

# Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

Numéros

---

## Ebola vu de loin : les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso

*Seeing Ebola from a distance: health workers, risk, and uncertainty in rural Burkina Faso*

LISE ROSENDAL ØSTERGAARD

---

### **Résumés**

Français English

Bien que la maladie à virus Ebola ait épargné le Burkina Faso pendant l'épidémie qui a frappé l'Afrique de l'Ouest, elle a tout de même suscité chez les travailleurs de la santé publique un certain nombre de craintes et d'interrogations, notamment sur les questions de sécurité et d'équité. Issu d'une enquête ethnographique dans trois Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dans la Province du Boulgou au Burkina Faso, sur les moyens pratiques et technologiques accessibles pour maintenir un niveau minimal de sécurité sanitaire, cet article aborde la question des aléas et du risque professionnels. Les réflexions des travailleurs de la santé prenaient souvent un tour moral sur la déontologie du métier et sur les responsabilités du gouvernement. La conscience accrue de la menace d'Ebola a exacerbé des tensions

existantes entre ces travailleurs et le gouvernement, au point que les premiers ont plus que jamais mis en doute le sens de la justice du second.

Although no cases of the Ebola virus disease occurred in Burkina Faso during the West African epidemic, it sparked front line health workers' reflections on issues of security, global equity and fairness. Based on an ethnographic study of rural dispensaries in Burkina Faso on the practical and technological means available to maintain a minimum level of safety, this article addresses the issue of hazards and risk at work. These reflections took on a moral dimension mobilizing concerns about health worker ethos and Government responsibilities. The article argues that the increased awareness of the threat of Ebola has intensified existing tensions between health workers and the Government. Seeing Ebola from a distance entailed that the health workers perceived Ebola as a negative potentiality having immediate effects on their individual and collective reflections on risk acceptability. That made the health workers question, more than ever, the fairness of their Government.

---

## ***Entrées d'index***

**Mots-clés** : Ebola, risque, citoyenneté, agents de santé, Burkina Faso

**Keywords** : Ebola, Risk, Citizenship, Health Workers, Burkina Faso

---

## ***Texte intégral***

Oui ! Les gens ont réellement peur de l'Ébola, parce que le risque est grand et la formation pratique n'est pas suffisante. La peur vient à ce niveau. Automatiquement, nous avons peur. Le matériel de protection n'est pas suffisant, n'est pas adapté. Présentement, on a mis à notre disposition les gants, les masques, mais deux combinaisons seulement... Avec l'Ébola, là, il y a un gros risque. Vraiment, un risque de contamination très, très élevé. Avec l'Ébola, l'erreur n'est pas permise.  
(Mathieu<sup>1</sup>, 36 ans, major<sup>2</sup>, Centre de Santé et de Promotion Sociale, Province du Boulgou)

## **Introduction**

- 1 Bien qu'aucun cas de maladie à virus Ebola<sup>3</sup> n'ait été répertorié au Burkina Faso pendant l'épidémie qui a frappé l'Afrique de l'Ouest, l'infirmier qui a tenu ces propos, et qui officie dans un petit Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) à 250 km de la capitale Ouagadougou, envisageait de devoir accueillir des patients atteints de la maladie. Il avait suivi les informations sur la télévision et avait participé à une formation théorique d'une journée sur Ebola. Assistant de loin au déclenchement de l'épidémie, il ressentait comme ses collègues le besoin de partager ses impressions, ses interrogations et d'exprimer son désaccord avec le gouvernement qu'il accusait de ne pas assumer ses responsabilités envers les professionnels de la santé publique. Même en l'absence de cas réels, de corps contaminés, Ebola se faisait déjà sentir comme une potentialité inquiétante (Vigh, 2011). Elle générait un sentiment de vulnérabilité, d'incertitude et d'inquiétude ainsi que des débats sur les risques encourus par les professionnels. Le déclenchement d'Ebola n'a pas seulement eu un impact sur les agents de santé des pays touchés, mais aussi sur ceux des pays limitrophes dont les systèmes de santé sont semblables.

- 2 Pourquoi une telle réaction ? Après tout, les agents de santé burkinabé sont exposés directement à diverses épidémies, notamment l'épidémie de VIH (PNUD, 2001) et les épidémies récurrentes de méningite, de rougeole et d'hépatite virale (Colombini et al., 2011). Ils sont donc rompus à la gestion des maladies contagieuses. Mais l'épidémie d'Ebola était nouvelle dans la région, et sa vitesse de propagation comme sa virulence étaient si dramatiques qu'elles ont provoqué de très vives inquiétudes. De plus, la flambée du virus au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée n'a pas seulement démontré la fragilité de systèmes de santé publique ouest-africains méthodiquement sapés depuis les années 1990<sup>4</sup> (Lachenal, 2014) ; elle a aussi mis en lumière le rôle essentiel des travailleurs de la santé (Sidibé et Campbell, 2015). Les médias ont relayé des témoignages qui présentaient les travailleurs de santé comme des héros se sacrifiant en acceptant de continuer leur travail malgré des risques très élevés de contamination et donc de mort (Linshi, 2014 ; Harker, 2014)<sup>5</sup>. Inversement, on a pu voir des exemples d'agression, de violences et d'émeutes provenant aussi bien de la population contre les agents de santé, que de ces derniers contre leurs gouvernements respectifs, lors de manifestations ou de grèves. L'accès à ces informations, et la reconnaissance de similarités profondes entre les systèmes de soins des pays d'Afrique de l'Ouest ont permis aux agents burkinabé de s'imaginer eux-mêmes au cœur de l'épidémie.
- 3 Les inquiétudes provoquées par cette flambée vue par médias interposés n'étaient cependant pas, en elles-mêmes, nouvelles. Les conversations que nous avons eues à ce moment-là avec les infirmiers et les sages-femmes de la province du Boulgou ressemblaient en bien des points à celles que nous avons eues quelques années plus tôt. Elles en semblaient la continuation, en confirmant un mécontentement de longue date face aux difficultés sociales et aux conditions de travail. Ce mécontentement avait ainsi donné lieu, en 2012 et 2013, à une série d'appels à la grève lancés par le SYNTSHA (Syndicat National des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale) et largement suivis dans tout le pays. Les revendications portaient alors sur les salaires, les risques et les allocations logement, mais aussi sur la faible qualité des soins de santé primaires (Zongo, 2013 ; Kani, 2013). Les débats avaient aussi pris un tour moral, puisqu'ils portaient sur la déontologie du métier (qu'est-ce que le serment de servir la population implique ?) et sur les responsabilités du gouvernement (pourquoi s'intéresse-t-il si peu à la sécurité humaine ?).
- 4 En révélant et en modifiant à la fois des tensions et des relations structurelles plus anciennes, la simple possibilité de l'épidémie d'Ebola a donc agi comme un événement à part entière, justifiant une enquête spécifique au sein d'un projet de recherche plus large sur les expériences de la santé publique dans les zones rurales au Burkina Faso<sup>6</sup>. Cette enquête, conduite dans la province du Boulgou, a confirmé qu'Ebola, même vu de loin, constituait un prisme privilégié pour poser un certain nombre de questions. Comment les infirmiers et les sages-femmes vivent-ils les inquiétudes que suscitent les risques de leur travail, dans un contexte de pénurie chronique et croissante des moyens matériels à leur disposition ? Comment et dans quelles situations évaluent-ils ces risques et comment établissent-ils leur limite d'acceptabilité ? Quelles conséquences ces questions ont-elles pour la relation entre les agents de santé et l'Etat ?
- 5 Le concept de risque apparaît capital pour comprendre comment les agents de santé, collectivement et individuellement, font face à la crise. Il appartient au même champ sémantique que les concepts d'« aléa » et d'« incertitude » mais en diffère significativement (Whyte et Siu, 2015). L'incertitude renvoie à l'expérience vécue de l'imprévisibilité de l'existence, une expérience qui est matériellement, technologiquement et socialement médiatisée (Cooper et Pratten, 2015 :1). Le risque peut être défini comme une situation indésirable, à l'issue incertaine, dans laquelle un objet de valeur (la santé humaine, la sécurité ou la vie elle-même) peut être perdu (Stalker, 2003 : 213). Comme le remarque le sociologue Anthony Giddens, le risque

suppose nécessairement un calcul probabiliste, une modélisation du résultat d'un choix, alors que le danger ou l'aléa sont simplement subis. Si le risque est inhérent à la condition humaine, il est modifié selon Giddens par la modernité, d'une part, parce qu'un grand nombre de dangers sont directement induits par l'activité humaine (Giddens, 1990, 1999), engendrant de nouveaux risques dits « manufacturés », d'autre part, parce que les sociétés modernes sont caractérisées par une aspiration croissante à vouloir contrôler les risques afin de (re)gagner une certaine sécurité humaine (Giddens, 1999 : 3-4 ; Eriksen, 2010).

- 6 Cet article n'a pas vocation à estimer la pertinence du concept de « société du risque » pour l'analyse des politiques de santé publique au Burkina. On se contentera de centrer le propos sur les modalités de l'évaluation du risque et les contextes où elle s'effectue. Dans une situation où l'individu est confronté à un nombre indéfini de risques, la question est de savoir à *quels* risques on donne la priorité, et quel sens on accorde à ce choix. Comme le résume Mary Douglas, quel risque accepter (Douglas, 1985) ? Et, corrélativement, quel risque refuser ? Comment le choix, individuel ou collectif, de conduire une action pourtant identifiée comme risquée émerge-t-il ?
- 7 Dans le cas qui nous occupe, la question à quel niveau (les agents eux-mêmes, l'équipe de soin, l'Etat, les organisations professionnelles) sont mesurés les risques, et qui les encourt et prend les décisions en conséquence, est posée de manière aiguë par l'éventualité d'une épidémie d'Ebola. Nous verrons en particulier que celle-ci semble avoir ébranlé fortement la confiance que portaient les agents de santé au gouvernement, en les poussant à comparer terme à terme à la fois leurs engagements respectifs et leurs modes divergents de calcul du risque professionnel.

## Recueil des données et méthodologies

- 8 Compte tenu du type de questions posées, c'est en grande partie à Max Gluckman et à l'école de Manchester (Gluckman, 1958) que cette étude doit son inspiration méthodologique. L'analyse situationnelle et la méthode de l'étude de cas approfondie (*extended case*) ont montré leur validité pour retrouver, à travers la description minutieuse et contextualisée de situations à l'échelle micro, des dynamiques sociales et des forces agissant à l'échelle macro. La « situation » chez Gluckman renvoie à un contexte de crise qui dépasse les simples événements conflictuels ou contradictoires ; il s'agit d'un moment particulier qui condense un faisceau de possibilités (Kapferer, 2005 : 89), autant de caractéristiques qui trouvent un écho net dans le surgissement du spectre Ebola chez les agents de santé de la Province du Boulgou (centre-est du Burkina Faso) au moment de notre enquête. Cette région pluriethnique et plurilinguistique est peuplée par les Mossi, les Bisa, les Peulh, les Zaossé, les Yaana (Tenkodogo, 2009 : 21). On y trouve le chef-lieu de la province du Boulgou, la ville de Tenkodogo, et la résidence royale du premier royaume Mossi. La population est majoritairement regroupée dans des villages de deux à trois mille habitants, composés de maisonnées traditionnelles. Ces villages, situés dans la « brousse », sont reliés à la ville de Tenkodogo par des pistes, ce qui rend l'accès au Centre Hospitalier Régional et aux trois pharmacies difficile, surtout à la saison des pluies.
- 9 Les pratiques en matière de santé y sont caractérisées par un fort pluralisme médical dans le CSPS, relevant du système biomédical, associé au système thérapeutique local. Le recours au dispensaire se fait surtout pendant les périodes de prospérité et concerne notamment les symptômes de fièvre, de diarrhée et de malnutrition infantile (Sauerborn et al., 1996).

En revanche, en période de pénurie, les gens ont recours à l'automédication ou aux guérisseurs (les « tradipraticiens »), nettement moins chers que les services offerts par le système moderne. Pour tout ce qui concerne les symptômes relatifs aux maladies dites « africaines », les professionnels de santé comme les patients préfèrent les devins (Samuelsen, 2004 ; Fainzang, 1985, 1986).

- 10 Les données empiriques ont été recueillies dans et autour de trois CSPS (l'un situé à la périphérie de Tenkodogo, les deux autres dans des villages à 30 km environ de cette ville), de deux districts sanitaires (Bittou et Tenkodogo), et dans un hôpital régional de référence. Différentes méthodes ethnographiques ont été mobilisées : d'abord, des observations prolongées des activités diverses dans les CSPS (23 jours) ; ensuite, des entretiens individuels avec tous les agents sanitaires dans les CSPS sélectionnés, soit 13 infirmiers (8 hommes, 5 femmes), 4 sages-femmes (toutes des femmes) et 2 stagiaires infirmiers (2 hommes). La plupart d'entre eux ont été interviewés deux fois mais sept agents de santé ont été suivis de plus près pendant toute la durée de l'étude, et même bien après. Nous avons réalisé des entretiens individuels avec les deux médecins chefs de districts sanitaires de Bittou et de Tenkodogo ainsi qu'avec d'autres acteurs clés du secteur de la santé. Des *focus groups* ont été organisés avec les membres de trois Comités de Gestion (CoGes) ainsi qu'avec des femmes au village comme à Tenkodogo (48 participantes). Comparativement au reste de la population, tous les professionnels de santé peuvent être décrits comme « aisés ». Ils logent dans des maisons en dur, ils ont un ou plusieurs téléphones portables ainsi qu'une mobylette. Cette aisance va de pair avec leur niveau d'éducation et leur maîtrise de la langue française, qui les distinguent des villageois qui ne possèdent ni autant de biens, ni le même niveau de scolarisation. Du major au stagiaire, quel que soit leur niveau de qualification, ces fonctionnaires d'état jouissent d'une position sociale et financière singulière dans un environnement qui compte très peu d'emplois formels.
- 11 Le recours à des observations systématiques et à l'établissement de relations sociales personnelles avec les agents de santé responsables des soins primaires, sur leur lieu de travail mais aussi chez eux, ont permis de développer un regard en profondeur sur leur engagement pratique et leurs questionnements au moment du début de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

## Être infirmier et « faire le travail »

- 12 Pourquoi certains jeunes Burkinabé deviennent-ils travailleurs de la santé plutôt qu'instituteurs, vétérinaires ou officiers des douanes ? Pour certains de mes interlocuteurs, c'était l'aboutissement d'un rêve d'enfant de « porter la blouse », de faire avancer leur pays, de servir la population dans sa souffrance. Pour beaucoup d'autres, c'était le fruit du hasard : ils avaient tenté tous les concours de la fonction publique, car la précarité de l'emploi, même dans le service public, incite les jeunes à se donner le maximum de chance. Devenir fonctionnaire est important pour la sécurité de l'emploi et le niveau de salaire qui apportent une sécurité économique rare au Burkina Faso, ainsi que pour l'ensemble des avantages contractuels dont bénéficie la famille du fonctionnaire. Si tous regardaient leur accès à cette fonction comme l'un des événements les plus importants de leur existence, ce n'était cependant pas seulement pour ces raisons. Ils se disaient guidés par une vocation pour le soin, lui-même défini comme étant davantage qu'une « simple » pratique médicale car impliquant un intérêt pour les activités communautaires.

13 Les infirmiers et les sages-femmes travaillant dans des dispensaires de soins primaires sont ceux qui ont avec les patients les contacts les plus réguliers, directs et prolongés, si on les compare avec les médecins, les pharmaciens et les dentistes. La majorité se rencontre dans des zones rurales, alors que les travailleurs de la santé spécialisés sont concentrés en ville. Pendant le déclenchement d'Ebola, ces agents de santé « sur le terrain » sont devenus l'objet d'une attention globale montrant de toute évidence que dans un système sanitaire dépourvu de l'équipement médical adéquat, le travail humain est crucial. En effet, lorsque l'accès à des laboratoires d'analyse est difficile, la capacité des agents de santé à détecter les premiers symptômes d'une maladie devient vitale. Dans ce contexte, il n'est pas possible de maintenir la séparation connue dans le système médical occidental entre les pratiques de soin (du ressort du personnel infirmier, surtout des femmes) et les pratiques curatives (du ressort des médecins, surtout des hommes) (Sciortino, 1995). Même si les infirmiers ne pratiquent pas d'interventions chirurgicales, il est habituel pour eux de s'occuper de patients hospitalisés, de poser des perfusions, d'établir des diagnostics et de prescrire. Par conséquent, les populations rurales, qui ne voient de vrais médecins que dans des circonstances exceptionnelles, appellent l'infirmier « Docteur ». En outre, tout agent de santé exerçant son métier en zone rurale est, par nécessité, polyvalent : l'infirmier pratique les accouchements autant que les sages-femmes, et les sages-femmes assurent la consultation de médecine générale.

14 Le déclenchement de l'épidémie a montré que l'engagement de ceux qui sont au contact immédiat des patients est essentiel pour contenir sa diffusion. Pour les agents de santé interrogés, cet engagement dans le travail se situe entre vocation et obligation professionnelle. Ces deux catégories ne sont pas perçues comme contradictoires mais comme deux formes également légitimes de motivation à devenir agent de santé. Ce n'est pas seulement une vocation, mais c'est aussi plus qu'un simple emploi. Par conséquent la relation aux patients n'est pas non plus simplement professionnelle. Lorsqu'on lui demanda si elle pensait que les usagers des services sanitaires devaient être traités comme des clients plutôt que comme des patients, Aïcha désapprouva fermement :

Comme des patients ! Moi, j'aime le mot de patient. Un patient, c'est quelqu'un qui est là, qui t'attend, qui attend quelque chose de toi, que tu dois soulager. Ça c'est une grande chose pour moi. Un client, c'est simple, c'est vulgaire, c'est tout simplement quelqu'un qui t'achète quelque chose, à qui tu vends un simple service. Là, le service devient tout simplement un choix. Avec un patient, tu as des devoirs, d'où l'obligation de travail (Aïcha, infirmière, 32 ans, Centre Hospitalière Régional).

15 Ici on note qu'Aïcha a justifié son engagement en invoquant l'éthique professionnelle et une certaine vocation pour le service public, situant la relation patient-soignant dans un registre civique plus que commercial. Pour certains, l'engagement est défini comme impliquant, si nécessaire, une forme de sacrifice. Prenons l'exemple de Sambare, infirmier très apprécié de ses patients pour sa sensibilité aux langues et aux cultures locales dans la communauté où il officiait depuis six ans. Il n'imaginait pas d'abandonner son poste, même dans l'éventualité où Ebola serait entré dans le pays :

On est exposé... mais une fois qu'on est dedans, c'est fini ! Regarde-moi, par exemple. Je pourrais choisir de dire : maintenant qu'il y a Ebola, je veux me retirer. Mais après tout, non ! C'est un sacrifice. Du jour où tu as prêté serment, tu as juré de protéger la population, de la prendre en charge, de la soigner, et tout et tout. Donc, même avec cette maladie-là, tu ne vas pas te retirer (Sambare, infirmier, 34 ans, CSPS).

16 Conscient du risque, il expliqua son engagement en faisant référence au jour où il a prêté le serment qui marque de façon symbolique le passage du statut d'apprenti à celui de professionnel. Le serment instaure également une relation entre

l'individu et le groupe des pairs qui relèvent du même corps de la fonction publique. Il instaure aussi une nouvelle relation avec l'Etat, qui devient employeur, relation marquée par une réciprocité minimale : si l'agent de santé se donne à son métier, il attend de son employeur les moyens adéquats pour l'exercer, en plus du salaire qu'il reçoit. Que Sambare ait qualifié son travail de sacrifice donne la mesure de l'engagement moral qu'il pensait nécessaire pour continuer à l'exercer. Il était bien conscient du danger, mais souhaitait faire *comme si* celui-ci ne constituait pas une menace inacceptable pour sa propre santé. En ce sens, il accomplit un acte qui rappelle l'acte de foi que décrit Georg Simmel dans son analyse de la confiance dans la monnaie publiée en 1907, une suspension du calcul, un « *as if* » fondateur de l'échange (Schermer et Jary 2013: 208). Sambare n'a pas converti en l'occurrence l'aléa ou le danger en risque, il a choisi de *ne pas* se livrer à ce calcul probabiliste et rationnel pour guider son action. Il a au contraire mis l'accent sur la valeur du serment prêté et sur les liens d'obligation tissés avec la population. Ces propos font écho à ceux de nombreux autres infirmiers et sages-femmes interrogés. On notera que, même confronté à l'horizon d'une possible épidémie dans leur district sanitaire, aucun des professionnels interrogés n'a montré le désir de passer dans le secteur privé. Aucun non plus n'a envisagé de partir pour l'Europe ou les Etats-Unis<sup>7</sup>. Tout au plus ajoutaient-ils souvent : « *J'espère que Dieu prendra soin de nous* ».

- <sup>17</sup> Pour comprendre comment ce groupe de travailleurs a fait face au risque en période d'Ebola, il faut prendre la mesure de cette "double position" vis-à-vis de l'Etat employeur. En effet, ils représentent des figures identitaires ambiguës. D'un côté, ils font partie d'une élite culturelle et économique locale, de l'autre, ils appartiennent au secteur du corps médical le moins valorisé, servant en sous-effectif dans des infrastructures sanitaires délabrées. L'Etat est donc la force externe qui leur offre une vie aisée mais également celui qui échoue à leur garantir un niveau adéquat de protection contre les risques. Enfin, dans des endroits où l'on ne trouve guère d'institution publique en dehors du dispensaire et de l'école primaire, les travailleurs de santé sont vus comme des représentants du gouvernement, et le dispensaire comme une instance de l'Etat.

## Gants jetables

- <sup>18</sup> Le travail clinique comporte nécessairement une part d'aléa. Mais cette part est augmentée lorsque les infirmiers font un travail qui ressemble à celui d'un médecin. Ebola était vu comme un risque particulier parce qu'il mettait les professionnels en position de source potentielle d'infection. Aïcha, l'infirmière retenue comme coordinatrice de l'équipe de préparation à l'épidémie dans la ville de Tenkodogo, m'expliqua que son mari avait commencé à avoir peur d'elle à cause de cette nomination. Elle ne pouvait désobéir au médecin-chef du district sanitaire qui l'avait nommée – ce qu'elle interprétait comme une reconnaissance de sa réputation de clinicienne et considérait comme une opportunité de carrière – mais en redoutait les conséquences négatives pour son mariage. Nombreuses étaient les travailleuses de la santé (en particulier celles dont les époux étaient restés en ville) qui craignaient l'instabilité maritale, la jalousie des coépouses et la sorcellerie. Pour elles, risques relevant de la sphère privée et risques professionnels étaient associés dans l'évaluation de l'acceptabilité.
- <sup>19</sup> Les travailleurs de la santé faisaient rarement état d'erreurs professionnelles ou d'incidents sanitaires précis. Les observations dans le cadre de cette enquête allaient de blessures provoquées par des aiguilles à des coupures avec de vieux couteaux, en passant par le contact direct avec des plaies infectées. Pour les agents, travailler avec des corps malades devait inévitablement entraîner des incidents, tôt ou tard, à leur détriment ou à celui des patients. Mais ils se plaignaient surtout que



les mesures de protection fussent si insuffisantes.

- 20 Ainsi Laetitia, une sage-femme âgée de 32 ans, mettait en regard sa rémunération et les primes de risque, jugées faibles, avec ses conditions de travail, jugées dangereuses, et avec la nature des risques encourus, jugés très élevés. Par exemple, devoir accoucher une femme ignorante de sa séropositivité au VIH présentait un risque qu'elle acceptait de prendre. Mais il était accentué par le fait que le plafonnier ne fonctionnait pas et que la scène se déroulait la nuit. De plus, le risque d'une infection au VIH est d'autant plus élevé dans le pays que l'accès au traitement est limité et les malades fortement stigmatisés (Gausset et *al.*, 2012 ; Samuelsen et Østergaard, 2012 ; Ilboudou, 2012). Pour Laetitia, ce risque n'était pas suffisamment reconnu dans la prime de risque qu'elle constatait sur sa fiche de salaire. Même si la prévalence du VIH était assez faible dans les zones rurales (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 2012), les professionnels y étaient très sensibles, car beaucoup avaient participé à des séminaires offerts par des ONG internationales. Cela ne les empêchait pas de mentionner aussi les risques d'hépatites, de méningites et de choléra. Laetitia expliqua ensuite que, d'après ce qu'elle savait, les travailleurs de la santé avaient très peu de chances d'obtenir un traitement prophylactique en urgence ou de recevoir une indemnité, même dans le cas de transmission VIH sur le lieu de travail. Ils avaient le droit de continuer à travailler et un meilleur accès que la moyenne aux ONG qui s'occupent des patients séropositifs. Mais c'était tout, continua-t-elle. Et ce n'était pas suffisant. Laetitia a donc comparé les risques pour sa santé avec les compensations offertes et a jugé la situation inacceptable.
- 21 Ebola n'est pas seulement un virus pour lequel les professionnels manquaient de préparation. C'est aussi une maladie sournoise dont les premiers symptômes se confondent avec ceux de la malaria, la maladie la plus répandue au Burkina Faso. Bien que le VIH inspire de la crainte, il est devenu un élément familier du paysage. Ebola par sa nouveauté ajoutait l'incertitude au danger, et augmentait d'autant le risque perçu. De plus, comme avec le VIH, le seul examen clinique ne suffit pas à établir le diagnostic. Il faut des analyses en laboratoire pour confirmer les cas suspectés, des infrastructures pour leur mise en quarantaine, ce qui rendait encore plus flagrante, aux yeux des travailleurs de la santé, l'impréparation du système de santé burkinabé. Tous les infirmiers et sages-femmes interrogés étaient préoccupés par leur incapacité à bien se protéger contre les virus hématogènes<sup>8</sup>.
- 22 Face à ces risques, les travailleurs de la santé se plaignaient principalement de l'absence de gants jetables, plus qu'ils de réclamaient des vaccins (contre l'hépatite B), des traitements post-exposition (contre le VIH) ou d'autres mesures de protection. C'est à l'une des mesures préventives que les agents s'attachaient alors qu'ils étaient confrontés à des risques multiples. De leurs années de formation, ils avaient retenus que, pour être efficaces, les gants jetables doivent être disponibles en abondance, en bon état, et faciles à trouver pour être remplacés rapidement en cours de soin s'ils s'abîment. Ces conditions étant rarement réunies, les gants représentaient une source de frustration permanente.
- 23 On comprend mieux les difficultés d'emploi des gants, si l'on connaît les conditions dans lesquelles ils parviennent aux professionnels de la santé, conditions qui dérivent des choix des politiques de la santé et de leur mise en pratique (Wisner et *al.*, 2004). Le secteur de la santé au Burkina Faso est fondé sur des exemptions d'honoraires pour certains groupes de population. Dans le cadre de différentes réformes successives, les femmes et les enfants ont été désignés comme bénéficiaires prioritaires de l'intervention médicale (Ministère de la Santé, 2011 ; Haddad et *al.*, 2006). La décision a été prise en accord avec les programmes de santé mondiale et a reçu le soutien technique et financier de bailleurs de fonds comme la Banque Mondiale, l'USAID, la Commission Européenne et Danida (Shearer, 2014). En conséquence, certains services (comme les



soins aux mères et aux enfants de moins de 5 ans) se sont vus massivement subventionnés et certains produits pharmaceutiques (gants, vaccins pour enfant, certains médicaments essentiels) ont été rendus accessibles aux populations ciblées mais pas aux autres<sup>9</sup> (De Allegri et *al.*, 2011 ; Johri et *al.*, 2014) et les professionnels de santé ont dû affronter des situations absurdes. Un infirmier en chef m'a montré des boîtes de médicaments anti-malaria et de gants de latex qui s'empilaient dans son bureau. Elles avaient été données par une agence de développement étrangère. Sur chacune était imprimé en anglais : « Pour les femmes enceintes et les enfants ». Il souligna combien il était irrationnel de disposer de remèdes qui pouvaient sauver un patient mais que l'on était censé lui refuser au motif qu'il n'appartenait pas au groupe ciblé. Les agents de santé usaient alors de leur pouvoir (discrétionnaire dans un système où la supervision est limitée) et de techniques de triage pour décider quels patients devaient être renvoyés chez eux pour acheter eux-mêmes leurs médicaments ou gants, lesquels auraient pu pris en charge gratuitement. Etant donné que les gants apparaissaient comme un moyen de maintenir un niveau minimal de sécurité, les professionnels de santé s'efforçaient de « contrôler les moyens de contrôle » (Whyte, 2002 : 259). Dans les petits dispensaires où les autorités du district ne se rendaient qu'une fois par trimestre pour des visites de contrôle, chaque équipe devait trouver toute seule comment prendre en charge les situations difficiles et comment répartir des ressources insuffisantes. Jean-Pierre Olivier de Sardan et ses collègues ont montré que, lorsque la demande de soin excède les capacités d'y répondre, les travailleurs de la santé appliquent un ensemble de normes pratiques différent de ce qu'ils ont appris à l'école de soins infirmiers. Cette intersection entre des « cultures professionnelles locales » et une « culture bureaucratique privatisée » dans les systèmes de santé ouest-africains instaure un espace de gouvernance quotidienne dans les dispensaires gérés et gérables par les agents de santé (Olivier de Sardan, 2001 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2002).

- 24 Sambare était le seul professionnel à indiquer que les gants devaient être portés aussi pour protéger les patients. Tous les autres les voyaient comme un moyen de lutter contre les risques de se contaminer en tant que professionnels de santé. Les corps affaiblis des patients étaient perçus comme dangereux, alors que les leurs étaient perçus comme propres. Ceci explique pourquoi peu se préoccupaient de l'hygiène des mains et se donnaient la peine d'enlever leurs bagues. En outre, les gants jetables créent une distance symbolique entre le professionnel et le patient en introduisant une barrière de latex sensible, bien que transparente, entre les mains du premier et le corps du second, entre un expert en bonne santé, compétent, et un individu malade et incompetent. Sambare m'a expliqué comment les instructions officielles d'emploi des gants ont changé à la fin de l'année 2014, après le premier cas d'Ebola au Mali voisin :

« Dès qu'on prend un patient pour un examen clinique, on doit dire maintenant : "Un patient, une paire de gants". La raison en est que si Ebola entre dans le pays, les travailleurs de la santé sont les premiers à mourir ».

- 25 Cette consigne était cependant difficile à respecter. Sambare en donnait pour exemple les dilemmes provoqués par la pauvreté de certains patients :

« Mais alors si arrive un patient avec seulement 1000 francs CFA pour la consultation et les médicaments, est-ce qu'on doit lui prendre 50 francs pour payer les gants ? ».

- 26 Le dispensaire avait reçu du javellisant et une combinaison du gouvernement. Mais il n'était pas satisfait, car la combinaison avait été envoyée sans aucune instruction sur la manière de la porter. De manière ironique le moyen de contrôle du risque était porteur d'une incertitude nouvelle (comment ça marche ?). Il jugeait que lui et ses collègues continuaient d'être

exposés à des risques mortels identifiés, par manque de formation pratique.

## Des professionnels de santé jetables ?

- 27 Perçu comme un privilège mais aussi comme un sacrifice personnel, le travail justifiait certaines exigences face à l'employeur. Celui-ci n'était pas perçu comme une simple source de rémunération ou un garant du cadre légal. Il était censé agir aussi comme une autorité certifiant que le risque encouru en valait la peine. Pour comprendre comment les professionnels de santé envisageaient leur situation vis-à-vis du gouvernement, dans la perspective d'une épidémie d'Ebola, j'ai demandé à Mathieu, l'infirmier en chef d'un dispensaire semi-urbain, de me faire part de son analyse. Notre conversation a eu lieu le lendemain du jour où les médias ont relaté le rapatriement dans un hôpital de Londres d'une infirmière écossaise infectée par Ebola au Libéria :

Vous voyez, l'analyse est simple. Quand on vous donne les statistiques de l'OMS, il y a beaucoup d'infirmiers, d'infirmières, qui meurent dans cette histoire-là. Et si on devait en tirer une conclusion, on devrait se demander : pourquoi le personnel infirmier est-il contaminé ? Il y a un problème quelque part. Ça peut être une défaillance au niveau des combinaisons, ou bien une insuffisance au niveau de la prévention. Même si on est formés, ça n'est pas la même formation qu'en Europe. Il y a beaucoup de personnel médical d'Europe qui est venu en Sierra Leone, en Guinée, au Libéria pour aider, et ils sont moins contaminés que le personnel africain. Il y a une différence au niveau de l'exposition. Nous sommes plus exposés que le personnel médical européen. Hier, on parlait d'un infirmier [écossais] qui avait été infecté mais, parce qu'ils ont dépisté l'infection précocement, la prise en charge sera meilleure et avec ça il a une meilleure chance de guérir. Et on voit que beaucoup sont venus d'Europe pour nous aider, beaucoup, ils veulent bien mais ils sont moins contaminés que nous. Qu'est-ce qui peut expliquer cela ? Ils sont très bien protégés... Automatiquement on souhaite travailler dans les mêmes conditions de travail. Mais je me pose la question : est-ce possible ? Est-ce que politiquement les gens ont la volonté que nous ayons cet équipement comme le personnel d'Europe, je veux dire ceux qui sont au niveau de l'exécutif ? C'est eux... ils mènent des actions, ils prennent des décisions (Mathieu, 36 ans, major, CSPS).

- 28 Mathieu était bien placé pour connaître le niveau de préparation du système de santé dans lequel il travaillait. Il convient de préciser comment les agents de santé ont été informés de la flambée de l'Ebola dans les pays limitrophes. Parce qu'ils détiennent des téléphones portables connectés à Internet, les agents de santé sont plus consommateurs de médias de masse que la population villageoise. Les autorités burkinabé ont pris des mesures à deux niveaux pour réduire le risque d'épidémie : l'établissement de postes de contrôle aux frontières, notamment à l'aéroport international de Ouagadougou<sup>10</sup> et l'offre d'une formation de courte durée et d'équipements de protection aux travailleurs des établissements publics. Des équipes de préparation à l'épidémie ont été montées dans les structures sanitaires plus larges que les CSPS et tous les agents de santé ont été invités à participer à des formations théoriques organisées par le district sanitaire. Toutefois, la plupart des professionnels n'ont pas jugé suffisante l'information fournie par ce canal. Ils ont donc cherché à la compléter en allant se renseigner sur Internet. Cet accès individuel à l'information, éloignée des cas réels, a constitué une façon de voir Ebola "de loin".
- 29 Il est possible de tirer plusieurs conclusions de l'analyse de Mathieu. Tout d'abord, il se concentre sur les risques de contamination, particulièrement élevés chez les professionnels de santé, à cause de la contagiosité de la maladie. Cette observation donne une idée de la différence de perception entre l'épidémie d'Ebola et, par exemple, l'épidémie de VIH.

L'institution médicale est un lieu de distance et de séparation entre malades et bien-portants (Jaffré et Prual, 1993). Cette distance se manifeste dans la marque vestimentaire de l'appartenance professionnelle des soignants, dans les gants jetables et dans le pouvoir des agents de manipuler les codes sociaux qui structurent la gouvernance du dispensaire (le triage des patients, l'art de soigner, le langage médical). Toutefois, avec Ebola, la ligne qui sépare le patient du professionnel pouvait être rapidement franchie. Comme plus haut, les professionnels de santé constituaient une catégorie beaucoup plus menacée que le reste de la population, et ils pouvaient facilement passer du camp des soignants à celui des victimes.

30 En second lieu, Mathieu a attiré l'attention sur la vulnérabilité des professionnels de santé africains, due non seulement au manque d'équipement de protection, mais aussi au manque de savoir-faire technique dans un domaine particulier. Ces deux facteurs associés peuvent dramatiquement augmenter les risques en cas de propagation d'Ebola. Enfin, il a mis le doigt sur l'existence de critères d'acceptabilité du risque, radicalement différents pour les soignants africains et pour les soignants non-africains. Le rapatriement d'un infirmier pour qu'il puisse bénéficier de la meilleure technologie avec un coût considérable a été interprété comme la preuve d'un tel décalage. Ces différences étaient également présentes de manière implicite dans d'autres situations, comme lorsque les professionnels de santé ne bénéficiaient pas de mesures prophylactiques en urgence après exposition au VIH, un risque qui serait jugé inacceptable dans des systèmes de santé mieux financés. De manière plus fondamentale, Mathieu associait la vulnérabilité à des choix et des pratiques politiques qui avaient contribué à produire le risque. Mary Douglas (1985) a suggéré que le choix d'un risque à l'exclusion d'autres néanmoins présents, implique en soi une critique sociale. Suivant cette logique, la menace d'Ebola a été mobilisée pour formuler une critique du gouvernement qui, aux yeux des agents de santé, ne montrait pas assez sa volonté de les protéger.

31 La déception de Mathieu ne procédait pas d'un principe idéal d'égalité absolue de traitement entre les patients. La différence de traitement en fonction du sexe, de l'âge et de la richesse, tant dans le domaine de la santé qu'ailleurs, est généralement acceptée par les professionnels de santé comme par la population générale. Si Mathieu juge injuste un traitement différencié selon la citoyenneté, c'est parce qu'il révèle de la variation de la valeur de la vie d'un professionnel de santé aux yeux des autorités sanitaires. La question « est-ce possible ? » peut être vue comme une manifestation de pessimisme quant à la possibilité d'une intervention effective du gouvernement en faveur de la sécurité sanitaire. Mathieu faisait référence aux preuves avancées par l'OMS d'un taux de mortalité supérieur pour les agents de la santé africains. En ayant recours au vocabulaire de l'épidémiologie, Mathieu emprunte le langage de la science de la santé. Ce langage a souvent été employé par les groupes pour formuler des demandes de droits et de reconnaissance. C'est ce qui s'est produit au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire pendant l'épidémie de VIH, ainsi que l'a magistralement montré l'anthropologue Vinh-Kim Nguyen dans son ouvrage sur les associations de séropositifs au Burkina Faso dans les années 1990 (Nguyen, 2010). Là, des collectifs de gens partageant le statut de séropositif se sont mobilisés pour réclamer ensemble l'accès à des traitements coûteux et vitaux, en s'adressant aux réseaux internationaux des acteurs de la santé, par-delà les Etats. La revendication était établie « à un niveau global sur la base d'une condition biomédicale, tandis que les responsabilités sont calculées dans le contexte d'économies morales locales » (Nguyen, 2010 : 142). En l'occurrence, Mathieu semblait pessimiste sur la possibilité d'obtenir une protection, en se situant à ce niveau global. D'après Mary Douglas (1985), la moralité est une dimension souvent négligée par les sciences sociales du risque. Pourtant, Mathieu réservait une place importante dans ses réflexions aux questions d'équité, de citoyenneté et de justice globale. Si les professionnels de santé ont confiance dans leurs compétences et capacités à éviter les aléas, ils redoutent en même temps l'erreur professionnelle, les failles dans les moyens mis à leur disposition pour

se protéger de risques évitables, et, peut-être, les failles dans le sens de la justice de leur gouvernement. Le seuil d'acceptabilité du risque semblait considérablement abaissé dans une situation où les travailleurs jugeaient que le gouvernement négligeait leur santé et les dédommageait médiocrement. Leur confiance dans le gouvernement était écornée, car ils décelaient peu de signes de justice, lorsqu'ils comparaient leur situation à celle de leurs homologues étrangers.

- 32 De la petite équipe du dispensaire au syndicat national, les travailleurs de la santé n'agissent pas seulement en tant qu'individus mais aussi en tant que collectif. Un exemple de la manière dont celui-ci se constitue m'a été donné à voir pendant la lutte syndicale mentionnée plus haut. Aïcha explique qu'elle avait rejoint la grève, même si elle avait regretté les 5 jours d'arrêt total du service, ce qui pour elle allait à l'encontre de son obligation morale envers les patients :

« La grève...C'était quelque chose qu'on faisait ensemble. Dans la vie, il faut se soumettre au collectif. Au dispensaire, nous ne faisons qu'un. Je ne pouvais pas ne pas faire grève ».

- 33 Aïcha témoignait par ailleurs d'un sentiment d'« unité », au sein du groupe soudé qu'elle formait avec ses collègues<sup>11</sup>. L'importance du groupe de travailleurs qualifiés et engagés n'a jamais été autant soulignée par les acteurs globaux de la santé, au point d'apparaître comme des acteurs clés lors des conférences de prestige sur les objectifs du développement durable pour l'après-2015 (de Francisco Shapovalova et al., 2015). Ils n'ont jamais non plus été autant médiatisés : le magazine *Time* a choisi comme « personnalité de l'année 2014 » les « combattants d'Ebola » (von Drehle et Baker, 2014). Il y a une certaine ironie dans le fait que, au même moment, Mathieu se sentait plus que jamais considéré comme un ustensile jetable par son gouvernement.

## Conclusion

- 34 Nous voyons que le choix de la profession d'agent de santé s'est fait à une époque où la question qu'auraient pu se poser les jeunes burkinabés était : « pourquoi pas ? » À l'heure d'Ebola, elle était plutôt : « pourquoi continuer ? » Tout en restant fidèles à leur engagement, les agents de santé questionnaient avec une intensité redoublée la valeur de leur emploi au service de l'Etat burkinabé, notamment en remettant en cause le fait que le gouvernement se soucie réellement d'eux. Mary Douglas avance l'hypothèse que, dans un contexte institutionnel, les seuils de l'acceptabilité sont particulièrement sensibles aux questions de justice et d'équité : « Plus les institutions dépendent de l'engagement personnel au détriment de la coercition, plus elles sont explicitement dirigées vers la justice » (Douglas, 1985 : 5). Ceux que l'on a interrogés pour cette étude semblaient se trouver dans une situation de double contrainte pénible. Si, d'un côté, ils se voyaient valorisés par un rang, un poste, un uniforme et une autorité reconnus, de l'autre, ils n'étaient pas suffisamment dotés en matériel pour mettre en œuvre les soins primaires ou pour se protéger des risques professionnels.

- 35 Dans cet article, je me suis fondée sur un terrain ethnographique circonscrit à un temps et un lieu limités au Burkina Faso, pour examiner comment les agents de santé, qui officient dans une région appauvrie d'un pays déjà pauvre, agissent comme des sujets sociaux aptes à naviguer dans des programmes de santé nationaux et globaux. Les professionnels de santé burkinabés sont exposés à un niveau élevé de risques sanitaires, qu'ils affrontent en mobilisant des valeurs d'engagement dans le travail, à la fois professionnel et moral. L'épidémie d'Ebola, vue pourtant de loin, a exacerbé des tensions existantes entre

ces travailleurs et le gouvernement, au point que les premiers ont plus que jamais mis en doute le sens de la justice du second. Voir Ebola de loin, pour reprendre le titre de cet article, n'implique pas d'affronter une version amoindrie de l'épidémie, mais d'en expérimenter une version différente, dans laquelle Ebola est une virtualité néfaste qui n'en a pas moins des effets bien réels et immédiats sur l'estimation individuelle et collective de l'acceptabilité du risque chez les professionnels de santé au Burkina Faso.

---

## ***Bibliographie***

- COLOMBINI A.O., BADOLO B.D., GESSNER P., JAILLARD E.S. et Da SILVA A., 2011. "Costs and impact of meningitis epidemics for the public health system in Burkina Faso", *Vaccine*, 29, 33: 5474-80.
- COOPER E. et PRATTEN D., 2015. *Ethnographies of uncertainty in Africa, Anthropology, change and development*, Palgrave Macmillan.
- De ALLEGRI M., RIDDE V., LOUIS V.R., SARKER M., TIENDREBEOGO J., YE M., MULLER O. et JAHN A., 2011. "Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso". *Health Policy*, 99, 3: 210-8.
- DOUGLAS M., 1985. *Risk acceptability according to the social sciences, Social research perspectives: occasional reports on current topics*. New York, Russell Sage Foundation.
- DYNES M.M., CRAIG H., STEPHENSON R. et SIBLEY L.M., 2013. "Measuring Trust among Frontline Health Workers in Rural Ethiopia", *Human Organization*, 72, 3: 230-241.
- ERIKSEN T.H., 2010. "Human Security and Social Anthropology" In ERIKSEN, T. H., SALEMINK, O. et BAL, E. (Dir). *A World of Insecurity: Anthropological Perspectives on Human Security*, Pluto Press.
- FAINZANG S., 1985. « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, 3, 3 : 105-128.
- FAINZANG S., 1986. *L'intérieur des Choses : Maladie, Divination et Reproduction Sociale chez les Bisa du Burkina*, Collection Connaissance des Hommes. Paris, L'Harmattan.
- GAUSSET Q., MOGENSEN H.O., YAMEOGO W.M.E., BERTHE A. et KONATE B., 2012. "The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso", *Social Science & Medicine*, 74, 7: 1037-1044.
- GIDDENS A., 1990. *The consequences of modernity*. Cambridge, Polity.
- GIDDENS A., 1999. "Risk and Responsibility", *Modern Law Review*, 62, 1:1-10.
- GLUCKMAN M., 1958. *Analysis of a Social Situation in Modern Zululand*, Manchester University Press.
- HADDAD S., NOUGTARA A. et FOURNIER P., 2006. "Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso", *Tropical Medicine & International Health*, 11, 12: 1889-97.
- HARKER J., 2014. "Why are western health workers with Ebola flown out, but locals left to die?", *The Guardian*, September 15, 2014.
- ILBOUDOU D., 2012. « Séropositives et séronégatives dans les associations féminines de prise en charge du SIDA au Burkina Faso : Entre marginalismes et stigmatisations », *Annales de l'Université de Ouagadougou* 014 (A).
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ministère de l'Économie et des Finances. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. Ouagadougou, Burkina Faso.
- JAFFRE Y. et OLIVIER de SARDAN J.-P., 2002. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Collection "Hommes et sociétés". Paris, Karthala.

- JAFFRE Y. et PRUAL A., 1993. « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », *Sciences Sociales et Santé*, 11, 2 : 63-80.
- JOHRI M., RIDDE V., HEINMULLER R. et HADDAD S., 2014. "Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso", *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 10: 706-15.
- KANI D.A., 2013. « Autant le dire... : SYNTSHA, la grève de trop ? 2 avril 2013" *Lefaso.net*, [En ligne] <http://lefaso.net/spip.php?article53560>, page consultée le 22 mai 2014.
- KAPFERER B., 2005. "Situations, crisis and the anthropology of the concrete: the contribution of Max Gluckman", *Social Analysis*, 49, 3: 85-122.
- LACHENAL G., 2014. « Chronique d'un film catastrophe bien préparé », *Libération*, 18 Septembre 2014, [en ligne] [http://www.liberation.fr/planete/2014/09/18/chronique-d-un-film-catastrophe-bien-prepare\\_1103419](http://www.liberation.fr/planete/2014/09/18/chronique-d-un-film-catastrophe-bien-prepare_1103419), page consultée le 30 octobre 2015.
- LINSHI J., 2014. "Ebola Healthcare Workers Are Dying Faster Than Their Patients", Octobre 3, 2014, *Time*, [En ligne] <http://time.com/3453429/ebola-healthcare-workers-fatality-rate/>, page consultée le 22 mai 2015.
- Ministère de la Santé. 2011. *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020*. Ouagadougou : Gouvernement de Burkina Faso.
- NGUYEN V-K., 2010. *The republic of therapy: triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham, N.C., Duke University Press.
- OLIVIER de SARDAN J-P., 2001. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20, 4 : 61.
- PIOT C., 2010. *Nostalgia for the future: West Africa after the Cold War*. Chicago: University of Chicago Press.
- PNUD, 2001. *La lutte contre le VIH/SIDA: Burkina Faso. In Rapport sur le Développement Humain*. Ouagadougou, Le PNUD.
- RAPITI E-, PRÜSS-ÜSTÜN A. et HUTIN Y., 2005. "Sharps injuries: Assessing the burden of disease from sharps injuries to health-care workers at national and local levels", *Environmental Burden of Disease Series*, No 11. Geneva, World Health Organization.
- RIDDE V., 2008. "'The problem of the worst-off is dealt with after all other issues': The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso", *Social Science & Medicine*, 66, 6: 1368-1378.
- SAMUELSEN H., 2004. "Therapeutic itineraries: the medical field in rural Burkina Faso", *Anthropology & Medicine*, 11, 1 : 27-41.
- SAMUELSEN H., et ØSTERGAARD L.R., 2012. "Tavshedens dilemma : Om sex, fortieelse og aids i Burkina Faso", *Tidsskriftet Antropologi*, 65 : 27-43.
- SAUERBORN R., NOUGTARA A., HIEN M. et DIESFELD H. J., 1996. "Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso", *Social Science & Medicine*, 43, 3: 281-290.
- SCHERMER H. et JARY D., 2013. *Form and Dialectic in Georg Simmel's Sociology: A New Interpretation*. Palgrave Macmillan.
- SCIORTINO R., 1995. *Care-takers of cure: an anthropological study of health centre nurses in rural Central Java*. Gadjah Mada University Press.
- SHAPOVALOVA N., MEGUID T. et CAMPBELL J., 2015. "Health-care workers as agents of sustainable development", *The Lancet Global Health*, 3, 5: e249-e250.
- SHEARER J.C., 2014. *Social Networks, Research Evidence, and Innovation in Health Policymaking in Burkina Faso*, Health Policy, McMaster University Hamilton, Ontario.
- SIDIBÉ M. et CAMPBELL J., 2015. "Reversing a global health workforce crisis", *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 3.
- STALKER K., 2003. "Managing Risk and Uncertainty in Social Work: A Literature Review", *Journal of Social Work*, 3, 2: 211-233.
- STREET A., 2012. "Seen by the state: Bureaucracy, visibility and governmentality in a Papua New Guinean hospital", *The Australian Journal of Anthropology*, 23: 1-21.

Commune de Tenkodogo. 2009. *Plan Communal de Développement (PCD) de la commune urbaine de Tenkodogo*. Tenkodogo, Burkina Faso.

VIGH H., 2011. "Vigilance: On Conflict, Social Invisibility, and Negative Potentiality", *Social Analysis*, 55, 3: 93-114.

von DREHLE D. et BAKER A., 2014. "The Ebola Fighters: The ones who answered the call", *Time Magazine*, [En ligne] <http://time.com/time-person-of-the-year-ebola-fighters/>, page consultée le 22 avril 2014.

WHYTE S. R., 2002. "Subjectivity and subjunctivity: Hoping for health in Eastern Uganda", In WERBNER, R. P. (dir.) *Postcolonial Subjectivities in Africa*. London, Zed Books.

WHYTE S. R. et SIU G. E., 2015. "Contingency: Interpersonal et Historical Dependencies in HIV Care", In COOPER, E. et PRATTEN D. (dir.) *Ethnographies of Uncertainty in Africa*, Palgrave Macmillan: 19-35.

WISNER B., BLAIKIE P.M., CANNON T. et DAVIS I., 2004. *At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters*. Second Edition. London, Routledge.

ZONGO D., 2013. « Grève du SYNTSHA à Fada : Beaucoup ont abandonné leur poste », *Sidwaya*, 3 Avril 2013, [en ligne] <http://lefaso.net/spip.php?article53579>, page consultée le 20 août 2013.

---

## Notes

1 Tous les noms sont des pseudonymes.

2 Infirmier en chef.

3 Qu'on appellera simplement « Ebola » dorénavant, par commodité.

4 Guillaume Lachenal décrit la situation actuelle comme étant « le *produit* de deux décennies de choix et d'actions politiques » (c'est nous qui soulignons).

5 D'après l'OMS les travailleurs de la santé sont morts à un rythme plus élevé que leurs patients pendant cette épidémie : leur taux de mortalité a atteint 57 % contre 47 % pour les patients.

6 La majeure partie des données de terrain utilisées dans cet article provient d'une enquête conduite dans la Province du Boulgou de décembre 2012 à août 2013, suivie d'une visite en décembre 2014, dans le cadre du projet « Fragile Futures : Rural Lives in Times of Conflict », financé par la Coopération Danoise (le Danida). L'auteur s'appuie également sur son expérience professionnelle en tant que chargée de programme pour les Nations-Unis, depuis 1999, auprès des agents de santé ouest-africains (Bénin puis Sénégal).

7 Bien que la migration vers la Guinée Equatoriale, la Côte d'Ivoire et la Libye soient une aspiration pour les jeunes et leurs familles, eux montrent moins d'intérêt pour la migration. Outre les travailleurs de la santé avec lesquels j'ai travaillé, mes collègues chercheurs ne rêvaient pas non plus de quitter leur pays. Enfin les Burkinabé participent moins à la loterie pour le visa états-unien que les Togolais voisins, d'après Charles Piot (2010).

8 Le risque de contamination par le VIH et les hépatites B et C varie selon de nombreux critères, parmi lesquels la charge de morbidité dans la population générale, le taux d'immunisation pour l'hépatite B, et l'accès aux mesures prophylactiques d'urgence pour le VIH. D'après une étude épidémiologique, la charge de morbidité due aux blessures sur le lieu de travail (aiguilles, scalpels, verre brisé contaminé) représente 11,5 % pour l'hépatite B, 2,6 % pour l'hépatite C et 1,3 % parmi les professionnels de santé pour le VIH en Afrique de l'Ouest (Rapiti et al., 2005).

9 Pour améliorer la couverture de santé des « indigents », l'infirmier en chef – en accord avec le comité sanitaire local (le COGES) – dispose d'un fonds pour exempter de frais de santé les plus pauvres de la communauté. D'après mes observations, confirmées par d'autres recherches (Ridde, 2008), ce fond est cependant très rarement utilisé car très rares sont les agents de santé ou les membres de la communauté à connaître son existence ou ses conditions d'éligibilité. De plus, comme me le fit remarquer un agent de santé, être catégorisé



comme « un des plus pauvres » est trop honteux pour que les patients envisagent ce mécanisme de financement.

10 Les voyageurs y étaient accueillis par plusieurs équipes d'agent de santé portant des uniformes et des gants. A mesure qu'ils passaient devant des affiches d'information de l'OMS, ces agents mesuraient leur température à l'aide de thermomètres électroniques et leur faisaient remplir des fiches d'information sur d'éventuels symptômes. Le déploiement de ces « technologies de visibilité » (Street, 2012) aux portes de l'aéroport peuvent être interprétés comme un « travail d'Etat » visant à rendre connaissables et contrôlables les voyageurs entrants. On peut aussi remarquer qu'avec ces mesures, le voyageur ordinaire d'un vol international voyait plus de professionnels de la santé – et mieux équipés – qu'un citoyen burkinabé ne peut en voir dans un établissement public de santé dans un bon jour.

11 Dans une étude sur la confiance entre collègues dans des établissements de santé en milieu rural éthiopien, les professionnels interrogés faisaient aussi référence à une « unité » dont ils faisaient le fondement de leur confiance mutuelle (Dynes et al., 2013).

---

## ***Pour citer cet article***

### *Référence électronique*

Lise Rosendal Østergaard, « Ebola vu de loin : les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 02 décembre 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1833>

---

## ***Auteur***

**Lise Rosendal Østergaard**

Département d'anthropologie, Université de Copenhague, Copenhague (Danemark), [lir@anthro.ku.dk](mailto:lir@anthro.ku.dk)

---

## ***Droits d'auteur***

© Tous droits réservés