

# Changements climatiques, genre, et inégalités sociales : les praticiennes de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle en milieu urbain au Burkina Faso

**Claudine V. Rouamba Ouédraogo & Natéwindé Sawadogo**

## **Introduction**

Les modèles d'urbanisation des villes africaines offrent des opportunités de compréhension de processus urbains plus larges. Ils permettent notamment, d'analyser des processus structurels tels que la relative reproduction sociale de la position vulnérable des femmes. L'approvisionnement des services de soins en médecine et pharmacopée traditionnelle à Ouagadougou, au Burkina Faso, constitue un des cas concrets révélateurs de ces processus. En effet, l'une des caractéristiques de l'urbanisation est sa tendance à reléguer les processus sociaux ruraux au second plan, voire à provoquer leur disparition totale. À Ouagadougou, ainsi que dans d'autres villes africaines, les praticiennes de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, comme nombre de catégories sociales, avaient jusque-là trouvé dans ces marges de la vie urbaine des niches protégées pour leur insertion urbaine à travers cette offre de services originellement ruraux. L'objet de cet article est d'explorer, à travers un exemple burkinabé, les changements climatiques, qui ont un impact direct et décisif sur les ressources naturelles (végétales, animales, minérales) et qui peuvent remettre en cause des acquis importants liés aux conditions de vie des femmes en milieu urbain africain.

Un tel propos présente un défi à la sociologie telle qu'elle a été pratiquée depuis la fin des années 1960. Depuis cette date en effet, l'engouement pour

les approches interprétatives a eu pour conséquence de prévenir l'attention des sociologues sur la valeur heuristique des approches structuralistes (Blumer 1969). Accusées d'avoir exproprié l'agenceité de l'individu en faveur de structures sociales qui le domineraient, les approches qui se proposent de comprendre le comportement ou la situation de l'individu en rapport avec d'autres processus extérieurs humains ont graduellement perdu de leur attrait et ce jusqu'à une période récente (Abbott 1988 ; Elias 1978 ; Hughes 1993 ; Parsons 1991). Quant à l'idée de convoquer des phénomènes non sociaux pour éclairer des processus sociaux, c'est plutôt en sociologie des sciences que le débat a eu lieu, qu'en sociologie générale *per se* (Latour 1987). Que les sociétés humaines participent à un ordre moral dont on ne peut trouver le parallèle à aucun niveau non-humain n'est pas en débat. Le propos est plutôt, que l'individu est un être de relations, impliquant aussi bien d'autres êtres humains que des objets, et dont la dynamique générale d'existence est instrumentale, sans que l'individu en question en ait pour autant le contrôle complet. C'est du moins ce que propose l'écologie humaine. En substance, l'écologie humaine est une approche sociologique développée par le sociologue américain Robert Park (1936) pour étudier les dynamiques urbaines et le changement social en général. L'approche est construite autour de trois concepts : dominance, compétition, et succession. Le concept de dominance se réfère aux caractères généraux de processus sociaux géographiquement situés. Celui de compétition désigne le mécanisme par lequel la sélection s'opère pour donner à ces processus leurs caractères relativement homogènes. Quant au concept de succession, il traduit la continuité de ces processus sociaux ou leur remplacement par d'autres de nature différente, résultant du processus de compétition entre processus sociaux concurrents. Par exemple dans une ville capitaliste, la valeur des quartiers est l'inverse de leur distance par rapport au centre qui abrite le quartier commercial. En d'autres termes, plus un quartier s'éloigne du centre, moins sa valeur est élevée. La position de chaque quartier est la résultante de la compétition entre résidents pour le centre. La succession entre résidents de même qualité, soit à travers des migrations, soit par simple reproduction (ou adaptation) des mêmes processus, assure la continuité d'une structure urbaine donnée. De même, plus la ville s'étend, plus la valeur du centre et des localités proches du centre augmente de façon relative. Étant donné l'augmentation de la valeur, il faut plus de ressources à un habitant pour y rester pendant longtemps ; à défaut de pouvoir s'adapter, l'individu doit changer d'habitat pour être remplacé par un autre qui en a les ressources. Que les villes contemporaines soient pluri-centriques, ou que les localités périphériques acquièrent plus de valeur ne remet pas fondamentalement en cause les principes de dominance, compétition et succession de l'écologie humaine. En fait l'approche a même acquis un caractère plus général, déconnecté de l'espace physique, pour s'appliquer au système social général en termes d'occupation de positions sociales, notamment professionnelles (Abbott 1988).

Les conséquences des changements climatiques sur les opportunités économiques des praticiennes de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle à Ouagadougou peuvent être analysées de la même manière. En effet, il est important d'étudier les implications de la raréfaction des espèces naturelles médicinales sur la recomposition des métiers de la médecine traditionnelle en ville. Basé sur des enquêtes quantitatives et qualitatives, cet article met en parallèle changements climatiques et sources de revenu des femmes urbaines, afin d'analyser leurs implications sur les conditions de vie des femmes et des enfants. L'article est structuré en cinq sections. La première décrit la configuration sociale de la ville de Ouagadougou. Dans la seconde section, cette configuration est mise en rapport avec les besoins médicaux potentiels qui soutiennent les métiers de tradi-praticien. L'émergence des conditions favorables à un marché des soins infantiles et maternels traditionnels est analysée dans la troisième partie. La quatrième analyse la dynamique de la biodiversité au Burkina Faso. La dernière partie analyse les potentielles menaces qui pèsent sur ces opportunités en rapport avec les changements climatiques.

### **Ouagadougou : brève histoire sociale**

Les besoins médicaux des patientes se rapportent à la structure sociale. Cette dernière est cause de leur existence, de leur continuité, de leur changement (Abbott 1988 ; Hughes 1993 ; Park 1936). Toute compréhension des processus écologiques doit se donner les moyens de comprendre le processus de composition-recomposition de cette structure sociale (Elias 1978). Par conséquent, il s'agit d'abord d'évoquer l'histoire sociale de la ville de Ouagadougou. Cette analyse se limitera à fournir les éléments les plus pertinents pour l'objectif de cette recherche. Toutefois, la recherche historique n'a pas encore pu nous fournir des certitudes sur les premiers habitants de la ville (*Wogdogo*) (Ki-Zerbo 1978 ; Simporé et Nacanabo 2006). Certaines sources avancent l'hypothèse qu'elle fut d'abord habitée par des Dogon (Simporé & Nacanabo 2006). En attendant d'autres éléments, la littérature actuelle établit que les *Ninsi* et les *Yonyonse* sont les autochtones de Ouagadougou (Dim Delobsom 1932 ; Halpougou 1992). Par la suite, en 1495, ces deux groupes (pré-Dagomba) sont passés sous l'autorité des migrants Dagomba, les *Nakombse*, venus de Gambaga dans l'actuel Ghana, qui se sont d'abord installés à Tengkodogo à l'Est du pays (Skinner 1989). Ensemble, avec d'autres conquêtes de peuples voisins, ils ont formé à travers un long processus, les Royaumes mossi, avec pour capitale Ouagadougou, le *Moog-Naaba* étant leur grand souverain. La structure politique qui s'est développée à partir de ce processus et ses modifications ultérieures à la suite de l'arrivée de nouveaux groupes sociaux fournissent des éléments clés pour la compréhension de la structure sociale du royaume. Ce nouvel équilibre des pouvoirs reconfigure une structure sociale qui se manifeste par le développement d'un système de statuts distinguant les *Nakomse* (les détenteurs du pouvoir politique), la position dominante (avec ses propres stratifications

internes), les *talse* (groupes sans lien de parenté avec le *naam*, pouvoir politique des Nakomse), les *tengembiisi* (fils de la terre : *Yonyonse*), et les *Yembse* (esclaves, capturés ou achetés). La plupart des membres du groupe des *Ninsi*, considérés comme agressifs, ont alors émigré de cette région centrale vers le Nord-Ouest, modifiant ainsi la structure sociale ancienne formée par les groupes pré-Dagomba. Le nouveau système politique qui s'est développé (et persiste jusqu'à nos jours) reflète le rang politique des différents groupes, bien que le système semble être plus fonctionnel que hiérarchique. La Cour du Roi des Moose (*Moog-Naaba*), qui est reproduite dans chacun des royaumes subordonnés, a donc à son sommet, le roi, autour duquel se manifeste la complémentarité entre le *tengembiisi* (fils de la terre : *Yonyonse*) et les détenteurs du pouvoir politique (*Nakomse*), y compris le roi et ses auxiliaires (*Talse*, *yembse*).

Par la suite d'autres groupes sociaux immigrèrent à Ouagadougou. D'abord, il y eut les *Yarse*, du groupe Mandé. Ils sont souvent assimilés aux Bambara et aux Dioula. Les Bambara sont arrivés à Ouagadougou au XVI<sup>e</sup> siècle (Simpore 2009), grâce au commerce. Ils sont marchands et pratiquaient le commerce à longue distance (Ki-Zerbo 1978 ; Simpore et Nacanabo 2006 ; Simpore 2009). Ils ont ainsi contribué à relier, à travers ces échanges commerciaux, les différentes parties des autres royaumes mossi à la ville royale de Ouagadougou, puis Ouagadougou à la côte Atlantique et à l'actuel Mali (Sedogo 2006). De Ouagadougou, ils amenaient des tissus de coton vers le Mali ; puis ils ramenaient du Mali du sel et du poisson qu'ils vendaient tout au long de leur itinéraire jusqu'à Ouagadougou. Ils retournaient ensuite au Ghana où ils échangeaient les mêmes produits contre des noix de cola. Les noix de cola et le sel étaient fort appréciées par les Moose, car ils étaient utilisés dans diverses circonstances (mariage, funérailles, dons à la belle-famille, à la noblesse, etc.). Ce commerce à longue distance leur avait donné aussi le monopole de l'élevage et du commerce des ânes, qui s'était développé à la suite du commerce caravanier, dont ils avaient également le contrôle (Sedogo 2006). Monteil (1995:252), un explorateur français qui a visité le pays à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, observait que les *Yarse* étaient caractérisés par « une réelle compréhension des affaires commerciales et d'une grande audace ». Leurs compétences littéraires, de même que leur accès à l'information, leur avaient permis de profiter de faveurs exceptionnelles de la part du souverain. Les souverains de Ouagadougou « ont également bénéficié plus ou moins de leurs pouvoirs magiques et de leurs conseils » (Sedogo 2006:101). Les *Yarse* sont des musulmans. S'ils excellaient dans le commerce qui est resté longtemps sous leur contrôle, les *Yarse* étaient aussi bons artisans dans le tissage. Depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, les communautés *Yarse* se sont développées autour des marchés de villages importants du royaume (Kouand 1996 ; Skinner 1989 ; Audouin & Deniel 1978).

Ensuite les Haoussa sont arrivés. Venus en grande partie du Sokoto, les *Haoussa*, marchands musulmans, se sont installés à Ouagadougou au XVIII<sup>e</sup> siècle. Ils voyageaient par le même itinéraire que les *Yarse*. Cependant, contrairement aux

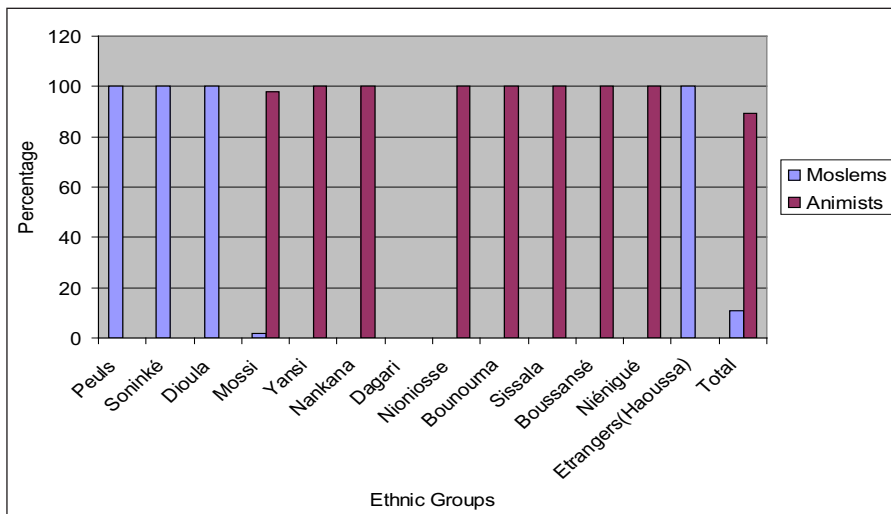
*Yarse*, les *Haoussa* étaient itinérants et s'installaient rarement en un lieu fixe pour une longue période : « Leurs caravanes passaient par le pays de Kano et les bords du Tchad, jusqu'à la côte de Lagos, pour traverser ensuite le Mossi, Yatenga, Douentza, Macina, et finalement atteindre Tombouctou. » (Monteil 1991:252) En plus de ces groupes, il y a les Peuls. D'origine berbère, les pasteurs peuls sont éleveurs et musulmans. Pendant la période précoloniale seuls quelques privilégiés possédaient du bétail (seuls les rois pouvaient en avoir). Nomades, les Peuls menaient une vie itinérante. Les chefs de Ouagadougou préféraient développer des relations contractuelles avec eux pour l'élevage de leurs bovins. Contrairement aux *Yarse*, les Peuls n'avaient « pas une part importante dans les affaires publiques » (Monteil 1991:253). D'autres groupes sont arrivés après ces derniers, tels que les griot artisans (Laobé), et d'autres artisans comme les *Marense*, les tanneurs (Zap-Ramba). Les cordonniers-tanneurs fabriquaient du matériel de guerre.

Les *Ninsi*, premiers habitants de Ouagadougou, pratiquaient le commerce, mais ils étaient encore dans une économie de troc. Il n'y avait pas de marchands spécialisés, de sorte que les échanges se faisaient en produits locaux. Les *Yonyonse*, étaient agriculteurs et éleveurs. Quant aux *Nakombse*, ils ont pratiqué diverses activités (agriculture, élevage, artisanat, etc., l'agriculture et l'élevage étant leurs activités dominantes). Cependant en dehors de l'administration de la cour du roi, l'activité principale des *Nakombse* était la guerre. La majeure partie de leurs revenus provenait des raids (Sedogo 2006). L'établissement des *Yarse* et des *Haoussa* au XVI<sup>e</sup> siècle a eu un impact significatif sur la structure de l'économie. Le premier changement important est l'augmentation de la population de marchands spécialisés. Les *Yarse* étaient installés dans les centres importants du pays. Les *Haoussa*, bien moins enclins à de longues périodes d'implantation, sont venus en grand nombre à Ouagadougou. Parmi la population autochtone, beaucoup sont passés de l'agriculture et de l'élevage au commerce (Monteil 1995). Cela s'est traduit par le développement d'une économie de marché impliquant l'usage des cauris comme monnaie. Le développement de l'économie de marché, avec son corollaire, la diminution de la population impliquée dans l'agriculture et dans l'élevage en raison de la réduction de l'espace disponible pour de telles activités, fit de Ouagadougou un important centre urbain. L'implication de la population autochtone dans les activités commerciales a favorisé leur conversion à l'islam (Monteil 1991 ; Binger). Cela n'a pas concerné seulement les gens ordinaires, mais aussi la noblesse (Englebert 1996 ; Skinner 1989). Les groupes sociaux aux conditions sociales modestes ont trouvé dans le commerce et dans l'islam une alternative pour leur émancipation. Par ailleurs, le développement économique a eu lieu pendant une période d'insécurité dans les pays voisins. Ouagadougou était donc devenu un refuge pour nombre de personnes de ces sociétés. En outre, le contexte d'insécurité avait rendu nécessaire la présence d'un poste de sécurité parmi les caravaniers (Monteil 1995). Un groupe d'individus en venait donc à tirer leurs subsistances des emplois indirects créés par le développement commercial et

l'urbanisation. Une fraction relativement importante de la population autochtone était devenue moins dépendante de la terre pour leur subsistance et de la religion traditionnelle comme référent symbolique. Cela avait à son tour influencé la circulation des femmes, parce que si les autochtones animistes pouvaient donner leurs filles en mariage aux musulmans, l'inverse était exclu par ces derniers, sauf si le mari acceptait de se convertir à l'islam.

À la fin du XIXe siècle, tous ces groupes sociaux vont passer sous la domination d'un autre : l'État français. En effet, les Français conquièrent le royaume du Yatenga en 1895, puis celui de Ouagadougou en 1896. Dès 1898 presque tous les groupes voltaïques sont passés sous l'autorité française (Suret-Canal 1977 ; Crowder 1968 ; Ki-Zerbo 1978). Ceux-ci ont été donc administrativement intégrés au grand ensemble créé par le décret du 16 juin 1895 définissant l'Afrique-Occidentale française. Cette dernière comprenait le Sénégal, le Soudan (actuel Mali), la Guinée, la Côte-d'Ivoire, le Dahomey (actuel Bénin), la Mauritanie, la Haute-Volta (actuel Burkina Faso) et le Niger (Brasseur 1997). Le processus d'intégration territoriale a pris seulement une dizaine d'années. Au lendemain de la conquête, la structure de la population se présentait de la façon suivante.

**Figure 3.1** : Répartition des religions en fonction des groupes ethniques à Ouagadougou en 1909



Source : Sawadogo, N. 2013

Ainsi le Burkina Faso (ancienne Haute-Volta) est devenu successivement partie du Soudan français (1894-1898), du Haut-Sénégal-Niger (1904-1919), de l'Afrique-Occidentale française (1895-1898), et une colonie indépendante (1919-1937 ; 1947-1958) (Massa et Madiega 1995 ; Becker, Mbaye & Thioub 1997). Le pays accéda à l'indépendance en 1960 et Ouagadougou devint la capitale du

pays indépendant. La première constitution du pays fut adoptée en 1959. Cette constitution a été modifiée par la suite et adoptée par la Première République, proclamée le 5 août 1960. Mais six ans après, le pays passa sous un régime militaire (1966-1970), qui l'a conduit à la Seconde République (1971-1974). Puis le retour du pays à un régime militaire (1975-1977) fut suivi de nouveau par un régime constitutionnel à travers la Troisième République (1978-1980). Jusqu'en 1991, le pays était sous régime militaire (1980-1982 ; 1982-1983 ; 1983-1987 ; 1987-1991) connaissant différents destins. Le dernier recensement général de la population de 2006 a enregistré 14 017 262 habitants, dont 3 181 967 concentrés dans les villes et 10 835 295 en zone rurale. Le taux d'urbanisation était de 22,7 pour cent et le taux d'accroissement annuel moyen de la population était de 3,1 pour cent. Le pays a une superficie de 274 200 kilomètres carrés (RGPH 2006). Ouagadougou est la plus grande ville du pays avec 21 930 hectares, une population de 1 475 839 habitants, et 7,6 pour cent de la population taux de croissance annuelle (RGPH 2006). Selon le recensement, le taux d'analphabétisme de la ville reste élevé (40,1 %). Les principales religions sont la musulmane (57 %), la catholique (34,9 %) et la protestante (6,2 %) ; les animistes sont estimés à 0,4 pour cent seulement. Plus de 80 pour cent de la population de plus de 15 ans travaillent dans le secteur tertiaire, dont 52,6 pour cent dans l'artisanat, ou comme vendeurs ou personnel de service ; moins de 8 pour cent sont dans le secteur primaire, et 11,4 pour cent dans le secteur secondaire ; de cette population active, seuls 35,3 pour cent sont salariés ; les autres travaillent dans l'entreprise indépendante (46,3 %) ou les employeurs (2,8 %) (RGPH 2006). Cet aperçu de la recomposition de la ville de Ouagadougou dans la longue durée, permet de comprendre la genèse du métier de tradi-praticien que les femmes en sont venues à exercer et les défis auxquels elles sont confrontées dans le contexte actuel des changements climatiques.

### **Structure sociale et exclusion de la femme du marché des soins**

C'est par rapport à cette structure sociale que l'on peut comprendre non seulement les besoins médicaux des patientes, mais aussi l'accès et la valorisation des compétences médicales des femmes et leurs implications structurelles. Comme les compétences, les besoins ne sont pas neutres et universellement interchangeables ; ce sont des construits sociaux qui résultent de la structure sociale (Hughes 1984). Dans la société traditionnelle moaga c'est la parenté qui fournit le cadre d'interprétation de la maladie de l'enfant, comme elle le fait pour les maladies de la reproduction de la mère. Le propos suivant d'un vieux dans un village à la périphérie de Ouagadougou l'illustre :

Si un enfant a un an et demi, deux ans, il n'a rien ! Ce qui va lui faire mal ce sont ses dents. C'est ça seulement qui fatigue l'enfant ; sinon quand ça (un autre malaise) commence seulement... on part avec lui chez le devin [cité dans Sawadogo 2006:59]



Mais pour comprendre la parenté, c'est au mythe qu'il faut se référer. Le mythe est une production symbolique et active. Il constitue de ce fait une des conditions du fonctionnement de la structure sociale. Ainsi, comme pour les *Tallensi* étudiés par Fortes, pour les Moose, entre le monde sensible et le monde mythique, il n'y a pas de frontière. Il y a une circulation continue de l'un à l'autre, car « l'intérieur n'est pas juxtaposé à l'extérieur, comme des domaines séparés. Ils se reflètent l'un dans l'autre et ce n'est que dans ce jeu réciproque de miroirs qu'ils dévoilent leur contenu intime », (Fortes 1974). Cette relation se traduit principalement dans le culte des ancêtres. En effet, les Moose reconnaissent l'existence d'une divinité suprême, *Wende*, maître du cosmos. Skinner le qualifie de « divinité négligente » parce qu'on ne rencontre pas de culte qui lui soit destiné. En revanche, le culte des ancêtres occupa une place considérable dans leurs croyances religieuses. Les Moose croyaient en une implication régulière des esprits ancestraux dans les affaires des vivants. Mais leurs interventions sont ambivalentes. Ils sont tantôt bienveillants, tantôt malveillants. L'exercice de leur justice avait pour but de renforcer les normes en vue de la pérennité de l'ordre social. Le statut d'ancêtre n'est pas indifféremment attribué à tous les morts. Il s'acquiert sur la base de critères gérontocratiques et éthiques. Il y a une relation intime entre le culte des ancêtres et la représentation de la personne et de la mort. Ainsi que le note Cassirer, « là où règne cette croyance, l'individu ne se sent pas seulement liés aux ancêtres de sa tribu par le processus continu des générations : il se sent identique à eux. Les âmes des ascendants ne sont pas mortes : elles existent pour s'incarner de nouveau dans les descendants, et pour se renouveler sans cesse dans les générations futures » (Cassirer 1972:208). Cette « participation mythique de la personne » se révèle principalement dans la représentation collective de quatre de ses composantes : le *sègré* (esprit titulaire ; de façon littérale : rencontrer), le *siiga* (principe vital), le *kiima* (âme), le *kinkirga* (génie), et le nom individuel. Le *sègré* symbolise l'hérédité. C'est un ancêtre : « l'ancêtre familial détermine qui est censé revenir, c'est-à-dire prendre en charge l'enfant nouvellement né, pour l'aider, le protéger, et le surveiller dans sa vie terrestre », (Ouédraogo cité dans Poulet 1970:113). Le *siiga* quant à lui constitue le principe vital corporel : « C'est l'âme végétative qui anime tout être, les hommes comme les animaux et les végétaux », (Badini 1970:802). Le *kiima* est une composante dynamique et il dispose d'une existence propre. Les Moose concevaient les ancêtres sous cette dénomination et leur adressaient des cultes. Son statut dépend de l'importance sociale de la lignée de l'individu. Cette composante rejoindrait les autres âmes du lignage à Pilimpikou (un village mythique mossi). Le *kinkirga* symbolise l'individualité. Les *kinkirsi* (génies) pluriel de *kinkirga* peupleraient tout l'univers, mais la tradition fait des discontinuités de la nature (marigot, montagne, terrains dénudés) leur lieu privilégié. Leur importance apparaissait essentiellement dans le cadre de la conception. C'est ce cadre mythique qui fournit les catégories d'interprétation des événements (malheureux ou heureux) qui se produisent pour l'enfant, et de l'expérience gésésique de la femme.



Q. – Avant, quand un enfant tombait malade, à quoi ses parents pensaient immédiatement ?

R. – C'est comme je l'ai déjà dit. Je vous avais dit que quand un enfant était né, quand il commencera à marcher, il pleure. Et quand il n'a pas encore de nom, on dit que c'est ceci ou cela. Si toi-même tu fais une nuit blanche et tu sors pour chercher les causes, si on te dit que l'enfant pleure parce que c'est ceci ou cela, ne vas-tu pas suivre ? Hein ! si vous revenez faire ce qu'on vous a montré et l'enfant cesse de pleurer, vous allez savoir que l'affaire est vraie ! Ce n'est pas faux (rire). C'est pourquoi on ne peut pas expliquer tous les secrets. On ne peut pas... Hein !! Il se peut que le problème vienne de toi-même ou de ton père, hein ! Mais vous-mêmes vous ne savez pas. Si vous partez demander à quelqu'un il vous montre.

Q. – Demander à qui ?

R. – Il y a des gens qui sont des savants et si vous partez leur demander, ils diront que c'est à cause de ceci ou de cela que l'enfant est ainsi. S'il souffre d'une autre maladie ils diront que ceci ou cela : vous voyez ? C'est pourquoi les choses d'avant ne sont pas les mêmes que celles d'aujourd'hui. [cité dans Sawadogo 2006:59-60]

Ce cadre d'interprétation de la maladie de l'enfant suggère des types d'expertise qui se confondent avec la structure patriarcale de la société. En interprétant les maladies de l'enfant comme des résultantes du dysfonctionnement de la parenté, le discours valorise des types de relations impliquant exclusivement des hommes. En tant qu'acte religieux ce sont les prêtres de la communauté qui sont investis de l'intercession légitime auprès des ancêtres en faveur de l'enfant ou de la mère. Dans la société moaga, trois catégories de prêtres sont investies de cette légitimité selon le niveau d'intervention. Il y a le *Yirsoba* et le *Buudkasma*. Ce sont des quasi-prêtres, en ce sens que leur fonction se limite au niveau minimal du lignage qu'est la famille. Le chef de famille (ou selon le cas, l'aîné de la grande famille) intercède auprès de leur père défunt pour expier une faute ou demander une aide en faveur de l'enfant dont il est le protégé. Ensuite au niveau maximal du lignage il y a le grand prêtre, qu'est le *tengsoba* (ou le chef selon le cas). Il intercède auprès des ancêtres pour des questions de santé d'intérêt général, en intercédant auprès des aînés du lignage. Il est aussi le dernier recours lorsque les intercessions auprès des aînés au niveau minimal de la famille s'avèrent infructueuses. Dans tous les cas, les femmes sont structurellement exclues de l'accès à ce rôle et à l'expertise correspondante. Les rites font suite aux recommandations d'un devin. En général c'est un homme. On pense qu'il a une double vue qui lui permet de communiquer avec les êtres du monde invisible afin de prescrire les sacrifices nécessaires pour expier les mauvais esprits ou résorber la faute morale envers les ancêtres. Néanmoins le *kinkirbaga* est généralement une vieille femme. Les *kinkirse* l'adoptent comme leur mère. En dehors de ces prêtres il y a d'autres acteurs qui interviennent dans la gestion de la maladie, parmi lesquels il peut y avoir des femmes. Ce sont, notamment, les herboristes. Cette catégorie de praticiens a généralement une interaction physique avec la personne malade. Si la

maladie est déjà identifiée, le praticien ou la praticienne donne des médicaments pour le traitement ; sinon, le malade est sommé de consulter un devin. Ce type de praticien ne pratique pas la divination (Bonnet 1988). Cette connaissance est acquise par la révélation par un ancêtre, par esprits de la terre, ou bien transmise par les parents voire achetée ; elle peut également avoir été construite à travers une expérience de la maladie (Bado 1995 ; Bado 2006). Il y a également les accoucheuses traditionnelles qui sont des vieilles femmes atteintes par la ménopause. Une accoucheuse n'est pas choisie par le village :

Elle devient accoucheuse par son propre choix, après avoir assisté pendant plusieurs années une autre accoucheuse qu'elle remplace lorsque celle-ci devient très vieille ou meurt ; « l'obligation » sociale principale est d'avoir donné naissance elle-même et d'avoir atteint la ménopause. (Bonnet 1988:41)

Les avortements spontanés sont traités par les vieilles femmes de la famille de la femme avortée. Après l'accouchement, les femmes âgées de sa famille prennent en charge la mère et son enfant. Toutefois, l'accoucheuse lui montre comment prendre soin de l'enfant immédiatement après la naissance, soins que la femme répète jusqu'à ce que les impuretés soient nettoyées. Avant d'être mère, la femme apprend son rôle de mère. Elle le fait dans le cadre de son éducation de fille ; si elle se marie et donne naissance, l'accoucheuse et les femmes âgées de la famille lui montrent comment prendre soin d'un bébé. Ses connaissances se développent plus ou moins en fonction de l'état de santé de sa progéniture (Badini 1970 ; Erny 1968 ; Erny 1999 ; Bonnet 1994 ; Fortes 1959 ; Lallemand 1971 ; Rabin 1979). Elle peut devenir accoucheuse, mais aussi herboriste selon sa propre histoire en tant que mère, mais aussi selon ses attaches familiales. Si les kinkirsi l'adoptent comme mère elle peut devenir devineresse, mais jamais elle ne peut être prêtre. Si elle est herboriste, son expertise est généralement limitée aux soins maternels et infantiles.

L'immigration des groupes musulmans va introduire une compétition institutionnelle à Ouagadougou. En effet, en principe l'islam est opposé à la religion traditionnelle mossi. L'islam est une religion monothéiste, qui défend l'unité et la transcendance d'un Dieu unique. L'islam conçoit que sur la terre il y a deux anges gardiens autour de chaque personne, mais aussi de mauvais anges. Contrairement aux anges gardiens, qui sont créés à partir de la lumière, les mauvais anges sont créés à partir de feu. Ils sont appelés génies. Les génies sont invisibles, astucieux et malveillants. Ils peuvent attaquer les êtres humains et les tourmenter. Contrairement à certains Kinkirsi dans la croyance religieuse mossi, la possession par les génies chez les musulmans (pluriel de djinns dans la langue maure) est toujours négative. Ce sont ces catégories religieuses et magiques qui offrent aux musulmans le cadre de leur interprétation des événements qui surviennent dans la vie de l'enfant ou de sa mère. Il existe des différenciations distinguant les fonctions religieuses et temporelles entre les experts en médecine islamique. Dans tous les cas, dans la société moaga,

l'islam consacre la défonctionnalisation totale de la femme mossi en matière de soins, n'autorisant que les compétences acquises en tant que mère.

Avec la colonisation les savoirs médicaux de tous ces groupes sont devenus illégitimes. « L'influence de la médecine occidentale, écrit Sakanlé, a suivi en Afrique, les chemins de la colonisation » (1969:29). Au sein de la colonne d'attaque qui a repris le pays Mossi, il y avait un médecin. En effet, en dehors des médecins en mission d'exploration, les premiers services médicaux modernes étaient fournis par les médecins des postes militaires des colonnes d'attaque. Il y avait aussi des centres de santé établis par les missionnaires. La première équipe missionnaire est arrivée au Burkina Faso le 22 janvier 1900, immédiatement après la conquête ; le premier centre de santé de Ouagadougou a été fondé en 1913, peu de temps après l'arrivée des premières sœurs en décembre 1912 (Monne 1999). Ce que pense Perrot en tant que botaniste, lors d'une mission au Burkina Faso, reflétait une attitude générale parmi le personnel colonial de santé, qui a cherché à établir un monopole sur les questions de santé dans la colonie. Il a ainsi indiqué que :

À Ouagadougou, comme ailleurs, on a pris soin de l'hygiène individuelle générale de l'indigène, et l'hôpital qui a été géré à l'époque par le Dr Lairac et un autre médecin adjoint était des plus intéressants et des plus actifs. Une infirmière avec des sages-femmes auxiliaires indigènes ou métisses fournissaient également des services indiqués : les mesures de prévention commençaient à disparaître chez les Noirs ; il est cependant quelque chose à souligner et des plus agréables pour l'avenir ; il est permis de prévoir si ce n'est la suppression des matrones et leurs pratiques cruelles et dangereuses, du moins leur réduction notable, alors que pénètrent, dans la masse, les principes fondamentaux de l'hygiène préventive et de la propreté dans la prise en charge des femmes donnant naissance. Tout ce qui peut permettre la conservation de la race et la réduction de la mortalité infantile doit être poursuivi avec méthode et si nécessaire avec la dernière énergie. (Perrot 1927-28:82)

Les règles d'octroi du permis d'exercer excluent automatiquement les praticiens autochtones. Le premier article du décret de 1936 sur la pratique de la profession d'herboriste, déclare que :

Nul ne peut exercer la profession d'herboriste, ouvrir une boutique en AOF (Afrique-Occidentale française) s'il n'a pas plus de 21 ans et ne possède un diplôme d'herboriste décerné par le gouvernement français, à la suite d'examens soutenus dans les facultés ou écoles de l'État.

En Afrique-Occidentale française, jusqu'en 1898, la préoccupation était davantage la conquête militaire, de sorte qu'avant 1905 les 42 centres médicaux de la colonie étaient gérés par des médecins militaires, diplômés d'écoles médicales de la marine telles que Toulon (1725), Rochefort (1732) et Brest (1757). En 1898, le gouverneur général de la colonie et son inspecteur des services de santé ont fait campagne pour une innovation dans la pratique médicale, qui permettrait

d'utiliser les nouvelles avancées en matière de découvertes pastoriennes au bénéfice du projet colonial. Ils ont recommandé l'hygiène comme moyen de promotion de la médecine préventive et sociale. Ce fut un événement majeur parce que c'était la première initiative d'une médecine de masse au niveau de l'Afrique-Occidentale française d'alors, un territoire créé par décret le 16 Juin 1895, englobant plus de dix millions d'habitants. Cette initiative a été suivie par l'institution de l'Assistance médicale indigène (AMI), le 8 Février 1905, un organisme de santé similaire à celui de l'Aide médicale gratuite (AMA) en France, qui avait été auparavant mis en place à Madagascar en 1896 (Bado 2006). Le règlement qui a institué l'AMI a ensuite été modifié, une première fois en Janvier 1907, et la seconde modification a pris effet à partir de 1912, définissant une politique de santé des soins et des conseils gratuits pour la population autochtone, les Européens et leurs familles dans les colonies. Mais en fait, ces derniers étaient davantage pris en charge que la population autochtone, dont les bénéficiaires se limitaient aux soldats et à leurs familles. Néanmoins, c'était une première étape. La mise en œuvre de ces mesures s'est avérée difficile parce que la médecine moderne connaissait peu les maladies tropicales à l'époque. En 1903, 142 médecins militaires au total sont disponibles pour toutes les colonies françaises, et ils ont été attribués aux troupes militaires plutôt qu'aux organismes de santé civils. La pénurie de personnel pour le programme et les centres de production de vaccins pour la vaccination mobile, a conduit à de nouvelles mesures pour le recrutement de médecins civils afin de remplacer les médecins militaires pour qu'ils puissent rejoindre les troupes. La campagne de recrutement dans les facultés de médecine françaises a donné lieu à cinq demandes seulement, un nombre qui ne répondait pas aux besoins du gouvernement de l'AOF. Les médecins militaires ont donc été maintenus pour l'Assistance médicale indigène, et le décret de 1907 modifia celui de 1905 afin de permettre le recrutement d'aides-médecins pour compléter le groupe professionnel des infirmiers autochtones, essentiellement composé de militaires, créé en 1889. Un groupe professionnel d'aides-médecins a donc été créé en 1906. Les médecins coloniaux se plaignirent de la mauvaise performance de cette catégorie de professionnel de la santé, comme ils l'avaient fait pour les infirmières autochtones. Les plaintes étaient en partie justifiées, mais cela était en réalité lié à des questions de rivalité professionnelle. La résistance des administrateurs de la santé coloniale aux plaintes des médecins, en raison de leurs préjugés raciaux, a pris fin avec le début de la première guerre mondiale. Les médecins militaires ont été réaffectés aux troupes, et, plus important, les dirigeants politiques dans les colonies demandèrent plus d'égalité dans les droits civils, se fondant sur la participation de leur peuples aux cotés de la France.

La première école de médecine a donc été créée à Dakar en 1918 pour les colonies de l'Afrique occidentale française. Dix-neuf médecins du Burkina Faso ont été diplômés à l'école entre 1927 et 1953. D'autres écoles de formation en santé ont plus tard été établies au Burkina Faso : les écoles d'infirmières (1931),

le Service de la prophylaxie et de la trypanosomiase (1932), l'école-Jamot de la maladie du sommeil (1937), le Service général mobile d'hygiène et de prophylaxie (1939), l'école de l'Assistance médicale indigène (1948), l'école de l'Assistance médicale africaine (1958). Le recensement de 1971-1972 a trouvé 5 hôpitaux, 13 dispensaires de ville, 178 dispensaires ruraux, et quelques centres médicaux ; le ratio de médecin par habitant était de 1/50 000, puis 1/200 000 cinq ans plus tard. Chacune des catégories de soignants dans les formations anciennes a son représentant moderne dans le système de santé colonial.

### **Émergence d'une niche professionnelle informelle pour les femmes**

« Pour survivre, une institution doit trouver une place dans le style de vie des gens, ainsi que dans leurs sentiments » (Hughes 1984:11). D'un point de vue écologique, on s'aperçoit que la compétition conduit à un déclin graduel de certains besoins ayant pour corollaire celui des acteurs dont l'activité dépendait de ces besoins, alors que les besoins qui requièrent les services des tradi-praticiennes de santé augmentent. En effet, les services des prêtres sont devenus au fil du temps moins pertinents. Ces services dépendent de besoins dont la base est religieuse, elle-même fondée sur les règles de la parenté. Le contrôle de la circulation des femmes par le lignage est ainsi une condition nécessaire à la maintenance du système. Avec l'urbanisation et l'apparition des nouvelles religions le système traditionnel a perdu le contrôle religieux du mariage. Or sans ce contrôle religieux, le système médical traditionnel devient inopérant.

Un autre processus consiste en ce que, bien qu'administrativement et légalement, le système de santé moderne se soit octroyé le monopole de la santé, il présente des déficiences. A Ouagadougou, l'offre publique de santé est, au moins géographiquement, conforme aux normes internationales. Tout comme l'assistance médicale publique, la pratique privée existait dans les colonies et s'est poursuivie jusqu'à la fin des années 1960, sans nouvelles réglementations officielles. Selon Ouédraogo (2010), il s'agissait d'une pratique officieuse des médecins militaires français expatriés et établis entre 1966 et 1968. Les consultations étaient effectuées à l'hôpital dans leur bureau, en dehors du temps de travail officiel, et les frais laissés à l'initiative des médecins-expatriés. La pratique a ensuite été autorisée dans un règlement par le ministre des Finances de l'époque. Selon Douamba (2010:6) :

Il faut reconnaître que, à l'indépendance, le projet colonial a été poursuivi parce que non seulement les agents nationaux de haut niveau étaient rares, mais ils étaient aussi jeunes diplômés et ne pouvait pas avoir accès à des postes de responsabilité. Tous les administrateurs, tous les chefs de services hospitaliers étaient, à quelques exceptions près, les agents de la coopération française, des militaires et du personnel civil. La politique de santé a donc été entièrement conçue et développée par les accords de coopération, et les officiers supérieurs revenant de formation ont été ulcérés d'être marginalisés.

La médecine traditionnelle était encore illégale. Mais les troubles civils qui ont éclaté en 1966 au Burkina Faso, ont entraîné des modifications importantes par le nouveau régime militaire. À partir de 1966, les autorités politiques « ont commencé à grignoter les prérogatives des acteurs de la coopération étrangère et de se connectés à des organisations internationales telles que l'OMS » (Douamba 2010:6). Il semble que la baisse du taux de médecins par habitant de 1/50 000 en 1971-1972 à 1/200000 cinq ans plus tard, reflète ces changements, ainsi que le vide créé par la retraite de la génération de la médecine coloniale. Cependant, elle a également soulevé de nouveaux défis. Les élites ont hérité de ce système de santé et maintenu une gratuité des soins pour tous jusqu'à la fin des années 1980. Dans l'intervalle, la stratégie de santé primaire de l'OMS de 1973, remaniée plus tard grâce à l'Initiative de Bamako en 1987, a permis d'améliorer l'accès des populations rurales aux soins. La stratégie des soins de santé primaire a entraîné non seulement la réhabilitation relative des guérisseurs traditionnels et en particulier des matrones, mais aussi l'émergence des différentes catégories de personnel de santé au sein du système de santé. L'école privée d'infirmières, qui a hérité de l'école coloniale paramédicale de formation (AMI ; AMA), est devenue la seule formation du personnel de santé en 1963 ; elle a été transformée en une école nationale des infirmières et des sages-femmes, et a formé la plupart des professionnels de la santé pour la mise en œuvre de la politique de soins de santé primaire. L'école de médecine nationale a été ouverte en 1981 ; il y a actuellement quatre écoles de médecine dans le pays, avec seulement deux hôpitaux universitaires. Toutefois, les mesures de déréglementation, qui ont suivi les crises économiques de 1972-1974, quoique bloqués par le régime révolutionnaire (1983-1987) au Burkina Faso, se sont généralisées dans les années 1990. Le Burkina Faso a fait son entrée dans le marché en 1991, consacrant ainsi l'ouverture d'un nouvel espace dans le système national de soins de santé. La pratique médicale a été libéralisée et les différents domaines de pratique professionnelle ont été plus tard définis dans le Code de la santé publique par le n° 23/94/ADP de la loi du 19 mai 1994. La loi n° 034/98/AN de l'hôpital/en mai 1998 organise le système de santé en définissant les différentes catégories de services de santé. Le décret du 19 juillet n° 398/PRES/PM/MS 2005 complété respectivement par le décret interministériel et ministériel des règlements n° 2006/MS/MCPEA/MFB du 16 juin 2006 n° 200-060/MS/CAB, a défini les conditions d'octroi de licences professionnelles, et l'ouverture et le fonctionnement des centres de soins de santé privés. Le nombre de centres de santé privés est passé de 58 en 1990 à 250 en 2000, puis 380 en 2009 (Ouedraogo 2010). Toutefois, le coût élevé des médicaments, conjugué à une administration peu accueillante et des services non adaptés ne favorisent pas la demande.

Un autre facteur favorable à la création de niche professionnelle est la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle. À propos de cette dernière en effet, « Après une léthargie vers 1960-1970, la fin des années 1970 a vu la mise en vigueur de l'ordre n° 70-68 bis/PRES/MSP/AS de décembre 1970 relatif

au Code de la santé publique et les règles de son application ; cette loi tolère la médecine traditionnelle. » (Bognounou & Guinko 2005:33)

En 1994 la n° 23/94/ADP la loi sur le code de la santé publique :

Reconnaît la médecine traditionnelle et la pharmacopée traditionnelle comme l'une des composantes du système national de santé [...] En dehors de leurs activités traditionnelles d'évangélisation, l'une des caractéristiques communes aux églises chrétiennes de différentes confessions établies au Burkina Faso, est qu'elles apparaissent de plus en plus comme des lieux de soins de la maladie. (ibid.:34)

D'autre part il y a le fait que le contexte culturel et économique est favorable aux activités des praticiennes de la médecine traditionnelle. L'exode rural contribue à donner à la ville une composition relativement rurale. De plus, une part importante des ménages urbains est pauvre. De même, il existe maintenant une génération de femmes nées ou grandies en ville et en ayant reçu l'éducation, qui s'éloignent de l'éducation féminine telle qu'elle se déroule en milieu rural, mais que leur situation économique écarte des soins modernes. Toutes ces catégories de citoyens constituent un marché. Les statistiques sont partielles. À ce jour, même au niveau national, il n'existe pas encore de recensement exhaustif. En 2004, le ministère de la Santé a estimé qu'il y avait plus de 30 000 « guérisseurs traditionnels » dans le pays, dont environ 3 000 à Ouagadougou, 1 500 à Bobo Dioulasso, la deuxième ville du pays, et 600 dans chacune des autres provinces. Cela donnait un ratio de 1 « guérisseur traditionnel » pour 500 habitants. Cela signifie que les 263 tradipraticiens interrogés dans le cadre de cette recherche représentent seulement une petite partie. Le recensement de la Direction régionale de la santé du Kadiogo (Ouagadougou) a enregistré 640 « guérisseurs traditionnels » en janvier 2010. Ce chiffre était de 278 en 2006. Nos propres enquêtes quoique partielles ont permis d'enregistrer 263 tradipraticiens, soit 111 hommes et 152 femmes. Seuls 94 des 263 enquêtés déclarent savoir lire et écrire (10 alphabétisés dans une langue nationale, 40 en arabe, 44 en français). Néanmoins les analyses illustrent la prédominance des femmes et de l'usage très important des plantes.

**Tableau 3.1 :** Répartition des tradipraticiens selon les techniques de soins déclarées

Techniques de soins	Nombre de Praticiens utilisant la technique
Observation physique	67
Observation physique + vente des plantes	57
Observation physique + divination par les esprits	12
Observation physique + divination par les esprits +vente des plantes	1
Observation physique + divination par les cauris	24



Observation physique + divination par les cauris + vente des plantes	4
Observation physique + marabout	8
divination par les cauris	1
vente des plantes	39
Observation physique + divination par le sable	6
Observation physique + divination par oracles	1
Observation physique + divination par sable, papier, cauris	1
Observation physique + divination par bâton et paume	1
Observation physique + rebouteux	1
Apprentis	1
Sans réponse	39
Total	263

Source : Sawadogo, N., Enquête PhD 2010-2011

On observe en outre que plus de la moitié des enquêtés sont des femmes. Comme, socialement, elles ont été exclues de certains rôles, leurs connaissances concernent beaucoup surtout les plantes médicinales, ainsi que le montre le tableau 2, et les bonnes pratiques de maternage.

### **Changements Climatiques et crise de la biodiversité au Burkina Faso**

Ce qui est important pour notre propos, ce sont les implications des changements climatiques sur ces activités des femmes qui sont dépendantes de la nature. Le Burkina Faso, comme d'autres pays d'Afrique Sub-Saharienne, connaît des changements climatiques importants. Quel que soit le modèle utilisé, la variabilité et le changement climatique sont réels au Burkina Faso, avec de forts impacts sur les secteurs clés de l'économie tels que l'agriculture, les ressources en eau, l'élevage et le foresterie (CUICN 2011). Selon Bathiébo (2014), on observe une légère diminution de la pluviométrie moyenne (une baisse de l'ordre de 150 mm pourrait être observée en 2025), une légère augmentation des températures moyennes dans plusieurs centres urbains de près de 1°C avec une tendance à la hausse relative estimée à 2,5°C pour l'ensemble du pays en 2025 ; il en résulte une élévation relative de l'évaporation, atteignant la valeur de 2 000 mm en 2007, contre 1 966 mm dix ans auparavant. Malgré la relative préservation des biodiversités dans les zones rurales (Ouédraogo et al. 2013 ; Sourabié et al. 2013) force est

de constater que leur dégradation est réelle (CUICN 2011 ; Bancé et al. 2011). En plus des effets des changements climatiques, les pertes des habitats de la biodiversité du fait des activités agricoles ou pastorales menacent sa préservation (Thiombiano et al. 2011). Ainsi, la biodiversité forestière du pays connaît une dégradation accélérée depuis 1992. On enregistre 43 pour cent de zones dégradées en 2000 au Burkina Faso, et 60 pour cent des aires classées sont touchées à divers degrés par l'activité agricole, qui détruit chaque année 110 hectares de formations végétales. Quant à la faune aussi bien aquatique que fourragère elle est également menacée par la dégradation de ses habitats (Bélemsogbo 2011 ; Ouédraogo et al. 2011). Nombre de ses espèces animales, végétale et minérales sont utilisées dans la pharmacopée traditionnelle, qui occupe nombreuses femmes dans les villes du Burkina Faso particulièrement celle de Ouagadougou (Bougounou 2011).

### **Crise de la biodiversité et menaces des opportunités informelles des femmes**

Il est maintenant possible de faire le parallèle, et d'apprécier les implications de la désertification sur les opportunités des femmes qui tirent leurs revenus de l'approvisionnement de services médicaux employant des ressources végétales et ou animales.

Les conséquences des changements climatiques sur les opportunités économiques des praticiennes de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle à Ouagadougou peuvent être considérées du point de vue écologique. La raréfaction des espèces naturelles médicinales influence directement la composition des métiers de la médecine traditionnelle à Ouagadougou. Nombre de femmes (âgées ou jeunes) avaient trouvé dans l'approvisionnement des soins infantiles et maternels traditionnels un moyen de s'intégrer à la vie urbaine, dans un contexte de chômage et de crise de la famille. Comme ces activités étaient une recomposition directe de leur rôle maternel, non seulement les hommes étaient structurellement exclus du marché – ce qui était bien pour les femmes –, mais ce marché, n'étant pas assez lucratif, décourageait les hommes.

La « dominance » des praticiennes est liée aux ressources discriminatoires dont elles disposent pour répondre à un besoin qu'un exode rural ne cesse d'alimenter, parallèlement à la déficience du système de santé moderne.

De nos jours, les conditions ont significativement changé. La raréfaction des ressources naturelles conduit à un investissement important pour se procurer de la matière première et cela joue sur le coût des soins proposés. Dans ses conditions, seules quelques femmes bien établies peuvent continuer dans le métier en se faisant des intermédiaires dans les villages qui les ravitaillent en matière première.

Cependant, l'activité est devenue une aubaine pour les hommes (tradi-praticiens), car ils peuvent se déplacer très facilement, étant donné qu'ils sont culturellement favorisés et ont des moyens de transport personnels plus sécurisés. En outre, le fait que l'activité soit devenue lucrative encourage les tradi-praticiens à s'y investir.

Il émerge donc une sorte de compétition où les hommes ont maintenant tendance à envahir le marché, remplaçant les femmes qui ne peuvent plus exercer cette activité en raison des conditions d'accès à la matière première. Ces femmes, qui avaient la charge économique de leur famille, sont ainsi privées des revenus tirés de cette activité.

Il est intéressant d'explorer les transformations des rapports de genre et la situation de la femme dans ce contexte. En d'autres termes, même là où originellement elles avaient le monopole, les femmes peuvent du jour au lendemain le perdre ou ne pas le contrôler et ce en faveur des hommes. D'autre part, l'idée est que ce marché des produits de pharmacopée vendus par les femmes, a pour demandeurs d'autres femmes, puisque généralement ces activités concernent la santé de la reproduction féminine et la santé infantile. La structure sociale des consommatrices n'est pas homogène, mais la tendance est le nombre élevé des patientes provenant des couches relativement non favorisées de la ville. L'existence de cette catégorie de consommatrices forme la base sociale de cette activité ; sans cette demande une telle activité ne saurait exister.

Lorsque les produits étaient abordables, c'était une alternative aux services modernes auxquels ces patientes n'avaient pas accès. De plus les tradi-praticiennes offrent souvent des services qui n'existent même pas dans le système formel, étant donné les conditions historiques d'émergence et de développement de ce dernier. Ce marché permettait particulièrement d'améliorer relativement l'alimentation et la santé des enfants. Si les produits deviennent inaccessibles financièrement, cela risque de constituer un obstacle à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en particulier.

Il apparaît donc que le changement climatique en rendant les services de la médecine et de la pharmacopée moins accessibles, rend non seulement les praticiennes encore plus pauvres, mais rend aussi la catégorie sociale des patientes, que sont les autres femmes et leurs enfants, encore plus vulnérable.

## **Conclusion**

Le propos avancé par cet article était que les modèles d'urbanisation des villes africaines offrent des opportunités de compréhension de processus urbains plus larges, en ce sens qu'ils permettent d'analyser des processus structurels tels que la relative reproduction sociale de la position vulnérable des femmes.

Il ressort des analyses que les changements climatiques contribuent à précariser les conditions de vie de couches sociales urbaines déjà vulnérables.

Les tradipraticiennes de santé vivaient et entretenaient leurs familles avec les revenus tirés de cette activité. Au même moment, la rentabilité des soins jusqu'alors majoritairement prodigués par des femmes conduit un nombre croissant de praticiens à investir le secteur au détriment des femmes.

## Références

- Abbott, A., 1988, *The System of Professions : an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Audouin, J. & R. Daniël, 1978, *L'islam en Haute-Volta à l'époque coloniale*, Paris, L'Harmattan.
- Badini, A., 1970, « *Les éléments de la personne humaine chez les Mòsé* », Bulletin de l'IFAN, vol. 41, n° 4, p. 786-818.
- Bado, J-P, 2006, *Les débuts de la médecine moderne en Afrique de l'Ouest francophone, Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris, Karthala.
- Bado, J-P, 1997, « La santé et la politique en AOF à l'heure des indépendances », in Becker, C., S. Mbaye & I. Thioub (eds), *AOF, Réalités et Héritages*, Dakar, Direction des Archives Nationales du Sénégal, p. 1 242-1 259.
- Bancé, S.B., 2011, « Mise en œuvre de la politique nationale de conservation de la diversité biologique et principales conclusions de la 10<sup>e</sup> conférence des parties », in *CUICN, Forum national sur la diversité biologique au Burkina Faso. Synthèse des résultats*, du 13 au 15 avril 2011, p. 7.
- Becker, C., S. Mbaye & I. Thioub, 1997, *AOF: réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal.
- Belemsobgo, U., 2011, « Dynamique et contribution de la faune terrestre et de sa biodiversité à l'amélioration des conditions de vie des populations locales », in *CUICN, Forum national sur la diversité biologique au Burkina Faso. Synthèse des résultats*, du 13 au 15 avril 2011, p. 10.
- Blumer, H., *Symbolic interactionism : perspective and method*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- Bognounou, O. & S. Guinko, 2005, *Ethnobotanique-médecine traditionnelle*, Ouagadougou
- Bognounou, O., « Evolution de la diversité floristique », in *CUICN, Forum national sur la diversité biologique au Burkina Faso. Synthèse des résultats*, du 13 au 15 avril 2011, p. 15.
- Bonnet, D., 1994, « L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant », *L'Homme*, vol. 34, n° 131, p. 93-110.
- Bonnet, D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi*, Paris, Orstom.
- Brasseur, G., 1997, « Un regard géographique sur l'AOF de 1895 » in Becker, C., S. Mbaye & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, p. 36-49.
- Cassirer, E., 1972, *La Philosophie des formes symboliques*, t. II, *La Pensée mythique*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Crowder, M., 1968, *West Africa under colonial rule*, Hutchinson, London.

- Dim Delobsom, A. A., 1932, *L'empire du Mogho-Naba*, Paris, Domat-Montchrestien.
- Englebert, P., 1996, *Burkina Faso. Unsteady statehood in West Africa*, Colorado, Westview Press.
- Erny, P., 1968, *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Paris, Le Livre Africain.
- Erny, P., 1999, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire*, Paris, L'Harmattan.
- Fortes, M., 1975, *Cedipe et Job dans les religions africaines*, Paris: Mame-Repères.
- Fortes, M., 1959, *Cedipus and Job in West African religion*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Halpougoudou, M., 1992, *Approche du peuplement pre-dagomba du Burkina Faso : Les Yônyônse et les Nînsi du Wubr-Tênga*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag.
- Hughes, E. C., 1993, *The sociological eye : selected papers*, New Brunswick, Transaction Books.
- INSD, 2009, *Recensement General de Population et de l'Habitat 2006. Ouagadougou*, Ouagadougou, INSD.
- Ki-Zerbo, J., 1978, *Histoire de l'Afrique Noire*, Paris, Hatier.
- Kouanda, A., 1996, « La progression de l'islam au Burkina Faso pendant la période coloniale, » in Massa, G. & Y. G. Madiéga, *La Haute-Volta coloniale*, Paris, Karthala, p. 233-248
- Lallemand, S., 1971 « La relation mère-enfant en milieu mossi traditionnel », Rapport de mission, Documents voltaïques, notes, vol. 8-5, n° 1.
- Latour, B., 1987, *Science in action : How to follow Scientists and Engineers through Society*, Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Massa, G. & Y. G. Madiéga, 1996, *La Haute-Volta coloniale*, Paris : Karthala
- Monné, R., 1994, *Contribution à l'Étude Juridique du Droit à la Sante en Afrique : Réflexion à partir de l'exemple du Burkina*, thèse en droit public, Université de Bordeaux I.
- Elias, N., 1969, *What is sociology ?* London, Hutchinson.
- Ouédraogo, A., A. M. Lykke, B. Lankoandé & G. Korbéogo, 2013, « Potentials for promoting oil products identified from traditional knowledge of native trees in Burkina Faso », *Ethnobotany Research & Applications*, vol. 11, p. 71-83.
- Ouédraogo, R. L., N. D. Coulibali & F.-Ch Ouedraogo, 2011, « Dynamique actuelle et contribution de la biodiversité aquatique à la satisfaction des besoins des populations au Burkina Faso », in CUICN, *Forum national sur la diversité biologique au Burkina Faso. Synthèse des résultats*, du 13 au 15 avril 2011, p. 11.
- Parsons, T., 1991, *The social system*, London, Routledge.
- Poulet, E., 1970, *Contribution à l'étude des composantes de la personne humaine chez les mossi*, doctorat de 3<sup>e</sup> cycle de philosophie, Université de Poitiers.
- Rabin, J., 1979, *L'enfant du lignage. Du sevrage a la classe d'âge*, Paris, Payot.
- Robert Park, R. E., 1936, « Human ecology », in Lin, J. & C. Mele, *The urban sociology reader*, Abingdon, Routledge, p. 83-90.
- Sakanlé, M., 1960, *Souveraineté nationale et problèmes sanitaires internationaux*, Dakar 24 février.
- Sawadogo, N., 2006, *Problématisation de la maladie de l'enfant et concurrences dans l'espace thérapeutique à Lougsi*, mémoire de DEA, UCAD, Dakar.

- Sawadogo, N., 2013, *Professions and the public interest*, PhD Thesis, University of Nottingham.
- Sedogo, V. 2006, « Bref aperçu des activités sociales, économiques et culturelles », in Hien, C.P. & M. Compaore (dir.), *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours* ; 2<sup>e</sup> édition, Ouagadougou, DIST, p. 99-126.
- Simpore, L., 2009, « Le geste de Wubri, le yagenga-faagda ou neveu libérateur », in Hien, C. & M. Gomgnimbou, (dir.), *Histoire des royaumes et chefferies au Burkina Faso pré-colonial*, Ouagadougou : DIST, p. 159-203.
- Simpore, L. & D. Nacanabo, 2006, « La mise en place du peuplement et des institutions politiques » in Hien, C. P. & M. Compaoré (dir.), *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours*, 2<sup>e</sup> édition, Ouagadougou, DIST, p. 27-67.
- Skinner, E. P., 1989, *The Mossi of Burkina Faso : Chiefs, Politicians, and Soldier*, Prospect Heights, Waveland Press.
- Sourabié, T.S., N. Some, O. Bognonou, Y. Ouattara & J.-B. Ouedraogo, 2013, « Ethnobotanical and Ethnopharmacognostical Survey on Medicinal Plants of Malon Village And Surrounding In The Cascades Region (Burkina Faso) », *Iosr Journal Of Pharmacy*, V. 3, n° 2, p. 11-15.
- Suret-Canal, J., 1977, *Afrique Noire. L'ère coloniale 1900-1945*, Paris, Éditions Sociales.
- Thiombiano, A., A. Doulkoum, R. Diebre & C. Honadia, 2011, « Importance, état et dynamique de la biodiversité forestière dans un contexte de variabilité et de changement climatique au Burkina Faso », in CUICN, *Forum national sur la diversité biologique au Burkina Faso. Synthèse des résultats*, du 13 au 15 avril 2011, p. 9.

