

HANDICAP INTERNATIONAL
01 BP 541
Ouagadougou,
Burkina Faso.
Tél. : (00.226).50.38.15.15/63.85

LES REPRÉSENTATIONS DU HANDICAP
AU BURKINA FASO :

PROCESSUS DE MARGINALISATION ET D'INTÉGRATION DES
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Chargée d'étude : Marion HERAUD, *Anthropologue*
Mail : marion_heraud@yahoo.fr
Avril 2005

<i>Introduction</i>	3
I. Méthodologie	3
1) La récolte des données de terrain	4
2) L'intérêt d'une approche anthropologique	4
3) Situation générale du Burkina Faso	5
II Les dialectiques de l'inclusion/ exclusion	6
1) Définitions	6
a) Qu'est-ce que « l'exclusion » ?	6
b) Les différentes causes de « l'exclusion »	6
2) Les représentations de « l'exclusion » et de « l'insertion » au Burkina Faso	7
a) Le bannissement de la communauté	7
b) « L'exclusion symbolique » des personnes handicapées	9
c) Un sentiment d'inutilité, la stigmatisation liée à l'incapacité	10
3) Les difficultés d'accès au mariage	13
4) Des personnes réduites à la mendicité	14
5) La prise en charge des personnes en situation de handicap	16
6) Conclusion : des parcours de vie déterminants	17
III Renforcement des « capacités » des personnes en situation de handicap	18
1) Les « capacités »	18
2) Les représentations liées aux différents handicaps	19
a) Le rapport au corps	20
b) La cécité	20
c) La « folie »	21
d) L'épilepsie	22
e) La filariose lymphatique ou « éléphantiasis »	23
f) Les sourds-muets	23
g) Les « enfants serpents »	24
3) De la nature du handicap à sa stigmatisation	24
4) La fréquentation d'un centre de réadaptation	25
5) L'entourage familial	26
6) L'accès à la scolarisation	27
7) Des relations entre « valides » et « handicapés » parfois tendues	29
8) Conclusion : la personne handicapée se trouve dans les « limbes » de la société	33
IV Malédiction et handicap : des croyances aux comportements	34
1) Des représentations sociales	34
2) Le silence autour de l'apparition du handicap	35
3) la recherche de la cause et les relais de la maladie	36
a) La consultation chez le devin	36
b) Les « maladies de Dieu »	38

c) Les maladies du « Destin » _____	39
d) L'action des « génies » _____	39
e) L'action des ancêtres _____	41
f) Les actes de sorcellerie _____	42
g) Les jumeaux _____	42
4) Les causes originelles _____	43
5) Les conceptions traditionnelles des maladies et handicaps _____	44
a) L'épilepsie _____	44
b) L'éléphantiasis, dit « le gros pied » : la « maladie de l'arbre » _____	45
c) Les conceptions traditionnelles de la « folie » _____	45
d) Les malformations de naissance _____	47
e) Entre « tradition » et « modernité » _____	49
6) L'imputation d'une responsabilité : à qui la faute ? _____	50
7) Les croyances traditionnelles sont-elles un obstacle à l'insertion des personnes handicapées ? _____	54
<i>Conclusion</i> _____	<i>55</i>
<i>Bibliographie</i> _____	<i>60</i>

INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit de façon générale dans le cadre de la stratégie pluriannuelle du programme de Handicap International au Burkina Faso et en particulier dans la stratégie d'intervention concernant la promotion et la valorisation des personnes en situation de handicap. Elle a pour objectif d'approfondir, voire d'affiner la connaissance de la situation des personnes handicapées au Burkina, à travers l'étude des représentations liées au handicap dans deux régions du pays.

L'approfondissement des connaissances liées au contexte culturel est indispensable pour une véritable approche qualité des projets de développement.

Nous avons organisé ce travail en quatre parties :

Dans un premier temps, nous présentons les objectifs et le contexte de la mise en place de cette étude.

La seconde partie de ce travail explicite les notions « d'insertion » et « d'exclusion ». Après avoir décrit théoriquement les processus de marginalisation, nous appliquerons ces concepts au contexte du Burkina Faso.

Nous abordons ensuite la question de l'incapacité, les difficultés d'accès au mariage, la mendicité et enfin la prise en charge des personnes handicapées. Le dernier chapitre de cette partie insiste sur l'importance du parcours de vie comme élément central pour « l'insertion » des personnes handicapées.

La troisième partie de ce document est centré sur les « capacités » des personnes en situation de handicap. A partir de ce concept, nous listerons l'ensemble des éléments objectifs et subjectifs qui participent à la marginalisation et/ ou l'insertion des personnes en situation de handicap au Burkina Faso. Enfin, le dernier chapitre est une conclusion à ces deux parties : Quelle place les personnes handicapées occupent-elles dans la société burkinabè ?

Pour terminer cette analyse, nous nous intéresserons aux croyances traditionnelles sur le handicap et leur influence sur les comportements. Nous avons choisi de traiter cette partie en dernier, de façon un peu dissociée, afin de montrer que les croyances, aussi importantes soient-elles, ne sont pas déterminantes dans la construction sociale de l'identité du « handicapé ». Ainsi dans un premier temps, après avoir brièvement rappelé le lien entre les représentations et les comportements, nous parlerons du « mystère » qui tourne autour de l'apparition du handicap. Dans le troisième chapitre, nous expliquerons les démarches qui motivent la recherche d'une explication traditionnelle au handicap. Après avoir expliqué les différentes étiologies de la maladie, nous présenterons les différentes causes attribuées à l'apparition d'un handicap et enfin les conceptions traditionnelles qui s'y rattachent. Ensuite, à partir de ces croyances, nous essaierons de comprendre à qui revient la *responsabilité* du handicap, si elle doit revenir à quelqu'un. Pour terminer cette partie et conclure l'ensemble de ce travail nous répondrons à la question suivante : les croyances traditionnelles sont-elles un obstacle à l'insertion des personnes handicapées ?

I. MÉTHODOLOGIE

1) *La récolte des données de terrain*

L'étude a été menée auprès de personnes en situation de handicap¹, auprès des personnes dites « ressources »² de la population et enfin auprès de personnes issues de la communauté, d'horizons sociaux variés. S'agissant d'une étude sur les représentations du handicap, il nous a paru essentiel de ne pas se limiter à la perception des personnes handicapées, mais d'élargir ces représentations à l'ensemble de la société. Ces trois regards nous donnent ainsi une vision globale de la situation. Nous avons procédé par entretiens semi-directifs, individuels ou en groupe.

En effet, mener des actions pertinentes et bien ciblées en faveur de la promotion et de la valorisation des personnes en situation de handicap requiert une bonne connaissance de leur condition sociale : les personnes handicapées sont-elles exclues ? Dans quelles mesures ? L'étude doit permettre de déterminer de quelles sphères de la vie sociale les personnes en situation de handicap sont exclues afin de les y (ré)insérer. Elle doit aussi évaluer les obstacles à cette insertion.

En plus de l'exclusion économique et sociale, ce travail a pour objectif de mettre en avant les mécanismes de « l'exclusion symbolique »³, à travers l'étude des représentations sociales liées au handicap.

Enfin, nous essaierons de déterminer dans quelle mesure les croyances traditionnelles participent à l'exclusion des personnes handicapées.

2) *L'intérêt d'une approche anthropologique*

L'objectif de cette approche est avant tout de constituer un cadre de réflexion qui ne soit ni médical, ni « développementaliste », c'est-à-dire qui soulève les problèmes inhérents à la situation des personnes handicapées, sans être aveuglés par un souci du « tout opérationnel » ou encore du « tout médical ». Aussi certains questionnements peuvent rester sans réponses et certains problèmes sans solutions.

L'anthropologie permet aussi d'approcher les états subjectifs de la personne, d'éclairer sur les ressentis, les idées et les sentiments qui accompagnent le vécu du handicap et qui sont à la base du bien-être d'une personne.

Le handicap, réduit à un organe défaillant, est classé en fonction de types, ce qui réduit les personnes en situation de handicap à une défaillance, un manque, une incapacité. De plus, les progrès réalisés et la bio médicalisation du handicap a créé une perception très « techniciste » du handicap. « Les êtres humains ne se définissent pas, sur le plan social, par leurs qualités physiologiques, mais en terme d'attributs symboliques »⁴. Si la société définit le handicap, la culture lui confère sa signification.

¹ Des hommes et des femmes souffrant d'un handicap physique ou de cécité, en âge d'exercer une activité (entre 20 et 45 ans environ).

² Les représentants des pouvoirs publics (préfets, maires et agents communaux) et les professionnels qui touchent de près ou de loin à la question du handicap (éducateurs sociaux, kinésithérapeutes, responsables de structures de réadaptation, médecins, infirmiers et tradipraticiens).

³ Nous définissons cette notion dans la deuxième partie de ce travail.

⁴ SAHLINS, 1980, cité par BONNET Doris, *Corps biologique, corps social*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1988, p. 19.

Nous essaierons ainsi de comprendre quelle signification prend le handicap dans la société rurale burkinabè.

La déficience physique, plus qu'un état du corps, est un fondement de l'identité sociale. C'est la société qui va donner la définition de cette identité sociale, et c'est l'anthropologie qui va nous permettre de décrypter les fondements de ce vécu, de cette construction identitaire.

3) *Situation générale du Burkina Faso*

Il n'existe que très peu de données capitalisées sur la situation des personnes handicapées au Burkina Faso. Les quelques documents que nous ayons eus en notre possession sont cités en bibliographie.

Cependant, la diversité ethnique du pays en général et des régions dans lesquels nous avons enquêté⁵ ne nous permettent pas à l'heure actuelle de tracer des généralités en fonction des ethnies. Nous avons plutôt fait ressortir les traits communs aux différentes ethnies, les principales différences observées étant plutôt liées au milieu urbain ou rural.

Les informations fournies dans ce travail sont des données récoltées à un moment T, dans un lieu X par nous-même et notre équipe. C'est un regard qui se veut critique et objectif sur la situation des personnes handicapées. A défaut de livrer des données exhaustives⁶ sur les personnes en situation de handicap au Burkina Faso, ce travail est un outil de réflexion pour une nouvelle approche de « l'exclusion » et de « l'insertion ». Ce nouveau regard permet de remettre en cause certains préjugés depuis trop longtemps ancrés dans les esprits. Il donne des clés de réflexion et met en garde contre des approches trop « simplistes » de l'insertion des personnes en situation de handicap.

⁵ Cette étude a été menée dans deux régions du pays : la région de Tenkodogo dans le Sud-Est et la région de Gaoua dans le Sud-Ouest. Nous avons choisi ces deux régions pour des raisons pratiques, dans la mesure où elles correspondent aux zones d'intervention du projet de lutte contre la filariose lymphatique de Handicap International.

Ainsi l'enquête a été menée en pays Lobi dans la région de Gaoua et Diébougou (ethnies Dagara, Birifore et Lobi), en pays Mossi dans la région de Zorgho, Koupéla et Ouargay et en pays Bisa, dans les régions de Tenkodogo, Garango et Zabré. Les enquêtes ont été menées en milieu urbain dans les villes citées ci-dessus et en milieu rural, dans les villages alentours. Aussi nous avons pu constater l'important clivage entre le milieu urbain (ou certains préféreront le terme de « semi- ou péri-urbain », mais ce n'est pas notre propos) et le milieu rural. C'est aussi ce que nous tenterons de faire ressortir dans les analyses de ce travail.

⁶ Cette étude n'avait pas pour but d'établir un recensement exhaustif des personnes handicapées au Burkina Faso : généraliser n'était pas notre objectif. Malgré tout, les entretiens menés auprès de responsables de centre de réadaptation, de kinésithérapeutes, d'éducateurs sociaux, conjugués avec de nombreuses conversations informelles avec diverses personnes, qu'elles soient touchées de près, de loin ou pas du tout par la question du handicap, nous confortent dans le fait que ces quelques expériences recensées sont en toutes proportions gardées relativement représentatives de l'ensemble des expériences des personnes en situation de handicap. En effet, autour du travail de terrain à proprement dit se greffent de nombreuses informations acquises lors de conversations informelles qui allaient dans le sens de nos dires.

II LES DIALECTIQUES DE L'INCLUSION/EXCLUSION

« L'exclusion » et « l'insertion » sont des notions complexes qu'il est nécessaire de bien définir, d'autant plus qu'elles sont souvent à la base même des projets de développement. Des personnes sont « exclues », il faut participer à leur « insertion ». Que signifie être exclu ? Être exclu de quoi ? Dans quelles conditions ? Par quels moyens ? Dans ce cas, comment participer à une insertion dont on ne connaît pas le fondement ? Où intégrer la personne ? Il n'existe pas « d'exclusion » dans l'absolu (exclusion de quoi ?), mais plutôt des « dialectiques de l'inclusion/exclusion »⁷.

1) Définitions

a) Qu'est-ce que « l'exclusion » ?

« Cette notion d'exclusion est supposée désigner des gens qui sont en dehors de la société ; cependant, si on se demande où sont les gens qui sont en dehors de la société, il n'y a qu'une seule réponse : ils sont dedans »⁸.

Lorsque l'on parle en thème d'exclusion, il faut faire attention à plusieurs écueils. D'abord, il ne faut pas écarter la question des processus qui mènent à l'exclusion. Ensuite, il ne faut pas expliquer l'exclusion uniquement à travers la question sociale et culturelle, ce serait se contenter de la pointe visible de l'iceberg. Enfin, il est indispensable de bien considérer les caractéristiques des populations concernées.

Nos représentations de l'exclusion se sont construites dans un contexte socioculturel et économique occidental bien précis, qui correspond à une augmentation du chômage et à l'apparition d'une nouvelle catégorie de population (les SDF, les rmistes, les « laissés pour compte ») dans notre société des années 80. Il faut absolument réinterroger ces notions avant des les mobiliser dans un travail d'interprétation de réalités présentes dans un autre contexte culturel.

- Que signifie être exclu dans la société burkinabè ?
- Comment se manifeste la ou les exclusion(s) ?

Pour soutenir les processus d'insertion, il faut avant tout définir avec subtilité l'ensemble des processus d'exclusion, de déterminer de quels champs de la vie sociale les personnes en situation de handicap sont « exclues ».

b) Les différentes causes de « l'exclusion »

L'exclusion peut prendre plusieurs formes, qui se déclinent dans de nombreux champs de la vie sociale et chacun peut la vivre à un moment ou à un autre de son existence, de façon plus ou moins intense, plus ou moins chronique, etc.

Ces différentes situations sont le fruit de ruptures diverses et variées.

⁷ D. SCHNAPPER, 1996, cité par FRETIGNE Cédric, *Sociologie de l'exclusion*, Paris, Editions l'Harmattan, 1999, p. 100.

⁸ S. KARSZ, cité par FRETIGNE Cédric, *Sociologie ...*, Op. Cit., p. 99.

Il peut par exemple s'agir d'une rupture d'ordre économique (difficultés économiques). Dans un pays comme le Burkina Faso où la majorité de la population a des difficultés économiques, la définition de l'exclusion ne peut se réduire à ce critère.

L'exclusion peut survenir suite à une rupture d'ordre social, c'est-à-dire issue de la coupure des liens familiaux, amicaux, et/ou communautaires. L'exclusion n'est pas forcément liée à la détention de disponibilités monétaires : on peut disposer de revenus et cependant ne plus entretenir d'échanges sociaux avec son groupe, sa communauté. A l'inverse, certaines activités peuvent suffire à être socialement intégratives à défaut d'être rémunérées en termes monétaires. C'est pourquoi nous nous intéresserons à l'importance du soutien familial dans la vie des personnes handicapées.

Enfin, il peut s'agir d'une rupture d'ordre symbolique, et c'est celle-ci qui nous intéresse tout particulièrement dans notre travail. Cette rupture est associée à la mesure de l'utilité sociale des individus. Elle fait référence aux représentations collectives. On mesure une insertion ou une dé-insertion symbolique à partir de la participation de l'individu à des activités socialement valorisées, à sa définition de soi, à la place occupée au sein du système social.

L'exclusion symbolique, plus pernicieuse car moins voyante, est souvent mise de côté par les projets de développement. Pourtant, si l'on s'attache à la promotion et à la valorisation sociale de la personne handicapée, la question de l'insertion symbolique est centrale.

Il est certes important de connaître, d'analyser et d'agir sur certaines des causes et certains des facteurs « objectifs » de l'exclusion pour la réduire et permettre l'insertion sociale (amélioration des conditions de vie, développement économique par exemple). Mais cela ne renseigne pas sur les facteurs symboliques qui oeuvrent dans le processus de marginalisation des personnes handicapées. C'est ici que les représentations sociales interviennent. La notion d'exclusion, comme celle de handicap, doit être interrogée à la lumière du statut de la personne, tel qu'il est pensé dans la société burkinabè et en fonction du système d'organisation sociale en place. On ne peut se contenter de présupposer que la personne handicapée est exclue, il faut analyser quelle place occupe effectivement la personne en situation de handicap dans les rapports sociaux.

2) Les représentations de « l'exclusion » et de « l'insertion » au Burkina Faso

a) Le bannissement de la communauté

« On te met à l'écart, tu n'es plus considéré, on ne s'occupe plus de toi, tu as des problèmes, tu les gères seul, personne ne viendra t'aider. Mais chez nous ici, il est très rare de parler d'exclusion, de bannir quelqu'un. Il faut vraiment avoir transgresser un interdit familial très fort » un responsable de centre de réadaptation, Diébougou.

Tout d'abord, lorsque l'on parle d'exclusion au Burkina Faso, on évoque le bannissement de la communauté. L'exclusion est physique, la personne quitte la communauté. Cette sanction est appliquée dans des cas précis de transgression de règles sociales strictes. En fonction des ethnies, les sanctions changent, parfois des rites de « réparation » sont mis en place pour pouvoir invoquer le pardon ou réparer la faute. Mais grossièrement, en ce qui concerne les interdits qui conduisent à une exclusion radicale de la personne concernée, c'est-à-dire à son bannissement communautaire, nous retrouvons dans les ethnies avec lesquelles nous avons travaillé, les mêmes raisons qui peuvent pousser à exclure un individu de la communauté, à savoir : l'inceste, le meurtre, la sorcellerie et le vol avec récidive. Les rigueurs du contrôle social et la mise en place de sanctions comme le bannissement attestent d'une réelle fermeté de la société rurale vis-à-vis de ces membres déviants.

Parmi les causes d'exclusion sociale, la sorcellerie reste la plus fréquente. Ce sont principalement les femmes qui sont accusées de sorcellerie, de « manger » les enfants. Ces femmes sont généralement des femmes stériles, ménopausées ou des femmes dont les enfants sont morts ou éloignés. Coupées des liens affectifs familiaux et abandonnées matériellement, les femmes exclues pour sorcellerie sont condamnées à une mort psychosociale, qui les conduit au vagabondage et à la folie. Ces femmes se retrouvent souvent à errer. Un centre d'accueil de la région de Ouagadougou prend ces femmes en charge et tente de les réinsérer. Les sorciers, eux, s'attaquent plutôt aux adultes, les empêchant de mener à bien leurs activités.

« Chez nous, les Gurunsi, je n'ai jamais connu une exclusion en tant que tel. Mais si tu as des relations sexuelles avec la femme de ton frère, ou de ton père tu es exclu. Mais dans ce cas, c'est toi qui pars de toi-même, qui sais que tu ne peux plus vivre en famille. Mais j'ai vu le cas des sorcières à Tanghin. En pays mossi on peut t'accuser de sorcellerie et te chasser. Là c'est une exclusion pure et simple » un employé administratif, commune de Tenkodogo.

Les relations sexuelles avec une femme de la famille sont totalement proscrites. Ce qui est condamnable pour la société c'est que l'auteur de l'inceste en ayant, par exemple, une relation sexuelle avec une épouse de son père (co-épouse de sa mère) ou de son frère exprime par cet acte son désir de voir son frère ou son père mort. En effet, il anticipe du vivant de ceux-ci, sur une succession qui eut été légitime si les parents avaient été décédés (pratique du lévirat)⁹. Par cet acte, il entache de souillure, donc de stérilité, toutes les femmes de son lignage.

Parfois le refus d'obéir à l'autorité parentale et aller à l'encontre des traditions peut aboutir à l'exclusion de la famille.

« Être exclu, c'est quitter la famille, pour ceux qui ne respectent pas les coutumes, les traditions ou la famille. On exclut les gens méchants » Une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

⁹ De ce fait, selon Doris BONNET, la condamnation de l'inceste met essentiellement l'accent sur le refus de se plier à cet ordre temporel des générations, plus que sur l'interdit sexuel proprement dit (*Corps biologique, corps social*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1988).

La pauvreté prend la forme de la solitude, l'isolement est inconcevable. La force vitale de l'individu est en relation constante avec celle des ancêtres et des membres du groupe, aussi le plus grand des malheurs consiste à être retranché des membres du groupe, sans protection, voué au néant.

Pour conclure, dans la société burkinabè, l'exclusion est assimilée au bannissement, à « l'exclusion physique » de l'individu, hors de sa famille ou de sa communauté. De ce fait, le handicap en lui-même n'est pas traditionnellement une cause d'exclusion, au sens de « bannissement ».

« Non, les handicapés ne sont pas exclus. D'ailleurs, je n'ai jamais vu quelqu'un d'exclu. Ça dépend de toi-même. Si tu tues quelqu'un par exemple » Yaya, 36 ans, handicapé physique, Koupéla.

b) « L'exclusion symbolique » des personnes handicapées

« Si tu dis qu'avec ton handicap tu ne peux rien faire, c'est ça même qui provoque ton exclusion » Jean, 42 ans, handicapé physique, Tenkodogo.

Les personnes en situation de handicap sont présentes physiquement dans la communauté, elles ne sont pas exclues au sens propre du terme. Cependant, elles peuvent être écartées de certains aspects de la vie communautaire pourtant essentiels. A quel moment les personnes handicapées se sentent-elles « marginalisées » ?

« Une personne exclue, marginalisée, c'est une personne dont on ne tient pas compte dans les prises de décisions. Par exemple, lorsqu'il y a une rencontre de famille, et qu'il y a un handicapé parmi eux, si l'on ne tient pas compte de son avis, si on fait comme s'il était pas là, il est marginalisé » un employé administratif, commune de Tenkodogo.

« Être exclu, c'est ne pas appartenir au clan, à la communauté, c'est-à-dire quand on ne te fait pas intervenir dans les activités de la société. Ça peut être une exclusion sur le plan familial. Par exemple, on dit qu'on n'a pas besoin de toi pour creuser une tombe, tu te sens frustré, c'est une exclusion » un éducateur social, Dissin.

« En tous cas, je me sens délaissé. On dirait pas que je suis quelqu'un du village. Je dis ça parce que pour beaucoup de cérémonies et autres, on ne veut pas que je vienne, pour eux je ne dois pas participer, ce n'est pas bien » Ali, handicapé physique, 30 ans, région de Gaoua.

Ne pas avoir droit à la parole ou lorsque celle-ci n'a pas de valeur est une forme d'exclusion symbolique à laquelle les personnes en situation de handicap font souvent référence. De même, les personnes handicapées se sentent marginalisées lorsqu'elles sont écartées des activités ou des événements qui sont l'occasion d'un rassemblement communautaire ou familial. C'est le cas lors des mariages, baptêmes,

funérailles, ou lorsque la famille se réunit pour prendre une décision importante qui concerne l'ensemble des membres.

Le fait d'être écarté des réunions traditionnelles est une façon de supputer que la personne handicapée est inutile à la société. C'est l'écarté de la place qu'elle devrait effectivement occuper au sein du système social si elle était valide. De même ignorer l'importance de la parole d'une personne handicapée revient à nier sa pensée et à dénigrer sa valeur. Par conséquent, certaines personnes handicapées souffrent d'un cruel manque d'estime de soi.

Cependant, ce n'est pas le cas de l'ensemble des personnes en situation de handicap. Les individus que nous avons interrogés qui se sentent dans cette situation sont issus du milieu rural. De même, et nous le verrons plus loin, ce sont ces mêmes individus qui n'ont pas accès aux activités et qui portent le lourd sentiment d'inutilité, qui d'ailleurs renforce leur caractère et les marginalise d'autant plus.

Quelles représentations les personnes handicapées et les personnes valides ont-elles de l'insertion ? Cette image de l'insertion correspond-elle à celle véhiculée et mise en œuvre par ceux qui veulent les insérer ? Les « acteurs de l'insertion » disposent d'une connaissance de l'Autre, donc d'une représentation qui fonctionne comme un *supposé savoir*, qui va agir directement sur ses pratiques et ses manières de faire, ainsi que sur le mode de relation qu'il entretient avec le groupe concerné. Les éducateurs, institutions et tout autre groupe chargé de l'insertion des personnes en situation de handicap ont, de part leurs expériences et leurs systèmes de valeur, leur propre conception de l'insertion, conception qu'ils doivent interroger avant de l'appliquer.

L'analyse des représentations dans ce domaine permet de déceler les freins et de repérer les leviers sur lesquels il faut intervenir pour favoriser l'insertion.

« C'est quand tu peux te prendre en charge et appuyer ceux que tu peux. Et quand il y a une décision à prendre, on t'implique, on te demande ton point de vue » un éducateur social, Diébougou.

« C'est un tricycle qui me manque, pour m'occuper des mes activités. Voilà que parfois il y a des cérémonies au village, je ne peux même pas y aller, ça me fait mal. Pour moi, être bien intégré, tu participes aux activités, s'il y a des funérailles ou un baptême, on t'informe, vous décidez ensemble, on te considère, on te donne des choses, c'est ça être intégré » Ali, handicapé physique, 30 ans, région de Gaoua.

Aussi la valorisation et la promotion de la personne handicapée passe par la reconnaissance de son droit à la parole et par la sensibilisation de la communauté sur leur droit à participer aux évènements familiaux et communautaires. C'est la forme d'exclusion symbolique la plus forte, que l'on retrouve particulièrement en milieu rural.

c) Un sentiment d'inutilité, la stigmatisation liée à l'incapacité

« L'anthropologie a montré que des tâches de vie essentielles et partagées par les membres de groupes humains sont des activités repérables dans le monde entier. Mais les anthropologues ont également insisté sur le fait que des significations différentes sont souvent attachées à ces activités, d'un milieu social local à l'autre. C'est la culture, en tant qu'ensemble de façons acquises de penser et d'agir qui donne sens aux choses et expériences de la vie quotidienne »¹⁰. L'homme s'accomplit à travers son accès à l'indépendance et à sa capacité à prendre en charge ses parents. Dès qu'il est en âge de travailler, il se doit de prendre en charge notamment ses parents, de qui il a été la charge jusque là. Par la suite, il devra prendre en charge la famille qu'il va fonder. Or souvent, les personnes en situation de handicap ont des difficultés à se prendre en charge elles-mêmes.

« Le bonheur, c'est arriver à s'assumer, ne pas être dépendant. Lorsqu'on est obligé de recourir au prochain pour survivre, c'est un vrai malheur » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« Nous avons la responsabilité collective de donner aux personnes handicapées l'aide nécessaire pour qu'elles puissent mener une vie utile et productive »¹¹ L'exclusion symbolique est associée à la mesure de l'utilité sociale des individus. Or la notion d'incapacité est prégnante dans la désignation du handicap. Le stigmat social est la plupart du temps associé à cette incapacité.

« Quand je vois un handicapé physique, je pense qu'il ne peut plus rien faire, parce qu'il n'a pas ses pieds, alors qu'il pourrait être utile à la société s'il avait ses pieds » une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

La notion d'incapacité est toute relative : « chaque pays et chaque culture véhiculent une certaine conception de l'incapacité qui doit être lue à la lumière de la situation qui prédomine dans chaque pays »¹². C'est en fonction des activités valorisées par la société que la situation de handicap sera plus ou moins « handicapante ». « Ce sont les activités quotidiennes et domestiques, ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel selon son âge, son sexe et son identité sociale et personnelle. La notion « d'habitudes de vie » évite le recours à celle de normalité et respecte celle de relativisme socioculturel. Les habitudes de vie diffèrent selon les appartenances d'une personne, son identité et les diverses sociétés »¹³. Il faut prendre en compte la matrice sociale dans laquelle vit la personne pour évaluer la présence et le degré d'incapacité d'un individu.

Par conséquent, le milieu rural, de part l'éventail restreint d'activités proposées, est le contexte le plus exclu pour une personne en situation de handicap. La seule activité possible étant l'agriculture et l'élevage, les personnes handicapées sont écartées du seul moyen de se faire reconnaître socialement. En

¹⁰ COOK, 2000, cité par MELEY Marie-Françoise, *Paroles et silences autour des séquelles d'injections au Burkina Faso. Système médical et handicap*, Mémoire de DEA, Université Aix-Marseille III, 2004, p. 110.

¹¹ Message du secrétaire générale de l'ONU, Kurt WALDHEIM, in *Quotidien national d'information*, Cameroun tribune, n° 1996, 1981.

¹² STICKER, cité par MELEY Marie-Françoise, *Paroles et silences...*, *Op. Cit.*, p. 20.

¹³ FOUGEYROLLAS et BLOUIN, 1989, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 110.

milieu urbain, des activités annexes comme l'artisanat, le petit commerce, sont accessibles aux personnes en situation de handicap.

« En fait les handicapés ne sont pas automatiquement exclus de la société. Ils sont mis de côté parce qu'ils sont inutiles et n'apportent rien à leurs parents. Par exemple, dans une famille où il y a cinq enfants, s'il y en a un qui est handicapé, il ne peut pas cultiver. Tous les autres partent aux champs, font les autres travaux, pendant que le handicapé reste sur place. Du coup, il n'a pas la même considération que ceux qui sont actifs, qui travaillent. Mais ils sont pas abandonnés pour autant » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

Dans une société où l'individu se réalise à travers son indépendance économique et sa capacité à prendre en charge sa famille, celui qui n'est pas en mesure de sait subvenir à ses besoins est considéré comme un poids.

« Les gens ont l'habitude de dire que ce sont des mangeurs et non des travailleurs : le gars est là, il peut rien faire mais faut le nourrir » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

Particulièrement en milieu rural, la personne handicapée est considérée comme une charge pour sa famille dans la mesure où elle ne peut pas apporter sa contribution à la survie du groupe (travaux champêtres, gardiennage des animaux, travaux ménagers, etc.). Ses capacités physiques sont ignorées, c'est rare que l'on lui donne un lopin de terre à cultiver. A ce titre, on parle parfois de « famille handicapée »¹⁴.

« Vous savez, ici, les principales activités sont agricoles, il faut parcourir 7 Kms d'ici pour cultiver. Et pour un handicapé qui n'a pas de tricycle, vous voyez bien que c'est difficile. Supposons que tu veuilles travailler au marché, il faut avoir les moyens pour acheter la marchandise. Vu qu'on est en milieu rural, le handicap le plus difficile à supporter ici, c'est le handicap physique parce qu'ils ne peuvent pas cultiver » Salif, éducateur social, Zabré.

En milieu rural, l'intégrité physique est particulièrement valorisée, le corps est le premier instrument de travail, indispensable pour cultiver. Celui qui ne possède pas la force physique ne peut remplir son rôle social et est stigmatisé par sa faiblesse.

« Le problème est bien là : à cause d'un handicap, ou d'un désavantage, l'individu ne parvient pas ou plus tout à fait à tenir un rôle social considéré comme « normal » »¹⁵. Les attitudes des populations sont à comprendre tout autant en fonction de cette représentation du handicap que de l'objectivité d'une déficience organique, dans cette société où le superflu n'a pas de place, où finalement le handicap est un luxe. Chacun doit occuper une fonction bien précise, les ressources sont trop limitées pour prendre en charge les personnes en situation de handicap. Il

¹⁴ Cependant, lorsqu'il y a un enfant handicapé dans une famille, il ne faut pas pour autant négliger la souffrance que ressentent les parents de voir leur enfant grandir différemment et la souffrance de l'enfant lui-même de ne pas être comme les autres.

¹⁵ SIEGRIST Delphine, *Oser être femme. Handicaps et identité*, Paris, Editions Desclée de Brouwer, 2000, p. 24.

faut parfois agir sur le contexte pour réintégrer cette normalité. La population doit être sensibilisée sur la situation des personnes handicapées et redéfinir leurs capacités et incapacités en fonction des différents handicaps.

De là, la création d'activités génératrices de revenus peut être une voie vers l'indépendance financière, l'affirmation de soi, mais aussi un moyen de prendre une place active dans le tissu social, voire de rompre un fort sentiment d'inutilité. « Le respect des autres passe par la démonstration de leurs capacités à évoluer dans la société »¹⁶.

« Les gens ont de la considération pour les handicapés physiques. A partir du moment où on leur a donné un tricycle, ils arrivent à rendre service. J'en connais un qui a un tricycle à moteur en ville ici. Il a ouvert un atelier de couture, et partant de là, il a même pu se marier. Ceux qui avant ne voulaient pas lui donner 100 f, viennent maintenant à lui pour lui demander de l'aide. Il est devenu plus utile qu'au départ » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

3) *Les difficultés d'accès au mariage*

« Chez nous, quand tu atteins un certain âge, il faut que tu te maries, que tu aies au moins un enfant, que tu aies une cour où tu peux vivre tranquillement avec ta famille, que tu arrives à la prendre en charge » un employé administratif, mairie de Tenkodogo.

En dehors des problèmes de déplacement et des obstacles financiers, la grande difficulté des personnes en situation de handicap reste celle de se marier. L'insertion d'une femme passe par son mariage et sa fonction première dans la société est de faire des enfants. Son épanouissement passe par un « bon » mariage, avec un mari qui pourra subvenir financièrement à tous ses besoins. De l'autre côté, un homme se doit de construire une famille et de subvenir à ses besoins. Il en est de la survie du groupe. Ne pas avoir accès au mariage est une autre forme « d'exclusion symbolique ».

En Afrique de l'Ouest, le mariage s'explique plus par la nécessité d'une complémentarité dans les tâches quotidiennes que par une relation élective. Par conséquent, il n'est pas simple pour une femme handicapée d'être demandée en mariage : pour certaines d'entre elles, les difficultés qu'elles pourront rencontrer pour s'occuper de la maison (piler, chercher l'eau, se déplacer au marché) dissuadent la plupart des hommes. En milieu rural, les tâches domestiques sont physiques, comme aller chercher le bois ou semer¹⁷. Les femmes en situation de handicap ne peuvent accomplir ces tâches pourtant dévolues à leur sexe. De l'autre côté, une femme handicapée, si elle ne peut accomplir les tâches quotidiennes qui incombent à son sexe, ne pourra non plus prétendre au mariage et à l'enfantement. De là apparaît

¹⁶ HERAUD Marion, *Paroles de femmes : handicap et santé de la reproduction. Cercles de Tombouctou, Diré et Gourma Rharous, Mali*, Handicap International, 2004, p. 22.

¹⁷ Semer est une tâche féminine. Les femmes incarnant la fécondité, leur intervention à ce niveau serait propice à une bonne récolte.

l'importance pour ces femmes de pouvoir témoigner de leur capacité à mener une vie normale.

« Je ne peux pas me marier, parce que je ne peux ni semer, ni récolter. Même si j'avais une coépouse pour m'aider, c'est sûr qu'elle va me reprocher de ne rien pouvoir faire » Bekpabana, 40 ans, aveugle, région de Gaoua.

Ainsi, en ne leur reconnaissant pas leur droit d'exercer leurs rôles d'épouses et de mères, les femmes handicapées se trouvent dans une situation de fragilité économique et morale. Elles ne peuvent tenir correctement leur ménage et donc rendre leur mari heureux. Socialement stigmatisées, elles ne trouvent pas toujours le réconfort auprès des autres femmes. Effacer, ou tout au moins réduire sa marginalisation sociale, implique l'alliance et la filiation.

L'argent étant à la base de la plupart des unions, un homme doit disposer de suffisamment de moyens financiers pour prétendre au mariage. Sans activité rémunératrice, un homme ne peut accéder au mariage. Ainsi au moment du mariage, un homme handicapé peut compenser son handicap s'il dispose de suffisamment d'argent. Or en milieu rural, les conditions économiques sont telles que les personnes en situation de handicap ne peuvent compenser leur handicap par une bonne situation financière.

« Au début c'est pas facile, quand les gens voient une belle femme qui suit un handicapé, ils restent bouche bée, ils vont dire qu'est-ce que tu fais avec quelqu'un qui ne pourra rien faire pour toi, qui peut pas travailler » un handicapé physique, Dissin.

Les termes de l'échange diffèrent selon le sexe du handicapé : autant l'homme en situation de handicap peut épouser des femmes valides s'il dispose de moyens financiers suffisants, autant une femme handicapée sera passivement épousée. Avec de l'argent, l'homme handicapé peut espérer une vie conjugale presque normale puisqu'il peut avoir l'épouse qu'il aurait eue sans handicap. Il peut ainsi réduire son handicap social à travers grâce à l'alliance.

« C'est plus facile pour les hommes que pour les femmes. Une femme, on va trouver qu'elle est différente des autres et en Afrique, on marie la femme pour les travaux ménagers » un éducateur social, Garango.

4) Des personnes réduites à la mendicité

Les personnes handicapées sont écartées des traditionnels circuits de productions économiques et, à cause de leur état physique, ont du mal à accéder à l'emploi. Pour certaines personnes, la mendicité constitue la principale source de revenus pour assurer leur survie.

« Les handicapés qui mendient, je pense que c'est encore mieux que de rester sans rien faire » une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

Les difficultés d'accès à une activité se font particulièrement ressentir en milieu rural, où l'individu est objectivement diminué par son incapacité à accomplir les tâches dévolues à son âge ou à son sexe. Cependant, inscrit dans des rapports stricts de parenté et de hiérarchie sociale, il ne peut non plus mendier sans s'humilier. En milieu urbain, le handicapé, devenu anonyme, pourra plus facilement utiliser son handicap pour mendier. L'exode des handicapés en ville serait une nouvelle stratégie pour mendier loin des regards porteurs de la « honte » des petites sociétés d'interconnaissances¹⁸.

Beaucoup légitime la mendicité par le handicap. Aussi peut-on distinguer les « bons » mendiants des « mauvais », les handicapés qui ne peuvent pas travailler et qui n'ont pas le choix, des autres, ceux qui « ne veulent pas » travailler. Aussi, non seulement cela stigmatise les mendiants valides comme des oisifs et des « parasites », mais en plus cela conforte l'idée qu'une personne handicapée ne peut pas travailler. Et même si la mendicité peut s'avérer lucrative, elle n'en reste pas moins une pratique associée à la honte et à l'échec. Ainsi le fait de pratiquer couramment l'aumône et la charité maintient la personne handicapée dans une situation sociale peu valorisante.

« Les vrais mendiants sont ceux qui ont un handicap, aveugle, handicapé physique, lépreux, ... mais quelqu'un qui physiquement n'a pas de problèmes ou qui est paresseux est un faux mendiant » employé de mairie, commune de Tenkodogo.

La mendicité rapporterait entre 500 et 1000 FCFA par jour, contre 500 seulement pour un gardien de parking par exemple. En effet, faire le *douaaga* ou sacrifice, est un acte religieux qui confère à celui qui le fait à l'encontre d'un mendiant de bénéficier d'un *yel somdé* de la gratitude de Dieu. Pour les adeptes des croyances traditionnelles, le *bouanssa* ou mendiant, est un instrument de transmission de leurs doléances au monde des ancêtres¹⁹. Les mendiants trouvent ici leur fonction, en faisant partie intégrante des procédures de sacrifices.

Mais la mendicité est considérée comme une activité indigne, elle valorise le donateur mais détériore le bénéficiaire.

« De nos jours, si tu n'as rien à donner à quelqu'un, on ne te considère pas, donc tu n'es pas intégré » Tidiane, handicapé physique, 37 ans, région de Zabré.

Cependant, une personne en situation de handicap considère le don comme une forme de respect. Le don spontané est particulièrement apprécié, lorsque l'on n'est pas en position de mendicité, « la main tendue ». La personne qui reçoit considère le geste comme un signe de bienveillance à son égard.

¹⁸ JAFFRE Yannick, « « Etre aveugle », la cécité entre une définition épidémiologique et sociale », *Op. Cit.*

¹⁹ COMPAORE Cyrille, *Handicap et société. Analyse des freins à l'intégration des handicapés au Burkina Faso. Etude de cas : les handicapés moteurs*, Mémoire de DEA, Université Lumière Lyon II, 1993, 88 pages.

« Oui je suis intégrée. La preuve, c'est quand je suis malade, on me donne de l'argent, on paie mes médicaments » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

5) *La prise en charge des personnes en situation de handicap*

« Le monde devient de plus en plus dur et personne ne se soucie de l'autre. Avant on s'occupait des personnes handicapées, maintenant c'est difficile » une personne valide, 34 ans, Tenkodogo.

Traditionnellement, le lignage²⁰ avait une réalité économique : la communauté lignagère²¹ aurait correspondu à l'unité d'exploitation agricole. Ainsi, « la réalisation des activités de production dans le cadre d'une collectivité élargie apparaissait comme la solution la plus sûre pour assurer la sécurité alimentaire dans des conditions écologiques et sanitaires aléatoires : la disponibilité d'une main d'œuvre nombreuse, dirigée avec fermeté, permet de faire face aux contraintes climatiques en réalisant les travaux de culture au moment opportun et dans les meilleurs délais, de compenser l'immobilisation de producteurs due à la maladie, et finalement d'obtenir un équilibre satisfaisant entre l'effectif des actifs et celui des inactifs »²².

Avant l'érosion des structures de solidarité traditionnelles, la personne handicapée était prise en charge par la société et avait sa part d'activités au sein de la grande famille notamment. Par exemple, selon Pascal OUEDRAOGO²³, la société Mossi prévoyait une place aux invalides (vieux et personnes handicapées). Leur charge incombait à toute la grande famille, dès lors la responsabilité des parents était allégée. Les proches s'occupaient de la construction et de l'entretien des logements des personnes handicapées, ainsi que de l'entretien de leurs champs. On pourrait même risquer d'accuser une éventuelle surprotection étant donné que les handicapés, tout comme les jumeaux, étaient censés détenir des pouvoirs surnaturels. Par conséquent, un mauvais comportement à leur égard pouvait entraîner des retombées maléfiques sur le coupable ou sur la grande famille, aussi il existait au niveau de l'insertion une co-responsabilité. Cette prise en charge correspondait à l'esprit de « solidarité » qui réglait les rapports sociaux au sein de la communauté. Mais cela n'excluait pas un sentiment de rejet de la part de la personne handicapée.

L'introduction de l'économie de marché dans les sociétés traditionnelles a provoqué de profonds bouleversements, dont l'érosion des structures traditionnelles de solidarité et la transformation de la configuration des groupes domestiques. Ce processus d'érosion se serait accéléré à partir des années 40. Le groupe domestique

²⁰ composition de groupes de gens dont la profondeur généalogique est d'au moins trois degrés.

²¹ regroupe les hommes du lignage, leurs épouses, leurs enfants et d'éventuels dépendants.

²² HERTRICH Véronique, *Permanences et changements de l'Afrique rurale. Dynamiques familiales chez les Bwa du Mali*, Paris, Les Etudes du CEPED, n° 14, 1996, p. 53.

²³ *Contribution à l'intégration socio-économique des jeunes handicapés physiques : l'exemple de Ouagadougou (Haute-Volta)*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Conseiller Principal de Jeunesse et d'Animation, Yaoundé, 1983.

s'est ainsi rétréci jusqu'à prendre la forme du groupe « nucléaire ». Par conséquent, la prise en charge des « dépendants » a glissé de la famille élargie à l'unité de reproduction biologique.

Confronté à la croissance démographique, due à l'augmentation de la durée de vie et donc du nombre de « survivants », le groupe domestique s'est transformé d'un point de vue matériel, économique, mais aussi relationnel. « Elle peut générer des tensions au sein des structures relationnelles (d'autorité en particulier) et par la suite contribuer à une remise en question des arrangements familiaux, des rôles et des rapports inter-individuels »²⁴. La prise en charge des membres dépendants de la famille (enfants, vieux, invalides) a été déplacée de la grande famille au groupe plus restreint de la famille nucléaire. Les parents biologiques se voient assumer seuls la responsabilité de leurs enfants, notamment handicapés.

« Quand je suis malade, c'est mon papa qui s'occupe de moi, les autres, c'est pas leur problème » un handicapé physique, 25 ans, région de Gaoua.

« Mon père est mort et ma mère est partie. Je vis avec la coépouse de mon père et son nouveau mari. Quand j'ai eu mes enfants, on m'a dit que c'était encore des charges en plus. Je dois prendre en charge mes enfants, je dépends de ce que les gens veulent bien me donner. Même quand on prépare dans la famille, on ne me donne pas toujours, ou alors pas assez. Je suis déçue par ma famille. Si mon père était là, ça ne se passerait pas comme ça » Bekpabana, 40 ans, aveugle, région de Gaoua.

Les personnes en situation de handicap sont prises en charge par leurs parents proches. La famille plus élargie n'a pas d'investissement affectif par rapport à elles. Dorénavant, les pauvres ont un réseau plus réduit et surtout moins riche. Bien que le réseau d'entraide au Burkina Faso soit encore fort, les limites de ce capital social sont vite atteintes, d'autant plus que les ménages pauvres ont essentiellement des relations avec d'autres ménages pauvres.

« Ici il y a la solidarité. Mais la solidarité a besoin d'un minimum, c'est-à-dire il faut être capable de se prendre en charge, au moins la nourriture, l'habillement. Ce que la solidarité peut t'apporter est infime par rapport à ce que toi-même tu dois apporter » Salif, éducateur social, Zabré.

6) Conclusion : des parcours de vie déterminants

Il s'agit de déterminer pourquoi une personne en situation de handicap s'en sort plutôt qu'une autre, à savoir : quels sont les éléments principaux du parcours de vie qui permettent aux personnes handicapées de « s'insérer » ?

On ne peut pas parler de *la* situation des personnes handicapées au Burkina Faso mais plutôt *des* situations des personnes en situation de handicap au Burkina Faso. Les généralités que nous venons d'exposer ne doivent pas cacher la multiplicité des destins qui se cachent derrière le vécu d'un handicap. De part son histoire, son

²⁴ HERTRICH Véronique, *Permanences et changements...*, Op. Cit., p. 9.

parcours de vie, son entourage et les possibilités qui s'offrent à elle, chaque personne handicapée possède des atouts qui lui permettront de vivre en plus ou bonne harmonie avec la société. Ces atouts sont en quelque sorte l'ensemble des « capacités »²⁵ possédées par chaque individu pour faire face à l'adversité.

III RENFORCEMENT DES « CAPABILITES » DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Nous venons d'expliquer l'importance du vécu de la personne handicapée pour son processus « d'insertion ». A partir de la notion de « capacités », nous allons déterminer l'ensemble des éléments objectifs et subjectifs de ce vécu qui participe à la marginalisation ou à l'insertion des personnes en situation de handicap.

Enfin, nous concluons cette partie et la précédente en essayant de situer la personne handicapée dans la société burkinabè : si elle n'est pas exclue en soi, quelle place effectivement occupe-t-elle ?

1) Les « capacités »

Il ne faut pas sous estimer l'hétérogénéité des situations, des trajectoires, des logiques et des définitions de soi que développent les personnes en situation de handicap. « Chaque individu se laisse différencier de tous les autres et autour de ces éléments de différenciation c'est un enregistrement unique et ininterrompu de faits sociaux qui vient s'attacher, s'entortiller, comme de la barbe à papa, comme une substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques »²⁶. Il existe autant de situations de personnes handicapées que de personnes handicapées elles-mêmes. Comme tout à chacun, chaque personne handicapée va évoluer dans la société en fonction de son capital de départ (social, économique, culturel) et grâce aux capitaux qui vont se greffer tout au long de son parcours de vie.

Tout le monde n'a pas les mêmes capacités à affronter les difficultés. La notion de « vulnérabilité » permet de mesurer la probabilité de voir sa situation ou des conditions de vie se dégrader, quel que soit le niveau de richesse de départ, lors des diverses fluctuations de la vie²⁷. On est vulnérable lorsque l'on n'a pas les capacités nécessaires pour protéger son bien-être lorsqu'il est menacé. Non seulement chaque personne n'a pas le même niveau de vulnérabilité, mais ce qui importe, c'est la capacité de réaction de tout à chacun devant la menace. Sophie ROUSSEAU²⁸ nomme cette capacité de réaction l'ensemble des « capacités » possédées par l'individu qui lui permettra de résister aux effets négatifs du changement et d'y faire face s'il le faut. Cette capacité de résistance est un véritable atout dont dispose les individus face à l'adversité.

²⁵ Selon une expression de Sophie ROUSSEAU.

²⁶ GOFFMAN, 1995, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 74.

²⁷ Sophie ROUSSEAU, *Capabilités, risque et vulnérabilité*.

²⁸ *Capabilités, risque et vulnérabilité*.

Les capacités ont des niveaux très différents, c'est notamment ce qui déterminent les parcours de vie et les situations personnelles parfois fort différentes auxquelles nous avons été confrontés lors de notre travail de terrain.

Les éléments déterminant dans la mesure des capacités des individus sont :

- Le cadre de vie, urbain ou rural, qui détermine les possibilités qui s'offrent aux individus (accès à une activité, fréquentation d'un centre de réadaptation, possibilités de déplacements, etc.) : les dispositions prises par une société, en faveur de l'éducation, de la santé ou autres, accroissent la liberté substantielle qu'ont les individus de vivre mieux.
- L'environnement social (mentalités, acceptation du handicap, moyens financiers, soutien moral et psychologique, etc.) : les solidarités sociales, ethniques ou familiales sont de puissants facteurs de lutte contre la vulnérabilité.
- l'accès à la scolarisation
- Diversité des traits personnels : du fait que les gens aient des caractéristiques physiques diverses, du fait de leur âge, du sexe, des infirmités, de leur caractère, de leur aptitude à établir des relations sociales, ces individus ont des besoins différents.

Les capacités sont des facteurs déterminant dans les processus d'exclusion et d'insertion des individus en général, et des personnes en situation de handicap en particulier. Dans ce chapitre, nous allons essayer de déterminer quelles sont les capacités à l'œuvre pour les personnes en situation de handicap que nous avons rencontrées, afin de pouvoir les renforcer si nécessaire.

Au regard des différentes interviews réalisées, nous avons retenu cinq éléments déterminants dans le vécu du handicap, à savoir :

- le type du handicap
- l'entourage familial
- la possibilité de fréquentation d'un centre de réadaptation
- l'accès à la scolarisation
- Et enfin le « caractère » de la personne en situation de handicap, à savoir sa « capacité » à établir des relations sociales.

2) *Les représentations liées aux différents handicaps*

Le comportement et les attitudes du handicapé physique à l'égard du groupe social et du groupe vis-à-vis de celui-ci dépendent de la manière dont la personne handicapée et son type de handicap sont perçus. Dans les différents pays africains, comme dans le reste du monde, le corps ne se réduit pas à un ensemble d'organes, au-delà se trouvent la personne et la société à laquelle elle appartient et avec qui elle entretient des relations multiformes²⁹. Situé au premier plan lors des interactions entre individus, le corps n'est pas sans influence sur les échanges sociaux. Aussi la visibilité du handicap et les représentations liées à l'infirmité sont parfois

²⁹ N'DAYE Mamadou, *Perceptions du corps et handicap physique dans les contextes africains*, Handicap International en Afrique de l'Ouest, avril 2000.

déterminantes dans les processus d'exclusion des personnes en situation de handicap.

« Je ne suis pas si handicapée que ça puisque je peux me déplacer. C'est lorsque tu ne peux plus sortir du village ou faire tes activités que tu es handicapé »
Krukabaoua, 48 ans, atteinte d'éléphantiasis, région de Gaoua.

Pendant nos entretiens, nous avons demandé aux interviewés handicapés et valides, quel était le handicap qu'ils considéraient comme le plus « lourd », le plus difficile à vivre et à supporter. Les handicaps cités les plus fréquemment sont la folie et la cécité, suivies de très près par l'épilepsie et la paralysie des membres inférieurs.

Pourquoi ces handicaps sont-ils considérés comme les plus invalidants ? Quelles sont les représentations rattachées à la folie ? A la cécité ? A l'épilepsie ? A l'infirmité des membres inférieurs ?

a) Le rapport au corps

La stigmatisation du handicap dépend de sa visibilité. Plus il est ostentatoire, plus les regards se figent sur l'infirmité ou la déviance. Le corps doit être conforme aux normes : debout, droit, entier, contrôlable. « Le corps est le support matériel, l'opérateur sine qua non de toutes les pratiques sociales et de tous les échanges entre les acteurs. L'existence de l'homme est d'abord corporelle. Toute relation avec le monde implique sa médiation »³⁰.

La vie sociale des personnes en situation de handicap est une mise en jeu de ce corps, où tous les moyens seront utilisés pour cacher l'infirmité et rendre le handicap moins voyant, moins stigmatisant. L'esthétique, la féminité, mais aussi la virilité ne doivent être dissimulés par le handicap. Par conséquent, les appareils et accessoires, telles que les chaussures proposées aux personnes atteintes du gros pied, utilisés en support du handicap doivent garder un souci esthétique. Les apparences sont la « surface des êtres, stimulus de la perception, elles constituent, dans des situations de mise en présence de l'autre, un des déterminants majeurs de son regard, des conduites qui peuvent en découler, et par là du regard que l'on porte sur soi-même »³¹.

Par conséquent, si le handicap en lui-même est stigmatisant, c'est sa visibilité et le trouble qu'il engendre qui provoque le malaise social. Aussi chaque expérience du handicap dépend de la nature de l'infirmité.

b) La cécité

Avec l'épilepsie et la folie, la cécité est considérée comme le handicap le plus « difficile ». Personne ne s'imagine pouvoir vivre sans voir.

³⁰ LE BRETON, 1988, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 111.

³¹ BONNIOL, 2002, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 127.

« Le pire c'est l'aveugle. Tu peux vouloir boire et ne même pas voir l'eau » Une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

Dans les représentations, l'aveugle est entièrement dépendant de son entourage. Il ne peut satisfaire lui-même à ses besoins pourtant les plus primaires : boire et manger.

L'aveugle est considéré comme un être faible, dont certaines personnes malveillantes profiteraient de sa déficience. S'il demande son chemin, certaines personnes s'amuseraient à lui indiquer la route opposée. De plus, il ne peut parer aux dangers qui le menacent, faute de les voir venir.

Les proverbes sont une bonne illustration de la façon dont peuvent être considérées les personnes mises en scène. Aussi nous avons relevé ces deux proverbes Mossi sur les aveugles.

Zoang yoor tabda vugri
Yiib soba, a wa n pa ye me
A vuugda a bumbu n teem ziiga
« Le sexe de l'aveugle se piétine une seule fois,
la deuxième fois, même s'il ne voit pas,
il tire sa chose et change de place »³²

L'aveugle étant considéré comme l'être faible par excellence, le proverbe prend une tournure comique en attribuant à un être faible un sexe lourd (car difficile à tirer) donc puissant. En effet, le verbe *vuugda* signifie en moré tirer à soi quelque chose de lourd, qu'on tire avec effort.

Ce proverbe signifie que celui qui est faible, qui n'a pas la force de son côté est destiné à jouer le rôle de victime

Zoanga zii wa a zugu
Pa na n ta lals yé
« L'aveugle est assis comme si sa tête
n'allait pas cogner les murs »³³

L'aveugle, déjà faible par son infirmité, ne peut pas estimer le danger qui le menace.

c) La « folie »

³² BONNET Doris, *Le proverbe chez les Mossi du Yatenga (Haute-Volta)*, Paris, Société d'Etudes Linguistiques et Anthropologiques de France, 1982.

³³ BONNET Doris, *Le proverbe chez les Mossi...*, Op. Cit.

Les fous sont exclus suite à des comportements violents. Les causes sont diverses et variées, mais c'est la non maîtrise du « fou » qui pousse la population à l'exclure.

« Y a plusieurs sortes de fous. Certains sont fougueux, d'autres ne le sont pas. Ils sont là, ils tournent, le soir ils rentrent chez eux, ils dorment, le matin ils se lèvent et se promènent. Comme si c'était des gens qui n'aimaient pas travailler. Mais ceux qui sont fougueux, la plupart du temps ils sont ligotés, séquestrés dans la maison, un peu comme un animal. (...) Ici je n'en connais pas. Mais je connais un village où les parents étaient obligés de faire ça pour le maîtriser. Le jour du marché il déranger tout le monde sur son passage. Il est resté enchaîné pendant 3 ans. Mais actuellement il est au marché, il est redevenu calme grâce à des traitements traditionnels et à un psychiatre qui passait de temps en temps à Tenkodogo et lui donnait des comprimés pour le calmer. Maintenant il n'est plus enchaîné, il est juste là assis comme ça. Il n'est plus fougueux, les gens passent lui donner à manger » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

C'est parce que le fou ne se comporte pas conformément aux normes de sa société qu'il est qualifié de malade. Etre en bonne santé, c'est aussi respecter les normes sociales. Tout écart de comportement est suspect.

Les populations n'ont aucun moyen de prendre en charge les maladies psychiatriques compliquées, aussi lorsque les « fous » sont violents et incontrôlables, ils sont exclus, il en va de la protection du groupe.

d) L'épilepsie

Il ne faut pas sous-estimer la force du regard d'autrui et le sentiment de honte que ces regards engendrent pour les handicaps « qui se donnent à voir », notamment lorsque le handicap ôte au corps sa pudeur réglementaire. D'où l'importante stigmatisation des personnes souffrant d'épilepsie. En effet, l'épilepsie renvoie au non-contrôle du corps, au « corps qui échappe », qui risque d'être livré à tout moment aux regards des autres.

« L'épilepsie, c'est une maladie qui ne trie pas les lieux. Ça peut vous arriver n'importe où » une personne valide, Gaoua.

« Le plus difficile, c'est l'épilepsie. C'est un handicap honteux » Bila, 51 ans, aveugle, région de Ouargay.

De plus, dans les représentations, l'épilepsie est contagieuse. La peur de la transmission³⁴ marginalise la personne épileptique, mais c'est avant tout la méconnaissance de la maladie qui stigmatise les personnes atteintes.

« Dans l'épilepsie, c'est la façon même de tomber qui fait peur. Les gens pensent que c'est contagieux, par la salive notamment. Certains disent que si l'épileptique pète et que tu respire les gaz tu peux être contaminé. S'il te touche avec sa main

³⁴ L'on pense que l'épilepsie est une maladie contagieuse du fait du nombre important de cas connu dans la région.

gauche pendant la crise aussi. Et les gens souvent refusent d'utiliser le même plat pour manger et le même verre pour boire » un responsable de centre de réadaptation, Zabré.

« Il y a des épileptiques ici au village. Ils ne sont pas isolés, mais on fait attention à eux. Par exemple, au cabaret, ils ont leur calebasse, nous avons les nôtres. Et en cas de crises, on doit faire attention à ce qu'ils ne tombent pas dans le feu » une personne valide, région de Gaoua.

e) La filariose lymphatique ou « éléphantiasis »

En moré, *Yam zaad pooga* : « la malice entretient l'éléphantiasis »³⁵.

Zaad : entretenir, prendre soin de (exemple : un enfant).

Pooga : éléphantiasis.

L'éléphantiasis provoque une difformité voyante et gênante. Aussi le proverbe souligne la nécessité d'être malin pour vivre avec, pour « l'entretenir », c'est-à-dire tout à la fois assumer la présence de la difformité, mais aussi la faire oublier à soi-même et aux autres, éviter un accident ou une aggravation du mal. Le malade doit rendre sa malformation presque naturelle, même s'il en souffre. A travers l'image de la personne atteinte d'éléphantiasis, ce proverbe apprend qu'il faut être « malin » et intelligent pour affronter les situations difficiles.

L'éléphantiasis est aussi évoqué dans un chant du *warba*, danse traditionnelle des Mossi : « faites en sorte que l'éléphantiasis s'enroule autour du poteau ». Autrement dit, les tam-tams doivent jouer de façon à faire danser même celui qui est atteint d'éléphantiasis.

« Celui qui a le gros pied, il vaut mieux que les autres, car il peut avoir une femme, il peut se marier » Jean-Baptiste, 40 ans, handicapé physique, Koupéla.

f) Les sourds-muets

« Parmi les handicapés, ce sont les sourds-muets qui ont le moins de problèmes, car ils peuvent travailler comme tout le monde. Chaque communauté développe ses propres signes pour communiquer avec le sourd-muet » un responsable de centre de réadaptation, Zabré.

« Le sourd il n'entend rien, mais il peut voir le danger venir » Yéri, 50 ans, aveugle, région de Gaoua.

La surdité n'est jamais évoquée en tant que handicap, cela pour deux raisons. La première vient de l'absence de visibilité de la déficience, la seconde du fait qu'il ne constitue pas un obstacle à l'accomplissement d'une activité. La gravité du handicap

³⁵ BONNET Doris, *Le proverbe...*, Op. Cit.

est estimée en fonction de la possibilité ou non d'effectuer une activité rémunératrice et de se prendre en charge. La possible frustration de ne pouvoir entendre ni s'exprimer à souhait n'est pas prise en compte.

g) Les « enfants serpents »

Ceux qui ont une incapacité à maintenir la tête droite ou dont la tête tombe subitement sont comparés à des serpents, d'où l'appellation « d'enfant-serpent » : « la nuit, il s'étire comme un serpent ; le jour il reste sur place », il est avachi, immobile.

Les « enfants serpents » sont souvent éliminés à la naissance, ou laissés sans soins, sans attention, ainsi ils survivent peu. Il s'agit d'un handicap lourd et incurable, face auquel les familles se retrouvent totalement démunies. Simplement, le fait de penser qu'il s'agit d'un génie, d'un enfant revenant ou autre, permet à la mère de déculpabiliser et d'apaiser sa souffrance lorsque l'enfant décèdera.

« Le plus grave, ce sont les enfants serpents. Parce qu'on ne peut pas les soigner. Et même si on tente de le soigner, il finira de toutes façons par mourir. C'est Dieu qui fait ça » Mariam, 48 ans, atteinte d'éléphantiasis, région de Ouargay.

« Dans certaines familles, ils laissent mourir l'enfant puisqu'ils pensent que c'est un génie. Et même si on le laisse vivre, c'est inutile » un handicapé physique, Dissin.

3) De la nature du handicap à sa stigmatisation

L'étude des représentations montre que chaque handicap est perçu de façon singulière, ce en fonction de la gravité imputée à la déficience et de sa localisation. Les infirmités des membres inférieurs sont perçues comme moins graves que celles qui touchent la partie supérieure du corps, notamment la tête. Aussi les déficiences mentales avec la cécité sont les défaillances les plus graves aux yeux de la population. Les crises d'épilepsie, à ce titre, rappellent les comportements outranciers du « fou ». L'épilepsie est classée dans les représentations comme une maladie mentale.

Les processus de rejet sont différents selon la nature du handicap, les incapacités qui lui sont liées et enfin par rapport à une possible contamination. La gravité de l'infection en elle-même est bien moins importante que les possibilités sociales attribuées au déficient. Par exemple, lorsque l'infirmité entraîne *seulement* une dépendance vis-à-vis de l'entourage, les aptitudes sociales ne sont pas remises en cause. Conscient de ses actes, il peut compenser sa déficience physique par ses aptitudes sociales. Par contre, le « fou », comme le déficient mental, est dans l'incapacité d'établir des relations sociales et parfois peut représenter une menace pour le groupe.

Quant à l'aveugle, son infirmité semble lui conférer une non maîtrise totale de ce qui l'entoure, avec le désarroi qui s'ensuit. Totale dépendance de l'ensemble de son entourage, il est à la merci des autres.

Nous venons d'évoquer les représentations liées aux différents handicaps et les considérations sociales de chacun. Aussi la nature du handicap est au cœur du vécu de chacun et de sa stigmatisation. Maintenant nous allons voir les éléments objectifs extérieurs au handicap qui participent à la réalisation de soi : les centres de réadaptation, l'entourage familial et enfin la scolarisation.

4) La fréquentation d'un centre de réadaptation

« J'ai accepté mon handicap très tôt. Le centre a aidé beaucoup de handicapés à avoir un déclic, à arrêter de penser que c'est une malédiction, à rester à ne rien faire » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« J'étais dans l'association des handicapés. Grâce à ça, j'ai pu aller au Sénégal, en Côte d'Ivoire, à Lomé pour concourir. Je faisais de la course de vitesse et du football pour handicapés » Lucien, 38 ans, aveugle, Koupéla.

Ces témoignages expriment à eux seuls ce que la fréquentation d'un centre de réadaptation a apporté aux personnes en situation de handicap qui ont pu en bénéficier.

Fréquenter un centre de réadaptation a un impact sur l'exclusion symbolique des personnes handicapées. En dehors de l'aspect médical, les centres permettent aux personnes handicapées de connaître mieux leur potentialité physique et d'apprendre à développer leurs capacités. En leur donnant une utilité sociale, l'apprentissage d'un métier rétablit la fierté des personnes en situation de handicap et renforce leur estime d'elles-mêmes.

« A la fin de l'école primaire, je ne pouvais pas aller au collège, je ne pouvais pas continuer. Mon père a contacté le fondateur du centre de réadaptation, un père blanc, pour lui demander de m'aider. Mon père a fait le catéchisme, il connaissait bien le père blanc. Au début, ça m'a apporté une occupation. Parce que j'avais imaginé qu'en restant toute la journée sans rien faire, ça n'allait pas être facile, sans rien à faire ... Du coup, je n'étais pas oisif et en plus, c'est vrai que cela m'a donné quelques moyens » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« On ne fait rien au centre. J'avais suivi une formation de montage de vélo, mais jusqu'à présent, les vélos ne sont pas encore arrivés. J'y vais chaque jour, dire bonjour et revenir juste. En fait, ça me plaît parce que ce sont des handicapés et je suis fier de voir qu'ils font quelque chose » Yaya, 36 ans, handicapé physique, Koupéla.

Les centres de réadaptation sont aussi un lieu de rencontre où l'échange entre personnes en situation de handicap contribue à leur valorisation personnelle. L'émulation provoquée par le groupe est une véritable source d'énergie positive qui nourrit l'optimisme de chacun. L'horizon social des personnes handicapées s'élargit et leurs aptitudes sociales en sont renforcées.

« C'est lorsque j'ai rencontré des enfants aveugles que j'ai relativisé mon handicap. Je me suis dit, si eux ils arrivent à s'en sortir, je n'ai pas à me plaindre » Lucien, 38 ans, aveugle, Koupéla.

« J'ai voyagé sur Ouagadougou et c'est dans un centre de réadaptation que j'ai rencontré d'autres handicapés comme moi. Ils étaient nombreux. Je me suis sentie moins seule, cela m'a beaucoup aidé à me battre pour la suite » Thérèse, 26 ans, handicapée physique, Koupéla.

« L'association est une bonne chose car le fait de se retrouver entre handicapés c'est bien. Il y a du soutien moral, et quand on se rencontre, on rigole, on pagaille, c'est très bien, ça nous encourage », une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

Enfin, les centres de réadaptation sont à la source de la sensibilisation vers l'ensemble de la communauté. Ils sont une véritable vitrine qui montre les potentialités des personnes handicapées au reste de la communauté et participent amplement à la démystification autour du handicap et au changement de mentalités.

« Ce n'est pas facile d'être handicapé. Les gens considèrent mal les personnes handicapées. Mais je peux dire qu'actuellement ça va mieux. Grâce à la création d'associations pour handicapés, les gens sont en train de comprendre que le handicap vient comme ça, que les handicapés sont des personnes comme les autres », un handicapé physique, kinésithérapeute, Zorgho.

« Avec le centre de Tenkodogo, on a ouvert les esprits de beaucoup de gens, ce qui fait que les handicapés ne sont pas délaissés. Ne pas se laisser faire, c'est notre combat quotidien » Jean, 42 ans, handicapé physique, Tenkodogo.

5) *L'entourage familial*

La famille est le premier lieu de socialisation de tout individu. Nous avons constaté lors de nos diverses rencontres l'importance du soutien familial dans l'épanouissement de l'enfant handicapé et ses conséquences pour sa future vie d'adulte.

La cellule familiale est un véritable conditionnement mental et intellectuel, qui sera déterminant dans le vécu du handicap. En effet, si dès son jeune âge l'enfant handicapé est mis dans des situations d'apprentissages diverses, il développera plus tard des capacités. Possédant ainsi une image positive de lui-même que sa famille lui aura renvoyée, il lui sera plus aisé de s'intégrer dans la société. Au contraire, si déjà l'enfant handicapé baigne dans un environnement familial qui dénigre sa condition, il aura beaucoup de difficultés par la suite à s'épanouir pleinement. L'indifférence familiale, en négligeant ses capacités, peut provoquer des blocages chez la personne handicapée. Elle va développer une image négative d'elle-même et dès lors, elle s'engrènera dans un mécanisme « d'auto-exclusion ».

« J'ai vécu dans un milieu où les gens ont l'esprit ouvert, un milieu assez préparé où les gens acceptent d'abord ma situation, et essaient de me pousser à faire quelque chose, au lieu de simplement me regarder comme ça. Cela m'a beaucoup

aidé, c'est pour cela que je m'en suis sorti » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« C'est ma maman qui m'a trouvé du travail et c'est elle qui m'a poussé à ne pas refuser, parce que je ne peux pas porter de ciment, ni pousser de charrette. Je ne pouvais pas refuser la mécanique. Depuis que j'ai appris mon métier tout va beaucoup mieux » Adama, 25 ans, handicapé physique, Gaoua.

Généralement, lorsque la famille est unie, elle a les capacités pour prendre en charge une personne handicapée et l'encourager dans ses activités. Les familles disloquées n'ont pas suffisamment de capital affectif pour faire face au handicap. La communication et l'affection sont essentielles pour l'enfant handicapé. L'entourage familial fournit un capital affectif et social qui vont renforcer ses capacités. Si c'est un moyen de lutte contre le risque, c'est aussi une source de bien-être pour l'individu.

« Mes frères m'aimaient beaucoup, ma sœur me portait au dos pour aller à l'école. J'étais une enfant gâtée » Thérèse, 26 ans, handicapée physique, Koupéla.

6) L'accès à la scolarisation

« Si je n'avais pas fréquenté l'école, je n'allais pas être là où je suis présentement (centre artisanal de Tenkodogo). Je connais des handicapés qui ne sont pas allés à l'école, ils sont là, ne font rien. Le fait d'aller à l'école m'a été très bénéfique » Jean, 42 ans, handicapé physique, Tenkodogo.

« Les enfants handicapés doivent aller à l'école. C'est leur seul moyen de réussir, de gagner un travail intellectuel, pas physique. Un enfant handicapé peut être plus intelligent qu'un enfant valide » une personne valide, Gaoua.

Nous n'allons pas ici faire la promotion de la scolarisation, ni rappeler que l'enfant en situation de handicap a le droit comme tout à chacun d'accéder aux savoirs, il nous semble que l'idée est déjà largement acquise. Cependant, nous insisterons sur le fait que les personnes que nous avons rencontrées qui ont eu accès à la scolarisation bénéficient à l'heure actuelle largement de cet investissement de départ. Malheureusement il s'agit des personnes vivant en milieu urbain ou semi-urbain, à proximité d'une école.

« Il faut reconnaître qu'à l'époque, avoir un enfant handicapé et pouvoir l'emmener chaque fois à l'école c'était pas facile. Mais on avait l'avantage d'habituer à 100 mètres tout au plus de l'école, mon collègue (handicapé aussi) et moi. C'est pour ça surtout. Et aussi mon papa a eu la chance d'avoir vécu avec des curés, et celui de mon collègue avec le chef coutumier de l'époque. Ils ont eu suffisamment d'ouverture d'esprit pour se dire que l'école sera bien pour nous. D'autant plus que nos grands frères ont été à l'école et nous on aurait été l'exception, ce que les parents n'auraient pas voulu » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« Oui les enfants handicapés peuvent aller à l'école, surtout si l'école est à côté. Ce n'est pas un travail difficile, c'est un travail intellectuel, il faut juste bien écouter pour comprendre. Tout le monde peut comprendre » une femme handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

La quasi-totalité des personnes interrogées n'a vu aucune objection à ce que les enfants handicapés soient scolarisés. Lorsque des objections ont été émises, c'était pour des raisons de commodité (déplacement de l'enfant handicapé physique jusqu'à l'école) ou en fonction du handicap (certains handicaps lourds sont effectivement difficiles à intégrer en milieu scolaire normal).

« Un enfant qui ne jouit pas de ses facultés mentales ne peut pas aller à l'école, ne peut pas mémoriser, mais un enfant qui a un bras coupé peut aller à l'école et est capable de réussir comme les autres enfants » une personne valide, Gaoua.

« Les enfants handicapés sont scolarisés. Certains vont se débrouiller pour aller à l'école, d'autres, même s'ils sont inscrits, ils abandonnent parce qu'ils n'arrivent pas à s'adapter. Le fait même de descendre du tricycle et d'aller en classe, de s'asseoir et d'écrire c'est fatiguant et difficile. Donc ceux qui ont un handicap trop lourd, les gens préfèrent ne pas les mettre à l'école » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

Cependant, il a parfois été signalé qu'un enfant épileptique ne pouvait fréquenter l'école, à cause de la non-prévisibilité de ses crises. Une sensibilisation est nécessaire à ce niveau.

« Les enfants handicapés peuvent aller à l'école et apprendre comme les autres, bien réussir. Mais l'épileptique, c'est difficile de l'inscrire à l'école. Parce que s'il se lève pour aller à l'école et fait une crise sur le chemin ... » une personne valide, région de Gaoua.

Les personnes handicapées interrogées qui n'ont pas fréquenté l'école ne faisaient pas exception dans la famille, ou alors n'étaient objectivement pas en mesure de se déplacer jusqu'à l'établissement scolaire qui peut se trouver à une dizaine de kilomètres du domicile.

Cependant, principalement en milieu rural, persistent certaines résistances à la scolarisation des enfants en situation de handicap, résistances qui sont le fruit de la pauvreté et de l'ignorance.

« C'est au village que c'est difficile. Les parents sont négligents. Quand tu dis à un parent, faut prendre l'aveugle et le mettre à l'école, il trouve ça bizarre, il va dire que celui là là qui voit bien, pourquoi ne pas le faire partir à l'école » une personne valide, Gaoua.

« Ça dépend des moyens des parents et de leur niveau d'instruction. Car un handicapé n'est pas considéré, même s'il va à l'école, à quoi il va servir plus tard dans la société ? Donc beaucoup ne vont pas à l'école. Par contre, dans les grandes villes, les parents comprennent et les laissent aller à l'école » un éducateur social, Garango.

« Quelques enfants handicapés sont scolarisés, mais il faut reconnaître, il y a un problème de moyens. Du coup, les parents se découragent. Il manque aussi des structures spécifiques, pour les aveugles par exemple » un éducateur social, Tenkodogo.

Enfin, certains enfants ont accédé à la scolarisation mais ont été confrontés aux moqueries des autres enfants ou ont souffert d'un manque d'estime de soi qui les a découragés. L'ensemble du milieu scolaire doit être sensibilisé à leur condition.

« C'était pas facile avec les autres enfants, surtout à l'école, il y en a qui se moquaient de vous, il y en a qui voulaient attraper les jambes qui traînent. A un moment donné, on jouait au football. C'était un peu curieux pour les gens... C'était toujours entre nous ou avec les enfants qui acceptaient de venir. Certains faisaient beaucoup attention à nous, d'autres étaient indifférents, mais généralement ça se passait très bien, on était intégré, on allait sur les mêmes chaises, les mêmes tables » Albert, handicapé physique, 48 ans, Koupéla.

« Je suis parti à l'école jusqu'au CP2, et après la mort de mon père, j'ai refusé d'y aller encore. Quand j'allais à l'école, il n'y avait pas de problème. Mais je ne parlais pas aux autres enfants. Si j'arrive à l'école, je suis en classe, si je sors de la classe, c'est pour rentrer à la maison. Je n'aimais pas rester parmi les gens, ils vont dire que je suis handicapé et remarquer que je risque de tomber à tout moment, déjà que je marche lentement ... En tous cas, mes camarades se moquaient de moi. Tout ça avec la mort de mon père, ça a fait que j'ai arrêté l'école » Adama, 25 ans, handicapé physique, Gaoua.

« J'avais beaucoup de difficultés pour aller à l'école. Mes frères et mes sœurs m'aidaient. Mais la marche était difficile, j'ai du arrêter de fréquenter en CM1. A cause de ma main, j'avais aussi un problème au niveau de l'écriture. Je n'écrivais pas droit, on se moquait de moi, que je ne connaissais rien à rien. Personnellement j'ai constaté que c'était vrai et j'ai arrêté » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

7) *Des relations entre « valides » et « handicapés » parfois tendues*

L'ensemble des éléments que nous venons d'évoquer (types de handicap, environnement familial, fréquentation d'un centre de réadaptation et enfin la

scolarisation) participent aux renforcements des « capacités » de la personne en situation de handicap. Généralement, les personnes handicapées qui n'ont pas eu ce capital social de départ souffrent d'un manque d'estime de soi qui les entraîne dans un processus « d'auto exclusion ».

La personne handicapée est conditionnée par son environnement social et culturel, déterminant dans l'image qu'elle se fait d'elle-même et les rapports qu'elle va entretenir avec son entourage, d'autant plus qu'en milieu rural, les relations entre la personne handicapée et sa famille sont parfois violentes. Non seulement, il y a une diminution de la main d'œuvre, mais aussi une personne de plus en charge. Aussi les relations avec les valides sont souvent tendues, ce qui concourt à la stigmatisation des personnes handicapées et à leur marginalisation.

Les représentations ont plusieurs fonctions, dont celle de prescrire des comportements dans un système d'anticipation et d'attente. Elles permettent ainsi de justifier des prises de position et des comportements vis-à-vis d'un groupe donné. Les représentations négatives vis-à-vis d'un groupe donné justifient la différenciation sociale et, au même titre que les stéréotypes, pérennisent la discrimination.

Pour comprendre ces relations, écoutons ce qui disent les « valides » sur les personnes handicapées.

« Pour certains y a pas de problèmes. Pour d'autres, quand on parle d'eux, ils s'énervent et veulent tout de suite savoir pourquoi on parle d'eux, alors que peut être on ne parlait pas d'eux. Certains aussi, quand ils sont avec vous, ils ne vous laissent jamais tranquille. Ils passent tout leur temps à vous embêter, à vous embrouiller, certains ne sont vraiment pas faciles » Adama, employé administratif, préfecture de Zabré.

« Parfois il y a des personnes handicapées qui se conduisent mal dans la société, ils sont agressifs, ils volent, ils n'ont aucune dignité. Mais certaines sont exclues juste parce qu'elles sont handicapées. Vous savez, il y a des handicapés qui ne tiennent pas compte de leur handicap, ils sont agressifs et gonflés, ils ont des comportements déplacés » une personne valide, Gaoua.

« Les handicapés, ils doivent être polis et rester à la maison pour qu'on puisse les aider. Or ils sont plus agressifs que les gens normaux et ça c'est pas bien » une personne valide, Gaoua.

« Selon moi, c'est pas la faute de la personne handicapée, mais avec son handicap, elle pense que tout est permis, du fait qu'elle fait pitié. Il y en a aussi, c'est le complexe, et à cause de ce complexe, elles sont agressives » une personne valide, Gaoua.

« C'est difficile parce que certains handicapés ne sont pas du tout sociables. Rien de bon ne sort de leur bouche et quand ils parlent, ils parlent mal, les gens ne peuvent pas avoir pitié d'eux, en tous cas, ça dépend de leur comportement. Nous savons que les personnes handicapées sont révoltées, aigries, prêtes à mourir à cause de leur handicap, et sont nerveux » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

Or, l'insertion sociale passe par le respect des autres. Aussi si le handicap en lui-même n'est pas un facteur d'exclusion, la détresse psychologique et les

comportements d'agressivité qu'il engendre maintiennent les personnes handicapées en dehors de la vie sociale.

« Tout dépend de la maîtrise de soi. Si tu sais te maîtriser, tu t'intéresses aux autres, si tu soutiens les gens qui ont des problèmes, si tu respectes tout le monde, tu ne parles pas n'importe comment, tu n'insultes pas les gens, on peut t'intégrer et te confier des responsabilités » une personne valide, Gaoua.

« Non je ne me sens pas exclu. Je n'ai jamais manqué de respect à quelqu'un depuis que je suis gosse, donc on m'a toujours respecté » Lucien, 38 ans, aveugle, Koupéla.

De leur côté, les personnes en situation de handicap reprochent aux valides d'avoir des comportements irrespectueux envers eux.

« J'ai toujours été soutenue par ma famille. Mais au niveau de mes promotionnaires, c'est le contraire. Quand ils me voient, c'est comme s'ils voyaient une nouvelle tête, comme si j'étais une étrangère pour eux, c'est la négligence. Je suis déçue de leur comportement, tellement déçue. Ce qui m'est arrivé peut arriver à tout le monde, je ne l'ai pas acheté, donc si les gens pouvaient changer ce serait mieux, il y va de l'intérêt pour nous tous. Une fois, quelqu'un m'a demandé comment je faisais pour me rendre aux toilettes, ce jour là j'ai pleuré » une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

« Il fut un moment où quand je marchais, je tombais seul, et les enfants se moquaient de moi, les grandes personnes aussi. Un jour un vieux m'a dit de faire semblant de rien, de ne pas répondre. Je l'ai écouté et depuis, les gens ne se moquent plus » Adama, 25 ans, handicapé physique, Gaoua.

« Certains ont peur de moi, d'autres racontent des bêtises. Par exemple, une fois, je suis partie à une manifestation. Un homme m'a dit que je n'avais pas de bras, et que je viens m'asseoir ici parmi les gens, depuis ça, je ne suis plus allée dans une manifestation. Ce jour là, personne n'a pris ma défense. » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

Ces témoignages illustrent les tensions entre valides et handicapés. Heureusement, ces comportements ne sont pas systématiques, ils relèvent simplement de la nature humaine. Le handicap en lui-même n'induit pas des comportements de rejet, mais il catalyse l'antipathie de certains individus. Ignorance et pauvreté sont les mères de cette malveillance qui vise les membres « faibles » d'un groupe, particulièrement les personnes en situation de handicap.

« C'est la vie c'est comme ça. Il y en a qui ont pitié de moi, d'autres sont indifférents » Yaya, 36 ans, handicapé physique, Koupéla.

« Le puits est juste derrière la maison. Quand j'arrive, je demande aux femmes qui sont là de pomper pour moi. Après je leur demande de m'aider à transporter l'eau jusqu'à la maison. Celles qui sont pressées disent qu'elles ont autre chose à faire à la maison, les autres m'aident » Krukabaoua, 48 ans, femme souffrant d'éléphantiasis, région de Gaoua.

« D'autres te voient et te considèrent comme un non-être, c'est le monde même qui est comme cela. D'autres te voient et te respectent, malgré ton handicap » Alassane, 48 ans, handicapé physique, Tenkodogo.

Les troubles liés à l'image de soi sont des expériences personnelles difficiles à exprimer. Les personnes en situation de handicap vivent le stigmate de façon si intense qu'elles l'ont intériorisé. Perdre une partie de soi endommage la confiance personnelle et par-là les relations avec autrui. Le handicap physique perturbe l'identité et entraîne une perte d'estime de soi, de la honte, de la colère³⁶.

En dehors du rapport au corps, le handicap physique est source de frustration et de désillusions en condamnant les personnes handicapées comme inaptes à remplir leur rôle social. « L'individu stigmatisé, par l'éducation, par la socialisation, partage souvent les mêmes normes identitaires que ceux qui le rejettent, intégrant les critères auxquels il ne satisfait. Le stigmatisé n'est valorisé qu'en référence à ses mêmes normes qui l'excluent, qu'en s'adaptant à ces valeurs qui le nient, en même temps qu'elles le consacrent »³⁷. Finalement, la qualité des relations sociales dépend des facteurs personnels de tout à chacun. Mais le handicap façonne jusqu'à la personnalité de l'individu.

On retrouve grossièrement chez les personnes en situation de handicap deux traits forts de caractère. Si leur combat personnel a porté ses fruits, elles ont développé un engagement fort pour leur cause et le handicap a démultiplié leur énergie. Dans le cas contraire, elles sont résignées et découragées, à la limite de l'état dépressif. De toutes les manières, le handicap a marqué la personnalité de l'individu. On dit à ce sujet que la personne handicapée est « un peu folle », car elle a trop de soucis à gérer pour être équilibrée et heureuse.

« Un handicapé n'a pas toute sa tête car il aura toujours des soucis qui vont le déranger parce qu'il ne peut pas faire comme les autres » Fatimata, 34 ans, handicapée physique, Tenkodogo.

« Les problèmes peuvent rendre fou. C'est pour cela que les personnes handicapées sont un peu folles » un passant valide, 34 ans, Tenkodogo.

La personne handicapée et ses capacités à surmonter les conséquences psychologiques du handicap jouent un rôle central dans le processus de

³⁶ MURPHY, 1997, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 75.

³⁷ DETREZ, 2002, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 103.

réadaptation. Selon Serge EBERSOLD³⁸, trois types de réaction influent directement sur les possibilités de rééducation et de réadaptation « concrètes » :

- Le refus du handicap engendre des comportements de blocage, d'agressivité. Dans ce cas, les possibilités d'adaptation sont extrêmement limitées,
- Lorsque le handicap est accepté mais de façon limitée, les relations sociales sont limitées et généralement dirigée vers d'autres personnes en situation de handicap. L'individu attend plus que le milieu s'adapte à lui et fournit peu d'effort dans l'autre sens,
- Les bonnes conditions pour « l'adaptation au handicap » sont réunies lorsque l'individu a intégré son handicap de manière dynamique. Il éprouve alors un véritable désir de progression personnelle et de promotion sociale.

Les personnes handicapées, comme leur entourage, sous-estiment largement leur potentialités physiques et intellectuelles. Cette dévalorisation de soi nourrit un complexe déjà très présent dans le vécu du handicap.

La dichotomie personnes handicapées/ personnes valides entretient la marginalité de ces dernières qui développent des sentiments d'exclusion qui les confinent davantage dans la précarité sociale. La stigmatisation des personnes handicapées entraîne un repli sur elles-mêmes et le renforcement du désir « d'être ensemble », en communauté. La société des valides ne leur laisse pas de place, ils ne veulent ainsi plus en faire partie.

8) Conclusion : la personne handicapée se trouve dans les « limbes » de la société

Le handicap n'est pas traditionnellement une cause d'exclusion. Simplement, l'ensemble des facteurs environnementaux concoure à la marginalisation des personnes en situation de handicap. On ne peut parler d'exclusion en tant que telle au Burkina Faso, dans la mesure où cette notion renvoie au bannissement familial et/ ou communautaire, ce qui n'est pas approprié dans le cas des personnes handicapées. Disons plutôt qu'elle se trouve en quelque sorte aux frontières du social, dans l'interstice social des « limbes sociaux »³⁹. Cette situation de mise à part sociale peut être prise pour une position de seuil, un état de *suspension sociale*⁴⁰.

Celui qui ne répond pas pleinement aux critères d'appartenance est situé, non pas à l'extérieur, mais à la limite, à l'endroit où l'on peut basculer. Ni totalement « exclues », ni parfaitement « intégrées », les personnes en situation de handicap se trouvent dans les « limbes sociales », aux frontières du champ social.

Dans ces sociétés traditionnelles, l'individu n'est pas libre de quitter le groupe à sa guise, la mort sociale revient à la mort physique. Aussi les individus « déviants » reste dans les périphéries sociales. Ici la marginalisation en tant que telle ne renvoie

³⁸ *L'invention du handicap. La normalisation de l'infirme*, Vanves, Editions du CTNERHI, 1992, 286 pages.

³⁹ BLAISE Jean-Luc, *Liminarité et limbes sociaux : une approche anthropologique du handicap*, Thèse de doctorat en Anthropologie Historique, Université Paris VII, 2002.

⁴⁰ MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*

pas à une rupture des liens mais aux relations « particulières » établies avec le centre, c'est ce que nous avons essayé de décrire dans cette première partie. « Il n'y a personne en dehors de la société, mais un ensemble de positions dont les relations avec son centre sont plus ou moins distendues »⁴¹.

Ces deux parties nous ont permis de définir grossièrement la place qu'occupent les personnes en situation de handicap dans les régions où nous avons enquêté et de déterminer l'ensemble des éléments qui participent à leur « insertion » ou leur « exclusion » du champ social. Ces aspects de la vie sociale pourront ainsi être appuyés dans le cadre d'un projet de développement. Les personnes handicapées ne sont pas exclues en tant que telles, mais victime d'un contexte extrêmement difficile, dans lequel la prise en charge du handicap est un véritable luxe.

Cependant, une question est demeurée en filigrane jusqu'à maintenant et pourtant elle brûle les lèvres de tout à chacun : La culture burkinabè est-elle un obstacle à l'insertion des personnes handicapées ?

Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas parlé des croyances traditionnelles sur les causes et origines du handicap. Pour ne pas faire d'amalgame, nous avons d'abord présenté la situation générale des personnes handicapées. La partie qui suit va « aborder » les croyances liées au handicap, ce au regard de ce que nous avons découvert jusqu'à maintenant. En confrontant la situation des personnes handicapées aux croyances dont elles sont sujettes, nous allons tenter de comprendre le rôle de ces croyances dans le processus de marginalisation du handicap.

IV MALEDICTION ET HANDICAP : DES CROYANCES AUX COMPORTEMENTS

Victime d'un mauvais sort, la personne handicapée est-elle considérée comme « coupable » de son handicap ? Peut-on la rejeter à cause de cela ?

1) Des représentations sociales

La représentation est constituée d'un ensemble organisé et hiérarchisé d'informations, de croyances et d'attitudes qu'un groupe donné construit à propos d'un objet. Ces représentations sont le résultat d'un processus d'appropriation de la réalité et de la reconstruction de cette même réalité dans un système symbolique. Intériorisées par le groupe, ces représentations sont en quelque sorte des « visions du monde » partagées par ses membres, des « façons de voir » qui sont modelées par leur histoire, le contexte social dans lequel le groupe évolue et les valeurs auxquelles il se réfère. Aussi une étude des représentations liées au handicap permet d'apprécier le contexte culturel et les champs symboliques afin de mieux comprendre les comportements vis-à-vis de la déficience.

La représentation est un élément essentiel dans la compréhension des déterminants des comportements et des pratiques sociales. « La représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des

⁴¹ R. CASTEL, 1995, cité par FRETIGNE Cédric, *Sociologie...*, Op. Cit., p. 102.

individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes »⁴².

Selon MOSCOVICI, les représentations sont des guides pour l'action. Cependant, le lien entre les représentations et les comportements est difficile à établir car fort complexe. De nombreux éléments, plus ou moins visibles, interviennent dans la construction des mentalités et dans les motivations qui poussent à agir de telle ou de telle façon. Nous entrons ici dans le champ de la psychologie sociale.

Aussi, nous allons analyser les éléments des représentations qui motivent des comportements de rejet :

- Dans quelle mesure les croyances traditionnelles liées au handicap influent sur le comportement de la société vis-à-vis des personnes en situation de handicap ?
- Les croyances traditionnelles sont-elles un obstacle à « l'insertion » des personnes handicapées ?

Ces questionnements devraient nous permettre d'évaluer la place des croyances traditionnelles sur l'origine des handicaps dans les processus de marginalisation des personnes en situation de handicap. Pour cela, nous allons dresser un éventail des diverses croyances qui tournent autour de la personne handicapée et de l'origine du handicap, sans prétention d'exhaustivité. L'étude de ces croyances devrait nous permettre de nous éclairer sur les idées de génies, d'ancêtres et de malédictions, croyances souvent évoquées sans que nous sachions vraiment à quoi elles correspondent.

2) *Le silence autour de l'apparition du handicap*

« Comme c'est déjà terrible, je n'ai pas voulu en savoir davantage » Yaya, 36 ans, handicapé physique, Koupéla.

« On m'a rien dit quand j'étais hospitalisé. C'est quand je suis sorti seulement que j'ai constaté ma paralysie » Ibrahim, 37 ans, handicapé physique, Tenkodoko.

« Je ne sais pas comment c'est arrivé. Je ne sais pas non plus si ça va finir un jour. Je cherche à me soigner mais je sais pas comment. J'achète mes comprimés à Gaoua, dans la rue. Je leur dis ce que je ressens et on me vend des comprimés » Krukabaoua, 48 ans, femme souffrant d'éléphantiasis, région de Gaoua.

Les raisons qui expliquent l'apparition d'un handicap sont souvent tues. Dans le discours des personnes en situation de handicap l'on ressent souvent un sentiment d'incompréhension, un vide explicatif. On garde le silence sur l'évènement et l'on ne désigne pas de *coupable* ni de *responsable*. Ceci est flagrant pour les séquelles d'injections, où l'on ne trouve pas la notion de faute professionnelle.

⁴² Jean-Claude ABRIC, « Les représentations sociales : aspects théoriques », in *Pratiques sociales et représentations*, sous la direction de Jean-Claude ABRIC, Paris, Editions PUF, 1994, p. 13.

« Je suis devenu handicapé suite à une injection. C'est pas de leur faute, aux infirmiers, leur connaissance n'est pas arrivée là où il faut. Si on veut voir entre maintenant et avant, il y a une grande différence. Maintenant ils connaissent mieux que ceux d'avant, donc on peut dire que c'est pas leur faute puisque c'est par manque de connaissances » une personne handicapée, Gaoua.

Tout dysfonctionnement, considéré comme un déséquilibre, est réduit au silence. Il est par la même entendu que le silence signifie problème et questionner le problème n'est pas considéré comme utile. Le silence est une façon de lui tourner le dos, de l'oublier, un moyen de vivre avec, une acceptation résignée, une pudeur du souci. Ce silence face à l'incertitude traduit une certaine humilité de l'homme qui ne peut y faire face. La consultation chez le devin est le seul espace où la parole se libère sur le problème.

En pays Mossi, on parle de la « culture du secret ». Un proverbe dit à ce sujet que tant que tu gardes tes problèmes pour toi, l'étranger, l'ennemi ne peuvent se douter de quoi que ce soit, ainsi tout paraît beau, même si tu souffres en silence. La culture Mossi privilégie les non-dits dans certaines situations. Les choses les plus redoutées ou les plus solennelles ne sont pas toujours directement nommées ; elles sont désignées par allusion. Un autre proverbe illustre cette caractéristique : « tout le monde connaît le nom de la vieille femme mais on l'appelle grand-mère ». Cette façon silencieuse de traiter les événements permet de préserver l'harmonie des relations sociales. Aussi pendant les entretiens, les personnes en situation de handicap ne disent pas être délaissées par leur famille, mais vont le sous-entendre. « La maîtrise la plus appréciée, celle qui valorise la personne par-dessus tout concerne l'organe de la parole. Savoir contrôler et dominer son verbe, garder un secret, parler et se taire à propos sont des qualités auxquelles on est particulièrement sensible. La parole ne prend sa véritable valeur qu'entourée de silence »⁴³. La cause originelle d'un handicap va ainsi être tue ou seulement sous-entendue.

3) la recherche de la cause et les relais de la maladie

Le handicap apparaît comme le résultat d'une dysharmonie au plan cosmique. Sous ce rapport, le handicap est considéré comme la manifestation de l'interdit, l'expression d'une sanction. Nous allons analyser les causes attribuées au handicap afin de déterminer si le handicap est oui ou non une sanction et si oui, s'il s'agit d'une sanction individuelle ou collective. La personne handicapée peut-elle être tenue responsable et/ ou coupable de son handicap ? C'est la consultation chez le devin qui permet de déterminer la cause d'un événement maladie.

a) La consultation chez le devin

Le recours au devin n'est pas systématique en cas de maladie. On ne consulte pas pour les petits maux du quotidien, ou certaines maladies réputées être des

⁴³ ERNY, 1987, cité par MELEY Marie-Françoise, *Op. Cit.*, p. 171.

« maladies de Dieu ». C'est le cas du simple rhume par exemple. Par contre, si ces petits maux quotidiens persistent et affectent le corps et la vie sociale trop fréquemment, l'on peut douter de l'origine du mal.

Certaines maladies sont d'emblées interprétées comme une sanction, dans ce cas, il est nécessaire de comprendre l'origine. La nécessité de recherche de sens est fonction de la gravité, de la souffrance, de la chronicité, de la récurrence, d'une nouvelle complication.

« Je voulais savoir ce que j'avais. Avec mon fiancé, on est allé voir un féticheur. C'est là qu'on m'a dit que c'était un sort, ce sont des sorciers qui ont causé ça. Il m'a donné des produits, on a frotté mais rien. Et d'ailleurs, moi je n'y croyais pas, pour moi le problème était là à mon enfance, parce que j'ai marché tard. J'ai tellement traîné à marcher, même que quelqu'un a dit d'accrocher un crapaud à mon pied, que je vais avoir peur et que je vais me lever et marcher » une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

Le devin est certes un lieu de référence privilégié pour une recherche de causalité, mais l'on peut douter de la sincérité et des compétences du devin, d'où parfois la multiplicité des recours divinatoires pour un même événement. Par conséquent, même si le devin désigne une cause et « accuse » une personne d'avoir commis une faute, on peut le remettre en cause et réfuter son diagnostic. Le constat du devin n'est pas systématiquement pris en considération par le malade et son entourage s'ils estiment qu'il n'est pas approprié. De plus il existe un secret professionnel entre le devin et son patient. Si le devin découvre une faute commise par le patient, la révélation ne sort pas du cadre de la consultation.

Les devins, tradipraticiens et féticheurs sont choisis en fonction de critères sensiblement identiques à ceux de la médecine moderne (confiance, sympathie, succès précédent, réputation, proximité villageoise, recommandation, facilités de paiement, etc.).

L'on consulte aussi à titre préventif. Par exemple, il faut régulièrement vérifier que son *nyi* (son « double ») n'est pas en danger pour contrer l'attaque d'un sorcier. « Il faut consulter un devin si tu ne veux pas que le malheur ne te frappe ». Aussi, consulter à titre préventif, c'est s'acquitter d'un devoir, c'est montrer qu'on a fait ce qu'il fallait pour être en règle. Sylvie FAINZANG⁴⁴ cite à ce propos les derniers propos d'un homme à l'issue d'une consultation, très révélateurs à cet égard :

- « Est-ce que c'est fini ? »
- « oui », répond le devin.
- « Bon ! s'il manque quelque chose, ce sera de ta faute de ne pas me l'avoir dit ! ce sera pas la mienne, hein ! »...

⁴⁴ FAINZANG Sylvie, « L'intérieur des choses ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, Editions l'Harmattan, 1986, p. 141.

« Ça dépend, il y en a qui sont naturelles, il y en a aussi qui sont causées par un accident ou les génies, ou encore c'est un sort jeté par quelqu'un » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

« Les paralysies sont souvent provoquées par des pièges posés dans les champs ou les jardins. Par exemple, si tu as des pintades qui pondent et que tu ne veux pas que quelqu'un ramasse les œufs, tu peux mettre le produit dans le cul de la pintade. Quand elle va pondre, celui qui va prendre l'œuf, pour le vendre ou le manger aura des problèmes » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

« Ce que j'ai eu, c'est une maladie lobi qu'on appelle *cark*. Ça veut dire « amer », c'est aussi un fétiche qui provoque des paralysies des membres inférieurs et supérieurs. En fait ce sont des racines qu'on brûle, ça sert à protéger. Par exemple, tu fais une croix sur la selle de ta moto et quand quelqu'un vient s'asseoir dessus, il tombe malade. Ça peut piéger les femmes pour adultère aussi. La nuit, le mari peut ne rien dire à sa femme. Il lui fait un trait au-dessus du nombril et n'importe quel homme qui enjambra les pieds de sa femme sera paralysé. Tu peux piéger des champs, des fruits. Et même si tu enjambes involontairement tu es paralysé » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

Les causes de handicap ou de maladie sont classées dans six grandes catégories : les maladies de Dieu, les maladies du destin, les maladies provoquées par l'action des génies, les maladies issues de la colère des ancêtres ou des caprices de jumeaux, ou encore les maladies résultant d'une attaque en sorcellerie.

b) Les « maladies de Dieu »

« Y a deux sortes d'épilepsie, si tu attrapes ça au cours de ta vie, on dit que c'est un sorcier qui t'a jeté un sort, si tu as ça depuis ta naissance, c'est une maladie de Dieu » une personne valide, région de Gaoua.

En pays Bisa⁴⁵, Dieu, l'entité suprême est nommé *Woso*. En pays Mossi Dieu est appelé *Wende*. Son action relève du hasard, par conséquent on ne peut guère intervenir sur le cours de sa volonté, même avec des prières et des offrandes. Ainsi lorsque l'on parle des « maladies de Dieu », il n'y a pas d'idée de sanction, ni d'avertissement, elles ne dépendent pas de la conduite sociale des individus. Lorsque l'on parle de « maladie de Dieu », la cause suffit à elle-même, aucune autre explication n'est nécessaire. Elle désigne simplement le fait qu'un évènement se soit produit conformément à l'ordre naturel des choses.

« L'épilepsie, c'est une maladie naturelle, c'est Dieu qui donne ça » une femme atteinte d'éléphantiasis, 35 ans, région de Gaoua.

Les « maladies de Dieu » représentent toutes les maladies dites « naturelles ». Il n'est pas toujours nécessaire de consulter un devin dans le sens où il n'y a pas

⁴⁵ FAINZANG Sylvie, « *L'intérieur des choses* »..., *Op. Cit.*

d'explication possible au phénomène, si ce n'est le destin. Lorsque le devin manque d'informations sur le cas du patient, la catégorie « maladie de Dieu » permet de ranger tous les évènements dont les causes sont inconnues.

La volonté de Dieu n'est pas toujours perçue comme une punition, mais plutôt comme une preuve de confiance que Dieu témoigne envers quelqu'un. La survenue d'un handicap peut être considérée comme une épreuve, Dieu ayant considérée la personne apte à le surmonter. De même la venue d'un enfant handicapée peut être considérée comme une preuve de la confiance que Dieu témoigne aux parents pour qu'ils assument le soin d'un enfant pas comme les autres.

c) Les maladies du « Destin »

« Des fois c'est des malédictions ou des punitions, ou encore des mauvais sorts. Mais des fois aussi c'est le Destin. Il y a des handicaps que le guérisseur soigne, ça c'est un sort, mais ceux que le guérisseur n'arrive pas à soigner, ça c'est Dieu. Des fois ça dépend de comment des ancêtres se sont comportés et des fois ça peut se répercuter sur les descendants. Par exemple, il y a une femme qui mettait des enfants au monde avec chaque fois un pied cassé. Lorsqu'on a cherché à quoi c'était du, il se trouvait que les arrière-grands-parents passaient tout leur temps à casser les pattes des chèvres des autres » une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

En pays Samo, ce qui arrive à l'individu est le résultat des paroles qu'il a lui-même prononcées à sa naissance. Les « maladies du destin » sont ainsi celles qui découlent du destin individuel, de la parole de la « bouche ». Pour que le destin individuel (*lèzo*/ « bouche jetée ») se réalise, il faut lui offrir des sacrifices de façon à ce qu'il « sorte ». Ainsi il n'a rien de commun avec l'idée de « Dieu » ou de « *Woso* » vis-à-vis duquel rien ne peut être tenté. Ainsi, le destin « prononcé » (nous dirions « écrit ») ne signifie pas pour autant qu'il soit incontournable. De nombreuses procédures thérapeutiques peuvent changer le cours de ce destin. Par exemple, il est possible de solliciter l'aide des génies grâce à des sacrifices, qui sont en mesure d'influer sur le *lèzo*.

d) L'action des « génies »

Parmi les discours recueillis, nombreux sont ceux où l'on fait référence aux génies pour expliquer tel ou tel évènement. Qui sont ces génies ? Quel rôle ont-ils ?

« Quand les femmes sortent en brousse pour chercher du bois de chauffe, elles traversent des endroits interdits sans le savoir. S'il y a des génies, ils la suivent jusqu'à la maison et profitent des rapports sexuels avec le mari pour s'introduire dans le corps de la femme. Et voilà qu'à l'accouchement, l'enfant n'est pas normal, on dit que c'est la faute des génies » un kinésithérapeute, handicapé physique, Zorgho.

En moré, les génies sont appelés *kinkirsi*. Ce sont des êtres de petites tailles invisibles par les humains. Ils possèdent une grosse tête disproportionnée par rapport au corps, avec de longs cheveux recouverts d'une coiffe de cauris.

Aussi nombreux que les étoiles, il est possible de les frôler ou de les rencontrer à n'importe quelle occasion. Ils sont « chez eux » là où il n'y a aucune habitation ni culture, « partout où l'herbe ne pousse pas » et ont une préférence pour les trous, cavernes et sommets de montagne. Aussi il est fortement déconseillé de s'attarder ou de faire du bruit dans ces lieux particuliers. Mais ils sont aussi présents parmi les hommes.

« Les génies sont en brousse, dans des terrains nus, sans végétation. Grâce à un produit que l'on prépare, on peut traverser ces terrains sans problèmes. Les génies se cachent et te laissent passer. Les génies nous voient, mais nous on ne les voit pas. Si un bébé génie naît, il vit jusqu'à 3333 ans, ce qui est impossible chez les humains. Les génies peuvent rendre quelqu'un gros, mince, fou, aveugle. Il y a des heures pendant lesquelles il ne faut pas passer vers leurs endroits, notamment à midi ou à minuit, heures auxquelles ils sortent travailler » un tradipraticien, région de Tenkodogo.

On leur attribue certaines qualités : bons ou méchants, indulgents ou capricieux, malins, rusés, farouches, puissants, parfois timides, parfois espiègles. Même s'ils vivent généralement en bonne entente avec les humaines, ils n'aiment pas être contrariés ou dérangés. Aussi l'on peut penser qu'une personne est habitée par un génie sans que cela soit effrayant ou préoccupant ; les génies ne sont pas « transmissibles ».

En pays Bisa, les génies sont divisés en deux grandes catégories : les *zinaro* (sing. *Zina*) et les *tono* (sing. *Tori*). Les *zinaro* et les *tono* occupent le même espace, à savoir le monde de la brousse. On peut les distinguer physiquement. Alors que les *zinaro* sont très grands (leur tête pouvant toucher le ciel) avec un beau visage, les *tono* sont des nains laids, aux longs cheveux blonds ou rouges, avec une monstruosité physique (triple tête, cornes, etc.). Les *tono* à ce sujet ont des traits de caractère communs avec les *kinkirsi* des Mossi.

Les *tono* et les *zinaro* ne se différencient pas simplement par leurs actions positives (provoquer le bien ou effacer le mal) ou par leurs actions négatives (provoquer le mal). Si les *zinaro* peuvent provoquer la maladie, l'intention qui les gouverne est différente de celle des *tono*. En effet, ils agiront pour mettre en garde ou punir quelqu'un, alors que les *tono* font le mal « sans raison », par « pure méchanceté ». En quelque sorte, les *zinaro* font le mal pour obtenir le bien, dans la mesure où la maladie intervient comme un signe (par exemple, d'une mauvaise conduite du sujet ou d'un membre de son entourage). Dans ce cas, le sujet peut réparer sa mauvaise conduite. Généralement, les *zinaro* sanctionnent les actes de destruction « par méchanceté » qui portent atteinte au patrimoine économique du terroir (par exemple, tuer des animaux pour des raisons autres qu'à fin sacrificielle ou de consommation, uriner dans un puits, etc.). Ainsi l'on peut être mis en garde par les *zinaro* parce qu'effectivement l'on a commis un délit, mais on peut aussi être victime de la méchanceté gratuite des *tono*.

Les génies peuvent être à l'origine de certaines maladies sans que soit toujours mise en cause la conduite sociale de l'individu malade. C'est le cas de l'épilepsie chez les Bisa (*parpallé*). On pense ainsi qu'un génie désireux d'avoir des rapports sexuels avec une personne lui arrache son *nyi* (son « double »). Les secousses de l'épilepsie sont provoquées par les violences de la prise du *nyi* et les moments d'immobilité correspondent à la séparation du corps de l'individu et de son *nyi*. L'individu retrouve un comportement normal lorsque son *nyi* lui est rendu.

« Ce sont des génies qui sont à l'origine de ma maladie. Lorsque je suis couchée, ils viennent me taper sur la tête. Et si je me tais, ils me frappent. Parfois ils m'emmènent chez eux, ils me font rien, on dort ensemble et je reviens. Chez eux, c'est comme ici chez nous. La différence, c'est que chez nous, ça vaut mieux que chez les génies, en plus ils sont méchants. Je pars avec les génies au moment de mes crises. A ma dernière crise, ils sont venus pour m'amener, j'ai refusé, ils ont commencé à me tirer. Lorsqu'ils viennent pour m'amener, si je refuse, ils me tapent et c'est là que les crises commencent. Ils m'énervent. S'ils pouvaient arrêter de venir, cela me ferait plaisir. Lorsqu'ils arrivent, les fétiches de la famille s'opposent, quelques fois ils arrivent à les jeter à la porte » Septinami, 24 ans, épileptique, région de Gaoua.

« Un jour, nous étions aux champs en train de semer. Elle était normale. On est venu nous annoncer un décès. Donc nous sommes retournées à la maison pour repartir aux funérailles. Aux funérailles, j'étais devant le balafon, je pleurais, je pleurais, je dansais, je dansais. Je me suis mise à courir, on m'a rattrapée puis ramenée à la maison. Le lendemain on m'a dit de ne plus venir aux funérailles. Ma fille depuis lors est devenue épileptique. Elle-même dit qu'elle est habitée par des génies, et que c'est eux qui lui disent de faire ces crises. On pense qu'aux funérailles, les génies n'ont pas aimé un son de balafon, et que ça a blessé le génie, c'est ce que les gens ont dit » la mère de Septinami, jeune fille épileptique, région de Gaoua.

e) L'action des ancêtres

En moré, l'ancêtre est appelé *kiima*, c'est « l'esprit » d'un individu devenu ancêtre, c'est-à-dire mort après avoir apporté une descendance au lignage et de manière non violente.

Les ancêtres contrôlent la reproduction du lignage. Aussi ils interviennent lorsque des individus extérieurs au lignage sont en mesure de le déstabiliser, ou lorsque ses propres membres enfreignent les lois lignagères par des transgressions sexuelles ou d'alliance. Si un homme se considère offensé, il peut invoquer la justice de ses ancêtres afin que ceux-ci le vengent de cette offense.

En pays Bisa, les ancêtres, *gano*, résident dans le ciel, dans le village des ancêtres, *ganako*, et surveillent le monde des humains. Les ancêtres punissent le vol de la compensation matrimoniale, l'inceste et le meurtre. Les génies peuvent intervenir aussi de façon à ce que l'acte ne reste pas impuni. Aussi les ancêtres sont dits plus indulgents que les génies (*zinaro*), lesquels se chargent de sanctionner les

hommes quand les ancêtres négligent de le faire, d'autant plus que l'ancêtre d'un lignage ne peut foncièrement vouloir de mal à sa descendance.

f) Les actes de sorcellerie

« Mon mal est arrivé j'étais très jeune, donc on sait comment s'est arrivé, c'est naturel mais pour ma sœur qui a le gros pied, c'est un sort que quelqu'un lui a jeté, simplement parce que la personne ne l'aime pas, ou je sais pas trop » Ali, handicapé physique, 30 ans, région de Gaoua.

« Pour moi, l'épilepsie est une maladie mentale, quelque fois héréditaire, quelque fois causé par les esprits ou par un envoûtement. Si je veux parler de l'envoûtement, il y a des sorciers qui envoûtent les gens parce qu'on a vu des personnes bien portantes et qui tout à coup sont frappées par la maladie, alors c'est un envoûtement du sorcier ou de la sorcière » une personne valide, Gaoua.

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, une des principales causes d'exclusion est l'accusation de sorcellerie. Chez les Bisa, le sorcier est appelé *bidè* (sorcier ou « mangeur d'âme »). C'est un personnage foncièrement mauvais dont on soupçonne la complicité des *tono* pour parvenir à ses fins.

En pays Bisa, les sorciers seraient organisés en association et profiteraient de la nuit pour se réunir dans les arbres où ils se distribuent une part de leur butin (le *nyi* qu'ils ont volé à leurs victimes). Le *nyi* correspond en quelque sorte au « double » d'une personne. Les sorciers peuvent prendre l'apparence de certains animaux, notamment du vautour et du rat noir. Les possesseurs ou maîtres des *nyese*, les *nyesezano*, provoquent des maladies qui se manifestent par des furoncles ou des abcès.

La sorcellerie est l'expression de la jalousie des autres. L'on peut jeter un sort sur quelqu'un pour se venger ou par simple méchanceté.

g) Les jumeaux

« J'ai aussi soigné mes yeux traditionnellement. J'utilisais un produit pour les laver. Pour les sacrifices, on a égorgé un poulet, une chèvre, préparé du dolo et préparé des beignets de haricots. Il semble que ce sont des jumeaux qui m'ont pris mes yeux. Ils étaient deux garçons. Moi je suis né juste après leur décès » Lucien, 38 ans, aveugle, Koupéla.

La naissance de jumeaux ne laisse jamais indifférent, elle suscite l'inquiétude ou la réjouissance, pour certains elle est signe de fécondité, d'autre elle présente un risque de mortalité. Lorsqu'un enfant naît unique, on considère que son jumeau est resté dans l'autre monde.

Pour les Dagara⁴⁶, les jumeaux viennent sur terre pour faire le « mal » ou le « bien », ainsi ils distinguent les « bons jumeaux » des « mauvais ». Doués de

⁴⁶ Ethnie issue du rameau Lobi.

pouvoirs, ces deux êtres s'aimaient dans le monde des esprits et ont convenu de venir sur terre auprès d'un couple qu'ils ont choisi. On reconnaît les « bons » jumeaux par le fait qu'ils ne « fatiguent » pas trop leurs parents avec des problèmes de santé. Les « mauvais », eux, sont sujets aux maladies. Alors que les « bons » jumeaux peuvent contrecarrer les mauvais sorts grâce à des pouvoirs surnaturels, les « mauvais » jumeaux peuvent rendre malade (folie, paralysie, cécité, etc.) si leurs besoins ne sont pas satisfaits.

En pays Bisa, les jumeaux ont cette même nature ambivalente : bénéfiques, ils peuvent apporter richesse à leur famille ; maléfiques, ils peuvent envoyer la maladie, la folie ou même la mort.

« Moi je ne comprends pas d'où est venue ma maladie, il n'y a pas de jumeaux dans la famille » un aveugle, 50 ans, région de Ouargay.

4) *Les causes originelles*

Génies, ancêtres, sorciers, jumeaux et autres sont en quelque sorte ceux qui déclenchent un événement maladie. Ils sont des relais, mais n'informent pas sur la cause originelle qui les a poussé à agir ainsi sur l'individu ou la communauté.

Plusieurs causes peuvent pousser ces « relais » à déclencher un événement maladie.

Les causes du handicap peuvent être attribuées au non-respect des valeurs morales de la part de la femme. Chez les mossis, on dit « *paaga la roogo* », ce qui signifie « la concession appartient à la femme ».

Plusieurs causes sont possibles :

- infidélité et rapports non réglés
- une femme enceinte ne doit pas se moquer d'un enfant ou de la mère de celui-ci
- un nouveau-né ne doit pas être abandonné seul dans la case maternelle, auquel cas des esprits malveillants peuvent profiter de cet instant pour provoquer une malformation chez l'enfant.
- La femme en état de grossesse ne doit ni circuler sur les lieux occupés par les génies (trous, sommets de montagne), ni sortir aux heures « chaudes » (entre 12 et 15h), qui, selon les Mossi, sont les heures de sorties des génies.

Pendant sa grossesse, période de forte vulnérabilité, la femme doit respecter un certain nombre d'interdits, dont des interdits alimentaires :

- tout aliment symboliquement associé aux génies (le sucré, miel ou sésame)
- et tout ce qui est associé au processus de la reproduction, c'est-à-dire poulet, poule, poussin et œuf

« Quelquefois, elles ne doivent pas balayer à certaines heures. Lorsqu'elles sortent en brousse, elles ne doivent pas s'arrêter sous n'importe quel arbre car certains sont habités par des esprits. Elles ne doivent pas non plus se laver à certaines heures, tard dans la nuit notamment. De même, une femme enceinte

refuse qu'une personne handicapée se place derrière elle » un aide-kinésithérapeute, centre de réadaptation de Zabré.

La transgression d'un interdit familial peut déclencher la colère des ancêtres, car ce sont eux qui se chargent de tout ce qui concerne le bon fonctionnement du lignage. Chaque famille a un interdit alimentaire précis, qui représente l'animal protecteur de la famille. Il peut s'agir de la pintade, comme du crocodile ou encore de l'écureuil.

« Enfreindre ton totem, c'est quand tu fais quelque chose qui va à l'encontre de ce que les ancêtres ont interdit. Ce sont tes parents qui t'apprennent ça. Si tu refuses de respecter ça, ça peut t'apporter des maladies. Par exemple, un garçon ne doit pas avoir de rapports sexuels avec sa propre sœur, ni avec la femme de son frère, ni avec la femme de son père. Chaque ethnie, chaque famille a son totem. Certains ne mangent pas la pintade. Moi par exemple, je ne dois pas manger la gazelle. Si j'en mange je deviendrais aveugle sur-le-champ. » un tradipraticien, région de Tenkodogo.

Inceste, adultère commis avec des femmes de la famille, tout forme de manque de respect aux membres du lignage sont des actes répréhensibles.

De façon plus étendue, tout manquement aux respects des autres membres de la communauté peut être puni. Dans tous ces cas, la maladie peut être considérée comme une sanction. Cependant, de nombreux autres actes anodins de la vie quotidienne peuvent par exemple irriter un génie qui interviendra alors qu'aucune faute n'aura été sciemment commise. De même, certaines maladies peuvent être la punition d'une faute commise une génération auparavant, sans que les circonstances ne soient véritablement connues.

5) Les conceptions traditionnelles des maladies et handicaps

a) L'épilepsie

« Il y a trois catégories d'épilepsie. La première est donnée par l'hyène, la seconde par l'oiseau, la troisième, c'est suite à des convulsions. Quand un enfant convulse, s'il convulse plusieurs fois, si c'est mal traité, ça se complique et c'est l'épilepsie. L'hyène ou l'oiseau, ce sont des animaux qui ont la maladie. Par exemple, si je veux une fille, elle me plaît, je la drague, je dépense beaucoup pour elle dans l'espoir qu'elle se marie à moi, et un beau jour elle me trahit en refusant de venir avec moi, je peux prendre la maladie pour me venger sur elle.

L'hyène, quand elle se promène, elle fait des crises et laisse de la salive. Si toi tu passes par-là et que par exemple tu ramasses une tige imprégnée de salive, tu la prends pour te curer les dents, tu vas être directement contaminé.

Pendant la saison chaude, on aime dormir sur les toits. Il arrive qu'un oiseau la nuit soit de passage, il vole très haut et aperçoit une femme enceinte. Il redescend en visant son ventre, il crie, et continue sa route. L'enfant naîtra avec l'épilepsie », un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

b) L'éléphantiasis, dit « le gros pied » : la « maladie de l'arbre »

En pays Mossi, les *tiise* (pl. de *tiiga*) sont des esprits ayant un attachement particulier pour le tamarinier, le baobab et le caïlcédrat. Contrairement aux génies *kinkirse*, ils sont grands et relativement gros. Ils peuvent provoquer une maladie appelée *tiiga* (arbre) qui provoque des dermatoses et des démangeaisons. Le remède appelé *tiim* vient du même radical *ti* de *tiiga*. Ainsi chaque arbre a son génie protecteur, ses remèdes et ses sorts.

« Je connais le gros pied. C'est une maladie de l'arbre, arbre se dit *tiiga* en moré. Ça se soigne avec de l'eau chaude » Bila, 51 ans, aveugle, région de Ouargay.

« J'ai attrapé ça avec un arbre, ou des piqûres de moustique » Mariam, 48 ans, souffrant du gros pied, région de Ouargay.

c) Les conceptions traditionnelles de la « folie »

Selon OUANGO⁴⁷, les interprétations traditionnelles de la folie sont basées sur une conception double du monde. Pour les Mossi, il existe deux mondes complémentaires, un visible et un invisible. Le monde visible, qui se voit, se touche et s'entend est sous la tutelle du monde invisible où vivent les ancêtres, les esprits protecteurs ou persécuteurs, ainsi que le double de chaque être ou chose réelle. Le malheur ou le bonheur de ceux qui vivent dans le réel dépend de ceux qui vivent dans l'invisible.

La « folie » peut être la sanction d'une faute individuelle ou collective. Elle peut être le manquement à un rite coutumier, la transgression de règles sociales (adultère, vol, traversée d'un lieu interdit, etc.). Le « fou » peut aussi être la victime de la colère des ancêtres ou des génies.

Il existe plusieurs formes de folies familiales. En effet, chaque famille a des esprits claniques qui sont parfois capricieux et souvent insatisfaits des sacrifices qu'on leur fait. Ils choisissent ainsi une victime au sein de la famille et occupent son âme. Ainsi le génie commande les comportements au « fou » et parle avec lui.

La folie induite par la transgression d'une coutume survient brutalement et provoque des manifestations spectaculaires. Il s'agit du *zou-lègba*, « retournement de la tête », dont le traitement est possible et la guérison peut être totale lorsque la faute est réparable. Mais si le *zou-lègba* n'est pas bien réparé, la folie peut s'installer définitivement.

Le traitement de la maladie mentale par la médecine occidentale n'est pas adapté aux conceptions traditionnelles de la folie. L'on amène un malade mental en psychiatrie non pas pour un traitement de fond, mais pour calmer les symptômes, les médicaments de la médecine moderne étant dans ce cas reconnus comme efficaces. Mais dès que l'état du malade s'améliore, ses parents le ramènent dans son milieu pour consulter un médecin traditionnel. Là commence le vrai traitement. Aussi en

⁴⁷ OUANGO Jean-Gabriel, « La folie dans la société traditionnelle moaga », in *Tradition et modernité*, Ouagadougou, n° 5, août-septembre 1996, pp. 41-42.

psychiatrie, l'entourage comprend mal les questions sur la vie communautaire et ainsi donne des réponses incomplètes. Par conséquent le traitement d'accompagnement prescrit à l'hôpital est parfois arrêté, le malade bénéficiant d'une thérapie traditionnelle qui permet la mobilisation du groupe autour de lui.

En pays Bisa⁴⁸, on distingue deux sortes de folies : *min usigere* et *hô usigere* (tête et foie renversé). Les deux « folies » provoquent des comportements différents.

On reconnaît quelqu'un atteint de *min usigere* par les propos « étranges » qu'il tient : « ce qu'on ne dit pas, il dit ». Par contre, la folie entraînée par le renversement du foie, jugée grave, est celle de l'individu qui « détruit la nourriture, brûle les maisons, casse les jarres, viole les femmes, frappe les enfants sans raison, se suicide ». Avec *hô usigere*, la raison du patient est altérée, son foie est renversé, tandis qu'avec *min usigere*, seule sa pensée est perturbée, sa raison est intacte. Le traitement consistera à rendre sa pensée conforme. Diagnostiquer chez quelqu'un la maladie *min usigere*, c'est lui reconnaître ses raisons de dire ce qu'il dit, mais lui en refuser le droit⁴⁹. *Hô usigere*, la « folie du geste », est perçue comme plus grave que *min usigere*, la « folie du verbe », car elle rappelle la violence de l'animalité.

La folie est globalement attribuée à l'action des génies. Mais le devin peut intervenir pour préciser le diagnostic en mettant en cause des comportements initiaux s'il s'agit d'une maladie sanction. Ainsi si la folie est provoquée par les génies, seuls les devins sont en mesure de signifier s'il s'agit d'une faute et dans ce cas laquelle. De plus il peut s'agir d'une faute individuelle comme collective. Aussi lorsque l'on voit un « fou », on ne peut pas savoir s'il est coupable de son mal.

Il existe cependant une autre forme de folie chez les Bisa, envoyée par des *zinaro*. C'est un signe d'élection, c'est un appel des *zinaro* qui choisissent une personne pour en faire un devin. Seuls les devins détiennent les secrets pour résoudre le trouble ou aider la personne à répondre à l'appel.

⁴⁸ FAINZANG Sylvie, *Op. Cit.*

⁴⁹ FAINZANG Sylvie, *Op. Cit.*

« On peut soigner certains fous, d'autres non. Certains sont victimes d'un mauvais sort qu'on leur a lancé, certains sont victimes des génies, d'autres sont devenus fous à force de trop réfléchir » une personne en situation de handicap, Zorgho.

« Ce sont les pensées qui rendent l'homme fou. Certaines folies se soignent, d'autres non. C'est parfois du aux génies. Tu sais les génies, s'ils décident que tu mourras riche, tu mourras riche. Par contre, s'ils décident que tu mourras pauvre, tu mourras pauvre » un tradipraticien, région de Tenkodogo.

« La folie est provoqué par un excès de fétiches. Les jeunes prennent des fétiches avec beaucoup d'interdits à respecter, qu'ils ne respectent pas à la longue. Ils violent les interdits par oubli ou par ignorance, et ça se transforme en folie » une handicapée physique, 30 ans, Gaoua.

« Parfois certains prennent jusqu'à trois fétiches, et maintenant ils n'arrivent pas à les mettre ensemble, à les unir, et si les fétiches ne s'entendent pas, ils vont se battre, et ça va jouer sur la personne. C'est un peu comme des coépouses » une personne valide, Gaoua.

d) Les malformations de naissance

En moré, l'enfant *kinkirga* est un enfant au comportement atypique ou malformé à la naissance. Deux interprétations sont possibles. Il peut s'agir d'une faute maternelle commise durant la grossesse, mais souvent par inadvertance. Par exemple, la femme peut avoir importuner un génie en brousse sans le savoir. Agacé, ce dernier la suit et la pénètre à l'occasion d'un rapport conjugal.

Il peut s'agir d'un enfant « échangé ». Il est déconseillé aux mères de laisser au sol un enfant qui ne marche pas, ou de dormir trop loin d'un bébé, les génies pouvant profiter de ces moments d'inadvertance pour se substituer à l'enfant. Ces enfants ne sont pas considérés comme *possédés* par un génie, mais *sont* génies.

« Les IMC, ce sont les cas les plus difficiles. Chez certains, lorsque les parents s'en occupent, on peut voir de l'amélioration, chez d'autres c'est désespéré. Ils sont considérés comme des génies. Les gens disent que ce sont des enfants serpents, par rapport à leur morphologie, du fait qu'ils traînent à terre et n'arrivent pas à marcher. Parfois, jusqu'à un certain âge, certains enfants sortent la nuit se promener, et le jour il se traîne à la maison. Du coup les gens disent que ce sont des génies et ils ont peur. Dans certaines régions, lorsque l'on voit un enfant IMC on parle d'élimination. On abandonne le bébé sur une colline, c'est une façon de le ramener dans son milieu naturel. La personne qui le dépose doit repartir sans se retourner, sinon le génie risquerait de revenir » un responsable de centre de réadaptation, Zabré.

En moré, l'enfant-génie est dénommé *kinkirga*. Ainsi l'enfant a été volé ou échangé par un être de brousse, ce qui permet à la mère de faire son deuil dans la mesure où il ne s'agit plus de son enfant. Ces enfants survivent peu, soit par négligence et faute de soins, soit par infanticide. Dans ce cas, on ramène l'enfant-

génie dans son milieu (termitières, troncs d'arbres, sommets de montagnes, etc.) Aussi il ne s'agit pas d'un crime dans la conscience familiale, on ne fait que le reconduire auprès des siens.

« Avant, lorsqu'il y avait un enfant handicapé qui naissait dans la famille, on la cachait et on allait consulter un devin, pour trouver la cause du malheur. Il y a des féticheurs, des devins, mais aussi les marabouts qui sont liés à la religion musulmane. En fonction du diagnostic, on dira si on peut laisser l'enfant en vie, ou alors, si c'est un génie, on procède à son élimination » un aide-kinésithérapeute du centre de réadaptation de Zabré.

« Ceux qui naissent handicapés là sont des enfants revenants. Ils sont craints. Ils demandent beaucoup d'attention et d'entretien. On utilise beaucoup de feuilles pour les traiter, pour les faire rester. Certains deviennent normaux et restent, les autres repartent » Krukabaoua, 48 ans, femme souffrant d'éléphantiasis, région de Gaoua.

« Pour les enfants qui naissent handicapés, parfois c'est Dieu qui a fait ça. Parfois ce sont des enfants qui décident de fatiguer les parents. Donc ils viennent à leur façon, et si les parents n'ont pas les moyens pour s'en occuper, les enfants repartent, ils meurent. Les enfants revenants ne sont pas venus pour rester, ils sont obligés de repartir » une personne valide, Gaoua.

« Ce sont les enfants qui repartent. Pour savoir que c'est des revenants, ils reviennent à plusieurs reprises. A un moment donné, on coupe l'oreille avant de l'enterrer et quand il renaît avec une cicatrice, on sait que c'est lui qui est revenu » une personne valide, Gaoua.

« Pendant sa grossesse, la jeune fille a pu rencontrer un génie, et l'enfant qui naîtra sera « encéphalopathe », ou aura une déformation. Ou alors une fille qui parle mal, quelqu'un peut la travailler avec un fétiche et quand elle mettra au monde un enfant, il va mourir, la deuxième fois aussi. L'enfant revient et repart. Dans les cas de ce genre, on peut arriver à récupérer l'enfant avant qu'il ne reparte. On me prévient à l'avance pour que je me prépare. On amène l'enfant jusque chez moi, mais en prenant des déviations, sans passer par un chemin direct. Moi je bouche toutes les issues de ma cour avec du produit, les portes, les fenêtres, on travaille toute la maison. La mère sort avec son enfant et fait semblant de se promener, pour qu'il ne soit pas au courant du stratagème. Et brusquement il se retrouve dans ma chambre et ne peut plus s'échapper. Partout il y a des pièges. Là on peut récupérer l'enfant » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

« Je connais une femme qui a accouché d'un enfant sans bouche, sans nez, ni oreilles, ni membres. Il était tout rond. On a du jeté un sort à la femme. L'enfant a été jeté » une handicapée physique, 25 ans, région de Gaoua.

« En fonction du diagnostic posé par le devin, on le laisse en vie ou on l'élimine. Si on dit que c'est un génie, on l'élimine, soit en noyant le bébé dans l'eau de son bain, en l'étouffant, ou encore en le négligeant ou en l'abandonnant. Par exemple, dans la région de Tiébélé, il y a un endroit sur la montagne où l'on abandonne les

bébés malformés. Mais quand même, cela se fait de moins en moins. Et puis ça concernait les handicaps de naissance. Les enfants qui deviennent handicapés plus tard sont plus acceptés, on lie ça à la maladie » un kinésithérapeute, Zabré.

« Ces enfants ne sont pas des êtres humains. Ce sont des génies qui se sont transformés. Ces génies se promènent tard dans la nuit. Ils peuvent avoir des relations sexuelles avec la femme, dans ce cas, la femme meurt en couche. Ils peuvent rencontrer la femme dans sa chambre ou en cours de route. Si une femme a ce genre d'enfant elle qu'elle ne parvient pas à s'en occuper, l'enfant va mourir. La mère va prendre des renseignements pour renvoyer l'enfant d'où il est venu. Elle va chez un féticheur qui va lui expliquer le chemin à suivre. » un tradipraticien, région de Tenkodogo.

Par contre, tant que l'enfant n'est pas considéré comme une personne, il est difficile pour les parents d'adhérer à un discours médical qui lui promette des progrès si des efforts sont faits. Malgré tout, les parents souffrent de cette situation, ils sont d'ailleurs nombreux à se rendre en consultation. Ces croyances permettaient de se faire une raison et d'accepter le décès de l'enfant comme unique alternative, cependant, les mères sont en demande de reconnaissance sociale et de soutien moral, aussi si d'autres alternatives leur sont proposées, nous pensons qu'elles y adhéreront.

« Quand on arrive au point de vouloir éliminer un bébé né malformé, la mère n'a plus son mot à dire. Ce sont les chefs de famille, les hommes qui décident. Sinon c'est sûr que la mère étant plus faible, elle sera affectée par la mort de son bébé » un kinésithérapeute, Zabré.

e) Entre « tradition » et « modernité »

La connaissance d'une maladie, la rougeole par exemple, ne répond pas à la question du sens. La rougeole a nécessairement un sens social (sorcellerie, génie) qui impliquera un traitement social (sacrifice animal). Nous ne pouvons scinder le médical du social. Or les messages sanitaires continuent d'être élaborés comme si les individus pouvaient modifier un aspect de leur vie sans déstabiliser le reste.

Le discours de l'action sanitaire doit tenir compte des différentes représentations de la vie ou de la mort, que l'on soit de religion musulmane, chrétienne ou animiste, scolarisé ou non, de zone urbaine ou rurale. Les groupes sociaux ne sont pas homogènes au niveau de leur système de pensée.

« Une fois, on nous a amené un enfant IMC. Mais son père ne l'a plus jamais ramené. Il disait que c'est un enfant serpent et que si l'enfant doit survivre, cela signifie qu'un des deux parents va mourir. J'ai essayé de lui expliquer que non, il n'a rien voulu entendre » un kinésithérapeute, handicapé physique, Zorgho.

Aussi certaines femmes ne parviennent pas à renoncer aux valeurs de leurs parents animistes (désir d'infanticide par exemple) tout en ayant adopté un mode de vie et de pensée radicalement différent (adhésion à la religion chrétienne par exemple). C'est le cas des femmes donnant naissance à un « enfant serpent », à qui

l'on va conseiller d'aller voir un devin et de l'abandonner en brousse selon les croyances animistes. Alors que de l'autre côté, son adhésion à la religion chrétienne va lui interdire ce geste.

Ainsi les systèmes de pensée traditionnels et modernes se superposent, ceci expliquant des parcours thérapeutiques qui pourraient paraître incohérents. Il existe une divergence entre les représentations des professionnels de la santé concernant les connaissances et savoirs d'actions des familles et les faits rapportés par les familles. Généralement les deux modèles explicatifs des maladies se superposent, sans entrer en concurrence malgré une apparente opposition.

« Je pensais que c'était une maladie passagère. Après j'ai pensé aux génies quand je suis allée en brousse, vu que les crises ne s'arrêtaient plus. Au début, je suis partie à Salemboré, chez des sœurs, pour me faire soigner. On m'a donné des comprimés, ça s'est calmé, puis c'est revenu. De là je suis allée voir un tradipraticien qui m'a donné des racines en décoction. Selon lui, ça devait être des génies, mais qu'avec les médicaments qu'il m'a donnés, j'allais guérir. Les médecins, eux, ont dit que c'était une maladie comme les autres, et qu'il suffit que je prenne les médicaments correctement pour guérir. Mais qu'il ne faut pas prendre d'excitants pendant le traitement (dolo, tabac, café, etc.) » Une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

« Ce sont les génies qui provoquent la folie, généralement les mauvais. Notamment lorsque l'on se promène en brousse aux heures où il ne faut pas. La folie se soigne, mais la médecine moderne est plus efficace que la médecine traditionnelle pour ça, surtout quand on te fait une injection, ça passe vite » Une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

« Je connais l'éléphantiasis, c'est une maladie de l'arbre, ça se soigne avec la médecine moderne » Une femme épileptique, 56 ans, région de Ouargay.

« Il y en a c'est la maladie. Ça peut aussi être la tradition, les fétiches. Tu peux fauter et les fétiches vont te paralyser. Il y a aussi la pauvreté, parce que quand tu es malade, tu ne peux pas te soigner, tu peux rester handicapé » une personne valide, Gaoua.

6) L'imputation d'une responsabilité : à qui la faute ?

« Au début, on est poussé à accuser quelqu'un d'être le responsable de ce qui vous arrive, mais après réflexion, on se rend compte que c'est le mal qui est responsable de ce qui vous est arrivé. Pour mon cas, j'avais envie d'accuser quelqu'un, mais j'ai changé de décision avec l'aide de la religion et j'ai remis ça à Dieu. Je me suis converti juste un an après être devenu handicapé » Yara, 30 ans, aveugle, Gaoua.

Qui est responsable du handicap ? La personne handicapée ressent-elle une culpabilité ? Lui renvoie-t-on cette image ?

Comme nous venons de le voir, une maladie peut être rapportée à des causes premières différentes et par conséquent avoir plusieurs significations. De même, des

maladies différentes peuvent avoir une même cause, mais avec des relais différents : génies, ancêtres, etc. Il faut remonter dans le temps pour trouver la cause première. Ainsi, si la stérilité est provoquée par l'action d'un génie (cause immédiate), la cause première peut être une faute commise par la femme (adultère) ou par le mari (sanctionné par un mauvais sperme). Par conséquent, la connaissance d'une cause immédiate d'une maladie (action des génies) n'informe pas nécessairement sur la cause précédente ou première (vol, adultère, etc.). Finalement, la cause du mal direct n'étant pas le sujet lui-même, mais le génie, la sorcière, l'ancêtre, etc., le sujet se trouve en partie déresponsabilisé. D'autant plus que la transgression est souvent commise involontairement. Le fait d'introduire des intermédiaires comme les génies ou les ancêtres dans la cause du mal contribue à déresponsabiliser le sujet lui-même. « Cette idée ne signifie pas, pour autant, que toute notion de culpabilité soit exclue de cette société. Elle traduit simplement qu'elle n'est pas intégrée de manière morbide, délirante ou névrotique comme elle peut l'être en Occident. Elle n'ôte absolument pas la notion de faute comme celle de responsabilité »⁵⁰.

Par conséquent si tel ou tel handicap est la conséquence de l'action des génies ou des ancêtres, cela ne signifie pas pour autant que la personne en situation soit tenue responsable de son mal.

L'imputation de responsabilité est essentielle dans la légitimité attribuée à la condition du handicapé. Un individu considéré comme responsable de son affection ne sera pas traité de la même manière qu'une personne exempte de tout soupçon sur ce point. Les attitudes de la communauté seront soit entachées de pitié et de sympathie, soit de mépris et d'arrogance.

Mais qu'est-ce qui permet à la communauté d'attribuer ou non la faute à la personne en situation de handicap ? De même la personne handicapée peut-elle se sentir responsable de son handicap ? Dans quels cas ?

Lorsque le devin détermine l'origine de la maladie ou du handicap, il révèle en fait l'objet persécuteur du patient. Ainsi, s'il juge qu'il s'agit d'un ancêtre ou d'un génie, la communauté ne culpabilisera pas le malade si ses parents. Les relais tels que les ancêtres ou les génies permettent d'extérioriser les conflits tels que la cause du handicap.

« Lors de la deuxième crise, j'ai arrêté le traitement traditionnel. Parce qu'on m'a dit que j'avais du marcher dans des endroits habités par des génies. Y a plusieurs endroits que je connais comme ça, mais je ne me souviens pas y avoir marché », Tidiane, handicapé physique, 37 ans, région de Zabré.

De nombreuses maladies infantiles situent aussi leur origine à l'occasion d'une faute maternelle durant la grossesse. Mais le fait que la transgression soit la plupart du temps commise involontairement déculpabilise la mère vis-à-vis de la société. Elle est responsable mais non coupable.

« C'est faux ! Ça peut pas être la faute des parents. Personne ne souhaite que ses enfants soient handicapés » Waméné, 50 ans, aveugle, Tenkodogo.

⁵⁰ BONNET Doris, *Corps biologique, corps social*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1988, p. 109.

« J'ai tenté de me soigner avec la médecine traditionnelle, mais ça n'a pas marché. Je n'ai pas été au dispensaire, ni à l'hôpital car au village on pensait que j'avais du manger quelque chose que je ne devais pas. Alors on a fait des sacrifices jusqu'à être fatigués, mais la vue n'est pas revenue. Je ne dois pas manger d'écureuil. Peut-être que j'en ai mangé sans savoir ou que j'ai marché sur un feu qui a servi à cuire l'écureuil. Je ne me souviens pas avoir mangé de l'écureuil ou avoir enjambé la cendre de l'écureuil, mais c'est la tradition, c'est une hypothèse » Yéri, 50 ans, aveugle, région de Gaoua.

« On ne doit pas s'accuser pour ça. Moi je porte une grossesse, tout le monde voit bien que c'est une grossesse normale. Je ne peux pas savoir ce qui est à l'intérieur. Mais le jour de l'accouchement, si l'enfant est malformé, ça surprend tout le monde. On en doit pas m'accuser d'être à l'origine du handicap. Si on veut savoir, il faut consulter » une personne valide, Gaoua.

« Si un enfant né handicapé, ça peut être la faute des parents. Mais souvent, on ne peut pas savoir » Mariam, 48 ans, atteinte d'éléphantiasis, région de Ouargay.

La divination n'est pas exclusivement réservée à la maladie. Toute infortune, tout malheur peut motiver la démarche. « Un constat ancien et banal des africanistes : le seuil de l'angoisse une fois franchi, certaines « maladies » - graves, aiguës, atypiques, chroniques, répétitives, etc. - sont expliquées, légitimées et disculpées de la même manière que les autres infortunes sociales qui affectent le corps, les biens et la vie sociale des individus »⁵¹. Le rôle du devin n'est pas de produire de sanction ni de récompense⁵². Les prescriptions du devin ne sont pas des punitions, mais des actes réparateurs. La sanction, si s'en est une, est déjà là, il s'agit du handicap. Il ne fait que la désigner en interprétant l'évènement.

« Y a un secret professionnel. Si on découvre qu'une femme est veuve parce qu'elle a commis par exemple l'adultère, on n'a pas le droit de le dire à quelqu'un. Et on n'est pas là pour accuser la personne, mais l'aider à se soigner » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

« Quand c'est une punition de Dieu, on n'abandonne pas, on doit le soutenir parce que c'est Dieu. Sinon on sait qu'il a commis une faute mais il a déjà sa correction » une personne valide, région de Gaoua.

Seules les « maladies de Dieu » dont nous avons parlé auparavant font exception. La catégorie *Woso* permet une réserve qui annule toute notion de cause sociale. Elle est invoquée lorsque au terme de son analyse, le devin ne trouve d'autre explication au phénomène.

On parle de « culture de l'impunité ». Les règlements s'organisent autour de quatre termes majeurs : la faute, la sanction, la culpabilité et le pardon. Suite à cette

⁵¹ ZEMPLINI, 1985, cité par EGROT Marc, *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille, 1999, p. 264.

⁵² FAINZANG Sylvie, *Op. Cit.*

absolution, chaque faute est ainsi pardonnée. C'est lors de la consultation divinatoire que l'on apporte une réparation à la faute et l'équilibre est ainsi retrouvé.

« Si déjà tu reconnais que tu es en faute, tu es à moitié pardonné. Mais parfois tu peux avoir fait quelque chose il y a très longtemps et tu as oublié. Tu fais un sacrifice pour te faire pardonner » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

« A travers la consultation, on peut savoir si tu es fautif ou pas, c'est depuis la source qu'on peut découvrir l'origine de ton handicap. C'est pendant la consultation qu'on te dira, tu as fait tel truc à telle heure, c'est pourquoi le fétiche du village ou tel autre fétiche t'a rendu comme ça. C'est au niveau du traitement que celui qui est fautif doit plus payer » une personne valide, région de Gaoua.

Dans ce cas, qu'est-ce qui guide les comportements stigmatisant de la communauté vis-à-vis des personnes en situation de handicap ? La communauté n'ayant pas les moyens de connaître la cause originelle du handicap, elle portera un jugement personnel en fonction de la personnalité de la personne en situation de handicap.

« Quand les gens te voient, si tu étais une personne respectueuse et qu'après tu as un handicap, ils auront pitié de toi. Mais si tu n'étais pas respectueuse des gens, quand tu as un problème, les gens vont se moquer de toi. Mais ils ne connaîtront jamais l'origine exacte du mal » un tradipraticien-féticheur, Gaoua.

« La hiérarchisation de la différence ne repose donc pas uniquement sur les potentialités sociales conférées à l'affection ; elle est également déterminée par le degré de légitimité attribué à l'état de handicapé »⁵³. La communauté jugera d'elle-même la légitimité de l'état de handicapé, mais c'est rarement fonction de la cause originelle. Si une famille est frappée par le handicap, les autres membres de la communauté qui lui était proche le resteront, par contre, les membres avec lesquels elle était en conflit vont utiliser le handicap pour exprimer leur méchanceté.

« Si tu es respectueux, y a pas de problèmes, mais si tu parles mal aux gens, on peut dire qu'on t'a jeté un sort » une personne valide, région de Gaoua.

« Il y en a, tu sais pourquoi ils sont devenus handicapés. Ils étaient de nature méchante. Et moi je pense qu'ils l'ont mérité et on ne peut pas les intégrer. Ils l'ont mérité, parce que pour autant que nous sommes, nos actes sont contrôlés par Dieu. Par exemple, il y avait une femme, qui était très méchante. Lorsque les bêtes entraient dans sa cour, elle les tuait et les jetait dehors. Une fois un cochon est entré, elle l'a frappé, et frappé encore jusqu'à lui casser les reins, alors que le cochon était en gestation. Le cochon est mort, sa fille l'a jeté dehors. Un beau jour, sa fille est tombée malade et a subi les mêmes supplices que le cochon. Pour eux, la faute revient à la maman, l'enfant n'a fait que prendre le cochon et le jeter » une personne valide, Gaoua.

⁵³ EBERSOLD Serge, *L'invention du handicap...*, Op. Cit., p. 250.

Des croyances identiques donnent lieu à des comportements différents. L'attitude des gens envers les infirmes n'est qu'*influencée* par leurs croyances en la « cause » de l'infirmité, elle n'est nullement *déterminée* par ces croyances traditionnelles. Le type de conduite diffère selon le type de personne. Les gens qui ont des relations directes avec des handicapés, qui ont été scolarisés, sensibilisés sur la question du handicap, n'auront pas les mêmes comportements face au handicap que des gens qui n'ont pas fréquenté l'école, qui n'ont que ouïe dire de la condition des handicapés et qui n'ont jamais été sensibilisés à la question.

7) Les croyances traditionnelles sont-elles un obstacle à l'insertion des personnes handicapées ?

« Je suis traité comme les autres. Les gens parlent, pensent que c'est une malédiction, un mauvais sort ... mais ceux qui pensent ça ne me fuient pas pour autant » Lucien, 38 ans, aveugle, Koupéla.

Les représentations sociales fonctionnent selon deux composantes, une psychologique, l'autre sociale. Les représentations dépendent à la fois des structures cognitives et de la pensée individuelle, mais aussi des conditions sociales dans lesquelles s'élaborent la représentation. C'est la coexistence de ces deux logiques qui entraînent des raisonnements qui peuvent apparaître « illogiques » ou incohérents. La représentation intègre à la fois du rationnel et de l'irrationnel, c'est pourquoi elle intègre et tolère des contradictions.

Sont-ce les pratiques sociales qui déterminent les représentations ou l'inverse ? Ou les deux sont-elles indissociablement liées et interdépendantes ?

Les comportements de rejet sont-ils la conséquence directe de la représentation liée à la malédiction ou sont-ils simplement légitimés en construisant une représentation négative de la personne handicapée ?

Soit la communauté adopte un comportement de rejet parce qu'elle considère que la personne handicapée est coupable de son handicap ; soit la communauté a naturellement un comportement de rejet face au handicap et utilise les croyances pour se justifier. Les croyances permettent en toute conscience de désigner « l'autre » comme coupable.

Nous penchons pour une approche fonctionnaliste des croyances. Supposer que le handicap est une sanction pour une faute commise légitime la mise à l'écart de la personne en situation de handicap. Les croyances permettent à la communauté de s'absoudre lorsqu'elle n'a pas les moyens de prendre en charge le handicap.

Mais ces comportements ne sont pas guidés par les croyances, ils y trouvent simplement un appui. En effet, hormis le devin dont la bouche est scellée par le secret professionnel, personne n'est en mesure de connaître l'origine exacte du handicap. La communauté ne fait que supposer à partir de son jugement personnel. De plus, dans la plupart des cas, les « fautes » sont commises involontairement ou datent de plusieurs générations, par conséquent personne n'est à l'abri du handicap.

« Quelle que soit la cause du handicap, tous les handicapés sont traités de la même façon, étant donné que ça peut arriver à tout le monde » une personne valide, région de Gaoua.

Les croyances traditionnelles qui dénigrent le handicap ne créent pas des comportements de rejet, mais permettent de les légitimer. Au sein d'une même communauté possédant les mêmes croyances, les comportements vis-à-vis des personnes handicapées sont très variables. Par conséquent, de telles croyances ne sont pas en soi un facteur de marginalisation.

La culture burkinabè n'est donc pas un obstacle à l'insertion des personnes en situation de handicap. Les croyances traditionnelles qui pourraient donner lieu à un rejet ne sont pas figées, elles intègrent les nouveautés avec plus ou moins de perméabilité. Les programmes de sensibilisation ne doivent pas voir dans la culture un obstacle. Pour être bien intégrée, l'information doit être proche de ces croyances et en aucune façon les dénigrer.

Les campagnes de sensibilisation sanitaire supposent que les populations bénéficiaires de services de prévention ne sont dépositaires d'aucun savoir médical. Ainsi la campagne d'information se contente de remplir cette « cruche vide » de connaissances. On s'aperçoit très vite qu'il ne suffit pas de transmettre des services médicaux occidentaux vers des bénéficiaires passifs et réceptifs. Toute nouvelle croyance ou toute nouvelle pratique médicale doit être évaluée en fonction de ce qui est considéré comme normal, souhaitable et pertinent dans la culture de la population cible.

Dans la perspective d'une transmission unilatérale des savoirs médicaux, le message sanitaire a de fortes chances d'entrer en conflit avec les croyances, les attitudes ou les valeurs véhiculées par les savoirs populaires. Les messages sont alors vécus comme autant d'agressions provenant d'un système médical qui n'est pas le leur. De plus, « le fait de remettre en question le bien-fondé des éléments culturels liés à ce domaine revient à remettre en cause le bien-fondé de la culture tout entière »⁵⁴.

En reprenant l'expression de Pierre BOURDIEU, l'on peut dire que ces savoirs sont intégrés sous la forme d'*habitus* dans l'individu. C'est l'ensemble de ces savoirs populaires que les professionnels de la santé doivent considérer, ce avec l'aide d'anthropologues.

CONCLUSION

Il est temps de déconstruire les préjugés par rapport à la place des personnes handicapées dans les sociétés des pays du Sud. Montrer du doigt ces sociétés en s'indignant du sort réservé aux personnes handicapées c'est nier les réalités sociales que vivent les populations. Si les sociétés « développées » confient leurs invalides à des structures spécialisées, les sociétés du Sud s'organisent informellement pour leur

⁵⁴ MASSE Raymond, *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1995, p. 56.

prise en charge. Mais malgré la bonne volonté de tout à chacun, les « faibles » ne sont jamais à l'abri de la stigmatisation.

L'on retrouve au Burkina Faso toute une gamme d'attitudes et de comportements envers les personnes handicapées, du rejet à la surprotection, de l'élimination physique à l'indifférence. Il faut s'abstenir à ce sujet des « clichés », si rassurants soient-ils.

Il est facile de considérer une personne handicapée comme négligée par sa famille, sans même tenir compte des conditions dans lesquelles elle tente elle-même de survivre. Il suffit parfois de considérer la famille comme un tout pour se rendre compte des difficultés auxquelles elle doit faire face et par là, des motivations qui sous-tendent ses actes. Si bien que l'on peut se rendre compte que dans la plupart du temps sont établies des priorités par rapport aux membres de la famille, priorités qui peuvent paraître choquantes et qui pourtant sont essentielles à la survie de l'ensemble de la famille. Les familles font ce qu'elles peuvent pour prendre en charge leurs membres handicapés, si elles s'y prennent mal c'est souvent par ignorance.

En effet, les conditions de vie des populations africaines souffrent de la situation économique du continent qui, depuis les années 70, ne cesse de régresser. Les populations accusent le coup tant bien que mal, mais des couches sociales de plus en plus importantes sont incapables de satisfaire leurs besoins de base. Dans ce contexte, les mécanismes de production de la marginalisation sociale trouvent parmi les personnes en situation de handicap leurs premières victimes. Cette décroissance économique a aussi pour conséquence la déliquescence des liens de solidarité. Les personnes handicapées se retrouvent à la charge de la famille nucléaire quand auparavant toute la communauté était investie dans la prise en charge des plus démunis (vieux, orphelins, etc.).

Dans les cas de pauvreté extrême dans lesquels se retrouve la grande majorité des familles vivant en milieu rural, ce sont bien les circonstances sociales et non les croyances qui guident les comportements. Il faut se méfier du mythe qui raconte que les familles délaissent leurs membres handicapés. Nous devons essayer de voir les choses du point de vue des personnes que nous voulons aider.

Les personnes handicapées sont sujettes aux moqueries, mais heureusement elles ne sont pas systématiques. Le plus souvent, les moqueries sont le fait des enfants. Déjà, appeler une personne par son handicap n'est pas toujours vécue de façon dénigrante :

« Ca m'est égal que l'on m'appelle « handicapé ». D'ailleurs, souvent je dis aux gens, s'ils veulent trouver chez moi facilement, ils n'ont qu'à demander « chez l'handicapé ». C'est mon adresse en quelque sorte ! » Alassane, 48 ans, handicapé physique, Tenkodogo.

« M'appeler « le paralyser », ça ne me fait rien. La personne n'a fait que décrire la réalité de ce que je vis, car effectivement, je suis paralysé » un handicapé physique, Tenkodogo.

Le milieu rural est particulièrement propice aux dénigrement : pauvre et non scolarisé, l'ignorance ne facilite pas le respect des personnes en situation de handicap. En milieu urbain persistent des comportements calomniant, heureusement

ils ne sont pas systématiques. De tous temps et de tout continent la différence inspire naturellement le rejet et la crainte. Seule l'éducation ou la familiarisation avec l'altérité peut vaincre la stigmatisation.

Le premier mal-être de la personne handicapée vient de son sentiment d'inutilité. Lorsque nous croisons les trois regards sur le handicap, celui de la personne handicapée, celui de la communauté et celui des pouvoirs publics, tous convergent vers la même représentation : Le handicap est lié à l'incapacité. Les personnes handicapées se sentent incapables et inutiles et le reste de la communauté n'en pense pas moins. Qui des deux pourrait alors convaincre l'autre du contraire ?

Il manque cruellement au Burkina Faso de professionnels de la réadaptation qui puissent travailler dans ce sens. Les centres de réadaptation ne couvrent pas l'ensemble du territoire et sont absents du milieu rural. Pourtant la fréquentation d'un centre de réadaptation, avec un suivi médical, une formation professionnelle, voir un suivi psychologique, sont indispensables à la promotion de la personne handicapée.

L'insertion sociale a pour but d'amener l'individu à intérioriser les différentes valeurs de la société dans laquelle il vit. La situation de handicap permet-elle de répondre à ces normes/valeurs ?

Le premier devoir de l'individu est de s'assumer financièrement et de prendre en charge sa famille. Or le handicap est souvent un obstacle à l'accomplissement d'une activité rémunératrice, soit parce que le milieu rural n'offre pas d'autres débouchés que des travaux physiques, soit parce qu'on ignore souvent les possibilités professionnelles d'un handicapé. D'autant plus que le Burkina Faso souffre du chômage, aussi les personnes en situation de handicap sont les premières à être écartées du monde du travail.

Cependant, seul un appui économique ne peut suffire à « insérer » les personnes handicapées au sein de la communauté, elles seraient présentes matériellement mais absentes symboliquement. Être intégré au Burkina Faso signifie subvenir à ses besoins, mais aussi avoir le droit à la parole. La sensibilisation doit renforcer la participation des personnes handicapées aux activités de la communauté et appuyer leur droit à participer pleinement aux décisions familiales et aux événements communautaires.

Le troisième facteur d'insertion est l'accès au mariage. On ne dénie pas aux personnes handicapées ce droit, simplement le mariage est plus qu'un pacte d'amour, c'est un contrat de responsabilités entre deux parties. Or une personne handicapée n'est pas toujours en mesure de remplir l'ensemble des tâches qui lui sont attribuées. Nous revenons à la question des capacités, car généralement la population sous-estime les aptitudes des femmes handicapées à tenir un ménage.

Avoir le droit à la parole, une activité économique et une descendance sont les trois principaux éléments d'insertion dans la société burkinabè. Qu'est-ce qui permet d'accéder à ces trois éléments ?

Le soutien familial, la scolarisation et la fréquentation d'un centre de réadaptation sont les trois principaux facteurs facilitateurs pour la personne en situation de handicap. En effet, ces trois éléments participent pleinement à la valorisation de la personne handicapée et à renforcer son estime d'elle-même.

Lorsque ces conditions sont réunies, la personne handicapée est prédisposée à s'ouvrir au « monde des valides ». De l'autre côté, la participation communautaire est primordiale dans le processus d'insertion. Les valides doivent collaborer, même passivement, ne serait-ce qu'en annihilant tout comportement de rejet ou de stigmatisation.

Ainsi la réhabilitation des personnes en situation de handicap doit intervenir à plusieurs niveaux de la société :

- Au niveau individuel, il faut un soutien médical et psychologique, un accès à une scolarisation en milieu normal ou spécialisé, ainsi qu'une formation professionnelle pour une insertion économique,
- Au niveau de la famille, c'est améliorer leur condition économique de façon à ce qu'elle assume mieux le handicap,
- Au niveau communautaire, c'est lever les barrières symboliques à la participation sociale des personnes handicapées, et sensibiliser sur les potentialités des personnes handicapées.
- Au niveau supérieur de la communauté, c'est créer une législation qui à plus ou moins long terme aura une influence sur la conscience collective par rapport au problème du handicap.

En effet, l'on présuppose que les réactions de discrimination diminuent lorsque le niveau des connaissances d'une communauté sur les aspects épidémiologiques, biologiques et sociaux de du handicap s'améliore. Aussi la sensibilisation doit informer sur les causes des handicaps, leur caractère non contagieux et enfin sur les potentialités sociales de la personne handicapée. Les mesures de réhabilitation doivent pour cela porter sur l'individu, la famille, la communauté locale et enfin sur la société en général.

Les personnes handicapées ne sont pas exclues au sens propre du terme. Le handicap n'est pas traditionnellement une cause d'exclusion en soi. Il ne s'agit pas d'un acte ou d'une condition répréhensible au même titre que le meurtre ou la sorcellerie. Néanmoins, les difficultés économiques, entre autres, font que les handicapés n'ont pas réellement de place assignée dans la société. Ainsi, ils se retrouvent aux frontières du social, aux « limbes » de la société. Cette situation « limite » les maintient dans un état psychologique fragile car difficile à vivre et à assumer.

« Les personnes handicapées ne sont pas exclues, mais il faut reconnaître que ce sont des personnes qui souffrent » une personne valide, Gaoua.

Nous terminerons en insistant sur le fait que les croyances sur le handicap ne déterminent pas les comportements d'ostracisme, mais dans notre cas elles les légitiment. Le facteur culturel ne contribue pas à la marginalisation des personnes en situation de handicap, mais permet au système de perdurer. Aussi nous devons tenir compte de ces croyances et les inclure dans les projets de développement. Ces croyances ne sont pas un obstacle aux changements dans la mesure où généralement, elles ont une grande capacité d'assimilation des éléments nouveaux. Tradition et

modernité peuvent faire bon ménage, à condition de ne pas introduire le changement en dénigrant les valeurs traditionnelles. La réussite d'un projet de développement passe par la création d'un subtil consensus entre les traditions et l'introduction de changements.

BIBLIOGRAPHIE

BAGBILA Elie, *Handicap physique et développement socio-économique au Burkina Faso : l'exemple du centre des handicapés physiques de Koupéla dans la province du Kourittenga*, Mémoire de maîtrise de Sociologie, Université de Ouagadougou, 1991.

BAYILI Blaise, *Religion, droit et pouvoir au Burkina Faso*, Paris, Editions l'Harmattan, 1998, 479 pages.

BEGUE-SIMON Anne-Marie, *De l'évaluation du préjudice à l'évaluation du handicap*, Paris, Editions Masson, 1986, 159 pages.

BLAISE Jean-Luc, *Liminarité et limbes sociaux : une approche anthropologique du handicap*, Thèse de doctorat en Anthropologie Historique, Université Paris VII, 2002.

BONNET Doris, *L'enfant-serpent : une catégorie anthropologique de l'enfant (les Moose du Burkina Faso)*, ORSTOM, Premières journées d'éducation pour la santé d'Afrique de l'Ouest, Bobo-Dioulasso, 1990, 8 pages.

BONNET Doris, *Corps biologique, corps social*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1988, 138 pages.

BONNET Doris, *Le proverbe chez les Mossi du Yatenga (Haute-Volta)*, Paris, Société d'Etudes Linguistiques et Anthropologiques de France, 1982.

CHARBONNIER Christophe, *Réadaptation des handicapés physiques au Burkina Faso. Expérience d'une mission avec Handicap International*, Thèse de médecine, Université de Saint-Étienne, 1997.

CHUBERRE Marie, *La représentation du handicap chez les familles et communauté des enfants handicapés du programme de Malhangalene, Maputo, Mozambique*, Mémoire pour l'obtention du d'un diplôme universitaire de Méthodologie en Santé Communautaire, Université de Rennes, 1996, 47 pages.

COMPAORE Cyrille, *Handicap et société. Analyse des freins à l'intégration des handicapés au Burkina Faso. Etude de cas : les handicapés moteurs*, Mémoire de DEA, Université Lumière Lyon II, 1993, 88 pages.

DESCLAUX Alice, « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in *Anthropologie et SIDA. Bilan et perspectives*, Paris, Editions Karthala, 1996, pp. 267-286.

DEVLIEGER Patrick, *Etude socioculturelle du handicap physique au Kasai Oriental, Zaïre*, Association Withuis, 1985, 153 pages.

DOISE W., CLEMENCE A., LORENZI-CIOLDI F., *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1992, 261 pages.

EBERSOLD Serge, *L'invention du handicap. La normalisation de l'infirmes*, Vanves, Editions du CTNERHI, 1992, 286 pages.

EGROT Marc, *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille, 1999.

Exclusion sociale, insertion et prévention, sous la direction de Jean-Claude ABRIC, Saint-Agne, Editions Erès, 1996, 168 pages.

FAINZANG Sylvie, « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, Editions l'Harmattan, 1986, 204 pages.

FRETIGNE Cédric, *Sociologie de l'exclusion*, Paris, Editions l'Harmattan, 1999, 207 pages.

GOODE David, MAGEROTTE Ghislain, LEBLANC Raymond, *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap. Perspectives internationales*, Bruxelles, Editions De Boeck, 2000, 463 pages.

HARPER M., MOMM W., *L'emploi indépendant : une option pour les handicapés*, Genève, Bureau International du Travail, 1990, 84 pages.

HERTRICH Véronique, *Permanences et changements de l'Afrique rurale. Dynamiques familiales chez les Bwa du Mali*, Paris, Les Etudes du CEPED, n° 14, 1996.

HERAUD Marion, *Paroles de femmes : handicap et santé de la reproduction. Cercles de Tombouctou, Diré et Gourma Rharous, Mali*, Handicap International, 2004, 84 pages.

HERAUD Marion, *Une approche anthropologique du diabète à Bamako, Mali : Suivi du régime alimentaire, itinéraires thérapeutiques, relations soignant-soigné*, Mémoire de DESS « Coopération au Développement », Université Libre de Bruxelles, 2003, 62 pages.

HERAUD Marion, *Anthropologie et santé publique, quelle collaboration ? Etude de l'utilisation des méthodes anthropologiques par les ONGs travaillant dans la prévention du SIDA à Bamako*, Rapport de stage, DESS « Coopération au Développement », Université Libre de Bruxelles, 2003, 14 pages.

INGSTAD Bénédicte, *L'handicapé au sein de sa communauté. Aspects sociaux et culturels*, Bologne, Organisation for International Health Cooperation, Février 1989, 14 pages.

JAFFRE Yannick, « *« Etre aveugle », la cécité entre une définition épidémiologique et sociale* », in *Bulletin de la société de pathologie exotique*, n° 86, 1993.

KAFANDO PIGA Georges, *Facteurs psychologiques et structures sociologiques de la santé en Haute-Volta*, thèse de doctorat de Sociologie, Université des Sciences et Techniques de Lille I, 1984.

LA ROSA Emilio, *Santé, précarité et exclusion*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, 222 pages.

KONOMBO SOME Félicia, « La conception dagara-wule des jumeaux », in *Tradition et modernité*, Ouagadougou, n° 5, août-septembre 1996, pp. 7-10.

Les représentations sociales, sous la direction de Denise JODELET, Paris, Presses Universitaires de France, 1989, 447 pages.

L'étude des représentations sociales, sous la direction de DOISE W. et PALMONARI A., Lausanne, Editions Delachaux et Niestlé, 1986, 207 pages.

MASSE Raymond, 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 499 pages.

MELEY Marie-Françoise, *Paroles et silences autour des séquelles d'injections au Burkina Faso. Système médical et handicap*, Mémoire de DEA, Université Aix-Marseille III, 2004, 210 pages.

MITELBERG Gérard, *Contribution à l'étude d'une population marginalisée : les « fous de la rue » au Burkina Faso*, Mémoire de DEA en Santé Publique et Pays en voie de développement, Université Paris VI, 1990.

N'DAYE Mamadou, *Perceptions du corps et handicap physique dans les contextes africains*, *Handicap International en Afrique de l'Ouest*, avril 2000.

OUANGO Jean-Gabriel, « La folie dans la société traditionnelle moaga », in *Tradition et modernité*, Ouagadougou, n° 5, août-septembre 1996, pp. 41-42.

OUEDRAOGO Pascal, *Contribution à l'intégration socio-économique des jeunes handicapés physiques : l'exemple de Ouagadougou (Haute-Volta)*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Conseiller Principal de Jeunesse et d'Animation, Yaoundé, 1983.

Pratiques sociales et représentations, sous la direction de Jean-Claude ABRIC, Paris, Editions PUF, 1994, 251 pages.

QUENTEL Jean-Claude, *Le parent. Responsabilité et culpabilité en question*, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 2001, 262 pages.

REAL Isabelle, « Représentations transculturelles du handicap : d'un savoir à l'autre », in *Contraste*, n° 15-16, 2002, pp. 251-267.

RENE Jean-Pascal, *Approche psychologique de la lèpre et prévention de ses complications en milieu rural*, Thèse de médecine, Université de Dakar, 1981.

SANON Mamadou, *Politique de réinsertion sociale des jeunes handicapés physiques moteurs au Burkina Faso : les centres de la ville de Ouagadougou*, Mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, 2001.

SIEGRIST Delphine, *Oser être femme. Handicaps et identité*, Paris, Editions Desclée de Brouwer, 2000, 154 pages.

TARRAB Gilbert, *Femmes et pouvoirs au Burkina Faso*, Paris, Editions l'Harmattan, 1989, 125 pages.

YAMEOGO Désiré Marie Patrice, *Enjeux culturels et psychopathologiques de la pratique de la thérapie mixte au Burkina Faso*, Thèse de doctorant de Psychologie, Université Lyon II, 2004, 220 pages.

YAMEOGO Sylviane, *La réinsertion sociale des handicapés visuels au Burkina Faso : l'approche du centre de formation polyvalent des aveugles et malvoyant de Nogat Aba*, mémoire pour l'obtention du diplôme d'Assistant Social, Dakar, 1988.