

I. Introduction

La maladie, et surtout les manières de la prendre en charge, témoignent bien souvent – comme l'écrivait Didier Fassin à propos des inégalités sociales en général –, d'une véritable « incorporation » des inégalités (Fassin, 1996), c'est-à-dire une inscription des inégalités sociales dans les corps à l'occasion d'une maladie. Nul doute que les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes maladies mais aussi qu'ils ne sont pas considérés comme malades de la même manière et surtout ne bénéficient pas de la même prise en charge dans le système de soins. Les travaux anthropologiques qui s'intéressent aux articulations entre genre et santé sont nombreux et diversifiés. Nous en proposons ici un bref aperçu.

L'objectif de cette contribution est de montrer à travers deux exemples (la maladie et les médicaments) dans les plateaux voltaïques au centre du Burkina Faso, fortement influencés par la culture des moose¹³, comment la mobilisation du concept de genre dans des recherches en anthropologie de la maladie permet une analyse pertinente, performante et opératoire des questions de santé. Elle vise à montrer comment une approche originale des représentations et des pratiques sociales dans le champ sanitaire en référence au concept de genre autorise en retour la production de résultats permettant de mieux comprendre le processus de constructions culturelles des identités féminines et masculines dans une société.



Vente de fruits au Burkina, 2012. M.N Favier ©IRD

II. Le genre chez les moose au Burkina Faso

Pour comprendre les discours et les pratiques dans le champ de la santé lorsque surviennent certaines maladies ou lors de la quête de traitement, il faut au préalable se pencher sur la construction culturelle des identités féminine et masculine.

Cette construction oblige à s'intéresser aux normes sociales valorisées en société traditionnelle (toujours enracinées dans la vie quotidienne d'une grande majorité de la population) pour la transmission des biens, l'alliance matrimoniale et le choix du lieu de résidence pour les épouses. L'un des principes majeurs dans l'aire culturelle considérée est que les logiques d'héritage de l'identité et des biens se fassent uniquement par les hommes (patrilinéarité). Un autre est que les épouses résident en principe dans la cour et donc dans le quartier ou le village de leur mari (virilocalité), qui lui-même habite en principe dans le village de son père (patrilocalité)¹⁴. Ces logiques de patrilinéarité et de patri-virilocalité se traduisent alors par un ancrage de chaque patrilignage¹⁵ dans une unité territoriale circonscrite. Un lignage est conçu comme étant nécessairement celui des hommes, et il est étroitement rattaché au village ou la localité des ancêtres masculins du lignage. Le principe de patri-virilocalité a pour conséquence que les membres féminins du lignage sont soit des enfants du patrilignage qui changeront de résidence après l'alliance matrimoniale, soit des épouses qui nécessairement viennent d'un autre village ou quartier. Ainsi, la combinaison des principes de patrilinéarité et de patri-virilocalité aboutissent à une conception segmentaire de l'espace, découpé en unité territoriale,

chacune en lien avec un patrilignage. Les hommes sont chargés d'assurer l'unité, l'harmonie, la protection de leur lignage, et de l'unité territoriale qui lui est associée. Ils ont aussi pour responsabilité d'assurer, pour leur patrilignage et leur terre paternelle, la disjonction entre univers sacrés (celui des ancêtres, des génies, des autels, de l'être suprême du monde selon les mosse et son épouse, la « terre ») et monde profane (celui des hommes, le monde animal et végétal) (Egrot, 2001).

Néanmoins, un patrilignage, verra ses propres filles partir et des épouses arriver. En regard, les femmes, lors de l'alliance matrimoniale, quittent leur terre paternelle pour une autre, où elles seront du moins au début, qualifiées d'« étrangères ». Elles ne feront partie de leur lignage allié qu'après des années de vie conjugale et à condition de lui avoir donné des enfants qui appartiennent au lignage du père dans le droit coutumier. Mais toute femme, épouse puis mère en un lieu, fut et reste sœur dans le quotidien pour son lignage d'origine, en particulier lors de différents événements (naissance, mariage, décès, deuil, etc.). Ce double ancrage des femmes a pour corollaire leur bien plus grande mobilité spatiale, sociale et symbolique (Egrot, 2001). Une unité territoriale se trouve en relation avec une multitude d'autres par l'intermédiaire des tantes paternelles, des sœurs et des filles qui ont rejoint d'autres unités territoriales du fait de leur obligation de vivre sur la terre de leur mari. Ces relations entre patrilignages se font également par les épouses et les tantes maternelles, qui viennent en principe d'autres unités territoriales.

¹³ Dans le cadre des recherches utilisées ici, la ville de Ouagadougou et de ses environs dans un rayon de 60 kms. Cette aire géographique recouvre d'anciens territoires moose. Certes, elle est habitée par une population aujourd'hui cosmopolite et ouverte sur le monde à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication, mais reste néanmoins fortement influencée par la culture des moose.

¹⁴ C'est le principe de la virilocalité qui fait que les épouses n'ont de maison que chez leurs époux, et les filles n'en ont que chez leur père, leurs frères, ou un quelconque parent paternel de sexe masculin.

¹⁵ Ensemble des individus descendants d'un ancêtre commun par filiation unilinéaire, ici uniquement par référence paternelle.

II. Genre et maladies

En raison des représentations sociales de la procréation (Bonnet, 1988), les femmes sont aussi conçues comme des points de convergence entre espaces profane et religieux, entre mondes naturel, sacré et humain. Les femmes ont ainsi une importante fonction conjonctive aussi bien territoriale, que sociale ou symbolique, qui s'oppose à la fonction disjonctive des hommes. Et justement, dans la logique masculine patrilinéaire, cette puissance conjonctive des femmes doit être nécessairement domestiquée et maîtrisée par les patrilignages.

L'opposition féminin-masculin est parfois associée chez les moose à d'autres valeurs oppositionnelles. Le sucré, l'humide ou l'Est sont par exemple plus spécifiquement liés au féminin. Mais ces associations sont peu fréquentes, inconstantes et en aucune façon systématiques. Au contraire, ce qui oppose féminin et masculin serait plutôt l'extrême mobilité des femmes dans la gamme des valeurs symboliques. Selon la phase de leur cycle menstruel, leur état obstétrical, le fait qu'elles allaitent, la survenue d'événements particuliers (décès, fausse couche, naissance, deuil, etc.), le territoire dans lequel s'inscrit l'événement concerné, les femmes seront tantôt associées au froid, tantôt au chaud ; tantôt au cru ou tantôt au cuit ; au sucré ou à l'amer, etc. De ces associations découleront toutes sortes d'interdits alimentaires, comportementaux, sexuels ou encore religieux. Et donc, ce qui caractérise l'univers féminin dans cette aire culturelle, ce n'est pas tant une association constante et immuable à un éventail de valeurs symboliques, mais bel et bien cette propension des femmes à changer très rapidement de registres de valeurs.

Cette variabilité est l'une des caractéristiques la plus emblématique de la féminité chez les moose. Et cette mobilité des femmes dans la gamme des valeurs contruites par la culture s'ajoute à leur mobilité territoriale déjà signalée ci-dessus. Elle participe grandement à la construction sociale d'une image de la féminité dangereuse pour les patrilignages en général, et les hommes qui les composent en particulier.

Cette construction sociale d'une dangerosité des femmes est certainement l'une des principales raisons qui légitiment la séparation des espaces et des rôles dans l'organisation sociale chez les moose. Dans ce contexte, si une femme est conviée à venir le soir dans la chambre de son mari, c'est pour avoir une relation sexuelle brève obéissant à des règles strictes (Egrot, 2001). Dans tous les autres actes de la vie quotidienne, un respect le plus strict possible de la frontière entre féminin et masculin est observé : hommes et femmes dorment dans des espaces différents ; une femme ne peut partager un plat de nourriture avec un homme ; hormis pour les cultures collectives, femmes et hommes exécutent les travaux qui leur incombent en des lieux différents ; certains lieux spécifiquement féminins (meules traditionnelles, fourneaux, marigots, puits, etc.) sont formellement interdits aux hommes.

L'intervention du genre dans la construction des représentations sociales de nombreuses maladies chez les moose se traduit de trois manières.

Concernant les symptômes de plusieurs maladies, les discours font état de différences entre hommes et femmes. Parfois, les délais entre la transmission et les premiers symptômes sont pensés comme étant plus longs pour les femmes que pour les hommes. Cette temporalité variable entre la contamination et l'expression des symptômes est étroitement liée à d'autres discours. Ils font état d'une plus grande gravité des signes cliniques pour les hommes et d'une plus grande résistance des femmes pour certaines maladies, par exemple pour une catégorie populaire de maladies nommée en moose¹⁶ maladies de femmes. Celles-ci ont en commun d'être transmises lors d'un rapport sexuel, mais sans pour autant qu'il s'agisse toujours d'une Infection Sexuellement Transmissible telle que conçue par la biomédecine (Egrot & Taverne, 2003). Cette logique aboutit même parfois à penser qu'une femme pourrait contaminer plusieurs maris ou partenaires sexuels successifs sans pour autant être elle-même affectée. Ce type de discours est encore très fort, par exemple pour le sida (Taverne 1996, Egrot 2001).

Cette variabilité socialement construite entre l'un et l'autre sexe dans le champ de la maladie se manifeste aussi par une asymétrie des causes attribuées aux différentes altérations de la santé. Celle-ci est très prononcée, par exemple, pour les causes évoquées lors des perturbations de la fécondité selon qu'elles sont attribuées à l'homme ou à la femme (Bonnet, 1988, Taverne 1996, Egrot 2001). Pour les femmes, les causes évoquées sont

des agents de l'ordre de la nature (la lune, certains animaux) ou du religieux (les autels, les génies, les ancêtres, etc.). En regard, les formes d'impuissance sexuelle s'expliquent principalement, outre les causes imputables à l'être suprême du monde religieux traditionnel chez les moose, par des transgressions de règles, de normes ou de principes socialement valorisés ou par des actions humaines malveillantes (sorcellerie). Comme dans d'autres domaines, les troubles des hommes s'inscrivent dans le monde humain, dans le social ; ceux des femmes dans le monde de la nature et l'univers du sacré.

Enfin, une asymétrie sexuelle de l'imputabilité des maladies existe, en ce sens que la recherche causale d'un événement peut s'orienter préférentiellement vers des individus de l'un ou l'autre sexe selon le type de maladie. De plus, les femmes sont bien plus souvent mises en cause que les hommes. Par exemple, les événements néfastes pensés comme la conséquence d'une action humaine malveillante volontaire sont préférentiellement imputés aux femmes lorsqu'un acte de sorcellerie par capture de l'âme est évoqué ; aux hommes lorsque l'événement est conçu comme résultant d'un acte de sorcellerie instrumentale. Pour les maladies de femmes, catégorie qui comprend plus de 10 entités (Egrot, 2011 ; Egrot & Taverne, 2003), l'asymétrie sexuelle de l'imputabilité apparaît dans les explications à propos de la transmission. Deux de ces maladies ne seraient transmises que par les femmes et seuls les hommes seraient malades. Pour toutes les autres maladies de femmes, si la transmission peut se faire dans les deux sens, les femmes continuent d'être présentées le plus souvent comme à

¹⁶ La langue des moose.

III. Genre et médicaments

l'origine du mal. Enfin, pour la quasi-totalité des maladies et des décès affectant les enfants, les femmes sont désignées comme causes efficientes, du fait d'une imprudence, d'une négligence ou d'une volonté délibérée de nuire.

Le genre intervient donc pour construire culturellement les processus cognitifs et interprétatifs de certaines maladies. Un tel événement est donc bien en ce sens, un lieu d'expression des constructions culturelles de l'un et l'autre sexe. Et la maladie agit aussi dans ces situations d'interférence comme un révélateur des relations sociales entre hommes et femmes. Ce qui se déroule dans le champ de la santé en référence au genre vient confirmer et amplifier ce qui était déjà souligné plus haut. Si les femmes sont indispensables et seules responsables de la production d'une descendance pour le lignage de leur mari, elles sont aussi perçues comme étant les premières à pouvoir occasionner son altération, voire sa destruction. Ainsi, le rapport sexuel apparaît dans cette logique comme un acte dangereux pour les hommes. L'implication répétée et fréquente des femmes dans les modèles interprétatifs des maladies et des décès d'enfants résonne également dans cette logique culturelle comme une altération du patrilignage par les femmes. Le fait que les femmes soient associées à une mobilité dans les espaces territoriaux, familiaux, religieux, mais également symboliques, joue aussi un rôle majeur dans la construction culturelle d'une dangerosité de la féminité, d'un risque accru pour les hommes de devenir malade au contact des femmes.

Plusieurs explications causales des maladies chez les moose mobilisent aussi la notion de « saleté » (regdo en moore) pour expliquer une maladie. Mais les éléments considérés comme

« souillures » ne le sont pas en permanence et pour tout le monde. Sans pouvoir ici exposer les détails, retenons que les femmes dans les représentations populaires jouent un rôle essentiel dans l'émergence de la « souillure ». Leur corps est perçu comme le lieu de transformation d'un élément en « saleté », le lieu de rencontre entre deux substances qui ne devraient pas se rencontrer du point de vue des représentations valorisées socialement : le mélange des spermes en cas d'adultère ; la rencontre du lait et du sperme par non respect de l'interdit sexuel lors de l'allaitement ; le sang de l'accouchement avec les voies aériennes ou les yeux du bébé ; des « impuretés cadavériques » mis accidentellement en contact avec l'enfant en gestation (Egrot 2001).

Pour mémoire, les lignages sont pensés chez les moose comme uniquement construit par les hommes (patrilignage). Ces patrilignages se définissent entre autre au sein d'un référentiel spatial (le territoire paternel et des ascendants masculins) et social (la famille conçue comme patrilinéaire). Ce mode de fonctionnement implique que dans la pensée et les discours, les femmes sont très souvent présentées comme sources d'altération et de malheurs pour les individus masculins et leur descendance. L'implication des femmes dans la survenue des maladies, la menace qu'elles représentent dans la pensée des membres du patrilignage, sont autant d'éléments qui légitiment et renforcent la différenciation des sexes. Cette nuisance potentielle apparaît comme un justificatif puissant d'une séparation sociale des sexes. Cet usage social de la maladie n'est certes pas le seul argument qui impose ce partage, mais il en constitue sans conteste l'un des principaux fondements.

Des travaux menés de 2003 à 2009 au Burkina Faso dans le cadre de différents programmes¹⁷ ont porté sur les manières dont le genre interfère avec les représentations et les pratiques des acteurs sociaux relatives aux médicaments.

Ces travaux portent sur les mécanismes sociaux par lesquels le genre interfère avec l'accès aux médicaments et les usages qui en sont fait par différentes catégories d'acteurs sociaux. Ils concernent trois types de produits médicamenteux : les traitements du sida, les médicaments du paludisme et les stimulants sexuels. Globalement, ces trois situations éclairent un même déterminisme de genre qui s'exprime à travers la soumission de tout acteur social à des constructions socialement établies et valorisées du féminin et du masculin. Cependant, ces assignations sociales sont vécues individuellement de manières extrêmement variées, chaque personne pouvant projeter diverses aptitudes personnelles bien au-delà des attributs et rôles culturellement valorisés.

Les femmes, au-delà de leur vulnérabilité déjà largement documentée, face aux maladies et notamment pour l'accès aux médicaments, témoignent dans leurs discours et leurs pratiques quotidiennes d'une connaissance de cette plus grande fragilité. Certes, cette prise de conscience est loin d'être systématique et uniforme. Néanmoins, elle incite en retour bon nombre de femmes à être plus attentives aux discours des soignants. Cette vigilance accrue vient alors compenser au moins partiellement, leur handicap initial.

L'autre aspect saillant est le sens aigu que les femmes ont de leur responsabilité sociale dans la procréation, la survie et le bien-être

des enfants. Dans les entretiens recueillis, tous les acteurs sociaux, hommes ou femmes, témoignent de cette conscience aiguë d'un rôle majeur à jouer qui se traduit par une attention constante et soutenue face aux problèmes de santé des enfants. Mais cet état d'esprit s'accompagne aussi d'une préoccupation majeure des femmes relative à leur propre santé pour pouvoir être en état d'assumer leur responsabilité maternelle le plus souvent et le plus longtemps possible. Ce souci est particulièrement évident et manifeste pour les femmes infectées par le virus du sida.

Les femmes ont également une bonne connaissance des services de santé et des soignants, et donc une familiarité et une expertise profane dans le système de soins bien plus grandes que celles des hommes. Les raisons de ce savoir et de cette aisance plus importantes sont multiples : les grandes sœurs accompagnent souvent les plus petits de la fratrie au dispensaire ; les femmes emmènent leurs enfants pour des soins ; elles sont les cibles privilégiées de toutes sortes de séances d'éducation sanitaire ; elles se rendent régulièrement dans des structures de soins pour le suivi de leurs grossesses et de leurs bébés.

Enfin, un autre aspect important favorable aux femmes dans l'accès aux soins et aux médicaments vient du fait qu'elles ont un rapport à la honte très différent de celui des hommes. Leur dépendance sociale liée à leur statut de femmes ; le fait que ce statut les autorise à réclamer, demander, solliciter l'aide d'autrui ; leur habitude d'être en situation de soumission par rapport à une autorité, voire leur habitude à se voir rabaisser ou humilier en

¹⁷ Le programme ANRS 12111 « Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements par les PvVIH au Burkina Faso » et Bila B. 2011. Ces recherches procèdent d'une anthropologie des recours aux médicaments à Ouagadougou dans différents contextes et pour différentes catégories de produits. L'approche adoptée prend en compte aussi bien les femmes que les hommes, ainsi que les articulations et complémentarités entre un sexe social et l'autre. Elle se démarque donc des perspectives réductrices dans l'usage du concept, focalisées uniquement sur les femmes.

IV. Conclusion

comité restreint ou en public, leur donne une résistance bien plus grande aux contrariétés ou humiliations qui éventuellement surviennent lors des recours aux soins.

En regard, les hommes, dans leurs efforts pour maintenir leur position sociale dominante et se conformer aux valeurs attribuées à la masculinité dans leur société, créent bien souvent eux-mêmes les entraves qui limitent leur accès aux soins et aux médicaments. Cette posture intellectuelle se manifeste déjà dans une tendance très nette à la survalorisation de la résistance de leur corps. Cette propension à la survalorisation de leurs possibilités de résistance aux agressions physiques est particulièrement sensible dans les entretiens menés avec les personnes vivant avec le VIH. Par ailleurs, il existe un besoin impérieux des hommes de faire preuve en toute occasion de leurs capacités tant physiques (notamment sexuelles) que financières ou sociales. L'image du « mari capable » particulièrement forte au Burkina Faso, promue aussi bien par les femmes que par les hommes, impose de démontrer chaque jour que l'on est infaillible et irréprochable sur ce point. Ce sens de la responsabilité en termes de capacités inclut implicitement la capacité à protéger sa famille et ses enfants de toutes agressions ou dangers extérieurs. Être un homme impose aussi de n'être jamais perçu par autrui en situation de faiblesse, encore moins être vu en situation de défaillance, en particulier dans les services de santé. Le statut d'homme est étroitement lié chez les moose à une peur exacerbée de la honte, un sentiment qui ne peut se décliner au masculin sans une réprobation sociale forte ; si forte en société traditionnelle que tout homme surpris en situation de honte choisissait sans hésitation le suicide par pendaison. Dans cette logique, les hommes vivant avec le VIH manifestent une peur aiguë de fréquenter les lieux de prises en charge

médicales et thérapeutiques, expliquant ainsi cette forte asymétrie sexuée des effectifs constatée dans les différentes institutions. Enfin, les hommes ont une tendance très forte à privilégier les occasions de soins rapides et informelles, notamment dans la rue, sur les marchés ou auprès des guérisseurs.

Bien évidemment, tous ces facteurs convergent et limitent de manière importante l'accès des hommes aux services de santé et aux médicaments dans le circuit formel. Ces derniers se retrouvent ainsi piégés par les propres valeurs de la masculinité que eux-mêmes ne cessent de valoriser et de défendre. Ce constat impose donc désormais de prendre en compte la notion de vulnérabilité masculine dans les études en santé.



Cette contribution fournit des exemples qui montrent bien comment la mobilisation du concept de genre dans des recherches en anthropologie de la santé permet une analyse pertinente du fonctionnement d'une société, notamment face à la maladie.

Tout d'abord, elle montre combien la référence au genre permet de mieux comprendre les représentations et les pratiques des acteurs sociaux lorsqu'ils sont malades ou en quête d'un traitement. Elle contribue aussi de manière connexe à l'explication des problèmes de santé publique. Mais surtout, les analyses proposées montrent bien que sans la référence au concept de genre, bien de mécanismes sociaux ne seraient pas compris.

L'une des originalités des travaux présentés ici est de montrer que si le sexe social structure les représentations de certaines maladies, en retour, celles-ci légitiment cette différenciation. La maladie apparaît en effet comme un outil redoutablement efficace de légitimation voire de renforcement de la séparation sociale et culturelle entre l'un et l'autre sexe. D'autres analyses montrent d'ailleurs que cet effet de justification d'une différenciation est en partie amplifié par certains discours produits par les institutions biomédicales, par les recherches en épidémiologie ou encore par des programmes en santé publique (Bonnet, 1996 ; Taverne, 1994, 1996, 1998 ; Desclaux, 1997 ; Taverne et Egrot, 2003, Bila & Egrot 2009).

Les explications fournies à propos des différences de fréquentation des structures de soins en fonction du genre permettent de comprendre les mécanismes sociaux et culturels qui induisent l'accès différentiel au médicament. Et cette analyse met en lumière un double paradoxe. Une position sociale dominante n'empêche visiblement pas l'émergence d'une vulnérabilité du groupe qui domine ; et les hommes arrivent dans cet exemple à se piéger par les valeurs que eux-mêmes défendent. Or n'est-ce pas au niveau de ces apparentes contradictions que l'action pourrait éventuellement se révéler plus efficace, tant pour la santé publique que pour réduire les inégalités entre femmes et hommes dans une société ?

Le pilon et le mortier s'utilisent pour égrener les céréales et les moudre. Village aux alentours de Réo, Burkina Faso, 2006.

D. Rechner ©IRD

- Bila B. 2011.
Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso. Thèse de Doctorat, Université d'Aix-Marseille III.
- Bila B, Egrot M. 2009.
Gender asymetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso. *Social Sciences & Medicine*, 69 (6) : 854-861.
- Bonnet D. 1988.
Corps biologique, Corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso. Ed. de l'ORSTOM, Paris.
- Bonnet D. 1996.
La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences Sociales et Santé* 14 : 5-16.
- Desclaux A. 1997.
L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Thèse d'anthropologie, Université d'Aix-Marseille III.
- Egrot M, Taverne B. 2003.
« Représentations de la transmission sexuelle des maladies chez les Mossi au Burkina Faso ; ren-contre des catégories nosologiques populaires et biomédicales dans le champ de la santé publique », In Bonnet D et Jaffre Y, *Les maladies de passage. Transmission, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest*. Karthala : 221-252.
- Egrot M. 2001.
La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les moose du Burkina Faso. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Farmer P, Lidenbaum, S., Delvecchio Good, M.-J., 1993.
Women, Poverty and Aids : an Introduction. Culture, Medicine and psychiatry : 387-397.
- Fassin D. 1996.
L'espace politique de la sante. PUF.
- Taverne B. 1994.
Ethique et stratégie de communication : excision et sida au Burkina Faso, *Société d'Afrique et Sida*, (6) : 5-6.
- Taverne B. 1996.
Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso, *Sciences Sociales et Santé*, 14 (2) : 87-105.
- Taverne B. 1998.
Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso, *Cahiers Santé*, 9 : 195-199.