'anthropologie dans ses options politiques, en tant que mode d'accès à la compréhension de la complexité du comportement des individus en société confrontés à la maladie trouve là un terrain privilégié de recherche. Alors, CASTRO et FARMER (2003) analysent cette situation à travers des recherches effectuées à Haïti, en mettant en évidence un problème d'ordre structurel. Ils s'intéressent aussi bien aux politiques et systèmes de santé, que les conditions historiques de sous-développement des pays du Sud et les moyens économiques des populations. Au Burkina Faso par exemple, les recherches anthropologiques sur la tuberculose décrivent principalement les difficultés d'accès aux soins pour les malades tuberculeux en termes de représentations sociales de la maladie (ZERBO, 2012). Dans d'autres contextes la question liée aux malades de la tuberculose est abordée

en termes de dysfonctionnement des services de santé (DIALLO *et al.*, 2004). L'importance de ces deux aspects ne fait aucun doute. Des travaux ont mis en évidence la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques en Afrique de l'Ouest, traduisant parfois une situation catastrophique de ce qui se vit dans les formations sanitaires (JAFFRE et OLIVIER DE SARDAN, 2003). L'anthropologie, apte à fournir des clés de lecture de la dynamique des interactions sociales et des pratiques thérapeutiques impliquant des codes culturels, se trouve interpellée face aux enjeux de la tuberculose et des maladies chroniques en général.

Une démarche complexe pour étayer la question

Assez souvent les programmes pluridisciplinaires de recherche ou d'intervention, sont caractérisés par une juxtaposition, une superposition, une interpénétration ou un dépassement des frontières disciplinaires. Ceci crée parfois un flou dans la position des acteurs (BERCHE, 1998). Un programme pluridisciplinaire centré sur la lutte contre la tuberculose, impliquant des institutions de recherches universitaires, le programme national antituberculose (PNT) et les services de soins. Il est exécuté sous forme de recherche-action pluridisciplinaire, dans la région sanitaire du Plateau Central. Cette région recouvre trois districts sanitaires comportant une centaine de centres de santé ruraux (les centres de santé et de promotion sociale (CSPS)). En ce qui concerne la « politique du terrain », pour emprunter ici l'expression à Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (2008 : 76), plusieurs approches ont été mobilisées. Le *corpus* de donnée ayant servi à la rédaction de cet article a été élaboré à partir des informations collectées par des observations directes, participantes, des entretiens libres et semi-directif, la lecture critique de la littérature grise produite dans le cadre de la mise en œuvre du projet et une confrontation avec la littérature scientifique.

La tâche de l'anthropologue a été d'analyser la situation des acteurs par des études de cas multiples. Nous avons conduit une approche socio-anthropologique des étiologies locales de la tuberculose et des itinéraires thérapeutiques des malades. Analyser l'attitude des prestataires de soins, le rôle des administrateurs des services de santé et les interactions entre acteurs. L'analyse des pratiques de soins ainsi que des systèmes de pensées locales permettent de générer des théories qui rendent compte des logiques des acteurs selon le principe de la théorisation ancrée dans les données empiriques (STRAUSS et CORBIN, 2004). Ceci participe à relativiser souvent les images stéréotypées que les intervenants des programmes de santé ont souvent des populations locales bénéficiaires des actions de promotion de la santé. L'avantage de cette approche est de pouvoir développer une intervention basée sur le potentiel des individus et les réseaux sociaux, sans tomber dans le piège du clientélisme. Face aux sollicitations pressantes, notre démarche de recherche opérationnalisante a été très complexe, *faisant flèche de tout bois*. Nous avons pu expérimenter l'application d'une approche de recherche qualitative rapide et interactive en combinant plusieurs techniques de collecte des données.. Concernant le travail ethnographique, en plus d'avoir recours aux enquêteurs formés aux techniques

d'enquêtes qualitatives pour des entretiens approfondis, un investissement personnel sur le terrain s'est avéré utile et enrichissant, en vue de réaliser des enquêtes complémentaires nécessaires pour peaufiner les conclusions des analyses anthropologiques. Cela nous invite à nous interroger sur la manière idéale de déploiement de l'anthropologie de service. Est-ce qu'on peut affirmer que les pas de course que représente la recherche accélérée, n'ont pas servi à l'anthropologie ? A priori, l'anthropologie n'en sort pas bredouille si elle s'en tient à ses moyens d'expression (LENCLUD, 1995) dans le souci de consolider ses positions. Cela amène parfois à considérer la pratique anthropologique comme un objet d'étude.

Donner un sens, mais aussi exhumer le sens des représentations sociales

Les approches anthropologiques considèrent la maladie comme un phénomène social total (AUGÉ et HERZLICH, 2000), dans la mesure où l'étiologie du mal, ainsi que les voies de recours thérapeutiques sont parfois influencées par les représentations sociales. Au Burkina Faso, les comportements de santé sont donc influencés par les représentations de la maladie et les conditions d'accès aux services de soins. L'approche par théorisation enracinée, a pour ambition d'élaborer des théories locales qui expliquent la logique des acteurs, et qui émanent d'un corpus empirique. Ceci rejoint l'ambition de l'anthropologie d'intervention : partir du point des représentations et interprétations des acteurs pour concevoir des actions innovantes. Les activités se sont déroulées dans la région où la population est composée essentiellement de *Moose* (Région du Plateau Central). Les travaux de Michel IZARD (1985), présentent les caractéristiques politiques, sociales, linguistiques, ainsi que les modes d'organisations de cette communauté du Burkina Faso. C'est auprès de cette communauté linguistique que nous avons conduit les enquêtes ethnographiques, combinées à l'analyse du mode de fonctionnement des centres de santé de la localité.

Pour le cas spécifique de la tuberculose, nous nous sommes intéressé à la manière dont les populations des villes et villages classifient et identifient les toux chroniques au sens large. Les populations rurales évoquent une quinzaine de terminologies différentes pour décrire les toux chroniques selon les variantes. Il faut ainsi analyser les circonstances de la survenue de la tuberculose avec un accent particulier sur les appellations locales de la tuberculose et des toux chroniques en général. Nous portons un regard critique sur l'organisation des soins antituberculeux dans le centre de santé, la recherche de soins par les malades, notamment les recours dits parallèles. Les stratégies d'observance du traitement, ainsi que le processus de stigmatisation et la marginalisation sociale liée à la tuberculose sont analysées assortis de recommandations favorables au bien-être du malade dans ses rapports avec son environnement. Il importe de noter que le rôle des tradipraticiens dans le diagnostic et la prise en charge des malades tuberculeux de même que les modalités d'implication des proches du malade dans l'aide à l'observance sont réels et inscrit dans le

parcours thérapeutiques. Pour prendre en compte les différents mécanismes locaux de prise en charge des problèmes de santé dans la mise en œuvre des soins de santé, il importe de « *mettre en œuvre des mécanismes d'adaptation qui se fondent sur des interprétations de la réalité biologique et sur des réorganisations à différents niveaux qui ne font pas l'objet d'une planification rationnelle en santé publique* » (DESCLAUX, 2001). La restitution des études anthropologiques auprès des prestataires de soins, bien que synthétique et rudement négociée auprès de collaborateurs de santé publique, a permis de rendre compte des limites dans leurs pratiques quotidiennes. Elles se caractérisent par une légèreté des pratiques diagnostiques, des bricolages thérapeutiques et la fuite de responsabilité. LEFÈVRE et KOLSTEREN (2007) font allusion à une arène, par rapport à cette configuration d'acteurs. La restitution des résultats a été réalisée au cours des séminaires dont la plus part des participants ne sont pas directement concernés par l'intervention. D'abord, l'entretien de diagnostic et de mise en traitement des malades est plus un interrogatoire qu'un dialogue entre malade et soignant, ensuite l'attitude de méfiance exacerbée des soignants vis-à-vis des malades de la tuberculose comporte en elle-même un processus de stigmatisation qui se prolonge dans le ménage et l'entourage du malade. Comprendre qu'il s'agit de soigner une personne atteinte de tuberculose, et non pas simplement soigner une tuberculose. D'où la nécessité de prendre en compte ses représentations de la maladie et du traitement qu'on lui propose. La tuberculose confronte les malades à plusieurs réalités sociales qu'ils gèrent plus ou moins bien en fonction de leur estime de soi, de l'évolution de la maladie, et surtout de l'appui de l'entourage. En raison de la tuberculose, les patients sont victimes de rejet social et de stigmatisation aussi bien dans les ménages que sur les lieux publics. Cette attitude est due à la crainte de la maladie, mais aussi, trouve ses origines dans le comportement des agents de santé (HANE *et al.*, 2007). Au regard des représentations sociales liées à la maladie, et le diagnostic populaire qui parle d'une maladie provoquée par un tiers, les malades ont souvent recouru à la médecine dite traditionnelle (ZERBO, 2012) pour, entre autres, réparer un acte de transgression d'interdit culturel, ou rétablir les liens sociaux du malade. Chaque attitude du patient obéit à une rationalité : recours tardif au centre de santé, recours aux médecines dites traditionnelles, observance d'un traitement médical contraignant et la volonté de contribuer au fonctionnement du système de soins.

Éléments d'applications anthropologiques en contexte pluridisciplinaire

Notre propos est autant prospectif qu'enraciné dans plusieurs expériences de collaboration interdisciplinaires. Lorsque les demandes de connaissances sont adressées aux sciences sociales, le « Rapid Rural Appraisal » ou « méthode brillante et légère » (FALL et LERICOLLAIS, 2006) pourrait être une solution, mais encore faut-il qu'il s'agisse d'un chercheur chevronné qui l'applique. Un autre enjeu, est qu'il faut que les acteurs impliqués aient des notions ou bien soient sensibilisés à la

démarche anthropologique. Un cadre de concertation impliquant les malades, les soignants, les responsables religieux, les chefs coutumiers, les tradipraticiens, les agents communautaires a été constitués afin de créer des situations d'intersubjectivités. Les discussions collectives engagées autour de chaque acteur partageant ses expériences concrètes relatives à la tuberculose ont mis en évidence les limites et les alternatives de collaboration dans la prise en charge des tuberculeux (ZERBO *et al.*, 2009). En développant un mécanisme de collaboration pour la prise en charge efficace et efficiente des tuberculeux, basée sur les ressources individuelles des acteurs et leurs réseaux sociaux, les besoins, économiques et psychologiques de certains malades ont trouvé solutions, mais pour une courte période. Bien souvent, des équipes pluridisciplinaires sont constituées pour travailler dans les programmes de santé publique (BERCHE, 1998). L'anthropologue a fréquemment été considéré comme un auxiliaire dans le processus, puisqu'il y avait régulièrement un rapport d'attraction et conjointement de répulsion, parfois rythmé par des tensions disciplinaires. Notre constat a été que, les acteurs de la santé publique donnent l'impression d'accorder peu d'attention aux travaux réalisés par les anthropologues au sein d'équipe pluridisciplinaire, avec la tentation de traduire les analyses qualitatives en tendances statistiques. Sans doute, il y a attraction et conjointement répulsion de l'anthropologie lorsqu'elle prend des options critiques. Puisqu'on demande à l'anthropologue d'apporter des solutions, par contre, celui-ci se met à formuler des questionnements, au point de remettre en cause le mode de fonctionnement de l'institution qui l'engage ou les actions qu'elle mène (FASSIN, 1999). Paradoxalement, les pistes de réflexion, l'analyse des manquements dans les pratiques des acteurs, redeviennent une matière première qui alimente hâtivement les perspectives de nouveaux projets de santé publique à exécuter. Telle une partie de chasse, l'anthropologue est poussé à taper dans le buisson pour lever le gibier que les acteurs de la santé publique s'empressent d'abattre ou de capturer sans parfois prêter attention à la nature du gibier. C'est pour cela que les projets de santé se succèdent sans véritablement résoudre les problèmes des populations cibles (BECKER *et al.*, 1999). La démarche anthropologique est parfois éprouvée parce que les intervenants veulent des résultats tout fait et tout de suite qui ne sont souvent que très peu ou maladroitement exploités. En cela, Laurent VIDAL (1995) attire l'attention sur le piège que constitue « *le risque du culturalisme* » qui a tendance à établir un lien systématique culture et pratique. Des quantités importantes de données et d'analyses anthropologiques ne sont que très sommairement mises à profit dans les actions innovantes. Il y a lieu de se poser la question de savoir si on minimise la mesure des questions de recherche adressées aux anthropologues, ou si on le confine à une tâche minimalisée ? Dans la perspective de prendre de la hauteur (BERCHE, 1998) pour s'engager dans la production d'un savoir anthropologique, un retour à l'univers d'anthropologues est indispensable pour objectiver aussi bien les démarches d'une anthropologie d'intervention, mais aussi mettre en avant l'éthique de la recherche pour intervenir auprès d'une population. Les avis sont partagés sur ce point.

C'est en cela qu'on ruse avec ce qu'il est convenu d'appeler « *anthropologie appliquée* » (BARÉ (dir), 1995) pour élaborer des connaissances fondamentalement anthropologiques au travers des recherches sur commande. Comme beaucoup d'anthropologues (FASSIN et JAFFRÉ, 1990 ; HOURS, 2001), nous avons tenté de fournir un effort d'engagement et de distanciation constant, et une réflexion critique afin d'indiquer, à une échelle spécifique, les stratégies pertinentes des modalités de déploiement de la socio-anthropologie dans un programme de santé publique en lien avec la singularité des acteurs et de leurs interactions. L'implication des anthropologues dans des programmes de développement est de plus en plus visible, et cela leur impose « *engagement et distanciation* » (ELIAS, 1993). La question éthique qui se pose est que dans cette expérience, les malades sont vite oubliés au profit des actions de visibilité, les publications d'articles scientifiques ou des articles de presse ont tendance à nier ou minimiser les échecs des programmes de santé, les malentendus et les frustrations survenues lors de l'exécution des activités.

Atouts d'une anthropologie impliquée

L'intérêt d'une démarche d'anthropologie impliquée est de favoriser les changements de perspectives des actions des politiques publiques. Cette démarche conduit à comprendre la singularité du malade tuberculeux, et faire évoluer son image habituelle de personne marginale et nécessiteuse de soins pour justifier les interventions en santé publique. Bien plus, il devient un acteur agissant, producteur de discours, détenteur d'expériences et de compétences, donc sources de connaissances sur les pratiques de soins par rapport auxquelles il construit son rapport au traitement aux institutions de santé et à ses soignants. Son engagement auprès des malades et des agents de santé traduit l'importance de la dimension sociale de la maladie, les enjeux et les stratégies liés à la communication dans le processus thérapeutique de la tuberculose. On comprend comment le patient étant la cible des programmes de santé, peut être considéré comme acteur d'intervention. Son vécu révèle des réalités sur les pratiques des agents de santé. Il est également capable de partager ses expériences à des fins de changement. Cette démarche a été éprouvée pour le cas de certains malades du VIH/Sida et d'autres maladies chroniques. Les malades tuberculeux, au regard de son itinéraire thérapeutique, se construisent une identité et prennent conscience de son rôle possible dans l'amélioration des processus de traitement et de prise en charge globale des maladies. A ce jour, les modalités de son implication ne sont quasiment pas définies dans le fonctionnement des systèmes de santé.

Conclusion

Le recueil des savoirs locaux, émanant d'une communauté donnée, dans une perspective de prise en compte des logiques sociales locales dans l'offre de soins de santé est indispensable pour le succès des actions de santé publique. Si non, que deviendrait une action de santé publique qui n'est pas socialement acceptée, ou qui ne tient pas compte du substrat culturel de la population bénéficiaire ? Thierry BERCHE (2008) s'est posé par ailleurs ce type de question au Mali en pays dogon, elle trouve écho dans tous les pays africains en développement. Il nous plaît de rappeler au vue de notre expérience que des espoirs sont permis selon le point de vue d'Alain EPELBOIN (2009), « une tendance actuelle, heureuse à mon sens, consiste (...) à recruter des anthropologues, mais en leur assignant trop souvent une exigence de rentabilité immédiate : les engageant sur le champ dans une pratique opérationnelle, insuffisamment lavée de son ethnocentrisme initiateur, sans leur laisser le temps de faire leur travail d'ethnographe, basé sur l'observation flottante et la déconstruction épistémologique ; sans possibilité de distanciation, parfois de remise en question des moyens et des objectifs, voire du fonctionnement de l'institution ». Le rôle de l'anthropologie est primordial avec ses outils analytiques qui donnent accès à la compréhension des faits de société en proposant des clés de lecture des pratiques et représentations sociales. C'est ce que nous avons essayé de faire pour le cas de la tuberculose. Mais, il faut bien se méfier du danger de l'appropriation simpliste des signifiants sociaux relatifs à la santé et la maladie. Construire des messages d'éducation sanitaire à partir des discours interprétatifs de manière artificielle, pourrait être erroné, mais la connaissance des représentations des maladies et des références culturelles du malade par l'agent de santé, est un atout pour la communication avec celui-ci. Dans une perspective théorique, cet article jette les bases d'une posture de l'anthropologie des anthropologues impliqués dans les programmes de développement dans une perspective de capitalisation de leurs expériences.

Mot de remerciement

Nous exprimons notre reconnaissance à tous les malades, les collaborateurs belges et burkinabé, pour le travail d'équipe et l'expérience pluridisciplinaire au sein de FORESA : research-action project funded by the EuropeAid department of the European Commission, Projet Santé/2004/078-590). Merci à Pierre Huygens et Bruno Dujardin et à Danielle Jonckers notre directrice de thèse, pour leurs conseils. Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- ATLANI-DUAULT L. et VIDAL L., 2009.** *Anthropologie de l'aide humanitaire. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Paris, Armand Colin. 312 p.
- AUGÉ M. & HERZLICH C., 2000.** *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 467 p.
- BARÉ J.F., 1995.** *Les applications de l'anthropologie*, Paris, Editions Karthala ; 282 p.
- BERCHE T., 1998.** *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Préface de Jean Pierre Olivier de Sardan, Paris, APAD Karthala. 232 p.
- BECKER J.-P., DOZON C., OBBO M., TOURÉ, 1999.** *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria/Karthala/ird 705 pages
- BIERSCHENK T., CHAUVEAU J-P., & OLIVIER DE SARDAN J-P., 2000.** *Courtiers en développement, les villages africains en quête de projets*, Paris, Karthala. 328 p.
- BIERSCHENK T. et OLIVIER DE SARDAN J-P., 2001.** ECRIS : Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques..., Le bulletin de l'APAD, n°7, Les sciences sociales et l'expertise en développement, [En ligne], mis en ligne le : 3 décembre 2007. URL : <http://apad.revues.org/document2173.html>. Consulté le 10 avril 2010.
- BONNET D., 1999.** « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau » in Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, PUF 374 pages, pp : 305-320.
- BONNET D., 1999.** *La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 17, n° 2.
- CASTRO A. et FARMER P., 2003.** *Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante*, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, pp. 23-40. Téléchargé le 29 Octobre 2008; <http://id.erudit.org/iderudit/007444ar>.
- DEMBÉLÉ S-M., 2008.** *Partir des propositions des acteurs pour améliorer les résultats du Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Burkina Faso*, Thèse de doctorat en sciences médicales, Université Libre de Bruxelles .
- DEMBÉLÉ SM., OUÉDRAOGO HZ., MACQ J., GODIN I., KITTEL F., DUJARDIN B., 2008.** *L'approche centrée sur le patient pour la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso*, *Cahiers Santé* vol. 18, n° 3, juillet-août-septembre.
- DESCLAUX A., 2001.** *Une étrange absence de crise. L'adaptation des systèmes de santé du Sud au VIH/Sida*, in Hours Bernard. (dir); *Systèmes et Politiques de santé ; de la santé Publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala 358 pages, pp: 87-102.
- DIALLO A.B., DIALLO M, JAFFRÉ Y., 2004.** *La lutte contre la tuberculose vue du « terrain » représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée)*, *Médecine tropicale*, vol. 64, n° 6 pp. 619-625.
- DOZON J-P. et FASSIN D., 2001.** *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland. 361 p.
- DRABO M. ZERBO R., BERTHE A., OUEDRAGO L., KONFE S., MUGISHO E., DUJARDIN B., MACQ J., 2009.** « Implication communautaire aux soins tuberculeux dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso », *Santé Publique*, Vol. 21, n°5, pp. 485-497.
- DRABO M.K., MACQ J., DUJARDIN B., 2010.** *Une approche globale de la santé des patients tuberculeux, L'exemple du projet FORESA au Burkina Faso, L'Harmattan*. 210 p.
- DUJARDIN B., 2003.** *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala Éditions, Diffusion Charles Léopold Mayer. 332 p.

- ELIAS N., 1993.** *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard (1^{ère} édition 1983). 258 p.
- EPELBOIN A., 2009.** L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? Bulletin Amades [En ligne], 78 | 2009, Consulté le 23 décembre 2009. URL : <http://amades.revues.org/index1060.html>.
- FALL A.S. et LERICOLLAIS A., 2006.** 'Light, rapid rural appraisal' : des méthodologies brillantes et légères ?, Le bulletin de l'APAD, n° 3, Numéro 3, [En ligne], mis en ligne le : 21 juillet 2006. URL : <http://apad.revues.org/document376.html>. Consulté le 10 avril 2010.
- FARMER P., 2006.** *Fléaux contemporains - des infections et des inégalités* ; Paris, Economica-Anthropos. 472 p.
- FARMER P., LÉANDRE F., MUKHERJEE J.S., CLAUDE M.S., NEVIL P. et al., 2001.** S'appuyer sur la collectivité pour traiter l'infection VIH suivi quotidien des traitements antiviraux en régions pauvres, Lancet, 358 : 404-09 (1).
- FASSIN D., 1999.** « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in C. Becker et al. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria/Karthala/IRD, 309 pages, pp : 41-65.
- FASSIN D., JAFFRÉ Y., 1990,** *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses. 287 p.
- GOBATO I., 1999.** *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan. 303 p.
- GRUÉNAIS M-E., 2007.** Appliquer l'anthropologie au domaine de la santé. Entre recherche et expertise, Le bulletin de l'APAD, n° 8, Les sciences sociales et l'expertise en développement, [En ligne], mis en ligne le : 23 novembre 2007. URL : <http://apad.revues.org/document1932.html>. Consulté le 10 avril 2010.
- HANE F., THIAM S., FALL A. S., VIDAL L., DIOP A. H., NDIR M., LIENHARDT C., 2007.,** Identification des barrières pour une lutte efficace contre la tuberculose au Sénégal : une approche anthropologique, in *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, (5):539-543 © The Union.
- HOURS B., 2001.** *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala. 358 p.
- 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 : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- JAFFRÉ Y., DIALLO M., ATCHA V. & DICKO F., 2009.** Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry). Bulletin de la société de pathologie exotique, T102-4.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.P., 2003.** *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala. 462 pages
- KLEINMAN A., 1980.** *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Los Angeles. 427 pages.
- LEFÈVRE P., KOLSTEREN P., 2007.** Le développement comme arène : implications pour l'évaluation des projets, Le bulletin de l'APAD, n° 8, Les sciences sociales et l'expertise en développement, [En ligne], mis en ligne le : 22 novembre 2007. URL : <http://apad.revues.org/document1823.html>. Consulté le 11 avril 2010.
- LENCLUD G., 1995.** La question de l'application dans la tradition anthropologique française, in Baré J-F (ed), *Les applications de l'anthropologie*, Kartala, Paris 275 pages, pp : 49-63.

- MACQ J., THEOBOLD C M., DICK J., DEMBELE M., 2003.** An exploration of the concept of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. *Int J Tuberc Lung Dis* 7: 103-109.
- MEAD N. & BOWER P., 2000.** "Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature"; *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110,
- OLIVIER DE SARDAN J-P., 2008.** La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique, *Louvain-la-Neuve* : Academia-Bruylant. 365 p.
- OMS, 2002.** Global Plan to Stop Tuberculosis. Genève, OMS, Partners *In* Health, et Open Society Institute. 223 p.
- PNT, 2009.** Guide de prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso, Ouaga, MS/PNLT. 114 p.
- RIDDE V., GIRARD J. E., 2004.** Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains, *Santé Publique* 15(1) : 37-51.
- STRAUSS A., CORBIN J., 2004.** *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press. 343 p.
- VIDAL L., 1995.** L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre, *Sciences sociales et santé*, 13 (2) : 5-27.
- VIDAL L., 2004.** *Ritualités, santé et sida en Afrique, Pour une anthropologie du singulier*, Paris, IRD-Karthala. 215 p.
- ZERBO R., DRABO KM., BERTHÉ A., OUÉDRAOGO J-B., MACQ J., DUJARDIN B., MUGISHO E., HUYGENS P., 2009.** Approche socio-anthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso; *Global Health Promotion* 16 (1) : 72-80.
- ZERBO R., 2012.** *Dynamiques sociales des comportements de santé au Burkina Faso : Pour une anthropologie des politiques et systèmes de santé, tuberculose, sida*. Sarrebruck, Éditions Universitaire Européenne, 548 p.
- ZERBO R., DRABO K.M. et al., 2009.** « Approche socio-anthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso », *Global Health Promotion*, Vol. 16 n°1, pp. 72-80.