

Les déterminants socio-sanitaires de l'accessibilité aux soins d'urgence par les victimes d'accidents de la circulation à Ouagadougou (Burkina Faso)

George ROUAMBA^{1*}

Résumé

Cet article analyse les déterminants socio-sanitaires de l'accessibilité aux soins pour les victimes d'accidents de la route à Ouagadougou. S'appuyant sur une enquête qualitative auprès de 15 « échappées-belles », l'étude utilise l'autopsie sociale pour explorer un parcours de soins structuré en trois étapes clés : la pré-hospitalisation, l'hospitalisation et les soins à domicile. Lors de la pré-hospitalisation, l'accès physique dépend de la solidarité citoyenne, de la possession d'un téléphone portable pour alerter les proches et de l'utilisation de moyens de fortune pour l'évacuation. À l'hôpital, les victimes se heurtent à une communication soignant-soigné insuffisante et à un fardeau financier exorbitant, ce qui entraîne souvent un renoncement partiel ou total aux soins spécialisés au profit de circuits informels. Enfin, les soins à domicile reposent sur le travail invisible des aidants familiaux et des infirmiers de quartier. Les soins d'urgence s'inscrivent dans des écologies thérapeutiques interdépendantes. L'accès aux secours est ainsi marqué par de fortes inégalités sociales, où le capital économique et social devient un critère de survie déterminant.

Mots clés : soins, urgences, accidents, accessibilité, hôpital, Ouagadougou

Socio-health determinants of access to emergency care for victims of road traffic in Ouagadougou (Burkina Faso)

Abstract

This article analyses the socio-health determinants of access to care for road accident victims in Ouagadougou. Based on a qualitative survey of 15 'lucky escapees', the study uses social autopsy to explore a care pathway structured around three key stages: pre-hospitalization, hospitalization and home care. During pre-hospitalization, physical access depends on civic solidarity, possession of a mobile phone to alert relatives, and the use of makeshift means of evacuation. In hospital, victims face

¹ Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso- Département de sociologie.

***Auteur correspondant** : George ROUAMBA, Email : georgerouamba@gmail.com; +226 70 97 45 26 / 67 23 93 11. ORCID : 0009-0002-5774-6076

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstsh.v4i12.1905>

inadequate communication between caregivers and patients and an exorbitant financial burden, which often leads to partial or total renunciation of specialized care in favor of informal channels. Finally, home care relies on the invisible work of family carers and neighborhood nurses. Emergency care is part of interdependent therapeutic ecosystems. Access to emergency services is thus marked by significant social inequalities, where economic and social capital become determining factors for survival.

Keywords: care, emergencies, accidents, accessibility, hospital, Ouagadougou

Introduction

La sécurité routière demeure un défi de santé publique majeur à l'échelle planétaire. Les accidents de la circulation causent environ 1,19 million de décès par an. Bien que ce chiffre marque une légère diminution de 5 % par rapport aux données de 2010, les accidents restent la première cause de mortalité chez les enfants et les jeunes âgés de 5 à 29 ans. En plus des décès, ces collisions provoquent chaque année environ 50 millions de traumatismes (OMS, 2024). Les pays à revenu faible et intermédiaire continuent de supporter un fardeau disproportionné, enregistrant 90 % des décès mondiaux, alors qu'ils ne possèdent que 1 % du parc de véhicules motorisés dans certains cas. Dans les pays à faible revenu, le risque de décès est trois fois plus élevé que dans les pays à revenu élevé (OMS, 2024).

La zone africaine affiche le taux de mortalité le plus élevé au monde, avec environ 19 décès pour 100 000 habitants. Contrairement à d'autres régions comme l'Europe (7 décès pour 100 000), le nombre de tués sur les routes en Afrique a augmenté de 17 % depuis 2010 (OMS, 2024).

Au Burkina Faso, les accidents de la circulation y sont devenus une cause de mortalité aussi préoccupante que certaines maladies infectieuses comme le VIH ou la tuberculose (Nikiema *et al.*, 2024). Le nombre total de victimes reçues en consultation externe est passé de 60 065 en 2010 à 165 431 en 2024. Au cours de la même année, le traumatisme par accident de la voie publique représentait 1,2 % des motifs globaux d'hospitalisation au Burkina Faso, avec 14 984 hospitalisations pour ce motif. La grande majorité des victimes prises en charge sont des adultes de 15 ans et plus (131 119 consultants), suivis par les enfants de 5 à 14 ans (25 069) et les moins de 5 ans (9 243) (MS, 2025).

Les moyens de déplacement constituent l'un des facteurs contributifs majeurs. En 2015, on comptait 2.106.292 véhicules dont 237.979 véhicules à quatre roues et 1.789.181 deux roues avec un taux de port du casque à 9% chez les utilisateurs (WHO, 2018). L'épidémiologie

sociale des accidents telle que présentée montre que l'insécurité routière constitue une préoccupation de recherche.

L'ouvrage « Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest : L'épidémie oubliée », dirigé par Emmanuel Bonnet et Aude Nikiema (2023), constitue une contribution majeure et multidisciplinaire à la compréhension d'une crise de santé publique. Une analyse socio-territoriale de l'insécurité dans une perspective géographique met en lumière un paradoxe. Les enfants des zones "loties" sont plus à risque que ceux des zones précaires, car les infrastructures pavées encouragent la vitesse des deux-roues au cœur des espaces de vie (M. Ouedraogo et E. Bonnet, 2023). Les travaux en économie de la santé apportent une preuve empirique du fardeau financier. Les dépenses de santé liées aux accidents représentent une dépense catastrophique pour 19 % des ménages à Ouagadougou (L. Petitfour *et al.* 2023). L'absence de couverture maladie universelle oblige les familles à compter sur l'épargne ou l'endettement, aggravant la pauvreté structurelle. Une analyse de la chaîne de secours dans la perspective de la santé publique au Burkina Faso montre la dépendance presque totale envers les sapeurs-pompiers (BNSP), qui sont débordés et ne fournissent pas de soins médicaux pendant le transport, une saturation extrême du CHU Yalgado Ouedraogo, par un manque de médecins urgentistes titulaires et absence de protocoles écrits (J-B. Guiard-Schmid *et al.* 2023).

L'accessibilité aux soins d'urgence est analysée selon « le modèle des trois retards » développé par Thaddeus et Maine pour comprendre la mortalité maternelle (S. Thaddeus et D. Maine, 1994). Ce modèle a été enrichi par Gabrysch et Campbell pour analyser les processus de soins préventifs et d'urgence (S. Gabrysch et O. Campbell, 2009). À partir de ces modèles, quatre catégories de facteurs influençant l'accessibilité aux services d'urgence ont été retenus pour les cas de traumatismes de la route au Burkina Faso. Il s'agit des facteurs socioculturels, le bénéfice perçu dans l'assistance médicale, l'accessibilité économique et l'accessibilité physique (A. Fillol *et al.*, 2016). À l'évidence, les modèles d'analyse proposés par la santé publique peinent à inscrire l'accès aux services d'urgence dans une dimension holistique. En effet, penser l'accès aux services d'urgence suppose de prendre en compte la cohabitation de plusieurs formes de recours aux systèmes de santé dans l'espace de soins.

En effet, l'organisation de la prise en charge globale des accidents de la circulation met en évidence une sorte de continuum entre le système de santé « moderne », le « système traditionnel » et les autres formes de

soins (R. Massé, 2010). Ce pluralisme engendre des hésitations dans les choix thérapeutiques, qu'ils interviennent sur le site de l'accident ou au cours de l'évacuation. Dès lors, l'accès aux soins d'urgence doit être appréhendé dans une perspective systémique et holistique. Ces recours sont façonnés par l'interprétation des causes des accidents par les victimes qui offrent une lecture de la réalité, là où les modélisations mathématiques n'en donnent qu'une vue partielle.

Les récits donnent du sens à l'expérience de l'infortune et la façonnent. La lésion accidentelle n'échappe pas à la représentation de la maladie comme des réalités sociales, intersubjectives et expérientielles avant de devenir l'objet d'une attention thérapeutique (B. Good *et al*, 2010). Dès lors, l'anthropologie peut intervenir pour éclairer l'action publique, expliquer, interpréter, en jetant un regard critique sur les présupposés et les implications de la santé publique elle-même (J-P. Dozon et D. Fassin, 2001). Cet article interroge les déterminants socio-sanitaires de l'accessibilité aux services d'urgences sanitaires. En adoptant une approche qualitative, les récits cliniques des victimes de l'accident de la circulation s'inscrivent dans une perspective compréhensive.

L'article se compose de trois grandes parties. Dans un premier temps, il s'agit de présenter le cadre conceptuel de l'étude avant de traiter de quelques éléments contextuels et méthodologiques de l'étude. La deuxième partie se consacre aux résultats. La dernière partie engage une discussion dans une perspective de l'anthropologie de la santé.

1. Cadre conceptuel : autopsie sociale et « near-miss »

Le cadre conceptuel de cette étude vise à appréhender l'accessibilité aux soins d'urgence non pas comme une simple donnée technique, mais comme un processus dynamique influencé par des déterminants socio-sanitaires complexe. Deux concepts clés à savoir l'autopsie sociale et le « *near-miss* » traduit en français « *l'échappée belle* » méritent un éclaircissement conceptuel.

1.1. Autopsie sociale

Le concept d'autopsie sociale recouvre trois dimensions. D'abord, l'autopsie sociale est définie selon H. Kalter *et al*. (2011) comme un outil de diagnostic social et systémique. Dans ce sens elle permet d'établir un « diagnostic social » en examinant les déterminants à l'échelle du ménage (comportements), de la communauté et du système de santé. L'autopsie sociale s'appuie souvent sur des cadres théoriques tels que le modèle des « Trois Retards » (retard dans la décision, le

transport et la réception des soins) ou le modèle du « chemin vers la survie » (Pathway to Survival). Ensuite, pour A. Biswas *et al.* (2016), l'autopsie sociale est une approche interactive et innovante. Elle prend la forme de réunions communautaires, souvent appelées « réunions de cour » où les voisins et les proches discutent des circonstances du décès pour comprendre les erreurs commises et prendre des engagements collectifs afin d'éviter de futurs drames. Dans cette perspective, l'autopsie sociale est un levier de sensibilisation et d'autonomisation communautaire. Enfin, L. Irangani *et al.* (2022) soulignent que ce processus permet de révéler des facteurs intangibles que les enquêtes médicales de routine ignorent souvent comme l'extrême pauvreté, l'isolement social, l'iniquité de genre et la violence domestique, qui créent des barrières invisibles à l'accès aux soins. L'ensemble des définitions met en exergue, l'autopsie sociale comme un processus d'entretien et de recherche qualitative visant à identifier les facteurs sociaux, comportementaux et les défaillances des systèmes de santé qui contribuent aux décès, en particulier chez les mères et les enfants. Contrairement à l'autopsie verbale, qui cherche à établir la cause biologique du décès, l'autopsie sociale se concentre sur les facteurs modifiables au sein de la famille, de la communauté et du système de soins. Dans le cadre de notre enquête sur les accidents de la circulation, l'autopsie sociale devrait être comprise comme une forme d'entretien libre, individuel ou collectif afin de mieux comprendre les circonstances des accidents et les modalités de prise en charge.

1.2. Les « échappées-belles » (near misses)

Le concept de « *near-miss* », traduit en français sous le terme « échappée belle », désigne de manière générale les victimes ayant subi des lésions potentiellement mortelles mais qui ont survécu (R.C. Pattinson & M. Hall, 2003). Selon ce concept, un cas fatal passe généralement par cet état avant le décès ; par conséquent, le « *near-miss* » partage les mêmes déterminants sociaux et cliniques qu'un cas fatal, à la seule différence de l'issue finale qui est la survie. Ce concept est considéré comme un complément utile aux enquêtes sur les décès (R.C. Pattinson & M. Hall, 2003). Concept issu de l'obstétrique, il est défini comme « une femme qui est presque décédée, mais qui a survécu après une complication étant survenue durant la grossesse, l'accouchement ou les 42 semaines après la fin de la grossesse (R-C. Pattinson *et al.*, 2009).

Dans le contexte de la sécurité routière au Burkina Faso, A. Fillol *et al* (2016) adaptent cette notion en définissant l'échappée belle comme un blessé dont la vie est menacée dans l'immédiat (état critique instable) ou un blessé stable qui s'aggrave dans les heures suivant l'accident, mais qui finit par survivre tout en présentant au moins l'un des critères de gravité suivants lors de son admission : une gravité anatomique avec un score *Abbreviated Injury Score* (AIS) supérieur ou égal à 4 (menace vitale) ; des signes physiologiques critiques avec un score de Glasgow inférieur ou égal à 8, une pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, ou une fréquence respiratoire anormale (inférieure à 10 ou supérieure à 30 cycles/minute) et enfin, une hospitalisation de plus de six jours ou une admission en service de réanimation (A. Fillol *et al*, 2016). Pour la biomédecine, le near-miss est traité comme un « disease » : une anomalie biologique ou un dysfonctionnement physiologique mesurable par des critères techniques. En se réjouissant de la survie technique du near-miss, le système médical occulte souvent la « douleur d'existence » qui suit l'accident. De nombreux near-misses survivent avec des handicaps permanents (incapacités physiques, séquelles psychologiques) qui font basculer des familles entières dans la précarité en l'absence de mécanismes de soutien. Dès lors, l'enquête anthropologique permet les dimensions expérientielle et socialisée de la maladie, insaisissables par la santé publique.

2. Éléments contextuels et méthodologiques

L'accessibilité aux soins d'urgence à Ouagadougou s'inscrit dans un contexte marqué par l'étalement spatial de la capitale sur plus de 40 km ; ce qui densifie le trafic entre la périphérie et le centre-ville, principalement assuré à 80 % par des deux-roues motorisés. En outre, la présence des nombreux maquis et bars apparait comme un facteur favorisant l'alcoolisation de la jeunesse. Parallèlement, la prise en charge des blessés dépend d'une architecture sanitaire pyramidale où les délais d'intervention et l'état des équipements biomédicaux dans les blocs opératoires représentent des défis majeurs. Enfin, l'omniprésence des technologies de communication, avec 96 % des ménages possédant un téléphone portable, joue un rôle déterminant dans la rapidité de l'alerte et la mobilisation des solidarités familiales dès la survenue du traumatisme.

2.1. Contexte socio-sanitaire

• Les accidents de la circulation à Ouagadougou

La situation des accidents de la circulation à Ouagadougou est une préoccupation majeure de santé publique. Le tableau suivant donne le volume des accidents dans la ville de Ouagadougou (Tableau n°1).

Tableau I : Évolution des accidents dans la ville de Ouagadougou de 2010 à 2020

Année	Nombre d'accidents	Sources
2010	5 961	(Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD], 2020)
2011	5 082	(INSD, 2020 ; Ministère des Transports, de la Mobilité Urbaine et de la Sécurité Routière [MTMUSR], 2021)
2012	8 216	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2013	10 792	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2014	10 812	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2015	10 843	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2016	10 475	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2017	11 693	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2018	13 282	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2019	12 511	(INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021)
2020	12 511	(MTMUSR, 2021)

Source : INSD, 2020 ; MTMUSR, 2021

Si le nombre des accidents a connu un accroissement de 2010 à 2015, il a commencé à se stagner à partir de 2015. Pourtant, le parc de véhicules automobiles immatriculés dans la Région du Centre a fortement progressé, passant de 120 512 voitures particulières en 2010 à 235 210 en 2020 (MTMUSR, 2021). Les victimes des accidents de la circulation reçus dans les services de santé de la ville de Ouagadougou sont en hausse. Elles sont passées de 19134 consultations externes en 2010, à 23724 en 2020 à 43500 en 2024 (MS, 2011 ; MS, 2021 ; MS, 2025).

L'organisation mondiale de la santé identifie trois causes des accidents que l'on retrouve dans la ville de Ouagadougou. D'abord, il y a une explosion du nombre de véhicules à deux et trois roues motorisés. En effet, la majeure partie (80%) des déplacements sont effectués avec les deux roues motorisées qui représentent un risque d'accident de la route (E. Bonnet et A. Nikiéma, 2023). Ensuite, les infrastructures routières sont inadaptées avec environ 80 % des routes ne répondant pas aux normes de sécurité minimales pour les piétons (OMS, 2024). Enfin, il convient de souligner que la législation demeure lacunaire car les lois

portant sur les meilleures pratiques de l'OMS concernant la vitesse, le port du casque ou la conduite sous l'emprise de l'alcool sont peu appliquées. Aux risques liés au manque d'expérience dans la conduite, l'usage du téléphone mobile, la vitesse et la mauvaise perception du danger chez les jeunes (G. Gifty *et al*, 2021) sont également des facteurs aggravant la survenue des accidents de la circulation.

Une autre cause est la conduite en état d'ébriété qui est classée parmi les comportements à haut risque. Pourtant, dans la ville de Ouagadougou, les offres de boissons alcoolisées sont nombreuses mais ne respectent pas la réglementation en vigueur. En 2018, on dénombrait près de trois mille huit cents (3800) débits de boissons toute catégories confondues (E. Sanou, 2018). Parmi les facteurs explicatifs, il convient de prendre en compte l'étalement de la ville sur plus de 40 km d'est en ouest et du nord au sud. Cette situation engendre des déplacements importants entre la périphérie et le centre-ville, générant un trafic dense avec des risques des accidents.

• *Aperçu sur l'organisation de la prise en charge des traumatismes*

Avec une population résidante estimée à 2,5 millions d'habitants, la ville de Ouagadougou comptait de 613 structures de soins (publiques et privées) en 2021, dont une partie importante dispose de capacités chirurgicales et d'urgence pour la prise en charge des victimes d'accidents. Le système public à Ouagadougou est organisé autour de plusieurs échelons de référence : 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ; 2 Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA) qui assurent le deuxième échelon de soins et servent de référence pour les districts et 16 Centres Médicaux (CM). En 2021, le secteur privé dans la région du Centre comprenait : 2 Hôpitaux ; 7 Polycliniques et 49 Cliniques et 2 CMA privés.

Le modèle de prise en charge des traumatismes de la circulation repose sur une logique de complémentarité entre les centres de santé, les hôpitaux régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU). Le réseau de soins de Ouagadougou peut être comparé à une pyramide de secours dont la base est constituée de centaines de petits cabinets et centres de santé pour les soins de premier secours, tandis que le sommet est formé par les CHU et grands hôpitaux équipés pour les opérations chirurgicales lourdes nécessaires après un accident grave. Les blocs opératoires du système public connaissent des problèmes liés à l'obsolescence et à l'insuffisance des équipements biomédicaux ainsi qu'à leurs maintenances (Ministère de la santé, 2021b). Le temps moyen de prise en charge par le personnel de santé est de 1 h 03 pour

les victimes secourues par les pompiers et de 3 h 10 pour ceux qui s’y rendaient seuls (Bonnet *et al.*, 2018). Ainsi, la disponibilité et la fonctionnalité des blocs opératoires conditionnent en grande partie l’efficacité d’un hôpital de référence et sa capacité à répondre aux besoins en santé de sa population.

2.2. Collecte des données et éthique de recherche

À partir de la liste des « *near misses* » de la base de données du projet « Trauma », des entretiens individuels ont été conduits auprès de 15 personnes, sélectionnés selon un choix raisonné en fonction des lieux de résidence, du type de lésions (tableau n°2). Une des limites de l’étude est que l’enquête qualitative porte auprès de seulement 15 « échappées-belles » qui limite la généralisation des résultats à l’ensemble de la population de Ouagadougou. En effet, tous les « near-misses » ont été enquêtés plus d’une année après les accidents. Il s’agissait de comprendre les circonstances des accidents, les soins reçus, les difficultés et contraintes rencontrées dans la chaîne de soins et l’évolution de leur guérison.

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés avec leurs lésions traumatiques

N°	Résidence	Lésions	Caractéristiques socio-démographiques
	Sondgo	Fracture ouverte de la jambe	35 ans, fréquenté l’école coranique ; chauffeur ; marié
	Zone1	Fracture ouverte au niveau du bras	35 ans, séparé de sa compagne, CEPE, mécanicien automobile
	Nonsin	Fracture de la cheville	58 ans, veuve, vendeuse ambulante (à pied) de matériels de nettoyage
	Samandin	Fracture ouverte du pied	33 ans, célibataire, niveau de classe de CE1
	Zogona	Fracture ouverte au bras et blessure au dos	31 ans, commerçant, illettré
	Wapassi	Fracture ouverte à la jambe	37 ans, marié, employé d’une entreprise privée
	Tampouy	Fracture au niveau de la jambe	35 ans, photographe, marié, niveau d’étude, terminal des lycées
	Zone1	Fracture ouverte au niveau du bras,	28 ans, célibataire, niveau 3 ^{ème} des lycées et collèges

	forte brûlure du corps par le goudron	
Lanoayiri	Fracture ouverte au niveau de la jambe	57 ans, cultivateur, marié, illettré
Kalgondin	Fracture de pied	19 ans, célibataire, niveau 3 ^{ème} des lycées et collèges, pompiste d'une station d'essence
Dapoya	Une fracture ouverte de la jambe et luxation du genou	49 ans, illettré, marié, 7 enfants, mécanicien de motocyclette
Tampouy	Écrasement de la jambe, suivie d'une amputation	36 ans, marié, employé d'une entreprise privée
Sakoula	Fracture au niveau de la jambe	33 ans, illettré, commerçant
Wemtenga	Choc au niveau de la tête avec des signes de perte de mémoire	22 ans, étudiante, célibataire
Samandin	Fracture, ouverte de la jambe	Réparateur de machine à froid, 35 ans, marié, illettré

Source : enquêtes de terrain de 2015

Les enquêtes se sont déroulées de mai à octobre 2015 (6 mois) dans toute l'étendue de la commune de Ouagadougou à l'aide d'un guide d'entretien individuel conçu par l'équipe de recherche sur les traumatismes au Burkina Faso. Le déroulement des entretiens individuels ont pris la forme d'un «*sonsga*» en Moore (litt. Causerie), qui est rarement individuel car il est un moment de retrouvaille entre les amis, les parents et les voisins. Certes ce regroupement des voisins perturbe l'enquête classique mais rappelle que l'ethnographie se conforme aux réalités culturelles des communautés.

Sur le plan éthique, l'étude a bénéficié d'une autorisation éthique délivrée par le Comité d'éthique institutionnel pour la recherche en santé de l'Institut de Recherches en Sciences de la Santé (IRSS) du Burkina Faso sous la décision n° 08/2020 du 27 janvier 2020. Une autre approbation éthique a également été obtenue auprès du Comité national d'éthique de la santé du Burkina Faso sous la référence 2012-11-85.

Une des contraintes majeures porte sur le format de l'entretien, le « *sonsga* » (causerie). Bien qu'adapté à la culture locale, elle a parfois été perturbée par la présence de voisins ou de proches, ce qui peut influencer la confidentialité ou la précision de certains témoignages individuels. Le consentement éclairé des victimes a été obtenu auprès des enquêtés, et les données ont été anonymisées pour respecter les principes éthiques de la recherche en anthropologie de la santé. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés au dictaphone avant d'être retranscrits. Ce matériel a fait l'objet d'une analyse manuelle de contenu en fonction des thèmes importants qui se dégagent des discours.

3. Résultat

3.1. Solidarité citoyenne et accès physique aux services d'urgence

Une des caractéristiques de l'accident de circulation à Ouagadougou est l'apparition spontanée d'une solidarité citoyenne sur les routes. Les attroupements au milieu de la route, entourant la victime d'un accident de la circulation relèvent d'une banalité quotidienne. Avant l'arrivée de l'ambulance de secours, l'alerte précoce des parents de la victime par un témoin grâce au téléphone apparaît comme un geste influençant les premiers soins de secours.

3.1.1. La possession d'un téléphone portable chez la victime

Cette alerte est déterminée par la possession d'un téléphone portable et l'état de conscience de la victime. Dès lors qu'un accident se produit, le premier geste consiste à alerter les parents de la victime du téléphone portable. Plusieurs accidentés témoignent de ce geste salvateur puisqu'il détermine plus tard l'accès rapide aux kits d'urgence. C'est le témoignage d'un accidenté :

Un homme qui connaît bien mon oncle et toute la famille a assisté à l'accident. Il a alors appelé mon papa et mon oncle. Avant que l'ambulance ne vienne, mes parents étaient déjà là. Je ne sais même plus comment le reste s'est passé. Quand je me suis réveillé à l'hôpital, j'ai vu que mon bras était bandé et on avait commencé à coudre l'autre partie » (jeune homme de 28 ans, Ouagadougou, 2015).

Loin d'être simplement un outil de communication, le téléphone portable joue un rôle important dans l'alerte précoce des membres de famille. À ce titre, il est en passe de devenir un déterminant non négligeable de l'accès aux soins d'urgence lors des accidents de la rue.

À contrario, le fait de ne pas posséder un téléphone par la victime ou un parent, voire un témoin allonge le temps d'information de la famille et même l'accès aux urgences. Dans le récit suivant, une piétonne de 58 ans raconte :

Comme je n'avais pas de portable, les passants m'ont demandé si j'avais un proche ici et où il était ? J'ai donné son nom et je leur ai informé qu'il est commerçant de maïs dans le marché de Sankaryaaré. Les témoins sont allés le chercher et quand il est arrivé, il m'a reconnu et c'est plus tard que toute la famille a été informée (femme de 58 ans, Ouagadougou, 2015).

Ces deux récits témoignent d'une forme de solidarité spontanée dans la rue en cas d'accidents en dépit des discours ordinaires faisant de la ville, comme un lieu d'expression de l'individualisme. Le malheur individuel fait parfois l'objet d'une attention collective. Cette solidarité joue un rôle capital dans l'accès aux soins d'urgence.

3.1.2. L'évacuation avec les véhicules privés

Pour accélérer l'accès aux services d'urgence, les témoins mettent en œuvre une stratégie de résilience qui consiste à mobiliser les moyens de fortune pour soulager la victime en attendant les soins appropriés. Les véhicules personnels sont mis à contribution. C'est le récit de cet homme de 57 ans :

Les passants m'ont emmené sous l'arbre car la chaleur du goudron était forte. Ils m'ont amené sous un arbre. J'ai alors appelé un de mes enfants. Il est arrivé avant l'ambulance et il m'a pris dans son propre véhicule pour me conduire au CMA. Quand on a fait l'examen de la radiologie, le médecin s'est rendu compte qu'il y a eu une fracture et il fallait une opération chirurgicale. Comme, il ne pouvait rien faire, il m'a référé au CHU-YO (Une victime de 57 ans, Ouagadougou, 2015)

Dans ce discours, le malade rappelle les risques associés à ce mode d'évacuation selon la logique de la structure de soins la plus proche. Dans ce cas-ci, la victime a d'abord été évacuée dans une structure qui n'avait pas les compétences pour sa prise en charge ; et ce n'est que plus tard, qu'elle a été amenée dans la structure de référence. Cette situation peut allonger le temps d'accès aux soins spécialisés dans le cas où le lieu de l'évacuation n'est pas adapté.

3.1.3. Les premiers soins d'urgence dans la rue par les témoins

Le temps d'attente des premiers secours officiels varie en fonction de la distance entre le lieu de l'accident et du lieu de stationnement des ambulances et du moment de l'accident. Avant l'arrivée des sapeurs-

pompiers, les passants tentent de donner des soins de base avec le matériel et les objets de fortune pour le confort de l'accidenté.

Un accidenté de 31 ans, marié, père d'un enfant raconte :

Je me déplace à vélo pour me rendre souvent à Tampouy, à Oscar-Yaar, à la Patte d'Oie et à la gare routière. J'ai fait un accident avec un véhicule dans un « six-mètre » de la ville. C'était un jour de baptême vers 16 heures. Tous ceux qui étaient au baptême ont accouru. À cause de la chaleur du sable, les passants ont ramassé des morceaux de carton pour servir de couchette avant l'arrivée des sapeurs. Ils ont juste déchiré les morceaux de cartons pour que je puisse me coucher là-dessus (Ouagadougou, 2015).

Ce témoignage rappelle l'assistance minimale dont les citoyens peuvent offrir aux accidentés dans la rue. Une victime raconte son expérience en ces termes :

Ils m'ont couché et ils ont commencé à me questionner. Un individu m'a demandé s'il pouvait me déboutonner ? J'ai dit allez-y, il n'y a pas de problème et il a commencé à enlever mes chaussures. Quand il a pris le pied droit, je ne comprends pas mooré, mais il a dit en mooré « le pied est cassé » *karaga côômin* » Waah là ce n'était pas bon, quand il a dit ça j'ai commencé à transpirer ; mon ventre a commencé à tourner, ma bouche a séché du coup. J'ai demandé de l'eau là à boire et ils ont refusé. Et ils ont commencé à soulever ma moto pour mettre à l'écart, et ils ont commencé à me questionner pour connaître qui on peut prévenir (Employé du privé, 37 ans, marié et père de deux enfants, Ouagadougou, 2015)

Ce secourisme suppose une connaissance de base sur les risques de complication pouvant survenir à un accidenté. C'est ainsi que s'explique le refus d'offrir à boire à la victime.

3.2. Les soins d'urgence sur le site de l'accident par les sapeurs-pompiers

Les premiers soins d'urgence formels sont fournis par les sapeurs-pompiers. Ils se limitent à des conseils d'usage et à mettre le patient dans une position confortable. Un accidenté raconte son expérience :

Ils m'ont salué, me poser des petites questions pour vérifier l'état de ma tête ; ils se sont excusés disant qu'ils vont me faire un peu mal, ils ont tendu le pied, l'immobiliser et m'ont embarqué dans l'ambulance ; ils m'ont conseillé et bien traité jusqu'à l'hôpital. Ils m'ont dit de garder mon sang froid, que le problème est déjà arrivé et que ça peut arriver à tout le monde ; que ça pouvait être plus grave que cela. J'ai demandé à

boire et ils ont refusé disant que j'ai perdu beaucoup de sang et que ce n'était pas bon pour moi (Homme de 33 ans, commerçant, Ouagadougou, 2015).

Ces soins sur le site de l'accident est une composante importante de la survie des accidentés. Une fois dans la structure de soins, de nouvelles contraintes apparaissent dans la chaîne d'offre de soins cliniques.

3.3. L'épreuve hospitalière : silences et barrières financières

Une fois que l'accidenté arrive à l'hôpital, il est confronté à deux réalités. Des tensions relationnelles dans la relation soigné-soignant et le coût des soins jugés exorbitant dans les services d'urgence.

3.3.1. Le silence des professionnels de santé dans le temps d'attente

Les relations entre le personnel de santé et les victimes des accidents sont décrites par ces dernières comme un moment de silence, marqué par une insuffisance de communication bienveillante. Pendant ce moment de silence, la victime comme son entourage éprouvent de la souffrance. Voici le témoignage d'un accidenté :

« L'opération a eu lieu le lendemain. Ils nous ont dit d'attendre. On n'a fait qu'attendre. C'était la partie la plus pénible. Après la radiographie, un examen de sang. On a ramené tous les résultats. Ils ont pris et on ne nous a plus rien dit. On nous a dit d'attendre parce que les docteurs vont venir programmer pour qu'on m'emmène dans le bloc. Comme on attendait, et personne ne venait, de temps en temps, on va demander : « notre malade comment on va faire ? Ils disent : attendez ! Quelqu'un va venir voir. D'autres disent, il y a une autre équipe qui va venir et c'est elle qui va continuer les soins. Bon, on a attendu comme ça jusqu'à ce que vraiment, les docteurs décident de m'opérer » (Victime de 33 ans, Ouagadougou, 2015)

Lors de la prise en charge dans les services d'urgence, la faible qualité de la communication entre le personnel de santé et les victimes d'accidents génère un moment de souffrance. Un accompagnant raconte :

« Vraiment, on peut dire que c'est difficile. Parce que quand tu es avec quelqu'un qui est couché, qui souffre, et on perd du temps avant de venir le prendre, c'est difficile quand même. C'est ce côté qui est un peu compliqué, la prise en charge est lente ; les soignants ne viennent pas vite. De temps en temps ils trouvaient qu'on les dérangeait parce qu'à chaque fois il faut les rappeler. Bon, par moment j'ai senti sur les visages que c'était comme si on les embêtait quoi. Voilà, la lenteur pour

les soins. C'est très difficile. Surtout quand tu vois qu'il y a d'autres qu'on est en train de soigner ou bien quelqu'un d'autre est arrivé après vous et puis automatiquement il a des soins » (membre de la famille d'un accidenté, Ouagadougou, 2015)

L'insuffisance de communication est réinterprétée dans ce récit d'un membre de la famille comme une forme d'injustice ou de clientélisme de la part du personnel de santé. Celui-ci estime que l'ordre d'arrivée n'est pas respecté dans l'administration des soins en urgence. Ces moments de silence offrent un espace d'apprentissage pour les stagiaires qui imitent également leurs aînés, mettant à jour une forme de culture professionnelle. L'attitude des stagiaires est ainsi décrite en ces termes :

Je ne sais pas si c'était des infirmiers ou des stagiaires. Ils viennent chacun avec sa feuille ils regardent puis ils s'en vont. Ils ne touchent même pas ; c'est posé des questions et puis repartir. C'est ainsi que la petite sœur, a demandé pourquoi toutes ces questions. Elle a ajouté qu'il faut soigner le malade avant les questions. Ils n'ont rien dit ; absolument rien (homme de 33 ans, Ouagadougou, 2015)

Les rapports entre soignés et soignants sont marqués à une faible interaction communicationnelle. Plusieurs malades racontent qu'on leur administre les soins sans les informer de l'objectif du traitement mis en place. Cette situation renouvelle les comportements de domination entre le soignant et le soigné. L'expérience de la maladie vécue par la victime de l'accident n'est pratiquement pas prise en compte dans le schéma thérapeutique.

Dans le ressenti de la relation thérapeutique, le comportement des professionnels de santé fait l'objet de réprobation récurrente. L'image que renvoient les professionnels est celle d'une absence de professionnalisme et de déontologie. Ces manières de se comporter sont désapprouvées par les usagers qui les interprètent comme un manque de compétence éthique en matière de perception et d'attention à autrui. Or, cette compétence éthique est précisément ce qui permet de prendre en compte l'expérience de la souffrance d'autrui et de témoigner d'une véritable sollicitude envers le patient.

3.3.2. Quand les ordonnances s'empilent : le fardeau financier des soins d'urgence

La pile des ordonnances et des résultats des examens de laboratoire que les enquêtés nous montrent au cours des entretiens montrent comment la prise en charge des accidentés est un fardeau financier pour les

familles. Un commerçant victime d'un accident, vivant dans une zone non lotie témoigne en ces termes :

Bon, je n'ai pas eu le temps de calculer tous les frais de traitement. Tout cela ce sont mes ordonnances (bruit) et les reçus [il montre un lot de papperasse]. Dans certains services, on ne s'arrête même pas pour prendre les reçus quand on paye les produits. Sans mentir, le montant total peut valoir les 2 millions (un commerçant de 33 ans, Ouagadougou, 2015)

Le paiement des ordonnances se fait en fonction des opportunités financières. Cette fille célibataire raconte comment elle se débrouille pour payer les ordonnances en ces termes :

Il y a parfois des ordonnances qu'on n'arrive pas à honorer parce qu'il n'y a plus rien. Dans ce cas, quand on reçoit une ordonnance le matin et qu'on ne peut pas aller acheter, on attend le lendemain ; parfois on oublie carrément cette ordonnance. Si une autre vient et qu'on a l'argent, on achète celle-là. On a fait ainsi jusqu'à quitter l'hôpital (Une fille célibataire, mère d'un enfant de 6 ans, employée dans un bar, 2015).

Globalement, l'ensemble des enquêtés évoquent des coûts de soins relativement élevés. Cette incapacité à honorer les prescriptions met en lumière que les accidents de la route touchent principalement les populations plus pauvres et les plus précaires. Dans ce contexte, le renoncement partiel ou total aux soins devient une tactique de survie, malgré les risques encourus.

3.3.4. Le renoncement aux soins dans les services d'urgence à l'hôpital

L'impossibilité de supporter les coûts de soins entraîne de nombreux accidentés à renoncer à la prise en charge hospitalière. C'est ce que décrit cet homme :

« À cause du coût élevé de l'opération et vu qu'on ne disposait pas d'assez de moyens et surtout qu'à l'hôpital on ne peut pas se soigner et puis venir régler après. Je leur ai dit en tout cas nous, nous allons partir et on a failli se disputer en ce moment. Ils disent dans ce cas que je vais signer une décharge comme cela en cas de problème...je dis qu'on est déjà face à un problème mais on n'a pas le choix. C'est en ce moment que je suis allé signer et, comme c'est devenu la bagarre. Ils ne nous plus posé de questions » (un homme de 36, marié, illettré, un commerçant en location).

L'incapacité de payer les soins engendre des situations conflictuelles avec les professionnels de santé. Situation inconfortable pour les deux

parties qui oblige le personnel de santé à exiger la signature d'un document officiel de renoncement aux soins.

Dans ce contexte, le malade est soulagé de pouvoir s'extirper d'un univers de souffrance du fait de son incapacité à financer ses soins. C'est dans ce sens, que cette mère célibataire déclare :

Au vu de la situation financière... Ça ne va plus, l'argent ne rentre plus. À l'hôpital, il n'y a pas un jour qu'on ne vous donne pas une ordonnance. Comme nous n'avons plus de moyens, je ne vois pas pourquoi on va rester là-bas. J'ai dit à mon oncle que c'est mieux de nous libérer (mère célibataire, un enfant de 6 ans, employée dans un bar, Ouagadougou, 2015).

Les discours des victimes mettent en évidence que les barrières financières aux soins d'urgence persistent pour les personnes vulnérables comme cette mère célibataire. Cette image de l'hôpital comme un lieu de l'épreuve financière est largement répandue et racontée dans la ville. Celle-ci légitime les logiques de refus d'hospitalisation pour les personnes ayant un faible capital économique.

3.4. Après l'urgence, le défi de la continuité des soins à domicile

Les soins à domicile concernent aussi bien les pansements et les aides aux activités de la vie quotidienne. Deux acteurs sont principalement mobilisés pour la continuité des soins après l'urgence ; il s'agit des professionnels de santé et des membres de la famille.

3.4.1. Les professionnels de santé dans le quartier

Les pansements à domicile, effectués par les infirmiers du quartier relèvent d'un conseil d'un professionnel de santé ou de l'initiative personnel du malade pour réduire les coûts associés au transport. L'extrait suivant est illustratif de l'attitude passive de l'infirmière de quartier :

« Quand on nous a dit de revenir pour les pansements, une infirmière s'est proposée de venir me traiter à la maison. Elle venait faire les pansements et les injections. Elle a fait deux séances en 10 jours et après on est allé chez le rebouteur. Chaque séance, on payait 3000 FCFA » (Homme de 49 ans, illettré, piéton, marié, 7 enfants, Ouagadougou, 2015).

Les propos du patient, montrent d'une part qu'en l'absence d'un cadre juridique qui régit les soins à domicile, la coopération entre la structure de santé et l'infirmier de maison est marquée par l'informalité. Une

activité lucrative informelle pour les agents de santé s'est greffée dans les quartiers dans le cadre des urgences liées aux traumatismes de la circulation. Le récit de cette femme âgée de 58 ans, victime d'un accident rappelle les efforts financiers à consentir pour la continuité des soins dans les urgences. Elle déclare :

Pour le traitement de la blessure, ils ont dit qu'on peut chercher par exemple un CSPS qui est proche de mon domicile pour les pansements. Ils ont ajouté que si on avait également les moyens, un infirmier peut venir à la maison pour les pansements. On ne peut pas se rendre là-bas chaque jour et comme je ne peux plus monter sur une moto, c'est le major du CSPS qui venait nettoyer (Une veuve de 58 ans, vivant chez son fils, Ouagadougou, 2015)

Le poids financier pour les soins à domicile peut devenir insupportable pour les familles précaires. Au bout de quelques temps, certaines victimes finissent par y renoncer. C'est l'histoire de cette mère célibataire :

C'est eux même qui m'ont confié un docteur [infirmier] là-bas ; bon un docteur qui est dans le secteur. Il vient faire le pansement, le lundi, mercredi, vendredi, tout comme on le faisait à l'hôpital ; après comme la plaie a commencé à diminuer, il vient le lundi et le vendredi ; maintenant il ne vient plus. C'est moi-même qui fais le pansement (rire) ce matin même, je viens de le faire (Une fille célibataire, mère d'un enfant de 6 ans, employée dans un bar, Ouagadougou, 2015)

Dans ce récit, cette mère célibataire se résout à faire elle-même ses pansements ; elle en parle avec un humour qui met en évidence, une absence de soutien familial. Pour d'autres victimes, le pourvoyeur des soins à domicile reste les membres de la famille.

3.4. 2. Les aidants familiaux

Les membres de la famille participent à la dispensation des soins à domicile, en s'occupant des aspects portant sur les activités de la vie quotidienne qui améliorent le confort du malade. C'est le récit de cet homme, ayant eu une fracture ouverte :

Je me couchais au salon. J'étais un peu éloigné de la douche mais à chaque fois que j'avais besoin de quelque chose, ils le faisaient. Ils m'aident à m'asseoir, me lever. Quand je vais dans la douche on m'aide à m'asseoir, on pose mon pied sur une chaise. Si je finis de faire mes besoins, je les appelle et ils viennent me prendre pour me déposer sur le lit (Employé du privé, 37 ans, marié et père de deux enfants)

Cette victime souligne l'inconfort de l'hôtellerie, puis qu'elle est obligée de rester au salon. Les « soins infirmiers » effectués en famille

prolongent le travail invisible des aidants familiaux dans les salles d'urgence. C'est dans le même registre qu'un autre accidenté ajoute : À l'état actuel je ne peux pas me doucher moi-même. J'ai un frère qui est ici et c'est lui qui me lave le soir. Pour le repas, ce sont les voisins qui cuisinent et m'amènent. C'est une aide pour moi, sinon peut être un jour on viendrait ouvrir la porte et voir que je ne suis pas là [mort] (homme de 37 ans, mécanicien, séparé de sa concubine)

Dans la chaîne des soins d'urgence, les aidants familiaux jouent un rôle important à la sortie de l'hôpital. Cette tâche est généralement assurée par les enfants, les frères et sœurs. Cependant cette fonction reste invisible.

4. Discussions

4.1. Les parcours de soins dans les urgences traumatiques

L'accessibilité aux soins d'urgence met en lumière trois espaces qui fonctionnent en continuum de soins. Le premier espace est le site de l'accident qui est la phase pré-hospitalisation de la victime. Les actions qui y sont posées peuvent déterminer le devenir sanitaire de celle-ci. Le deuxième moment est la phase de l'hospitalisation qui englobe l'accès aux prestataires de soins, aux régimes de traitement jusqu'à la sortie de l'hôpital. La dernière phase est les soins à domicile, délivrés par les membres de la famille et les infirmiers de quartiers.

Les représentations collectives de l'hôpital permettent de comprendre les régimes argumentatifs et les valeurs mobilisées pour légitimer le recours et le non recours. L'image véhiculée par les acteurs de l'hôpital est son caractère techno-clinique, ayant du personnel hautement qualifié mais qui évolue dans un environnement de contraintes en ressources humaines, technologique, financière. Ce discours dominant sur le modèle scientifique de l'organisation des services (cadre rigoureux des connaissances balisées par des données vérifiables, analysables, quantifiables ; description des postes et répartition des tâches) occulte le registre relationnel des soins) témoigne d'un besoin non seulement des soins de qualités mais également une plus grande attention humaine des usagers.

Le parcours de soins des victimes d'accidents de la circulation est jalonné de renoncement de soins dans un contexte particulier. D'abord, l'organisation de l'offre de soins sur le territoire est caractérisée par des inégalités de répartition des structures de santé. La densité des infrastructures sanitaires du centre-ville contraste les « déserts médicaux » des quartiers périphériques (E. Cadot et M. Harang, 2006).

Enfin, la cohabitation de plusieurs systèmes de soins (public, privé, traditionnel) à la coopération conflictuelle, constitue un facteur renforçant les renoncements aux soins selon deux modalités. Le « renoncement barrière » renvoie aux dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins spécialisés. Ici il s'agit des barrières financières dont le poids sur les familles est important. Les coûts des soins dans le service se doit de prendre en compte les frais directs mais également la perte de temps en matière de productivité dans la mesure où les malades évoquent la lenteur de la guérison. Le « renoncement refus » interroge les préférences et les choix d'un système de soins au profit d'un autre (C. Desprès *et al*, 2011). Les relations soignés-soignant y jouent un rôle. Ce renoncement-refus, loin d'être l'expression d'une autonomie de décision (C. Desprès *et al*, 2011) s'enchevêtre avec des causes sous-jacentes qui sont liées à l'image négative des services publics malgré les coûts onéreux des soins et l'efficacité symbolique attribuée à d'autres types de soins. Le renoncement peut survenir à toutes les étapes de l'itinéraire de soins qui structurent la quête de la santé.

4.2. Les soins d'urgence dans les écologies thérapeutiques interdépendantes

Le pluralisme médical s'appuie une définition anthropologique qui fait cohabiter dans un même espace plusieurs modèles thérapeutiques (biomédecine, médecines traditionnelles, recours religieux) qui favorise les itinéraires complexes. Dans ce cas, l'ordre logique cède la place à une suite de comportements des usagers orientés par les interférences de plusieurs champs du social avec celui de la maladie (J. Benoist, 1996). La recherche d'un diagnostic et d'un traitement est la résultante de logiques multiples, de causes structurelles et des causes conjoncturelles.

L'idée largement répandue est que les soins d'urgence liés aux traumatismes de la route relèveraient des hôpitaux ou tout au moins les centres médicaux. Pourtant, les soins d'urgence devraient être pensés dans des écologies thérapeutiques interdépendantes qui sont la rue ou la route, l'hôpital et la famille. Ces espaces de soins forment un continuum car les soins réalisés dans ces lieux sont cruciaux pour la survie de l'accidenté. Ce faisant, ils constituent des écologies thérapeutiques interdépendantes plutôt que des différenciations distinctes de systèmes pluralistes (M. Lock et V-K. Nguyen, 2010). Les arguments d'un tel positionnement sont multiples.

D'abord, le secourisme de base pratiqué par les témoins de l'accident, bien que invisibilisé dans les travaux anthropologiques n'en constitue pas un espace de soins. Il s'agit de l'expression d'une citoyenneté biologique qui renvoie à la participation du citoyen à promouvoir le droit à la vie. L'accident devient ici, comme lors de la catastrophe de Tchernobyl en Ukraine non seulement une ressource pour l'accès à une forme de protection sociale mais aussi, une base de l'appartenance sociale et de la détermination de la citoyenneté (A. Petryna, 2004). L'accident acquiert un statut politique en mettant en exergue une certaine forme de compassion collective à l'endroit d'un citoyen.

Enfin le fait de posséder un téléphone pour alerter la famille ou de disposer d'un véhicule pour amener rapidement le blessé dans un centre de soins est une traduction des inégalités sociales de santé. La possession de ces biens peut dans certaines situations être un critère de survie. Tout se passe comme une forme de triage des victimes dans la rue pour l'accès aux services d'urgence.

Le passage du statut de « cas fatal » à celui de « near-miss » n'est pas qu'une question de physiologie, mais le résultat d'un gradient social. Margaret Lock et Vinh-Kim Nguyen avancent le concept de « *biologies locales* » pour rappeler que le corps n'est pas un standard universel : il incorpore biologiquement son contexte de vie, sa pauvreté et ses inégalités de pouvoir.

Cette situation interroge de manière plus large, la citoyenneté sanitaire qui renvoie à la possibilité d'avoir accès aux soins en fonction de ses besoins. Celle-ci va au-delà de la vie biologique et de la vie sociale pour intégrer une dimension morale dans les choix politiques (D. Fassin, 2006). La citoyenneté sanitaire invite à considérer « la bio-légitimité, qui est la légitimité de la vie, autrement dit la reconnaissance de la vie biologique comme bien suprême » (D. Fassin, 2006, p. 45.) C'est ainsi que seules les couches, les plus aisées y ont accès d'urgence de qualité. Pour les précaires, on assiste à un renoncement partiel des soins où l'automédication à base des médicaments de la rue, des remèdes domestiques et de la prescription sur conseils d'un pair, cohabite avec des retours occasionnels vers les praticiens de santé.

4.3. La bienfaisance dans l'espace public : les solidarités citoyennes

Le milieu urbain est parfois décrit sous la forme d'un univers froid où les rapports sociaux sont marqués par l'indifférence, l'individualisme. Paradoxalement, les accidents de la circulation constituent des

moments d'expression de la solidarité. Celle-ci n'est pas en soi une nouveauté car plusieurs travaux montrent que le moment de la maladie, surtout au cours des hospitalisations donnent lieu à une mise en scène « du réseau de sociabilité [du malade] et globalement de la surface sociale de la famille » (F. Le Marcis, 2010, p. 57). La solidarité retrouve ses lettres de noblesse dans l'épreuve de la maladie avec ses droits et ses obligations de solidarité (C. Attias-Donfut *et al*, 2002). Ces formes de solidarité mobilisent la famille, les voisins de quartier ; bref il s'agit des réseaux d'interconnaissance et fonctionne selon la logique de normes de la réciprocité (A. Caillé et P. Chanial, 2008) dans la mesure où chacun pourrait en bénéficier un jour. Les solidarités publiques autour des accidents de la circulation sont alors fondées une norme de bienfaisance qui « requiert de donner aux autres l'aide dont ils ont besoin. Au lieu que cette aide ait pour condition des avantages reçus dans le passé ou des bénéfices attendus dans l'avenir, la norme de bienfaisance appelle à apporter celle-ci en faisant abstraction de ce que les autres ont fait ou peuvent faire pour nous et de ne prendre en considération que les besoins que nous leur imputons (A. Caillé et P. Chanial, 2008, p. 300)

Le near-miss ne doit pas être vu comme une simple fenêtre sur une réalité biologique, mais comme un prisme (B. Good, 1994) révélant comment la société gère les corps à risque. Passer d'un diagnostic universel à une compréhension des réseaux sémantiques de la souffrance est essentiel pour réhumaniser le soin.

Cette norme de bienfaisance est une dimension de la société du care, défendue par l'anthropologie du care. Le care est un mouvement vers les autres et de ce fait « être pour un humain, c'est être avec les autres » (S. Van Der Geest, 2002, p. 41), c'est-à-dire tendre vers la présence des autres. Il renvoie à la capacité des acteurs à développer à l'égard d'autrui des sentiments d'empathie et de compassion (J. Tronto, 2012). Cette norme de bienfaisance renvoie à cette morale ancienne des égyptiens qualifiée de « maât », un concept qui « invite à l'action bonne et juste, à un engagement actif et éthique » (Y. Somet, 2005, p. 88). Il s'agit d'une morale pratique et une morale civile axée sur la solidarité et la fraternité réelle (Y. Somet, 2005). Cette norme peut également être mise en résonance avec la notion de « *burkidlem* » du terme « burkina » qui signifie intègre. Les valeurs morales associées au « *burkidlem* » seraient entre autres l'honneur, la compassion, la pitié, la miséricorde. Ces qualités morales ferraient qu'individuellement et collectivement, les rapports entre les composantes de la société seraient emprunts

d'humaniste. Dans ce sens, le concept de « *burkidlem* » se rapproche alors des termes de « *ubuntu* » et de « *maât* » (G. Rouamba, 2015).

Cette réflexion sur le care permet de faire sortir celui-ci de la famille, des milieux de soins médicaux et des centres de réhabilitation (N. Thompson et S. Thompson, 2001) pour le saisir dans l'espace public. La rue se transforme en un espace de soin (care). Cette dimension apparaît tout à fait nouvelle et contredit une société africaine où le discours dominant serait l'individualisme.

Conclusion

Cet article avait pour objectif d'analyser les déterminants socio-sanitaires de l'accessibilité aux soins d'urgence par les victimes des accidents de la rue. Plusieurs facteurs s'enchevêtrent pour constituer des facteurs favorisant ou des obstacles à l'accès rapide aux services d'urgence.

Les déterminants sociaux sont associés au capital social et économique de la victime. La possession d'un téléphone au moment de l'accident facilite la mobilisation de la famille sans laquelle, les premiers soins sont hypothétiques. Également, la possession d'un véhicule dans la famille ou dans le réseau d'interconnaissance peut accélérer l'évacuation rapide vers un centre de santé. Cependant cette modalité d'évacuation comporte un risque dans le cas où la structure qui reçoit n'est pas qualifiée pour ce type de soins. On assiste un prolongement de la durée pour avoir un contact avec un spécialiste.

Les déterminants sanitaires regroupent l'assistance médicale de premier niveau administrée par les témoins de l'accident. Ces gestes des profanes sont parfois déterminants pour la survie de l'accidenté. Enfin, la réactivité des sapeurs-pompiers à arriver sur le site de l'accident pour mettre en route un traitement d'urgence. Une fois à l'hôpital, l'accès aux soins d'urgence est conditionné par les ressources financières de la famille. Ainsi, certains malades renoncent à l'hospitalisation et optent d'autres alternatives. Dans les cas de fractures, ils recourent aux tradipraticiens de santé.

Cette étude a mis en évidence la part contributive de la famille dans la continuité des soins d'urgence. Ce volet est généralement invisible dans la littérature anthropologique alors qu'il constitue un chaînon important pour la survie du malade. Cette situation amène à inscrire les soins d'urgence dans des écologies thérapeutiques interdépendantes.

Les entretiens ont été réalisés en 2015, alors que l'article utilise des statistiques de contexte allant jusqu'en 2024 et 2025. Ce décalage peut

créer une distorsion entre les témoignages vécus il y a dix ans et la réalité actuelle du système de santé, comme la mise en place récente du SAMU. Cette nouvelle réalité invite à revisiter la gestion des urgences dans les services de santé.

Références bibliographiques

ATTIAS-DONFUT Claudine, LAPIERRE Nicole et SEGALIN Martine, 2002, *Le nouvel esprit de la famille*, Odile Jacob, Paris.

BENOIST Jean, 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris.

BONNET Emmanuel et NIKIÈMA Aude, 2023, *Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest. L'épidémie oubliée*, Science et bien commun, Québec.

BONNET Emmanuel, FILLOL Amandine, NIKIEMA Aude, LECHAT Lucie, TALL Mohamed, DA Songahir Christophe et RIDDE Valéry. (2018). Évaluation des inégalités sociales de santé des traumatisés de la route à Ouagadougou au Burkina Faso. *Santé Publique*, 131-137.

BISWAS Animesh, HALIM M. Abdul ; DALAL Koustuv et RAHMAN Fazlur, 2016. Exploration of social factors associated to maternal deaths due to haemorrhage and convulsions: Analysis of 28 social autopsies in rural Bangladesh. *BMC Health Services Research*, 16, 663. doi:10.1186/s12913-016-1912-6.

BONNET Emmanuel, & NIKIEMA Aude (Dir.). (2023). *Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest : L'épidémie oubliée*.

Québec : Éditions science et bien commun

CADOT Emmanuelle et HARANG Maud, 2006, « Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) ». *Espace populations sociétés*, Vol/2-3,

Url : <http://journals.openedition.org/eps/1739> doi: <https://doi.org/10.4000/eps.1739>

CAILLÉ Alain et CHANIAL Philippe, 2008, « L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme », *Revue Mauss*. La Découverte : Vol. 32, Paris

IRANGANI Lasandha, PRASANNA Indika, RUWAN Gunarathne, SAJAAN Praveena, SHANTHAPRIYA Sandaru, HASARANGA Wickramasinghe, NUWAN Darshana, AGAMPODI Suneth Buddhika, & AGAMPODI Thilini Chanchala. (2022). Social determinants of health pave the path to maternal deaths in rural Sri Lanka: reflections from social autopsies. *Reproductive Health*, 19(221). doi:10.1186/s12978-022-01527-2

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE et ICF, 2023, *Enquête Démographique et de Santé 2021*, Ouagadougou

DESPRÉS Caroline, DOURGNON Paul, FANTIN Romain et JUSOT Florence, 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique » *Questions d'économie de la santé*, n°196. 2

DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier, 2001. *Critique de la santé publique*, Balland. Paris

FASSIN Didier, 2006, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie » *Sociologie et sociétés*, 38, n° 2, pp 35-48. doi : 10.7202/016371ar

FASSIN Didier, 2021. *Le monde de la santé publique. Excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021*, Seuil, Paris

FILLOL Amandine, BONNET Emmanuel, BASSOLÉ Joanny, LECHAT Lucie, DJIGUINDE Amadou, ROUAMBA George et RIDDE Valéry, 2016, « Équité et déterminants sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina Faso ». *Afrique, santé publique & développement*, 28 / N°5.

FILLOL Amandine., BONNET Emmanuel., BASSOLÉ Joanny & RIDDE Valéry, 2016. L'autopsie sociale pour étudier les déterminants sociaux des accidents de la circulation et des traumatismes associés au Burkina Faso. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(2), 100–101. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.012>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD), 2020 *Annuaire statistique 2019*. Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement

GABRYSCH Sabine et CAMPBELL Oona, 2009, “Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 9(1):34. doi:10.1186/1471-2393-9-34

GEEST Sjaak Van Der, 2002, “Respect and reciprocity: care of elderly people in rural Ghana”. *Journal of cross-cultural gerontology*, N°17/1, pp 42-63.

GIFTY Gyan, ZUBAIR Sabah Mohd, POOBALANC Amudha et SUMITD Kumar, 2021, “Effective interventions in road traffic accidents among the young and novice drivers of low and middle-income countries: A scoping review”, *Clinical Epidemiology & Global Health*, 12,100865, October-December.

GOOD, Byron . J. 1994. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge : Cambridge University Press.

GOOD Byron J., FISCHER Michael M. J., WILLEN Sarah S. et GOOD Mary-Jo DelVecchio, 2010, *A ready in medical anthropology. Theoretical trajectories, emergent realities*, Wiley-Blackwell, United States.

GUIARD-SCHMID Jean-Baptiste, COMTE Thierry, OUATTARA Sié Ahmed, GANDEMA Salifou, TAPSOBA Armel B. M., BAMBARA Yves Landry, & BONNET Emmanuel 2023. Analyse situationnelle de la prise en charge des victimes de la route au Burkina Faso : un défi pour atteindre les objectifs de développement durable. Dans E. Bonnet & A. Nikiema (Dir.), *Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest : L'épidémie oubliée* (pp. 111-127). Éditions science et bien commun

KALTER Henry D., SALGADO Rene, BABILLE Marzio, KOFFI K. Alain et BLACK E. Robert, 2011, "Social autopsy for maternal and child deaths: A comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method". *Population Health Metrics*, 9. Doi :10.1186/1478-7954-9-45

LE MARCIS Frédéric, 2010, *Vivre avec le sida après l'apartheid. Afrique du Sud*, Karthala, Paris

LOCK Margaret et NGUYEN Vinh-Kim, 2010, *An Anthropology of Biomedicine*, Blackwell /A John Wiley & Sons, Ltd.

MASSÉ Raymond, 2010, Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé, *Anthropologie & Santé*, pp 1 1-15. <http://anthropologiesante.revues.org/116>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2021a, *Annuaire statistique 2020*, Ouagadougou.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2021b, *Plan national de développement sanitaire 2021-20230*, Ouagadougou

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES DROITS HUMAINS, CHARGÉ DES RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS (MJDHRI). (2024). *Annuaire statistique 2023 de la justice*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MS). (2011). *Annuaire statistique 2010*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MS). (2020). *Annuaire statistique 2019*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MS). (2021). *Annuaire statistique 2020*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (MS). (2025). *Annuaire statistique 2024*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles.

MINISTÈRE DES TRANSPORTS, DE LA MOBILITÉ URBAINE ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE (MTMUSR). (2021). *Annuaire statistique 2020 du secteur des transports*. Ouagadougou, Burkina Faso : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2017, *Sauver des VIES – Module technique sur la sécurité routière*. Url: <http://apps.who.int/iris> Genève

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2022, *Plan mondial : décennie d'action pour la sécurité routière 2021-2030*. Url : <https://rue-avenir.ch/wp-content/uploads/2021/12/Plan-mondial-securite-routiere.pdf> . Genève

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2021). *Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière 2021-2030*. Genève, Suisse : OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2024). *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2023 : résumé*. Genève, Suisse : OMS. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OUEDRAOGO Manhamady, & BONNET Emmanuel. (2023). Les enfants de moins de 15 ans face au risque d'accident de la route à Ouagadougou, Burkina Faso. Dans E. Bonnet & A. Nikiema (Dir.), *Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest : L'épidémie oubliée* (pp. 83-108). Éditions science et bien commun

PATTINSON Robert C, HALL Marion. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull*. 2003;67:231-243. doi:10.1093/bmb/ldg007

PATTINSON Robert C., SAY Lale, SOUZA João Paulo, VAN DEN BROEK Nynke, ROONEY Cleone. (2009). WHO working group on maternal mortality and morbidity classifications. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(10), 734. doi:10.2471/BLT.09.070722

PETITFOUR Laurène, BONNET Emmanuel, MATHEVET Isadora, NIKIEMA Aude, & RIDDE Valéry. 2023. Paiements directs et dépenses catastrophiques liés aux accidents de la route à Ouagadougou, Burkina Faso. Dans E. Bonnet & A. Nikiema (Dir.), *Les traumatismes routiers en Afrique de l'Ouest : L'épidémie oubliée* (pp. 168-193). Éditions science et bien commun

PETRYNA Adriana, 2004, "Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations". *OSIRIS* n°19, pp 250-265.

- ROUAMBA George, 2015, *Yaab-râmba*»: une anthropologie du care des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso). (Ph. D Recherche), (2015BORD0397), Bordeaux.
- SANOU Edwige, 2018 (28 avril 2018). *Débats de boissons à Ouagadougou : Quand le nombre de clients n'est pas synonyme de bonnes affaires*. Radar Info Burkina, url <https://www.radarsburkina.net/index.php/fr/societe/271-debits-de-boissons-a-ouagadougou-quand-le-nombre-de-clients-n-est-pas-synonyme-de-bonnes-affaires> [consulté le 25 septembre 2025]
- SOMET Yoporeka, 2005, *L'Afrique dans la philosophie. Introduction à la philosophie africaine pharaonique*, KHEPERA, Paris.
- THADDEUS Sereen et MAINE Deborah, 1994, “Too far to walk: maternal mortality in context” *Social Science & Medicine*, 38(6): pp 22-24.
- THOMPSON Neil et THOMPSON Sue, 200, “Empowering older people beyond the care model” *Journal of Social Work* 1(1), pp 61–76.
- TRONTO Joan, 2012, *Le risque ou le care*, PUF. Paris.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2018, *Global status report on road safety 2018*, url: <http://apps.who.int/iris>, Geneva