

COMPRENDRE LE REFUS DE LA REFERENCE MEDICALE EN MILIEU RURAL AU BURKINA FASO : UNE AUTRE APPROCHE DE LA VULNERABILITE DES USAGERS FACE À L'OFFRE DE SANTE

¹ILBOUDO Sidbéwendin David Olivier

Maître-Assistant en Sociologie de la Santé
Université OUAGA II, Ouagadougou, Burkina Faso
isdosi2000@yahoo.fr

ILBOUDO Sidbéwendin David Olivier (2019). Comprendre le refus de la référence médicale en milieu rural au Burkina Faso : une autre approche de la vulnérabilité des usagers face à l'offre de santé. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 1 (2), 37-46. [En ligne] 2019, mis en ligne le 19 Janvier 2019, consulté le 2019-01-20 15:13:41, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=37>

Résumé

L'espace intervient parmi les déterminants qui influencent les états de santé et de maladie au Burkina Faso. En milieu rural, il rend compte de la vulnérabilité des usagers des centres de santé à travers les besoins insatisfaits.

Les résultats analysés dans ce texte proviennent d'une recherche ethnographique conduite dans la région Ouest du Burkina Faso dans la période allant de fin août 2013 à juin 2014, et d'une enquête complémentaire réalisée en avril 2016. Des entretiens semi-directifs approfondis et des observations directes ont été effectués auprès de vingt et un (21) usagers des centres de santé composés de quatorze (14) femmes et de sept hommes. Les usagers interrogés au cours de cette étude mettent en doute la qualité de l'offre de soins au centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de référence de la localité. Par conséquent, plutôt que de respecter cette référence, ils se maintiennent dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ou s'orientent vers un district sanitaire urbain.

Cette étude permet de comprendre, d'une part, le lien entre la vulnérabilité des

usagers en raison de l'insatisfaction de l'offre de soins et, d'autre part, le refus de la référence médicale en milieu rural au Burkina Faso.

Mots clés: Burkina Faso, milieu rural, vulnérabilité, offre de soins, référence médicale.

UNDERSTANDING THE REFUSAL OF MEDICAL REFERRAL IN RURAL BURKINA FASO: ANOTHER APPROACH TO THE VULNERABILITY OF USERS FACED WITH THE HEALTH SERVICES

Abstract

Space is one of the factors that influence health and illness conditions in Burkina Faso. In rural areas, it accounts for the vulnerability of health centers users through unmet needs.

The results analyzed in this text derive from an ethnographic research carried out in the western part of Burkina Faso from late August 2013 to June 2014, and an additional survey conducted in April 2016. In-depth semi-structured interviews and direct observations were conducted with twenty-one (21) users of health centers including fourteen (14) women and seven men.

The users interviewed during this study question the quality of health care provision at the local referral Medical Center with Surgical Services (CMA). Therefore, rather

than complying with the referral, they stay in the health and social promotion centers (CSPS) or move to an urban health district. This study helps understand, on the one hand, the link between the vulnerability of users due to the unsatisfactory health care delivery and, on the other hand, the refusal of medical referral in rural areas of Burkina Faso.

Keywords: Burkina Faso, rural areas, vulnerability, health care provision, medical referral.

Introduction

Ce texte traite du refus de la référence médicale en milieu rural au Burkina Faso.

La référence est un terme courant de l'univers des systèmes de santé de district. Elle correspond à l'idée d'aller d'un centre de soins périphérique (primaire) à un autre de niveau supérieur (A. Jahn et V. De Brouwere, 2001, p.4). Dans la vision courante de l'univers médical, la référence reflète des niveaux d'implications différents des deux acteurs clés de la relation de soins (le patient et le soignant). En effet, la décision de référer peut provenir du patient : on parle d'autoréférence ; mais elle peut également émaner de l'agent de santé. La deuxième configuration est celle dans laquelle la notion de référence est employée dans ce texte : celle où le transfert se passe d'une formation sanitaire à une autre pour permettre une prise en charge médicale continue. Perçue sous cet angle, la référence joue un rôle essentiel pour la poursuite et la qualité des services de soins de santé, d'autant qu'elle favorise une interaction fonctionnelle entre les structures de différents échelons du système de santé.

Les structures publiques de soins de santé au Burkina Faso sont organisées en trois niveaux et l'ensemble forme une pyramide sanitaire. Le premier niveau est composé de deux échelons : le premier échelon regroupant le centre de santé et de promotion sociale (CSPS), le centre médical (CM), le dispensaire et les maternités isolés ; le deuxième échelon est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Les CMA servent de référence pour

les structures du premier échelon. Ce premier niveau de l'offre sanitaire est régi par le district qui est l'entité opérationnelle du système national de santé (Ministère de la Santé, 2016, p.5). Le deuxième niveau est constitué des centres hospitaliers régionaux (CHR). Les CHR servent de référence pour les CMA. Le troisième niveau est formé par les centres hospitaliers universitaires (CHU). Le CHU est la structure de référence la plus élevée (Ministère de la Santé, 2016, p.6).

Dans cette étude, la problématique du refus de la référence est posée au premier niveau de l'offre de soins de santé.

Dans la pratique, la référence d'un malade au premier niveau est préconisée par l'agent de santé du premier échelon avec l'accord du premier responsable ou de son adjoint (au niveau CSPS, l'ICP ou celui qui le seconde ; au niveau du CM, le médecin chef ou l'ICP). Selon le diagnostic du mal, le CSPS ou le CM qui se trouve dans l'incapacité d'assurer sur place la prise en charge d'une pathologie doit référer le malade au deuxième échelon ou niveau, et ce, de manière progressive à l'intérieur du même district. Pour ce faire, la référence d'un patient se fait en considérant d'abord le district d'appartenance de la formation sanitaire.

Le refus de la référence peut alors se décrire comme une expression de rejet formulée contre l'idée de se faire diriger vers la structure de soins de référence appropriée, selon le diagnostic ou l'évaluation de la situation du malade par l'équipe de réception initiale. Selon l'acceptation médicale, un patient ayant accepté la référence, se définit comme un patient qui s'est présenté de facto au niveau du centre de référence et qui a donc adhéré à la recommandation de l'agent de santé, contrairement à celui qui s'en est abstenu (A. Jahn et V. De Brouwere, 2001, p.6). Le refus de la référence médicale est un fait qui survient au cours de la relation de soins de santé qui engage une interaction dynamique entre les prestataires et les usagers des centres de santé. A travers ses variantes ci-dessus présentées, le refus de la référence

médicale est particulièrement fréquent dans les pays subsahariens caractérisés comme au Burkina Faso par une organisation sanitaire reposant sur celui du district sanitaire en milieu périphérique et rural. C'est notamment le cas au Mali, Niger, Zimbabwe Ghana où le système de référence est jugé défaillant et complexe pour des raisons diverses : tarifs des hôpitaux, corruption, manque de transport et mauvaise volonté des chauffeurs, mauvaises routes, attitude négative du personnel, manque de médicaments et autres consommables (D. Sanders, J. Kravitz, S. Lewin et M., McKee, 1998, p.6-7).

Dans le contexte de cette étude, le refus de la référence médicale se manifeste dans deux cas de figures : la situation où face à l'agent de santé, le patient s'oppose ouvertement à l'avis du prestataire de santé, et celle où le patient accepte de recevoir l'avis de référence médical sans y donner suite. Comprendre ces cas de figure implique de dépasser le cadre d'un désaccord éthique et moral dans la relation entre patients et prestataires de santé (P. Bataille, et L. Virole, 2013, p.2). Par conséquent, l'analyse ne peut être détachée des réalités matérielles et sociales qui affectent la situation sanitaire d'une localité. De manière générale, il importe de relever que l'offre de santé au Burkina Faso est l'une des plus faibles de la sous-région, au regard des ressources limitées ne permettant pas d'assurer une couverture sanitaire universelle (Ministère de la santé, 2017, p.15). En milieu rural, il existe toujours une distance sociale entre l'offre de santé et la population pour qui l'accès aux soins modernes de qualité demeure une préoccupation importante. Outre les facteurs humains, matériels et techniques, l'accès aux soins de santé est toujours influencé par des facteurs socio-culturels parmi lesquels ressortent des inégalités de genre affectant négativement le pouvoir d'aller consulter chez les femmes (B. Nikiema, S. Haddad et L. Potvin, 2008, p.6). Au regard de ces divers facteurs qui rendent l'accès difficile aux centres de

santé modernes en milieu rural, il importe d'investiguer les expériences individuelles de la maladie pour déterminer les raisons profondes qui conduisent au refus de la référence médicale.

1. Méthodologie

1.1. Site de l'étude

L'étude de terrain s'est déroulée dans une localité rurale : il s'agit précisément de la Commune rurale de Bama situé au nord-ouest de la Province du Houet, dans la Région des Haut-Bassins, au Burkina Faso (Carte n°1). Les données de cette étude reposent sur deux enquêtes : la première s'est déroulée dans la période de fin août 2013 à juin 2014, et la seconde enquête a eu lieu en avril 2016. Le site de l'étude est mis en évidence dans la carte ci-dessous.

Carte n°1: Localisation de la commune rurale de Bama



Source : Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008

La commune rurale de Bama a une configuration géographique et économique spécifique comparée au reste du pays. Cette localité est entourée par une plaine de production rizicole aménagée : la Vallée du Kou qui occupe 88% de la superficie du village de Bama, et permet une production essentiellement céréalière et fruitière depuis la décennie 1970 (Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité intérieure, 2008, p.17). Les populations de Bama pratiquent des activités à revenu relativement considérable, surtout lorsqu'on effectue une comparaison avec plusieurs autres zones rurales du Burkina Faso. De manière approximative, le bénéfice d'une production à l'hectare est estimé à plus de 600 000 FCFA. Dans le but d'accroître cette rentabilité, la plupart des producteurs de la localité moissonnent deux fois l'an. Une fois moissonné, le riz est

acheté et revendu par la majorité des femmes de la localité, et certaines réalisent un profit plus intéressant que celui des producteurs. L'importance relative de ce revenu se mesure également à la capacité d'une prise en charge financière des soins dans les centres de santé (S.D.O. Ilboudo, 2015, p.149-150). L'offre publique de santé à Bama repose essentiellement sur les soins infirmiers et une consultation en médecine générale. Les deux structures médicales publiques de niveau primaire couvrent une offre sanitaire de 44 000 habitants, pour une population totale qui avoisine 70 000 habitants (Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité intérieure, 2008, p.14).

1.2. Population d'étude

Les personnes dont les discours et les récits de vie sont utilisés dans ce texte se

situent dans le groupe des usagers des centres de santé (21). Les usagers ont été identifiés sur la base du critère d'utilisation des services de santé. Parmi les usagers interrogés, 16 ont été choisis directement dans la communauté, et les autres (cinq) ont été identifiés et approchés au cours d'une immersion dans les centres de santé de la région. Ces personnes ont été interrogées et observées au cours de l'enquête. Les usagers impliqués sont composés de plus de femmes (14) que d'hommes (sept). Les hommes sont tous mariés. Ils produisent et vendent du riz dans le secteur agricole essentiellement rizicole. Pour comprendre le refus de la référence dans les centres de santé de leur district sanitaire, les trajectoires thérapeutiques ou plus précisément les expériences individuelles de la maladie ont été décrites et analysées en relation avec les lieux de soins choisis dans les situations où la référence était recommandée par l'agent de santé.

1.3. Type d'enquête et informations recherchées

Cette étude est de type microsociologique caractérisée par une enquête de terrain (ethnographie) : il s'agit d'une analyse descriptive et interprétative du refus de la référence médicale en milieu rural. Plus précisément, il s'est agi d'observer les pratiques des hommes et des femmes, et les réactions de tous les interviewés au cours des entretiens. Les questions spécifiques posées ont trait à l'usage des services de santé formels (formations sanitaires) et informels (guérisseurs), et ont

permis de nous situer sur les perceptions et vécus des acteurs en lien avec le refus de la référence médicale. Les données ont été collectées en temps réel dans les milieux de vie domestique. De fait, toutes les personnes enquêtées (y compris celles qui ont été approchées dans les centres de santé) ont été interviewées à domicile.

Les items correspondant à ce texte sont les suivants : logiques et modalités de choix thérapeutiques ; temporalité des recours ; perceptions et attentes dans la relation de soins. Des entretiens complémentaires ont été réalisés en avril 2016 sur les formes de justification du refus de la référence.

1.4. Techniques et outils de collecte de données

Les données analysées proviennent de 21 entretiens individuels semi-directifs approfondis. La stratégie globale de l'enquête a reposé sur une démarche itérative consistant en un va et vient entre les différents lieux d'enquête, et un usage simultané ou alterné des outils de collecte de données. L'analyse de contenu a été utilisée pour extraire le sens des discours et interpréter l'ensemble des données étudiées. Dans cette démarche, les informations recueillies ont été mises en lien pour une compréhension intelligible, cohérente et rationnelle de l'objet. Cette démarche a également permis de constituer des récits de vie centrés sur l'attitude de refus de la référence médicale. Les techniques et outils utilisés dans le cadre de cette étude sont ci-dessous récapitulés.

Tableau n°1 : Illustration des techniques et outils méthodologiques

TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES	OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	EXPLOITATION DES DONNÉES
Entretien individuel semi-directif approfondi récits de vie	Guides d'entretiens, dictaphone, cahiers de notes	Retranscription des entretiens en français ; recoupements manuels ; analyses et interprétation des données.

Source : Données de terrain, 2016

2. Résultats

Bien que ce soit la règle pour offrir une continuité des soins, les patients enquêtés dans cette étude adhèrent très peu aux références médicales dans leur district. Ce choix est plus coûteux puisque le lieu de référence visé est situé en milieu urbain, mais il est jugé plus rassurant pour les populations qui considèrent que la probabilité d'une insatisfaction est plus forte dans le district local qui dispose d'un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). En effet, si une grande distance technologique peut être source de prise de distance du patient, elle forme un enjeu de responsabilité traduisant des limites matérielles objectives. Ces limites entament le crédit vis-à-vis du système de santé local. Le terrain rend compte d'expériences vécues qui informent sur le refus de la référence médicale.

Au cours d'une observation en situation d'immersion dans un centre de santé, un jeune couple amène son enfant, une fillette de 24 mois environ en consultation. La fillette est toute pâle. Le père rejoint l'équipe médicale en visite dans la salle d'hospitalisation et alerte le major sur l'urgence du cas de son patient. Prenant le soin de voir l'enfant, le major (ICP) du centre médical constate la gravité de l'état de la fille, et il la conduit directement en salle de consultation. Le diagnostic révèle une anémie, et très vite, l'infirmière prépare une fiche de référence proposée aux parents. Le père de l'enfant décline la fiche et dans la foulée déclare que la mère de l'enfant n'est pas celle qui l'accompagne. La mère biologique de l'enfant serait retenue parce qu'elle viendrait nouvellement d'accoucher et aurait un bébé entre les mains. L'argument de ce monsieur se révèle pourtant n'être qu'une stratégie de refus de la référence médicale. Effectivement, celui-ci sollicite et négocie plutôt une prise en charge dans le centre de santé à partir duquel la référence lui est proposée. Ce refus du père d'aller au lieu de référence pour une meilleure prise en charge de l'enfant est illustratif. Le refus de la référence dans ce système d'offre de soins primaires se manifeste à deux niveaux.

2.1 Le rejet du lieu de référence

En fin 2013, une humeur collective s'empare de la commune rurale de Bama pour donner suite au décès d'une femme enceinte en cours d'évacuation. Sur le point d'accoucher de jumeaux, cette femme avait été conduite en pleine nuit au CSPS du village d'où elle avait été référée au CMA de rattachement. Ne pouvant prendre en charge la parturiente, les agents de santé du CMA la réfèrent à nouveau à Bobo-Dioulasso. Mais chemin faisant à Bobo-Dioulasso, la parturiente mourut. Le lendemain, la population se mobilisa, et les jeunes décidèrent de régler les comptes avec les agents des deux structures de soins de la localité. Mais la tension avait fini par s'apaiser un peu plus tard dans la journée à la suite de la médiation des autorités municipales.

Toutefois, la conséquence de ces expériences d'insatisfactions, lors de consultations, entraînent ou induisent un rejet du lieu de référence.

« Nous ne voulons plus de X (CMA), ça ne nous arrange pas ! » (Homme, quarantenaire, père de 03 enfants, producteur de riz, entretien réalisé en avril 2014).

La responsabilité de l'agent de santé est davantage évoquée chez ceux qui disent avoir perdu un proche à la suite d'une référence sur le site du CMA, ou une tentative de deuxième référence à Bobo-Dioulasso.

« Ma propre petite sœur est décédée après avoir été transférée sur X (CMA)... » (Homme, quarantenaire, autorité municipale de Bama, entretien réalisé en décembre 2013).

La désaffection pour la référence au CMA se tient dans un contexte où la majorité des personnes interrogées attestent qu'il existe une forte probabilité d'échec dans la prise en charge médicale des malades référés des formations sanitaires de Bama. C'est donc le lieu de référence qui pose un problème et motive le rejet de la référence. Pour résoudre le problème, la Mairie suggère une réforme spécifique entre

agents de santé et la population locale. Cette réforme stipule que les malades ne seront plus systématiquement référés au CMA (conformément aux règles du système de santé), mais que le choix sera laissé au patient. Même si la plupart des prestataires disent avoir intégré cette clause dans leur relation avec les patients, ils affirment tous respecter la loi médicale qui exige une référence vers le district sanitaire dont relève leur centre de santé. Par conséquent, le problème demeure en l'état vu que le patient n'est pas sûr de pouvoir négocier le lieu de référence auprès de l'agent de santé.

2.2. Perception négative sur la référence

L'analyse du corpus des données montre, à ce niveau, que l'ensemble des enquêtés ont une représentation négative de la référence thérapeutique. De fait, chez les enquêtés, la référence est associée à un échec thérapeutique. Cette perception est en partie liée aux pertes en vies humaines survenues dans la structure de référence. Selon les populations, ces pertes démontrent que cette structure de référence ne répond pas au standard de qualité qui lui est prêté. Dix enquêtés affirment, d'ailleurs, que la qualité des prestations au CSPS et au CM de Bama dépasse celle du CMA alors qu'elle devait en être supérieure à ce niveau. Cette conviction renforce le rejet du lieu de référence et légitime le sentiment selon lequel ce lieu aurait dû être implanté dans le village de Bama et non à X comme c'est le cas.

« La difficulté que les gens rencontrent ici à Bama, c'est le fait que le district se trouve à X, notre population est grande pour qu'on installe le district à X et puis laissé Bama, si on doit référer un malade à X et pourtant nous savons tous que le malade n'aura pas de soins efficaces à X et de X on va référer le malade à Bobo et il va traverser Bama où il quitte pour aller à Bobo, cela est une grande souffrance ! » (Homme, trentenaire,

père de trois (03) enfants, riziculteur, entretien réalisé en avril 2016).

Dans la mémoire collective, le poids des échecs vécus avec plusieurs cas de patients permet de saisir la rationalité attachée au rejet du lieu de la référence. Certains parmi les agents de santé interrogés comprennent le choix des populations comme en témoigne le propos qui suit :

« La population a raison les agents de X grouillent mais même nous infirmiers, nous n'accepterons jamais de référer les membres de nos familles à X » (Homme, trentenaire, marié, 01 enfant, agent de santé dans l'un des deux centres de santé publique de Bama).

Cette affirmation est déterminante dans la compréhension de la non adhésion/opposition à la référence médicale. Elle illustre une perception dévalorisante de l'offre de soins local chez les populations au regard de la référence médicale.

La difficulté majeure indexée par rapport au lieu de référence est le manque d'approvisionnement courant en électricité. Les données d'enquête montrent d'ailleurs que l'absence d'électricité est à l'origine de nombreux décès survenus en cours d'évacuation. L'absence d'électricité courante ralentit l'usage du matériel médical indispensable à la réalisation des examens biomédicaux et des interventions chirurgicales, d'où les pertes en vies humaines enregistrées dans la liste des malades référés dans l'urgence depuis le CSPS et le CM.

Et pourtant, l'acte de référence reste toujours de mise dans la prise en charge médicale dans l'offre de santé locale. En effet, le centre médical de Bama n'est qu'un CM sur papier qui ne fonctionne pas encore de manière optimale. La présence du

médecin est effective mais il n'y a ni laboratoire fonctionnel ni techniciens pour effectuer des examens « élémentaires », et soutenir la prise en charge des maux chroniques sur place pour limiter l'ampleur des références. Ce constat est essentiel pour conduire la discussion sur la vulnérabilité des usagers et le refus de la référence médicale.

3. Discussion

Si la méthode utilisée ne permet pas de les généraliser, les résultats présentés dans cette étude montrent que le refus de la référence informe de manière plus profonde une faible confiance vis-à-vis du personnel de santé, et des divergences sur la gouvernance locale en santé.

3.1. Vulnérabilité et confiance au personnel de santé

La confiance envers le personnel de santé constitue un déterminant majeur du choix d'initier un traitement au centre de santé (C. Tarrant, M. Dixon-Woods A. M. Colman et T. Stokes, 2010, p.10). Elle repose ici sur l'intérêt escompté des soins poursuivis au centre de santé (L. Gilson, 2003, p.4). Ainsi, un système de santé dans lequel l'offre sanitaire échoue à donner une réponse satisfaisante aux populations se trouvant dans les conditions sociales les plus défavorisées est jugée inefficace (A. P. Nitiéma, V. Ridde et J. Girard, 2003, p.16). Si l'inefficacité de l'offre de soins légitime le refus de faire confiance aux agents de santé, elle atteste également une situation de vulnérabilité chez les populations. La vie de ces populations est marquée par une constante vulnérabilité liée à la précarité des services sociaux et sanitaires dans tout le pays (V. Ridde, S. Haddad, B. Nikiema, M. Ouédraogo, Y. Kafando et A. Bicaba, 2010, p.2), et particulièrement en milieu rural (V. Ridde, 2006, p.3).

La vulnérabilité ne détermine pas directement le refus la référence médicale mais constitue un facteur objectif de risque lié à l'inégalité entre les milieux ruraux faiblement pourvus et les centres urbains qui concentrent l'essentiel des infrastructures et restent plus attractifs (R. Strasser, 2003, p.3).

Ainsi, le refus de la référence démontre cette conscience du risque, et dans notre étude, elle explique notamment la peur de ne pas être satisfait à la suite d'une référence dans le district local. R. A. Hougnihin et A.J. Sossou (2017, p.1) évoquent la peur de la césarienne pour expliquer pourquoi des parturientes référées pour une continuité des soins obstétricaux renoncent à la référence médicale. Dans cette conception, ces patientes évitent de prendre des risques dont les conséquences pourraient leur être tragiques. Cette peur de l'incertitude est fondée dans la conviction que le CMA est défaillant et ne peut assurer la continuité de la prise en charge des patients référés.

Pour des populations dont les conditions d'accès aux soins révèlent des traits de vulnérabilités, la référence au CMA incriminé renferme alors des risques qui expliquent le refus d'y aller. Ces réalités rejoignent celles décrites dans une étude similaire qui a montré comment les habitants d'une autre localité rurale du Nord-Ouest du Burkina Faso font l'expérience quotidienne du risque qui les rend vulnérables dans l'accès à des soins de qualité (J. Sommerfeld, M. Sanon, B. A. Kouyaté et R. Sauerborn, 2002, p.7).

3.2. Divergences sur la gouvernance locale de la santé

L'expérience du risque et la vulnérabilité influencent négativement le respect des règles de recours et de fréquentation des structures de soins dans les localités périphériques. Dans cette étude, les griefs relevés contre le CMA de référence font état d'une rupture fréquente de tests rapides du paludisme ou TDRs, d'absence de gants, d'exiguïté des salles de consultations, de la vétusté et de l'absence de grillages de protection anti-moustique dans la salle d'hospitalisation, d'insuffisance des tables de consultations, de dysfonctionnement du four d'incinération des déchets médicaux (seringues, cotons et compresses tachetés de sang, etc..) etc. Les carences matérielles ont une influence négative sur l'utilisation des services de santé (F.

Mugisha, B. Kouyate, H. Dong, G. Chepng'eno et R. Sauerborn, 2004, p.6). Si les carences matérielles sont accompagnées de tensions entre soignants-soignés, il en résulte une crise de confiance que R. Médah (2008, p.15) relève dans une étude sur la gouvernance du système de santé dans la ville de Réo (Centre Ouest du Burkina Faso). Cette crise de confiance se manifeste par des critiques, dénonciations et divergences sur des points précis : l'accueil réservé par les agents de santé aux usagers des centres de santé ; la facturation des soins et le trafic de certains médicaments essentiels couramment prescrits. Ces tensions permanentes affectent la gouvernance de l'offre de santé alors contestée et contournée au profit de centres urbains comme le montre notre étude, ou pour des offres dans le secteur des soins informels (R. Médah 2008, p.21).

Conclusion

En analysant divers éléments d'insatisfaction chez les usagers de l'offre publique de santé dans une localité rurale du Burkina Faso, ce texte permet de mettre en exergue la relation entre la vulnérabilité des populations et le refus de la référence médicale en milieu rural. En effet, si la prise en charge nécessite couramment une référence vers un centre de santé de niveau supérieur, la référence est souvent déclinée ou esquivée. Ce refus s'explique par de nombreuses carences matérielles et des expériences d'insatisfactions vécues dans la structure de référence. Cette situation illustre la vulnérabilité des usagers en ce lieu où la constance des situations d'échecs suscite la crainte et incite au recours à d'autres itinéraires thérapeutiques. Pourtant le système référence correspond à un besoin de prise en charge sanitaire continue, d'où l'intérêt qu'il soit opérationnel. Il importe donc d'agir sur les facteurs matériels qui entretiennent la vulnérabilité des usagers des centres de santé et affectent le niveau de confiance envers le personnel de santé local.

Remerciements

Cet article est issu du projet "Fragile Future. Rural lives in times of conflict". Il s'agit du projet numéro 11-014KU qui a bénéficié du soutien de l'organisation danoise DANIDA soutenant le développement de la recherche.

Références bibliographiques

BATAILLE Philippe et VIROLE Louise, 2013, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et palliative », La nouvelle revue du travail [Online], 2 | 2013, Online since 30 March 2013, connection on 29 November 2018, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/613> ; DOI : 10.4000/nrt.613.

GILSON Lucy, 2003, «Trust and the development of health care as a social institution », *Social science & medicine*, [En ligne], vol. 56, no 7, p. 1453-1468, URL: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9).

ILBOUDO Sidbéwendin David Olivier, 2015, *Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques dans le village de Bama (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat unique, Sociologie, Université Ouaga1 Pr Joseph KI-ZERBO, 314p.

JAHN Albrecht et De BROUWERE Vincent, 2001, « La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, p.239-257.

MÉDAH Rachel, 2008, *Analyse du système de santé de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)*, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés.

MINISTERE de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité intérieure (Burkina Faso), 2008, *Plan communal de développement de Bama*

2008-2012, Province du Houet (Commune rurale de Bama), 69p.

MINISTERE de la Santé (Burkina Faso), 2016, Tableau de bord 2016 des indicateurs de Santé, Secrétariat Général, Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles, 63p.

Disponible sur :
http://cns.bf/IMG/pdf/tableau_de_bord_ms_2016.pdf, consulté le 02/10/2018

MINISTERE de la Santé (Burkina Faso), 2017, Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 1. Situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD, 49p. Disponible sur :
<https://afro.who.int/sites/default/files/201808/Profil%20sanitaire%20complet%20du%20Burkina%201.pdf>, consulté le 02/10/2018.

MUGISHA Frederick, KOUYATE Bocar, DONG Hengjin, CHEPNG'ENO Gloria et SAUERBORN Rainer, 2004, «The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso », *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (8), p.572-579. Disponible sur :
<http://www.who.int/iris/handle/10665/269219>, consulté le 02/10/2018.

NIKIEMA Béatrice, HADDAD Slim and POTVIN Louise, 2008, «Women bargaining to seek healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso», *World Development*, vol. 36, no 4, p. 608-624.

NITIÈMA Abdoulaye P., RIDDE Valéry et GIRARD Jacques, 2003, « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review*, vol. 24, no 2, p. 237-256.

RIDDE Valéry, 2006, « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina

Faso : un problème public ? » *Lien social et Politiques*, (55), p. 149-163.

RIDDE Valéry, HADDAD Slim, NIKIEMA Béatrice, OUEDRAOGO Moctar, KAFANDO Yamba et BICABA Abel, 2010, «Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees», *BMC Public Health*, 10(1), p. 631.

SANDERS D., KRAVITZ J., LEWIN S. et MCKEE M., 1998, «Zimbabwe's hospital referral system: does it work? » *Health Policy and Planning*, 13(4), p. 359-370.

SOMMERFELD Johannes, SANON Mamadou, KOUYATE Bocar A. et SAUERBORN Rainer, 2002, «Perceptions of risk, vulnerability, and disease prevention in rural Burkina Faso: Implications for community-based health care and insurance», *Human Organization*, 61(2), p. 139-146.

STRASSER Roger, 2003, « Rural health around the world: challenges and solutions », *Family Practice*, Volume 20, Issue 4, p. 457-463.

TARRANT Carolyn, DIXON-WOODS Mary, COLMAN Andrew M. et STOKES Tim, 2010, «Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by game theory», *The Annals of Family Medicine*, vol. 8, no 5, p. 440-446.