

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	5
Liste des tableaux, schéma, figures et encadrés.....	6
RESUME.....	7
ABSTRACT	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE	12
CHAPITRE II : DESCRIPTION DE L'AIRES DE LA RECHERCHE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	32
DEUXIEME PARTIE :	45
ANALYSE DES CHANGEMENTS ET INTERACTIONS RELATIONNELS AUTOUR DU TRAITEMENT MEDICAL DU PATIENT UB	45
CHAPITRE III : RAPPORT GENRE DANS LA COMMUNE DE ZE ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'UB.....	46
CHAPITRE IV : RAPPORT GENRE DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT UB A ZE	57
CONCLUSION	85
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	87
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES.....	91
ANNEXES	93
TABLE DES MATIERES	97

DEDICACE

A

- Mon feu père Cosme **AGBO** et ma mère Henriette **da-COSTA**
- Ma fille Délaly **AMEGANVI**

REMERCIEMENTS

J'adresse ici mes sincères remerciements à tous ceux qui m'ont apporté leur assistance pour la réalisation de ce travail. Particulièrement je remercie:

- Le professeur **Dodji AMOUZOUVI**, Maître de conférences des Universités de CAMES, qui a accepté diriger cette recherche avec un esprit de sacrifice ;
- Les professeurs et enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (EDP-FLASH);
- Tous nos enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire « Espace, Cultures et Développement » et du Département de Sociologie-Anthropologie ;
- Toute l'équipe du Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religion, Espace et Développement (LARRED) pour leur soutien et orientation ;
- Docteurs **Christian JOHNSON** et **Ghislain SOPOH** pour tout l'appui et l'orientation donnés ;
- Toutes les personnes ressources et personnel du CDTUB d'Allada et de la coordination du PNLLUB qui nous ont fourni les informations nécessaires et pour leur collaboration ;
- Toute l'équipe nationale et internationale du projet « Stop Buruli » de la fondation Optimus/UBS, pour les moyens mis à disposition pour réaliser ce travail ;
- Tous les patients et leurs familles pour les échanges et pour avoir offert l'occasion de conduire ce travail sur leur vécu thérapeutique ;
- **Senyon AMEGANVI** pour tous les sacrifices consentis, la compréhension et le soutien ;
- **Jocelyne, Anicet, Mirus, Cyprien, Elvis, mes neveux et nièces** pour la bonne ambiance offerte tout le temps ;
- Les collègues auditeurs de DEA Sociologie du développement pour leur franche assistance;
- Tous les amis (es), quels qu'ils soient pour leur soutien renouvelé.

SIGLES ET ACRONYMES

- CDTUB** : Centre de Dépistage et de traitement de l'Ulcère de Buruli
- CNHU** : Centre National Hospitalier et Universitaire
- CSA** : Centre de Santé d'Arrondissement
- CSC** : Centre de Santé Communal
- DEA** : Diplôme d'Etudes Approfondies
- EDP** : Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
- FLASH** : Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines
- IRSP** : Institut Régional de Santé Publique
- LARRED** : Laboratoire d'Analyse et de Recherche : Religions Espaces et Développement
- MU** : Mycobacterium Ulcerans
- OMD** : Objectif du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PEC** : Prise En Charge
- PNLUB** : Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
- RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- UAC** : Université d'Abomey-Calavi
- UB** : Ulcère de Buruli

LISTE DES TABLEAUX, SCHEMA, FIGURES ET ENCADRES

Liste des Tableaux

Titres	Pages
Tableau I: <i>Point de la recherche documentaire</i>	39
Tableau II: <i>Groupes cibles et catégories sociales enquêtés</i>	39
Tableau III: <i>Répartition des enquêtés</i>	41
Tableau IV: <i>Chronologie des activités de recherche</i>	42

Liste de Schéma et des Figures

Titres	Pages
Schéma 1 : <i>Cadre conceptuel de la recherche</i>	24
Figure 1 : <i>Découpage administratif, cours d'eau et aire endémique de l'UB au Bénin.</i>	34
Figure 2 : <i>Carte de la prévalence de l'UB dans les arrondissements de Zè de 2003 à 2012.</i>	36

Liste des Encadrés

Titres	Pages
Encadré n° 1	60
Encadré n° 2	68
Encadré n° 3	75
Encadré n° 4	78
Encadré n° 5	83

RESUME

L'Ulcère de Buruli (UB) est une maladie handicapante, dont l'incertitude face à la durée d'hospitalisation des patients en dépit de sa gratuité, génère des implications dans les relations hommes et femmes au sein des ménages affectés. La présente recherche s'est penchée sur l'approche genre au sein des ménages, en analysant les changements et interactions qui interviennent dans les relations hommes et femmes pendant l'adhésion au traitement médical du patient UB, dans *Ze*. La technique d'échantillonnage utilisée est celle du « choix raisonné ». Les entretiens semi-structurés ont permis de collecter les données auprès de différents acteurs intervenant dans le cadre des différents épisodes de la maladie que sont : les acteurs qui gèrent la PEC de l'UB, les acteurs vivant l'épisode de la maladie dans les ménages des patients UB. Les données collectées ont été analysées par la méthode qualitative, puis soumises à l'analyse de contenu thématique en s'inspirant de l'approche théorique de l'interactionnisme symbolique.

Les principaux résultats obtenus font état de ce que : la quête pour le retour à la santé du patient UB augmente la charge du travail des différents membres au sein du ménage et de la famille ; la décision du recours à l'hospitalisation du patient UB est de la prérogative de l'homme ou des membres de sa famille. La femme (épouse, fille, tante, grand-mère) est confinée à l'exécution de la décision et subit la plupart des implications ; les filles sont soustraites de leur formation. Les mères quant à elles sont sujettes aux séparations et à ses corollaires. Ce qui concourt à la modification de la structure organisationnelle et le fonctionnement des différents ménages suivant le sexe et l'âge des membres.

Mots-clés : Genre, Ulcère de Buruli, ménage, production de santé, *Ze*.

ABSTRACT

The Buruli ulcer (BU) is a disabling disease, including uncertainty about the duration of hospitalization of patients despite its free, generates implications for gender relations within the affected households. This research examined the gender approach within households, analyzing the changes and interactions involved in gender relations during patient adherence to medical treatment UB in *Ze*. The sampling technique used is the « reasoned choice ». Semi-structured interviews were used to collect data from different actors within the different episodes of the disease in which the actors who manage the PEC of the UB, the actors live episode of illness in the household UB patients. The collected data was analyzed by qualitative method, and then subjected to thematic content analysis on the basis of the theoretical approach of symbolic interactionism.

The main results show that: the return to health of the patient UB increases the workload of the various members in the household and family; the decision of the use of hospitalization the patient UB is man's prerogative or members of his family. The woman (wife, daughter, aunt, grandmother) is confined to the execution of the decision and suffers most implications; the girls are subtracted from their training. Mothers for their separation and are subject to these corollaries. This contributes to the modification of the organizational structure and functioning of different households according to sex and age of the members.

Keywords: Gender, Buruli ulcer, household, health Production, *Ze*.

INTRODUCTION

La santé est au cœur de la lutte contre la pauvreté, en particulier la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS, 2015). Pour contribuer à l'épanouissement et au développement des communautés, différents acteurs sociaux entrent en relation pour produire la santé lors de la survenue d'une maladie.

Au niveau des ménages, généralement en Afrique et particulièrement au Bénin, la gestion de la santé reste une production collective où chaque individu y consacre du temps et de l'énergie. Une action qui vise à entourer le malade de soins, de soutiens économique, moral, social et affectif, afin de faciliter sa guérison. Cette façon dont la santé est produite au niveau des ménages, affecte non seulement l'individu mais également toute la structure familiale et présente des difficultés pour les différents acteurs sociaux qui la composent.

Dès lors, qu'il s'agisse d'actions de prévention ou de guérison d'une maladie, grave ou non, passagère ou chronique, affectant des enfants, des jeunes, des adultes ou des personnes âgées, que les soins aient lieu en établissement de santé ou à domicile, le ménage reste un acteur clé dans le rétablissement et le maintien de la santé (Arch-Ange, 2013). Dans ce processus d'acquisition de l'état de bien-être, physique, mental et social, l'individu, ou le groupe doit pouvoir définir et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter (Tremblay, 2005). La recherche de soin au niveau des ménages vise à atteindre ces différents objectifs en vue de promouvoir la santé de tous les membres. Face à cet état de fait, le choix thérapeutique est fonction de la capacité de la médecine à satisfaire et à permettre au ménage d'évoluer dans son milieu lorsqu'il s'agit d'une maladie qui nécessite un temps relativement long de traitement.

Cependant, les différents choix des ménages ne sont pas dépourvus de conséquences, pour l'ensemble des membres du ménage engagés dans le suivi des soins jusqu'à la guérison d'une part. D'autre part, l'expérience de la maladie

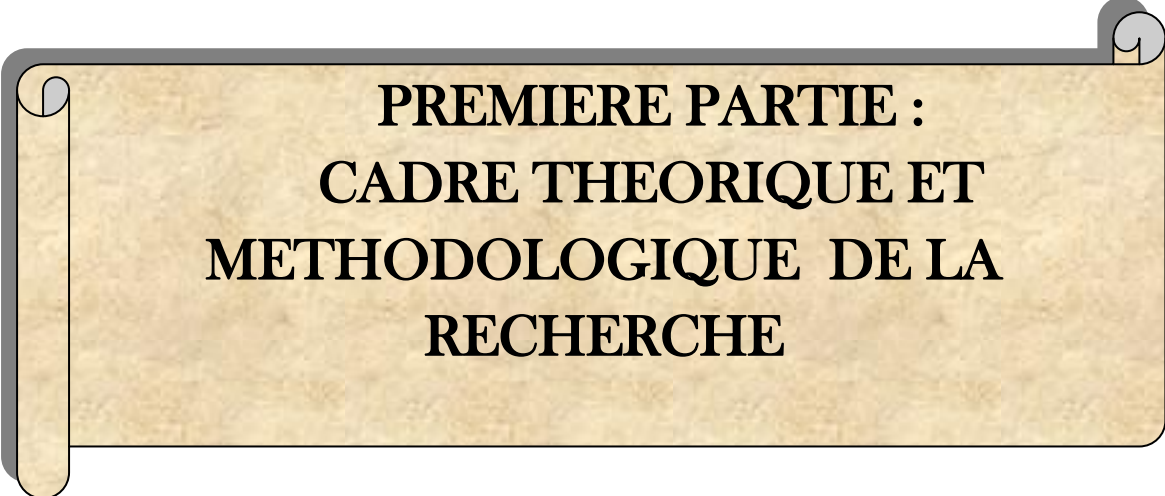
n'est pas vécue de la même manière par les différents membres. Une réalité à laquelle n'échappent pas les ménages des patients de l'Ulcère de Buruli lors de la prise en charge médicale.

L'Ulcère de Buruli, une affection au *Mycobacterium ulcerans*, est une maladie chronique, handicapante dont le traitement nécessite un temps relativement long, surtout lorsque les patients commencent tardivement le traitement. L'adhésion aux soins entraîne la plupart du temps, une longue durée de prise en charge et une charge socio-économique importante pour le ménage, malgré la gratuité des soins (Grietens et al., 2008). Du fait du handicap physique qu'elle entraîne, elle oblige à maintenir auprès du malade, pendant toute la durée de l'hospitalisation, un garde-malade (Projet CDTUB Allada, 2005). Ceci génère beaucoup de charges pour les membres du ménage à cause de l'incapacité de fonctionnement de certains membres. Cet investissement des acteurs au niveau des ménages, appelle les compétences liées aux rôles socialement construits que la société attribue à chaque sexe. Devant cette réalité sociale productrice de santé, le rôle des femmes est primordiale, parce qu'elles sont généralement responsables de la santé dans les ménages caractérisés par des intérêts contradictoires suivant le sexe et l'âge (Glinskaya et al., 2000).

Le présent travail de recherche permet d'élucider d'une part comment la survenue d'une maladie peut influencer au sein du ménage les relations entre homme et femme, dans ce processus dynamique et comportemental qui vise à rétablir, maintenir et promouvoir la santé de la structure familiale suivant la définition de l'OMS. D'autre part, il vise à comprendre comment les difficultés générées par le traitement médical de l'UB sont vécues par les différentes composantes du genre. Cette recherche au niveau microsociologique est importante pour la compréhension des comportements de santé qu'adoptent les communautés endémiques.

Tels sont les points d'ancrage qui guideront cette recherche du DEA sur « L'approche genre et la prise en charge médicale de l'Ulcère de Buruli dans les ménages à **Zè**».

Le présent document est structuré en quatre chapitres. Le premier chapitre aborde le cadre théorique de la recherche notamment la problématique, la délimitation thématique, la clarification et les axes actuels de la discussion. Le deuxième chapitre présente la description de l'aire de la recherche et le cadre méthodologique. Quant aux troisième et quatrième chapitres, ils abordent respectivement le rapport genre dans la commune de **Zè**, l'organisation de la prise en charge médicale de l'UB dans la zone de recherche et le rapport genre dans la prise en charge médicale du patient UB à **Zè**.



**PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE LA
RECHERCHE**

Chapitre I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Dans ce premier chapitre, le travail est axé sur la problématique, la délimitation thématique, la clarification conceptuelle et les axes actuels de la question de recherche.

1.1. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Les politiques de santé et les programmes dans le domaine de la santé internationale et nationale, au cours des deux dernières décennies, ont tenté d'éradiquer significativement et efficacement, les principaux problèmes de santé à travers le monde entier. Mais, l'efficacité de ces campagnes a été remise en question face aux comportements des bénéficiaires, il est devenu de plus en plus évident que les programmes de santé nécessitent une révision ; surtout dans les pays du Sud comme l'Afrique.

Les recherches en sciences sociales et humaines ont montré aujourd'hui que la santé est loin d'être une question simple qui peut être manipulée par les forces extérieures, telles que les agences de santé et de développement. D'où l'émergence d'autres sciences dans la gestion du problème de santé. La santé publique et les différentes branches de la sociologie-anthropologie générale sont de plus en plus présentes sur des questions médicales du fait notamment des enjeux et défis sociaux qu'elles mobilisent. Les faits y obligent, en ce qui concerne la prise en charge de l'Ulcère de Buruli, une maladie tropicale négligée (OMS, 1997).

1.1.1 Constats

L'ulcère de Buruli est une maladie handicapante des régions tropicales et subtropicales, qui affecte la peau et ses tissus sous-jacents (Portaels et al., 2001). Elle est causée par une mycobactérie présente dans l'environnement, *Mycobacterium ulcerans* qui appartient à la même famille que les bactéries responsables de la tuberculose et de la lèpre. La maladie a été identifiée il y a

environ un siècle. Elle est considérée comme une maladie émergente en particulier en Afrique de l'Ouest (Van der werf et al., 1999).

Dans le monde, plus d'une trentaine de pays sont touchés par la maladie de l'Ulcère de Buruli, où, elle a été reconnue comme un problème de santé publique (OMS, 2005). Le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Ghana sont les pays les plus touchés dans la sous-région Ouest africaine (OMS, 2007). La couche de la population la plus touchée est celle des enfants de moins de 15 ans vivant dans les zones rurales et n'ayant que peu ou pas d'accès au service de santé (OMS, 2014). Le tableau clinique varie d'un petit nodule à l'ulcère qui aboutit généralement à une incapacité physique.

En raison du retard dans le recours au traitement dans les formations sanitaires, un grand nombre de cas conduit à des handicaps tels que l'amputation et la perte des organes vitaux comme l'œil (Johnson et al., 2005). Les politiques nationales de santé des pays endémiques ont pris conscience récemment de ces conséquences désastreuses pour les communautés. Elles ont élaboré des stratégies et mis en œuvre une organisation de lutte contre cette affection avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette stratégie s'appuie sur la gratuité des soins aux malades.

Malgré ces efforts sans cesse renouvelés tant par les institutions nationales que par les partenaires locaux pour améliorer la qualité des soins par rapport à cette affection, l'adhésion de la logique communautaire à cette lutte demeure difficile. Ce qui se remarque à travers le retard au traitement médical, le refus ou encore l'abandon du traitement. En 2009, dans le centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli d'Allada, sur 110 patients enregistrés, 37% étaient admis au traitement avec des lésions graves et avec séquelles. Au niveau national pour la même année, sur 674 cas dépistés, 45% avaient connu de retard à entreprendre le traitement (Rapport CDTUB Allada, 2009).

Ainsi, plusieurs travaux de recherches se sont penchés sur les causes des difficultés à l'adhésion au traitement. A travers ces recherches, les croyances,

les attitudes et les perceptions liées à l'Ulcère de Buruli en Afrique ont été explorées. Les résultats ont permis de démontrer que certaines communautés attribuent les causes de la maladie à la sorcellerie et autres malédictions (Stienstra et al., 2001 ; Aujoulat et al., 2003). Ces croyances influencent fortement les attitudes, notamment en ce qui concerne le choix des recours thérapeutiques, étant donné que les patients, dans une logique évoluant à l'antipode de la logique cartésienne, se définissent un espace d'action qui n'est pas souvent compris par les acteurs du système moderne (Faizang, 1990). Le stigmatisme a été également signalé en tant que source d'inquiétude pour les patients (Aujoulat et al., 2003).

Des résultats des travaux de recherche sur le coût de la prise en charge de l'UB au CDTUB de Allada, il ressort que six postes présentent des coûts relativement élevés : total médicaments consommables, salaire administration, kinésithérapie, anesthésie réanimation, soins hospitaliers et chirurgie, du fait des recours tardifs aux structures de soins (Makoutode et al., 2009).

Pour les ménages, en dépit de la gratuité des soins médicaux, les charges économiques de l'hospitalisation des patients s'élèvent à plus de 25 % du revenu annuel, ce qui constitue un fardeau important (Grietens et al., 2008). Cette situation est loin d'être reluisante pour les ménages des patients UB ainsi que pour leur famille dans le processus d'accompagnement du malade.

1.1.2. Problème central

De nature, les démarches de soins en Afrique comme au Bénin, impliquent le plus souvent la participation de l'entourage (Sylla et al., 2008). Ce qui amène les parents, enfants, voisins, voire amis à s'émigrer en quête de soins au malade, selon les contraintes de la politique sanitaire de la prise en charge. Cette participation devient plus prononcée surtout, quand le patient est admis dans une structure de soins telle qu'un hôpital, un centre de santé comme cela se fait au Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB)

d'Allada. Cette pratique est aujourd'hui, silencieusement institutionnalisée, car l'entourage assure différentes tâches de façon gratuite et assure en même temps le bon fonctionnement de la structure où est admis leur parent (Schnitzler, 2014).

A cet effet, au CDTUB Allada selon les règles qui régissent l'admission en hospitalisation, chaque garde-malade de patient hospitalisé se voit attribuer sa parcelle de tâches quotidiennes qu'il a obligation d'exécuter. Toute attitude contraire serait passible de sanction allant à la non administration de soins à son malade. En plus de ces tâches qui paraissent être des tâches domestiques, le garde-malade doit prendre soin de son malade et gérer les dépenses non médicales, la perte de productivité, l'abandon du ménage.

Compte tenu des exigences liées à l'exercice des tâches précédemment énumérées, dans la mise en œuvre de la politique sanitaire de la prise en charge de l'UB, des choix doivent s'opérer au niveau des familles et des ménages pour assurer l'accompagnement du patient UB et le maintien du bien-être des autres membres. Cette gestion de la maladie au niveau des ménages, fait appel à la notion du genre en tant que rôles, comportements, activités et attributs socialement construits, qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et les hommes. (Conseil de l'Europe, 2011).

Cette identité qui confère à la femme les travaux domestiques et à l'homme la production, n'est-elle pas l'élément explicatif de la présence de la gente féminine dans l'accomplissement des différentes tâches au niveau du CDTUB et des centres décentralisés d'Allada qui apparaissent comme des tâches domestiques? Parce que, l'on suppose que les femmes sont sans doute, par l'éducation reçue, plus productives dans les tâches ménagères et responsable de la santé domestique.

La délocalisation d'au moins deux membres du ménage dans le processus de la prise en charge biomédicale de l'UB n'est pas sans conséquence sur l'organisation de la structure familiale. Ce qui rend davantage la prise en charge

difficile pour les ménages. Ces coûts indirects échappent très souvent à l'analyse et restent ignorés dans le registre des subventions de certaines rubriques de la prise en charge médicale de l'UB.

Et si l'on suppose que le ménage connaît des soins qui lui sont nécessaires et comment les produire, c'est alors le lieu de savoir comment sont gérées les difficultés liées au traitement médical de l'UB suivant le genre au niveau des ménages, malgré la gratuité des soins. Comment les composantes du genre vivent et participent à l'expérience de la gestion de la maladie pendant le traitement médical de l'UB ? Et comme le souligne Charmaz, rapporté par Vlassoff: l'expérience de la maladie au niveau des ménages n'est-elle pas fortement liées à l'identité du genre ? (Vlassoff, 2007)

Ce sont ces différents étonnements qui ont suscité cette interrogation de savoir: **quels sont les changements qui interviennent dans les relations homme et femme dès l'adhésion du patient UB au traitement médical au sein des ménages?**

1.1.3 Les hypothèses :

Pour répondre à cette interrogation des réponses provisoires ont été proposées et constituent les hypothèses de terrain. Ces hypothèses ont servi de fil conducteur pour la réalisation de ce présent travail. Elles sont formulées comme suit :

- a) L'adhésion au traitement médical du patient UB induit des modifications dans le fonctionnement et la gestion du ménage ;
- b) Au cours du traitement médical du patient UB, les acteurs sociaux en fonction de leur sexe jouent différents rôles au sein du ménage ;

c) L'expérience de la gestion du traitement médical de l'ulcère de Buruli, génère des implications sexospécifiques qui influencent la vie au sein du ménage.

1.1.4 Les objectifs :

La confirmation ou l'infirmité de ces hypothèses découle de l'atteinte de certains objectifs qui se déclinent en général et en spécifiques. Ces objectifs constituent l'aboutissement final du travail de recherche.

1.1.4.1 Objectif général :

La présente recherche vise à analyser les changements et interactions qui interviennent dans les relations homme et femme au sein des ménages pendant l'adhésion au traitement médical du patient UB.

1.1.4.2 Objectifs spécifiques :

a) Décrire les changements qui interviennent dans le ménage à l'adhésion au traitement médical du patient UB ;

b) Présenter les différents rôles joués par chacun des acteurs sociaux (homme et femme) au sein du ménage pendant le traitement médical de l'UB ;

c) Identifier les implications liées au sexe qui influencent la vie du ménage pendant le traitement médical du patient UB.

1.2. DELIMITATION THEMATIQUE

Le sujet de recherche, 'l'approche genre et la prise en charge médicale de l'UB dans les ménages à Zè', s'inscrit dans un cadre restreint d'unité d'enseignement de la Sociologie Anthropologie. Il s'agit de la triple dimension d'une recherche qui se réclame à la fois de l'« anthropologie médicale », de l'« anthropologie de la maladie » et de l'« anthropologie de la santé ».

En effet, cette recherche touche les trois domaines à la fois en ce sens que:

- elle aborde l'« anthropologie médicale », car elle considère que l'ulcère de Buruli est lié à l'ensemble des aspects de la vie du groupe (parenté, économie, politique...), que la maladie est l'objet de représentations en lien étroit avec l'organisation sociale et le système de pensée des populations étudiées (Fainzang, 1990) ;

- elle touche à l'« anthropologie de la maladie », car elle se penche sur l'usage que fait la société étudiée de l'affection pour affronter ses transformations ou assurer sa propre reproduction (Zempléni, 1985). Dans la lignée de Augé (1986), elle montre que la maladie est un événement à la fois individuel et social, qui fait d'un désordre biologique un désordre social mis en forme symboliquement et participant de théories générales qui servent à penser le social dans son ensemble (Fainzang, 1990).

- elle touche aussi à l'« anthropologie de la santé », c'est-à-dire à l'anthropologie appliquée au domaine médical (Bonte et Izard, 1992), car elle se penche sur les facteurs socioculturels influençant les comportements des malades, dans l'espoir que les conditions d'accès aux soins soient davantage améliorées.

La présente recherche permet de repositionner l'analyse du genre au niveau des ménages lors de la prise en charge de l'UB dans le registre socio-anthropologique et plus particulièrement la socio anthropologie de la santé.

1.3. CLARIFICATION CONCEPTUELLE

L'énoncé du sujet de recherche, du problème, de même que la formulation des hypothèses reposent sur divers concepts employés tout au long de cette recherche. Pour mieux saisir le contenu de cette recherche en raison de la richesse polysémique des termes de la langue française, la clarification de certains concepts demeure indispensable. En effet, le sens univoque que l'on donne aux concepts retenus dans le cadre de ce travail, permet de les rendre

cohérents avec les approches théoriques et de faciliter la construction des variables (Aktouf, 1992). Ainsi, les concepts retenus se veulent par l'articulation de leurs composantes, un schéma théorique destiné à rendre le fait social qu'on veut étudier intelligible (Van Camperhoudt, 2001). A cet effet, les concepts suivants seront clarifiés : **genre, la production de santé, le ménage, le traitement biomédical de l'Ulcère de Buruli.**

1.3.1 Genre

Le « Genre » constitue un domaine de recherche abordé de différentes manières. Il est intimement lié à tous les aspects de la vie économique et sociale, quotidienne et privée des individus et à ceux de la société qui a assigné à chacun (hommes et femmes) des rôles spécifiques. Lorsque le sexe marque les caractéristiques biologiques (permanentes et immuables) des hommes et des femmes, communes à toutes les sociétés et à toutes les cultures, le genre, par contre, se réfère aux caractéristiques qui se sont forgées tout au long de l'histoire des relations sociales.

En sociologie, le concept exprime des rapports sociaux de sexe, la construction sociale des caractéristiques, valeurs et normes attachées au féminin et au masculin par la culture, l'éducation, les institutions. Ces rapports sociaux entre femme et homme se transforment et évoluent en permanence selon les époques et les contextes.

Dans le cadre de la présente recherche, l'approche définitionnelle adoptée se rapporte à celle proposée par le Conseil de l'Europe (2011) qui stipule que le « genre désigne les rôles, les comportements, les activités et les attributs socialement construits, qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et les hommes ». Cependant, ces rapports sociaux entre hommes et femmes sont souvent marqués, par une hiérarchisation et des inégalités au détriment des femmes. En particulier, les hommes sont dominants en matière de pouvoir et de prise de décision au niveau politique et économique, tandis que le

travail domestique et ménager des femmes qui constitue la base de l'organisation des sociétés et du travail humain productif, reste invisible et non pris en compte dans les richesses nationales¹. Cette approche me renvoie vers le concept de la production de santé au niveau des ménages.

1.3.2 Production de santé

Le concept de "la production de santé dans le ménage" a été entrepris par les économistes qui considèrent le ménage comme un site où se vend des biens, combinaisons de temps et de consommations (Flori, 1995). Pour les perfectionnistes néo-marxistes le foyer peut également être caractérisé par des intérêts contradictoires, qui impliquent souvent le sexe, l'âge et les inégalités (Brooke-Olson, 1994).

La clarification de ce concept, fait appel à un autre : la production domestique de santé. Cette dernière désigne les activités effectuées à l'intérieure des ménages, qui ne sont pas rémunérées et qui sont réservées aux femmes. Appliqué à la santé, « la production domestique de santé est l'ensemble des tâches réalisées par les membres du ménage en vue d'améliorer l'état de santé d'un membre de ce ménage » (Flori, 1995: 103). Pour une clarification plus holistique Berman et al (1994: 206), la considère comme : « un processus comportemental dynamique par lequel les ménages combinent leur connaissance, des ressources, des normes comportementales, des modèles avec des technologies disponibles, des services, des informations et des compétences pour rétablir, maintenir et promouvoir la santé de leur membre ». Ainsi, la production de santé dans les ménages fait état du processus de la gestion de la maladie lors de l'apparition des premiers symptômes, en passant par le choix thérapeutique jusqu'à la guérison par les différents membres du ménage. Cette

¹ Référentiel pour les formatrices et formateurs en genre et développement, le monde selon les femmes, genre en Action, Adéquation, Aster-International, 2010, in Développement humain durable-diversité culturelle- solidarité internationale- égalité femme /homme

approche définitionnelle du concept est adoptée dans la réalisation de cette recherche.

Même si aujourd'hui la littérature scientifique en général accorde très peu d'écrits sur ce concept, il reste un modèle théorique utilisé par la communauté de la science sociale. En vue de son analyse au niveau microsociologique, la production de santé dans les ménages permet de recentrer les recherches sur la santé et la maladie à un appareil socioculturel dans lequel il faut expérimenter et traiter dans une large mesure le ménage.

Cependant, dans le cadre de ce travail, la production de santé au niveau des ménages se veut être restrictive, en abordant tout simplement la gestion de l'UB pendant la prise en charge médicale du patient. Ainsi, pour mieux cerner l'environnement social dans lequel se déroule ce processus dynamique autour de la maladie et la santé, il est alors important de clarifier le concept du ménage.

1.3.3 Ménage

Dans les recherches en sciences sociales, le ménage est utilisé comme une unité d'observation. Le ménage est un groupe de personnes répondant à plusieurs critères. Le fait de vivre ensemble (sous le même toit), de reconnaître l'autorité d'un même individu (chef de ménage), de partager les repas, d'avoir une source commune de revenus ou de mettre en commun les moyens permettant de satisfaire les besoins essentiels du ménage sont autant des critères d'identification d'une unité d'observation. C'est aussi un ensemble de personnes ayant ou non des liens de parenté, habitant un même logement (Yémadje, 2008).

Cette définition du concept ménage présente des limites et paraît beaucoup plus complexe quand on évoque le lien de sang. Lorsqu'il s'agit de la gestion de la maladie, le ménage fait appel à un autre concept relatif aux notions relationnelles qui font intervenir les liens de sang qu'est celui de famille. Cette dernière désigne un ensemble de personnes unies par les liens de sang. L'unité

familiale fait intervenir les liens de parenté alors que le ménage peut regrouper des personnes qui n'ont forcément pas que des liens de parenté entre eux.

Selon la définition adoptée par Yémadje, (2008), du point de vue démographique, « la famille est l'ensemble d'au moins deux personnes constituées par un couple marié ou non, avec ou sans enfants célibataires, soit par un parent sans conjoint avec au moins un enfant célibataire. Au sens large, c'est l'ensemble des individus apparentés ». Celle-ci permet de décrypter les relations interpersonnelles en cas de situation de mal-être dans les différents ménages.

Dès lors, dans le cadre de la recherche sur l'approche genre et la prise en charge médicale de l'UB dans les ménages des zones endémiques de la commune de Zè, la définition du « ménage » ici, se confond à celle de la famille où les différents membres qui le compose font intervenir la notion d'unité, de parenté et donc de lien de sang. Donc ici, la gestion de la maladie au sein du ménage fait appelle à la notion de famille nucléaire (père, mère et les enfants) qui peut en fonction des circonstances et des besoins s'ouvrir aux grands-parents/tantes et oncles.

1.3.4 Traitement médical de l'Ulcère de Buruli

Le traitement biomédical de l'UB encore appelé le traitement médical de l'UB se réfère à l'ensemble des pratiques médicales généralement importées d'occident dont l'expérience la plus représentative se fait dans un cadre hospitalier et bénéficie d'une rigueur. Il repose sur des principes de diagnostics suivis de thérapies fondés sur la conception selon laquelle la maladie est le résultat de dysfonctionnement d'un organe humain. Ainsi, le traitement biomédical de l'UB se fait uniquement au niveau des centres spécialisés dénommés CDTUB. Sa mise en œuvre renvoie au respect donc d'un protocole de prise en charge de l'Ulcère de Buruli adopté par les systèmes sanitaires.

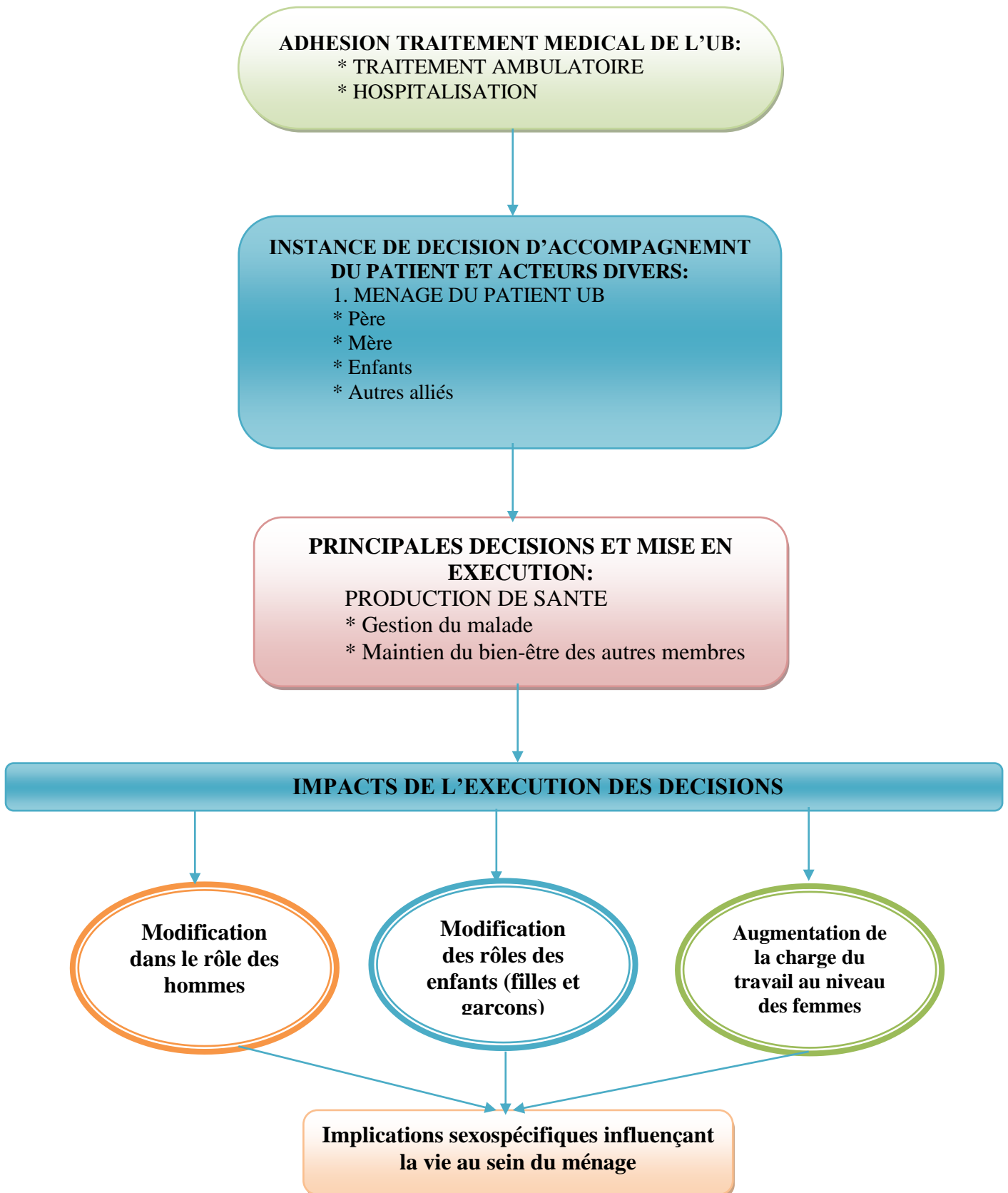
1.3.5 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel ci-dessous schématisé, fait état des relations hommes et femmes qui naissent au sein des ménages pendant la prise en charge médicale du patient UB. A cet effet, trois concepts restent importants. Il s'agit de:

- traitement médical de l'UB,
- ménage (comme arène relationnelle entre hommes et femmes) et
- production de santé.

Ces concepts impliquent trois nouvelles situations dans les rapports autour de la maladie que sont la décision, l'exécution et les implications. Cette trilogie d'action lors du processus de la production de santé, modifie le fonctionnement et la gestion de la vie au sein du ménage. Ce qui génère des conflits au sein du ménage.

Schéma 1 : cadre conceptuel de la recherche



Source : Données de terrain, 2015

1.4. AXES ACTUELS DE LA QUESTION

L'exercice des axes de la question vise à faire le point sur les différentes dimensions déjà abordées par les chercheurs sur l'Ulcère de Buruli afin d'opérer un choix particulier et d'offrir un nouvel apport à la recherche sur la maladie.

La principale orientation de la présente recherche est d'interroger la notion du genre dans le processus de gestion de l'affection de l'Ulcère de Buruli avec un accent particulier sur la production de santé dans les ménages des patients.

En effet, le besoin de fournir des soins de santé de qualité a suscité depuis plusieurs décennies la mutualisation des recherches en sciences sociales et en médecine sur la question de la santé. Ainsi, sociologie, économie et santé publique tentent de relever les défis sociaux de soins de qualité, à moindres coûts et acceptés par les populations. De nombreuses recherches en sciences sociales et humaines ont montré aujourd'hui que la santé est loin d'être une question simple qui peut être manipulée par les forces extérieures, telles que les agences de santé et de développement.

L'intérêt particulier de la sociologie dans ce registre de la santé, s'explique surtout par la nécessité de procéder à une lecture critique tant des pratiques biomédicales relatives à l'homme que tous les autres aspects de la vie de l'homme que la médecine n'arrive pas à appréhender. Dans ce registre, il y a l'approche genre et la prise en charge médicale dans les ménages des patients UB.

Cette problématique qui semble toute nouvelle s'inscrit bien évidemment dans la suite de nombreux travaux sur des sujets connexes liés soit généralement à l'apport du ménage dans le processus de soins, les rapports aux sexes dans la gestion de la maladie et spécifiquement par rapport à l'ulcère de Buruli. Mais, avant d'explorer ce qui a été écrit sur le genre et la production de santé chez le patient UB, il est intéressant de parcourir quelques écrits sur les recherches cliniques, les recherches en sciences sociales sur l'Ulcère de Buruli et les recherches générales liées à la gestion de la maladie.

Reconnu pour la première fois à Buruli Contry en Ouganda en 1897, l'Ulcère de Buruli (UB) ou Infection à *Mycobacterium ulcerans* (MU) est une infection cutanée humaine due à la mycobactérie, *M. ulcerans*, la plus fréquemment rencontrée après la tuberculose et devant la lèpre dans la plupart des pays de la zone intertropicale et dont, les impacts ont conduits l'OMS à mettre en place en 1998 l'initiative mondiale contre l'UB, dans le souci de coordonner les activités de lutte et de recherche afin de mieux la connaître pour lutter contre plus efficacement (Aubry, 2013).

Affection liée à l'écosystème aquatique, l'Ulcère de Buruli est scruté, notamment en ce qui concerne sa transmission humaine. Les travaux de laboratoire ont permis de cibler les punaises d'eau, des animaux sauvages tels que les koalas et opossums comme des vecteurs de la maladie (Aubry, 2013).

D'autres recherches ont permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle les poissons et des amphibiens sont des réservoirs passifs de la bactérie à travers leurs branchies et intestins (Willson et al., 2013).

Au plan des recherches de lutte contre l'infection à *Mycobacterium ulcerans*, des résultats sont également obtenus dont notamment, la découverte de la non production de la toxine *mycolactone* dans des milieux riches en carbohydrate, ce qui présage de la connaissance très prochaine des mécanismes de la toxine responsable des lésions observées chez les patients, pour trouver des cibles thérapeutiques (Deshayes et al., 2013).

Par ailleurs, les recherches à ce jour n'ont pu corrélérer la contraction de l'ulcère de Buruli avec le sexe mais elles ont démontré que certaines tranches d'âge notamment de [5 à 14 ans] et de [49 et plus] sont plus exposées du fait de leur activité dans les zones à forts potentiels de vecteur du *Mycobacterium ulcerans* à savoir des fleuves s'écoulant lentement, des lacs artificiels ou naturels, des marigots, (Debacker et al., 2006).

En dehors des sciences biologiques, l'Ulcère de Buruli intéresse également les chercheurs en sciences sociales qui se sont penchés sur plusieurs

problématiques associées dont entre autres, la collaboration entre médecines traditionnelles et modernes, les représentations sociales, les itinéraires thérapeutiques, les charges sociales et économiques liées à la gestion de la maladie, l'organisation de la prise en charge de l'Ulcère de Buruli, etc.

Au nombre des recherches ayant abordé l'aspect itinéraire thérapeutique dans le cadre de l'affection Ulcère de Buruli, figure, le travail de Johnson et al (2004) qui après avoir analysé l'itinéraire thérapeutique des patients a dégagé selon le type de traitement (traditionnel ou médical moderne) ce qui suit :

- le recours aux structures de soins est tardif quel que soit le type de médecine ;
- plusieurs raisons motivent le choix du traitement à savoir, la religion, l'absence ou non de structure adéquate de soins, les contraintes du traitement chirurgical (la durée d'hospitalisation et la peur des cicatrices) et les contraintes financières.

Les auteurs conclurent que le coût du traitement traditionnel demeure élevé pour les patients mais préféré par ces derniers et il faut donc éclairer la population sur les différentes composantes de ce traitement ainsi que des conséquences possibles de chaque mode de recours. En cela les structures de soins doivent travailler pour rendre le traitement chirurgical moins contraignant pour susciter l'adhésion des populations.

Pour sa part Agbo (2010), en recherchant l'écart et la complémentarité existant entre médecines traditionnelle et moderne dans le processus de prise en charge de l'Ulcère de Buruli, est parvenue à la conclusion que plusieurs points subsistent et entravent la collaboration effective entre les deux médecines notamment l'attitude hautaine et suffisante des agents de la médecine moderne, qui désignent parfois les tradithérapeutes comme responsables du retard au traitement médical de l'Ulcère de Buruli. Par ailleurs, le protocole national de prise en charge de l'Ulcère de Buruli écarte totalement les tradithérapeutes du système de soins UB en dépit de la reconnaissance de la

richesse chimique et thérapeutique des plantes utilisées pour le traitement traditionnel de l'Ulcère de Buruli. Toutes choses qui trahissent l'esprit des discours et politique visant la bonne collaboration.

De son côté, Amoussouhoui (2013) en se penchant sur les déterminants liés à l'accessibilité au traitement médical, a pu constater qu'autour des pôles d'acteurs tels que les acteurs du système de santé, les relais communautaires et les patients s'est mise en place l'organisation de prise en charge avec une offre de service qui demeure distante des bénéficiaires et contraignante avec ses conditions de prise en charge.

Dans le souci d'améliorer le processus de soin, plusieurs travaux se sont penchés sur la contribution du ménage dans la démarche qui permet d'aboutir à la guérison physique mais également morale du patient. La principale préoccupation relative au ménage est de savoir son apport dans le processus de santé. Et pour cela, il est mis à l'épreuve de la solidarité. Les avis divergent sur la question. Pour certains, le ménage constitue le premier cadre de mise en place de stratégie d'isolement du patient dans le cas où la gestion de la maladie implique de plus en plus de coûts (Grietens, 2008). D'autres voient par contre en le ménage le meilleur cadre de soutien au patient, un acteur-clé avec lequel, il faut compter dans le futur pour l'atteinte des objectifs de santé. Le ménage ou la famille est une institution importante dans le système de santé. Elle participe à la régulation économique du système de soins du fait qu'elle est présente et accompagne à sa manière et selon le contexte de déploiement du système de soin. Quand bien même, elle fait face à des bouleversements importants qui affectent le fonctionnement de sa structure, la famille requiert d'être prise en compte comme un partenaire à part entière dans le processus de soin. Elle constitue parfois le lieu de départ avant le trouble, le lieu de traitement et le cadre d'accueil, après le trouble. A ce titre, il doit être envisagé la consolidation du rapport avec la famille à travers le soutien opérationnel et psychique des accompagnants principaux qui deviendront plus nombreux (Arch-ange, 2013).

Se penchant toujours sur le rôle du ménage dans le processus de la santé, les notions de solidarité et de soutien affectif ont été dépassées et l'analyse s'est appesantie sur la production économique du ménage en matière de santé. Dans ce registre, Flori et Berman et al. ont eu deux approches différentes.

Pour le premier Flori (1995), dans (Production domestique de santé : apports et limites des modèles micro-économiques) il s'est appesanti sur l'ensemble des tâches réalisées par un des membres du ménage en vue d'améliorer l'état de santé d'un des membres de ce même ménage. Cette approche restrictive, qui s'inscrit dans une nouvelle théorie du consommateur, développée par les néo-économistes prend appui sur le postulat selon lequel le ménage vend à lui-même des biens et cette réalité permet ainsi d'étudier les arbitrages que font les ménages entre temps et consommations. L'intérêt de cette approche même si elle est restrictive, est qu'elle prend en compte un large éventail des aspects de la gestion de la santé à savoir les soins courants et sans gravité et ceux professionnels souvent pratiqués après une formation. Mais, cette approche prend seulement en considération le membre du ménage qui se retrouve dans l'action d'apport de soins et, seulement les tâches qui ont un contenu de soins et non celles qui permettent la consommation de soins (les transports).

De son côté, Berman et al. (1994), adopte une position plus ouverte et suggère que la production de santé dans les ménages soit considérée comme un processus comportemental dynamique par lequel les ménages combinent leur connaissance, les ressources et normes comportementales, des modèles avec des technologies disponibles, des services, des informations et des compétences pour reconstituer, maintenir et promouvoir la santé de leurs membres. Cette position à l'avantage de fournir un concept intégrateur pour motiver et organiser la réflexion pluridisciplinaire autour des déterminants du changement de santé.

Et sur la question des déterminants, les réflexions s'orientent pour que soient pris en compte dans ce cadre la question du sexe, notamment le sexe

socialement défini, donc le genre. En tant qu'éventail des rôles socialement construits, des relations, traits de personnalité, attitudes, comportements, valeurs, pouvoir relatif et influence que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle, le genre occupe, en effet, une large part dans les réflexions sur la santé menées par les scientifiques des sciences sociales. Ces derniers, ont observé que la différence biologique seule ne peut pas expliquer de manière adéquate les comportements de santé.

Face au processus de la production de santé au sein des ménages, Brooke Olson (1994) montre dans ses analyses que le rôle des femmes est primordial dans cette direction, parce qu'elles sont généralement responsables de la santé dans les ménages. En tant que seules gardiennes de la fratrie, elles sont contraintes aux différentes étapes de leur vie (mère, grand-mère, sœur) à jouer ce rôle. Pour ce même auteur, lorsque les femmes sont prises dans le travail salarial ceci impacte la santé des membres de leur ménage et surtout celle des enfants. Il a été alors montré que lorsque la femme travaille à l'extérieur de la maison l'état de santé de l'enfant peut diminuer à la suite de l'utilisation d'un substitut de personne. Et pour être plus spécifique dans ce statut de remplaçant, Vlassoff (2007) explique que les enfants qui ont été pris en charge par les hommes (père, oncle, ou frère aîné) avaient un statut nutritionnel plus pauvre que les enfants qui ont été pris en charge par les femmes. Ce qui explique la disparité entre le genre dans le processus du maintien de l'état de bien-être au sein du ménage.

Concernant le pouvoir décisionnel du genre au sein du ménage lors de la prise en charge des enfants, nombres de recherches ont constaté que la prise de décision pour un traitement à l'extérieur du ménage est souvent la prérogative des hommes ou du membre influant du ménage, surtout lorsque la maladie est perçue comme grave et nécessitant un traitement en dehors du ménage et ou de la communauté (Molyneux et al., 2002 ; Orubuloye et al., 1991). Par ailleurs Rachel Tolhurst et al. (2007) ont conclu que la recherche de traitement au sein

des ménages est influencée par les normes de pouvoir de décision, et la propriété de l'enfant, l'accès et le contrôle des ressources de paiement de soins, les normes de responsabilité de paiement et la situation de la famille.

Ces différents auteurs sont arrivés à la conclusion que les différences biologiques ne peuvent à elles seules expliquer de manière suffisante les comportements de santé d'où le besoin de se référer aux facteurs sociaux (Vlassoff, 2007).

Cette posture méthodologique n'a pas encore systématiquement pris en compte toutes les maladies, telle l'Ulcère de Buruli. C'est pourquoi, elle servira de cadre pour la présente recherche, afin de comprendre les comportements des communautés face à l'adhésion de la prise en charge de l'UB.

Chapitre II : DESCRIPTION DE L'AIRES DE LA RECHERCHE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET ET DU CADRE DE LA RECHERCHE

Ce premier sous chapitre, renseigne sur les principales raisons qui ont suscité la présente recherche d'une part, et celles qui ont guidé le choix du cadre de recherche empirique d'autre part.

2.1.1 Du choix du sujet de la recherche

L'expérience sociale fait partie des sources d'apprentissage utilisées pour la réalisation du travail. Le choix du présent sujet repose sur deux motivations. La première est relative à mon environnement professionnel à savoir : les systèmes de santé au Bénin au travers des projets de recherches et d'interventions sur les maladies endémiques. En effet, j'ai eu l'opportunité de participer directement au projet STOP / BURULI dont l'objectif est de soulager les patients UB dans leur prise en charge. Mais quelques problèmes subsistent dont entre autres, l'abandon ou même parfois le refus de traitement par les patients et leurs ménage.

Cette situation laissent entrevoir à priori que les interventions dans le système de santé souffrent de conflits théoriques, de réalisme, d'absence de vision prospective et d'analyse pluridisciplinaire au Bénin (Amoussouhoui, 2013). De fait, je peux oser dire que la dimension des interventions dans le système de santé notamment dans les pays sous-développés fait soulever encore le discours des conflits de rationalités et la démarche de prêt-à-porter décriée dans les critiques des projets de développement en général (Dujardin, 2003).

Face aux observations faites au cours de ces deux dernières années sur les difficultés que rencontrent les ménages au cours du séjour d'hospitalisation de leur malade, qui parfois conduit à l'abandon ou même le refus au traitement, j'ai souhaité analyser à travers ce sujet de recherche, les obstacles liés à l'atteinte des objectifs en mettant l'accent sur l'inadéquation des logiques.

La seconde motivation relève du besoin de répondre à une obligation académique, celle de présenter un travail de recherche à la fin de la formation pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA), en sociologie du développement.

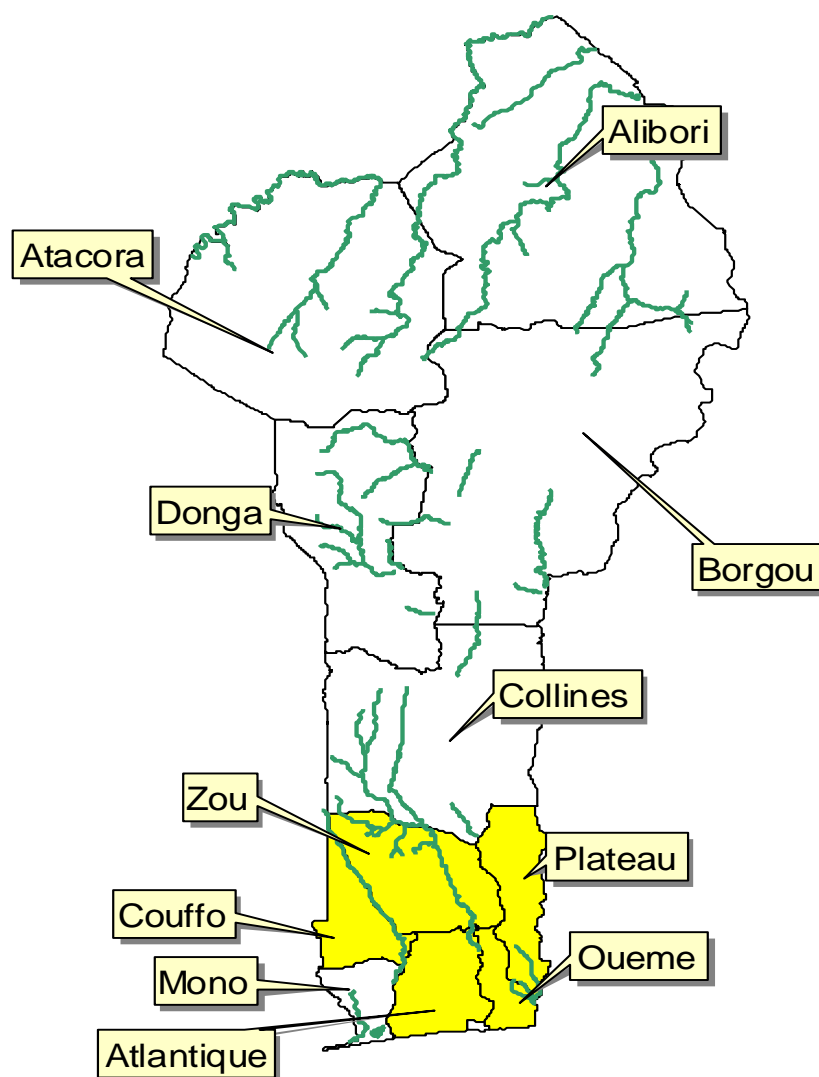
Alors, qui parle du développement fait appel à la santé comme l'un des secteurs clé de lutte contre la pauvreté. Dans cette perspective les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) accordent une place de choix à l'amélioration de la santé de la population et leur accessibilité aux soins dans les systèmes de santé. Le genre et la production de santé au niveau des ménages qui est une recherche à caractère microsociologique se veut d'apprécier les comportements des ménages face aux soins de santé comme dimension sociale du développement. Car le développement exige des acteurs jouissant d'un bien-être physique, mental, social, économique, culturel et autres.

Les résultats de cette recherche, pensons-nous apporteront quelques pistes de réflexion pouvant servir à mieux organiser les stratégies d'intervention en santé pour faciliter la pleine adhésion des bénéficiaires.

2.1.2 Présentation et justification du cadre de le recherche

Le Bénin constitue l'un des pays endémiques de l'Ulcère de Buruli en Afrique de l'Ouest mais cette endémicité du territoire n'est pas homogène (Jonhson et al., 2005). Ainsi au Bénin, la pathologie de l'Ulcère de Buruli se retrouve exclusivement dans la partie méridionale du pays. Quatre zones se retrouvent avec une concentration plus élevée de cas dans cette partie méridionale où sont installés des centres de dépistage et de traitement. Ne pouvant couvrir ces quatre zones à la fois nous avons retenu la commune de **Zè** dans le département de l'Atlantique qui est l'une des aires d'intervention du projet Stop Buruli.

Figure 1: *Découpage administratif, cours d'eau et aire endémique de l'UB au Bénin.*



Source : *Données CDTUB Allada, 2013*

2.1.2.1 Présentation du cadre de recherche

Selon les données monographiques de *Zè* (Afrique Conseil, 2006), la commune de *Zè* est située dans le département de l'Atlantique. Elle s'étend sur une superficie de 653km², et se présente comme la commune la plus vaste du département dont elle occupe 19,88% du territoire. Elle est limitée au Nord par les communes de *Zogbodoméy* et de *Toffo*, au Sud par les communes d'Abomey-Calavi, et de *Tori*, à l'Est par les communes d'*Adjohoun* et de

Bonou et à l'Ouest par la commune d'*Allada*. Sa population est estimée par le RGPH4 à 106 913 habitants.

La commune de *Zè* est subdivisée en onze (11) arrondissements et soixante-treize (73) villages. Les religions les plus pratiquées par ordre d'importance sont le christianisme, le *vodoun* et l'islam. Le respect de la hiérarchie traditionnelle est de mise dans la localité et l'administration traditionnelle est marquée par les chefferies claniques et les royautes. Les divers groupes socioculturels de la commune vivent en parfaite harmonie. L'habitat est généralement de type regroupé. Les habitations souvent précaires, sont en paille, en bambou, en terre de barre ou en brique de ciment et recouvertes de pailles ou de feuilles de tôles en aluminium-zinc. Les groupes ethniques les plus importants dans cette commune sont les *Aïzo*, les *Wémè*, les *Yoruba*.

L'infrastructure sanitaire de la Commune est constituée tant par les centres publics que par ceux privés et confessionnels. La Commune de *Zè* dispose d'un (01) Centre de Santé Communal, de Sept (07) Centres de Santé d'Arrondissement (CSA), d'une maternité, d'un (01) Centre Confessionnel et de sept (07) cabinets privés.

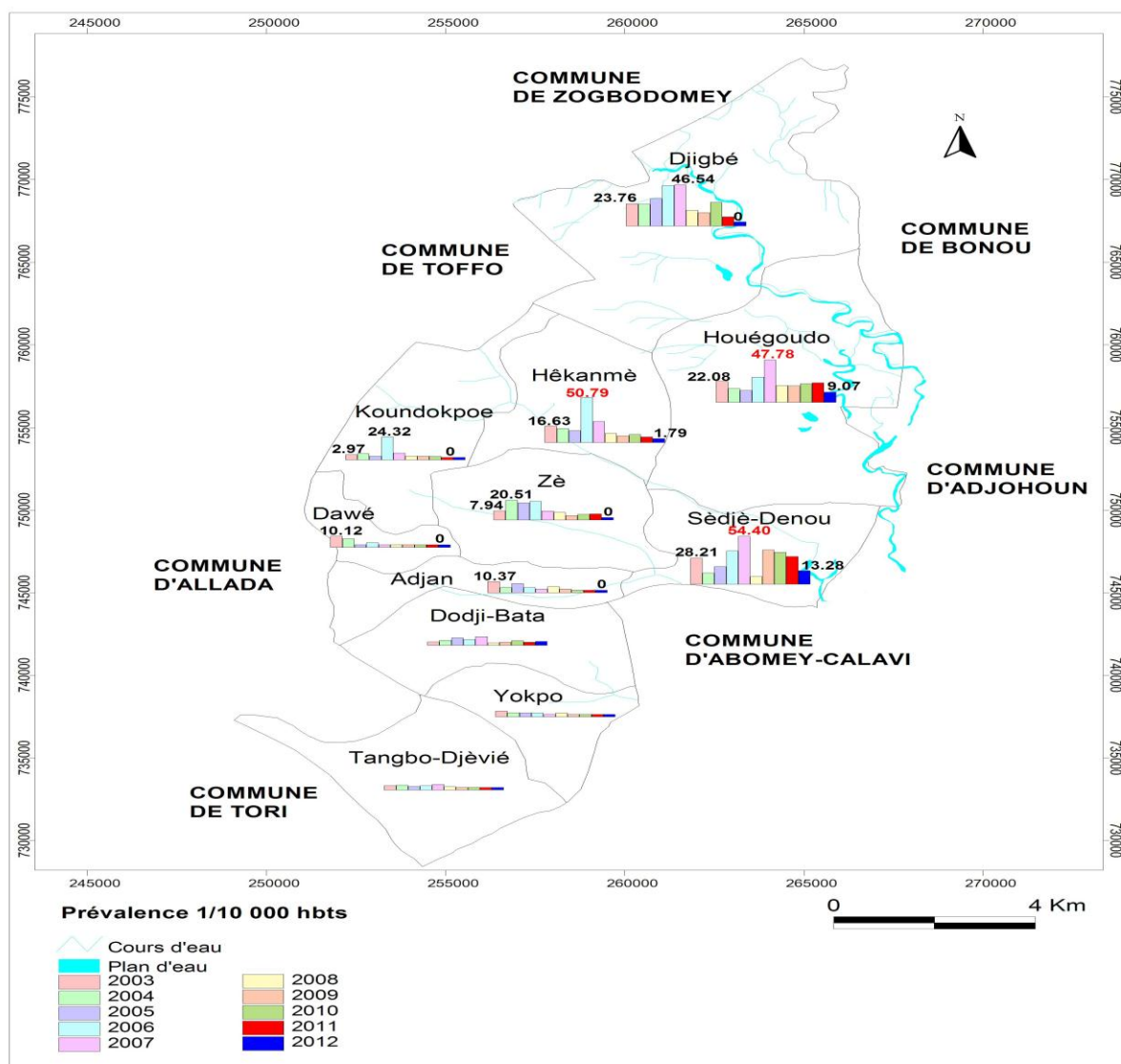
2.1.2.2 Justification du cadre de la recherche

La commune de *Zè* est l'une des 3 communes qui compose la zone sanitaire *Allada-Toffo-Zè*. Du fait qu'elle se présente comme la commune la plus endémique de cette zone sanitaire, la commune de *Zè* bénéficie de la couverture sanitaire du centre de dépistage et de traitement situé dans un rayon de 30 km.

Parmi les malades reçus au CDTUB d'*Allada* en 2009, ceux en provenance de *Zè* occupent une proportion de plus de 50% (CDTUB *Allada*). En effet, elle regorge de plusieurs villages et localités très endémiques par rapport à l'ulcère de Buruli. Il s'agit des arrondissements de : *SèdjèDénou*, *SèdjèHouègoudo*, *Hèkanmè* et *Djigbé*. L'endémicité de ces zones est favorisée

par l'aspect géographique que présente la zone (le type de sol, le climat, les sources d'approvisionnement en eau) mais entretient également des liens avec le niveau des infrastructures sociocommunitaires et les activités socioéconomiques (Rapport CDTUB *Allada*, 2009).

Figure 2: Carte de la prévalence de l'UB dans les arrondissements de Zè de 2003 à 2012.



Source : Données CDTUB *Allada*, 2013

2.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Ce deuxième sous-chapitre aborde le déroulement du travail de recherche. Il présente les méthodes et les techniques utilisées pour sa réalisation ainsi que les difficultés et les limites du travail.

2.2.1 Nature de la recherche et perspective scientifique

En fonction des hypothèses qui sous-tendent la question de recherche, cette recherche est de nature qualitative. En effet, elle interroge la sémiologie populaire et les histoires de vie des acteurs qui composent les groupes cibles. Cependant des données quantifiées ont été indispensables pour objectiver les résultats de la recherche. Car selon Hamel (1997), la socio-anthropologie est la combinaison des méthodes qualitatives issues de l'anthropologie et des méthodes quantitatives dérivant de la sociologie.

L'ancrage théorique à cette recherche est la sociologie interactionniste. Ainsi, l'interactionnisme symbolique a servi de socle théorique pour apprécier les interactions entre homme et femme lors du processus de la gestion de la maladie au niveau des ménages. Cette approche théorique a permis de saisir le contexte social producteur des actions comme l'a souligné la recherche de Hoggart (1979) en montrant clairement qu'on ne comprend rien au mode de vie des autres si on néglige la mise en contexte social. En effet, l'interactionnisme symbolique accorde une importance cruciale à la manière dont les interactions quotidiennes produisent les situations sociales que nous observons dans les ménages lors de l'adhésion à la PEC (Prise en Charge) de l'UB. Pour ce courant, les acteurs qui sont en interaction dans une situation sociale donnée interprètent cette situation et la gèrent en fonction de leurs interprétations élaborées dans ces mêmes interactions. La situation est donc à la fois le cadre et le produit de leurs interactions (Van Campenhoudt, 2001).

2.2.2 Recherche documentaire

La recension des écrits constitue un passage obligatoire dans l'organisation d'une recherche. L'exploration des documents a commencé depuis l'inscription en DEA et a continué tout le temps qu'a duré la rédaction du mémoire. En effet, la revue documentaire a été réalisée au sein des institutions publiques et privées et surtout sur l'Internet, et a permis de mieux cerner le sujet de recherche. Elle a en outre, permis de faire le point des connaissances relatives au sujet de recherche et de saisir les différents concepts qui s'y rapportent. Le tableau ci-dessous présente les différentes institutions visitées, la nature des documents consultés et le type d'informations recueillies.

Tableau I: *Point de la recherche documentaire*

o	Centres	Nature des documents	Types d'informations
1.	Centre documentaire de la FLASH	-Mémoires, Thèses	- Informations sur le genre.
2.	Centre documentaire du projet OPTIMUS	- Ouvrages généraux - Mémoires -Rapports, et ouvrages spécifiques - Dictionnaire	- Informations sur la santé publique - Clarification des concepts - Les données sur les expériences et les différentes recherches faites sur la production de santé, le genre et les recherches du coût.
3.	Bibliothèque de l'UAC	- Livres, - Revues scientifiques,	-Informations sur les concepts, les thématiques, les théories.
4.	Centre de documentation de l'IRSP	- Mémoires -Rapports de recherche -Documents généraux	Informations sur l'Ulcère de Buruli, la santé publique et l'épidémiologie
5.	CDTUB ALLADA	- Actes administratifs - Rapports - Archives	-Données qualitatives et quantitatives sur les patients UB et leur garde malade
6.	Internet	- Rapports - Articles - Mémoires -Ouvrages spécifiques et généraux	Informations sur la production domestique et la femme, - La production de santé - Les disparités hommes et femmes. - Le genre en génération

Source : *Données de terrain, 2015*

A ces sources écrites sont associées celles orales. En effet, les personnes ressources, professeurs, médecins, et auditeurs ayant travaillé sur la

problématique liée à l’Ulcère de Buruli et celle relative à la socio-anthropologie de la santé ont été rencontrés. Les divers entretiens ont permis d’obtenir de nouvelles pistes d’orientation ainsi que des indications bibliographiques.

2.2.3 Groupes cibles et échantillonnage

La recherche des actions et interactions entre les différents acteurs autour de la maladie en général et de l’Ulcère de Buruli en particulier ne pouvant pas de toute évidence se faire auprès de tous les acteurs concernés, il est apparu nécessaire de constituer un échantillon, c'est-à-dire une unité représentative de la totalité des acteurs sociaux concernés. Pour ce faire, il a été procédé d’abord à la définition des groupes cibles puis ensuite à la détermination des effectifs à enquêter par groupe cible.

2.2.3.1 Groupes cibles

Les groupes cibles ont été définis en fonction des hypothèses de travail et des objectifs de la recherche. La démarche méthodologique a permis de distinguer deux groupes cibles auprès desquels différents types de données ont été obtenus. Ces groupes cibles et les catégories sociales qui les constituent se présentent comme suit :

Tableau II: *Groupes cibles et catégories sociales enquêtés*

N°	Groupe cible	Catégories sociales
1	Les acteurs qui gèrent la PEC de l’UB	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmier responsable d’hospitalisation - Les infirmiers de gardes - Médecin responsable d’hospitalisation - Infirmiers des centres décentralisés - Relais communautaires
2	Les acteurs vivant l’épisode de la maladie dans les ménages des patients UB	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux patients en hospitalisation ou en décentralisé - Garde-malades - Membres du ménage du patient UB (hommes et femmes)

Source : *Données de terrain, 2015*

2.2.3.2 Echantillonnage

Etant donnée la nature de la recherche qui est de type qualitatif, la technique d'échantillonnage non probabiliste a été adoptée. A ce titre, la méthode d'échantillonnage par « choix raisonné » ou « cas typique » (Deslauriers, 1991) a été privilégiée pour enrôler les différentes catégories sociales d'acteurs face à la question de recherche relative : aux changements et interactions qui interviennent dans les relations hommes et femmes au sein des ménages pendant le traitement médical du patient UB. Elle a permis alors de prendre en compte d'une part, les unités de recherche constituées des acteurs qui vivent la maladie que sont : les patients et les membres de son ménage voire les proches parents, et d'autre part les acteurs médicaux qui gèrent la santé, composés par les médecins, les infirmiers et les surveillants communautaires que sont les relais. A chaque catégorie d'acteurs, est associé, un canevas de départ en termes de types d'informations attendues.

La taille de l'échantillon a été obtenue par le principe de la saturation de l'information. Autrement dit, il n'a pas été défini dès le départ une taille précise pour l'échantillon. Les entretiens à l'intérieur de chaque catégorie sociale ont été poursuivis jusqu'à ce que les réponses fournies à l'intérieur de chaque catégorie sociale ne varient plus (PIRES, 1997). Cependant, compte tenu du nombre restreint que composent les acteurs qui gèrent la santé au niveau des centres de santé, ils ont été systématiquement tous enrôlés. Ainsi, 91 personnes ont été interrogées comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau III: Répartition des enquêtés

N°	Groupe cible	Catégories sociales	Effectifs
1	Les acteurs qui gèrent la PEC de l'UB	- Infirmiers de garde et des centres décentralisés	10
		- Infirmier responsable d'hospitalisation	01
		- Médecin responsable d'hospitalisation	01
		- Relais communautaires	09
2	Les acteurs vivant l'épisode de la maladie dans les ménages des patients UB	- Nouveaux patients	20
		- Gardes malades	20
		- Membres du ménage des patients : hommes et femmes	30

Source : *Données de terrain, 2015*

L'utilité de cet échantillonnage pour la collecte des données empiriques est faite sur la base de techniques et d'outils de recherches appropriés.

2.2.4 Techniques et outils de collecte des données

Au regard de la nature de la recherche qui se veut être une recherche qualitative, les techniques qualitatives sont ici privilégiées. Il s'agit essentiellement de l'entretien et de l'observation. L'analyse documentaire a été également mise à contribution. Pour la recherche documentaire, l'outil et la méthode appliqués sont respectivement la fiche de lecture et l'analyse de contenu.

Deux techniques d'entretien ont été utilisées. La première, l'entretien libre ou non directif ne nécessite pas un outil de collecte particulier. Un canevas indiquant le cadre général, a permis sa mise en œuvre comme le recommande (Fassin , 1992). Elle a servi à recueillir le récit de vie des patients et des membres de leur ménage sur les difficultés liées au traitement de l'UB. La deuxième technique d'entretien a été un entretien semi directif individuel, composée des questions qui sont ouvertes et en nombre restreint. Il a été exécuté au moyen de guide d'entretien.

Le guide d'entretien ne pouvant à lui seul fournir toutes les informations relatives au sujet de recherche, l'observation directe s'y est imposée. Étant donné que la communication n'est pas que verbale, les gestes, les comportements, les stratégies etc. perceptibles et doués de sens, aussi bien dans les centres de santé, qu'au niveau des ménages ont été pris en compte. A cet effet, la technique d'observation a été également utilisée au moyen d'une grille d'observation.

L'exploitation de ces techniques et outils de même que toutes les phases de la recherche, s'inscrivent dans une durée. Ils sont suivis par un chronogramme.

2.2.5. Chronogramme de la recherche

Tableau IV: *Chronologie des activités de recherche*

N°	Activités	Périodes
1.	Choix du sujet	Août 2014
2.	Exploration	Octobre 2014
3.	Rédaction du protocole	Novembre Décembre 2014
4.	Collecte des données	Janvier-Avril 2015
5.	Traitement et analyse des données	Mai 2015
6.	Rédaction du mémoire	Mai- Juillet 2015
7.	Correction et relecture	Octobre Novembre 2015
8.	Dépôt	Novembre
9.	Soutenance	Décembre 2015

Source: *Données de terrain, 2015*

2.2.6. Traitement et analyse des données

Le traitement des informations qualitatives est fait manuellement. Les données qualitatives sont saisies après la collecte. Elles sont ensuite catégorisées en vue de faciliter la triangulation tant des sources, des profils que des informations elles-mêmes. Enfin, les données issues de la recherche documentaire ont été également nettoyées et ordonnées suivant les axes de la présente recherche. Les informations contenues dans les différents documents ont été croisées et mises en parallèle avec celles issues des recherches empiriques. Il en est de même pour les bases de données obtenues. En conséquence, l'analyse a consisté à faire une triangulation des trois catégories de données ainsi que leurs recensions. Les informations retenues ont été ensuite présentées, croisées commentées et interprétées en fonction du cadre théorique décrit plus haut.

2.2.7 Aspects éthiques de la recherche

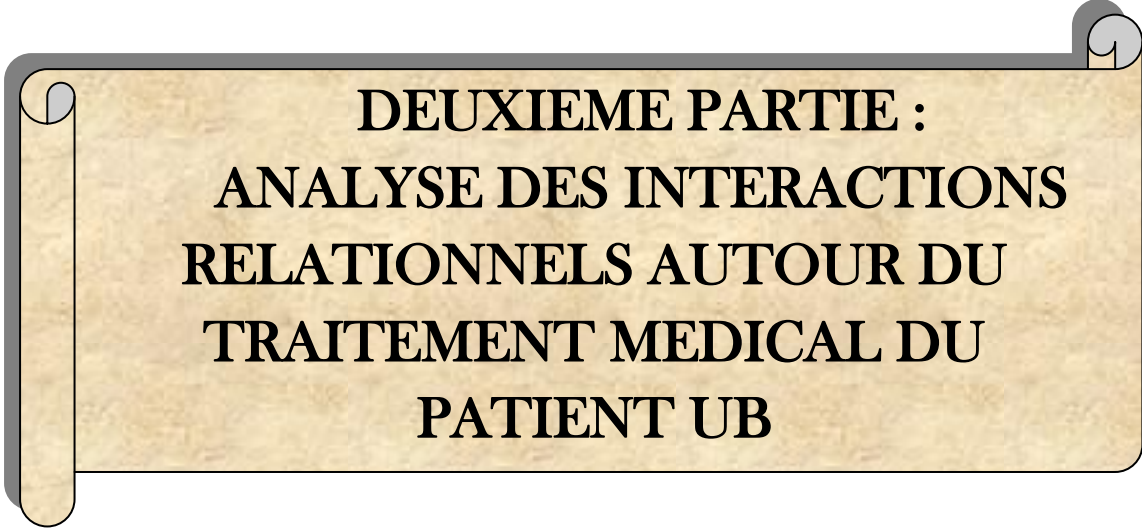
Dans le cadre de cette recherche, des précautions ont été prises en matière d'éthique. Au niveau du CDTUB d'Allada qui constitue le cadre du travail, l'autorisation du directeur du centre a été obtenue pour la conduite de cette recherche. Ce qui a permis de conduire librement la collecte des données sans aucune objection. La participation de tous les répondants a été strictement volontaire. Le consentement éclairé de l'enquêté(e) a été obtenu. Les enquêtés ont donné leur accord à la participation aux interviews après avoir été au préalable informés en détail sur les objectifs de la recherche. Il leur a été garanti une totale confidentialité des informations issues des interviews.

2.2.8 Limites de la recherche

La présente recherche aurait été menée plus en profondeur pour identifier les déterminants liés au genre qui participent ou entravent l'adhésion au traitement biomédical de l'UB. Mais elle s'est juste appesantie sur les influences que la présence à l'hôpital d'un patient UB génère dans les relations au sein du

ménage dans la perspective de déconstruire pour atteindre par la suite cet objectif. En effet, l'histoire de vie des enquêtés sur les rôles et difficultés suivant le genre liés au traitement biomédical de l'UB comportes des biais. Elle laisse présager certains aspects "non-dits" au niveau des informations se rapportant au devenir des couples après l'épisode de la maladie. Cet état de fait, nécessite une immersion dans la communauté pour comprendre les réalités socioculturelles autour des enjeux conjugaux du séjour prolongé de la femme et de l'homme en dehors du ménage. Car, cette réalité liée à la délocalisation d'un membre stratégique du ménage semble participée au refus ou à l'abandon du traitement médical de l'UB.

La principale difficulté rencontrée dans le cadre de la présente recherche est relative à l'existence de la documentation. Il existe très peu d'écrits scientifiques récents traitant ce domaine de recherche en général et touchant particulièrement le cadre de l'ulcère de Buruli. Ce qui explique la présence d'anciennes références dans le document.



**DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE DES INTERACTIONS
RELATIONNELS AUTOUR DU
TRAITEMENT MEDICAL DU
PATIENT UB**

Chapitre III : RAPPORT GENRE DANS LA COMMUNE DE ZE ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'UB

L'on ne peut analyser les actions et interactions relationnelles entre les hommes et femmes pendant le traitement de l'UB dans cette communauté, sans aborder les généralités sur la relation genre qui y existaient d'une part, et les mesures d'organisation sanitaire de l'UB d'autre part.

3.1. RAPPORT GENRE DANS LA COMMUNE DE ZE

Il est question dans ce premier sous-chapitre de faire un bref aperçu sur les relations qu'entretiennent les hommes et les femmes dans les divers domaines qui régulent, la vie au sein de la communauté.

3.1.1 Relation homme et femme dans l'organisation sociale de la commune

L'intérêt de l'analyse des relations entre les hommes et les femmes découle de la place qu'occupe la femme dans la Commune de **Zè**. Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3) de 2002, la commune de **Zè** est en majorité rurale (84,92%). En effet, l'organisation sociale est basée sur un certain nombre d'institutions telles que les royautés, les collectivités, les conseils de sages. Les mœurs telles que : le lévirat, l'exclusivité du droit d'héritage à l'homme régulent le fonctionnement de la société et viennent en appont aux institutions locales étatiques. Ce faisant, les femmes sont toujours très minoritaire en matière de représentativité au niveau des institutions communautaire, locale étatiques. A cet effet, aux dernières élections communales de l'année 2015, sur les onze (11) chefs d'arrondissement élus, seule, une (01) place a été accordée à la gente féminine. Au niveau local, pour l'heure, elle fait toujours office de parent pauvre. Il est important de noter que la femme est marginalisée dans ces institutions, bien qu'elle joue un important rôle dans la production et la génération du revenu.

Malgré cette disparité, toutes les ouvertures leurs sont accordées pour adhérer aux groupements féminins de production et de transformation. La

société lui reconnaît son rôle de pilier dans la promotion du bien-être intégral, non seulement à travers son activité de reproduction, mais aussi à travers sa contribution dans les activités productives des secteurs clés de l'économie, comme l'agriculture, le commerce.

3.1.2 Organisation du travail au niveau des ménages

La relation homme et femme au sein des ménages est le reflet de l'organisation sociale de la population de commune de **Zè**. Au sein des ménages et des familles, les hommes et les femmes jouent différents rôles. Ainsi, suivant l'organisation sociale traditionnelle de la commune, des statuts et rôles selon le sexe ou l'âge sont attribués aux individus tant dans la communauté qu'au sein des ménages. En effet, les femmes doivent concilier différents rôles. Mères, épouses et actrices économiques, les femmes assument la majeure partie du travail domestique : entretien de la maison, la collecte de l'eau, la cuisine, etc. Elles sont les principales responsables de l'éducation des enfants et des soins aux personnes âgées et aux malades. Ainsi, la femme tout en fournissant des biens et services à la famille, s'adonne aux activités rémunératrices. Quant aux hommes, ils ont toujours eu un rôle mineur dans les tâches domestiques. Ils sont supposés avoir un travail rémunéré à l'extérieur du ménage. Ils participent de ce fait, au bien-être de la famille par des revenus issus de leurs activités extra familiales. De façon générale, la majeure partie des dépenses du ménage repose sur les hommes parce qu'ils sont considérés comme les chefs du ménage. Ceci n'empêche cependant pas la contribution des femmes dans cette gestion.

Mais, face au problème de chômage et la précarité de la vie dans cette zone rurale, la proximité avec le Nigéria et la porosité de la frontière bénino-nigériane, ont favorisé le déplacement de bon nombre de chefs de ménage et de jeunes hommes. Ils sont généralement installés dans les villes comme le Nigéria ou dans d'autres communes du Bénin, notamment Cotonou à la recherche de nouveaux marchés d'emploi. Selon les résultats provisoires du RGPH4 2013, la

population de la commune de **Zè** est majoritairement féminine et compte 55.37% de femmes contre près de 52% d'hommes. La plupart des hommes émigrants assurent dans le pays hôte différents métiers tels que : la maçonnerie, la charpenterie, la briqueterie ou encore le commerce. Pour ceux qui se déplacent vers Cotonou (exode rurale), ils exercent généralement le métier de conducteur de taxi-moto communément appelé « *zémidjan* ».

Cette situation explique la présence d'un nombre non moins négligeable de femmes chef ménage (75% des ménages enquêtés) dans cette zone de recherche. Dès lors, une femme seule a une responsabilité double car, d'une part, elle s'engage économiquement pour obtenir des revenus et, d'autre part, elle assume son rôle de femme au foyer. Mais, la participation à cet environnement social et économique ne la soustrait pas de l'autorité parentale de la grande famille. En effet, la famille a le devoir de veiller sur le bien-être de toutes les personnes considérées comme membre. Le rôle de la femme est celui du « chef d'unité domestique » de production de biens, de services ou de revenus (FAO, 1995).

3.1.3 Environnement économiques et genre

Pour les femmes, la production et la reproduction sont deux domaines étroitement imbriqués. Même si la croyance sociale selon laquelle le travail de la terre incombe aux hommes a conduit à allouer à ces derniers les droits sur la terre, les femmes sont beaucoup plus présentes dans la sphère productive. Par les liens du mariage et en l'absence de leurs époux dans le ménage, les femmes devenues momentanément « chef d'unité domestique », sont alors responsables par alliance des terres et y font de nombreuses cultures avec l'aide de leurs progénitures.

L'agriculture constitue la première activité des populations de la commune. La population agricole est estimée en 2002 à 54 079 habitants selon le RGPH3, soit un taux de 74.27% avec une participation importante de la

femme. Les principales cultures pratiquées sont par ordre d'importance : le manioc, l'ananas, le maïs, le palmier à huile et le niébé selon les données de la campagne 2002-2003. A ceux-là s'ajoute la culture de la banane. Selon des données empiriques, les femmes et les enfants sont majoritairement responsables de ces productions ainsi que de leur vente. Dans les processus de production, les tâches sont réparties selon le sexe. Lorsque les hommes s'occupent à défricher les sols, aident à mettre en place les digues, les femmes sèment, piquent et repiquent, protègent les semis, récoltent, emmagasinent et gèrent la vente et la consommation. L'agriculture palmiste dans cette zone rurale est encore traditionnelle. Elle est une activité qui engage les hommes pour l'extraction du vin de palme et sa distillation, de même que la collecte des régimes de noix de palme. L'industrie de traitement de ces noix est le fait des femmes et des enfants. Concernant, les cultures de banane, surtout la variété « Plantin », leur vente est assurée par les femmes qui vont payer d'avance les nouveaux régimes dans les champs des producteurs de la zone. Ces régimes sont ensuite revendus sur les différents marchés de **Zè** aux bonnes dames des villes environnantes (Cotonou, *Allada*, Abomey-calavi, Ouidah etc.). La cueillette de la plupart de ces régimes est assurée par les hommes.

Les activités de transformation sont assez développées dans la commune de **Zè** et s'exercent suivant deux modes : individuel et en groupements (souvent appuyés par des ONG et des projets). Elles occupent un grand nombre d'acteurs et concernent : la transformation du manioc en gari et en tapioca, la distillation du vin de palme en *sodabi*, la préparation de l'huile rouge à partir de la noix de palme, la fabrication du savon artisanal, la préparation du jus d'ananas et de galettes d'arachide (*kouli-kouli*). Obtenus en grande quantité, ces produits sont destinés en majeure partie à la vente et sont l'œuvre surtout des femmes organisées en groupement. Les difficultés liées à ces activités sont notamment: le manque ou l'insuffisance de capital financier, l'archaïsme des méthodes et

outils de travail, la difficulté à se procurer les matières premières et à écouler les produits à cause du mauvais état des voies d'accès.

Dans le domaine des activités du commerce, les femmes font office de grandes actrices. La potentialité en matière de commerce est liée en grande partie à l'abondance de produits agricoles qui constituent près de 70% des échanges dans les cinq marchés locaux que compte la commune. Les deux principaux atouts du commerce dans la commune sont : la forte productivité vivrière et la proximité des centres urbains tels que : Cotonou, Abomey-Calavi et *Allada*.

En somme, les différentes cultures mobilisent en général une main d'œuvre féminine plus nombreuse pour la production et la vente. La participation des femmes aux activités économiques dans la commune de *Zè* est importante. Cette participation leur a permis d'acquérir un pouvoir économique qui leur permet de valoriser un tant soit peu leur contribution au bien-être de la collectivité et de satisfaire aux différents besoins du ménage notamment en absence des époux.

3.1.4 Genre dans la production de santé au sein des ménages

Ici on fait état des rôles assignés à chaque membre du ménage suivant le sexe et l'âge lors de la survenue d'une maladie pendant la durée de traitement, qu'il soit à domicile ou dans une structure externe.

3.1.4.1 Production domestique de santé lors de la survenue de la maladie

« La production domestique de santé est l'ensemble des tâches réalisées par un des membres du ménage en vue d'améliorer l'état de santé d'un membre de ce même ménage » (Flori, 1995). A cet effet, elle comprend les soins courants et sans gravité (automédication), pour lesquels on considère qu'il n'y a pas nécessité de recourir à des professionnels de soins en médecine moderne ou traditionnelle. Ce traitement est le fruit des connaissances en richesses naturelles

transmises de génération en génération ou encore issu de l'expérience d'un membre de l'entourage.

Au niveau des ménages dans la communauté rurale de *Zè* comme généralement au Bénin ou en Afrique, la prise en charge de la défaillance en santé d'un membre est de la prérogative de la femme. Elles sont responsables du « retour à la santé » des enfants et des personnes âgées. En effet, les personnes malades bénéficient des différents soins et de la veille qui conjointement laisse place à la douceur et à la tendresse maternelle. Au cas où la "gardienne de la maison" devrait s'absenter, cette tâche est confiée en toute liberté à l'une des filles ou femmes de la maison.

Dans ce processus de la prise en charge à domicile, l'homme n'intervient que lorsque les différents traitements semblent être inefficaces.

3.1.4.2 Rapport décisionnel dans le choix thérapeutique et implications sur les membres du ménage.

Les femmes, par éducation sont en grande partie responsables dans l'identification d'une affection (maladie) et choisissent finalement le type de traitement à donner dans le ménage. Mais elles attendent toujours l'implication de leur mari et ou d'autres personnes responsables de la famille dans la décision de la prise en charge d'un enfant à l'extérieur de la communauté. De telles décisions au sein du ménage sont soumises à des processus comportementaux et dynamiques qui sont influencés par des normes de pouvoir face au statut du malade dans le ménage, l'accès et le contrôle des ressources disponibles pour le paiement du traitement, les normes de responsabilité de la charge économique, la situation de la famille, et surtout la qualité de la relation entre les parents et les autres membres de l'entourage, c'est-à-dire la grande famille.

3.2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'UB

Il est abordé ici les mesures réglementaires mises en œuvre par le système sanitaire dans sa procédure de prise en charge et aussi celui de la communauté dans la gestion du problème de l'affection chronique qu'est l'Ulcère de Buruli.

3.2.1 Ressources disponibles dans le contexte de la prise en charge

Face à l'importance grandissante du problème de santé qu'est l'ulcère de Buruli, le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) sous la direction du Ministère de la Santé a mis en œuvre des plans d'actions visant à rendre plus performant le système de prise en charge et à augmenter le taux de prévalence au niveau des différents centres avec un délai de dépistage plus précoce. Pour ce faire, des stratégies ont été mises en place par le Programme. Au nombre de ces stratégies on peut citer : la sensibilisation des communautés, la formations des relais communautaires, la surveillance épidémiologique de la maladie, etc.

3.2.1.1 Relais communautaires

Formé sur la reconnaissance symptomatique des diverses formes de manifestations de l'Ulcère de Buruli, ces relais servent d'intermédiaire entre les agents de santé et la communauté. Ils ont pour tâche de suspecter, sensibiliser, convaincre et de référer les cas vers les centres spécialisés ou même les y conduire. En cas de résistance, ils informent les responsables de soins ou les infirmiers superviseurs qui viennent pour les aider à convaincre le patient. Ils constituent les yeux des agents de santé au niveau communautaire.

Grâce à leur travail, on note une croissance exponentielle de la détection qui tourne autour de 1000 cas chaque année avec 50% de forme précoce sur tout le plan National (Johnson, 2006).

Dans la commune de **Zè**, ces agents intermédiaires ont des statuts divers. Parmi eux nous avons : des enseignants, des personnes ressources au niveau

communautaire, des aides-soignants, des tradipraticiens, d'anciens patients et d'autres volontaires locaux.

Sur le plan organisationnel, une zone d'intervention est attribuée à chaque relais communautaire. La commune de **Zè** dispose au total de vingt-cinq relais communautaires. La zone d'intervention délimitée pour les enseignants comprend les complexes scolaires (cours primaires et secondaires). Le rôle des relais communautaires enseignants est de sensibiliser et de référer au besoin, les écoliers et élèves suspectés. Les autres catégories de relais communautaires sont réparties par zones d'intervention suivant la densité de chaque milieu. Mais cette répartition interne du travail au niveau communautaire ne constitue pas un obstacle à l'interpénétration des zones d'intervention dans le cadre de la recherche de nouveaux cas suspectés. Les informations sont relayées au sein du groupe de relais.

Le travail des relais est à but non lucratif et n'a que pour seules récompenses : la satisfaction morale que leur procure le bien-être des membres communautaires, de la population ; la reconnaissance des patients ou de leurs familles ; le gain au prestige de travailler aux côtés des médecins chefs considérés comme des élites hors pair et l'espoir d'appui ultérieur.

3.2.1.2 Centres de santé

Pour se rapprocher beaucoup plus de la population et l'inciter à faire face à une prise en charge précoce et qualifiée, différentes actions ont été entreprises par les responsables du Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli.

En effet, sous l'instruction du médecin chef, le personnel soignant du CDTUB d'Allada est dépêché dans les villages endémiques pour les séances de sensibilisations dans le but de l'amélioration de l'éducation sanitaire de la population.

Pour avoir l'impact des sensibilisations sur la population, des séances de formation des agents de santé périphériques ont été organisées et les différents

centres de santé de la commune de **Zè** publics comme privés sont dotés d'équipements primaires pour les premiers soins après dépistage (diagnostic clinique, médicaments, injections, pansement).

La carte sanitaire de la commune de **Zè** comporte deux maternités, un Centre de Santé Communal (CSC), un Dispensaire et sept Centres de Santé de l'Arrondissement (CSA). Vu la densité de la population de **Zè** et les difficultés d'accès aux différents centres de santé de certaines localités endémiques à causes de la trop grande distance et aussi de la non praticabilité de certaines voies, certains centres de santé privés de ces zones sont identifiés et intégrés dans la politique de la prise en charge décentralisée.

3.2.2 Prise en charge médicale de l'UB dans la zone de recherche

L'une des stratégies actuelles qui vise à réduire les souffrances, les incapacités et les coûts socio-économiques en rapport avec les patients est la prise en charge des cas en décentralisé. Pour parer aux difficultés économiques, géographiques, sociales auxquelles sont confrontés les patients et leurs proches, le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli s'est appuyé sur les recommandations édictées par l'OMS, qui conseillait d'utiliser les centres de santé dans la recherche active des cas. Les centres s'occupent de l'établissement du diagnostic clinique puis envoient les patients aux CDTUB pour le diagnostic biologique, les examens complémentaires, la chirurgie et la rééducation. Les patients peuvent retourner au centre de santé de leur village ou du village voisin pour les soins postopératoires.

En effet, suivant le protocole, la prise en charge des cas sur cette nouvelle base se fait suivant trois phases :

- la phase médicale, avec un traitement antibiothérapie (rifampicine et streptomycine) ;
- la phase chirurgicale (excision et cicatrisation) ;
- la phase physiothérapie (rééducation).

Dans cette dynamique de se rendre plus accessible aux patients qui rencontrent de grandes difficultés financières et/ou de transport, le système de santé s'appuie d'une part sur les relais communautaires et d'autre part sur les centres de santé proches des zones endémiques, formés et équipés pour la cause. Les relais en ce qui les concerne, jouent un rôle très déterminant dans le processus de référencer les nouveaux cas vers les différents centres de santé formés et équipés. Les centres de santé de proximité (publics comme privés) servent de premier contact et de sensibilisation par excellence pour les patients et leur famille. Ce sont eux, avec l'aide des relais qui envoient les patients vers le centre d'Allada. Cette stratégie permet d'exécuter la première phase du protocole de la prise en charge, du fait que les agents de santé ont été formés au diagnostic, au traitement par l'association médicamenteuse et aux soins des plaies, essentiels pour les nouveaux cas.

Cette phase d'injection et de prise de médicament dure 56 jours. Les deux autres phases de la prise en charge se font par les agents du CDTUB d'Allada. Suivant un planning organisationnel défini par le CDTUB, un véhicule assure le transport des nouveaux cas des villages vers le centre d'Allada pour des examens, l'excision, la chirurgie et le contrôle.

Par contre dans les pays de la sous-région, la stratégie opérationnelle de la prise en charge diffère un tout petit peu. Les cas sont dépistés et traités sur le terrain suivant la catégorisation des lésions. Et c'est ceux qui sont au stade ulcère (lésions multiples et osseuses) qu'on réfère vers les centres spécialisés. C'est le cas par exemple de la Côte d'Ivoire où une équipe mobile fait le dépistage précoce dans les villages, donne une antibiothérapie, exécute des opérations bénignes, et un centre de santé de district, qui s'occupe des cas plus lourds, référés par des agents de santé communautaires. Ceci favorise davantage la population en ce qui concerne le coût socioéconomique infligé. Etant donné que, les victimes de l'Ulcère de Buruli sont souvent issues de milieux

défavorisés et par conséquent, ne disposent pas de moyens nécessaires pour supporter un long séjour sanitaire.

Chapitre IV : RAPPORT GENRE DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT UB A ZE

Ce dernier chapitre de mon travail de recherche est axé sur la description et l'analyse des interactions qui naissent dans les relations hommes et femmes au sein des ménages pendant le traitement du patient UB. Ainsi, il est subdivisé en trois sous-chapitres : relation homme et femme face à la décision du traitement ; participation différentielle selon le sexe et le statut du membre de ménage et l'analyse des implications sexospécifiques au sein du ménage.

4.1. RELATION HOMME ET FEMME DANS LA DECISION A L'ADHESION AU TRAITEMENT MEDICAL DU PATIENT UB

On ne peut pas aborder cette partie sans faire un bref aperçu sur la connaissance préalable de la communauté de *Zè* sur l'Ulcère de Buruli et son traitement médical. Car, elle y participe du choix décisionnel de sa prise en charge.

4.1.1 Connaissance préalable de l'UB et sa prise en charge.

L'efficacité de la mise en œuvre du protocole de prise en charge de l'Ulcère de Buruli a permis aux populations d'accéder à une autre dimension de l'étiologie de la maladie. Ces dernières commencent progressivement à construire une nouvelle nosologie de l'Ulcère de Buruli. Ainsi, il n'est pas rare de les entendre désigner l'Ulcère de Buruli par « *jɔboku* » alors qu'il y a quelques années encore, elles la désignaient par « *jɔmaku* ». Quand ces populations ne veulent pas lier la maladie à son évolution, elles l'assimilent au centre qui, seul, permet de la traiter, d'où « *aladakpa* ».

Ainsi, selon la population enquêtée de la zone, la seule possibilité de vite guérir efficacement de cette affection est le traitement médical. De ce fait, 98% des personnes entretenues ont déclaré avoir au moins une fois vécu l'expérience de la prise en charge de l'UB. C'est-à-dire que l'un des membres de leur famille respective ou entourage a déjà fait la maladie et a été traité dans l'un des CDTUB du Bénin.

Cette connaissance préalable de la population sur le traitement de l'UB crée des stéréotypes dans le mental. L'évocation de la survenue de cette affection, fait renaître un épisode d'expérience contraignante de la gestion de production de santé au sein des ménages, où la femme aux différentes étapes de sa vie, se retrouve être la cheville ouvrière pour assurer ce « retour à la santé ». Ce mouvement pendulaire entre la maison et les instances de traitement de la maladie impacte sa vie, durant toute la durée de traitement, surtout lorsque le recours au traitement est tardif en raison de la situation géographique des centres de traitement, des contraintes sociales et économiques des ménages.

4.1.2 Décision du traitement médical de l'UB au sein du ménage

Au sein des familles, l'adhésion à la prise en charge de l'UB malgré sa gratuité est tributaire du pouvoir économique des ménages pour faire face aux autres dépenses afférentes au traitement. Elle est aussi, surtout fonction du pouvoir décisionnel du chef de ménage ou de la famille malgré la volonté manifeste des autres membres du ménage. Mais cette décision n'est pas dépendante du sexe du patient. Selon le père d'un patient *« l'être malade doit être soigné sans distinction de sexe »*.

Pour la plupart des personnes enquêtées, la décision de la femme vient appuyer celle de l'homme. Comme l'ont démontré nombre de recherches sur le pouvoir décisionnel de la femme au sein de nos sociétés, cette dernière reste et demeure la dernière personne que l'on consulte et qui subit les implications que génère cette décision.

Il s'en dégage, une certaine domination de l'homme sur la femme dans nos sociétés. Ceci reste un phénomène social critiqué par Bourdieu (1998) qui assimile cette domination, qu'au demeurant rien ne justifie, et qui est imposée et subie par les femmes à : « un ordre établi, avec ses rapports de domination, ses droits et ses passes droits, ses privilèges et ses injustices; ordre établi qui se perpétue en définitive aussi facilement, mis à part quelques accidents

historiques, et que les conditions d'existence les plus intolérables puissent si souvent apparaître comme acceptables et même naturelles.»

Ce pouvoir décisionnel de l'homme chef de ménage ou de la famille est plus attendu surtout lorsque, le patient après les soins en décentralisé devrait poursuivre en hospitalisation le traitement chirurgical au CDTUB Allada. A cet effet, plusieurs facteurs interviennent : le coût économique des autres charges afférentes au traitement, la disponibilité de la personne qui jouera le rôle de garde-malade, les représentations autour de la délocalisation de la femme épouse au foyer.

Dans cette communauté à dominance *AİZO* le séjour de l'homme hors du ménage dans un milieu urbain, n'est culturellement pas conçu de la même manière que celui de la femme. Il est souvent sujet de représentation, ce qui explique la réticence de certains chefs de ménage face au traitement médical de l'UB.

Encadré n° 1

Ici, la femme est la mère de tout le monde. Et quand on dit maman, c'est une responsabilité qui veut que la femme reste à la maison, veille sur les enfants son mari et les autres membres de la famille. L'homme lui, peut sortir. Non seulement, il peut faire des voyages et y rester pendant longtemps, pourvu qu'il envoie chaque fois le nécessaire à sa famille. Ça c'est la responsabilité de l'homme. Vous allez remarquer ici dans les ménages qu'il y a plein d'hommes chef ménage qui ne sont pas ici. Plus de la moitié sont au Nigéria à la recherche de l'argent pour assurer le bien-être de leur famille. Combien de femmes au foyer peuvent faire ça ? Aucune ! Une fois marié tu n'as que pour demeure la maison de ton mari. Tu peux aller par moment rendre visite à ta famille, mais pas pour une longue durée. Chez nous la femme qui va rester longtemps hors du ménage est considérée comme une femme infidèle qui peut tuer son mari banalement, donc qu'il faut éviter. Si elle va faire une très longue durée hors du ménage et hors des yeux des membres de la famille et de la communauté, c'est grave ! Personne ne sais ce qu'elle est allée faire de sa vie sexuelle qui est sacrée pour nous. C'est pourquoi il est difficile de laisser nos femmes aller rester au centre de santé pendant trois mois, six mois, même des années dans votre centre de santé d'Allada. C'est difficile ! Et encore très difficile à accepter par les autres membres de la famille et la communauté, même si toi tu as confiance en la fidélité de ta femme. Et pour tout éviter il faut choisir une grande mère ou un jeune enfant pour assurer ce rôle de garde-malade. Ce qui est sûr, l'hospitalisation n'est pas une expérience facile pour l'homme. (A.35 ans, père d'un malade en hospitalisation).

Source : Données de terrain, 2015

L'autre aspect qui conditionne aussi la décision est la caractéristique du ménage. En effet dans un ménage monoparental, lorsque la femme est chef ménage, cette décision lui revient en partie. Pour les population enquêtées, 10% des femmes chef ménage ont avoué avoir pris cette décision sans faire recours à une autorité hiérarchique de la famille contre 90% qui ont déclaré avoir obtenu d'abord l'accord d'un des membres de la famille de son enfant avant l'adhésion complète au traitement, même si ces derniers n'ont eu aucun investissement financier dans la gestion du retour à la santé de leur enfant. Ainsi, il a été noté que l'adhésion au traitement médical, démontre toujours le pouvoir patriarcal dans toute décision : *« Je suis la grande tante de l'enfant, en tant que responsable des membres de l'un des groupes communautaires qui s'occupe de la détection des cas suspects, mon petit frère a gardé en secret la maladie de mon neveu. Et ce qui est encore plus grave, il l'amène chez un tradithérapeute pour les soins parallèles. Lorsque j'ai vu l'état de l'enfant, j'ai donné d'abord une paire de gifles à mon frère. Sans même écouter ses explications, j'ai rapidement conduit l'enfant au centre où, il a suivi les soins en compagnie de sa grande mère. Moi j'étais prise dans mes activités »*, selon les propos d'une enquêtée.

On peut alors comprendre par-là, que le pouvoir décisionnel de la femme est fonction du lien patriarcal que cette dernière a avec le père de la famille et aussi de la position qu'elle occupe dans l'ordre des enfants. Cet état de chose est dû au fait que, nous évoluons dans un régime patriarcal où lorsque tout va bien, la femme peut à elle seule assurer le bien-être des enfants. Mais lorsqu'un événement malheureux advient, l'autorité paternelle apparaît. La mère de la patiente Blandine s'explique : *« Lorsque tu amènes l'enfant à l'hôpital et tu ne dis rien à son père ou aux parents du papa si ce dernier n'est pas présent c'est grave, car, on ne sait jamais, si quelque chose arrive à l'enfant tu auras tous les problèmes du monde. Et ils vont te montrer qu'ils sont parents. Lorsque l'enfant*

n'a rien on ne veut même pas savoir s'il existe. Pour tout éviter, il vaut mieux les informer ».

C'est une situation qui fait état des types de violence dont parle l'œuvre de Bourdieu (1998). Ce dernier pense qu'en état de domination masculine qu'on assiste à de « violence dissimulée », de « violence symbolique » ou encore de « violence discrète ». En effet, elle est douce, insensible, invisible pour ses victimes. Aussi, s'exerce-t-elle pour l'essentiel par les voies purement symboliques de la communication et de la connaissance ... ».

Dans les ménages recomposés où, c'est l'homme qui a la charge de l'enfant, toute décision de la prise en charge lui revient. Et la femme, même si elle a la volonté n'a souvent pas la chance de s'occuper de son enfant, parce que faisant désormais partie d'un autre ménage, où la fréquentation d'un ancien mari peut générer d'autres problèmes conjugaux. Avec celle qui désormais, tient les rênes de la maison, tout autre philosophie se tisse autour de la garde de l'enfant de la coépouse au détriment des siens.

A cet effet, même si la femme considérée comme l'être inférieur acquiesçant toute décision, son mutisme devant cette situation est participative à l'adhésion ou non de la PEC de l'UB. Car c'est devant sa disponibilité et sa volonté à assurer cette charge que l'homme pourra décider du choix de traitement.

Face à cet état de fait, on peut alors conclure que la femme même dans sa posture d'être inférieur a souvent le dernier mot devant certaine situation au sein du ménage. Le silence participe également de la prise de décision des hommes au sein du ménage lors du choix thérapeutique et de son accompagnant. Je peux alors assimiler ce silence à un type de domination que l'on pouvait qualifier de « domination masculine apparente ».

4.2. PARTICIPATION DIFFERENTIELLE SELON LE SEXE ET LE STATUT DES MEMBRES DU MENAGE LORS DE LA PRODUCTION DE SANTE.

Il est bien de rappeler ici que la production de santé dans un ménage, fait appel à un processus comportemental dynamique, par lequel il faut rétablir, maintenir et promouvoir la santé des différents membres qui composent un ménage. Cette production de santé au sein des ménages est généralement et en grande partie dévolue aux femmes. Ce sont elles qui s'occupent de la santé des enfants, des parents et des personnes âgées.

En effet, les règles au sein des communautés de la commune de **Zè** et plus particulièrement dans les ménages ne diffèrent pas de celles observées partout en ailleurs au Bénin et en Afrique. Lorsque dans un ménage, un membre tombe malade c'est d'abord la femme qui donne les soins primaires. La touche de l'homme intervient lorsque la situation perdure et nécessite une prise en charge externe (dépenses et « l'isolement social » d'au moins deux membres du ménage). Il s'en suit que le retour à la santé devient une gestion collective dont la participation des hommes et des femmes apporte le bien-être au sein de la famille. Dans cet exercice, les hommes et les femmes assurent des responsabilités distinctes au sein du ménage.

4.2.1. Accompagnement du patient UB : une prérogative féminine.

Comme nous venons de le mentionner plus haut, l'accompagnement du patient UB est l'un des points fondamentaux de l'adhésion au traitement médical des ménages. Car l'hospitalisation du patient nécessite la présence d'un membre de sa famille qui pourra non seulement l'aider dans le suivi des soins mais aussi et surtout s'occuper des autres tâches du centre.

- En hospitalisation

Le CDTUB d'Allada étant un centre à caractère social, ne disposant pas de ressources pouvant lui permettre de prendre des agents d'entretien pour

assurer l'entretien des infrastructures et espaces comme au CNHU de Cotonou, sollicite la participation des familles dans la gestion des tâches de salubrité.

Dans la plupart des cas, le choix est porté sur la femme (accompagnant ou garde-malade) pour assurer la salubrité du centre et l'aide au malade, qui apparaît d'emblée comme une activité domestique, souvent inscrite comme actes d'intimité et d'affectivité. Cette perception est très bien assimilée par les accompagnants dont l'un d'entre eux a déclaré ce qui suit : « *Être au pieds d'un malade à l'hôpital c'est un sacrifice, c'est un don de soi, et c'est le devoir de la femme. C'est elle qui est la mère qui nous a gardé depuis qu'on est bébé et ce travail est juste une continuité* » (Ignace père d'un patient hospitalisé).

Pour la plupart des hommes enquêtés, le rôle de garde-malade est une tâche destinée à la femme car c'est elle qui peut :

- laver le malade ;
- s'occuper de ses soins vestimentaires ;
- être aux petits soins surtout lorsqu'il est immobilisé dans le lit d'hospitalisation ;
- lui préparer à manger ;
- passer les serpillères ;
- et aussi l'accompagner et l'assister aux soins.

Pour les personnes enquêtées, il apparaît pour eux qu'un homme se trouverait gêné dans cet exercice avec le regard des autres. Martin le frère de l'un des patients nous donne son avis sur le rôle de garde-malade en ces termes : « *Moi, il me serait vraiment difficile de jouer ce rôle et encore au sein de cette communauté de femme, ou tous les regards seront tournés vers moi. Dans un second temps je ne peux laver quelqu'un, être aux petits soins surtout quand il est bloqué dans son lit. Ça c'est le travail des femmes. Elles sont déjà habituées et l'homme ne peut pas venir s'asseoir au centre pendant des mois et dire qu'il est en train de jouer le rôle de garde malade. L'homme peut de façon*

exceptionnelle venir relayer si c'est vraiment nécessaire pendant un ou deux jours s'il n'a pas d'activité et repartir ». Ainsi, sur les vingt (20) patients enrôlés au cours de la collecte, aucun d'entre eux n'a comme garde-malade un homme. La présence d'un homme auprès d'un malade lors de son séjour est bien un acte de visite de soutien que ce dernier apporte au malade et à son accompagnant ou garde-malade.

Selon les agents de santé la latitude est laissée aux parents dans le choix du garde-malade. C'est-à-dire une personne active capable de s'occuper du malade et supporter les difficultés liées à ce travail. Cependant, suivant les observations il est souvent rare de voir un homme se sacrifier en assurant cette tâche. Pour l'infirmier responsable de l'hospitalisation du CDTUB Allada : «les quelques-uns qui l'assurent font acte de présence physique et négocie avec d'autres femmes garde-malades l'exécution des différentes tâches. Par contre, dans ce lot on retrouve des hommes qui assurent ces tâches avec dextérité. Bien sûr qu'ils représentent des cas rares » (infirmier responsable de l'hospitalisation).

- *En traitement ambulatoire*

Le traitement ambulatoire, est un traitement qui se fait en décentralisé sous la surveillance des agents de santé et des relais communautaires de la localité. L'accessibilité géographique de ce traitement permet aux patients UB de rester dans leur communauté et de suivre les soins d'antibiothérapie pendant 56 jours. Même si ces centres sont parfois éloignés des villages de provenance des malades, ceci permet d'éviter « l'isolement social » du patient et de sa famille au cours de la première étape du traitement médical de l'Ulcère de Buruli.

A cet effet, pour les femmes enquêtées, le traitement en décentralisé est plus ou moins soulageant. Dans ce contexte n'importe qui, en fonction de son occupation du jour, peut accompagner rapidement le patient au centre, si c'est

un jeune enfant. Si c'est une personne âgée, cette dernière n'a souvent pas besoin d'être accompagnée. *« C'est juste la première semaine que je l'ai accompagné. Il y est toujours allé seul les autres jours, ou des fois je le confie à des voisins qui vont vers le centre de santé »* (mère d'un patient âgé de 12 ans).

Mais, lorsqu'il s'agit des enfants âgés de moins de 12 ans, cette responsabilité incombe d'office à la mère, qui doit faire cette navette pendant les 56 jours que va durer cette prise en charge. *« Comme mon enfant est bébé, je fais le déplacement tous les matins vers le centre de santé. Ce n'est pas facile. Et si tu rates une fois l'agent de santé te crie dessus et te rend coupable des complications qui peuvent advenir. Alors que ce n'est pas facile de marcher de mon village jusqu'ici. Mon mari va chaque fois au champ et n'a pas le temps de nous amener. C'est lorsqu'il a le programme d'aller en ville qu'il peut vous dépanner juste ce jour et c'est fini »* (mère d'enfant UB).

Pour les hommes interviewés, ce traitement permet à chaque membre du ménage de vaquer à ces activités génératrices de revenus et surtout aux femmes de prendre soins des autres membres du ménage. *« Lorsque le traitement est en décentralisé, ceci ne change presque rien dans le ménage. L'essentiel, est que ma femme doit tout faire pour que l'enfant ne manque pas la prise des médicaments et injections. Si par exemple je veux aller en ville, je peux le déposer rapidement et continuer mon chemin. Dans le cas contraire, sa maman peut l'accompagner ou quelqu'un d'autre peut être sollicité. Ma femme n'a pas besoin d'abandonner le ménage pour aller s'occuper du seul enfant en ville. Et je mange régulièrement».* (Parent d'un patient en traitement décentralisé)

Cependant, le mérite du suivi rigoureux de ce traitement pendant les deux mois revient à la femme responsable du ménage. C'est à elle de rappeler chaque jour et même d'inciter le patient dans le suivi du traitement.

Il a été aussi remarqué, même si ceci est loin d'être légion, que les patients de sexe masculin bénéficient beaucoup plus de l'accompagnement et de la tendresse de leur père que les filles. Ce comportement inégalitaire entre les

sexes lors de la survenue de la maladie au sein du ménage trouve son fondement dans la philosophie organisationnelle de la société qui délègue tout pouvoir au sexe dominant. Ce sont eux (les patients de sexe masculin) qui assurent le maintien de la lignée familiale et sont les propriétaires de terres et des biens de la famille. Toutes attentions leurs reviennent. « *Le garçon de la maison a besoin d'être bien entretenu, car c'est lui qui devient responsable lorsque je ne serai pas là. Les filles sont la propriété de leur mère, et quoi qu'on fasse, elles quitteront un jour la famille, et la gestion de la maison et des biens seront à nous seuls* » (père du patient Eric en traitement ambulatoire).

A cet effet, Brugeilles et Sebille (2009) ont montré dans leur recherche sur *la participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants* que le rôle des parents et les relations au sein de la famille fluctuent selon les caractéristiques des enfants, leur âge ainsi que leur sexe.

Dans d'autres cas, le statut du fils unique, renforce également cette aptitude des pères dans le suivi des traitements aussi bien en décentralisé qu'en hospitalisation. Dans ce cas, le rôle de l'accompagnant est assuré par le père. Il en ressort donc que pour le suivi chirurgical, même si cette prérogative revient à la femme qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon, on constate que la présence des pères est plus fréquente lorsqu'il s'agit d'un garçon.

Encadré n° 2

Lorsque dans toute ta progéniture Dieu t'a seulement donné "un garçon", et ce dernier tombe malade, quel sera ton état d'âme ? Ce ne sont pas mes quatre filles qui vont assurer mes arrières lorsque je ne serai plus là ! C'est plutôt la famille. Donc, il faut s'assurer du bien-être du seul garçon du ménage. C'est pour cela que durant les deux mois de traitement ambulatoire, je me suis moi-même occupé de son accompagnement, parce que sa maman peut toutefois être en retard ou manqué le suivi du traitement à cause de ses multiples occupations, et la vie de mon garçon en dépens. Pendant l'hospitalisation c'est vrai que c'est un monde de femme qui assure ce rôle au niveau du centre. Mais je ne manque jamais d'aller leur rendre visite et même veiller à ce que rien ne leur manque. Des fois je remplace temporairement leur maman pour qu'elle vienne régler certains détails de la maison. (F. 39 ans père d'un patient en hospitalisation)

Source : Données de terrain, 2015

4.2.2 Ménage, une gestion inégale entre homme et femme pendant le traitement de L'UB

La particularité de cette gestion réside dans le rapport social qui lie les hommes et les femmes dans le ménage. Comme évoqué précédemment, l'accomplissement des différentes tâches domestiques a été traditionnellement réparti suivant le sexe. Ainsi, les femmes se retrouvent dans la gestion des travaux domestiques et les hommes dans la production économique pour le suivi des membres du ménage. A travers cette répartition qui ne contredit pas les recherches précédentes, il est opportun de nuancer quelque peu la nature des tâches.

4.2.2.1 Garde et surveillance des enfants et des autres membres du ménage

Selon la population enquêtée, la garde des enfants est une prérogative des femmes. Au nombre des tâches à accomplir par la femme, il y a :

- Assurer la propreté corporelle des enfants ;
- faire la cuisine pour toute la famille ;
- assurer la régularité à l'école des enfants ;
- Approvisionner en eau la concession
- Effectuer des courses connexes.

Avec la survenue de la maladie, on constate une modification dans la gestion du temps de travail des femmes qu'elles soient mère, sœur, tante ou grand-mère.

Suivant la composition du ménage, les occupations et la disponibilité des personnes ressources, diverses stratégies sont mises en place par les femmes afin d'assurer pleinement le rôle qui est le leur, même dans cette situation du mal-êtré. Lorsque c'est la mère qui assure le rôle de garde-malade, le choix est porté sur l'une de ses filles surtout l'aînée qui va assurer la gestion courante de la maison sous le contrôle du chef de ménage. Cette nouvelle situation change donc le statut de ce membre de la famille au sein du ménage ainsi que ses attributs personnels. Ainsi, 55% des personnes interrogées, ont eu recours à leurs filles, pour assurer la sécurité des enfants et des autres membres de la famille en l'absence des mères de famille comme l'atteste le témoignage de la sœur d'un patient : *« Notre maman s'occupe de notre jeune frère qui est hospitalisé. Présentement c'est moi qui m'occupe de la préparation du manger et des autres travaux domestiques. Même lorsque maman était présente, je suis celle qui l'aide toujours dans les différents travaux parce que je suis sa grande fille. Je suis déjà habituée. Elle vient nous voir au moins une fois par semaine. »* (Antoinette 14 ans, grande sœur d'un patient en hospitalisation.)

Dans le cas des ménages dirigés par les femmes pour cause de l'émigration du mari ou l'instabilité des relations conjugales, ou encore le veuvage, cette gestion apparaît beaucoup plus difficile car il est très peu prudent de laisser tout un ménage à la charge d'une petite ou jeune fille. Il faut alors les yeux d'un adulte pour assurer au mieux cette veille. Face à cette situation plus ou moins complexe plusieurs possibilités s'offrent aux parents :

- suivant l'âge de la fille, elle est contrainte à veiller sur le malade en hospitalisation, et la maman quant à elle répond à ses obligations de chef intérimaire de ménage en assurant la nourriture aux autres membres du ménage. Cette délégation lui permet de faire des tours de façon régulière au centre pour s'assurer du bien-être de ceux qui sont au niveau du centre de santé. Au cours de l'enquête seulement 10% des personnes interviewées ont reconnu avoir eu recours à leur fille pour les aider dans la gestion du ménage en leur absence. Cette faible proportion s'explique entre autre par l'âge des enquêtés et celui de leur fille la plus âgée, la taille de l'échantillon.

- si la femme, chef de ménage, ne dispose pas de fille pouvant la remplacer, elle fait alors recours à sa mère ou encore à sa belle-mère, si cette dernière et elle, sont en de bons termes. La même stratégie est adoptée pour les mères nourrices.

- dans un autre cas, la femme fait recours à l'une de ses sœurs pour la remplacer dans ce rôle de garde-malade.

- l'autre possibilité est la délocalisation des plus jeunes et le placement des autres enfants auprès des voisins ou autres membres de la grande famille.

Ce sont là les différentes stratégies mises en place par les ménages lors du processus de la prise en charge du malade UB au sein des ménages enquêtés.

On retient globalement que selon les enquêtés, la part de travail des hommes dans le cadre de la gestion revient à assurer l'autorité au sein du ménage dans la perspective du maintien de la socialisation primaire des enfants. En d'autres termes, l'homme est contraint à être plus présent à la maison pour surveiller les enfants. Ceci a une conséquence directe sur le temps des activités ludiques des hommes qui est désormais consacré à la surveillance des enfants et à leur éducation en absence de leur mère. C'est ce qu'affirme un parent de patient en hospitalisation en ces termes : « *Comme ma femme n'est plus là, je deviens le gardien de la maison. Je ne peux plus rentrer à n'importe quelle heure, car il faut que je surveille les enfants. Livrer à leur seule grande sœur, ils pourront faire des bêtises et ce n'est pas du tout bien. Donc il me faut jouer un peu le rôle de l'autorité craintive* » (le papa d'un patient en hospitalisation).

Au regard des informations des personnes entretenues, il peut être retenu que « l'isolement social » du patient UB lors de son hospitalisation désorganise la structure organisationnelle du ménage et fait varier les charges de travail sur les différents membres du ménage.

4.2.2.2 Fourniture des besoins en alimentation

Le besoin en alimentation est essentiel dans le ménage du patient UB et il est assuré en grande partie par l'homme. A l'homme ou le mari incombe donc un devoir, celui de supporter la charge financière des besoins alimentaires des membres à l'hôpital, en même temps que ceux qui sont restés à la maison. A ce titre, 85% des personnes entretenues, ont reconnu que l'homme dans tous les ménages doit satisfaire aux besoins alimentaires de sa famille.

Il se dégage des discussions que pendant tout le processus de la prise en charge médicale du patient UB, le coût financier des besoins alimentaires des membres revient principalement aux hommes dans presque tous les ménages comme l'ont déclaré 85% des personnes interviewées. Qu'il soit une famille dont l'autorité appartient aux hommes ou encore aux femmes, l'homme de la

maison qu'il soit mari ou enfant a pour devoir de s'occuper des activités de production pour prendre en main le règne de la maison. Il doit fournir les matières premières et laisser la charge aux femmes d'en assurer la transformation. Les hommes assument une part importante dans cette gestion. C'est ce que nous explique le jeune frère de l'un des patients : *« après mon grand frère qui est maintenant malade, je suis celui qui s'occupe maintenant de la maison. Je suis devenu le responsable de la gestion des terres de notre papa décédé. Comme mon grand frère est malade et que c'est notre maman qui s'occupe de lui, je dois nourrir les membres du ménage. Lorsqu'on cultive on vend une partie pour avoir un peu d'argent, on mange l'autre. C'est pour ça qu'on ne vend pas tout. Et il faut aussi assurer la nourriture de ceux qui sont à Allada et leur envoyer aussi de l'argent régulièrement. Ce qu'on leur donne là-bas ne peut pas leur suffire »* (le jeune frère d'un patient dont le papa est décédé).

Il y a lieu de retenir qu'en dehors des hommes, souvent vus comme responsables pour fournir la nourriture à la famille, il y a lieu de prendre en compte également le rôle des femmes ou des filles qui participent également aux travaux champêtres, assurent la vente des produits agricoles et parfois s'impliquent dans leur transformation.

Cette habitude des femmes à participer à la vie économique du ménage constitue une capacité à laquelle elles recourent quand elles font face à une longue hospitalisation dans des conditions difficiles telles que l'extrême pauvreté, le défaut de soutiens matériels et financiers des autres membres de la famille, la solitude et l'isolement du couple « patient-accompagnant ». Cette aptitude acquise leur permet de ne pas se baser sur le soutien alimentaire du centre qui est d'ailleurs réservé au patient. Elles s'organisent pour trouver des activités génératrices de revenus qui leur assurent de couvrir les autres besoins.

Cette situation décrite plus haut est celle de 45% des personnes approchées dans le cadre de la présente recherche dont Maman Aline. Cette

dernière est une veuve dont la fille est hospitalisée depuis plus de 3ans. Dépourvue de soutien externe, elle s'organise, et après les soins à sa fille, elle va prendre des articles chez les bonnes dames d'Allada, qu'elle revend pour avoir quelques bénéfices.

Néanmoins, il existe d'autres ménages qui n'attendent que le seul soutien financier et matériel de l'homme étant donné que la femme assure déjà le rôle de garde-malade. Ce que atteste un parent en ces termes : *« Ma femme se gêne déjà pour assurer la garde de notre enfant qui est malade, ce qui n'est pas chose facile je ne peux pas encore lui demander de s'occuper de ses activités de production. C'est vrai que les choses pèsent beaucoup plus sur moi maintenant, parce qu'elle ne pourra plus m'aider dans les dépenses de la maison comme elle le faisait avant la maladie de notre enfant »*

4.3. L'EXPERIENCE DE LA GESTION DU TRAITEMENT MEDICAL DE L'UB : UNE ANALYSE DES IMPLICATIONS SEXOSPECIFIQUES AU SEIN DES MENAGES.

Au-delà du simple constat d'inégal investissement des deux parents dans la gestion de la maladie au sein du ménage, il apparaît intéressant de rechercher quelles sont les implications que génère la gestion de la maladie sur les femmes et les hommes d'une part, les filles et les garçons d'autre part.

4.3.1 Abandon du ménage et le travail des filles

Les crises particulières subies par les ménages peuvent modifier l'attribution du temps des membres du ménage de manière différente. Les recherches limitées sur ce sujet font apparaître que la répartition du temps des filles peut subir des modifications en cas de maladie au sein de la famille.

La charge de travail est répartie sur tous les membres de la famille notamment les filles selon les cas. Elles sont les impliquées dans la gestion de la maladie mais souvent de façon involontaire avec comme conséquence directe une diminution progressive de leur chance d'intégrer la population active ou le

retrait du circuit de l'éducation. Ainsi, les filles en apprentissage seront contraintes à en être soustraites et celles déjà à l'école, retirées pour assurer le rôle de garde malade. Ce qui n'est pas souvent le cas avec les garçons. Ces constats sont corroborés par les données recueillies au Pérou qui indiquent que la maladie de jeunes enfants augmente la charge de travail des filles mais pas celle des garçons (Ilahi , 2001).

Par ailleurs, les travaux de Pitt et Rosenzweig (1990) révèlent qu'une hausse de 29% de l'incidence des maladies d'enfants diminue les chances d'une grande sœur d'intégrer la population active de 25%, celles d'aller à l'école de 15%, et augmente la probabilité de sa participation à l'entretien de la maison de 53%.

Dans le cas du traitement de l'UB dans la commune de Zè, il apparaît qu'à la charge d'une grande sœur, s'ajoute les contraintes d'une petite sœur également qui n'a d'autre choix que de respecter les recommandations des parents pour assurer au mieux le bien-être de sa famille.

Le cas de Reine reste le plus touchant :

Encadré n° 3

Le CDTUB de Allada a reçu en hospitalisation, la jeune AWEDE Madeleine âgée de 11 ans, après les soins en décentralisé.

Pour faire face aux exigences de la prise en charge en hospitalisation du patient UB, la jeune sœur utérine (Reine) âgée de 08 ans et en classe de CE1 a été réquisitionnée temporairement pour assurer le rôle de garde malade auprès de sa grande sœur.

Selon les déclarations de la famille, la maman de Madeleine souffrirait depuis un certain temps, d'une incapacité l'empêchant d'assurer le rôle de garde malade auprès de sa fille malade.

Madeleine et Reine ont d'autres frères et sœurs consanguins, mais ces derniers n'ont pas été désignés pour assurer cette charge.

Madeleine a une grande sœur, mais cette dernière vit en couple et serait nourrisse. Cette situation sociale, l'empêche de s'engager dans le rôle de garde malade avec un nourrisson.

La marâtre de Madeleine quant à elle ne pouvait pas laisser la garde des autres enfants, pour venir s'occuper de Madeleine, la fille de sa coépouse.

Devant cette situation, où il est nécessaire de trouver une personne active et disponible pour assister la malade pendant son séjour d'hospitalisation, les parents ont alors décidé de déscolariser la petite Reine afin qu'elle remplace sa maman dans un rôle qui lui incombait (un rôle qui selon, les parents est dévoué aux femmes).

Source : *Données de terrain, 2015*

C'est donc une réalité que les filles subissent plus que les garçons, les charges relatives à la production de santé et à l'entretien du ménage dans le cadre du traitement de l'UB. Une situation qui s'aggrave encore plus quand la « maîtresse de ménage » vient aussi à être malade ou trop occupée. Tout ceci réduit les chances de réussite des filles.

En résumé, ces différentes estimations sur la charge du travail des filles au sein du ménage lors de la production de santé donnent une explication des différentes stratégies mises en place par les familles pour faciliter le suivi de soins des patients UB. Les filles qui assurent la garde de leurs frères et sœurs à la maison et ou remplacent leur mères dans le rôle de garde-malade, sacrifient leur temps d'apprentissage, et ou d'activités génératrices de revenus et aussi de loisir.

Selon les différents cas rencontrés, il en ressort que la plupart des filles ont été soustraites de leur processus d'éducation ou d'apprentissage pour s'occuper des soins aux malades pendant tout le séjour d'hospitalisation ou de s'occuper des autres membres du ménage. Dans le même temps les garçons vivent paisiblement leur vie sans presque aucune perturbation. Ils sont toujours maintenus à l'école ou dans leurs activités professionnelles et ludiques.

Cette situation qui n'est pas typique des ménages de la commune de **Zè** a été également constatée par d'autres recherches que celles de Brooke Olson et de Glinskaya et al. En effet, selon Brooke Olson (1994), cette inégalité maintient les femmes dans une certaine pauvreté, retardant l'entrée des filles en apprentissage et leur engagement plus tard aux activités génératrices de revenus. Pour Glinskaya et al., (2000) au Kenya, les filles sont plus exposées que les garçons dans le cadre de gestion des maladies en ce sens que toute augmentation des coûts de la garde d'enfants fait baisser le taux de scolarisation des filles, alors que les répercussions sont quasiment nulles sur les garçons.

4.3.2 Education des enfants

Face aux changements qu'instaurent la présence d'un patient UB en hospitalisation au sein des familles, dans cette communauté de recherche, les femmes se fondent particulièrement sur les familles et les voisins pour gérer leur ménage en leur absence. Cet engagement de l'entourage est loin d'être totalement soulageant, pour les bénéficiaires car il ne prend en compte que les

jeunes qui sont un peu plus responsables et constituent moins, un fardeau dans cet exercice généreux. C'est-à-dire les enfants qui peuvent déjà se prendre en charge, et, dont l'apport du voisinage ou de la famille ne serait qu'une veille, ou une mesure dans l'application du respect des normes et des valeurs de la société. Les moins jeunes dont la charge semble beaucoup plus contraignante suivent leur maman dans ce voyage.

Ce faisant, ceux en âge d'aller à l'école sont sujets à la déscolarisation. Les résultats de cette recherche ont montré que sur la population enquêtée, plus de 70% des mères qui sont garde-malades ont dû sacrifier la scolarisation de leurs enfants déjà en cours de scolarisation.

Encadré n° 4

Lorsque Florent devrait être hospitalisé, j'ai alors demandé une permission chez la patronne de sa grande sœur (apprentie couturière) pour qu'elle assure le rôle de garde-malade. Car je ne pouvais pas abandonner mes autres enfants seul au village. Encore que trois vont à l'école. Et leur papa n'est pas là, il travaille au Nigéria avec l'un de nos fils. Mais après quelques mois de soins en hospitalisation, j'ai appris que ma fille au lieu de s'occuper de son frère malade, entretenne des relations amoureuses avec d'autres patients. Ne sachant plus quoi faire devant cette situation, j'ai dû la renvoyer vers sa patronne afin qu'elle continue son apprentissage de couture. J'ai été obligée de déscolariser ces autres frères et sœurs pour qu'ils m'accompagnent dans ce rôle de garde malade, car je n'ai personne à qui les confier. Ils sont respectivement en classe de CE2, CE1 et CI. Si ma maman était vivante, elle pouvait m'aider facilement et les enfants pourront aller à l'école comme si rien n'était. C'est ce qui explique la présence des trois enfants déscolarisés et de la plus petite au centre avec moi. Je crois bien que dès qu'on va finir avec cet épisode de maladie, ils pourront reprendre l'école. Ils auront un peu de retard, mais c'est à cause de la maladie de leur grand frère. (.M.F.40 ans mère d'un patient en hospitalisation)

Source : *Données de terrain, 2015*

A l'analyse, l'hospitalisation du patients UB a une incidence sur la scolarisation des jeunes enfants de cette communauté. Les ménages UB dont l'âge des jeunes enfants est compris entre 5 et 10 ans ont tous une forte chance de retrouver leurs enfants hors du monde de l'éducation scolaire et leur avenir orienté vers le choix d'une formation professionnelle.

Il s'en dégage, du rôle indéniable et indispensable que jouent les femmes dans le maintien et le suivi des enfants en âge de l'éducation scolaire. Ce qui participe du développement de la société et donc de l'épanouissement de tous.

4.3.3 Abandon des activités génératrices de revenus et pauvreté des femmes

Il existe un lien indissociable entre le travail et le ménage ; c'est-à-dire entre la sphère de la production et celle de la reproduction. Ces deux sphères sont inter reliées, car toutes les actions concernant l'une interagissent sur l'autre et réciproquement.

Dans les lignes de Barrère- Maurisson rapportées par Brugeille et Sebille (2009), le travail englobe le travail productif rémunéré, salarié, mais aussi celui qui est effectué dans le cadre de la famille. Dans cette perspective de l'auteur, on comprend, que l'abandon de l'un au détriment de l'autre influence considérablement la vie au sein des ménages et devient une source conflictuelle et de précarité.

Dans le processus dynamique du rétablissement de la santé du membre de ménage UB, il est remarqué que seule la femme est contrainte à abandonner ses activités génératrices de revenus pour assurer la garde des enfants. Or, à cause des rôles traditionnels attribués aux femmes qui sont prioritairement des tâches domestiques..., ces dernières ont un revenu inférieur à celui des hommes (Amadou Sanni et al., 2011).

Celles qui par exemple ont pris des engagements auprès des institutions de micro-finance pour la diversification des ressources et l'augmentation de leurs revenus sont maintenues dans la position de débitrice. Les ressources financières étant dépensées dans la gestion de la maladie, elles ont alors à charge de prendre des engagements auprès de ces institutions pour solder leurs prêts.

Par ailleurs, les tontines villageoises sont aussi abandonnées et elles sont victimes de toutes sortes de pression. Ceci devient plus difficile lorsqu'elles sont débitrices à cette tontine. Compte tenu de la durée d'hospitalisation, elles

recourent à la mise en gage de leurs objets de valeurs pour se soustraire de cette double pression psychologique.

La situation d'abandon de leurs activités génératrices de revenus met en cause leur indépendance économique, les empêche d'agir et de décider sans pression ou attente de l'homme.

Il s'en suit donc que le pouvoir décisionnel de l'homme au sein du ménage augmente en absence de la participation financière et matérielle de la femme. Cette dernière ne peut rien entreprendre par elle-même, ne serait-ce que pour apporter un appui essentiel dans le ménage. Cet état de chose réduit encore plus la reconnaissance de la valeur de sa contribution par le groupe social immédiat.

Les femmes sont astreintes à attendre le soutien matériel de l'homme ou de la famille. Ce qu'elles ne peuvent obtenir en temps voulu et en quantité suffisante. Or, l'indépendance économique est indispensable aux femmes comme aux hommes pour qu'ils mènent leur vie comme ils l'entendent et opèrent de véritables choix. Toutes choses qui confirment les constats faits par l'Union Européenne quand elle affirme que : « Dans une situation de maladie des enfants ou de personnes âgées, les femmes et les hommes sont toujours inégaux face à la pauvreté. Les femmes connaissent un risque plus élevé de pauvreté, surtout les mères célibataires et les femmes âgées ».

Toutefois, pour se soustraire à cette dépendance économique, les plus dynamiques mettent en place diverses stratégies pour trouver un nouveau marché d'emploi.

Le nouveau marché se traduit par les activités de : revente des articles auprès des bonnes dames, lessives et négociation de garde d'autres malades hospitalisés dont les parents ont une situation financière plus reluisante . Cette nouvelle stratégie mérite d'être plus documentée dans la suite de la recherche.

Il en résulte que généralement, la présence à l'hôpital d'un membre du ménage UB maintient la femme dans une inégalité du genre. Cette disparité

entre l'homme et la femme est plus accentuée, lorsque la femme est chef ménage car, elle doit non seulement relever la défaillance causée par la mauvaise santé, et gérer sa faible ressource.

Il y a lieu que de nouvelles stratégies soient être mises en place par les systèmes sanitaires pour faciliter au mieux l'accessibilité aux soins de santé des malades UB, car l'épanouissement des femmes et des filles en dépend.

4.3.4 Crises conjugales

Le retour à la santé peut susciter ou raviver des conflits qui révèlent que la logique de ceux qui aident n'est pas toujours en adéquation avec celle de ceux qui reçoivent. « L'isolement-social » du patient UB crée au sein du ménage différents troubles dans la gestion des relations du couple.

La très longue durée d'hospitalisation de certains patients UB constitue un élément essentiel de tous les problèmes relationnels entre les différents couples. Cette absence prolongée de la femme comme garde malade qui l'éloigne de ses obligations conjugales constitue le germe de toutes les discordes, voire des sources de rupture ou séparation conjugale.

Pour les personnes contactées, l'expérience du traitement médical a permis de constater par exemple que des jeunes filles dans leur rôle de garde-malade se sont retrouvées avec une grossesse dont l'auteur est soit un agent de santé, un autre patient ou un autre agent du centre (chauffeur etc.). Pour ce qui concerne les femmes mariées, il n'y a pas eu de preuves tangibles pour confirmer les suspicions.

En effet, les suspicions naissent de part et d'autres et chacun s'accuse. Les hommes scrutent les activités et autres actions menées au sein du centre de traitement de l'UB pour y rechercher les causes de l'insensibilité et tous les comportements connexes de leur femme. A chaque visite, ils prêtent attention aux faits et gestes des agents et autres hommes du centre pour y déceler un quelconque lien que ces derniers auraient avec leur femme ou avec toute autre

femme afin de confirmer les représentations sociales de la communauté sur les jeunes filles et les femmes garde-malades.

L'encadré suivant retrace une histoire de crise vécue entre un mari et sa femme en exercice de garde-malade auprès de leur enfant UB.

Encadré n° 5

Maman Ruth est la mère de la petite patiente Ruth âgée de 05 ans dont elle assure le rôle de garde malade en compagnie du jeune frère de ce dernier âgé de un (01)an et demi. Le couple vivait en parfaite harmonie et le mari assurait la parfaite sécurité alimentaire de sa famille. Le soutien affectif n'a guère fait défaut, au point où les autres femmes (garde-malades) du centre de santé les jalousaient. Mais, un jour, l'homme a été témoin d'une scène qui introduit le doute dans son esprit.

En effet, un soir alors qu'il sonnait environ 1 heure du matin où tout le monde était déjà endormi, il a été surpris de voir un homme faire irruption dans la salle d'hospitalisation des patients. Ce dernier s'était dirigé vers le lit d'une jeune patiente, à qui il a tenu la main et la bouche en signe affectif et puis est ressorti.

Le mari de « maman Ruth a trouvé cette visite inopportune et a déclaré qu'un homme quel que soit son statut ne peut entrer dans une salle des malades d'une manière étrange et à une heure indue. Pour sa part, il a conclu que le rôle de garde malade et le séjour sur site ont permis aux femmes de mettre en place un réseau de relations extra-conjugales. Alors même que sa femme n'était pas concernée par ce qu'il a vu, ce dernier avait pris la décision de laisser femme et enfants dans le centre et ne plus revenir les voir et donc disparaître de leur vie.

Les explications de sa femme n'ont pu éteindre ses ardeurs. N'eût été les interventions des agents du centre, le mari allait mettre sa décision en exécution... Mais il reste toujours septique car sa femme a été une fois victime des avances d'un agent de santé du CNHU. Et déclare à l'occasion d'une médiation, ce qui suit « ces agents de santé de la médecine moderne apportent guérison mais détruisent votre foyer. Alors ma vie de couple est entre vos mains faites-en ce que vous voulez ! » (papa R.46ans).

Source : Données de terrain, 2015

A l'analyse, ces déviances découlent tant de la cohabitation et de la promiscuité, créées par la longue durée d'hospitalisation que d'autres facteurs connexes, entre patients, garde-malades, soignants et parents. Au nombre des facteurs connexes, il y a à retenir, le manque de soutien familial créé par la trop longue durée d'hospitalisation, l'influence du milieu urbain sur les comportements des jeunes filles dont le principal désir est de sortir de la précarité, le risque des femmes mariées de retrouver le foyer avec la présence d'une coépouse.

CONCLUSION

Face à la multiplicité des déterminants de la santé, les ménages utilisent divers moyens pour assurer son entretien. Ainsi, devant une situation de maladie, les ménages recourent à différents mécanismes avec des résultats bien différents. Le ménage est donc au centre du processus d'amélioration de la santé des différents membres qui la compose. Donc, le lieu par essence de la production de santé. Dans ce processus, Hommes, Femmes entrent en interaction et le retour à la santé d'un membre est une arène qui fait intervenir des changements au sein de la structure familiale. En fonction de la gravité de la maladie : père, mère enfants (filles et garçons) tantes, et grand parents, sont sollicités à participer au rétablissement et au bien-être du ménage.

La présente recherche qui a : *'' analysé les changements et interactions qui interviennent dans les relations hommes et femmes pendant l'adhésion du patient UB au traitement médical au sein du ménage''*, laisse entrevoir à travers les informations reçues, différents points qui influencent la relation homme et femme au sein du ménage.

A cet effet, l'analyse des différents résultats ont permis de valider les trois hypothèses de la recherche sur l'approche genre et la prise en charge de l'UB dans les ménages à **Zè**. En effet, les résultats ont permis de constater que l'adhésion au traitement médical de l'UB modifie la structure organisationnelle et le fonctionnement des différents ménages suivant le sexe et l'âge des membres. Dans ce processus de la gestion de la maladie au sein des ménages, les rôles traditionnellement admis pour chaque sexe se renforcent.

Au plan décisionnel, il s'est dégagé des différentes collectes que les femmes n'agissent jamais isolément lorsqu'il s'agit d'admettre les patients UB en hospitalisation. La prise de décision face à la l'hospitalisation du patient reste la prérogative de l'homme ou des membres de sa famille. Se rapportant à l'exécution des tâches afférentes, les femmes et les filles se retrouvent plus impliquées dans cette gestion que les autres membres du ménage, surtout

lorsqu'il s'agit des femmes chef de ménage. Elles doivent sacrifier respectivement de leur temps, de leurs activités génératrices de revenus ou de leur formation pour s'occuper du malade et des autres membres. Les hommes, quant à eux doivent renforcer leurs activités génératrices de revenus pour la fourniture en alimentation et autres dépenses aux membres pendant l'hospitalisation du patient UB. Par ailleurs, ils sacrifient leur temps ludique afin de s'occuper de l'éducation des autres enfants.

L'incertitude face à la durée d'hospitalisation en dépit de sa gratuité demeure un élément nodal des implications sexospécifiques au sein du ménage. La déscolarisation des enfants, surtout les filles, la possibilité des jeunes filles de devenir jeune maman dans l'exercice de leur rôle de garde-malade, les crises conjugales, sont autant de points qui influencent la vie au sein du ménage lors de la présence d'un membre en hospitalisation.

La communauté adhère à la prise en charge médicale en cas de la survenue de l'infection UB et au regard des différentes implications de l'hospitalisation, elle approuve plus particulièrement le traitement en décentralisé qui apparaît à ses yeux moins contraignant et sans influence majeure sur la relation homme et femme au sein des ménages.

En considérant d'une part que la communauté de **Zè** est régie par des règles et interdits sociaux qui s'appliquent tant aux hommes qu'aux femmes, et d'autre part que le milieu d'hospitalisation est une zone de liminalité où, tout paraît possible, il en découle que la présente recherche, ouvre la voie pour d'autres travaux. Au nombre de ces recherches, il y a à considérer celles devant approfondir les perceptions et les représentations autour de la femme dans son rôle de garde-malade, mais également le devenir des ménages dont les femmes sont suspectées d'adultère pendant leur séjour en hospitalisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Afrique Conseil, 2006, *Monographie de la commune de Zè*.
- Agbo I., 2010, *Convergences, divergences, médecines traditionnelle et moderne : Etude du cas de la prise en charge de l'Ulcère de Buruli dans la commune de ZE*, mémoire de maîtrise, Université d'Abomey Calavi.
- Amadou Sanni M., et al., 2011, *Evolution des rapports de genre au Bénin*, Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar numéro 59 – mars/2011.
- Amoussouhoui A., 2013, *Participation communautaire et accessibilité aux soins de santé : Analyse de l'organisation du système de contrôle de l'Ulcère de Buruli au Bénin*, mémoire de DEA, Université d'Abomey Calavi.
- Auge M., 1986, *Anthropologie de la maladie in L'homme*.
- Aujoulat I., et al., 2003, *Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer in southern Benin*. Trop Med Int Health; 8: 750–59.
- Berman P., et al., 1994, *The Household Production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants*. Soc. Sci. Med. Vol. 38, No. 2, pp. 205-215, 1994 Printed in Great Britain. 0277.9536/94 \$6.00 + 0.00 Pergamon Press Ltd.
- Bourdieu P., 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- Brooke Olson K., 1994, *The Household Production of Health and Women's Work: New Directions in Medical Anthropology and Households Research*. Arizona Anthropologist 11:139—135.

- Brugeilles C., et Sebille P., 2009, *La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants : L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations*, Université de Paris-Ouest-Nanterre – La Défense – Centre de recherche Populations et Sociétés (CERPOS), in politique sociale et familiale/parentalité n° 95-mars.
- Debacker M., et al., 2006, *Risk Factors for Buruli Ulcer, Benin*. Emerging Infectious Disease journal ISSN: 10806059, Volume 12, Number 9- september 2006.
- Deshayes C., et al., 2013, *Regulation of Mycolactone, the Mycobacterium ulcerans Toxin, Depends on Nutrient Source*. PLOS Neglected Tropical Diseases, Published: november 14, 2013 DOI: 10.1371/journal.pntd.0002502.
- Deslauriers J.P., 1991, *Recherche qualitative, guide pratique*, Quebec, edition Mc Graw-Hill.
- Dujardin B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients*, Paris, Karthala.
- Faizang S., 1990, *De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie*. In : Encyclopaedia universalis, Symposium 1. p.853-860.
- Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- Flori Y. A., 1995, *Production domestique de santé : apport et limite des modèles micro-économiques*. In science sociales et santé, volume 13, n°1, 1995. pp. 101-121.
- Fourn, E., 2011, *Rôle et importance des femmes dans le Développement socio-économique du Benin : pesanteurs culturelles et Sociologiques*, Etude & document n°018/2011.

- Glinskaya E., et al., 2000. *The Effect of Early Childhood Development Programs on Women's Labor Force Participation and Older Children's Schooling in Kenya. Policy the Peru LSMS Panel Data*. Policy Research Working Paper 2745. World Bank, Washington, D.C.
- Grietens K., et al., 2008, *It Is Me Who Endures but My Family That Suffers: Social Isolation as a Consequence of the Household Cost Burden of Buruli Ulcer Free of Charge Hospital Treatment*. PLoS Negl Trop Dis 2(10): e 321. doi:10.1371/journal.pntd.0000321.
- Hoggart R., 1970, *La culture du pauvre*, Paris, Minuit.
- Ilahi, N., 2001, *Children's Work and Schooling: Does Gender Matter? Evidence from the Peru LSMS Panel Data*. Policy Research Working Paper 2745. World Bank, Washington, D.C.
- INSAE, 2002, *troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, résultat définitif.
- Johnson R., et al., 2004, *le traitement traditionnel de l'Ulcère de Buruli*, Med Trop; 64 : 145-150.
- Johnson R., et al., 2005, *Distribution de l'infection à Mycobacterium ulcerans (Ulcère de Buruli) dans la commune de Lalo au Bénin*. Tropical Medicine and International Health, volume 10 n° 9 pp 863–871 september 2005.
- Makoutode P., et al., 2010, *Coût de la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli au centre de dépistage et de traitement de l'Ulcère de Buruli d'Allada au Bénin*, BALLF ; 25 : 91-93.
- Molyneux C., et al., 2002, *Intra-household relations and treatment decision-making for childhood illness: a Kenyan Case Study*. In Journal of Biosocial Science, 34, 109e131.

- OMS, 1997, *L'OMS se joint à la bataille contre une nouvelle maladie émergente, l'UB*, Genève, [Communiquée de presse OMS/88].
- OMS, 2012, *Traitement de l'infection à Mycobactérium Ulcerans (Ulcère de Buruli) : recommandations à l'intention des agents de santé*, Espagne.
- OMS, 2015, *Systeme de santé : santé et développement*.
- Orubuloye O., et al., 1991, *The impact of family and budget structure on health treatment in Nigeria*. In *Health Transition Review*, 1, 189.
- Pitt M., and Rosenzweig M., 1990, *Estimating the Intrahousehold Incidence of Illness: Child Health and Gender Inequality in the Allocation of Time*. In *International Economic Review* 31: 4. PMID: PMC358028 Published online 2013 Feb 22. DOI: 10.3402/iee.v3i0.19946.
- Portaels F., Johnson P., Wayne M., 2001, *Ulcère de Buruli : diagnostic de l'infection à Mycobacterium ulcerans*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Schnitzler M., 2014, *le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ?* in *science sociale et santé* ; volume 32.
- Stienstra Y., 2002, *Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer in Ghana*. *Am J Trop Med Hyg*; 67: 207–13.
- Syllas A., 2008, *une forme d'implication thérapeutique des familles en institution psychiatrique au Sénégal : admission d'un accompagnant du malade*, in *Perspective PSY*.
- Tolhurst R., et al., 2007, *'He will ask why the child gets sick so often'*: *The gendered dynamics of intra-household bargaining over*

healthcare for children with fever in the Volta Region of Ghana. In *Social Science & Medicine* 66 (2008) 1106-1117. Available online 31 december 2007.

- Tremblay J., 2005, *sociologie de la santé : Etude de la dimension sociale de la santé et de la maladie et système de santé*, Québec
- Van Campenhoudt L., 2001, *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*, Paris, Dunod.
- Van der Werf T., et al., 1999, *Mycobacterium ulcerans infection*. *Lancet*, 354(9183), 1013-1018.
- Vlassoff C., 2007, *Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness*. In International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, *J HEALTH POPUL INUTR* 2007 Mar;25(1):47-61 ISSN 1606-0997.
- Yémadjè F., 2008, *Etude des facteurs de réticence et de résistance à la vaccination anti-poliomyélite chez les populations de la commune de Zogbodoméy*, mémoire de maîtrise, Université d'Abomey-Calavi.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

- Arch-ange, 2013, *Rôle de la famille dans l'évolution, l'éclosion et la résolution d'un trouble de santé*. In <http://arch-ange.skyrock.com/3142318536-Rôle-de-la-famille-dans-l-évolution-l-éclosion-et-la-résolution-d-un.html>. Consulté le 10-09-2014 à 13h 25mn.
- Aubry P., 2013, *Ulcère de Buruli : Actualité*. In *Médecine Tropicale* Mise à jour le 04-10-2013. In http://medecinetropicale.free.fr/cours/ulcere_buruli.pdf. Consulté le 25-02 2015 à 10h55mn.

- Conseil de l'Europe, 2011, *convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. In Adéquations : Développement humain durable – diversité culturelle – solidarité internationale – égalité femmes/hommes. In <http://www.adequations.org/spip.php?article1515>. Consulté le 04-11-2014 à 9h45mn.
- FAO, 1995, *Femmes rurales chefs de familles en Afrique Subsaharienne*, Rome (Italie). In <http://www.fao.org/docrep/x0237f/x0237f02.htm>. Consulté le 08-09-2014 à 10h 20mn.
- Hamel J., 1997, *La socio-anthropologie, un nouveau lien entre la sociologie et l'anthropologie*, Socio-anthropologie [En ligne], 1 | mis en ligne le 15 janvier 2003. In <http://socio-anthropologie.revues.org/73>. Consulté le 15 juin 2014 à 16h 24mn.
- Willson S., et al., 2013, *Fish and amphibians as potential reservoirs of Mycobacterium ulcerans, the causative agent of Buruli ulcer disease*. Infection Ecology Epidemiology. 2013; 3: 10.3402/iee.v3i0.19946. In www.Cairn.info/Resume.php?ID_ARTICLE=SSS_321_0039
[www.Cairn.info/Resume.php? ID Article= PPSY_471_0047](http://www.Cairn.info/Resume.php?ID Article= PPSY_471_0047)
www.who.int/healthsystems/topics/development/fr/.

ANNEXES

Guide d'entretien

(Cet outil sera adressé aux patients en cours de traitement médical ou guéris par le traitement médical, aux gardes-malades, les hommes et les femmes membres du ménage)

Enquêteur: _____ Langue d'entretien : _____

Avec interprète ? Oui Non

Date d'entretien: _____ Début entretien: _____ Fin : _____

RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom, Prénoms) _____ AGE _____

Sexe M F Ethnie : _____ Langue maternelle : _____

Commune: _____ Arrondissement : _____

Village/Quartier : _____ Hameau : _____

Niveau de scolarité: Sans instruction Primaire

1er cycle 2eme Cycle Supérieur

Alphabétisé : Oui Non

Statut dans le ménage :

Nombre de personnes dans le ménage :

Nombre de personnes actives :

Type de traitement : Ambulatoire Hospitalisation

Date du début de traitement :

A. Généralité sur le genre au niveau des ménages de la commune de Zè

- 1- Comment se fait l'organisation de la vie au niveau des ménages et dans la communauté
- 2- les décisions au niveau du foyer (comment les décisions sont prises au niveau du ménage)
- 3- l'éducation des enfants (comment se fait la gestion des enfants dans le ménage, leur éducation leur suivi et autres)
- 4- la gestion du ménage (comment s'effectuent les dépenses au niveau du ménage par les différents membres)

- **Centre de santé décentralisé**

4- qui est l'agent traitant, son sexe, sa réputation

5- le sexe de l'agent de santé traitant est-il déterminant pour l'adhésion au traitement :

6- commentaire

B. Connaissance préalable sur le traitement médical de l'ulcère de buruli

- 1- vos connaissances sur la prise en charge d'UB CDTUB d'Allada
- 2- les connaissances sur les conditions d'adhésion au traitement médical de l'UB

C. Historique sur l'adhésion du ménage au traitement médical de l'UB

- 1- la prise de décision face à l'adhésion au traitement au niveau du ménage
- 2- processus du choix du garde-malade
- 3- l'organisation et la gestion des tâches au niveau du ménage avant et pendant l'adhésion au traitement

D. Identification des difficultés liées à l'adhésion au traitement médical de l'UB

- 1-les changements que le traitement de l'UB a engendrés dans votre vie au sein du ménage
 - 2- difficultés d'ordre social
 - 3- difficultés économique
 - 4- les autres difficultés
 - 5- la gestion des différentes difficultés et appréciation suivant les autres membres du ménage
 - 6- soutien des autres membres du ménage
- Autres réalités liées au traitement biomédical
Niveau de satisfaction

Guide d'entretien pour les agents de santé

(Ce guide sera administré aux agents de santé qui sont au CDTUB Allada et dans les centres décentralisés des villages endémiques de la commune de ZE)

NOM :

PRENOM :

AGE :

Sexe :

Statut au niveau du centre :

Traitement ambulatoire décentralisé

Décision au poste

Une histoire de vie sur votre admission au poste dans le village

Parler nous des relations entre les hommes et les femmes au sein de la communauté

Les tendances du degré de collaboration des membres de la communauté avec les infirmiers que l'infirmière

Autres commentaires

Traitement UB

- 1- comment se fait l'admission en traitement décentralisé et ces exigences ?
- 2- est ce que les patients respectent le suivi du traitement ?
- 3- ont-ils besoin d'être accompagné pour le suivi des soins ?
- 4- et qui sont leur accompagnant ?
- 5- dites- nous les difficultés auxquelles sont confrontés les patients et leur ménage au cours du traitement décentralisé
- 6- comment gérez-vous les difficultés avec eux pour faciliter le suivi du traitement
- 7- avez-vous enregistré des cas d'abandon au traitement à cause de ces difficultés ?

Hospitalisation

- 1- comment se fait l'admission des patients UB en hospitalisation au CDTUB Allada
- 2- Combien de patients UB avez-vous en hospitalisation
- 3- tous les patients ont-ils de garde malade
- 4- le centre impose-t-il le choix du sexe de garde malade au patient ou à leur ménage
- 5- qu'est ce qui explique selon vous la présence des femmes dans l'exercice de ce rôle
- 6- au cours du séjour d'hospitalisation, comment sont gérés les autres dépenses de soin par les patients et leur garde malades
- 7- quels sont les difficultés que rencontrent les patients et leur ménage
- 8- qui sont ceux qui sont vulnérables, c'est-à-dire les difficultés sont-elles vécues de la même façon par les hommes et les femmes
- 9- avez- vous enregistré des cas d'abandon lié à ces difficultés
- 10 – qu'avez-vous fait pour gérer les difficultés avec eux
- 11 - est-il arrivé qu'après la guérison des membres de ménage viennent se plaindre des problèmes liés au séjour d'hospitalisation du patient
- 12- depuis votre exercice au niveau du centre avez-vous eu vent des couples qui se sont séparé après le séjour d'hospitalisation ? Et quelles sont les raisons de cette séparation ?
- 13- autres commentaire

Grille d'observation

- Relation entre hommes et femmes au niveau de la communauté
- Relation entre homme et femme au niveau des centres
- Les comportements ou stéréotypes entre les hommes et les femmes les filles et les garçons au sein des ménages
- Le type d'accompagnant au niveau des centres décentralisés et du CDTUB ALLADA
- La gestion des tâches au niveau du CDTUB ALLADA
- Les relations entre les malades et garde-malades, agents de santé et autres usagers du centre. Ou relations entre les différents acteurs en contact au niveau du centre
- Les types de soutiens qui naissent suite à la cohabitation

Fiche de lecture

Fiche N°/---/---/

Nom de la bibliothèque -----

Date et heure de la consultation -----

I - PRESENTATION DE L'ŒUVRE

Titre du livre : -----

Auteur : -----

Editeur : ----- Collection : -----

Date d'édition : ----- Nombre de page : -----

II - RESUME COMPLET ? SYNTHETIQUE ET DETAILLE :

III - DEMARCHE DE L'AUTEUR :

IV - ANALYSE DES AXES DE LA DISCUSSION :

V- COMMENTAIRE PERSONNEL :

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	5
LISTE DES TABLEAUX, SCHEMA, FIGURES ET ENCADRES	6
Liste des Encadrés	6
RESUME.....	7
ABSTRACT	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 11	
Chapitre I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE	12
1.1. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	12
1.1.1 Constats	12
1.1.2. Problème central	14
1.1.3 Les hypothèses :.....	16
1.1.4 Les objectifs :.....	17
1.1.4.1 Objectif général :	17
1.1.4.2 Objectifs spécifiques :.....	17
1.2. DELIMITATION THEMATIQUE.....	17
1.3. CLARIFICATION CONCEPTUELLE	18
1.3.1 Genre	19
1.3.2 Production de santé.....	20
1.3.3 Ménage	21
1.3.4 Traitement médical de l'Ulcère de Buruli	22
1.3.5 Cadre conceptuel	23
1.4. AXES ACTUELS DE LA QUESTION.....	25
Chapitre II : DESCRIPTION DE L'AIRES DE LA RECHERCHE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	32
2.1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET ET DU CADRE DE LA RECHERCHE	32
2.1.1 Du choix du sujet de la recherche.....	32
2.1.2 Présentation et justification du cadre de le recherche.....	33
2.1.2.1 Présentation du cadre de recherche	34
2.2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	37
2.2.1 Nature de la recherche et perspective scientifique	37
2.2.2 Recherche documentaire.....	38
2.2.3 Groupes cibles et échantillonnage.....	39
2.2.3.1 Groupes cibles	39
2.2.3.2 Echantillonnage	40
2.2.4 Technique et outils de collecte des données.....	41
2.2.5. Chronogramme de la recherche.....	42
2.2.6. Traitement et analyse des données.....	43
2.2.7 Aspects éthiques de la recherche.....	43

2.2.8 Limites de la recherche	43
DEUXIEME PARTIE :	45
ANALYSE DES INTERACTIONS RELATIONNELS AUTOUR DU TRAITEMENT MEDICAL DU PATIENT UB	45
Chapitre III : RAPPORT GENRE DANS LA COMMUNE DE ZE ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'UB.....	46
3.1. RAPPORT GENRE DANS LA COMMUNE DE ZE	46
3.1.1 Relation homme et femme dans l'organisation sociale de la commune	46
3.1.2 Organisation du travail au niveau des ménages.....	47
3.1.3 Environnement économiques et genre	48
3.1.4 Genre dans la production de santé au sein des ménages	50
3.1.4.1 Production domestique de santé lors de la survenue de la maladie	50
3.1.4.2 Rapport décisionnel dans le choix thérapeutique et implications sur les membres du ménage.....	51
3.2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'UB.....	52
3.2.1 Ressources disponibles dans le contexte de la prise en charge.....	52
3.2.1.1 Relais communautaires.....	52
3.2.1.2 Centres de santé.....	53
3.2.2 Prise en charge médicale de l'UB dans la zone de recherche.....	54
Chapitre IV : RAPPORT GENRE DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT UB A ZE	57
4.1. RELATION HOMME ET FEMME DANS LA DECISION A L'ADHESION AU TRAITEMENT MEDICAL DU PATIENT UB	57
4.1.1 Connaissance préalable de l'UB et sa prise en charge.....	57
4.1.2 Décision du traitement médical de l'UB au sein du ménage	58
4.2. PARTICIPATION DIFFERENTIELLE SELON LE SEXE ET LE STATUT DES MEMBRES DU MENAGE LORS DE LA PRODUCTION DE SANTE.	63
4.2.1. Accompagnement du patient UB : une prérogative féminine.....	63
- <i>En hospitalisation</i>	63
- <i>En traitement ambulatoire</i>	65
4.2.2 Ménage, une gestion inégale entre homme et femme pendant le traitement de L'UB	68
4.2.2.1 Garde et surveillance des enfants et des autres membres du ménage.....	69
4.2.2.2 Fourniture des besoins en alimentation	71
4.3. L'EXPERIENCE DE LA GESTION DU TRAITEMENT MEDICAL DE L'UB : UNE ANALYSE DES IMPLICATIONS SEXOSPECIFIQUES AU SEIN DES MENAGES.....	73
4.3.1 Abandon du ménage et le travail des filles	73
4.3.2 Education des enfants	76
4.3.3 Abandon des activités génératrices de revenus et pauvreté des femmes	79
4.3.4 Crises conjugales	81
CONCLUSION	85
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	87
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES	91
ANNEXES	93
TABLE DES MATIERES.....	97