



HEALTH FOR ALL NOW!  
**People's Health Movement**

*Consortium d'Organisations de  
promotion du droit à la Santé au  
Burkina Faso*

## CERCLE DU BURKINA FASO

---

# RAPPORT DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE DU DROIT A LA SANTE AU BURKINA FASO

- LIEU : OUAGADOUGOU - BURKINA FASO
- PERIODE : Juillet a Décembre 2008
- PARTENAIRE FINANCIER : PHM
- PARTENAIRES TECHNIQUES :
- Ministère de la Santé du Burkina Faso
  - OMS/Burkina Faso
  - Réseau Sida Afrique
- EQUIPE TECHNIQUE :
- Consultant principal : ISSAKA SIMPORE
  - Enquêteurs : OUEDRAOGO Harouna, COMPAORE Benoit,  
OUEDRAOGO Ousmane, YARBANGA Genevieve

*Décembre 2008*

# PLAN

1. Introduction
2. Contexte
3. Démarche
  - 3.1 But
  - 3.2 Objectifs opérationnels
  - 3.3 Méthodologies
4. Le Burkina Faso vis-à-vis du droit à la santé
  - 4.1 Cadre normatif
    - a) Instruments internationaux
    - b) Instruments régionaux
    - c) Instruments nationaux et agendas politiques
  - 4.2 Cadre institutionnel
  - 4.3 Progrès accomplis par l'Etat et ses partenaires
    - a) L'Etat et ses partenaires bilatéraux
    - b) L'Etat et ses partenaires sociaux
    - c) Les données statistiques
5. Analyse des données
  - 5.1 Approche normative du droit à la santé
  - 5.2 Les violations du droit à la santé au Burkina Faso
    - A. Les causes intrinsèques**
      - i) *Les violations étatiques de source socio-politique*
      - ii) *La mauvaise gestion macro-économique de l'État*
    - B. Causes extrinsèques**
      - i) *Les conditionnalités*
      - ii) *Les Programmes d'ajustement structurel*
      - iii) *Le droit commercial international*
6. Recommandations
7. Conclusion
8. Annexes (lois et règlements)

- Textes nationaux
- Arrêtés municipaux
- Textes internationaux et régionaux

## 1. INTRODUCTION

Au fil des dernières décennies, de nombreux programmes et de multiples initiatives ont été élaborés en vue de promouvoir le droit à la santé et d'améliorer la qualité des systèmes de livraison des soins de santé en Afrique. Dès 1978, La *Conférence d'Alma Ata*, constatant les ressources limitées des pays en développement, proposait de concentrer les richesses disponibles sur les soins de santé primaire tout en décentralisant le processus décisionnel relatif à la détermination et à la livraison des services de santé. L'*Initiative de Bamako* (1987), pour sa part, réagissait au problème de la rareté des ressources en faisant la promotion de solutions à frais partagés, notamment par le recours aux frais imposés aux usagers. Ces frais, jumelés à la création et à l'utilisation de plans d'assurances santé privés ou communautarisés, faisaient partie des solutions destinées à «redynamiser» les systèmes de santé par le recours à une nouvelle capitalisation. Certaines agences de développement ainsi que les institutions financières internationales ont, dans le cadre des stratégies de lutte contre la pauvreté, proposé des approches visant à briser le cercle vicieux du paupérisme. Prenant assise sur les postulats d'une économie de marché libéralisée, ces stratégies mettent l'accent sur la gouvernance locale et démocratique des ressources destinées à la santé et ce faisant, dénoncent la corruption et la mauvaise utilisation des fonds publics en Afrique.

Trop souvent cependant, l'identification des solutions destinées à améliorer la santé des populations africaines et les systèmes de santé en Afrique négligent de prendre en compte les causes profondes et systémiques des défaillances propres à ces derniers. Plus souvent encore, on constate que les initiatives promues négligent de prendre en compte les dimensions propres au droit de chaque personne à la santé, tel que ce droit est maintenant défini par le droit international des droits de la personne. En effet, la santé n'est pas qu'une affaire de système et de stratégie. Elle est avant tout l'expression du droit de toute personne d'atteindre le meilleur état de santé possible.

Cette étude propose un examen de certaines des sources principales de la violation du droit à la santé au Burkina Faso. Plaçant ce droit au cœur de notre analyse, nous nous inspirerons donc des composantes du droit de toute personne à la santé afin de définir le contenu des violations dont il serait l'objet et d'en identifier les sources parmi les nombreuses initiatives et défaillances propres au Burkina Faso et qui revêtent des dimensions systémiques tirant leur origine de la situation internationale et économique.

Cette analyse sera précédée d'un court rappel des composantes essentielles du droit à la santé. Ensuite, notre analyse sera divisée en fonction d'une part, des causes intrinsèques des violations du droit à la santé, c'est-à-dire des causes tirant leur origine de la situation nationale, soit au niveau de la gouvernance ou des comportements sociaux, et d'autre part, des causes extrinsèques tirant leur origine et leur explication du contexte international.

## 2. CONTEXTE

Pays sahélien enclavé situé à environ 1000 km des côtes maritimes, le Burkina Faso couvre une superficie d'environ 274 000 km<sup>2</sup>. Il se caractérise par des conditions naturelles austères (une pluviométrie capricieuse, des sols fragiles et pauvres, un environnement soumis à une dégradation progressive).

La situation sanitaire est marquée par de forts taux de mortalité. Selon une enquête démographique et de santé de 1998-99, près de 80 000 enfants meurent avant l'âge de 1 an. La principale cause de décès infantiles sont des maladies pour lesquelles des traitements médicaux existent mais par manque de moyen, ces derniers ne peuvent être prescrits aux populations. Ainsi, les statistiques sanitaires et les résultats d'une enquête démographique et de santé en 1998 montrent que sur 100 enfants malades, 11 présentent des symptômes d'infections respiratoires aiguës, 35 ont un aspect palustre et 20 ont une diarrhée. Le paludisme représente une des principales causes de morbidité avec, en moyenne, 600 000 cas par an. Son incidence a baissé progressivement passant de 7.6 % en 1988 à 5.4 % en 1997. Quant à la rougeole, son incidence a aussi diminué en quelques années mais cette maladie, comme la méningite, connaît des poussées épidémiques cycliques, ce qui a été le cas en 2000 et en 2001.

Ce fort taux de mortalité infantile peut s'expliquer tout d'abord par de mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement. En effet, malgré les efforts constatés ces dernières années pour pourvoir les grandes villes de systèmes d'évacuation des eaux usées et des eaux pluviales, la situation d'assainissement demeure encore un problème de santé. Une grande majorité de la population n'est pas encore détachée des mauvaises conditions d'hygiène personnelle et domestique. Le manque d'accès à l'eau potable (seulement 34 % des Burkinabés y ont accès) est une des causes importantes qui favorise la propagation des maladies. Parallèlement, le mode d'évacuation des ordures ménagères pose problème. Une très faible part de la population utilise les poubelles : les immondices sont tout simplement à même le sol, ce qui aggrave considérablement les conditions d'hygiène, notamment des enfants.

La seconde explication avancée est celle de la faiblesse du suivi de l'enfant par sa mère, conjuguée avec l'accès difficile aux centres de santé. De manière générale, les mères ont une méconnaissance dans le domaine de la santé, ce qui est très préjudiciable pour le bien être de leurs progénitures. Elles ne connaissent pas les maladies dont peuvent être victimes les enfants et surtout elles ne connaissent pas les moyens pour éviter de telles infections (vaccination, règles d'hygiène...).

Par ailleurs, le pays fait face à un double fardeau de transition démographique accompagnée d'une transition épidémiologique ce qui entraîne l'émergence de certaines maladies comme les maladies cardiovasculaires, les maladies liées au stress, à la pollution, à la consommation alimentaire.

Enfin, les endémies majeures comme la tuberculose ou encore la lèpre constituent d'importants problèmes de santé publique. Mais le fléau le plus préoccupant est le SIDA qui se caractérise par sa progression rapide et son expansion dans toutes les couches sociales. Officiellement 10 cas ont été déclarés en 1986 et 2 166 en 1998. Mais à la fin des années 1999, ONU SIDA estimait que 350 000 personnes vivaient avec le SIDA au Burkina Faso. L'absence de prévention et de dépistage risque malheureusement d'aggraver cette situation déjà désastreuse.

Dans ce sombre contexte burkinabé, un Consortium d'associations intervenant dans le domaine de la santé se sont engagées dans la Campagne pour le Droit à la Santé et aux Soins Médicaux (CDSSM) du Mouvement Populaire pour la Santé (MPS) en vue d'attirer l'attention de l'opinion nationale et internationale sur la situation et envisager des améliorations du droit à la santé et des soins médicaux à l'échelon mondial. Le DSSM (Droit à la Santé et aux Services Médicaux) tourne autour du droit à la santé parce que le MPS est un leader dans la promotion de **La Stratégie des Services de Santé Primaires** comme étant la meilleure stratégie pour parvenir à la santé pour tous.

Le centre d'intérêt de cette évaluation est sur les responsabilités du gouvernement. En renseignant une série de points tirés du Guide du MPS, nous serons en mesure de démontrer comment notre gouvernement remplit (ou ne remplit pas) ses engagements pour promouvoir le bien-être de sa population. Nous développerons, alors, des revendications de politiques qui seront présentées aux niveaux national et international durant les dernières étapes de la campagne. Nous pouvons également choisir de tenir des acteurs non officiels (tels que des sociétés commerciales ou des organisations non gouvernementales) responsables pour leur rôle dans les violations du droit à la santé. Pour le PHM, le but est de parvenir à une vue d'ensemble de la condition du droit à la santé et aux soins médicaux en vue de générer du soutien au niveau international, et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au profit des couches vulnérables.

### **3. DEMARCHE**

#### **3.1 But**

Le but de cette étude est d'obtenir le diagnostic du Burkina Faso sur la mise en œuvre du droit à la santé et aux soins médicaux en faveur des populations pauvres et marginalisées. Les résultats seront utilisés pour faire pression sur les décideurs pour prendre des actions rectificatives.

#### **3.2 Objectifs opérationnels**

- Examiner en détail les obligations du Burkina Faso liées au Droit à la Santé et autres droits humains connexes
- Vérifier si lesdites obligations sont mises en exécution et, le cas échéant, déterminer les caractéristiques de ce refus au Burkina Faso
- Formuler des recommandations pour des améliorations qui aboutiront à une meilleure mise en œuvre des droits des populations à la santé

#### **3.3 Méthodologies**

- Consultations de sites Internet du Ministère de la Santé, du CNLS, de l'OMS, UNICEF...
- Rencontres d'échanges avec des ONGs/Associations/Organismes intervenants dans le domaine de la Santé et des droits humains
- Recherche documentaire : Constitution, autres instruments nationaux, régionaux et internationaux
- Analyse critique

### **4. Le Burkina Faso vis-à-vis du droit a la santé**

#### ***4.1 Cadre normatif***

##### ***a) Instruments internationaux***

- Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide
- La déclaration universelle des droits de l'homme
- La déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978
- Les recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire
- La déclaration de la Conférence mondiale de Beijing
- La Charte des Nations Unies
  
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

- Convention on the non-applicability of statutory limitations to war crimes and crimes against humanity
- International Convention on the Suppression and Punishment of the Crime of Apartheid
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
- Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
- Convention on the Rights of the Child
- Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the involvement of children in armed conflict
- Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the sale of children, child prostitution and child pornography
- Second Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights, aiming at the abolition of the death penalty
- International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities
- Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities

### ***b) Instruments régionaux***

- LA CHARTE AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES : signé le 05/03/84 ratifié le 06/07/84 déposé le 21/09/84
- CHARTE AFRICAINE DES DROITS ET DU BIEN-ETRE DE L'ENFANT  
Signé le 27/02/1992 ratifié le 08/06/1992 déposé le 10/07/1992
- La déclaration des chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA en 1987
- L'Initiative de Bamako (IB) en septembre 1987

### ***c) Instruments nationaux et agendas politiques***

- La Constitution nationale

*. Art 18 « L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la **santé**, la protection de la Maternité et de l'Enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique, constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir. »*

*. Art 26 « **le droit à la santé est reconnu.** »*

- Décret n° 2001- 628/PRES/MJPDH du 20 novembre 2001 (JO 2001 N°48) portant création, attributions, composition et fonctionnement de la Commission nationale des droits humains.
- Décret n° 2001-731/PRES/PM/MJDH du 28 décembre 2001 (JO 2002 N°05) portant adoption de la politique et du Plan d'action et d'orientation pour la promotion et la protection des droits humains.
- Zatu AN/VII-0013/FP/PRES portant code des personnes et de la famille
- Loi n° 034/98/AN du 18 mai 1998 (JO 1998 N°28), portant Loi Hospitalière
- Loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994, Portant Code de la Santé Publique (texte non trouvé)
- DECRET n° 97-49/PRES/PM/MS du 5 février 1997(JO 1997 N°10), portant Code de Déontologie des Pharmaciens du Burkina Faso.
- DECRET N° 2003-163/PRES/PM/MS du 26 mars 2003(JO N°16 2003 du 17 avril 2003) portant création et définition des Centres hospitaliers universitaires (CHU).
- Décret n°2000-457/PRES/PM/MS du 3 octobre 2000 (JO 2000 N°50) portant conditions d'exercice privé des professions de santé.

- Ordonnance n° 92-021 du 2 avril 1992, portant création de l'Ordre Unique des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-Dentistes du Burkina (Texte non trouvé)
- Décret n°2001-251/PRES/PM/MS du 30 mai 2001 (JO 2001 N°25) portant adoption des documents intitulés "cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 et "Plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina en 2001".
- Décret n° 2001-510/PRES/PM/MS du 1er octobre 2001 (JO 2001 N°41) portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles au Burkina Faso.
- Décret n° 2001 -511/ PRES/PM/MS du 1er octobre 2001 (JO 2001 N°41) portant attributions et organisation du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles au Burkina Faso
- Arrêté n° 2002-002/PRES/CNLS-IST/SP du 05 juin 2002 (JO 2002 N°24) portant attributions, organisation et fonctionnement des comités ministériels de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CMLS).
- Arrêté n° 2002-008/PRES/CNLS-IST/SP du 05 juin 2002 (JO N°24 2002) portant attributions, organisation et fonctionnement des comités des secteurs des communes pour la lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CSCLS).
- Arrêté n° 2001-109/SECU/CAB du 14 novembre 2001.(JON°46 2001) portant mise en place d'un comité sectoriel de lutte contre le SIDA et les I.S.T.
- LOI N°0019-2000/AN du 27 juin 2000 (JO 2000 N°30) portant institution de fêtes légales
- Décret N° 2000-513/PRES/PM/MEF du 3 novembre 2000 (JO N°47 2000) portant adoption du document intitulé "Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté" (CSLP)".
- LOI N° 014/99/AN 15 avril 1999 (JO 1999 N°24) portant réglementation des sociétés coopératives et groupements au Burkina Faso
- LOI N° 017/99/AN du 29 avril 1999 (JO 1999 N°27) portant code des drogues
- Loi n°13-72 AN du 28 décembre 1972, portant Code de Sécurité Sociale;
- DECRET N° 2003-173/PRES/PM du 7 avril 2003 (JO N°17 2003 du 24 avril 2003) portant statut des membres de la Haute autorité de coordination de la lutte contre la corruption.
- Décret n° 2001-773/PRES/PM/MEF du 31 décembre 2001 (JON°07 2002) portant création, attributions, composition et fonctionnement d'une Haute autorité de coordination de la lutte contre la corruption.
- Loi n°030/2000/AN du 6 décembre 2000 portant abrogation de la Zatu n° AN VIII-004/FP/PRES du 10 juin 1991 portant Politique de la Population du Burkina Faso;
- Loi n° 010/98/AN du 21 avril 1998, portant modalités d'intervention de l'Etat et répartition de compétences entre l'Etat et les autres acteurs du développement. (JO Spécial 1998 N°01)
- Loi n° 13/98/AN du 28 avril 1998, portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la Fonction Publique
- Décret n°2001-624/PRES/MEF (JO 2001 N°06) portant adoption de la Politique Nationale de population.
- Document de base de la Table ronde des bailleurs de fonds
- Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique
- Politique Nationale d'Information, d'Education et de Communication
- Politique sanitaire Nationale
- Décentralisation du système de santé au Burkina Faso
- Normes et Protocoles en IEC/SANTE

## **4.2 Cadre institutionnel**

- Programme National de développement sanitaire
- Programme national de santé mentale
- Programme Elargi de Vaccination

- Programme national de Lutte contre le paludisme
- Programme national de Lutte contre la trypanosomiase
- Programme national d'éradication du ver de guinée
- Programme national de Lutte contre le Noma
- Programme national de Prévention de la Cécité
- Programme national de Lutte contre la Tuberculose
- Programme national d'élimination de la filariose lymphatique
- Table ronde des bailleurs de fonds
- Programme national d'assurance qualité en santé
- Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST

### **4.3 Progrès accomplis par l'Etat et ses partenaires**

#### **a) l'Etat et ses partenaires bilatéraux**

- la forte mobilisation nationale et internationale en faveur de la santé de la reproduction, de la maternité sans risque, de l'approche genre.....
- la volonté politique affirmée à travers la ratification des conventions internationales et l'adoption de lois pour la promotion des droits des femmes ;
- la création du Ministère de la Promotion de la Femme ;
- l'adoption de politiques et programmes divers visant la promotion de la santé des femmes ;
- la forte mobilisation nationale et internationale en faveur des droits et de la santé de l'enfant ;
- l'adoption de politiques et programmes divers, visant la promotion de la santé des enfants ;
- le nombre important d'infrastructures de base qui rapprochent l'offre de soins des populations ;
- la diversité des acteurs de l'offre de soins ;
- Les efforts d'amélioration de la qualité des soins entrepris par le Ministère de la Santé ;
- L'engagement de nombreux partenaires pour soutenir les services de santé à base communautaire ;
- La prise en compte des activités à base communautaire dans la gestion de plusieurs programmes de santé ;
- La volonté politique manifeste quant aux stratégies adéquates à mettre en place pour répondre à la demande (programme d'assurance qualité, études sur les perceptions des populations)
- L'implication de plus en plus effective de tous les acteurs du secteur dans le développement du système de santé ;
- l'augmentation de la capacité d'accueil de l'Ecole Nationale de Santé Publique
- la révision des programmes pour les adapter aux besoins des services de santé
- des normes en équipements existent pour les Centres de Santé et de Promotion Sociale et les Centres Médicaux avec Antennes Chirurgicales en fonction des paquets d'activités qui y sont définies
- l'existence depuis 1966 d'une stratégie nationale de maintenance biomédicale
- la création de la Direction des infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance



- Existence d'une politique de la santé maternelle et infantile
- Existence de politiques nationales de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les maladies mentales
- Mention spéciale faite à la lutte contre le SIDA et les IST dont le Comité national est présidé par le Chef de l'Etat
- l'existence d'un centre de lutte contre le paludisme, l'intérêt porté par les instituts de recherche et l'implication manifeste des Associations dans cette lutte.
- l'exonération des taxes sur l'importation des médicaments essentiels génériques et l'acquisition de matières premières ;
- l'existence de structures de production de médicaments ;
- l'existence de conditions favorables à l'ouverture d'unités de production dans le code des investissements ;
- l'adoption des décrets relatifs à la mise en place des commissions nationales du médicament et de médecine et pharmacopée traditionnelles ;
- l'adoption d'un décret sur l'importation, la détention et la vente des consommables médicaux
- l'adoption d'un décret portant organisation de la pharmacie hospitalière
- La volonté politique de décentralisation des services de santé est manifeste (existence de textes réglementaires)
- la création de 63 districts sanitaires
- le rayon moyen d'action des formations sanitaires est passé de 15 km en 1980 à 9,69 km en 1997
- le renforcement de la planification opérationnelle et le système d'information sanitaire de district
- La création de fonds de roulement des *médicaments essentiels génériques* (MEG),
- La gestion autonome des ressources générées au niveau local,
- La collaboration intersectorielle et la mobilisation en faveur de la santé.
- l'intégration des programmes verticaux
- le développement des capacités de gestion au niveau des districts
- le renforcement des infrastructures
- l'amélioration de la qualité des soins
- un nombre important de Centres Médicaux sont équipés et fonctionnels
- des infrastructures de maintenance ont été créées dans plusieurs régions sanitaires
- les frais d'utilisation des services de santé : 100 FCFA
- Les programmes nationaux verticaux
  - . Le Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques,
  - . le Programme National de lutte contre les infections respiratoires aiguës,
  - . le Programme élargi de vaccination (PEV),
  - . la planification familiale,
  - . le programme de lutte contre le SIDA et les MST

#### **b) L'Etat et ses partenaires sociaux**

- les nombreuses associations féminines intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction.

- l'existence de nombreuses associations de droits de l'enfant
- Le grand impact des agents de santé communautaires dans l'amélioration des indicateurs de santé au niveau des communautés ;
- La participation communautaire à travers les comités de gestion au sein des formations sanitaires publiques,
- Apport du privé à l'accès aux services de santé : le secteur privé sanitaire se développe et participe à l'augmentation de la couverture sanitaire des populations
- les CSPS, les districts sanitaires sont cogérés par les collectivités locales et administratives
- les nombreuses expériences en matière de participation communautaire
- l'implication des communautés à l'effort de développement sanitaire local (Initiative de Bamako, Comité de Gestion)
- l'existence d'un mouvement associatif très dynamique
- l'existence d'un curriculum de formation pour les services à base communautaire

### c) Données statistiques

- Pourcentage des dépenses publiques sur les services de santé par rapport aux dépenses globales : 1994-1998 : hausse de 15%
- Dépenses publiques par ménage dans les zones rurales, comparées aux zones urbaines : 1 ménage (taille moyenne 6,4 personnes) consacre annuellement en moyenne 38 112 FCFA pour faire face aux problèmes de santé. (Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages pg 159 nov 2003)
- Le ratio médecin/population dans les zones rurales comparé aux zones urbaines
  - il n'y a pas de médecins en milieu rural
  - 0,5 médecin pour 10 000 habitants
- L'équilibre entre le personnel masculin et le personnel féminin
  - il n'y a pas d'équilibre entre le personnel masculin et le personnel féminin
 Exemple : selon l'annuaire statistique de l'INSD de 2006/2007 on a en 2005 :  
 Hommes : 6125  
 Femmes : 3351
- Le nombre et la qualité du personnel disponible pour des secteurs spécialisés du système de santé, le secteur privé ou les programmes.

| Année | Médecins | Chirurgiens<br>dentistes | Pharmaciens | Sages<br>femmes<br>d'Etat | Infirmiers<br>d'Etat | Infirmiers<br>brevetés | Total |
|-------|----------|--------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|------------------------|-------|
| 2006  | 249      | 50                       | 51          | 456                       | 1695                 | 1575                   | 4 076 |

Source : annuaire statistique DEP/ Santé.

- Le pourcentage de dépenses publiques sur les services de santé par rapport aux dépenses globales est en hausse selon le tableau suivant :

|                   | 2006          | 2007          |
|-------------------|---------------|---------------|
| Personnel         | 14898,3       | 17067,435     |
| Matériel          | Non déterminé | Non déterminé |
| Fonctionnement    | 9072,9        | 10581,819     |
| Transfert courant | 15284,4       | 17625,061     |
| Investissement    | 24077,9       | 31919,928     |
| Total dépense     | 69609,5       | 77194,243     |

- Pourcentage utilisé pour les salaires est de 17067,435

On peut noter que tous les domaines ont connu une augmentation budgétaire.

- L'effectif du personnel de santé est estimé a **5403** en 2007
- Quelques importantes sociétés, associations et ONG intervenant dans le domaine de la santé :
  - AASCBF,
  - ABASS,
  - ABMKAR,
  - AMASAR,
  - Ordre des Médecins,
  - Ordre des pharmaciens,
  - Ordre des chirurgiens dentiste,
  - ICMP,
  - ANASOS,
  - SOPRORL,
  - ABSSAM,
  - ANATBAB,
  - CACHN,
  - ICASO,
  - ADHI,
  - AITB,
  - APP,
  - FAMAD,
  - AASAR-BF,
  - FOAK
- L'espérance de vie à la naissance :
  - Homme 46

- Femme 49
- Le quotient de mortalité infanto juvénile est de 204/1000
- Le quotient de mortalité de 15 a 60 ans est de :
  - Homme : 483
  - Femme : 376
- Les dépenses consacrées à la santé en pourcentage du PIB est de 6,7%
- Le taux de couverture vaccinal chez les enfants est de 486,48%
- Le budget alloué a la santé par rapport au budget de l'Etat : 8,34%
- Norme OMS : 10% budget de l'Etat soit 92513,5151
- Le pourcentage utilisé pour les salaires est de 17067,435
- Le taux moyen de revenu par un foyer pour la santé est de : 4,4%
- Les causes de mortalité des enfants infanto juvénile
  - Le paludisme
  - Les maladies cibles du PEV
  - La malnutrition
  - Les maladies diarrhéiques
  - Les infections respiratoires aigues
- Quand à la mortalité maternelle elle est passée de 5,66 pour 100 000 naissances en 1997. les causes directes sont :
  - Les infections
  - Les hémorragies
  - Les dystocies
  - Les avortements provoqués
- Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères des grossesses nombreuses et rapprochés et leur complication, la faible couverture prénatale, l'absence des directives de prise en charge des cas a risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier les services de santé de reproduction.
- Tous les centres de santé disposent des services d'urgence pour les cas spécifiques
- Les formations du personnel sont conformes aux normes nationales
- Le recyclage du personnel à l'utilisation du matériel est appliqué au Burkina Faso
- L'obstacle des pauvres à l'accès à la santé est dû au manque de prise en charge gratuit des indigents par rapport au produit
- Les horaires :

- Services d'urgence 24h/24 et 7j/7
- Les autres services sont de 7h30 à 12h30 et 15h à 17h

## 5 ANALYSE DES DONNEES

### 5.1 Approche normative du droit à la santé

Cette analyse a permis de mettre en évidence la responsabilité ultime de l'État dans la mise en œuvre du droit à la santé. C'est ce qui ressort en effet de l'Observation générale adoptée en 2000 par le Comité d'experts du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et plus particulièrement de l'article 12 du PIDESC. La *Recommandation 24* adoptée par le *Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*<sup>3</sup> est venue pour sa part éclaircir la portée du droit des femmes à la santé en interprétant les termes de l'article 12 de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*.

Dans tous les cas, la responsabilité de l'État de veiller au respect du droit à la santé implique l'obligation de ce dernier de respecter, de protéger et de promouvoir ce droit. Cette obligation cependant ne doit pas être confondue avec la multiplicité des approches possibles destinées à favoriser l'accès aux soins de santé et la promotion de la santé non plus qu'elle en limite le rôle des acteurs à cette fin. Toutefois, il incombe à l'État, selon les standards du droit international des droits de la personne, d'assurer que l'effet combiné des approches et des interventions en matière de santé contribue dans tous les cas à la promotion et à la protection de ce droit, et ce, sans discrimination.

### 5.2 Les violations du droit à la santé au Burkina Faso

La détermination des sources des violations d'un droit est importante afin d'identifier les correctifs requis afin que cessent de telles violations. En effet, il serait contraire au droit international de promouvoir des solutions qui ne tiendraient pas compte des exigences du droit à la santé. C'est pourquoi, dans un souci de simplification et de schématisation, nous avons choisi de procéder en fonction de deux sources principales de telles violations :

A) les violations de type intrinsèque, c'est-à-dire qui relèvent du niveau national.

Ces violations peuvent provenir du mode de gouvernance locale et relèvent donc de la responsabilité de la classe politique nationale, ou encore de comportements sociaux particuliers à un groupe d'individus ;

B) les violations extrinsèques, dont l'origine se situe plutôt à un échelon international ou qui sont extérieures à l'autonomie et à la souveraineté de l'État, de la gouvernance politique et de la société nationale.

#### *A- Les causes intrinsèques*

L'État et le mode de gouvernance africains sont des sources importantes des violations des droits humains. Les institutions financières internationales ont beaucoup insisté sur cet élément afin d'expliquer le sous-développement de ce continent ainsi que les difficultés relatives à la livraison des soins de santé en Afrique. La source de ces violations peut elle-même être scindée en deux groupes : les actions de nature strictement politique ou socio-politique, dans la mesure où elles relèvent de la sociologie de l'État; et celles plutôt reliées à la gouvernance économique. Les institutions financières internationales, et plus particulièrement la Banque mondiale, ont beaucoup insisté sur ces facteurs relevant de la gouvernance étatique et s'appuient grandement sur eux lorsque vient le moment de proposer des solutions.

*i) Les violations étatiques de source socio-politique*

La Banque mondiale a fait une analyse très détaillée des sources étatiques des violations du droit à la santé. Les positions de la Banque tirent leur origine d'un document publié en 1987 et intitulé *Financing Health Sector in Developing Countries*. Dans ce document, il appert que selon la Banque, quelques-uns des principaux facteurs affectant négativement la livraison des soins de santé sont de nature intrinsèque à l'État, à savoir le gaspillage, l'inefficacité (par exemple par le fait d'une stratégie abusant des soins tertiaires et coûteux au détriment des soins de santé primaire ou encore, en raison du contrôle exclusif des médicaments par le secteur public) et la distribution inéquitable des services de santé (par exemple entre les régions urbaines et rurales).

Au Burkina Faso, le gouvernement continue de consacrer essentiellement leur attention et leurs ressources aux soins de santé curatifs onéreux et à des services hospitaliers d'un rapport coût-efficacité relativement médiocre. Non seulement ces services absorbent une large part des fonds du Ministère de la santé, mais ils ne profitent généralement qu'à une faible proportion de la population. La médiocrité de la situation économique contribue manifestement à cet état de fait mais elle n'est pas la seule raison pour laquelle les services de santé sont si fréquemment négligés au moment de l'attribution des fonds. L'inefficacité et le gaspillage constatés au niveau de la passation des marchés et de l'entreposage des produits pharmaceutiques, de l'établissement des ordonnances et de l'usage des médicaments sont tels que, dans certains pays, les consommateurs ne bénéficient réellement que de l'équivalent de 12 dollars de médicaments pour chaque centaine de dollars payés par le secteur public».

Il faut aussi dénoncer la corruption à titre de facteur déterminant de la détérioration des services de santé. Cette analyse n'est d'ailleurs pas exclusive à la question de la santé. La corruption fait même partie du discours légitimant de l'imposition des frais d'usager car, selon plusieurs, les usagers seraient déjà habitués à payer (en pot-de-vin) lorsqu'ils veulent recevoir des soins de qualité. Cette corruption est parfois également utilisée comme argument par les agences internationales afin de ne pas faire transiter leur aide par le gouvernement (à moins que de sévères contrôles ne soient mis en place) mais par le secteur privé sans but lucratif (les ONG et les missions religieuses) ou par les autorités décentralisées (quoi que, même dans ce cas, la corruption semble être toujours présente). Cependant, rappelons que la corruption n'est que l'effet d'un autre phénomène, qui est le manque de ressources matérielles des gens qui en sont victimes et le manque de ressources de l'État qui ne peut que payer des salaires insuffisants à ses fonctionnaires, à ses médecins et à ses infirmières. Le manque de ressources humaines bien formées cause, à cet égard, beaucoup de dommages dans plusieurs pays. Les politiques de décentralisation préconisées par la Banque ont tendance à empirer le problème dans la mesure où peu de gens compétents sont intéressés à exercer leurs fonctions dans les régions éloignées du pays, là où se prennent de plus en plus de décisions.

*ii) La mauvaise gestion macro-économique de l'État*

Cette réflexion nous mène directement à la seconde source de violation du droit à la santé et qui est de nature intrinsèque à l'État, à savoir la mauvaise gestion économique de l'État. Une fois de plus, ces arguments sont fortement appuyés par la littérature de la Banque mondiale.

L'ouverture des marchés, la privatisation des secteurs qui auraient été auparavant nationalisés et l'élimination des éléments distordant le marché doivent être considérées comme la pierre angulaire des solutions. Ainsi, les facteurs tels que les facteurs géographiques, la santé, la démographie, la faible densité de la population dans plusieurs endroits, les conflits sociaux et la dépendance envers l'aide, un accent spécial est mis sur la gestion de l'économie. La réglementation «poussée et arbitraire» notamment, empêche les États de profiter pleinement du commerce international.

De plus, le chômage demeure important car, «les milieux d'affaires considèrent que les opérations au Burkina Faso sont très risquées et très coûteuses». Ainsi, est privilégiée une approche basée sur la transparence, sur l'ouverture au commerce et sur la libéralisation des marchés. La mauvaise gestion de l'État est un facteur important à considérer dans l'analyse des violations du droit à la santé au Burkina Faso. Les analyses qui en font la raison principale laissent supposer que les malheurs des différentes économies africaines reposent sur les épaules des pays eux même,

concentrant les actions à apporter à ce niveau, soit en réhabilitant l'État d'une manière ou d'une autre, soit en le délestant de certaines responsabilités.

Sans nier les problèmes internes, nous sommes plutôt d'opinion que les causes principales du mal-développement et, conséquemment, des violations du droit à la santé au Burkina Faso, se trouvent dans des facteurs extrinsèques, et en premier lieu dans la structure même de l'économie internationale dont est actuellement victime le pays.

### ***B- Les causes extrinsèques***

Par facteurs extrinsèques à l'État et qui constituent des causes de la violation du droit à la santé, nous entendons d'abord les aspects politico-économiques qui caractérisent les relations Nord-Sud, ou encore les éléments qui, même en n'étant pas directement de nature internationale parce que d'application nationale, ne tirent pas leurs racines de l'État, du mode de gouvernance, ou du comportement social de certains groupes de la population nationale. Même si ces aspects sont nombreux, nous allons diriger nos propos vers trois dimensions particulières : la possibilité que les pays occidentaux ont d'influencer l'agenda politique des pays du Sud via les conditionnalités du FMI et de la Banque mondiale notamment, et par les programmes *Sector Wide Approach (SWAP)*; le contenu et les effets sur la santé des programmes d'ajustement structurel et, à présent que ceux-ci n'existent plus, les conditionnalités imposées par le biais des Banque mondiale et enfin certains aspects des récents accords de commerce, à savoir l'accès au marché libéralisé promu par l'*Accord sur la propriété intellectuelle reliée au commerce*, et l'*Accord général sur le commerce des services*.

#### *i) Les conditionnalités*

C'est afin de fournir une aide aux pays en proie à des problèmes persistants de déficit de la balance des paiements que le FMI a mis en place les *Facilités d'ajustement structurel (FAS)* en 1986 et les *Facilités d'ajustement structurel renforcées (FASR)* en 1987. Ces facilités consistaient en un prêt aux pays à des taux inférieurs à ceux du marché et étaient accompagnées de conditionnalités, ou *Programmes d'ajustement structurel (PAS)*, c'est-à-dire de mesures que le pays devait prendre afin de recevoir le prêt. Ces mesures visant prioritairement à rétablir l'équilibre de la balance des paiements, ont été la cible de plusieurs critiques quant à leur contenu dont plusieurs pans ont une influence directe sur l'accès aux services sociaux et plus particulièrement aux soins de santé. En étant essentielles à l'octroi du prêt, elles permettaient aux pays créditeurs d'imposer leur vue aux pays débiteurs au sujet des politiques à prendre en matière macro-économique. Graduellement, plusieurs groupes de créditeurs ont fait de l'adoption de *PAS* un préalable à un nouveau prêt ou à un rééchelonnement de la dette et la Banque mondiale a fait de même concernant ses programmes de développement. Les *FAS* n'existent plus depuis 1996 et en 1999, les *Facilités pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC)* ont remplacé les *FASR* mais ces dernières facilités sont toujours liées à des conditionnalités, c'est-à-dire à la signature du *Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)*. Enfin, l'*Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE)* permet, depuis 1996, à des pays qui font partie des plus pauvres de la planète, qui reçoivent de l'aide de la part des *FRPC* et dont l'endettement est jugé «intolérable», de voir une partie de leur dette annulée<sup>14</sup>. Pour être bénéficiaire de ce programme toutefois, un pays doit avoir appliqué de façon «efficace» un *PAS* et donc, avoir respecté les conditionnalités imposées par les bailleurs de fonds.

Nous pouvons tirer deux constats de notre analyse normative du droit à la santé. D'une part, le rôle important de l'État concernant la mise en œuvre du droit à la santé; et d'autre part, l'importance du rôle actif des citoyens dans le processus décisionnel de cette mise en œuvre.

Or, les conditionnalités sont, par essence, des éléments qui vont à l'encontre de ces deux exigences. En déplaçant le pôle de décision des mains de l'État, détenteur principal des obligations en matière de droits humains, à celles des institutions financières internationales:

Il faut notamment que le droit des individus et des groupes à participer à la prise de décisions susceptibles d'orienter leur développement fasse partie intégrante de toute politique, de tout programme ou de toute stratégie ayant pour objet de donner effet aux obligations incombant à l'État; les conditionnalités aliènent les nations débitrices de la capacité de développer leurs propres solutions aux désastres économiques.

Effectivement, avec l'imposition des conditions du FMI ou de la Banque mondiale, les nations souveraines débitrices sont forcées d'abandonner le cours de leur développement économique choisi avant la crise et d'accepter la vision du développement économique que le FMI et la Banque imposent.

Ainsi, alors qu'ils gardent, en vertu du droit international, la responsabilité de la mise en place des dispositions assurant le respect du droit à la santé, les États sont dépouillés, en grande partie, de la capacité politique de prendre des mesures qui leur permettraient d'honorer ces responsabilités juridiques.

En ce qui a trait au droit à la participation citoyenne au processus décisionnel, il est superflu de dire que dans de telles circonstances, celle-ci s'en trouve amenuisée à l'extrême.

Même si les institutions financières font la promotion d'une décentralisation du processus décisionnel, le champ d'action des décideurs locaux se trouve limité par les ressources disponibles pour chaque secteur. Or, ces ressources se trouvent fortement influencées par les décisions macro-économiques prises par l'État et, ultimement, par le Fonds et la Banque.

Dans l'exercice du respect des conditionnalités imposées en échange d'un financement d'urgence, les gouvernements locaux deviennent effectivement plus responsables vis-à-vis de la Banque et du Fonds que face à leur propre population. En retour, cette population découvre combien petit est le contrôle qu'elle possède sur la formulation des politiques qui ont un impact direct sur sa vie. De façon ultime, les technocrates non élus et non responsables du Fonds et de la Banque en viennent à assumer la responsabilité pour de vastes sphères de la vie économique des pays en développement.

Ainsi, les conditionnalités déplacent le centre décisionnel du siège des gouvernements et, *a fortiori*, de l'enceinte citoyenne, aux bureaux des institutions financières internationales. Ce processus doit être vu parallèlement à une nouvelle méthode de travail qui se met en place dans certains secteurs tels que l'éducation, la voirie et la santé.

#### *ii) Les Programmes d'ajustement structurel*

Les institutions financières internationales ont établi, tel que nous l'expliquions plus tôt, différentes facilités servant à permettre une remise, voire un allègement de la dette des pays en développement. L'objectif avoué de ces programmes est d'assurer le rééquilibrage de la balance des paiements afin que les pays débiteurs puissent continuer à honorer leurs obligations envers leurs créiteurs du Nord. Ces facilités sont assorties de conditionnalités, habituellement des conditions macro-économiques, que s'engage à respecter le pays à qui on accorde les facilités.

Ces programmes demandent notamment la privatisation des entreprises publiques, une dévaluation de la monnaie dans l'espoir de faciliter les exportations, la libéralisation du marché des biens, des services et des capitaux, une augmentation des taux d'intérêts, la réduction des dépenses étatiques et le retrait du rôle de l'État de ses fonctions de protection sociale.

Les *Programmes* ont atteint leurs objectifs dans la mesure où ils ont permis d'éviter qu'une succession de pays se place en cessation de paiement de la dette. Les banquiers occidentaux ont ainsi été épargnés mais les mesures ont touché de plein fouet les populations des pays impliqués, et notamment en ce qui a trait à leur accès au droit à la santé. En effet, les effets que ces programmes ont pu avoir sur le développement des pays ont été minimes, voire négatifs.

Malgré deux décennies ou presque de politiques d'austérité économique, aucun des pays qui s'y sont soumis n'a connu de véritable retournement; les niveaux de vie de la majorité des populations ont baissé et l'investissement dans les secteurs productifs et sociaux de nombreux pays a fortement diminué. L'État, en se retirant de secteurs clefs des services sociaux a laissé d'énormes vides qui ont été parfois comblés par des initiatives locales pour la survie. Il est évident qu'une cause systémique de la violation du droit à la santé et de la faiblesse des systèmes de santé au Burkina Faso est le mal-développement économique auquel



contribuent les restructurations et programmes économiques imposés de l'extérieur. Par exemple, la privatisation de grands pans du secteur public et le retrait de l'État de ses fonctions habituelles en ce qui touche la régulation sociale ont eu des effets indubitables sur la population. Privées des ressources financières étatiques, les nouvelles unités de soins de santé (dans bien des cas de pratique privée) ont dû, dans plusieurs cas, imposer des frais d'usager qui ont eu comme effet de les rendre inaccessibles, pour des raisons économiques, à une grande partie de la population, alors que l'accessibilité économique (l'abordabilité) est un des éléments fondamentaux du droit à la santé.

Dans le cas des hôpitaux ou des cliniques publiques, le manque de ressources dû aux coupures budgétaires que le gouvernement a, dans bien des cas, été forcé de faire afin d'équilibrer sa balance budgétaire, a causé bien des problèmes: incapacité de payer décemment le personnel qui s'est naturellement démotivé face à son travail, difficulté de subvenir aux patients en matière de médicaments, manque de ressources pour subvenir au remplacement ou à la réparation de

l'équipement défectueux, etc.. Cette situation nouvelle a eu des effets immédiats et pervers sur la qualité des soins offerts et constitue aussi une violation du droit à la santé.

Ces programmes d'ajustement ont forcé le pays à adopter des politiques néo-libérales. Ces politiques incluaient l'entrée dans des accords de libre-échange, des traités bilatéraux d'investissement et d'autres accords de commerce. Le besoin d'entrer ainsi en compétition force le gouvernement à transformer, parfois radicalement, les priorités sociales et économiques dans le but d'avancer vers des marchés économiques libres.

Une des priorités souffrant de ces disciplines imposées par les marchés globalisés est l'ensemble des programmes de santé subventionnés. La libéralisation des marchés a également un effet pervers sur les budgets publics dans la mesure où les taxes imposées à l'importation et à l'exportation forment la plus grande partie des revenus étatiques. À partir du moment où ces revenus sont éliminés à cause de la libéralisation des marchés, les recettes étatiques permettant de mettre en place un système de santé efficace deviennent plus restreintes.

### *iii) Le droit commercial international*

Nous évoquerons trois aspects du droit économique international qui comportent des violations potentielles du droit à la santé :

1) l'accès aux marchés pour les marchandises; 2) la propriété intellectuelle; 3) la libéralisation des services.

Au sujet de la libéralisation du commerce d'abord, certains des biens nouvellement entrés sur notre marché ont eu des impacts négatifs sur la santé de la population. L'industrie du tabac, donnée comme premier exemple, a fortement recouru aux règles de droit commercial international afin de forcer le marché burkinabé. À propos de la libéralisation du commerce du tabac et de ses produits dérivés, le Burkina Faso subit impunément la croissance des maladies cardiovasculaires et respiratoires.

En ce qui a trait aux enjeux entourant la protection de la propriété intellectuelle, là encore, des questions essentielles concernant le respect du droit à la santé doivent être soulevées.

Les enjeux de la propriété intellectuelle reliés à la santé concernent essentiellement les produits pharmaceutiques. Ce postulat esquisse les contours d'un débat opposant le droit au profit et l'accès aux médicaments. En effet, si cette protection permet aux compagnies de mettre leurs produits sur le marché à des prix élevés, elle empêche en même temps une large partie de la population d'avoir accès à ceux-ci, violant ainsi leur droit d'avoir un accès économique à soins de santé.

Cet accès aux médicaments est, évidemment, un autre élément majeur du droit à la santé tel que le mentionne, notamment, la Commission des Droits de l'Homme, *Impact sur les droits de l'homme de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au*

15 entre l'article 15 du PIDESC qui demandent aux États membres de reconnaître à chacun le droit de «bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique,

littéraire ou artistique dont il est l'auteur»<sup>38</sup>, mais aussi de «bénéficier du progrès scientifique et de ses applications»<sup>39</sup>, et l'article 12 du PIDESC qui garantit le droit à la santé.

## 6 RECOMMANDATIONS

- Etablir plus de coordination entre les différents programmes de santé pour une utilisation optimale des ressources financières, humaines et logistiques et éviter des problèmes pratiques dans la mise en œuvre ;
- Elaborer un plan d'action destiné à répondre aux défis des zones rurales en matière d'accès aux soins de santé
- *La communauté internationale devrait* continuer à accompagner le Burkina Faso dans ses efforts de développement et surtout suivre et évaluer l'affectation des ressources issues de la remise de la dette à des programmes favorables à l'implémentation effective des droits de l'homme dans le pays. A cet égard, l'expert indépendant des Nations Unies chargé d'examiner les effets de la dette extérieure et des obligations financières internationales connexes des États sur le plein exercice de tous les droits de l'homme, devrait évaluer l'impact de la remise de la dette sur la promotion, la protection et la mise en œuvre des droits de l'homme au Burkina Faso.
- Créer un organe national chargé d'analyser les causes et l'impact de la crise alimentaire et de proposer des axes d'orientation devant constituer un Programme-Cadre. Ce Programme-Cadre devra notamment étudier l'équilibre entre la production du coton et les produits vivriers, le phénomène de la spéculation sur les céréales, les effets du changement climatique, la mécanisation de l'agriculture et l'encadrement plus rationnel du secteur.
- Mettre en œuvre le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants ratifié le 15 mai 2002 ;
- S'engager activement dans une approche régionale par la mise en œuvre des accords bilatéraux et régionaux notamment celui du 6 juillet 2006 signé à Abuja et qui vise à réprimer le phénomène en Afrique de l'Ouest ;
- Engager des campagnes axées sur la prévention marquée par une éducation et sensibilisation soutenues des forces de polices, des autorités douanières, de l'appareil judiciaire, des parlementaires, des autorités politiques et de la population en générale, y compris les parents. La mise en œuvre devrait aussi passer par la réhabilitation des victimes ainsi que la poursuite des trafiquants.

## 7. CONCLUSION

L'effectivité du droit à la santé au Burkina revient à poser aussi la question de l'accès à ce droit. Même si les centres de santé existent dans une zone donnée, le manque de voies et de moyens de transport y rend l'accès difficile, notamment pour les personnes âgées, femmes enceintes et les blessés graves. Dans les zones rurales notamment, il est fréquent que les malades arrivent au centre de santé alors que leur pronostic vital est déjà engagé.

Par ailleurs, le Burkina Faso compte plus d'une vingtaine de programmes dans le domaine de la santé. Il serait souhaitable que soit mise en place un système de coordination afin d'éviter des problèmes pratiques, logistiques voire de leadership entre départements concernés.

Il est à noter que certains facteurs connexes influent négativement sur le droit à la santé. Ces facteurs relèvent principalement de :

- ***La sécurité alimentaire***

Le Burkina Faso a été durement touché par la crise alimentaire mondiale qui a affecté la plupart des pays en développement à partir d'avril 2008. Les émeutes de la faim particulièrement violentes à l'Ouagadougou et Bobo Dioulasso démontrent le mécontentement et les inquiétudes de la population dans un contexte déjà difficile. La situation dans les pays du Sahel, notamment au Burkina Faso, demeure précaire et les prix sont en continuelle augmentation. La région sahélienne est vulnérable aux crises alimentaires, compte tenu des aléas climatiques qui constituent une menace permanente pour l'agriculture et l'élevage. Cette vulnérabilité s'accroît en l'absence d'une politique stratégique visant à réduire les risques. Jusqu'à 90% de la population vit de l'agriculture qui se pratique toujours avec des moyens traditionnels (la houe, le coupe-coupe et la faucille). Malgré l'investissement des populations, la production locale ne couvre pas les besoins du pays. Par ailleurs, la mauvaise gestion du secteur agricole est à l'origine de la crise alimentaire au Burkina. Le décalage entre la production nationale de céréales et le volume de l'importation n'a pas reçu l'attention qu'il méritait de la part des autorités étatiques. Plus encore, elles encouragent la production du coton (le Burkina en est le premier

producteur en Afrique) qui bénéficie par exemple de crédit d'engrais alors que les producteurs de produits vivriers ne bénéficient pas de ce soutien de l'Etat. La ruée vers l'« or blanc » des paysans, provoquée par la politique incitative du gouvernement, a provoqué un déficit dans la production et n'a redonné du pouvoir d'achat aux paysans à travers la vente du coton puisque le prix sur le marché international demeure bas, sans parler des coûts énormes qu'exige son exploitation. Pour atteindre la stabilité et la sécurité, l'appui aux paysans à travers la mécanique doit constituer un objectif à atteindre. En tant que pays d'élevage, le Burkina doit éviter le conflit habituel entre éleveurs et cultivateurs afin de réconcilier ces deux activités primordiales pour éviter l'importation excessive de denrées alimentaires, une des sources des hausses de prix.

- ***Malnutrition***

En 2006, le rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation donnait le signal d'alarme lorsqu'il relevait dans son rapport des « niveaux de malnutrition aiguë dépassant les seuils d'urgence internationaux au Burkina Faso ». La crise alimentaire a davantage compromis la situation qui s'est dégradée.

Si on peut se féliciter de la ratification par le Burkina Faso des instruments internationaux de base de droits de l'homme et de l'implication croissante de la société civile dans la promotion, la protection et la mise en œuvre des droits de l'homme; on peut regretter que l'ensemble des recommandations formulées par les procédures spéciales, les organes de traités et autres rapports relatifs à la situation des droits de l'homme ne fassent pas l'objet d'une large diffusion. Corrélativement, ces recommandations pertinentes constituant des outils précieux pour les fonctionnaires de l'administration, les responsables politiques, les parlementaires et les organisations de la société civile de défense de droits de l'homme restent ignorées.

- ***Traite des êtres humains***

Le phénomène de la traite des êtres humains, notamment des enfants, se nourrit au Burkina Faso de l'abandon scolaire. Ainsi, les enfants victimes sont originaires des provinces les plus défavorisées en matière d'éducation tels que le Sahel, le Tapoa et Gnagnan, même si la quasi-totalité des provinces sont touchées. Les victimes subissent l'exploitation au Mali, au Bénin et en Côte d'Ivoire, dans les exploitations agricoles. En 2000, l'opinion nationale était choquée par l'interception d'un car transportant 22 enfants recrutés sur accord des parents pour travailler dans des plantations ivoiriennes. Des mineurs originaires des pays voisins tels que le Ghana et le Niger sont aussi victimes de la traite dans les zones urbaines du Burkina. Depuis 8

ans, les autorités burkinabés ont récupéré plus de 6000 enfants victimes de la traite, chiffre largement en deçà du nombre réel des victimes au regard de l'ampleur du phénomène au Burkina et dans la région. En 1999, des études<sup>4</sup> menées par IPEC/OIT en Afrique de l'ouest révélaient que 51% des enfants de moins de 14 ans étaient victimes des pires formes de travail au Burkina Faso, juste après le Mali qui en comptait 52%. Ces enfants travaillent dans des conditions effroyables dans l'orpillage, le secteur informel, l'agriculture et le travail des filles domestiques. En 2001-2002, une recherche menée par l'UNICEF relative à la traite, révélait à travers les cas interceptés que le trafic interne représente 70% du trafic total (dont 65% des filles) et que la destination principale est la capitale Ouagadougou et les régions de l'Ouest du pays. Selon la même recherche, le trafic externe représentait 26% des cas; 77% étaient des garçons et la destination principale était la Côte d'Ivoire. Par ailleurs, 77,1% des enfants victimes de la traite vivaient avec leurs parents biologiques avant de les quitter et la majorité de ces enfants provenaient de familles polygames avec une moyenne de six enfants par famille. Depuis l'adoption de la loi de mai 2003 portant définition et répression de la traite d'enfants, des progrès importants ont été accomplis dans le domaine. En mai 2008, une nouvelle loi punit les trafiquants d'une peine d'emprisonnement de 5 à 10 ans là où la précédente loi du mai 2003 ne prévoyait qu'une peine d'emprisonnement de 1 à 5 ans et une amende de 300.000 à 1.500.000F CFA. La tentative ainsi que la complicité passive et active sont aussi punies et toutes personnes ayant autorité sur l'enfant, y compris les parents et proches parents n'échappent pas à l'empire de la loi.