

**RAPPORT SUR LE  
DEVELOPPEMENT  
HUMAIN**

**BURKINA FASO**

**2001**

La lutte contre le VIH-SIDA



**PNUE**





# **RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE BURKINA FASO 2001**

## **LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA**

*Cet ouvrage est dédié à feu  
Daniel OUEDRAOGO  
ancien Directeur du CIRABID  
et membre du groupe national de  
réflexion sur le Développement  
Humain Durable*

## NOTE EXPLICATIVE DU DIAGRAMME DE COUVERTURE

La représentation graphique de la page de couverture est une illustration de cinq indicateurs clés représentatifs, toutes choses égales par ailleurs, de l'état de la lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso.

Quatre principaux indicateurs sont représentés dans le plan gauche du ruban qui symbolise la lutte contre le SIDA. Il s'agit notamment des principaux paramètres qui se sont détériorés depuis dix ans :

- l'évolution des cas cumulés de SIDA au Burkina Faso ;
- le taux d'occupation des lits des malades du SIDA dans les structures hospitalières ;
- l'accroissement du nombre des orphelins du SIDA ;
- la progression du nombre des cas liés à la transmission mère-enfant.

Le cinquième indicateur clé est représenté par la barre verticale qui présente le niveau estimé de prévalence du VIH-SIDA en 2001 (9,8 %) selon les dernières données du Conseil National de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.

Cette barre verticale symbolise également le Cadre Stratégique de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005 qui vient interrompre la détérioration des indicateurs en se heurtant aux 91,2 % de personnes non contaminées.

Mobilisés et organisés, ils devraient avec l'appui de l'ensemble des intervenants nationaux et internationaux de la lutte contre le SIDA, renverser la tendance au cours de la décennie à venir ce que symbolise la flèche du pan droit du ruban





## PREFACE

**P**roduit de la société civile burkinabè, publié avec l'aide du Programme des Nations Unies pour le Développement, le rapport national sur le développement humain du Burkina Faso analyse, cette année, l'impact socio-économique du VIH-SIDA dans le pays.

Cette épidémie, qui frappe maintenant près de 10 pour cent de toute la population (soit un taux de prévalence adulte de 9,8 pour cent), a le potentiel, à terme, de dévaster la société burkinabè et de détruire l'économie d'un pays qui a déjà à faire face à une pauvreté quasi généralisée.

En effet, le VIH-SIDA a frappé plus durement le Burkina Faso que la plupart des pays de l'Afrique de l'ouest. Un demi million de personnes y vivent avec le VIH-SIDA. Bien que l'épidémie se soit répandue à tous les niveaux de la société, ce sont les filles et les femmes dans la tranche d'âge de 13 à 24 ans, qui sont les plus touchées (un taux de prévalence de 5 à 8 fois supérieurs à ceux des hommes).

Les principaux facteurs qui favorisent l'expansion de l'épidémie au Burkina Faso sont la misère, les migrations, la croissance rapide de la population, l'urbanisation, les pratiques sexuelles et une mauvaise santé de la reproduction. Le Burkina reste l'un des pays les plus pauvres, se classant 159<sup>ème</sup> sur 162 pays à l'échelle de l'Indicateur du Développement Humain pour l'année 2001. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté se situe à 45,3 pour cent ; le taux de scolarisation nette dans le primaire est de 33 pour cent et 78 pour cent de la population sont illettrés.

Mais le Burkina a courageusement relevé le gant, aidé en cela par une solidarité exceptionnelle entre partenaires tant

nationaux qu'internationaux. Au cours d'un processus accéléré et sous l'impulsion d'une Commission nationale et du Groupe thématique élargi, le pays a mis en place une stratégie nationale de lutte contre le VIH-SIDA fondée sur un diagnostic complet de l'épidémie, réorganisé ses structures de gestion et mobilisé les ressources nécessaires pour la mise en œuvre rapide de programmes d'action conjoints entre les différents partenaires.

Logée au plus haut niveau de l'Etat, la direction de la stratégie nationale de lutte contre le VIH-SIDA, peut déjà se prévaloir d'une mobilisation générale des partenaires techniques et financiers, des organisations de la société civile et autres associations communautaires, le tout fondé sur un leadership et des partenariats efficaces à tous les niveaux de la mise en œuvre.

Au Burkina Faso, la lutte pour enrayer la progression de l'épidémie est véritablement engagée. Suivra ensuite celle pour la réduction progressive de la prévalence. La bataille sera dure mais, ensemble, nous vaincrons la pandémie du SIDA.

Christian Lemaire  
*Représentant Résident du PNUD  
et Coordonnateur Résident du  
Système des Nations Unies*

## REMERCIEMENTS

---

La production du présent rapport a été rendue possible grâce à l'appui et aux contributions de nombreuses personnalités et organisations présentes au Burkina Faso et notamment les membres du Groupe national de réflexion sur le Développement Humain Durable ainsi que les personnes ressources du monde communautaire et de la société civile qui ont spontanément appuyé et soutenu les réflexions et la démarche du groupe.

Les éléments de base de ce rapport ont été réalisés par trois groupes thématiques de rédaction chargés respectivement des thèmes suivants: i) VIH-SIDA, gouvernance et partenariat ; ii) VIH-SIDA et gestion du développement et iii) VIH-SIDA et secteurs sociaux.

Ces groupes thématiques étaient appuyés dans leur démarche par des consultants nationaux, responsables, entre autres, de l'élaboration des versions préliminaires, de la préparation de la base de données sur le DHD et du calcul des Indicateurs de Développement Humain provincialisés.

Ces réflexions et éléments ont été enrichis par le personnel professionnel du bureau du PNUD en collaboration étroite avec les chefs d'agences et d'autres fonctionnaires du Système des Nations Unies.

Dans ce cadre, le Représentant Résident et les coordonnateurs principaux du rapport, remercient tout particulièrement les personnes ressources qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport notamment :

- Docteur Joseph André Tiendrébéogo, Secrétaire Permanent du CNLS ;
- Monsieur Seydou Bouda, Secrétaire Général du Gouvernement ;
- Monsieur Serge Théophile Balima, Professeur à l'Université de Ouagadougou ;
- Monsieur Mamadou Sawadogo, Président du Réseau des Personnes Vivant avec le VIH (REGIPIV) ;

- Docteur Guy Auregan, Médecin, Directeur d'hôpital ;
- Dr Benon, chargée du suivi-évaluation au CNLS ;
- Docteur Pascal Niamba, Président du CIC-Doc ;
- Monsieur Moussa Sidibé, Chargé d'administration au CNLS ;
- Docteur Azara Bamba, chargée de programme à l'OMS ;
- Docteur Robert Soudré, Président de la 12ème Conférence Internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement transmissibles en Afrique ;
- Docteur Koudaogo Ouédraogo, Chargé du comité scientifique de la 12ème CISMA ;
- Madame Cécile Beloum, Présidente de l'Association AMMIE, Ouahigouya ;
- Monsieur David Kaboré, Secrétaire aux Affaires Ethiques et Droit, REGIPIV ;
- Monsieur Boureima Kologo, Sociologue ;
- Docteur Alhassane Seye, Médecin ;
- Monsieur Lancina Tamboura, informaticien à l'UNICEF,
- Monsieur Moussa Ernest Ouédraogo chargé du volet SIDA à l'UNESCO.
- Frédéric Martin, Professeur d'économie, Président de la Chair de l'université de Laval
- Marie Hélène Boily, économiste IDEA International
- Emmanuel Ndururirwe, Statisticien
- Ouedraogo Solange Séraphine, maire du Boulmiougou

Ce rapport est aussi et surtout le résultat d'une concertation continue avec des personnalités gouvernementales et indépendantes burkinabè. Le Représentant Résident souhaite leur exprimer ici sa profonde gratitude.

## GRUPE DE REFLEXION NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE

---

Dieudonné Badini,  
*Secrétaire Général du Ministère de  
l'Economie et des Finances*

Adama Apollinaire Kafando,  
*Organisation Nationale des Syndicats  
Libres du Burkina*

Louise Gouba,  
*Chef du Département Juridique,  
Conseil Economique et Social*

Hervé Kaboré,  
*Directeur de la SADAOC*

Eric Bonkougou  
*Association Vive Le Paysan*

Cyprien Faho  
*Directeur Général PROMEXPORT*

Bonoudaba Dabiré  
*Directeur Général de l'Economie et de  
la Planification, MEF*

Daniel Bambara  
*Directeur de l'Orientation Economique  
et de la Prospective, MEF*

Clémentine Ouédraogo,  
*Promo-Femme*

Feu Daniel Ouédraogo,  
*Directeur du CIRABID*

Bouda Seydou,  
*Secrétaire Général du Gouvernement*

Baba Sombié,  
*Comité national Olympique*

Jean-Pierre Ouédraogo  
*Ligue des Consommateurs du Burkina*

Simone Zoundi,  
*Présidente Directrice Générale,  
SODEPAL*

Adèle Traoré,  
*Député Assemblée Nationale*

Awa Ouédraogo,  
*RECIF/ONG*

Hervé Kouraogo  
*Economiste, DGCOOP*

Hamado Sawadogo,  
*Directeur Général de l'INSD*

Boureima Bougma  
*Expert socio-économiste*

Cheick Ouédraogo,  
*Inspecteur Général des Services  
Judiciaires et Président de la  
Commission Nationale de Codification*

Augustin Marie-Gervais Loada,  
*Secrétaire Exécutif du Centre de  
Gouvernance Démocratique*

### PERSONNES RESSOURCES EN APPUI AU GROUPE DE REFLEXION

---

Marie-Rose Romée Sawadogo,  
*CCISD*

Marc Saba,  
*Chargé de Programme, SIDA et  
Développement*

Sanne Wendes,  
*JPO, SIDA et Développement*

Martine Somda  
*Présidente REV+*

Dr. Kékoura Kourouma  
*Conseiller Inter Pays ONUSIDA*

Mamadou Sawadogo  
*Président du REGIPIV*

Boureima Kologo  
*Sociologue*

Charles Batungwanayo  
*Médecin*

Solange S. Ouedraogo  
*Maire du Boulmiougou*

### EQUIPE DE PREPARATION DU RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE

---

Représentant Résident du PNUD  
et Coordonnateur du Système des Nations Unies  
**Christian Lemaire**

Coordonnateurs techniques et éditeurs

**Luc - Joël Grégoire,**  
*Economiste Principal du PNUD*

**Harouna Ouédraogo,**  
*Economiste Assistant Représentant Résident*

#### Conseillers thématiques

Marc Saba,  
*Chargé de Programme SIDA et  
Développement*

Sanne Wendes,  
*JPO, SIDA et Développement*

#### Consultants nationaux

Ali Juma Madibi, Michel Adrien Kan  
Georges Ki-Zerbo, Pascal Niamba  
Omer Bouda,  
Tiégué Mamadou Traoré

#### Groupe de relecture

Bonaventure Kyelem

Robert Da

Rikke Damm

Azara Bamba

Véronique Zoromé

Mamadou Sawadogo

Delphine Ouandaogo

Marie-Louise Tani

Guilane N'Diaye

Dr. Jean-François Somé

Dr. Vincent Bastien

Dr. Jean Tapsoba

#### Appui documentaire et secrétariat

Mariam Drabo

Amy Tapsoba

Régina Dandjinou-Senou

Clotilde Douamba

Claudine Zongo

Mahamadi Ouedraogo

Mahamadi Ouedraogo

Philippe Windiga

#### Maquette et mise en page

Nur El Dine

## ABREVIATIONS INSTITUTIONNELLES

---

<b>ARV</b>	Anti retro-viral
<b>CAMEG</b>	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques
<b>CADI</b>	Centre Anonyme de Dépistage et d'Information
<b>CHN</b>	Centre Hospitalier National
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CICDoc</b>	Centre d'Information; de Conseil et de Documentation sur le VIH-SIDA et la Tuberculose
<b>CISSE</b>	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
<b>CMA, CM</b>	Centre Médical avec Antenne Chirurgical
<b>CNESA</b>	Centre Nationale de l'Education pour la Santé
<b>CNLAT</b>	Centre National de Lutte Anti-Tuberculeuse
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte conte le SIDA
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CONAGESE</b>	Comité National de Gestion de l'Environnement
<b>CRESA</b>	Centre Régional de l'Education pour la Santé et Assainissement
<b>CSLS</b>	Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>CTA</b>	Centre de traitement Ambulatoire
<b>DCPE</b>	Document Cadre de Politique Economique
<b>DEP</b>	Direction des Etudes et de la Planification
<b>DMP</b>	Direction de la Médecine Préventive
<b>DSAP</b>	Direction des Statistique Agro-Pastorales
<b>DSF</b>	Direction de la Santé de la Famille
<b>DSPH</b>	Direction des Services Pharmaceutiques
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>ED</b>	Enquête Démographique
<b>EDSBF</b>	Enquête Démographique et de Santé – Burkina Faso
<b>ENSA</b>	Enquête Nationale de Statistiques Agricoles
<b>ENSP</b>	Ecole Nationale de Santé Publique
<b>EP</b>	Enquête Prioritaire
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
<b>HN</b>	Hôpital National
<b>HR</b>	Hôpital Régional
<b>IEC</b>	Information, Education et Communication
<b>INSD</b>	Institut national de la Statistique et de la Démographie
<b>IPC</b>	Initiative Privée Communautaire
<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>MEDIFASO</b>	Laboratoire de Médicaments du Faso



## ABREVIATIONS INSTITUTIONNELLES

---

<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>ODE</b>	Office de Développement des Eglises Evangéliques
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernemental
<b>ONUSIDA</b>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA
<b>OST</b>	Office de Santé des Travailleurs
<b>PASA</b>	Programme d'Ajustement du Secteur Agricole
<b>PCT</b>	Plan à Court Terme
<b>PF/SR</b>	Planning Familial / Santé de la Reproduction
<b>PGRN</b>	Programme de Gestion des Ressources
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PMT</b>	Plan à moyen terme
<b>PNGT</b>	Programme National de Gestion des Terroirs
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPLS</b>	Projet Population et Lutte Contre le SIDA
<b>PPTE</b>	Initiative " Pays Pauvres Très Endettés "
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH-SIDA
<b>PROMACO</b>	Projet de Marketing social des Condoms
<b>PSN</b>	Politique Nationale Sanitaire
<b>RGP</b>	Recensement Général de la Population
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SMI/PF</b>	Soins Maternels et Infantiles et Planning Familial
<b>TME</b>	Transmission Mère/Enfant
<b>UEMOA</b>	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
<b>UERD</b>	Unité d'Etudes de Recherche en Démographie
<b>URBLS</b>	Union des Routiers Burkinabé de Lutte contre le SIDA
<b>USAID</b>	Agence de Développement International des Etats Unies
<b>VIH</b>	Virus d'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>La situation épidémiologique du VIH-SIDA</b> .....	3
1.1 Le diagnostic de la situation de l'endémie.....	3
1.2 Les politiques et les stratégies .....	6
1.3 Les perspectives.....	9
1.4 Conclusion .....	17
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>Le VIH-SIDA, les droits de l'Homme et la Bonne Gouvernance</b> .....	18
2.1 Le diagnostic.....	19
2.2 Les liens entre gouvernance-droits humains et infection à VIH-SIDA.....	28
2.3 Les politiques et les stratégies .....	29
2.4 Conclusions et perspectives.....	31
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>Les défis économiques et la lutte contre le SIDA</b> .....	33
3.1 Le diagnostic macroéconomique et la lutte contre le SIDA .....	33
3.2 Les politiques et les stratégies de croissance et de développement .....	39
3.3 Les perspectives.....	47
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>Le VIH-SIDA et la lutte contre la pauvreté</b> .....	52
4.1 Les liens entre le VIH et la pauvreté .....	53
4.2 Les diagnostics .....	53
4.3 Les perspectives et les stratégies de lutte contre le VIH-SIDA et la réduction de la pauvreté.....	59
4.4 Les perspectives.....	62
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>L'emploi et la protection sociale dans la lutte contre le VIH-SIDA</b> .....	65
5.1 Le diagnostic.....	65
5.2 Les politiques et les stratégies .....	77
5.3 Les perspectives.....	79

## CHAPITRE 6

### L'éducation et les stratégies de lutte contre le VIH-SIDA .....81

- 6.1 Le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation .....81
- 6.2 Les politiques, les stratégies et les réponses dans le secteur de l'éducation .....87
- 6.3 Le VIH-SIDA et les perspectives du secteur de l'éducation .....91

## CHAPITRE 7

### La santé et les stratégies de lutte contre le VIH-SIDA.....93

- 7.1 Le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de la santé .....93
- 7.2 Les politiques, les stratégies et les réponses du secteur de la santé .....72
- 7.3 Les enjeux du VIH-SIDA et les perspectives du secteur de la santé .....108

## CHAPITRE 8

### Les dimensions socio-culturelles, le genre et la lutte contre le VIH-SIDA .....110

- 8.1 Le diagnostic .....110
- 8.2 Les politiques et les stratégies .....123
- 8.3 Les perspectives .....125
- Conclusion .....128

## CHAPITRE 9

### L'implication de la société civile et la mobilisation communautaire dans la lutte contre le VIH-SIDA .....129

- 9.1 Le diagnostic du rôle de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA.....129
- 9.2 Les impacts.....136
- 9.3 Les politiques et les stratégies en faveur des OBC .....137
- 9.4 Les perspectives.....138
- 9.5 Conclusions .....142

## CHAPITRE 10

### La coopération régionale et internationale en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA .....143

- 10.1 Le diagnostic.....143
- 10.2 Les politiques et les stratégies .....151
- 10.3 Les perspectives .....154

## ANNEXES

- Annexe 1 : Les références bibliographiques .....158
- Annexe 2 : Le glossaire et les définitions statistiques .....172
- Annexe 3 : La méthodologie de calcul des différents indicateurs .....182
- Annexe 4 : L'indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso.....186
- Annexe 5 : Les indicateurs de pauvreté humaine provincialisés .....195
- Annexe 6 : La base de données comparatives des principaux IDH ...201

## LISTE DES TABLEAUX

1.1	Synthèse des plans et programmes d'interventions en matière de lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso sur la période 1997-1999.....	7
1.2	Evolution des ventes annuelles des préservatifs 199-200 .....	8
1.3	Evolution du nombre de cas de SIDA notifiés au Burkina Faso de 1986 au 31 décembre 2000 .....	16
1.4	Situation épidémiologique du VIH-SIDA au Burkina Faso (décembre 2000) .....	34
3.1	Connaissances du VIH-SIDA – Pourcentage de personnes qui connaissent le VIH-SIDA et de celles qui ont entendu parler du VIH-SIDA. Selon certaines caractéristiques socio-démographiques EDS-BFII 1998-1999 .....	47
3.2	Prix des anti-retroviraux au Burkina Faso (2001) .....	50
4.1	Pauvreté et indicateurs de contraception et de connaissance du VIH-SIDA au Burkina Faso, 1998-1999 .....	54
4.2	Simulation de l'impact du VIH-SIDA sur l'incidence de la pauvreté .....	57
5.1	Situation de l'emploi selon le milieu de résidence et le secteur d'activité .....	66
5.2	Charges sociales annuelles liées aux maladies chroniques/SIDA au niveau de certaines entreprises au cours des cinq dernières années.....	69
6.1	Cas de malades de longue durée et cas suspects de SIDA dans les établissements scolaires .....	84
6.2	Sous-groupes du système éducatif les plus touchés par le VIH-SIDA selon les responsables d'établissements .....	84
7.1	Indicateurs de performances du programme.....	101
9.1	Services de prévention proposés .....	133
9.2	Services offerts en prise en charge psychologique et sociale.....	145
10.1	Répartition des décaissements effectifs de l'assistance extérieure aux programmes d'actions pour la lutte contre le VIH-SIDA .....	152

## LISTE DES GRAPHIQUES

1.1	Evolution des cas cumulés de SIDA au Burkina Faso et taux de fréquentation des formations sanitaires.....	3
1.2	Répartition par sexe et groupe d'âges des cas de SIDA notifiés à l'OMS en 1999 .....	5
1.3	Evolution du nombre de dépistages réalisés au Burkina Faso sur la période 1995-2001 .....	13
1.4	Utilisation de contraceptifs modernes.....	14
3.1	Taux de prévalence du VIH-SIDA dans plusieurs pays africains en 1999.....	34
3.2	Ventes annuelles de condoms.....	49
4.1	Evolution de l'espérance de vie.....	58

4.2	Simulation de l'impact du VIH-SIDA sur l'incidence de la pauvreté .....	59
4.3	Coûts mensuels d'accès aux ARV en % du revenu mensuel national par tête 2001 .....	62
6.1	Nombre de mortalités par an chez les professeurs à cause du SIDA.....	83
6.2	Coût total du renouvellement des enseignants malades ou décédés.....	83
6.3	Evolution des dépenses budgétaires consacrées à la lutte contre le VIH-SIDA.....	84
6.4	Nombre d'orphelins maternels et doubles dus au SIDA et à d'autres causes avec et sans l'épidémie de SIDA.....	87
7.1	Nombre d'enfants nés séropositifs par an .....	101
7.2	Dépenses de santé allouées à la lutte contre le VIH-SIDA 1996-2001 .....	104
10.1	Evolution et perspectives du financement de la lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005 .....	153

## LISTE DES ENCADRES

1.1	Le SIDA : une menace silencieuse.....	4
1.2	Le SIDA en chiffre au Burkina Faso .....	5
1.3	Actions intégrées pour la lutte contre le VIH-SIDA et les IST .....	9
1.4	Traitement du SIDA : Le Burkina Faso bénéficiera de " l'effet Pretoria " .....	10
1.5	Principes de traitement de l'infection à VIH.....	11
1.6	Point sur PROMACO .....	12
2.1	Le président du Faso : pour une plus grande mobilisation contre le SIDA.....	19
2.2	SIDA : " Vie positive " joue sa partition .....	20
2.3	Dialogue sidaction. Solidarité avec les personnes vivant avec le VIH.....	21
2.4	Le SIDA et le cadre juridique de référence pour les droits complémentaires.....	22
2.5	LCB. Honte aux mangeurs du SIDA.....	24
2.6	Essais thérapeutiques et droits des personnes.....	26
2.7	SIDA au Burkina Faso : les parlementaires préoccupés .....	30
3.1	Les migrants Burkinabé .....	38
4.1	SOS SIDA s'installe à Koudougou.....	55
4.2	Le programme conjoint multidonateurs en faveur des orphelins du Burkina .....	56
4.3	Le VIH-SIDA et l'espérance de vie .....	58
4.4	Le VIH-SIDA et l'allègement de la dette .....	60
4.5	Le programme conjoint de l'épidémiologie et de l'analyse des impacts du SIDA sur la pauvreté .....	63

5.1	Expérience de la lutte contre le VIH-SIDA et les IST dans les secteurs ministériels du Burkina Faso .....	70
5.2	Lutte contre le SIDA. Bouter le mal hors des casernes .....	76
6.1	L'analphabétisme et le SIDA.....	85
6.2	Eradiquer le VIH-SIDA – Save children Pays-Bas .....	86
6.3	Formation : un guide de message sur le VIH-SIDA à portée sous-régionale .....	88
6.4	Le film “ Faso contre le Sida ” Alice Desclaux, S. Rawdin, Gaston Kaboré .....	89
6.5	L'IEC dans la lutte contre le VIH-SIDA .....	90
7.1	SIDA : partants pour le test de dépistage.....	97
7.2	Thérapie : Ensemble contre le SIDA .....	99
7.3	SIDA le vaccin n'est pas une fin ! .....	102
7.4	Anti-retroviraux : Les prix baissent .....	103
7.5	La prise en charge Sociale des PVVS dans la communauté.....	104
7.6	Le circuit des patients pour une prise en charge du VIH-SIDA en milieu rural.....	105
7.7	Le circuit des patients pour une prise en charge du VIH-SIDA en milieu urbain .....	106
8.1	La représentation de la transmission des maladies sexuelles chez les mossi au Burkina Faso .....	112
8.2	Trois histoires de femme.....	114
8.3	Les musulmans dans la lutte contre le SIDA.....	116
8.4	Harmoniser les initiatives de jeunesse.....	117
8.5	Lutte contre le SIDA : l'approche chrétienne .....	118
8.6	Attention aux messages brouillés : le cas du lévirat .....	120
8.7	Ensemble contre le SIDA : viols de femmes à Gaoua .....	121
8.8	Témoignage d'un agent de PROMACO .....	127
9.1	Un programme d'appui communautaire .....	131
9.3	La promotion du dépistage au plan communautaire .....	134
9.4	Les conférences mensuelles du CiCDoc et du PNUD pour la lutte contre le VIH-SIDA : un succès de grande envergure .....	135
9.5	La “ Maison des Associations de la Santé ” de Bobo-Dioulasso dans le programme d'appui communautaire des PTF SIDA .....	140
10.1	XIIème Conférence/SIDA et MST : le Burkina accueille 4000 participants .....	144
10.2	Lutte contre le SIDA : appui de la Coopération allemande .....	145
10.3	La conférence satellite CISMA consacrée au VIH-SIDA et à la lutte contre la pauvreté.....	147
10.4	Le Burkina Faso mobilise plus de 95 millions de dollars contre le VIH-SIDA.....	149
10.5	Le schéma institutionnel mis en place pour la lutte contre le VIH-SIDA.....	155





## INTRODUCTION

**L**e concept de Développement Humain Durable (DHD) est relativement récent. Son élaboration a été alimentée essentiellement par les réflexions engagées dans les éditions annuelles du Rapport Mondial sur le développement humain publié par le PNUD depuis 1990.

L'approche en termes de développement humain durable est née de la nécessité d'envisager de nouvelles options de développement orientées vers l'épanouissement global et durable des hommes et des femmes. Les stratégies de promotion de l'emploi, de lutte contre la pauvreté ou de satisfaction des besoins essentiels préconisées dans les années soixante dix avaient attiré l'attention sur la nécessité de promouvoir le développement social. Cependant, dans les années quatre vingt, la crise économique mondiale et les orientations du développement centrées sur la rigueur financière dans le cadre d'un nouveau partage des rôles entre l'Etat et le marché, ont fait passer au second plan la dimension humaine et sociale du développement. Par ailleurs, même si l'attention accordée à la pauvreté est croissante depuis la fin des années quatre vingt, les modèles de développement actuels ne prennent pas encore suffisamment en considération les contraintes environnementales et institutionnelles qui handicapent le processus de répartition juste et équitable des richesses.

L'objectif du développement humain durable, exprimé lors des différents sommets et conférences organisés sous l'égide des Nations Unies, est de pro-

mouvoir la création d'un cadre de vie offrant les meilleures opportunités d'épanouissement et de développement individuel et collectif au sein d'une société. Il vise le bien-être global et durable des individus notamment grâce à la croissance économique, qui intègre au lieu de marginaliser les populations et qui de ce fait, se doit de créer des emplois et d'assurer une distribution équitable des revenus. Une telle croissance doit permettre de lutter contre la pauvreté et de satisfaire les besoins essentiels, notamment à travers la promotion des femmes, la régénération de l'environnement et le développement des libertés fondamentales publiques et individuelles.

Conscient de l'importance de la démarche de Développement Humain Durable, le Burkina Faso, qui a participé activement aux différents sommets mondiaux, a orienté sa politique de développement vers l'amélioration des conditions de vie des populations.

Au niveau politique, il y a lieu de noter l'engagement du pays en faveur d'un Développement Humain Durable esquissé dans le discours du 2 juin 1994 du Chef de l'Etat, Monsieur Blaise COMPAORE. A cette occasion, six (6) engagements nationaux sont pris par le Président du Faso et mis en oeuvre par le Gouvernement à travers notamment la Lettre d'Intention de Développement Humain Durable, 1995 - 2005. A travers ce premier cadre de référence global pour le développement, défini avec l'appui du PNUD, le Gouvernement impulse une nouvelle démarche de réflexion nationale à long terme et guide ses actions de déve-



loppement. A cet égard, et conformément aux orientations générales du Gouvernement, le PNUD a lancé sous les auspices du Ministre de l'Economie et des Finances, l'initiative stratégique de DHD et de lutte contre la pauvreté avec l'appui des agences du système des Nations Unies.

Cette nouvelle initiative a permis la mise en place d'un Groupe de réflexion national sur le DHD associant responsables publics et représentants de la société civile. Elle a également permis d'approfondir la situation de la pauvreté et de l'accès aux services sociaux de base des populations burkinabé.

Elle a enfin appuyé le Gouvernement dans l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et contribuer au renforcement du dialogue et du suivi-évaluation des programmes y relatifs à travers notamment la production de plusieurs rapports nationaux sur le DHD consacrés aux thèmes de la croissance économique (1977), à la lutte contre la pauvreté (1998) et à la gouvernance (2000).

Le présent rapport national s'inscrit dans ce contexte et porte sur le thème " VIH-SIDA et Développement Humain au Burkina Faso ". Le choix de ce thème a été guidé par l'ampleur de l'évolution et les effets néfastes causés par l'épidémie du VIH sur l'économie du pays. Sur le plan politique, la lutte contre le SIDA constitue une préoccupation majeure pour les autorités du Burkina Faso au plus haut niveau. En effet, depuis 1998 des actions de grandes envergures ont été entreprises dont notamment la réorganisation de la

lutte à travers la création du Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST ainsi que son rattachement à la Présidence, l'organisation d'une Table Ronde des bailleurs pour la lutte contre le SIDA en juin 2001, la création du Fonds de solidarité en faveur des malades et des Orphelins du SIDA et la tenue de la première session du Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST en novembre 2001.

La présente édition qui est le fruit d'une contribution de la société civile, du monde communautaire et du Système des Nations Unies s'inscrit dans le contexte général de la lutte contre le VIH-SIDA et permet de mettre en exergue les interrelations entre les impacts de l'épidémie et la bonne gouvernance, la pauvreté, l'emploi, les questions socio-culturelles et les capacités des systèmes de soins à apporter des réponses appropriées.

Le rapport analyse en profondeur dix (10) thèmes de la problématique du VIH-SIDA et du Développement Humain au Burkina Faso. Il vise à mieux informer sur l'importance du VIH-SIDA sur le Développement Humain d'une part, et à sensibiliser d'autre part, les acteurs nationaux et les partenaires du Burkina Faso, à la réflexion sur les réponses urgentes et appropriées engagées pour faire face à la progression de l'épidémie dans le pays.

Enfin, ce rapport constitue un véritable instrument de dialogue des politiques et d'aide à l'élaboration des stratégies et programmes opérationnels en matière de lutte contre le SIDA.



## LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH-SIDA

### LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE L'ENDEMIIE DU VIH-SIDA

#### 1.1.1. Situation épidémiologique

La situation épidémiologique du VIH-SIDA au Burkina Faso évolue dans un contexte géographique, démographique, socio-économique et culturel particulier.

Au plan géographique la situation enclavée et l'existence de six frontières fait du pays un carrefour routier entre les pays sahéliens (Mali et Niger) et les pays côtiers (Côte d'Ivoire, Ghana, Bénin et Togo). Cette situation en fait un pays d'immigration et de brassage entre populations.

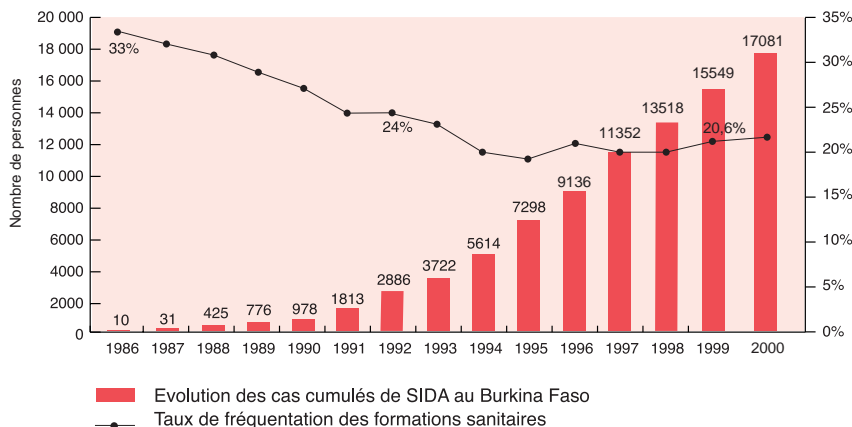
Sur un plan démographique, la population du Burkina Faso est estimée à 10,9 millions d'habitants en 1999 avec un taux d'accroissement général de 2,8 % par an. Cette population est à majorité jeune puisque 55 % des Burkinabé sont âgés de moins de 15 ans. L'indice de fécondité est de 6,8 et l'espérance de vie est de 46 ans. La mortalité infantile est de 105 pour 1000 et la mortalité maternelle est de 930 pour 100 000. Le taux de malnutrition est également élevé puisqu'il s'établit à 29,5% en 1999.

Le profil économique du Burkina Faso le place parmi les pays les moins avancés avec près de 45 % de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté. Près de 80 % des Burkinabé sont analphabètes. Cette précarité d'un grand nombre de Burkinabé influe sur la problématique de l'épidémie de VIH-SIDA.

Le Burkina Faso est marqué par des modes de production essentiellement ruraux liés à l'agriculture et à l'élevage. Les groupes humains partagent des traditions séculaires influençant les rapports entre hommes et femmes et les relations entre générations, ainsi que les coutumes matrimoniales. Il existe en outre des manifestations en rapport avec une urbanisation accélérée et des flux migratoires importants au plan national et régional qui ont une influence sur la situation de l'épidémie du VIH-SIDA.

Les femmes et les enfants, les jeunes scolarisés ou non, les personnes migrantes et itinérantes se trouvent en situation de réelle vulnérabilité. Parmi les phénomènes sociaux qui se développent rapidement, on peut citer les relations sexuelles non protégées avec des part-

GRAPHIQUE 1.1  
Evolution des cas cumulés de SIDA au Burkina Faso et taux de fréquentation des formations sanitaires



Source : Ministère de la Santé, PNUD & ONUSIDA, 1999-2000

## ENCADRE 1.1

### Le SIDA : une menace silencieuse

Chaque jour, 8 500 enfants et adolescents dans le monde sont infectés par le VIH et 2 500 femmes meurent du Sida. En 1998, le Sida a tué quelque 900 000 femmes – soit plus de trois fois le nombre des morts pendant la guerre en Bosnie.

En Afrique, les ravages sociaux et économiques provoqués par le VIH-SIDA au cours de la décennie écoulée sont plus importants que les destructions provoquées par les guerres sur ce continent: alors que le Sida tuait 2 millions de personnes en 1998, les conflits auraient fait 200 000 victimes en Afrique.

La pandémie anéantit des familles, des villages, des professions entières et élimine des groupes d'âge spécifiques, notamment la population instruite: cadres, fonctionnaires, commerçants, personnel soignant, enseignants.

Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, 23,3 millions de personnes vivent avec le VIH. Aujourd'hui, en Afrique subsaharienne comme dans le reste du monde, le VIH-SIDA frappe les plus jeunes, les pauvres et les démunis – en particulier, les jeunes filles et les femmes.

Sources : - M. Kankwenda ; L.J. Grégoire et alii. PNUD. La Lutte contre la Pauvreté en Afrique Subsaharienne. Paris : Edition Economica, 1999. - UNAIDS. AIDS Epidemic update. December 1999

naires multiples, la prostitution, l'homosexualité ainsi que les relations sexuelles entre adultes et adolescents liées à l'importance de la pauvreté et au développement de l'épidémie.

C'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu officiellement l'existence de l'infection par le VIH-SIDA sur son territoire en déclarant ses 26 premiers cas de SIDA à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).<sup>1</sup>

Des analyses rétrospectives sur des sérums collectés entre 1976 et 1984 n'ont trouvé aucun cas séropositif<sup>2</sup>. En 1987, les premières enquêtes<sup>3</sup> conduites dans des groupes à risque trouvent 35 % de séropositivité pour les prostituées et 23 % pour les malades porteurs de MST. A la même époque, 19 % des malades hospitalisés en médecine au CHN Yalgado Ouédraogo étaient séropositifs<sup>4</sup> et 12,5 % des tuberculeux de Bobo-Dioulasso<sup>5</sup>.

En 1989, lors de la première enquête nationale portant sur 5 118 femmes enceintes, une prévalence moyenne de 3,7 % était observée.

En 1990, une enquête menée à Gorom-Gorom<sup>6</sup> dans la population âgée de 15 à 45 ans chiffrait à 3,5 % le nombre de personnes infectées par le VIH (VIH 1 et 2 confondus).

En 1994, une enquête nationale de séro-prévalence réalisée parmi 2 159 femmes enceintes dans huit sites sentinelles trouvait une prévalence moyenne à 7,3 %. La même année une enquête chez les tuberculeux<sup>7</sup> de Bobo-Dioulasso retrouvait 33,6 % de séroprévalence, tandis que chez les prostituées de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, la prévalence observée était de 58,2 %.

Sur le plan biologique, les analyses confirment l'existence des deux virus VIH 1 et VIH 2. Le premier étant nettement prépondérant, à plus de 85 %.

Au 31 décembre 1998, 13 518 cas cumulés de SIDA ont été notifiés à l'OMS, soit un doublement du nombre de cas de SIDA déclaré en quatre ans. En 2000, le chiffre officiel des cas déclarés s'établit à 17 081. Or, il est estimé que le système de déclaration sanitaire notifie moins de 10 % des cas<sup>8</sup>. Selon l'ONUSIDA, le Burkina Faso comptait fin 1997, 370 000 personnes vivant avec le VIH-SIDA, soit un ratio de 7,17% de prévalence moyenne ce qui en fait le troisième pays le plus touché par l'épidémie en Afrique de l'Ouest.

Du fait de certains indicateurs et de la dynamique observée dans les pays frontaliers, il est fort probable qu'en fin d'année 2000, le taux de prévalence dans la

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : données au 31 décembre 1987. Relevé Epidém. Hebd 1988 ; 63 : 9-14

<sup>2</sup> Baudon D. et collaborateurs, Med. Afr. Noire, 1989 ; 36

<sup>3</sup> Méda N. suivi et évaluation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA : examen de l'expérience du Burkina Faso, 1987-1998 Monographie, octobre 1998.

<sup>4</sup> CDC, rapport d'évaluation du PPLS, Ouagadougou, 1994.

<sup>5</sup> Prazuck T. et collaborateurs. Impact de l'épidémie du SIDA sur le programme de lutte anti-tuberculeux dans l'ouest du Burkina Faso. 6<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA en Afrique, Dakar, 1991.

<sup>6</sup> Etchepare M. Burkina Faso, in SIDA en Afrique : bilan d'une décennie, analyse par pays, Enda, 1998 : 48-53

<sup>7</sup> Mallkin J., Yaméogo M et coll. Tuberculosis and HIV in West Burkina Faso : Clinical presentation and clinical evolution. Int. J. Tubert. Lung.Dis. 1997, 1 : 68-74

<sup>8</sup> Dans le graphique N°1, la tendance visualisée par les histogrammes semble correcte bien que le nombre des déclarations de cas ne soit pas représentatif de la réalité.

population générale soit proche de 10 % ce qui correspondrait à un nombre de l'ordre de 40 000 malades<sup>9</sup>.

### 1.1.2. Les déterminants spécifiques du VIH-SIDA

Plusieurs facteurs jouent un rôle dans la propagation sexuelle de l'infection par le VIH. Les principaux facteurs comportementaux et sociaux sont :

- la faible utilisation des méthodes de protection contre les IST (préservatifs);
- la grande proportion d'adultes ayant des partenaires multiples ;
- les réseaux de partenaires sexuels élargis en particulier chez les personnes itinérantes ou migrantes ;
- les relations sexuelles inter - générationnelles en particulier entre hommes d'âge mur et jeunes filles ;
- la dépendance des femmes dans le mariage ;
- la prostitution et
- les relations sexuelles coercitives.

Au Burkina Faso, la pratique de relations sexuelles occasionnelles a été rapportée par 61,3% des hommes et 31,4% des femmes dans une enquête démographique et sanitaire récente (*Enquête démographique et Sanitaire*). Lorsque ces relations sont non protégées, elles peuvent être sources de propagation de l'épidémie à l'échelle de la communauté.

La transmission hétérosexuelle est prédominante en Afrique sub-saharienne et explique la vulnérabilité particulière des professionnelles du sexe ainsi que des jeunes et des femmes.

Les conditions socio-économiques des relations sexuelles et conjugales sont des déterminants importants de la dynamique de l'infection à VIH. La faible capacité des femmes à négocier des relations sexuelles à moindre risque est un élément clé de cette dynamique.

La vulnérabilité de la femme est également économique (professionnelles du

#### ENCADRE 1.2

##### Le SIDA en chiffres au Burkina Faso

Les mesures épidémiologiques décrites d'une façon adéquate l'ampleur et la nature de l'épidémie du VIH SIDA. Mais elles présentent une image à la fois abstraite et déshumanisée d'une réalité sociale et individuelle.

Par contre les chiffres absolus nous confrontent de façon directe avec l'envergure et l'impact de l'épidémie.

Dans un pays comme le Burkina Faso, avec une population de l'ordre de 10,9 millions d'habitants et avec une prévalence de VIH SIDA estimée à 7,17 % dans la tranche d'âge 15-49 ans à la fin 1997 (ONUSIDA/OMS), les réalités se présentent ainsi : à

cette date, l'épidémie du VIH SIDA aurait fait 620 000 victimes au Burkina Faso, dont 250 000 sont déjà décédées et 370 000 seraient en vie.

Treize ans après la reconnaissance du premier cas de SIDA, les familles et la communauté burkinabé se voient confronter à la prise en charge de 150 000 orphelins du SIDA.

Et le nombre des victimes ne cesse de croître selon l'ONUSIDA, chaque jour 122 Burkinabé sont infectés soit 5 à 6 personnes par heure et 44 000 nouvelles infections par année.

Source :

UNAIDS, WHO Burkina Faso Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, June 1998

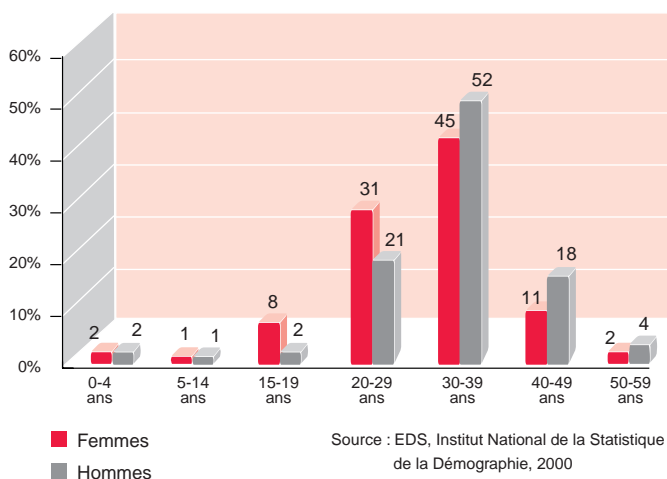
Grégoire (L.J.) Auregan (G.), Van Renthergem (H) : Epidémie du VIH SIDA- diagnostics et réponses opérationnelles, 2000.

sexe ou rapports occasionnels contre rétribution, relation sexuelle entre jeunes filles et hommes d'âge mur). Par ailleurs, sur le plan purement biologique la femme est plus exposée au risque de transmission des IST et du VIH. Ce risque est élevé lors de rapports non protégés pendant les menstruations. Enfin, des pratiques traditionnelles peuvent exposer la femme au VIH (excision, tatouages, scarifications, rapports sexuels rituels).

La transmission du VIH de la femme à l'enfant constitue un problème si l'on considère que 7 % des femmes en grossesse sont séropositives<sup>10</sup>. Les conséquences sanitaires et sociales de cette transmission seront majeures dans les an-

#### GRAPHIQUE 1.2

Répartition par sexe et groupe d'âges des cas de SIDA notifiés à l'OMS en 1999



<sup>9</sup> Le dossier d'analyse de l'impact du SIDA élaboré par le CNLS en juin 2001 estime le ratio de prévalence à 9,8 % fin 1999. RETRO Bulletin de Rétro-information sur le SIDA N°004, Ouagadougou, mars 2000.

<sup>10</sup> (UNAIDS, WHO, Burkina Faso : Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases, June 1998.)

Source : EDS, Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2000

nées à venir avec l'émergence de cas de SIDA pédiatrique, l'accroissement du nombre d'orphelins et une augmentation de la demande de soins spécifiques dans les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI).

La transmission parentérale (par le sang, les objets souillés) reste une préoccupation compte tenu des lacunes des services de santé en matière de formation, de moyens de prévention de l'infection, de matériel de désinfection/stérilisation et incinération.

Une relation manifeste est établie entre le statut socio-économique et le taux d'infection. L'éducation des femmes et leur habilitation semble l'un des facteurs les plus décisifs. L'éducation sexuelle et la communication par la prévention des IST est également un facteur capital.

Les autres IST, en particulier celles déterminant des lésions ulcératives sont des cofacteurs importants de l'infection à VIH. Des études ont montré qu'une meilleure prise en charge des IST permettait indépendamment d'autres interventions de réduire l'incidence de l'infection à VIH-SIDA. Des stratégies nationales d'éducation et de prévention des IST peuvent susciter un retournement des tendances épidémiologiques, ceci, particulièrement chez les jeunes.

La promotion des relations sexuelles à moindre risque, la prévention de la transmission parentérale et de la transmission verticale sont des fondements de la prévention de l'infection à VIH.

L'impact socio-économique du VIH - SIDA est difficile à évaluer mais peut être considéré comme potentiellement majeur compte tenu de la vulnérabilité du pays à cette épidémie et du niveau de séroprévalence actuel.

La grande mobilité interne des populations explique que l'épidémie touche indistinctement le milieu rural et urbain. Les classes actives, urbanisées et à revenu intermédiaire sont particulièrement concernées. Les tranches d'âge de 25 à 49 ans sont les plus touchées et les filles âgées de 13 à 24 ans ont un taux d'infection de 5 à 8 fois supérieur à celui des garçons du même âge.

Certaines estimations de l'impact du VIH - SIDA sur le taux d'accroissement de la population permettent de déduire que celui-ci serait amené à s'abaisser sur une période de 25 ans pour se stabiliser entre

1,9 et 1,6 % à l'horizon 2020. Les dépenses médicales, funéraires, la prise en charge des orphelins vont durement affecter les ménages notamment ceux déjà pauvres. L'état de nutrition, l'éducation, l'épargne et les patrimoines sont autant d'indicateurs sociaux de cet impact du VIH-SIDA. Quant à l'espérance de vie, elle devrait régresser de plusieurs années par rapport à la tendance que le pays aurait enregistrée en l'absence du VIH-SIDA.

Des avancées significatives pour une réponse efficace à l'épidémie existent cependant du fait de l'existence de textes nationaux d'orientation stratégique en matière de lutte contre les IST et le VIH-SIDA. Ainsi, un cadre stratégique national avec des axes stratégiques clairement définis et des domaines d'intervention prioritaires a été élaboré en 2000. De même, l'existence d'un plan national multi-sectoriel de lutte contre les IST-VIH-SIDA issu d'une démarche de planification stratégique peut constituer un gage de décentralisation et d'appropriation des initiatives par les communautés. L'intérêt des partenaires multilatéraux et bilatéraux au développement confirmé à l'occasion de la Table Ronde pour la lutte contre le SIDA (juin 2001) ainsi que les initiatives régionales, africaines et internationales constituent une source d'espoir quant à l'accompagnement institutionnel, technique et financier de cette réponse nationale.

## 1.2 Les politiques et les stratégies

### 1.2.1. La réponse gouvernementale

Dès la reconnaissance par le Gouvernement de l'existence de cas de SIDA au Burkina Faso, une logique d'intervention pour endiguer le développement du VIH-SIDA a été entreprise. Dès 1987, à la suite de concertations nationales et internationales, des orientations politiques en faveur d'une meilleure connaissance de l'endémie et d'une réponse organisée ont été ébauchées suite à la création d'un Comité Technique de Lutte contre le SIDA (CTL). Sur la période 1987-2001, trois phases semblent se succéder dans la réponse organisée par le Gouvernement, le PNLs appuyé par l'OMS/GPA et plus récemment, par le Conseil National de lutte contre le SIDA avec l'appui du Groupe Thématique élargi ONUSIDA.

*" Tout d'abord ça a été le choc. Déçu par l'état de ma femme qui était enceinte, j'ai eu peur pour elle et lui ai demandé de se faire dépister. J'étais complètement abattu quand elle a commencé à me culpabiliser. Mon médecin m'a conseillé de positiver mon comportement pour mieux vivre et je l'ai écouté ".*

Homme séropositif, Yatenga

Une première phase couvrant la période 1987-1995, a permis l'installation du CTLS, l'élaboration du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) et la mise en œuvre de trois plans d'interventions, l'un à court terme, exécuté de 1987 à 1989, le second à moyen terme (PMTL), exécuté de 1990 à 1992 et le troisième, (PMT2) conçu comme le prolongement du plan précédent sur la période 1993 à 1995.

Une seconde phase relative à la période 1996-1998, consacre un engagement politique, matériel et financier plus grand du Gouvernement et modifie l'organisation de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso à travers notamment le lancement du Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS).

Une troisième phase, actuellement en évolution, renforce le caractère multidimensionnel de la démarche de lutte contre l'endémie, l'approche décentralisée des activités et l'implication croissante des organisations à base communautaire (OBC). Cette nouvelle orientation résulte des efforts de concertations organisées depuis 1999 par le cadre des Partenaires Techniques et Financiers pour la lutte contre le SIDA au Burkina Faso.

Cette succession de phases s'inscrit dans une logique d'appréhension et d'organisation des réponses face à une épidémie en développement rapide et pour laquelle les autorités et les institutions spécialisées, y compris le monde médical, sont relativement démunis. Ainsi, le SIDA a été considéré au départ comme un problème strictement sanitaire et non comme un problème multidimensionnel de développement. L'inertie dans l'installation des institutions appropriées pour la conduite des diagnostics et l'organisation des programmes d'action, la concentration de l'information par les spécialistes du secteur santé et l'extension de l'épidémie, ont entravé la capacité et la pertinence de la réponse nationale et internationale au Burkina Faso.

Bien que des efforts importants aient été entrepris depuis près de treize ans, et que des moyens non négligeables aient été mobilisés avec l'appui de la Communauté Internationale notamment, l'épidémie du VIH-SIDA a continué de progresser et les réponses apportées, tant en matière de diagnostic, de prévention, de prise en charge, que de suivi-évaluation, sont demeurées globalement limitées.

**Tableau 1.1 : Synthèse des Plans et Programmes d'Interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso, sur la période 1987-1999**

Plans et Programmes d'Interventions	Axes et Actions prioritaires
<p><b>Plan d'intervention à court terme</b></p> <p><b>Période considérée 1987-1989</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions d'information, d'éducation et de communication (IEC)</li> <li>• Développement des capacités nationales et institutionnelles pour servir la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA</li> <li>• Réalisation d'enquêtes épidémiologiques afin de mettre en évidence l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA au Burkina Faso</li> </ul>
<p><b>Plan à moyen terme 1 (PMT1)</b></p> <p><b>Période considérée 1990-1992</b></p> <p><b>Plan à moyen terme 2 (PMT2)</b></p> <p><b>Période considérée 1993-1995</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensification des activités d'information, éducation et communication en direction du grand public et des principaux groupes vulnérables (élèves, migrants, forces de l'ordre, prostituées)</li> <li>• Le lancement du Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO) (1991)</li> <li>• Le renforcement des capacités nationales et des programmes de formation</li> <li>• Démarrage de la séro-surveillance de l'infection à VIH sur des groupes ciblés (les femmes enceintes, les porteurs de IST, les malades de la tuberculose)</li> </ul>
<p><b>PNLS-PPLS et extension 1999</b></p> <p><b>Période considérée 1996-1999</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La séro-surveillance de l'infection à VIH et la notification des cas de Sida</li> <li>• L'accentuation des activités d'IEC, notamment en direction des groupes vulnérables</li> <li>• La promotion à travers les médias de masse d'une sexualité responsable et sans risque</li> <li>• La mise à disposition et la promotion de l'utilisation des préservatifs</li> <li>• La prévention et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles</li> <li>• La formation des agents de santé et des relais communautaires</li> <li>• L'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines</li> <li>• La prise en charge psychologique, sociale, scolaire, alimentaire, juridique, économique et médicale des personnes infectées et affectées par le Virus du Sida</li> </ul>

Sources : Documents du Ministère de la Santé, PNLS, PMT1 et PMT2, PPLS, 1986-1999.

### 1.2.2. La réponse communautaire

Les Organisations à Base Communautaire (OBC) et associations relais ont joué un rôle important dans la réponse à l'épidémie. Les premières actions ont été orientées essentiellement sur la prévention et notamment les actions d'Information, Education, Communication (IEC).

Depuis quelques années les OBC et associations se sont impliquées dans la prise en charge et ont commencé à renforcer leur structure et leur capacité professionnelles.

Des contraintes subsistent cependant pour une meilleure efficacité de l'action des OBC et des Associations :

- le manque de ressources humaines ayant la formation adéquate ;
- la faiblesse des capacités institutionnelles et des ressources disponibles de même que des insuffisances en matière de coordination ;
- la faiblesse de l'interface entre associations et secteurs santé d'une part et entre associations et autres secteurs de développement d'autre part ;
- la faible couverture géographique des OBC et Associations ;

Au total et malgré les efforts fournis, des lacunes restent à combler pour une meilleure compréhension et une meilleure réponse à l'épidémie du VIH-SIDA. Les enquêtes de séroprévalence sont restées ponctuelles et segmentaires. Il n'existe pas d'informations actualisées sur l'incidence de l'infection à VIH permettant d'estimer le dynamisme de progression de l'épidémie.

L'impact des campagnes de promotion et de marketing social du préservatif sur

*“La virginité est une bonne chose. Nos filles au village peuvent le faire, mais les garçons vont toujours en ville et ils voient leurs camarades le faire. Donc ils essaient aussi. Ils peuvent venir nous contaminer”*

Jeunes filles de Borguindé

l'épidémie n'est pas encore évident. L'accès réduit aux services de dépistage et de conseil anonyme limite la stratégie de prise en charge décentralisée.

La nouvelle approche proposée par le cadre stratégique et la mise en œuvre du plan national multi-sectoriel devrait permettre de prendre en compte ces insuffisances.

La mise en place sous l'égide du CNLS d'un Programme Conjoint Multidonateur en faveur de l'appui communautaire devrait permettre de découpler à moyen et court termes les capacités et les moyens d'actions des ONG et OBC.

### 1.2.3. Les orientations de la planification stratégique dans le domaine épidémiologique

Suite à l'analyse de la réponse à l'épidémie au Burkina Faso, il s'est avéré nécessaire de réorienter les efforts de lutte dans une perspective multisectorielle et décentralisée. Un cadre stratégique fondé sur quatre axes inter-reliés a été élaboré. Un processus de planification prenant en compte les besoins et perspectives des différents secteurs a été réalisé .

Ces concertations ont abouti à des consensus sur les besoins prioritaires, les objectifs spécifiques et les interventions. Les responsables et bénéficiaires des plans sectoriels ont été identifiés. Enfin une récapitulation des coûts a été faite par axe stratégique et par secteur d'intervention.

Les deux axes stratégiques qui concernent tout particulièrement les aspects épidémiologiques sont :

*L'axe stratégique I qui concerne le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH. Son objectif général est de réduire la transmission et la propagation des IST et du VIH dans la population.*

Ces objectifs intermédiaires consistent à réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections dans les groupes cibles prioritaires et à réduire l'incidence des IST de 25%.

Les domaines d'action prioritaires retenus sont :

- le renforcement des comportements à faible risque par la communication pour le changement de comportements ;
- la promotion des préservatifs ;
- la promotion de la sécurité transfusion-

**Tableau 1.2 : Evolution des ventes annuelles des préservatifs 1991-2000**

Années	Quantité
1991	2 789 336
1992	2 265 824
1993	3 236 574
1994	4 171 044
1995	6 626 240
1996	7 569 964
1997	9 512 712
1998	10 270 480
1999	10 992 672
2000	13 437 512

Source : PROMACO, octobre 2001

### ENCADRE 1.3

#### Actions intégrées pour la lutte contre le VIH-SIDA et les IST

La progression de l'infection à VIH - SIDA est révélatrice des lacunes du système de santé dans le domaine de la prévention et de l'intégration des services pour la lutte contre l'épidémie. Les IST ont un coût humain, social, démographique et économique important. Leur prévention et leur contrôle génèrent cependant des bénéfices importants en matière de santé et de développement.

Les programmes de contrôle des IST doivent être ciblés pour augmenter leur rapport coût / efficacité. Cibler des groupes particulièrement exposés permet en effet de prévenir à un moindre coût de nouvelles infections.

Les programmes relatifs au genre et au développement doivent entrer en synergie avec les programmes de contrôle des IST pour rompre le vieux cercle de la vulnérabilité des femmes et habiliter celles-ci dans tous les domaines de la vie sociale et économique.

L'intégration du contrôle des IST dans les services de santé de routine par le renforcement des services de santé existants et le développement des activités diagnostiques, curatives et de promotion de la santé sont essentiels. L'approche syndromique

dans la prise en charge des IST est une des stratégies mises en œuvre au Burkina Faso pour rationaliser et décentraliser la prise en charge des IST.

Les services IST et VIH devraient cependant être encore plus intégrés dans les soins de santé primaire, la SMI/PF et dans les services médicaux et hospitaliers de référence. Les services de conseil et de prise en charge psychosociale doivent être amplement développés.

La recherche opérationnelle sur la prévention de l'infection par le VIH de la mère à l'enfant devrait être une priorité pour les années à venir. Des protocoles utilisant de l'AZT en fin de grossesse, accessibles financièrement et au plan de l'observance, ont été validés en particulier par l'étude DITRAME au Burkina Faso. De même, les essais cliniques chez des femmes utilisant la Nevirapine en prise unique orale au début du travail et chez l'enfant dans les 72 heures suivant la naissance ont mis en évidence une diminution du risque de transmission de 50%. La question de l'allaitement chez les femmes séropositives reste un champ d'investigation et d'action important pour optimiser les chances de succès des programmes de réduction de la transmission mère-enfant au Burkina Faso.

Source : Docteur Georges Ki-Zerbo, conférence du PNUD et du Groupe National de Réflexion DHD. Juin 2001.

nelle et de l'hygiène dans les milieux de travail ;

- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- le renforcement de dépistage et le traitement précoce des IST ;
- la promotion de conseil - dépistage volontaire et confidentiel.

*L'axe stratégique 2 vise le renforcement de la surveillance de l'épidémie d'infection à VIH*

*Ses objectifs généraux consistent à un contrôle de l'évolution des IST et du VIH-SIDA et à une meilleure compréhension de l'épidémie*

Les objectifs intermédiaires ont pour objet l'amélioration du système de collecte d'informations sur les IST et le VIH-SIDA dans toutes les structures de santé ; la notification des IST et du VIH-SIDA dans 75% des structures de santé et la surveillance épidémiologique et la réalisation d'études comportementales relatives aux IST et au VIH-SIDA

Les domaines d'action prioritaires de cet axe sont :

- la notification syndromique des IST et du VIH-SIDA. Cette approche permet aux agents de santé de rapporter les cas d'IST sur la base de symptômes et de signes cliniques (ulcération génitale, écoulement urétral ou vaginal,...). Des algorithmes de traitement ont été validés pour la prise en charge des principales IST à l'aide de médicaments essentiels ;

- l'organisation de la séro-surveillance sentinelle et son ciblage sur des groupes spécifiques.

Les sites de surveillance sentinelle devront continuer à donner des statistiques sur la séroprévalence dans différentes régions du pays. Des études sur les groupes spécifiques tels les travailleuses du sexe, les patients hospitalisés, les patients consultant pour IST compléteront ces informations.

Le lancement d'études épidémiologiques en population générale constitue une priorité gouvernementale. Ces études sont coûteuses et difficiles à mettre en œuvre mais indispensables pour avoir une meilleure idée de la situation globale de l'épidémie. Enfin, les études comportementales et sur les impacts socio-économiques des IST et du VIH-SIDA ont été engagées avec l'appui du PNUD et dont les résultats permettront de mieux diriger les actions de prévention, de communication pour le changement de comportement et améliorer la réponse globale à la lutte contre l'épidémie.

*“Ce que les filles disent est insensé, puisqu'elles vont aussi en ville. Il est difficile de trouver une fille vierge ! ”.*

Un garçon de Borguindé

## 1.3 Les perspectives

### 1.3.1. Pour une meilleure compréhension de l'épidémie

A l'instar de la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, le Burkina Faso a mis en place un système de surveillance pour suivre l'évolution de l'in-



fection à VIH. La collection concomitante d'information sur les comportements à risque est cependant restée parcellaire et peu systématique. Le VIH-SIDA étant une affection intimement liée aux comportements, les informations comportementales doivent être des éléments d'alerte et indiquer le degré d'exposition de la communauté. L'identification des groupes spécialement vulnérables et de pratiques particulièrement à risque permettrait de prévoir les déterminants d'une propagation de l'infection. Collectées sur des années, ces données auraient indiqué les tendances de l'expo-

#### ENCADRE 1.4

##### Traitement du SIDA :

##### Le Burkina Faso bénéficiera de "l'effet Pretoria"

Problème de santé publique aujourd'hui en Afrique et singulièrement au Burkina Faso, le Sida est également un problème de développement. Des personnes et des structures s'investissent aux côtés du gouvernement, pour lutter contre ce fléau.

Sont de celles-ci, la CAMEG, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques. En marge du grand entretien avec le premier responsable de l'hôpital Yalgado nous avons rencontré son directeur général, Lazare Bansé, qui se prononce sur le procès qui a opposé le gouvernement sud-africain aux 39 firmes pharmaceutiques.

A cause des prix exorbitants des médicaments, nous assistons sur le plan mondial à un système de santé Nord-Sud à deux vitesses. D'un côté les pays développés, où les traitements anti-rétroviraux font baisser de façon spectaculaires la mortalité et de l'autre, les pays en développement et principalement l'Afrique, où on veut nous faire croire que seule la prévention est d'actualité. Alors, il est légitime de se poser la question de savoir quel sort réserver aux millions de personnes infectées.

Je pense que le retrait de la plainte des 39 laboratoires pharmaceutiques contre le gouvernement Sud Africain est un motif d'espoir quant à l'accès d'un plus grand nombre de malades aux traitements.

Cependant, j'ai comme le sentiment que le procès de Pretoria s'inscrit dans une logique commerciale des firmes pharmaceutiques plaignantes. Il s'agissait pour ces laboratoires d'utiliser l'arme du droit international

pour contraindre les pays africains à la négociation. Comme on peut le constater le modus vivendi de Pretoria qui, du reste, était en négociation depuis trois ans a abouti très rapidement à une baisse des prix des médicaments pour certains pays africains. Et la liste des pays bénéficiaires pourrait s'accroître y compris l'Afrique du Sud. Le Burkina bénéficiera également de " l'effet Pretoria ". Mais il est souhaitable que les fabricants d'ARV consentent à aller encore plus loin dans leur initiative d'accès aux traitements car la réalité est que le revenu moyen du Burkina se situe aux environs de 70 dollars US. Ces efforts sont d'autant plus à la portée de ces firmes pharmaceutiques que la capitalisation boursière des laboratoires fabricants d'ARV représentent 10 fois le PIB de l'Afrique du Sud, le géant du continent et que par ailleurs, l'Afrique dans son ensemble représente seulement 1 % du commerce mondial des médicaments.

La CAMEG dispose actuellement de neuf médicaments anti-rétroviraux en comprimés et en gélules. Il s'agit du Videx, de l'Epivir, du Zérit, du Rétrovir, du Crixian, du Combivir, de l'Invirase, du Stocrin et du Viracept. Les prix actuels sont assez élevés dans la mesure où on a une bi thérapie à 110 000 F/mois et une tri thérapie à 325 000 F par mois. Nous espérons que d'ici quelques semaines, grâce aux négociations que le ministre de la Santé est entrain de mener en ce moment, les prix vont baisser de l'ordre de 50 à 80 %.

Source : Observateur Paalga N° 5386 du Mardi 24 avril 2001

sition et aidé à valider des approches de prévention ou suggéré les innovations à mettre en œuvre pour un meilleur impact. Des faiblesses institutionnelles n'ont pas permis de revoir les paramètres clés pour une compréhension des défis et enjeux de l'épidémie du VIH-SIDA. Le Burkina Faso est en train de rattraper depuis deux ans ce retard après avoir lancé une série d'initiatives pertinentes.

Au Burkina Faso, la surveillance de l'infection à VIH comporte trois volets principaux :

- 1) la surveillance biologique basée sur la réalisation de sérologie dans les dons de sang et auprès des populations définies ;
- 2) la surveillance comportementale qui consiste à réaliser des enquêtes comportementales dans la population générale et auprès des sous - populations définies.

Cette surveillance est conçue à partir d'autres sources d'information (les Cas notifiés d'infections à VIH et de SIDA, les registres de décès, la surveillance des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose).

- 3) La surveillance dite de deuxième génération engagée actuellement avec le Centre Muraz qui vise à une meilleure compréhension de l'épidémie du VIH en corrélant les statistiques (prévalence, incidence) avec les données socio-démographiques et comportementales. Cette démarche permet également d'évaluer l'impact socio-économique du VIH - SIDA. Les principales questions sont:

- quelles sont les tendances de l'infection à VIH ?
- les comportements changent - ils ?
- les changements enregistrés aident - ils à expliquer les tendances de l'infection à VIH ?
- quel est l'impact du VIH sur les individus, les familles et la nation ?

Le système de surveillance de deuxième génération qui est en train de se mettre en place, sera plus complet et mieux orienté. Il devrait plus être efficient dans l'utilisation des ressources, explorer des sources alternatives d'informations et utiliser l'information produite pour améliorer la réponse nationale au cours des années à venir.

La surveillance de base dans un pays ayant le profil de séroprévalence du Burkina Faso (épidémie généralisée) devrait porter sur :

- la surveillance sentinelle VIH annuelle chez les femmes et les jeunes dans les zones urbaines et rurales ;
- la notification des cas de SIDA ;
- des enquêtes comportementales répétées chez les groupes considérés comme à haut risque d'infection par le VIH ;
- l'analyse des données de surveillance des IST dans les groupes considérés comme à haut risque d'infection par le VIH ;
- des enquêtes répétées sur les comportements à haut risque dans la population globale et particulièrement chez les jeunes.

Les tendances à la stabilité ou au contraire à l'aggravation des indicateurs épidémiologiques, l'âge au moment de l'infection notamment chez les jeunes femmes, l'extension aux zones rurales ainsi que la morbidité et la mortalité sont autant de facteurs déterminants pour améliorer la conduite des politiques et des stratégies et leur efficacité.

Le plan national multisectoriel 2001 - 2005 s'est inspiré de ces principes pour axer la surveillance sur :

- la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes et jeunes dans les zones urbaines et rurales ;
- des enquêtes transversales sur les comportements dans la population générale ;
- des enquêtes transversales sur les comportements chez les jeunes ;
- la surveillance du VIH et la surveillance comportementale dans la sous population ayant un comportement à haut risque ;
- le recueil de données sur la morbidité et la mortalité.

### 1.3.2. Le développement du conseil-dépistage concernant le VIH-SIDA

Les services de conseil et de dépistage mis en place pour lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH-SIDA ont démontré leur efficacité pour la visibilité de la maladie, la communication pour le changement de comportement et comme pilier catalyseur de la prise en charge médicale et psychosociale. Des standards de bonnes pratiques sont désormais disponibles et permettent

d'assurer la confidentialité, la non discrimination, le respect des droits et décisions des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Dans certaines circonstances particulières, comme le contact avec des partenaires sérodiscordants (partenaires ayant des statuts sérologiques différents par rapport à l'infection par le VIH), le désir de procréation pour une femme séropositive ou les pathologies fortement corrélées avec une infection à VIH, les activités de dépistage - conseil sont incontournables pour évaluer l'exposition, donner des informations complémentaires, induire des changements de comportements minimisant les risques, habiliter l'individu ou les groupes à s'impliquer dans la réponse au problème du VIH et si nécessaire recevoir la gamme des services utiles à une personne séropositive.

#### ENCADRE 1.5

##### Principes de traitement de l'infection à VIH

- La réplication continue du VIH attaque le système immunitaire pour aboutir au SIDA. L'infection VIH est pratiquement toujours dangereuse. C'est-à-dire qu'une survie prolongée sans atteinte significative du système immunitaire n'est pas la règle.
- Alors que la quantité d'ARN VIH dosée dans le plasma est le reflet de l'intensité de la réplication virale, le nombre des CD4 témoigne de l'importance de l'atteinte immunitaire. Des dosages répétés de ces deux paramètres sont donc nécessaires pour préciser le risque de progression, ou décider le début du traitement.
- Les décisions thérapeutiques doivent s'appuyer sur des paramètres individuels (ARN et CD4), du fait que l'évolution de la maladie est très variable d'une personne à l'autre.
- Un traitement antirétroviral énergique limite le risque potentiel de sélection de virus résistants.
- Un traitement d'attaque combinant les médicaments existants permet d'espérer une suppression persistante du VIH.
- Chacune des substances utilisées doit toujours être prise aux doses et aux intervalles optimaux recommandés.
- Les substances antirétrovirales actuellement à disposition sont limitées en nombre, il peut exister des

limitations thérapeutiques en fonction des résistances croisées connues.

- Les femmes doivent recevoir le meilleur traitement antirétroviral, même pendant la grossesse.
- Les principes du traitement antirétroviral sont valables pour les adultes comme pour les enfants, en tenant compte des paramètres pharmacologiques, virologiques et immunologiques spécifiques aux enfants.
- Les personnes présentant une infection VIH aiguë doivent être traitées par une association antirétrovirale, pour maintenir la réplication du VIH en dessous du seuil de détection.
- Même lorsque la virémie se trouve en dessous du seuil de détection, les personnes sont toujours considérées comme potentiellement infectieuses, et les mesures de prévention ad hoc doivent toujours être prises.

Le VIH appartient à un groupe de virus spécifiques que l'on appelle les rétrovirus. Deux enzymes appelées transcriptase inverse et protéase jouent un rôle essentiel dans la réplication du virus.

Dorénavant, on dispose de plusieurs médicaments antirétroviraux qui inhibent ou bloquent l'action de ces enzymes dans le cycle de réplication du virus.

Source : Sidwaya N° 4250 du Jeudi 26 Avril 2001

Cette activité de conseil ne devrait se concevoir qu'en relation avec des activités et structures de prise en charge médicale, sociale et communautaire. C'est à ce niveau que l'apport des OBC est incomparable. Lorsque les personnes volontaires pour le conseil vivent elles-mêmes avec le VIH, l'efficacité de l'accompagnement par des pairs augmente encore les succès de la prévention et de la prise en charge. Cette activité nécessitant des qualités humaines, une empathie, et une certaine "technique" n'est cependant pas spécialisée au point d'être l'apanage des travailleurs sociaux ou de la santé.

L'expérience de l'IPC, du CAS-VIH, du CIC-Doc à la suite du centre de dépistage de l'Association burkinabé des infirmières sont des bases solides pour projeter un développement du réseau de

centres de dépistages ainsi qu'il est prévu dans le plan national multisectoriel.

Aussi, il est permis d'envisager sereinement une décentralisation des centres de dépistage vers les périphéries des grandes villes et vers le milieu rural où la demande de services est également forte.

### 1.3.3. La réduction de la transmission du VIH

#### 1.3.3.1 La prévention primaire

##### • Prévention de la transmission sexuelle

Une des retombées des études de séro-prévalence est la notion de groupes particulièrement exposés au VIH du fait de comportements ou de leurs activités.

#### ENCADRE 1.6

##### Point sur PROMACO

Le projet de marketing social des condoms (PROMACO), sous l'égide du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST), a pour mission la distribution et la vulgarisation des condoms dans le cadre de la prévention du VIH-SIDA. Pour la réalisation de cette mission, le projet a recours aux méthodes de marketing conventionnel: il s'agit de rendre accessibles (distribution) et abordables (prix) des condoms de haute qualité (produit), et de convaincre (communication) les populations de la nécessité de leur utilisation pour prévenir le VIH-SIDA. Le marketing social entend apporter un complément aux services de santé publique et au secteur privé traditionnel.

PROMACO a démarré ses activités en septembre 1991. Depuis juillet 1994, il est financé par la Coopération allemande par le biais de la Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Sur le plan technique, il est exécuté par Population Services International (PSI), ONG américaine œuvrant dans le domaine du marketing social. Le projet bénéficie des services d'un personnel qualifié, motivé et disponible.

Les points saillants ci-après peuvent être retenus au titre des différentes actions marketing :

##### Produit

- Mise sur le marché de préservatifs masculins de marque Prudence, produit de qualité internationale conditionné en paquets de quatre ;
- Lancement de Prudence Nouveau en avril 1996 (qualité internationale);
- Introduction de présentoirs aux couleurs et design de Prudence Nouveau et de notices d'informations ;
- Passage d'un format de cartons de 4 752 condoms à un nouveau format de 1 760 condoms.

##### Prix

- Prix de vente unitaires demeurés inchangés pour les consommateurs (12,5 FCFA) et les détaillants (9,09 FCFA) depuis dix ans ;
- Ajustement du prix de vente aux grossistes (1991 : 5,68 FCFA; octobre 1992 : 6,82 FCFA ; novembre 2000 : 7,27 FCFA).

##### Distribution

- Diversification des types de points de vente: commerce géné-

ral, associations et ONG (DBC), formations sanitaires, pharmacies, stations services, institutions ;

- Disponibilité du produit : couverture de l'ensemble du pays (plus de 16 000 points de vente au détail) ;
- Autonomisation progressive du réseau de distribution : plus de 95% des ventes actuellement effectuées par les distributeurs ;
- Cumul des ventes et promotions (septembre 1991 – septembre 2001) : 82 731 382 condoms ;
- Ventes per capita en 2000 : 1,152.

##### Communication

- Mise en œuvre de programmes IEC ciblant des groupes ayant des comportements à risque : RAS (Responsabilité, Amour, Sincérité) essentiellement conçu et exécuté par les jeunes ; PSAMAO (Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest), programme régional ciblant les migrants ; et APS (Action Prévention SIDA), programme ciblant les militaires ;
- Réalisation d'une campagne IEC sur les freins à l'utilisation du condom ;
- Exécution de programmes d'engagement communautaire : Griottes, Dolotières, Chefs Coutumiers, Chameliers ;
- Participation du projet aux événements spéciaux: SIAO, Tour cycliste du Faso, Journée Mondiale de lutte contre le SIDA, FESPACO, SNC, CAN'98 ;
- Développement d'un film de sensibilisation (en Français, Dioula et Moré), "Les Héritiers", et participation à la réalisation et diffusion du télé-feuilleton "SIDA dans la cité II".

En plus de ces actions marketing, on notera la réalisation d'activités de recherche. Elles ont entre autres permis d'obtenir les indicateurs suivants (données de 1999) :

- Pourcentage de personnes conscientes de l'existence du SIDA : 98,76% (zone rurale : 97,06% ; zone urbaine : 99,50%) ;
- Taux de notoriété des condoms Prudence : 89,47% (zone rurale : 80,26% ; zone urbaine : 93,51%) ;
- Taux d'utilisation des condoms : 36,2% avec le (la) conjoint(e) ; 82,8% avec le copain (la copine) ; 86,0% avec un(e) partenaire occasionnel(le) ;
- Accessibilité financière : 97,5% de personnes pensent que le prix est acceptable ou bas.

Source : PROMACO, octobre 2001

Il faut donc cibler ces groupes vulnérables en développant une stratégie de Communication pour le Changement de Comportement (CCC). La diffusion non ciblée de messages au contenu parfois mal adapté au contexte socioculturel a fait la preuve de ses limites. La transposition des techniques purement publicitaires pour l'utilisation du condom par exemple doit prendre en compte les spécificités du public cible (chauffeurs routiers, travailleuses du sexe, adolescents, etc.). Cette segmentation de l'audience permet de personnaliser le message qui est ainsi approprié et promu par les intéressés.

Il existe clairement une différence entre la simple information sur un risque encouru ou un bénéfice attendu d'un comportement donné et l'adoption effective du comportement réduisant le risque d'exposition au VIH.

La meilleure connaissance du profil épidémiologique des IST par une meilleure notification permettra de mener avec plus d'efficacité, des activités de prise en charge. La diminution de l'incidence des IST contribuera à la diminution des nouvelles infections. L'encadrement des personnes ayant des rapports non protégés avec des partenaires multiples devra être intensifié. Le travail avec les professionnels du sexe, les migrants et itinérants, les adolescents devra être soutenu. Les déterminants de l'utilisation des moyens de prévention barrières (condom et préservatif féminin) devront être étudiés pour affiner les stratégies de promotion sur le plan national.

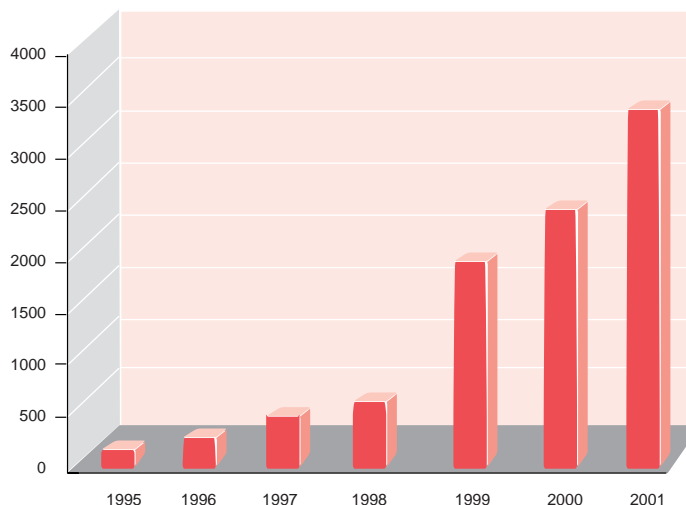
• **Prévention de la transmission par le sang**

La sécurité transfusionnelle est un des éléments essentiels de la prévention de la transmission du VIH-SIDA dans les services de santé. La mise en place d'un centre national de transfusion sanguine devrait permettre de concentrer les ressources humaines, matérielles et les appuis financiers en vue de garantir la sécurité du sang et des produits dérivés utilisés dans le pays.

Il faut rapprocher de la transmission par le sang les autres modes de transmission parentérale. Ceci pose la question de la prévention des infections dans tous les milieux de soins. L'épidémie de VIH ainsi que l'émergence d'autres pathogènes tels l'hépatite B et l'hépatite C

GRAPHIQUE 1.3

Evolution du nombre de dépistage réalisé au Burkina Faso sur la période 1995-2001



Source : CNLS, PNUD 2001

obligent à un renforcement des standards de prévention en particulier par l'utilisation de précautions universelles dans les soins et la gestion de l'environnement hospitalier. Les services gynéco-obstétricaux, chirurgicaux, odonto-stomatologiques et toutes les autres unités de soins doivent appliquer de meilleures pratiques en matière d'antisepsie, d'asepsie pour que les services de santé ne deviennent pas des lieux de diffusion du VIH-SIDA et des autres pathogènes transmissibles.

• **Prévention de la transmission mère enfant**

La transmission mère enfant constitue une des principales voies de diffusion du VIH chez les enfants en Afrique sub-saharienne. Des études ont été réalisées au Burkina Faso pour mieux comprendre les facteurs de risque spécifiques à la transmission mère – enfant. Une politique rationnelle dans ce domaine a été élaborée. Si elle est réellement mise en œuvre, elle devrait avoir un impact sur l'incidence de l'infection dans la population pédiatrique. Elle suppose la mise en place de paquets minimums d'activités concernant le conseil - dépistage, la surveillance néonatale et enfin la mise à disposition de médicaments accessibles et bien tolérés.

Le relais naturel de toute intervention en la matière devrait être le renforcement de la prise en charge post-partum de la mère et de l'enfant. L'essai clinique DI-

TRAME mené par l'ANRS au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire a montré qu'un protocole court utilisant de l'AZT de la 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour après l'accouchement permettait d'obtenir une réduction du risque de transmission à six mois de 38% malgré l'allaitement maternel.

L'utilisation de Nevirapine en dose unique chez la mère en début de travail et chez l'enfant à la naissance a permis de réduire de 50 % le risque de transmission. Ces prescriptions coûtent relativement peu cher (50 USD pour l'AZT et 4 USD pour la Nevirapine) mais il faut penser aux coûts induits par la prise en charge prénatale, le dépistage - conseil et aux contraintes liées à l'allaitement artificiel pour réduire davantage les cas de transmission postnatale.

Bien que la transmission par le lait maternel soit plus importante pendant les premiers mois de la vie et qu'elle soit majorée par l'existence de lésions des seins chez la femme, il est également établi que le risque de passage du virus à l'enfant persiste tant que continue l'allaitement. Des aides et mesures d'accompagnement prenant en compte de l'environnement socioculturel, matériel et financier devront être encouragées pour compléter le dispositif de protection de l'enfant né d'une mère séropositive.

### 1.3.3.2. La prévention après exposition accidentelle au VIH

La notion d'exposition accidentelle suppose le contact avec des sécrétions potentiellement contaminées en milieu profes-

sionnel (piqûre d'aiguille, contact avec du sang,...) et lors de relations sexuelles (rapport sexuel occasionnel non protégé, rupture de préservatif, viol). Elle impose une démarche systématique.

Les pratiques traditionnelles telles la circoncision, l'excision, les scarifications et tatouages devraient faire l'objet de la même attention concernant la prévention des accidents d'exposition au sang. Un protocole de prise en charge des accidents professionnels d'exposition au sang avec mise en place de kits de médicaments chimioprophylaxie antirétrovirale et un schéma de surveillance sérologique a été proposé.

### 1.3.3.3. Les actions en faveur d'une meilleure compréhension de l'épidémie

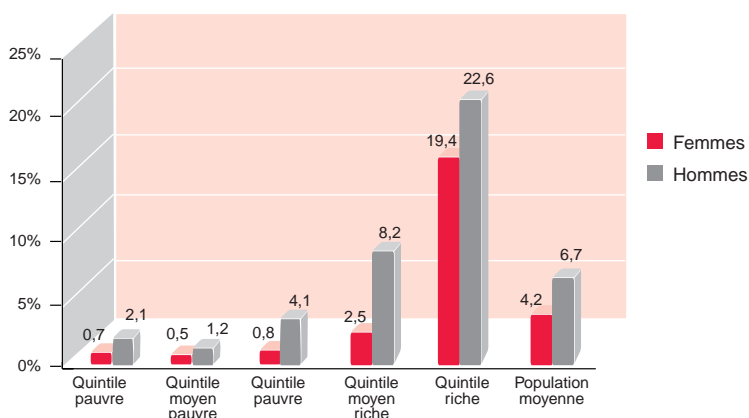
- Une enquête épidémiologique et comportementale dans la population générale à Ouagadougou est prévue dans le cadre du Plan National Multisectoriel 2001. Des enquêtes en milieu urbain et rural pourraient être lancées en prélude à une vaste enquête nationale. Ces activités de surveillance à grande échelle engagées avec l'appui du PNUD qui vient d'élaborer un Programme Conjoint multidonateur "épidémiologique" sous l'égide du CNLS, devrait bénéficier du soutien de l'OMS et d'autres partenaires multilatéraux ou bilatéraux.

- Un programme d'enquête sur la prévalence du personnel enseignant et soignant devrait être engagé dans les meilleurs délais pour améliorer la pertinence et l'efficacité des politiques sectorielles et promouvoir une gestion efficace des ressources humaines. Un programme conjoint multidonateur se met en place actuellement sous l'égide du CNLS et du PNUD avec l'appui financier de la Belgique, des Pays Bas, du Danemark et du FNUAP.

- La plupart des infections à VIH sont contractées pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La séroprévalence chez les jeunes est donc une bonne approximation des infections récemment acquises et donc de l'incidence.

- La réalisation d'études de cohortes (suivi d'un même groupe d'individus testés à intervalles réguliers pendant plusieurs années) pour déterminer l'incidence, c'est-à-dire la survenue de nouvelles infections à VIH est très dif-

GRAPHIQUE 1.4  
Utilisation de contraceptifs modernes



Source : INSD, Ministère de la Santé et PROMACO, 2000

ficile et coûteuse mais représente la meilleure façon de savoir si l'infection recule.

- Les indicateurs de renforcement de la surveillance de l'épidémie qui devront être suivis dans le cadre du renforcement de la surveillance épidémiologique sont :
- l'amélioration de la fiabilité du système de collecte des données sur les IST-VIH-SIDA ;
- l'augmentation du nombre de structures assurant la notification des IST-VIH-SIDA ;
- la disponibilité de données fiables sur la séroprévalence et l'évolution des comportements par rapport aux IST-VIH-SIDA ;
- les indicateurs de renforcement des mesures de prévention de la transmission retenus dans le PNM 2001 qui devront faire l'objet d'une attention toute particulière sont :
- l'augmentation du taux d'utilisation déclarée du préservatif ;
- l'amélioration de l'information et du conseil destiné aux donneurs de sang ;
- la disponibilité permanente de réactifs pour le dépistage dans toutes les banques de sang ;
- l'intégration des soins/conseils pour la réduction de la transmission mère/enfant dans les services publics et privés de santé maternelle et infantile ;
- l'augmentation de la couverture du diagnostic et du traitement précoce des IST.
- Une étude sur les impacts socio-économiques du VIH-SIDA en milieu urbain et en milieu rural est en cours avec l'appui du PNUD et du Danemark et permettra de préciser l'évolution des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques dans la communauté ainsi que dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Par ailleurs, il sera possible de mieux appréhender l'impact socio-économique sur les ménages et les collectivités et en particulier sur les groupes vulnérables que sont les jeunes et les femmes.
- Les communautés difficiles d'accès comme les prisonniers, les enfants des rues, les jeunes du secteur informel, les migrants et itinérants, les travailleurs de sites miniers et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes devront faire l'objet d'une attention spéciale pour mieux comprendre la dyna-

mique de l'infection qui leur est propre et les approches les mieux adaptées à leur spécificité.

#### 1.3.3.4. Les approches novatrices

- Les femmes et les jeunes filles devront être entourées des appuis communautaires, légaux, et matériels pour les protéger des abus sexuels. La responsabilité des hommes devra être soulignée et les législations en vigueur concernant la famille appliquées.
- Les campagnes d'IEC de masse ne devraient être qu'une des composantes d'un dispositif de communication pour le changement de comportement. Le concept d'interventions pour le changement de comportement (ICC) se fait jour pour souligner l'intensification, la personnalisation et l'encadrement de plus en plus poussé des messages et interventions.
- Dans le cadre de la communication pour le changement de comportement, le développement des lignes vertes (Hotlines) est une approche susceptible de renforcer l'information et la mobilisation des jeunes surtout en milieu urbain. Les médias de masse (TV, Radio FM) ainsi que les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent être également utilisées pour impliquer la frange jeune scolarisée dans des fora et des échanges d'informations et d'expériences sur les IST et le VIH-SIDA.
- La promotion des canaux traditionnels de communication, la segmentation des cibles et l'adaptation des messages seront des éléments déterminants du succès des campagnes de communication pour le changement de comportement (CCC).
- La propagation du VIH-SIDA étant liée à des facteurs socioculturels, économiques, biologiques et également à l'environnement du travail dans les lieux de soins, la prévention primaire devrait s'étendre également à tous ces déterminants en vue de rompre la chaîne de transmission par l'information, l'éducation, l'habilitation de groupes vulnérables, la surveillance biologique et l'amélioration des standards d'hygiène dans les services de santé. Un effort essentiel devrait être fourni pour le secteur santé qui reste encore le maillon faible de la chaîne de prévention et de prise en charge au Burkina Faso.

*" Je suis marié à 2  
femmes et j'ai 6 enfants.  
J'ai aussi 2 copines  
ailleurs avec lesquelles je  
n'utilise pas la capote.  
C'est Dieu qui me protège.  
Tant qu'Il ne décidera pas  
de mon départ, ce n'est  
pas le SIDA en tout cas "*

Routier, Bittou

**Tableau 1.3 : Evolution du nombre de cas de SIDA notifiés au Burkina Faso de 1986 au 31 décembre 2000**

Année	Nombre de cas de l'année	Nombre de cas cumulés
1986	10	10
1987	21	31
1988	394	425
1989	351	776
1990	202	978
1991	835	1813
1992	1073	2886
1993	836	3722
1994	1892	5614
1995	1684	7298
1996	1838	9136
1997	2216	11352
1998	2166	13518
1999	2031	15549
2000	1532	17081

Source : Rapport de surveillance épidémiologique des cas de SIDA DMP/SPCNLS/IST. Mars 2001.

*" Ma sœur m'a orienté vers un centre de traitement qui me proposa de faire le test du VIH-SIDA. Les résultats ont montré que j'étais positif. Mes parents étaient informés de ma sérologie sans que je ne sois au courant ".*

Malade du SIDA, Ouagadougou

- La "barrière" entre communauté médicale et spécialistes des sciences sociales devra être surmontée pour arriver à une meilleure compréhension de l'épidémie et à des propositions d'interventions efficaces.
- La mise en place d'un programme national de réduction de la transmission mère - enfant est à l'ordre du jour et l'analyse de situation a été réalisée. Les protocoles validés en Afrique de l'Ouest (AZT et Nevirapine) pourraient servir de base à des interventions pilotes qui seraient ensuite étendues. L'Italie et l'OMS devraient démarrer un programme d'appui en ce sens au Burkina Faso. Cependant, beaucoup de retards sont observés en ce domaine. Certaines firmes pharmaceutiques sont des partenaires engagés dans cette démarche. Les contraintes opérationnelles, le problème de l'allaitement artificiel, les risques de stigmatisation et l'acceptabilité culturelle ainsi que le développement potentiel de résistances à certains traitements sont encore à l'étude mais ne devraient pas entraver la mise en œuvre d'actions sur le terrain à moyen terme.<sup>11</sup> Le CNLS souhaiterait voir mis en place un programme multidonateur pour la prévention

mère-enfant mais aucun donateur n'a encore émis le souhait d'être le chef de file de ce secteur.

Des travaux de recherches devront être poursuivies car les facteurs favorisant de la TME (malnutrition, déficit en vitamine A, infections placentaires) devront être mieux étudiés en vue de déterminer les interventions plus fines donc plus pertinentes.

- Le "marketing social du dépistage" est une approche déjà expérimentée en Afrique de l'Est qui pourrait être évaluée dans notre contexte. Les questions liées à la décentralisation du dépistage et au contrôle de qualité des laboratoires devront également être des priorités pour les années à venir. Une mobilisation communautaire pertinente est en cours qu'il conviendrait d'accompagner pour le développement de centre de dépistage volontaire et anonyme (CDVA)
- L'absence de service sanitaire à l'intention des professionnelles du sexe est une lacune sérieuse et une recherche opérationnelle débouchant sur la proposition d'un cadre et de procédures de prise en charge de ce groupe sont à l'ordre du jour et devront être promues dans les meilleurs délais.

<sup>11</sup> Analyse situationnelle sur le PTME au Burkina Faso, CNLS-IST-DSF 2001.

**Tableau I.4 : Situation épidémiologique du VIH-SIDA au Burkina Faso (Décembre 2000)**

Estimation	Nombre/Taux
Enfants et adultes de 15 à 49 ans infectés par le VIH (Fin 1999) *	350 000
Adultes de 15 à 49 ans infectés par le VIH (Fin 1999) *	330 000
Enfants de 0 à 14 ans infectés par le VIH (Fin 1999) *	180 000
Nombre de nouveaux cas de SIDA rapportés par les services de santé en 1999 *	2031
Nombre de décès dus au SIDA en 1999 *	43 000
Nombre cumulé d'orphelins du SIDA (Fin 1999) *	320 000
Séroprévalence chez les femmes enceintes (extrêmes fin 1999) **	4 - 8,4%
Séroprévalence du VIH chez les prisonniers ***	
Ouagadougou	9,1%
Bobo-Dioulasso	11,4%

\* ONUSIDA OMS : Epidemiological Fact sheet on HIV/AIDS and STD's. Update (Décembre 2000).

\*\* SP CNLS-IST : Situation de la pandémie du SIDA au Burkina Faso (Données épidémiologiques 2000).

\*\*\* ACT/FEMIC : Plan d'action 2001 de lutte contre le VIH-SIDA dans les prisons (Novembre 2000)

## 1.4 Conclusion

L'épidémie d'infection à VIH a été un puissant révélateur des lacunes de l'approche "verticale" purement médicale des problèmes de santé communautaire. Partout dans le monde, une réponse interdisciplinaire s'appuyant sur les spécificités socio-culturelles et économiques locales s'est avérée indispensable. La diffusion insidieuse du virus au sein des populations a déterminé à la suite de l'épidémie d'infection, une épidémie de maladies opportunistes graves. Les impacts sociaux, économiques et démographiques se font jour et fragilisent le tissu communautaire et les efforts de développement.

L'analyse des tendances démographiques et de l'impact de l'épidémie à VIH - SIDA sur leur évolution montre qu'un effet pallier apparaît à un moment de l'épidémie. Il n'est pas possible de prévoir à quel moment et à quel niveau sera atteint le pallier pour le Burkina Faso.

Trois scénarii peuvent être envisagés :

- le pessimiste considérant certaines similitudes avec l'Afrique Australe pourrait faire redouter un pallier de stabilité autour de 15 % ;
- le scénario intermédiaire mais encore relativement pessimiste, laisserait entrevoir une poursuite de l'endémie qui n'atteindrait son pallier qu'autour du seuil de 11-12 % vers 2005 ;
- enfin, le pire n'étant heureusement jamais certain, une réduction de la préva-

lence à court ou moyen terme du fait de l'efficacité des mesures préventives chez les jeunes notamment, pourrait être observée, couronnant les efforts entrepris et encourageant la poursuite du partenariat national et international.

La conjoncture est favorable, car un certain nombre d'initiatives nouvelles du Gouvernement laisse augurer une meilleure perspective d'intégration des réponses et des appuis au niveau central tout d'abord, puis au niveau décentralisé et communautaire. Ces éléments favorables sont la préparation de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (CSLP), la mise à jour de la Politique Sanitaire Nationale (PSN) et la réalisation d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNSD) pour la prochaine décennie ; le lancement de la planification décentralisée, intégrée et multisectorielle des activités de lutte contre le SIDA et la mise en œuvre de la politique nationale de la décentralisation.

En agissant sans attendre et d'une manière volontariste, le Gouvernement burkinabé et ses partenaires de développement devraient pouvoir épargner des centaines de milliers d'existences et conserver les ressources publiques rares nécessaires à l'amélioration des conditions de vie des populations.





## CHAPITRE 2

# LE VIH-SIDA, LES DROITS DE L'HOMME ET LA BONNE GOUVERNANCE

### INTRODUCTION

**P**lus de deux décennies après sa découverte, le VIH continue de s'étendre dans le monde entier et particulièrement en Afrique subsaharienne.

Il n'est plus de doute que cette infection constitue un handicap majeur pour le développement. Les pays en voie de développement sont ceux qui comptent la majorité des personnes infectées (22,5 millions en Afrique Subsaharienne dont 50% de femmes), et le fléau que constitue cette épidémie ne cesse de progresser dans les pays à faible niveau de développement humain.

Si des mesures efficaces de santé publique ont permis de stabiliser l'épidémie dans la plupart des pays développés, les réponses apportées dans les pays en voie de développement sont globalement restées inefficaces.

Au Burkina Faso, pays où la prévalence est estimée à 7,17% (ONUSIDA/OMS 1997), la propagation du VIH soulève en plus des problèmes socio-économiques et culturels, des problèmes juridiques et éthiques importants.

En effet, de plus en plus de personnes vivant avec le VIH font l'objet de discrimination et de stigmatisation et sont confrontées à de nombreuses atteintes aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.

Les perceptions que nous avons des comportements sexuels font que l'infection par le VIH porte une lourde charge dis-

criminatoire et stigmatisante. Les attitudes sociales et culturelles ont conduit à des pratiques qui mettent à nu les insuffisances de nos structures et systèmes de gouvernance. Ainsi les insuffisances en termes d'éthique, de respect des droits de l'homme, du droit à la vie privée, à la propriété privée, sont vite mises en exergue.

Dans l'optique d'une riposte adéquate, aucune réponse ne peut se concevoir hors du cadre juridique, cadre qui exige des textes et lois adaptés et devant être mis en application dans ce nouveau contexte modifié par l'infection à VIH-SIDA.

La législation est l'un des multiples outils susceptibles de favoriser une évolution sociale et culturelle des PVVIH grâce à laquelle l'épidémie pourrait être contrôlée. Les droits de l'homme offrent un cadre normatif cohérent et constituent une base juridique qui permet de s'attaquer à la question de la vulnérabilité de la société.

Qu'en est-il de la situation du VIH et des droits de l'homme au Burkina Faso ? Quels sont les liens entre le VIH-SIDA et la bonne gouvernance ? Quel est l'état des dispositions légales en vigueur ? Quels sont les impacts de l'insuffisance dans l'application des textes, lorsque ces textes existent ?

Le respect des droits des PV-VIH nécessite la prise en compte d'un certain nombre de mesures pouvant protéger ces droits. D'où la nécessité d'une riposte et l'identification de pistes pour la mise en œuvre de cette réponse.

## 2.1 Le diagnostic

### 2.1.1. Les Dispositions juridiques en vigueur et le VIH-SIDA

La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et l'engagement du peuple Burkinabé vis-à-vis de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 sont des instruments juridiques internationaux relatifs aux droits humains qui constituent, avec la Constitution, (loi fondamentale) du Burkina Faso, les bases juridiques de la législation sur lesquelles se fonde le cadre juridique national en matière de VIH-SIDA.

Aussi, le Burkina Faso ayant adhéré aux grands principes internationaux et ratifié certains traités ou conventions, ces principes finissent par faire partie du droit positif burkinabé et sont considérés comme des règles internes. Cependant le respect de la loi fondamentale s'impose aux autres textes législatifs ou réglementaires.

Les droits pertinents relatifs à l'infection à VIH peuvent être regroupés en :

- droits civils ;
- droits sociaux et culturels ;
- droits politiques.

#### 2.1.1.1. Les Droits civils et le VIH-SIDA

Ils désignent les droits liés à la personne humaine, règlent la vie de l'individu de la naissance à la mort. On distingue ainsi :

##### *Le droit à la vie*

La protection, la sûreté, l'intégrité physique sont garanties par l'article 2 de la Constitution. Le respect de l'intégrité physique inclut tout acte pouvant porter une atteinte physique (exemple du prélèvement sanguin) et doit être fait avec le consentement éclairé de la personne intéressée, comme le stipule l'article 2 des codes de déontologie des professions médicales.

Les articles 324 et 326 du code pénal condamnent sévèrement les auteurs d'assassinat, de meurtre, d'empoisonnement et d'infanticide (transfusion sanguine).

##### *Le droit à la non discrimination*

L'article 1 de la Constitution stipule que les discriminations de toutes sortes, notamment celles fondées sur la race, l'ethnie, la religion, la couleur, le sexe, la

langue, la caste, les opinions politiques, la fortune et la naissance sont prohibées.

Diverses déclarations érigées en principes, protègent les PVVIH de la non discrimination, élément important de protection des droits des PVVIH (déclaration de Dakar du 1<sup>er</sup> Juillet 1994). Les PVVIH ont ainsi le droit de rester partie intégrante de la communauté et de se prévaloir de tous les droits de l'homme.

La loi prévoit et sanctionne les atteintes portées contre le principe de non-discrimination par la loi n° 43/96/ADP du 13 novembre 1996. Les sanctions vont de 1 à 5 ans d'emprisonnement et d'une interdiction de séjour de 5 ans.

##### *Le droit à la liberté*

De même le droit à la liberté, (article 3 de la Constitution), le droit de circuler librement (article 9) sont garantis et la loi ne prévoit aucune restriction quant à la jouissance de ces droits par les PVVIH.

Dans son article 2, la Constitution interdit et punie par la loi, l'esclavage, les pratiques esclavagistes, les traitements inhumains et cruels, dégradants et humiliants, la torture physique ou morale, les mauvais traitements infligés aux enfants et toutes formes d'avilissement de l'homme.

#### ENCADRE 2.1

##### **Le Président du Faso : Pour une plus grande mobilisation contre le SIDA.**

Le président du Faso, Son Excellence, monsieur Blaise Compaoré a pris par le 26 avril 2001, à Abuja (Nigeria), au Sommet des Chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA, consacré au VIH-SIDA, à la tuberculose et à d'autres maladies infectieuses.

Son Excellence monsieur Blaise Compaoré salue la tenue de ce Sommet historique qui marque la mobilisation et l'engagement sans précédent des dirigeants africains et de la Communauté internationale face à la menace du VIH-SIDA. A cette occasion, le président du Faso tient à réaffirmer sa solidarité et celle du gouvernement burkinabé à l'égard de ceux qui souffrent de cette maladie.

Le Président du Faso exprime sa satisfaction à l'égard des services de santé ainsi que des partenaires nationaux et internationaux du gouverne-

ment, pour la détermination et la disponibilité dont ils font preuve dans la lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso. Il les exhorte à poursuivre leurs efforts.

Afin de rendre plus efficaces les actions déployées par le gouvernement, le Président du Faso invite les populations à être plus attentives aux conseils de prévention édictés par les services de santé publique. Le Burkina Faso se félicite de l'opportunité offerte par le Sommet d'Abuja, de dégager en commun les stratégies opérationnelles qui permettront aux Africains d'agir vigoureusement contre la pandémie. C'est dans cette optique que notre pays s'inverit pour accueillir à Ouagadougou en décembre 2001, la 12<sup>e</sup> Conférence internationale sur le Sida et les maladies sexuellement transmissibles (CISMA).

Observateur N° 5390 du Lundi 30 Avril 2001.

### ***Le droit à la vie privée***

Le droit à la vie privée, notamment le secret de la correspondance de toute personne est inviolable (termes de l'article 6 de la Constitution). Ce droit à la vie privée inclut diverses obligations dont le respect du caractère confidentiel de toute information sur le statut sérologique de toute personne. En outre, la recherche obligatoire du VIH représente une intrusion dans la vie privée de la personne intéressée.

Les sanctions prévues par le code pénal (article 371) portant sur l'atteinte à l'intimité de la vie privée vont de deux mois à un an d'emprisonnement et une amende de 50 000 à 100 000 Francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'Éthique médicale fixe les fondements des règles de la confidentialité. En effet, le code de déontologie de l'ordre des médecins prescrit cette obligation qui relève du secret professionnel.

#### **ENCADRE 2.2**

##### **SIDA : " Vie positive " joue sa partition.**

L'association "Vie positive" a inauguré son centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-SIDA le 21 avril 2001, au secteur 8 (Gounghin), sous le patronage du maire de l'arrondissement de Boulmiougou, madame Solange Séraphine Ouédraogo. La cérémonie a eu lieu en présence de nombreux invités.

L'association " Vie positive " est une structure de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH-SIDA, dont l'un des objectifs est de défendre la libre expression des personnes infectées et affectées par la maladie. Pourquoi un centre ? aux dires de M. Amidou Kaboré, président de " Vie positive ", c'est parce qu'il sont conscients qu'ils peuvent apporter un plus dans la lutte contre la pandémie. Pour ce faire, il croit que l'ouverture de leur centre est importante pour les membres de la communauté de l'arrondissement de Boulmiougou. Et de poursuivre que comme l'avait rappelé le maire de Boulmiougou, l'implantation de " Vie positive " dans le dit arrondissement s'inscrit en droite ligne dans les stratégies de lutte contre le Sida définies par les autorités sanitaires, et participe aux efforts de la commune pour l'amélioration de la qualité de vie de ses habitants.

Si l'association a choisi cette voie, la

raison en est tout simple. Elle est celle de la solidarité de la communauté face à la maladie et ses conséquences, car à " vie positive " on estime que la lutte contre la pandémie ne peut être efficacement menée qu'avec le soutien et la participation de tous.

Courage, volonté dévouement et motivation de l'Association " Vie positive " seront vains si l'ensemble des acteurs de la société ne s'engagent pas à leurs côtés.

Le centre est une contribution à l'amélioration des conditions de prise en charge des séropositifs et des malades du Sida au sein de l'arrondissement. Ce centre est un lieu de soins, de conseil, de dépistage et de d'information, en plus bref il tendra à devenir un lieu de vie et de libre parole.

L'association " Vie positive " entend exiger l'accès aux soins, aux examens et aux médicaments pour le plus grand nombre, le respect de leurs droits et de leur dignité.

A signaler qu'au sein du centre, il y a des personnes en permanence pour fournir des informations à tous ceux qui voudraient en savoir beaucoup plus sur le Sida. En clair, face à la pandémie du sida " Vie positive " joue sa partition à merveille.

Observateur Paalga du Jeudi 26 Avril 2001  
N° 5388

La violation du secret professionnel est une infraction prévue par la loi et punie par le code pénal en son article 374 de 6 mois à 2 ans d'emprisonnement et d'une amende de 300 000 à 1.000.000 francs CFA à tout contrevenant .

### **2.1.1.2. Les droits sociaux et culturels et le VIH-SIDA**

#### ***La liberté d'association et de réunion***

La Constitution garantit la liberté d'association et de réunion. En la matière, la loi n° 10/92/ADP du 15 décembre 1992 portant liberté d'association et la loi n° 14/94/ADP du 23 décembre 1994 portant liberté de réunion et de manifestation sur la voie publique, régissent la création et le cadre de fonctionnement des associations de lutte contre le VIH-SIDA.

#### ***Le droit à la santé.***

L'article 18 de la Constitution reconnaît à tous les burkinabé le droit à la santé. Cela fait partie des droits socioculturels dont l'Etat est garant et responsable. Il faut comprendre par droit à la santé, le droit à l'accès aux prestations des services de santé (soins notamment...).

La loi n° 034/98/AN du 18 mai 1998 dispose en son article 7 que tout malade a le droit d'accéder à l'établissement hospitalier de référence qu'exige son état de santé.

#### ***Le droit au travail***

Le droit au travail, à l'amélioration des conditions de travail, à la protection du travailleur est reconnu par la loi fondamentale qui interdit les discriminations en matière d'emploi et de rémunération. Les seules conditions sont les capacités professionnelles du candidat.

L'article 20 du Code de travail oblige l'employeur à traiter le travailleur avec dignité, sans faire de discrimination dans l'emploi, l'accès à l'emploi, la formation professionnelle, le maintien dans l'emploi et le licenciement des travailleurs.

Les affections chroniques obligeant l'employé à des absences prolongées (Tuberculose, VIH ou accident non professionnel...) peuvent conduire à des suspensions de contrat de travail, mais pas à des ruptures de contrat dans les limites ou ces absences n'excèdent pas 1 an. L'employé a alors droit à une rémunération tenant

compte de son ancienneté dans l'entreprise et de la durée de l'absence.

Ex : 1 à 5 ans d'ancienneté

✂ plein salaire pendant 1 mois

✂ demi salaire le mois suivant

au-delà de 15 ans d'ancienneté

✂ plein salaire pendant 4 mois

✂ 1/2 salaire les 4 mois suivants.

La convention collective interprofessionnelle de 1974 prévoit que dans le cas où le rendement, la capacité professionnelle du travailleur diminuerait par suite de maladie, d'accident, d'infirmité d'origine non professionnelle médicalement constatée, l'employeur à le choix entre :

- Proposer à l'employé un poste correspondant à ses nouvelles capacités professionnelles

- Allouer à cet employé une rémunération moindre, qui ne pourra en aucun cas être inférieure à 10 % du salaire minimum de sa catégorie, après accord du travailleur et avis du médecin de l'entreprise.

### **La droit au mariage**

Concernant le droit au mariage, la loi fondamentale en son article 23, stipule que l'homme et la femme ont le droit de se marier librement et de fonder une famille sans discrimination fondée sur la race, la couleur, la fortune. La loi ne fait pas obstacle à la liberté de mariage des PVVIH.

Ainsi donc l'état de santé ne constitue pas une condition de mariage (article 274 du code des personnes et de la famille). Cependant un examen médical (visite médicale pré-nuptiale) est requis pour vérifier si l'un ou l'autre des futurs époux n'est pas atteint de tares héréditaires ou d'affections graves de nature à compromettre la santé du ménage. Chaque futur époux reçoit séparément et de façon confidentielle les résultats de ses examens. Le certificat médical délivré à l'issu ne porte pas atteinte à la liberté de mariage.

### **La liberté de procréer**

La liberté de procréer est reconnue par la loi qui ne limite pas le nombre d'enfants au sein du couple. Seule la femme a le droit de garder ou d'avorter lorsqu'une grossesse met en péril sa santé, ou lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection particulièrement grave, reconnue incurable au moment du diagnostic. Les

médecins ont obligation de mettre la femme enceinte au courant des risques qu'elle encourt (article 387. CP).

L'assistance aux personnes âgées, aux handicapées et aux cas sociaux est un droit reconnu par la loi fondamentale (art. 18). La maternité et l'enfant sont protégés.

#### **ENCADRE 2.3**

##### **Dialogue sidaction**

##### **Solidarité avec les personnes vivant avec le VIH**

Tout le monde se souvient du témoignage pathétique qu'avait fait en octobre 1999 à la TNB Léocadie Ouadéba, infectée du VIH. Se basant sur sa propre expérience elle a créé depuis lors une association dénommée Dialogue Sidaction qui s'investit dans le domaine de la prise en charge des personnes malades du sida.

• Dialogue Sidaction existe depuis 1999 et nous y travaillons à la lutte contre la pandémie du sida. Nous sommes basés au secteur 17 (Pissy) à Ouagadougou. Nous essayons d'épauler les personnes vivant avec le VIH. L'objectif général de l'association est d'arriver à créer des conditions de bien-être général aux personnes infectées par le VIH-SIDA.

Quelles sont les actions que vous menez au sein de votre association ?

• Il y a eu le témoignage à visage découvert qui était une grande première au Burkina et qui a permis à nombre de personnes de sortir de l'anonymat et de se faire traiter. Nous prenons également en charge pas mal de personnes infectées ainsi que les orphelins du sida par le paiement de leurs frais de scolarité et de leurs fournitures scolaires. Nous travaillons en collaboration avec d'autres associations dans le domaine du dépistage volontaire.

Une série de manifestations sont prévues bientôt à Koudougou. Peut-on savoir de quoi il s'agit ?

• Ce sont des activités qui entrent dans le cadre du lancement officiel de notre campagne 2000-2001 et nous avons voulu sortir de Ouaga qui est plus ou moins saturé par les associations de lutte contre le Sida alors que dans les autres provinces, le besoin d'information se fait sentir au niveau de la population. Nous avons pensé à Koudougou parce que nous y avons trois malades qui nous ont contactés et nous voulons qu'au delà de ces trois malades nous puissions en toucher d'autres.

C'est pour cela que nous allons installer une section provinciale qui va gérer les personnes vivant avec le VIH au niveau du Boulkiémdé.

Le thème de cette campagne 2001-2005 est " Solidarité avec le VIH ". nous aurons des activités sportives comme le football, le marathon, des activités culturelles entre les établissements primaires et secondaires, des conférences débat...

Quel regard portez-vous sur les actions qui sont menées ici et là allant dans le sens de la lutte contre le Sida ?

• Il faut dire que la lutte est menée contre ce mal mais de façon disparate. Ce qui fait qu'on a l'impression que rien n'est fait. Mais depuis un certain temps, on constate qu'il y a une réorganisation non seulement au niveau de la structure nationale chargé de coordonner les activités mais également au niveau des différentes associations qui se regroupent en réseau pour pouvoir mieux apporter leurs concours aux personnes vivant avec le VIH. Si cette réorganisation est bien faite tout pourra mieux aller, je pense, pour les personnes infectées. Par exemple nous travaillons en collaboration avec le CICODEC et l'IPC (Initiative privée et communautaire) mais également avec des organismes, des organisations et des associations se trouvant en France qui nous fournissent entre autres des médicaments pour nos malades.

Comment sont financées vos activités ?

• Nous n'avons pas de financement extérieurs et depuis sa création l'association fonctionne et travaille sur ses propres fonds constitués par les cotisations de ses membres et l'apport de la présidente Léocadie Ouadéba. Nous avons cependant l'ambassade de France qui nous vient en aide en carburant et dans la confection de nos tee-shirts ainsi que l'ambassade d'Allemagne qui nous est venue en aide en carburant et tee-shirts pour les présentes activités et c'est l'occasion pour moi de les en remercier.

Observateur Paalga du Jeudi 26 Avril 2001

### ***Les exonérations ou dispenses de paiement***

Les dispenses de paiement des frais de consultations ou des examens médicaux (ou les réductions) dans les hôpitaux publics et structures sanitaires publiques sont reconnues aux personnes indigentes, aux retraités et (explicitement) aux PVVIH.

### ***Le droit à l'éducation et à l'instruction***

L'éducation et l'instruction sont des droits sociaux et culturels dont l'Etat doit assurer la promotion (article 18, article 27 de la Constitution).

#### **2.1.1.3. Les Droits politiques et le SIDA**

Concernant les PVVIH, la loi ne prévoit aucune discrimination de quelque nature que ce soit quant au droit d'élire ou d'être élu.

#### **2.1.2. La pratique du droit et les impacts du VIH-SIDA**

Les principales attitudes observées dans les analyses et enquêtes réalisées auprès et par les PVVIH et les associations révèlent des discriminations et la stigmatisation des individus et ménages. Ces réactions se retrouvent à tous les niveaux : professionnel, social, économique et politique.

Le profil clinique des PVVIH au Burkina Faso conditionne fortement les attitudes de stigmatisation puis de discrimination et entretient cette pratique.

En effet, le diagnostic à un stade très avancé de la maladie, la perception et le

vécu de l'infection par les PVVIH eux-mêmes et la forte connotation péjorative et culpabilisante qui entoure (encore et toujours) cette affection, font que la dégradation de l'image corporelle, la déchéance psychique et psychologique, obligent les PVVIH à privilégier la lutte pour préserver ou recouvrer la santé. La lutte pour obtenir et protéger leurs droits au travail, à la propriété, à la vie privé devient ainsi secondaire.

#### **2.1.2. 1. Les impacts sur les droits civils**

##### **De la confidentialité**

L'intégrité physique des PVVIH se trouve menacée, voire compromise dans ce contexte d'épidémie à VIH conjugué avec une ignorance et un analphabétisme des intéressés.

Le consentement libre et éclairé, le respect de l'autonomie de la personne en matière de gestion de sa vie et des décisions en regard des soins de santé, sont ignorés des principaux intéressés.

Il n'est pas rare que des tests de dépistage se pratiquent (encore) à l'insu des personnes. Combien de femmes, de veuves ou d'orphelins, parce que financièrement dépendants et économiquement infériorisés, se voient conduits dans les centres de santé pour un dépistage dans le seul but de se voir révéler leur sérologie.

Il est inutile d'insister là sur le manque flagrant de confidentialité et de protection des personnes soumises à un prélèvement. L'apparente bonne disposition des bienfaiteurs est vite mise à rude épreuve lorsque les conséquences que sont les charges financières des malades ou dépendants se présentent.

Le respect de la confidentialité (au sens strict), dans ce domaine sensible qu'est la santé, peut engendrer des comportements et attitudes qui s'apparentent pour le praticien à une non assistance à personne en danger. En effet, comment qualifier le fait d'avoir connaissance de l'état de santé d'un patient infecté pour son (sa) partenaire et de ne pouvoir, dans le seul but de protéger la victime future (et certaine) informer cette dernière des dangers qui la guettent, devant un refus de la personne infectée de dévoiler son statut d'infecté ? Aussi la nuance réside essentiellement dans le fait que l'infection à VIH, comme plusieurs autres infections (hépatite B, ou C) n'est pas transmissible

#### **ENCADRE 2.4**

##### **Le SIDA et le cadre juridique de référence pour les droits complémentaires**

Les instruments juridiques internationaux les plus pertinents dans le contexte du SIDA, ratifiés par le Burkina Faso sont essentiellement :

- la déclaration Universelle des droits de l'homme ;
- la charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- la convention internationale sur l'élimination de toute forme de discrimination sociale ;
- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;

- la convention 111 de 1958 de l'OIT concernant la discrimination en matière d'emploi et de profession ;
- la convention relative aux droits de l'enfant ;
- la convention 182 relative au travail des enfants, ratifiée en 2001.

Dans le préambule, partie intégrante de la Constitution, le Burkina Faso a inscrit sans pour autant la ratifier, son adhésion au :

- Pacte international relatif aux droits économiques et culturels ;
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Source : Docteur Pascal Niamba, CICDOC, septembre 2001.

lors de tous les rapports sexuels et que l'intention de nuire est difficile à établir dans un contexte de relation sexuelles entre adultes consentants. Des affections bien plus transmissibles ou certaines maladies génétiques pourraient également être prises en compte ! (exemple de l'hépatite B ou C, Albinisme, Hémoglobino-pathie.)

### **De la tradithérapie**

Le recours aux thérapeutiques traditionnelles est également une pratique courante compte tenu du difficile accès aux ARV et autres soins médicaux.

L'Etat à travers le ministère de la santé, faute de mieux, encourage implicitement le recours à des pratiques qui comportent des risques de dérives. Ces médications occultes qui n'observent pas toujours la déontologie qui régit les essais des produits pharmaceutiques et les différentes phases d'essai avant leur mise sur le marché, exposent les patients à des empoisonnements fréquents.

En effet, la loi prévoit plusieurs phases d'essais des produits à usage médicinal (l'isolement du principe actif, activité prouvée sur l'animal, essais restreints sur des volontaires tout en produisant les preuves de l'absence d'effets indésirables compromettant la vie des patients).

La pauvreté, le difficile accès aux ARV doivent-ils autoriser les structures, même de l'Etat, à exposer la population à des risques incontrôlés. Ignorant souvent leur droits les plus élémentaires, les PVVIH ne peuvent avoir recours à des informations, des conseils éclairés et ne peuvent poursuivre un tradipraticien irresponsable et naïf, qui a reçu l'autorisation tacite de l'autorité (promotion de produits traditionnels, alors même qu'ils sont décriés ailleurs et parfois sur le plan régional et international) et dans les médias (télévision et presse écrite...)

### **Ethique et déontologie dans la recherche**

Les protocoles de recherche clinique et sérologique à base de phytothérapie ne respectent aucune norme d'éthique et de déontologie médicale. Poussés souvent par leur bonne volonté et leur désir de contribuer à la recherche de haut niveau, certains centres de recherche (Centre Médical Saint Camille, Direction des ser-

vices Pharmaceutiques) se sont investis dans des schémas thérapeutiques audacieux. Certes, la promotion de la médecine traditionnelle reste un atout majeur pour la lutte pour un accès aux soins de santé en Afrique, et au Burkina Faso en particulier, mais a-t-on le droit de prendre autant de risques ?

Les PVVIH se voient ainsi livrées sans leur consentement éclairé et du fait de leur dépendance sociale et économique, à des essais thérapeutiques qui ne respectent pas les règles de la déontologie ? N'est ce pas là un exemple flagrant d'atteinte à l'intégrité physique ?

La prise en charge des frais médicaux lors de ces essais, l'écoute, la disponibilité dans le suivi et les traitements des effets secondaires sont des aspects occultés par les principaux acteurs. Toutes ces étapes de la recherche doivent - elles être négligées parce que nous sommes dans un contexte de pauvreté et de dépendance ? L'ignorance et l'analphabétisme sont déterminants dans cette situation. La pression sociale, l'incitation à une réaction énergique oblige ainsi l'Etat à opter pour des solutions risquantes. Certes, les ARV comportent également des risques. Mais ceux-ci sont identifiés et contrôlables et les responsables peuvent répondre devant la loi au besoin. Au total, cette situation rend particulièrement vulnérables les PVVIH.

### **De la notification**

Un aspect nouveau que l'infection à VIH révèle est la problématique de la notification des cas. Le problème de notification, le droit de savoir mais aussi le devoir de divulguer son statut sérologique à son conjoint se pose également. Ainsi, que faire lorsqu'un partenaire refuse de divulguer sa sérologie positive à son (sa) conjoint (te) ? La loi ne semble rien prévoir dans ce sens. Le code de la santé publique de 1994 ne prévoit pas d'obligation de notification en cas de MST et du VIH.

Il s'agit sans conteste d'une lacune importante à combler parce qu'elle crée une situation discriminatoire pour l'une des parties en cause qui ne peut pas librement exercer son droit à la vie et à la santé.

Si la difficulté de négocier les relations sexuelles expose plus souvent la femme à ce risque, le désir d'enfant est aussi un facteur qui menace l'homme qui ignore

*" Elle accepte tous les traitements à l'indignat que nous lui proposons. Elle a le courage de se soigner. Quand ses crises de douleur commencent elle gémit toute la journée. Elle réclame des massages au niveau des articulations pour soulager les douleurs. Elle a souvent des envies alimentaires bizarres (du tonic par exemple). Parfois elle reste couchée silencieuse, c'est son regard et ses yeux qui parlent " .*

*Époux d'une femme séropositive, Yatenga.*

la séropositivité de sa femme. La peur de l'entourage, la double vie, le manque de confiance dans le couple, l'absence de partage de l'information portent atteinte au droit des PVVIH.

### **Les influences socioculturelles et la propriété**

La torture morale (par les pressions de l'entourage à réaliser le test de dépistage) et les influences culturelles et religieuses qui stigmatisent les PVVIH, (connotation sexuelle) sont des freins à la libre expression des PVVIH.

Le droit à la succession, le droit à la propriété privée, la protection des biens des

veuves et des orphelins se trouvent tous les jours compromis dans un contexte socioculturel de domination la femme par l'homme, ignorant tout recours à une assistance juridique. De nombreuses veuves souffrent silencieusement des expulsions de la famille, après s'être vues dépossédées de tous les biens et rendues responsables du décès de leur conjoint.

### **2.1.2.2. Les impacts sur les droits sociaux**

#### **De l'emploi**

De manière générale, les situations de licenciement déguisé ou non, sont couramment vécues par les PVVIH. C'est sou-

#### **ENCADRE 2.5**

##### **Ligue des Consommateurs du Burkina : Honte aux mangeurs du SIDA**

Dans l'écrit ci-dessous, la Ligue des Consommateurs du Burkina appelle à soutenir l'action des populations d'Afrique du Sud, en lutte contre les transnationales pharmaceutiques pour l'accès du maximum de malades au traitement contre le SIDA.

La presse nous a informé de l'ouverture en Afrique du Sud d'un procès intenté par les grands groupes pharmaceutiques contre le gouvernement sud-africain accusé d'avoir mis en application une loi nationale permettant de fabriquer localement des produits génériques, copie des antirétroviraux mis au point par ces multinationales pharmaceutiques.

##### **Deux logiques s'affrontent.**

Les firmes transnationales pharmaceutiques attaquent la loi sud-africaine en ce qu'elle ne respecte pas les dispositions internationales portant sur la protection des brevets. Une telle attitude est jugée par les groupes pharmaceutiques non conforme aux accords internationaux sur le commerce et de nature à fausser la concurrence et à décourager la recherche pour la mise au point de nouveaux produits. En résumé, les règles du marché doivent s'appliquer.

Les autorités de Pretoria ont pris la décision de fabriquer ces génériques parce que leur pays est l'un des plus touchés et menacés par l'épidémie du VIH-SIDA et que le coût bien moins élevé des génériques permet de soigner des millions de malades.

Au regard de cet affrontement de deux logiques, droit du marché contre droit à la vie, la Ligue des consommateurs du Burkina appelle la société civile burkinabé à faire le même choix que la société civile sud-africaine à savoir le soutien aux droits de la population de disposer de soins contre le VIH-SIDA pour lequel n'existe encore aucun vaccin. Mobilisons-nous pour soutenir la lutte du peuple sud-africain contre la logique du marché car, pour le Burkina Faso comme pour plusieurs pays en développement, l'enjeu porte sur la vie de millions de personnes condamnées à une mort certaine.

##### **Les enjeux au Burkina Faso**

Au Burkina Faso, trois chiffres tirés des statistiques de 1998 parlent d'eux-mêmes :

- 620 000 cas recensés
- dont 250 000 décès
- et 150 000 orphelins.

La situation est très préoccupante, plus de 7 % de la population

était touchée il y a trois ans, particulièrement les adultes de 25 à 19 ans et les jeunes filles de 13 à 24 ans et la situation s'aggrave de jour en jour !

De nombreux services publics, associations, ONG, agences de coopération et structures confessionnelles mènent un travail remarquable en matière de prévention, information éducation, sensibilisation et même de prise en charge communautaire des malades. Toutes ces initiatives sont limitées dans leurs résultats en raison du coût du traitement des malades atteints du SIDA. La facilitation de l'accès aux antirétroviraux constituerait un moyen de sauver des milliers de vies humaines au Burkina Faso et un formidable réconfort pour les familles des malades et des acteurs en première ligne dans le combat contre cette pandémie.

Les spécialistes affirment que les conséquences néfastes du VIH-SIDA affecteront de plus en plus non seulement les familles des malades mais aussi l'espérance de vie, la croissance démographique, la croissance économique et le développement de notre pays.

Face à de tels enjeux, nous devons nous mobiliser pour parer au plus pressé, à savoir acquérir le maximum de produits pour sauver des vies humaines, quitte à passer par le recours aux produits génériques comme en Afrique du Sud ou encore au Brésil.

Des enceintes internationales appropriées pourront réfléchir sur les moyens de dédommager les groupes pharmaceutiques qui se sentiront lésés. Pourquoi ne pas les indemniser à partir de la taxation des énormes plus values réalisées dans les transactions financières internationales spéculatives ?

##### **Proposition d'action**

La Ligue propose à la société civile et à l'ensemble des acteurs en lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso de se retrouver pour arrêter une démarche qui pourrait consister en un soutien immédiat au peuple sud-africain, puis à une marche pour soutenir les nombreuses actions menées et/ou programmées dans le cadre de la lutte contre la pandémie VIH-SIDA et pour encourager voire pousser les autorités burkinabé à s'inspirer de l'exemple donné par l'Afrique du Sud en matière de défense des intérêts supérieurs lorsqu'il y a urgence en matière de santé publique. Les autorités devraient parallèlement exploiter toutes les possibilités offertes aux PMA dans les cas d'urgence par les accords internationaux, y compris ceux de l'OMC.

Aucun pays ne peut accepter de sacrifier sa population par respect pour une réglementation commerciale, du reste souvent imposée !

Source : L'Observateur Paalga du Vendredi 9 au Dimanche 11 Mars 2001

vent au prix de grands efforts pour rester présent au poste, souvent au dépend de sa santé et après avoir entamé ses capacités physiques qui, progressivement fléchissent, que l'employé finit par consentir à réaliser les démarches pour reconnaître son statut de séropositif et faire face à la réalité. A un certain stade de la maladie, l'état physique devient grabataire et cachectique. Le malade s'absente très souvent.

Le prétexte est donc vite trouvé de l'abandon de poste, voire de faute professionnelle pour procéder à un licenciement. Etant donné qu'il est impossible d'établir la preuve d'une telle pratique discriminatoire devant la Cour, les tribunaux laissent ces situations sans issues.

Les conséquences de cette discrimination sont la perte d'une main d'œuvre qualifiée et l'augmentation des charges sociales et professionnelles déjà importantes. Or, un dépistage et une prise en charge précoce auraient indéniablement l'avantage de conserver les capacités physiques et les performances professionnelles, et donc d'avoir une aptitude sociale et psychologique à surmonter et ralentir considérablement le cours de l'évolution de la maladie, à un coût moindre.

De même, les opportunités d'emploi, les propositions d'embauche se voient conditionnées dans certains secteurs (armée...) à une séronégativité. L'aptitude au poste proposé justifie souvent cette pratique parfois non stipulée par les textes.

Si le maintien de l'emploi est compromis par l'état de PVVIH, la promotion, la formation, la ré-affectation devrait faire l'objet de discrimination positive. En effet pour conserver un état de santé performant, le PVVIH devrait voir aménager des réajustements souples de son poste de travail.

La ré-affectation à de nouvelles tâches lorsqu'une personne n'est plus en mesure d'effectuer sa tâche habituelle en raison de sa maladie ou lorsqu'elle serait en mesure d'effectuer une autre tâche plus adaptée à sa situation, est circonscrite à l'article 43 de la convention collective interprofessionnelle du 9 juillet 1974. Cette disposition devrait être appliquée au bénéfice des PVVIH.

Certaines pratiques discriminatoires, tendant à réaliser à leur insu des tests séro-

logiques à des employés afin de pouvoir les licencier, doivent être combattues vigoureusement.

Les situations discriminatoires réelles ou perçues comme telles continueront d'exister tant que des mesures permettant une meilleure prise en charge (incitation au dépistage précoce, à la prise en charge médicale et au soutien psychosocial) ne seront pas engagées.

La protection professionnelle, la prise en charge des frais de santé par l'employeur doivent être promues par la loi et encouragées au sein des entreprises et structures de l'Etat. Les mesures de prévention, l'information, l'éducation sur les aspects sanitaires en général et l'infection à VIH en particulier doivent être dispensées.

### *De l'accès aux soins*

Un des profils particuliers de l'infection à VIH dans le contexte du Burkina Faso semble être toujours le dépistage ou plutôt la confirmation par le diagnostic de l'infection à un stade avancé. Ce contexte de malade grabataire est peu favorable à une prise en charge efficace quand on connaît la capacité de réponse des structures et systèmes de santé.

Certains déterminants de la performance des structures de soins et santé constituent de véritables handicaps au droit à la santé en général et sont plus dramatiques pour les PVVIH en particulier du fait même de la nature chronique de l'infection qui obligent à plus de sollicitude, plus de constance dans les soins.

Les facteurs de sous utilisation de ses services sont :

- l'insuffisance des conditions d'accueil et de séjour ;
- les difficultés de communication avec le personnel de santé ;
- les contraintes financières pour l'accessibilité aux traitements.

Les pratiques dans les structures dissuadent les populations en dehors des temps d'épidémies et plus encore en période d'épidémie. En effet, le non respect de la confidentialité, la discrimination envers les malades par le personnel soignant, les longues attentes, les fréquentes absences du personnel soignant, l'inadéquation de la prise en charge par l'inaccessibilité des produits, tous ces facteurs font courir aux PVVIH le risque de s'empoisonner par



## ENCADRE 2.6

### Essais thérapeutiques et droit des personnes

Début 2000, l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou démarre un programme de soins aux malades du sida, couplé à un projet de recherche sur des produits issus de la pharmacopée traditionnelle. A la suite d'un débat national entre médecins, praticiens et autorités sanitaires, les associations de lutte contre le sida interviennent en faisant valoir leur point de vue : celui des patients. Dans le texte publié ci-dessous, elles portent le débat sur le terrain crucial de l'éthique de la recherche et du droit des personnes atteintes.

« Présents au Burkina Faso depuis 1967, les Caméliens œuvrent à Ouagadougou dans le domaine de la santé globale de malades, en privilégiant les plus démunis d'entre eux. A ce titre, le centre Saint Camille collabore avec l'Etat burkinabè depuis le début des années 80, et un protocole d'accord a pu être signé en 1992 entre les deux parties. Ce protocole d'accord autorise notamment le centre Saint Camille à travailler en tant que structure sanitaire privée (article 3), prévoit la supervision de ses activités et de sa gestion par les autorités compétentes du ministère de la Santé (article 9), engage les Camilliens à fournir statistiques et rapports au ministère (article 11), et autorise l'ouverture de dépôts pharmaceutiques au sein de la structure (article 12).

C'est donc dans le cadre d'une étroite collaboration avec les autorités sanitaires du Burkina Faso, et sous leur supervision, que le centre Saint Camille développe, depuis près d'un an, un protocole de recherche thérapeutique sur les médicaments antirétroviraux. Ces essais visent ainsi à valider l'utilisation de produits issus de la pharmacopée traditionnelle dans le traitement proposé aux personnes infectées par le VIH-Sida. Dans un contexte épidémiologique marqué par un taux de séroprévalence du VIH-SIDA élevé et en constante augmentation (cf. données épidémiologiques publiées par le CNLS et Onusida), et, eu égard aux multiples difficultés socio-économiques auxquelles sont confrontés les malades burkinabè, cette initiative a pu à juste titre être saluée comme un signe d'engagement des autorités sanitaires en faveur de la lutte contre l'épidémie, et a rapidement suscité l'espoir de nombreuses personnes vivant avec le VIH-SIDA.

A travers leurs activités de prise en charge médicale et psychosociale de ces personnes, les associations ont en effet été très vite en contact avec des malades bénéficiant de ces essais thérapeutiques, et ont ainsi pris connaissance du déroulement de ces protocoles en recueillant leurs témoignages. Des témoignages le plus souvent enthousiastes, provenant de malades pour lesquels les coûts prohibitifs des traitements antirétroviraux classiques rendaient ces traitements inabordable. Ces malades qui envisageaient alors la possibilité d'accéder à un suivi médical à moindre coût, et semblaient plus enclins à accorder leur confiance à des produits phytosanitaires issus de leur pharmacopée qu'à des molécules chimiques créées par les laboratoires occidentaux. Par la suite, l'inclusion d'un nouveau produit dans le protocole du Saint Camille, le Tobaccoaks, a renforcé cet optimisme en bénéficiant d'une large publicité dans les médias nationaux, qui se sont aussitôt fait l'écho des attentes de la population et des paroles d'encouragement des autorités publiques.

Cependant, dès le départ, certaines interrogations ont pu naître quant au déroulement de ces essais thérapeutiques, portant sur des questions éthiques et sur le respect des droits des personnes vivant avec le VIH-SIDA. Ainsi, quelques associations se sont très tôt inquiétées de la qualité du suivi médical proposé aux malades, de l'application effective des schémas thérapeutiques préalablement établis, de l'information fournie aux personnes placées sous traitements, ou encore du respect des normes de confidentialité. D'enthousiastes et optimistes, les témoignages sont peu à peu devenus plus prudents et plus modérés, traduisant en cela une inquiétude croissante vis-à-vis du bon déroulement des essais menés par le centre Saint

Camille. Bien qu'il soit ici impossible de faire état de l'ensemble des reproches et de griefs formulés par de nombreux malades et recueillis par les associations, certains faits relatés paraissent clairement avérés par la concordance des témoignages, et sont source de questionnements.

En premier lieu, force est de constater que, contrairement aux normes qui régissent la mise en place de protocoles à l'étranger, les essais menés au centre Saint Camille exigent des malades l'achat des médicaments et le paiement de certains frais d'examen, lesquels sont réalisés par le centre lui-même. Etant entendu que les patients, par leur simple participation volontaire, offrent déjà leur concours à la mise en œuvre de ces travaux de recherche, on peut légitimement s'étonner de cette non-gratuité. En second lieu, il semble que tous les patients n'ont pas été informés de la nature de ces traitements, ce qui paraît indiquer que le consentement éclairé des malades n'est pas systématiquement recherché par les responsables médicaux travaillant au centre Saint Camille. Les personnes accompagnées par les associations, n'ont en effet découvert leur inclusion dans les protocoles que lorsqu'elles ont présenté leur ordonnance aux conseillers de ces associations, qui ont dû alors le leur annoncer. Le consentement éclairé, qui oblige ordinairement les médecins à donner aux malades tous les renseignements relatifs au déroulement d'un essai clinique, est pourtant l'une des conditions requises et définies par les institutions internationales de la santé, et doit donc faire l'objet d'une application sans exception.

Par ailleurs, d'autres malades semblent avoir été encouragés à abandonner des traitements antirétroviraux classiques, dont l'efficacité a pourtant été prouvée et qui sont inscrits sur la liste des génériques de la CAMEG (Centre d'achat et médicaments essentiels générique), au profit des produits phytosanitaires actuellement testés, dont l'efficacité reste à démontrer. Conséquemment, certaines personnes se sont plaintes d'une dégradation progressive de leur état de santé, mettant donc en doute la pertinence de tels changements de traitement. Bien que la corrélation entre un changement de traitement et une dégradation de l'état de santé ne relève en rien de l'évidence, on peut tout de même s'interroger sur les raisons de tels choix thérapeutiques, entre bénéfices attesté et bénéfices espérés. De plus, des modifications de traitements, des changements de posologies, voire des passages d'un premier médicament testé à un second médicament ont été rapportés à plusieurs reprises. Cela pose la question de l'existence et de l'application rigoureuse de schémas thérapeutiques dûment et préalablement établis, qui seuls garantissent la validité des résultats obtenus par une étude scientifique.

Il n'appartient pas aux associations de juger de la valeur et de la pertinence de la recherche médicale, et donc de la valeur et de la pertinence scientifique des essais thérapeutiques menés par le Saint Camille. Cependant, il est de leur devoir moral de s'assurer que ces essais respectent les droits des personnes vivant avec le VIH/Sida qu'elles accompagnent. En faisant état des témoignages qui leur sont rapportés par les malades eux-mêmes, et en essayant de le mettre en lumière, les associations ne font qu'exercer ce rôle de vigilance. Il ne s'agit pas pour elles de se positionner en juges, de condamner ou de dicter aux autorités sanitaires et publiques les modalités de leur intervention dans la lutte contre l'épidémie de sida, mais simplement de se faire l'écho des inquiétudes et des interrogations des personnes séropositives ou malades du sida.

A ce titre, c'est avec impatience que nous attendons la constitution et la mise en place d'un comité d'éthique par le CNLS, et exprimons aujourd'hui notre désir d'une collaboration étroite entre ce comité et le monde associatif, afin que les droits à l'information et à la santé ainsi que la dignité des personnes vivant avec le VIH-SIDA soient efficacement défendus. »

Pour le collectif des associations de lutte contre le sida du Burkina Faso

des pratiques médicinales traditionnelles auprès de “ tradithérapeutes ” douteux et cupides et même auprès de quelques structures soutenues par l’Etat qui autorise des “palliatifs” faute de mieux.

### 2.1.2.3. Les influences socioculturelles et le SIDA

La gestion générale de la confidentialité vis à vis des séropositifs pour l’infection à VIH a des répercussions importantes sur la vie sociale et psychologique des personnes infectées.

L’infection à VIH est en effet venue révéler les nombreuses failles du système de cohésion sociale. L’ignorance ou la mauvaise connaissance du VIH et l’analphabétisme sont également des déterminants majeurs de l’aggravation de cette situation.

Les femmes payent un lourd tribut dans cette situation soit parce qu’elles se voient attribuer un nouvel époux (lévirat) après le décès de leur mari ou sont même mariées à un veuf dont il ne viendrait à l’idée de personne de vérifier la sérologie, soit que, pour des raisons de succession, d’héritage, elles se voient maltraitées, répudiées, voire expropriées au profit de la famille du défunt mari.

La situation de dépendance sociale et économique, l’influence de la société et l’importance de la procréation sont des déterminants importants des pratiques sexuelles obtenues sans consentement de l’épouse. Le dialogue limité au sein du ménage conjugué au risque de se voir répudiée après un partage de confiance vis-à-vis d’une sérologie positive, fait que la femme expose son époux à l’infection, ou que l’époux soumet sa partenaire au risque de l’infecter. Ce dilemme revient souvent dans les propos des femmes séropositives lors des consultations médicales.

Le poids des traditions, l’influence de la société fait que le risque de l’infection (souvent d’ailleurs bien connu) passe nettement après le risque de se voir désapprouvé aux yeux de la société.

Certaines femmes finissent également par prendre le risque d’avoir un enfant, tant ce désir de procréation l’emporte sur le désir de vie et de santé.

### 2.1.2.4. La protection sociale et le VIH-SIDA

Dans ses réponses proposées pour l’accès aux soins, les prestations de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) se limitent aux domaines des maladies professionnelles et aux accidents de travail. Elle intervient essentiellement dans la prévention, la prise en charge et l’indemnisation des affections liées au travail. L’infection à VIH n’est pas perçue comme une maladie professionnelle. La prise en charge des PVVIH par la CNSS ne relève pas à priori des prérogatives de cette structure. Cependant, il est logique de croire que cette institution gagnerait à minimiser ses frais d’indemnisation et à maximiser le nombre de ses cotisants en engageant une série de mesures visant à prévenir le VIH-SIDA.

Quelques cas isolés de PVVIH pris en charge (frais médicaux) ont cependant été relevés mais ce soutien s’est vite vu limité et parfois dangereusement interrompu au profit de la phytothérapie proposée (et soutenue) par le ministère de la santé.

De nombreux professionnels de santé (matrones, accoucheuses villageoises, infirmières, chirurgiens...) sont infectés. Mais la preuve de la maladie professionnelle reste difficile à situer dans un contexte où les conditions d’exercice ne permettent pas la mise en place d’attitudes codifiées dans ce sens : test rapidement réalisé dès la prise de risque professionnelle (accident d’exposition au sang), mise en route d’un traitement par les ARV dans les 48 heures qui suivent et contrôle de la sérologie trois mois plus tard. De même, les démarches en vue de la reconnaissance de leur état comme relevant d’une maladie professionnelle expose les intéressés à une divulgation de leur statut sérologique. A cet égard, les protocoles relatifs aux démarches à suivre en cas d’exposition, (énoncés à grands renforts de publicité) ne sont pas dans la réalité appliqués ni applicables compte tenu des contraintes et limites de l’accessibilité à un certain nombre de services.

### 2.1.2.5 Les assurances

S’il existe un domaine où la stigmatisation est observable et semble admise par tous, c’est bien celui des assurances.

En effet, les demandes de prêts importants sont soumises à un questionnaire la-

borieux et souvent des examens médicaux sont exigés dans le but d'écarter les personnes grabataires ou présentant des maladies chroniques incurables. L'infection à VIH est clairement citée et indexée et fait objet de refus d'octroi de prêt. Cette situation discriminante constitue un frein important à la prise en charge des PVVIH dans un contexte où l'accès aux ressources est faible, très limité et la sécurité sociale absente.

Au Burkina Faso, l'accès aux assurances constitue plus un privilège qu'un droit et les différentes compagnies, en raison des principes de justice et d'équité envers les assurés, se font un devoir de répartir équitablement le poids des risques entre les assurés afin de ne pas pénaliser l'ensemble des assurés.

L'accessibilité aux services de santé et aux médicaments est le déterminant principal de ce recours aux assurances. Les réformes et réflexions pour un coût moindre sont essentielles et protégeraient certainement mieux les PVVIH qui, limitées dans leur capacité et opportunité à générer des revenus, ne feront que s'endetter sans possibilité réelle de rembourser.

#### **2.1.2.6. Les impacts de la gouvernance sur la réponse à l'infection à VIH**

Une protection insuffisante des droits de l'homme alimente l'épidémie à trois niveaux.

##### ***La discrimination accroît l'impact de l'épidémie sur les PVVIH qui voient leur charge augmentée du fait de la maladie.***

L'une des raisons majeures de la propagation de l'infection est la peur de révéler sa sérologie positive à son entourage. La forte connotation sexuelle, inhibe toutes les tentatives de partage de l'information. La souffrance physique et psychologique conduit à un épuisement, à une inaptitude au travail ou à la compétition pour l'emploi et donc à une réduction importante des ressources.

##### ***La vulnérabilité des personnes à l'infection est aggravée lorsque les droits économiques, socioculturels ne sont pas respectés.***

L'accès à une assistance juridique qui viendrait en appui au PVVIH dans la lutte pour la protection de leurs droits est

encore difficile. De multiples atteintes aux droits des PVVIH sont courantes de nos jours ; expropriation, pressions psychologiques, mariages forcés, agressions physiques, exploitation...

##### ***Les faibles capacités et moyens des PVVIH et associations rendent difficile voire compromettent l'apport de la société civile pour une riposte efficace à l'épidémie.***

La liberté de créer une association est certes reconnue au Burkina Faso ; Cependant, les dispositions institutionnelles de la lutte contre le VIH-SIDA devraient favoriser un soutien stratégique aux associations et les aider à s'organiser pour une réaction harmonieuse et une réponse adéquate à la lutte contre cette épidémie.

## **2.2 Les liens entre gouvernance - droits humains et infection à VIH-SIDA**

Selon le rapport national sur le Développement Humain 2000 du PNUD, la bonne gouvernance désigne un ensemble d'institutions et de pratiques, favorables à la liberté individuelle et collective, à la paix et au développement. Elle comporte dans sa dimension nationale, les aspects politiques, administratifs et économiques, distincts et interactifs.

La bonne gouvernance peut se définir selon toujours le même rapport comme un ensemble de mesures mises en œuvre pour assurer et optimiser la gestion des affaires publiques (sur le plan économique, politique, social et administratif). Elle se caractérise ainsi entre autres par la primauté du droit, la participation, la transparence, l'imputabilité, la productivité, la durabilité.

Dans sa dimension politique, la bonne gouvernance repose sur certains éléments dont :

- un système judiciaire indépendant, une justice accessible à tous, indépendamment de leur situation économique ;
- le respect des droits de l'homme ;
- un gouvernement fondé sur une Constitution démocratique et la séparation des pouvoirs ;
- l'obligation pour les autorités gouvernementales de rendre compte au peuple de leur gestion des affaires publiques ;
- une fonction publique compétente, pro-

fessionnalisée, non partisane, capable d'assurer des services efficaces et effectifs.

Dans ce contexte on peut établir aisément un lien entre bonne gouvernance, respect des droits humains et infection à VIH-SIDA.

L'impact de la gouvernance, de la gestion de la chose publique, du respect des textes et lois en vigueur, la vulgarisation et l'application des textes fondamentaux peuvent avoir un impact sur la maîtrise de l'épidémie. En effet, la faible capacité des ressources humaines et matérielles de l'Etat, l'inefficacité des politiques et stratégies proposées jusque-là par les structures sanitaires et les projets d'appui décentralisés peuvent expliquer certaines carences en matière de bonne gouvernance et de lutte contre le VIH-SIDA.

La notion d'Etat moderne suppose entre autres éléments, l'existence de garanties fondamentales et l'application de mesures énergiques pour relever les défis auxquels sont confrontés les citoyens et assurer le respect des droits humains et l'équité.

Le rôle de l'administration influence les réponses proposées pour lutter contre l'infection à VIH dans un contexte d'épidémie, où tous les secteurs de l'Etat sont concernés.

En effet, une administration dans un contexte de bonne gouvernance devrait :

- stimuler les capacités de concevoir des citoyens ;
- permettre la mise en œuvre efficace des politiques publiques par une société civile active et dynamique ;
- permettre à la société civile de s'organiser, d'agir pour une auto-promotion des individus et des ménages à la santé, au droit à l'instruction, à la vie.

Le manque d'imputabilité publique, l'incompétence et l'inefficacité des structures des services publics conjugués à la pauvreté et à l'analphabétisme favorisent la persistance de la mauvaise gouvernance.

L'infection à VIH-SIDA intervenant dans tous les secteurs de l'Etat, de la vie au quotidien des citoyens, se trouve influencée par cette nouvelle situation. Les efforts des services de santé, les mesures de protections des travailleurs, l'accès aux soins, à l'information, à l'éducation, au

travail, à l'emploi, à la vie privée, à la confidentialité, la protection des biens individuels, la notion de protection, de droit à la vie, sont autant de domaines touchés par ce fléau et une bonne gestion, un cadre de bonne gouvernance devrait influencer grandement les réponses proposées.

Le degré d'implication de l'Etat dans la lutte contre le VIH-SIDA, les stratégies adoptées pour la mise en œuvre des politiques dont la décentralisation, la transparence dans la gestion des fonds alloués, la défense des droits des personnes vulnérables, la lutte efficace contre la pauvreté sont autant de domaines déterminants qui peuvent conditionner les réponses et leur efficacité si les règles d'une bonne gouvernance sont véritablement respectées.

### 2.3. Les politiques et stratégies

Hormis les textes fondamentaux applicables à l'ensemble des pathologies chroniques en général, il n'existe pas au Burkina Faso de disposition légale spécifique à l'infection à VIH. Les textes existants sont des dispositions générales et accords internationaux ratifiés par l'Etat.

Comme dans d'autres secteurs, l'épidémie à été révélatrice des insuffisances et de l'inadéquation des dispositifs légaux en vigueur. L'application de ces textes, leur exploitation pour la défense et la protection des PVVIH est nettement inexistante.

Dans un contexte où la crise du système judiciaire est encore vivace, le respect de la personne infectée, le droit au travail, le droit aux soins, à la confidentialité, à la succession, le droit à la propriété privée, sont ignorés souvent par les principaux acteurs (PVVIH et le système judiciaire) ou ne constituent pas des priorités aux yeux des justiciables qui manquent cruellement de confiance en la justice. Se battre pour ses droits suppose que l'on révèle son état de séropositif ou de malade et cela implique un partage avec autrui de la confidentialité, un risque de stigmatisation, de discrimination dans son lieu de travail, son entourage social, source d'abandon, de perte de soutien dans la mesure où cette affection reste toujours culpabilisante.

Des directives pour la mise en œuvre d'une riposte à l'épidémie, fondées sur les droits de l'homme peuvent s'articuler en 3 points :

## ENCADRE 2.7

### SIDA au Burkina Faso : les parlementaires préoccupés

Quelle est la situation de l'épidémie du VIH-SIDA au Burkina Faso et quelles sont les mesures envisagées par l'Etat pour y remédier ? Telle est en substance la question orale posée par le député Alice Tiendrébéogo (CDP) au ministre de la santé. Celui-ci étant absent, c'est son collègue de la jeunesse et des sports, qui assure son intérim, qui s'est présenté le vendredi 18 mai devant le parlement. Constat général, malgré les efforts multiples et divers, l'épidémie gagne du terrain.

Dans son exposé, le ministre Emile Kaboré a commencé par donné la situation sanitaire générale du Burkina Faso. Une situation qu'il a qualifiée de " précaire " car caractérisée par une morbidité et une mortalité élevée. Les chiffres de 1998 donnent une mortalité maternelle de 484 pour 100 000 naissances et une mortalité infantile de 105,3 pour mille naissances. " Les ratios personnels de santé dit-il, sont en deçà des normes préconisées par l'OMS " avec 1 médecin pour 29 000 habitants contre un médecin pour 10 000 habitants préconisé par l'OMS. Le SIDA assombrit encore plus ce tableau. Avec 10 cas de VIH-SIDA " reconnu officiellement " en 1986, au 31 décembre 2000, le Burkina comptait 17 081 cas. Une enquête menée en 1997 a donné les résultats suivants : un taux de séropositivité de 35% chez les prostituées ; 23 % de malades porteurs d'IST (Infection sexuellement transmissible) étaient séropositifs ; 19 % des malades hospitalisés en médecine à l'hôpital Yalgado étaient séropositifs ; de même que 12,5 % des tuberculeux de Bobo-Dioulasso.

En 1994, une enquête nationale de séroprévalence chez 2 159 femmes enceintes donnait une moyenne de 7,3 %. En 1999, cette moyenne variait entre 3,78 % et 8,39 %. En 1997, l'ONUSIDA a donné le chiffre de 370 000 personnes vivant avec le VIH-SIDA avec un taux de prévalance de 7,17 %. " Ce taux met le Burkina en situation d'épidémie généralisée " constate le ministre. En ce qui concerne les déterminants de la propagation de la maladie, outre les comportements à risque, " la spécificité géographique du Burkina avec ses six frontières en fait une plaque tournante d'échanges démographiques mais aussi un lieu de propagation de maladies épidémiques dont l'infection par le VIH ". Chose qui rend le pays encore plus vulnérable sur le plan économique.

L'impact du VIH-SIDA sur le PIB par habitant au Burkina Faso était estimé à 0,5% par an sur la période 1995-99 et pourrait atteindre 0,8% à 1% sur la période 2000-2005 et se traduirait par : la pauvreté en générale et la baisse de la productivité...

" Sur le plan démographique, affirme le ministre, l'impact du VIH-SIDA se traduit entre autres par une régression de l'espérance de vie de 10 à 11 années et un recul de 3 ans par rapport aux données de 1996 (49 ans) contre 46 ans en 1998.

Pour faire face à ce fléau, le Burkina a mis sur pied, en 1987, une stratégie de lutte. Celui-ci a permis de mettre en place un comité technique qui a élaboré un programme national de lutte, celui-ci a consacré " un engagement politique, matériel financier plus grand du gouvernement et s'est soldé par un renforcement du caractère multisectoriel de la lutte, l'approche décentralisée des activités et une plus grande implication des organisations à base communautaire.

De 1987 à 2000, 35 millions de dollars US ont été investis dans la lutte contre le SIDA et un fonds national de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA a été créé en 1998.

Jusque-là, " l'essentiel des financements est allé aux activités de réduction de risque de transmission du VIH et au renforcement de la réponse communautaire ", affirme-t-on du côté du ministère de la Santé où on constate également que " bien que des efforts importants aient été faits depuis plus de 12 ans, l'épidémie a continué de progresser et les réponses apportées sont restées globalement limitées.

Aussi, pour renforcer la lutte contre l'épidémie, le Burkina s'est doté d'un cadre stratégique qui vise le renforcement des mesures de prévention de la transmission ; le renforcement de la surveillance de l'épidémie ; l'amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées et la promotion d'un partenariat national, international et la coordination multisectorielle. Dans le même temps, outre les centres privés de dépistage, l'Etat a ouvert deux centres de dépistage volontaire à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso pour la somme de 500 F CFA par test. Les négociations avec les firmes pharmaceutiques ont abouti à une réduction d'environ 80% des prix des anti-retroviraux.

Moussa Sawadogo du journal : le pays N°2389

- la responsabilité et l'implication des institutions étatiques ;
- la mise en œuvre des mécanismes étatiques en vue du réexamen et de la réforme des soins et services d'appuis ;
- la mise en place d'un environnement habilitant et incitatif.

### 2.3.1. L'implication des responsables des institutions

Intégrer le cadre des droits de l'homme dans une riposte élargie à l'épidémie est une nécessité qui va au-delà d'une simple proclamation de droits applicables aux citoyens.

Dans le cadre de la bonne gouvernance, tous les départements ministériels, tous les parlementaires démocratiquement élus, tous les responsables des corps constitués doivent soutenir une approche du problème du SIDA, approche fondée sur le respect des droits de l'homme.

L'Assemblée Législative qui occupe une position centrale et stratégique parce qu'elle peut tout à la fois influencer l'opinion publique et inciter la population à soutenir une riposte nationale efficace à l'épidémie doit s'impliquer plus directement.

En effet, la reconnaissance du problème par le gouvernement, l'engagement politique en faveur d'une action nationale et l'implication des plus hautes autorités d'un pays font toute la différence.

### 2.3.2. Les Mécanismes étatiques de mise en œuvre

Des recommandations ou directives internationales sur le VIH-SIDA et les droits de l'homme issues de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies, celles applicables au contexte du Burkina Faso pourraient être:

- la création d'une commission parlementaire ou législative regroupant toutes les sensibilités (majorité et opposition) ;
- la mise en place d'un organe consultatif sur les questions juridiques et éthiques, regroupant les professionnels des divers secteurs (santé, droit, enseignement, communauté coutumière et religieuse, syndicats, PVVIH) ;
- la constitution d'un comité d'éthique chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la législation relative aux bonnes pra-

tiques en matière de santé publique, (notamment la confidentialité, le consentement éclairé pour la pratique des tests de dépistage, l'accès aux soins et médicaments etc.) ;

- la création de services d'assistance juridique qui informeraient les personnes touchées par le VIH-SIDA et fourniraient des conseils juridiques en vue de la défense de leurs droits ;
- la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'exécution garantissant la protection des droits de l'homme, dans le contexte de l'infection par le VIH notamment les droits des personnes touchées, leur famille et la communauté.

Certaines avancées notoires méritent d'être relevées. Il s'agit de l'élaboration et l'adoption par le gouvernement du Cadre Stratégique de la Lutte contre le VIH-SIDA et du nouveau positionnement du Conseil National de Lutte Contre le SIDA.

### 2.3.3. La mise en place d'un environnement incitatif et habilitant

Les groupes les plus vulnérables sont sans conteste les femmes, les enfants, les couches sociales économiquement démunies, les travailleurs itinérants, les professionnels du sexe.

La lutte contre l'infection à VIH passe par une réponse adéquate et englobe les aspects socioculturels et économiques.

Un environnement incitatif et habilitant est nécessaire pour une riposte bénéfique. Une approche de la prévention fondée sur les droits reconnaîtrait la vulnérabilité de la société entière au VIH et non pas seulement les comportements individuels à risque. Elle reconnaîtrait également la vulnérabilité des populations stigmatisées ou infériorisées telles les femmes, les enfants et les prostituées.

## 2.4. Conclusions et perspectives

L'impact de l'infection à VIH sur le développement est tel qu'il devient impératif d'apporter une réponse appropriée. L'approche multisectorielle commande que toutes les structures de l'Etat intègrent cette nouvelle donnée qu'est la lutte contre l'infection à VIH.

Certaines recommandations et dispositions devraient être entreprises pour une riposte énergique et plus globale à l'épi-

démie dont les conséquences sur le tissu socio-économique et culturel sont sans précédent. Il s'agit notamment de :

### • Réexaminer et de réformer des lois et services d'appui :

- Réexaminer et réformer les législations pénales et le régime pénitentiaire pour qu'ils prennent en compte les pratiques en cours ;
- Veiller à l'application des lois contre la discrimination et des lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH-SIDA, afin de garantir le respect de la vie privée, la confidentialité et l'éthique ;
- Promulguer des lois régissant les fournitures des biens et services et des informations liées au VIH pour un accès à des services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement.

### • Envisager des programmes ciblés pour :

- Améliorer le degré d'alphabétisation, le niveau d'instruction, la situation de la femme. Le développement d'approche en faveur du genre afin d'influencer les rapports homme – femme dans notamment les actions de lutte contre la pauvreté et le SIDA ;
- La faiblesse des revenus, le manque de qualification, les normes sociales " préjudiciables " concernant les relations sexuelles, la violence sont les principaux déterminants de la vulnérabilité des jeunes. Des projets centrés sur ces déterminants et conçus pour apporter des connaissances et compétences psychosociales et techniques doivent être mis en œuvre ;
- La promotion des changements de comportements et des attitudes de discrimination par l'éducation, la formation, l'information participe à la mise en place d'un environnement habilitant.

L'infection à VIH vient poser le problème complexe de l'adoption de textes spécifiques pour un fléau dont les contours, mal cernés au début, sont de plus en plus précis de nos jours.

Le dilemme devant lequel on se retrouve est celui d'avoir été peu efficace face à une affection qui constitue une catastrophe pour le pays. Cependant, progressivement, cette épidémie se révèle contrôlable par l'homme (exemple

*" Tout le monde me soutient, il n'y a pas eu de réactions négatives et je ne suis pas isolée. Mais il faut dire que seuls mes amis et ma maman sont au courant de ma séropositivité. Les voisins n'en savent rien, je ne leur ai pas dit. "*

Femme séropositive,  
Ouagadougou

des pays développés) et il apparaît possible de relever les défis qu'impose cette maladie notamment ceux liés à la discrimination et à la garantie à des droits fondamentaux.

La prudence oblige à ne pas prendre des dispositions légales hâtives mais un volontarisme fort s'impose aujourd'hui pour tracer les contours de l'action publique et de l'initiative privée et communautaire.



# LES DEFIS ECONOMIQUES ET LA LUTTE CONTRE LE SIDA

## INTRODUCTION

**L**e Burkina Faso a enregistré au cours des dix dernières années, de bonnes performances macroéconomiques, affichant un taux de croissance réelle de l'ordre de 5 % en moyenne durant la période 1994-1999, contre 3% environ sur la période 1980-93. En dépit d'une importante détérioration des termes de l'échange entre 1997 et 1999, le taux de croissance a été maintenu à 5,6% en moyenne sur la période. Cette augmentation du produit intérieur brut (PIB) a été obtenue au prix de l'adoption et de la mise en oeuvre de réformes structurelles soutenues par l'ensemble de la communauté des partenaires au développement. Ces réformes visaient à améliorer la gestion des finances publiques, à libéraliser l'économie nationale et à tirer profit d'une plus grande ouverture sur l'extérieur et l'espace sous régional. Toutefois, la problématique du VIH-SIDA vient bouleverser les paramètres de croissance et de développement du Burkina Faso. Jusqu'à la fin 1999, les responsables du ministère de l'Economie et des Finances n'avait pas véritablement intégré la problématique SIDA dans les politiques et stratégies de développement économique. La version préliminaire du Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté (CSLP) élaboré en décembre 1999 ne comportait qu'une mention réduite au SIDA. C'est le plaidoyer du Système des Nations Unies et du PNUD en particulier qui va permettre

l'intégration d'une composante SIDA dans le CSLP et la prise en compte du SIDA dans l'initiative PPTE de réduction de la dette.

### 3.1. Le diagnostic macroéconomique et la lutte contre le SIDA

En dépit des importants progrès économiques, la population burkinabé est demeurée extrêmement pauvre, comme en témoignent les résultats des deux enquêtes prioritaires organisées par le Gouvernement en 1994 et 1998. Sur la base de la valeur courante de la ligne de pauvreté estimée à 72.690 F CFA en 1998 contre 41.099 F CFA en 1994, la proportion des pauvres enregistre une légère hausse 45,3% contre 44,5%. Si en milieu rural ce phénomène accuse un léger recul, en zones urbaines par contre, il prend de plus en plus de l'ampleur. Le produit intérieur brut par habitant est de 230 dollars par an, plus faible que dans la plupart des pays voisins (250 dollars au Mali, 330 au Togo, 380 au Bénin, 390 au Ghana et 700 en Côte d'Ivoire). Le taux de prévalence du VIH-SIDA est l'un des plus élevés de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et l'indicateur de développement humain du Burkina Faso est l'un des plus faibles au monde (IDH = 0,320 en 1999).<sup>1</sup>

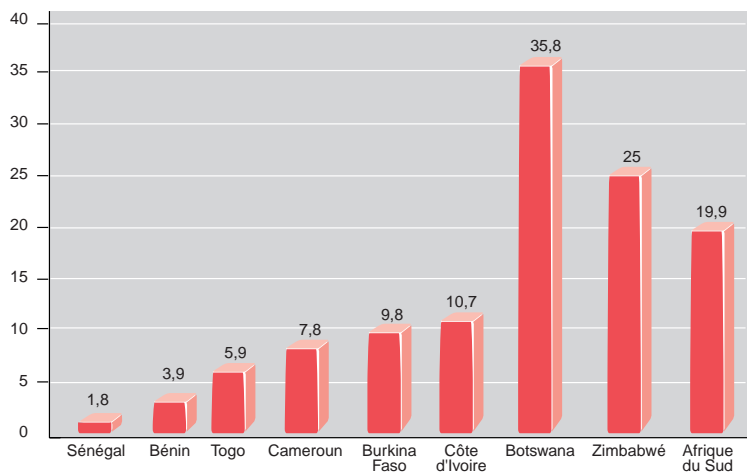
Malgré d'importants efforts consentis pour promouvoir les services sociaux essentiels de base (éducation de base, soins de santé primaires y compris santé de la reproduction, eau potable, nutrition,

<sup>1</sup> PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain 2001.



### GRAPHIQUE 3.1

#### Taux de prévalence du VIH-SIDA dans plusieurs pays africains en 1999



Source : PNUD, OMS & ONUSIDA, 2001

hygiène et assainissement.), le Burkina Faso souffre toujours d'un large déficit social qui s'explique surtout par le taux de croissance rapide de la population (2,8% par an) et la faiblesse de la productivité du travail, notamment dans le secteur agricole, qui emploie 80 % de la population active. En effet, bien qu'en net progrès, le taux de scolarisation est l'un des plus faibles de la sous-région (41% de taux brut de scolarisation en 1998-99 dont environ 35% pour les filles). La situation sanitaire se caractérise par une morbidité et une mortalité (notamment infantile et maternelle) très élevées imputables aux maladies infectieuses et parasitaires et à l'expansion rapide de l'infection à VIH.

La situation en matière d'approvisionnement en eau potable s'est nettement améliorée mais reste encore insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins des populations urbaines et rurales. L'état nutritionnel de la population n'est globalement pas satisfaisant. Le niveau de couverture des besoins nutritionnels reste encore bas, se situant à 2360 kcal en 1999 contre 2500 kcal requis. Quant à la femme burkinabè, elle demeure encore victime des préjugés et de pratiques rétrogrades et reste insuffisamment impliquée dans les activités de la vie publique nationale.

Cette situation d'extrême pauvreté et de vulnérabilité de la population burkinabè, notamment vis-à-vis de la progression du VIH-SIDA constitue un handicap majeur

à toute initiative de développement durable. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé, avec la participation des différentes parties prenantes que sont l'administration publique, le secteur privé, la société civile et les partenaires au développement, d'élaborer en juin 2000, un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP).

Les contraintes qui pèsent sur la croissance et la compétitivité de l'économie trouvent en partie leur origine dans le système de gouvernance qui prévaut actuellement au Burkina Faso. Elles sont directement liées à la capacité de l'Etat à élaborer et mettre en œuvre des politiques macro-économiques favorables à la croissance, à créer un cadre incitatif et ouvert capable de promouvoir une meilleure allocation des ressources, un rythme soutenu d'accumulation du capital physique et technologique et une meilleure valorisation des ressources humaines. Il doit jouer un rôle de premier plan pour créer les conditions qui permettront au secteur privé de se développer et de participer de façon responsable et efficace au commerce international.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la bonne gouvernance en liaison avec les politiques d'ajustement structurel, l'Etat burkinabè a montré sa capacité de gestion à court terme des ressources, notamment à travers la collecte des ressources fiscales et douanières avec des résultats indiscutables dans le domaine des équilibres macro-économiques.

Cependant, il apparaît de réelles insuffisances au niveau de la capacité de formulation, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des politiques. Les politiques macro-économiques de long terme ont été abandonnées au profit d'un pilotage au jour le jour de l'économie favorisant les indicateurs de court terme et de suivi de trésorerie. A l'heure actuelle se pose la question de la sortie de l'ajustement structurel et de la mise en place de la réflexion liant prospective, stratégie de développement, Programmes d'Investissements Publics et gestion budgétaire. Le succès de ces réformes économiques dépend de la capacité à générer un engagement politique fort, des institutions durables et une amélioration des capacités de management.

La nécessité d'une croissance plus ambitieuse fondée sur l'équité est fondamentale.

Aussi, la préoccupation essentielle du Gouvernement à travers le CSLP, est de centrer la stratégie de développement économique désormais sur un meilleur impact des politiques publiques et sur la nécessité d'accroître le pouvoir d'achat des populations les plus défavorisées et de leur offrir un meilleur cadre d'épanouissement social et de participation.

Diverses études récentes conduites par le Gouvernement<sup>2</sup> ont identifié les principaux obstacles à une croissance équilibrée : (i) la faiblesse du capital humain, qui contribue à la faiblesse de la productivité du travail et au niveau de chômage très élevé ; (ii) l'insuffisance d'infrastructures de développement économique, qui explique le coût élevé des facteurs de production et l'étroitesse du secteur moderne de l'économie ; (iii) l'insuffisance des capacités nationales, qui aggrave les problèmes de gouvernance ; et (iv), le faible degré d'ouverture de l'économie sur l'extérieur ce qui limite les opportunités de croissance et de création d'emplois.

### **3.1.2. L'impact du SIDA sur la croissance et le développement**

La réduction de la pauvreté ne saurait se faire sans une croissance robuste (résistante aux chocs extérieurs) et visant l'équité. C'est pourquoi, l'objectif de croissance retenu par le Gouvernement pour la période 2001-2005 est d'atteindre un taux moyen de l'ordre de 7 à 8%. Ce qui pourrait, grâce à un taux de croissance du PIB par tête d'environ 4 à 5% par an, doubler le revenu par tête dans moins de 15 ans. Le programme de réformes préparé par le Gouvernement devrait accélérer les mutations dans tous les secteurs de l'économie et permettre l'émergence de nouvelles sources de croissance.

En 2000, la croissance économique s'est établie à 2 % en raison des contraintes climatiques et des difficultés liées à l'environnement socio-politique régional. A cela, il conviendrait d'ajouter l'impact du SIDA qui est évalué en moyenne à 0,8 % par an sur la période 2000-2005. Lorsque la croissance du PIB est de l'ordre de 5,5% en moyenne sur la période 1995-

1999, un demi point de croissance peu apparaître comme un impact modeste. Lorsque les effets du SIDA amputent 0,8% d'un niveau de croissance de 2 %, cela devient plus délicat.

Le Gouvernement a adopté une stratégie qui vise à faire du secteur privé le principal moteur de la croissance. Compte tenu de la faiblesse de l'épargne intérieure, la politique du Gouvernement pour accroître le niveau de l'investissement privé vise à créer un environnement favorable à l'investissement. Pour ce faire, la politique de libéralisation de l'économie et les réformes visant la création d'un cadre juridique sécurisant et stable pour l'investissement privé seront poursuivies et intensifiées.

Cependant, l'effet du SIDA sur le secteur privé est non négligeable. A court terme, une stratégie de croissance forte dans le secteur du développement rural constitue un bon moyen de réduction la pauvreté et d'accroissement des revenus des petits exploitants agricoles et des femmes rurales. Le soutien au développement de l'agriculture, de l'élevage et du secteur rural est donc pour l'instant un impératif pour la croissance et l'équité.

Une croissance fondée sur l'équité est déterminée par : i) le maintien d'un cadre macro-économique stable ; ii) l'amélioration de la productivité et la réduction des coûts des facteurs ; iii) l'accélération du développement du monde rural; iv) le soutien aux secteurs productifs. L'impact du SIDA sur les stratégies de croissance, de compétitivité, de diversification des secteurs productifs et de création d'emplois et de revenus est considérable et encore peu étayé. Aussi, il apparaît indispensable de mesurer ces effets.

### **3.1.3. Les impacts du SIDA sur les secteurs productifs**

#### **3.1.3.1. L'impact sur le secteur rural**

Le VIH-SIDA s'attaque directement à la première ressource des exploitations agricoles constituée par la main d'œuvre. Il érode la force physique des malades et absorbe le temps et l'énergie de ceux et celles non encore infectés, généralement

<sup>2</sup> Voir notamment l'étude Burkina Faso : compétitivité et croissance économique. Orientations, stratégies et actions, Ouagadougou, Ministère de l'Economie et des Finance, mai 1999.

les femmes, qui s'en occupent. Les faibles rendements du système actuel d'exploitation ne permettent pas à de nombreux ménages d'assurer leur consommation de toute l'année. L'irruption du virus dans de tels ménages aggrave leur situation (déjà précaire) et a des conséquences majeures sur l'ensemble du monde rural.

- Diminution de la main-d'œuvre agricole et partant des superficies cultivées suite à la maladie ou au décès d'un des membres du ménage ;
- Changement du mode d'exploitation et baisse des rendements.

Faute de main-d'œuvre et de temps, le ménage s'occupe davantage des champs proches de l'habitation (parcelles dites "de case") au détriment des champs éloignés dont les superficies sont beaucoup plus grandes. Par manque de temps également, le ménage ne respecte plus le calendrier culturel et n'a plus la possibilité de mettre en pratique les nouvelles méthodes culturelles vulgarisées par les services techniques. Ce qui se traduit inévitablement par une baisse des rendements. En outre, le ménage va réorienter ses activités vers les spéculations (espèces) exigeant moins de volume de travail afin de pouvoir continuer à s'occuper en même temps du ou des malade(s).

- Diminution de la production

La production agricole est la résultante des superficies cultivées et du rendement. Une diminution de l'un des deux ou des deux facteurs en même temps (ce qui est souvent le cas) entraîne une diminution de la production. En effet, en raison de la maladie d'un des leurs, les membres actifs du ménage se trouvent physiquement et moralement affectés, ce qui entraîne des répercussions sur l'intensité de leur travail, sur le respect des normes et calendriers culturels, sur d'éventuels projets d'amélioration ou de modernisation de l'exploitation. Dès lors, le ménage enregistre inéluctablement une baisse de la production.

- Répercussions sur la sécurité alimentaire

La diminution de la production fait peser de sérieuses menaces sur la sécurité ali-

mentaire des ménages voire de tout le pays. Deux principales conséquences sont à relever dans ce cas précis :

- La détérioration de l'état nutritionnel des ménages agricoles touchés : la production agricole ne couvre plus les besoins alimentaires des ménages. Le cheptel (volaille et petits ruminants spécialement) qui sert généralement de "soupape de sécurité" est régulièrement, prélevé pour les sacrifices exigés par les traitements traditionnels. Il est également vendu pour faire face aux coûts des traitements (modernes ou traditionnels) ;
- La diminution des revenus : ne dégageant plus de surplus commercialisable, le ménage voit ses revenus "fondre". Et ce, d'autant plus qu'il est probable qu'il ne bénéficie plus du transfert des migrants et se voit même obligé de déboursier d'énormes sommes pour les soins du malade. La FAO estime que les coûts totaux du VIH-SIDA représentent le quart, parfois la moitié, des revenus annuels nets des petites exploitations<sup>3</sup>.

Au niveau macro, la conséquence la plus visible serait l'abandon progressif des cultures de rente et/ou des cultures à forte intensité de main d'œuvre destinées à l'exportation et qui alimentent les caisses de l'Etat en devises étrangères.

Les conséquences du VIH-SIDA sur les exploitations agricoles apparaissent sous forme de chaîne de répercussions successives dont le point de départ est constitué de deux éléments importants : la réduction de la main-d'œuvre agricole et la diminution des ressources financières. En effet, la conjonction de ces deux éléments, dont dépend la production agricole au Burkina Faso, touche tous les secteurs d'activité en milieu rural :

- les activités agricoles avec une diminution des superficies cultivées et des rendements qui entraîne une baisse de la production et donc des revenus ;
- les activités non-agricoles du fait de la réorientation des activités notamment celles menées par les veuves et les orphelins ;
- l'organisation sociale par la mise en veilleuse de certaines pratiques tradi-

<sup>3</sup> FAO, Les populations rurales d'Afrique face au SIDA : un défi au développement, Synthèse des travaux de la FAO sur le SIDA, décembre 1997.

- tionnelles, l'apparition de jeunes chefs de ménage inexpérimentés, l'exode rural et le retour de migrants malades ;
- la scolarisation des enfants surtout de la jeune fille avec le retrait de certains enfants de l'école dû à la baisse des revenus mais également à la réorganisation et à la nouvelle répartition des tâches au sein même du ménage ;
  - la sécurité alimentaire avec la détérioration de l'état nutritionnel due à la faiblesse des productions dans certaines zones rurales, à l'abandon de certaines cultures et à la réduction de la disponibilité des protéines animales.

### 3.1.3.2. L'impact du VIH-SIDA sur les entreprises et la production industrielle

Au Burkina Faso comme partout ailleurs en Afrique, le VIH-SIDA s'attaque plus à la tranche d'âges des 15-49 ans. A ses débuts, il touchait davantage les hommes au niveau de vie relativement aisé et/ou moyen, ceux qui avaient un revenu régulier : jeunes cadres, hommes de tenue, commerçants, etc. Heureusement, ces catégories socio-professionnelles ont pu, très rapidement, réagir positivement grâce à leur niveau d'instruction et à l'accessibilité aux différents moyens de prévention que leur offrait leur statut de salarié. Ils ont été les premiers à mettre en application les mesures de prévention et de protection préconisées lors des nombreuses campagnes de sensibilisation.

Toutefois, on constate que la première décennie de l'épidémie a été marquée par l'infection au VIH-SIDA et la mort de nombreuses personnes parmi les plus instruites et les plus expérimentées de la population active.

- Les effets du SIDA sur les compétences nationale

L'épidémie a entraîné la perte de nombreux cadres de conception et de direction formés et expérimentés dont le remplacement ne peut s'envisager qu'après plusieurs années de formation.

Le Burkina Faso se caractérise par un manque de travailleurs qualifiés, dans certains domaines en raison notamment du nombre relativement limité de personnel diplômé et du taux brut de scolarisation aux niveaux secondaire (13 %) et supérieur, (à peine 1,3 %) en 1998. Cela signifie clairement que l'avenir dépend des compétences d'un infime pourcen-

tage de la population. Leur perte aura évidemment des répercussions considérables sur l'ensemble de l'économie.

- La baisse de la productivité.

La mort et les fréquentes maladies des cadres (sources d'absentéisme) dues au VIH-SIDA engendrent un dysfonctionnement au sein des entreprises ; celui-ci est le résultat du manque de personnel qualifié (cadre de conception et de direction) et d'absences de plus en plus remarquées des malades à leur poste de travail pour conduire et diriger les activités de production.

Le deuxième facteur aux répercussions importantes sur la productivité est la stigmatisation, au sein de l'entreprise, des PVVIH. Il arrive, en effet, que ces personnes s'isolent ou fassent l'objet d'un réel "rejet" engendré par la maladie ce qui réduit leur productivité alors que physiquement ces personnes contaminées pourraient être productives.

Les maladies et décès d'employés dus au SIDA affectent les entreprises en accroissant leurs dépenses et en réduisant leurs recettes.

- L'augmentation des coûts unitaires de production.

Dans l'économie "globalisée" de ce début de millénaire et compte tenu de la mise en place progressive des dispositions statutaires et réglementaires de l'intégration régionale dans le cadre de l'UEMOA, les entreprises burkinabé se doivent d'être compétitives pour espérer survivre. La maîtrise, voire la réduction des coûts de production constituent l'un des éléments clés dans leur stratégie de conquête des marchés aussi bien intérieurs qu'extérieurs. Mais les efforts déployés risquent d'être annihilés par les effets du VIH-SIDA ; la pandémie fait monter progressivement les coûts des prestations sociales, augmente les frais médicaux et de formation et engendre l'absentéisme.

L'absentéisme a un effet négatif sur la productivité et sur les coûts de production. Ajouté aux coûts élevés des autres facteurs de production, ce phénomène rend les entreprises nationales très peu compétitives.

Les principales conséquences du VIH-SIDA sont l'alourdissement des coûts de main-d'œuvre et la diminution du nombre de personnes qualifiées disponibles.

*" Tout le ménage était en état de choc. A tel point que nous sommes très découragés. J'ai dû abandonner mon travail en Côte d'Ivoire pour rentrer au Burkina. A présent, je n'ai pas de travail car le cas de ma fille (séropositive) est difficile à supporter, elle ne peut même plus aller à l'école à cause de sa santé".*

Homme séropositif  
Ouagadougou

### 3.1.3.3. l'impact du sida sur les transferts des migrants

L'émigration peut être un facteur de développement pour le pays si elle est bien organisée, structurée et si les destinations choisies sont de véritables pôles économiques. Dans les années 1970, la migration des Burkinabè à l'étranger a rapporté chaque année au pays 3,5 milliards de FCFA. En 1985, une étude évaluait les transferts issus des flux migratoires à une moyenne annuelle de 22 milliards de FCFA sur la période 1975-1982. De 1990 à 1999, cette moyenne a été estimée à 40-45 milliards de francs CFA par an.<sup>4</sup>

#### ENCADRE 3.1

##### Les migrants burkinabé

Les migrations ne sont pas postérieures à la colonisation. Elles existaient déjà bien avant dans les sociétés traditionnelles pour des raisons politiques, sociales et économiques. A certaines périodes de l'histoire, elles étaient engendrées par les bannissements dus aux graves problèmes de successions de trônes, de relations intra-communautaires et étaient surtout une des conséquences de mauvaises saisons agricoles.

Les régimes actuels ont pris conscience de ce problème mais l'absence de moyens matériels et financiers, le marasme économique du pays, les catastrophes naturelles telles que les sécheresses cycliques, l'absence d'une politique à long terme en matière de calamité naturelle, l'incapacité de proposer une stratégie de déve-

loppement durable, expliquent la passivité de nos autorités face aux phénomènes migratoires. Les mauvaises conditions de vie dans nos campagnes, la précarité, l'économie de survie, les lendemains incertains ont donc contraint les Burkinabè à l'exode forcé. En 1955, on comptait 350.000 Burkinabè à l'étranger soit 10 % de la population. Ce chiffre est passé à 1.697.000, en 1985, sur une population de 7.964.705 habitants soit 21%<sup>5</sup>. En 1992, selon une estimation du Ministère des Affaires Etrangères, on comptait 5.144.714 émigrés sur une population estimée à environ 10.000.000 habitants soit plus de 50%<sup>6</sup>. Cette estimation semble, pour le moins, excessive. Cependant, il est aujourd'hui une certitude qu'entre 4 et 6 millions de Burkinabè vivent à l'extérieur du pays.

Source : "L'Observateur Paalga" n° 5447 du 23 juillet 2001 et "Le Pays" n° 2438 du 1<sup>er</sup> août 2001

Les transferts des migrants connaissent de multiples utilisations. En raison du SIDA, leur diminution pourrait avoir d'énormes répercussions en milieu rural et surtout au niveau des activités agricoles.

Pour maintenir un niveau de production susceptible d'épargner leur famille des affres de la famine, les ménages ruraux doivent se procurer des intrants (semences, engrais, etc.), employer des ouvriers agricoles, si nécessaire, afin d'augmenter leur production, acheter de la nourriture quand leur production ne satisfait plus leurs besoins.

Les ménages doivent également payer les frais médicaux, améliorer leur habitat et remplir leurs obligations sociales au sein de leur communauté respective.

L'essentiel des ressources financières qui leur permet de faire face à ces obligations provient des transferts des travailleurs migrants. C'est ainsi que dans la plupart des zones rurales (dans le Boulgou par exemple) et dans une moindre mesure dans les zones urbaines, on trouve de plus en plus de ménages qui dépendent largement des revenus d'un ou de plusieurs de leurs membres émigrés pour raisons de travail. Ainsi, les transferts effectués par les travailleurs migrants sont utilisés dans tous les domaines de la vie des ménages :

- investissement dans le domaine agricole : équipements et intrants agricoles, salaires des ouvriers agricoles, possibilité d'étendre les superficies, etc....
- modernisation de l'habitat et amélioration des conditions de vie ;
- soins médicaux ;
- frais et fournitures scolaires pour les enfants ;
- participation à la vie communautaire à travers les nombreuses obligations sociales ;
- financement des infrastructures sociales au niveau du village (dispensaires, écoles, etc.)

Si l'un de ces travailleurs émigrés tombe malade ou meurt et que, ipso facto, les rentrées monétaires se réduisent, le ménage se trouve, dès lors, dans une situation désastreuse. Non seulement, le ménage ne pourra plus bénéficier des revenus du migrant pour acquérir des articles aussi essentiels que les outils aratoires, les semences et les engrais mais il devra trouver d'autres activités génératrices de revenus pour compenser le revenu perdu et prendre également soin du malade qui, très souvent, préfère revenir vivre ses derniers jours dans son terroir.

A l'état actuel des données disponibles, il est difficile d'évaluer les impacts de la pandémie sur les revenus des travailleurs migrants pour deux raisons essentielles :

<sup>4</sup> Ministère de l'Economie et des Finances, 2001.

<sup>5</sup> INSD, Recensement Général de la Population, 1985

<sup>6</sup> Ministère des Affaires Etrangères, Action du Conseil Supérieur des Burkinabè de l'étranger (CSBE) dans la perspective de la mobilisation de l'épargne des Burkinabè de l'étranger en vue de leur participation à l'œuvre de construction nationale.

- le secteur de la migration, pour des raisons de travail, est très dynamique : ceux qui rentrent pour divers motifs sont pratiquement “relayés”, remplacés par un nombre égal ou supérieur à ceux qui partent ;
- compte tenu de l'utilisation d'une monnaie unique (le franc CFA entre la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Togo et le Burkina Faso) et surtout de la faible utilisation des institutions bancaires de la part des migrants, un important pourcentage des transferts échappe aux circuits officiels et notamment bancaires.

Néanmoins, il est indéniable que le VIH-SIDA a un impact direct sur les transferts dont on peut estimer le coût sur la base de plusieurs paramètres et notamment l'importante des communautés vivant à l'étranger, les taux de prévalence moyens de la sous région et des coûts de la prise en charge annuelle moyenne des PVVHI. Près de 15 milliards de francs CFA par an pourraient être amputés chaque année de la manne des transferts au profit du Burkina Faso, soit l'équivalent de l'enveloppe annuelle affectée à la réduction de la dette (PPTE).

Les impacts indirects peuvent être résumés en deux points :

- la diminution du montant alloués aux différentes caisses de solidarité, l'essentiel des cotisations servant de plus en plus à prendre en charge les malades sur place et ensuite à couvrir les frais de transfert au village natal (coûts de transfert, frais de l'accompagnant et prise en charge de la famille du membre malade) ;
- les répercussions sur le niveau d'exécution ou de réalisation des infrastructures socio-économiques au sein de leur village d'origine.

Enfin, l'impact du SIDA sur les finances publiques et les dépenses en faveur des secteurs sociaux est non négligeable. Au fur et à mesure qu'un nombre croissant de personnes tombent malades et/ou meurent du VIH-SIDA, les coûts liés à la pandémie continueront à absorber une quantité accrue de ressources en soins de santé et à grever les dépenses des autres secteurs sociaux dont l'éducation.

## **3.2. Les politiques et les stratégies de croissance et de développement**

### **3.2.1. Les grands principes de la stratégie de croissance**

La stratégie globale du Gouvernement pour la réduction de la pauvreté au Burkina Faso repose sur sept grands principes directeurs étroitement liés qui sont : le recentrage du rôle de l'Etat, la gestion durable des ressources naturelles, la promotion d'un nouveau partenariat avec les bailleurs de fonds, la promotion d'une bonne gouvernance, la prise en compte des disparités locales, la politique d'intégration régionale, la recherche de l'équilibre régional et la dimension genre.

#### **3.2.1.1. Un recentrage du rôle de l'Etat.**

La stratégie adoptée par le Gouvernement pour la réduction de la pauvreté au Burkina Faso suppose comme préalable que l'Etat n'intervienne que dans le cadre d'une définition claire de ses attributions et rôle par rapport à ceux de la société civile et du secteur privé. L'intervention publique sera toujours guidée par deux raisons majeures : suppléer les défaillances du marché dans l'allocation efficace des ressources et rechercher l'équité sociale. Il est nécessaire de procéder à une réévaluation du rôle de l'Etat, à la lumière des thèses en vogue sur son désengagement, la libéralisation de l'économie et la promotion du secteur privé. L'idée n'est pas, bien sûr, de redonner à l'Etat un rôle dirigiste qu'il n'est pas en mesure d'assumer, mais de le mettre en situation de remplir au mieux ses fonctions régulatrices et redistributrices en vue d'éviter les dérives et l'accentuation des inégalités. L'Etat ne se substituera pas aux producteurs. Il encouragera l'initiative privée. Toutefois, compte tenu du niveau de développement du Burkina, l'Etat jouera un rôle régulateur et redistributeur, notamment dans les secteurs sociaux à travers l'instrument budgétaire et fiscal.

#### **3.2.1.2. Une gestion durable des ressources naturelles.**

La croissance démographique et la pauvreté exercent une forte pression sur les ressources naturelles qui constituent sou-

vent l'actif principal entre les mains des pauvres. Cette situation a pour conséquence, une exploitation abusive des ressources naturelles qui tend à compromettre la durabilité des actions de développement. La stratégie de réduction de la pauvreté sera basée sur la recherche d'un équilibre entre les besoins des populations et la gestion durable des ressources disponibles.

#### 3.2.1.3. La promotion d'un nouveau partenariat avec les bailleurs de fonds.

Le succès de la stratégie de réduction de la pauvreté exige la mise en œuvre d'une nouvelle forme de partenariat entre l'Etat et les partenaires au développement. Ces derniers doivent insérer leurs appuis dans le cadre des stratégies et politiques définies par le Gouvernement et non développer des programmes parallèles. En contrepartie, l'Etat devra définir un cadre pour l'évaluation des résultats et des impacts des politiques publiques qui associent à la fois les bailleurs de fonds et les bénéficiaires. Ce partenariat s'appuiera donc sur l'idée d'appropriation : une fois admis les objectifs généraux, les bailleurs de fonds laissent toute latitude au Gouvernement sur le choix des instruments de sa politique, ainsi que sur le rythme et la séquence des réformes. La substitution de l'aide budgétaire à l'aide projet sera un élément essentiel de l'amélioration de la coordination des intervenants.

#### 3.2.1.4. La promotion de la bonne gouvernance

L'existence d'une relation dialectique entre démocratie, bonne gouvernance et développement socio-économique est désormais largement admise. La démocratie ne pourrait se consolider si elle ne s'accompagne pas de l'amélioration des conditions de vie du plus grand nombre. La bonne gouvernance a une dimension économique et une dimension politique. D'importants progrès ont été faits au cours des dernières années concernant les volets politique (instauration du multipartisme, adoption d'une constitution libérale, mise en place des institutions démocratiques et tenue régulière des élections...) et économique (recherche d'une meilleure transparence dans la gestion budgétaire et des affaires publiques à travers des instruments comme l'adop-

tion de lois des règlements, la création d'une Cour des comptes indépendante...). Ces progrès doivent toutefois être consolidés à travers toute une série de mesures complémentaires.

#### 3.2.1.5. La prise en compte de la dimension genre

Le Gouvernement est convaincu que la femme constitue un vecteur de diffusion du bien-être économique et social au sein de la société. Par conséquent, aucune stratégie de développement centrée sur l'homme ne peut être viable sans qu'elle ne joue un rôle primordial. Ainsi, le Gouvernement considère-t-il la participation de la femme au processus de développement comme un élément déterminant dans sa stratégie de développement.

#### 3.2.1.6. La réduction des disparités régionales

Les différentes sources de données révèlent un écart de développement entre les régions du pays notamment en matière de potentialités, de revenus et d'accès (l'insuffisance de l'offre) aux services sociaux de base comme l'éducation, la santé et l'eau potable. Toute chose qui incite à l'exode. Des actions de fixation des jeunes dans leur terroir ont déjà été entreprises et méritent d'être soutenues afin de renforcer les capacités de développement local et consolider ainsi le processus de décentralisation en cours. En effet, la réduction de la pauvreté au plan national nécessite que les écarts de développement (notamment l'accès aux services sociaux) entre régions soient réduits. La stratégie de réduction de la pauvreté visera donc un rééquilibrage des niveaux de développement régionaux. Dans cette perspective, la dimension régionale du développement sera prise en compte dans la répartition des ressources.

#### 3.2.1.7. La prise en compte de la dimension régionale

Le processus d'intégration régionale, notamment au sein de l'UEMOA, constitue une opportunité sans précédent pour le développement économique du pays. Toutefois ce processus comporte des risques et des coûts sociaux en ce qui concerne l'impact des réformes en cours, notamment sur les populations les plus

pauvres. Il faudra donc renforcer les mesures d'accompagnement et de solidarité régionale permettant d'assurer une cohérence et des synergies entre les politiques nationales et régionales en matière de lutte contre la pauvreté.

### **3.2.2. Les orientations de développement économique et la lutte contre le SIDA**

#### **3.2.2.1. Le maintien d'un cadre macro-économique stable.**

La stabilité macro-économique constitue une condition essentielle pour accélérer la croissance et assurer une compétitivité globale de l'économie. De ce fait le Gouvernement entend poursuivre une politique assurant un cadre macro-économique sain qui minimise les déséquilibres financiers et conduit à une croissance stable et non-inflationniste. Les actions et les réformes nécessaires pour atteindre ces objectifs porteront sur la poursuite des efforts d'assainissement du cadre macro-économique à travers le maintien d'une politique budgétaire prudente et ciblant le développement des infrastructures économiques et les services sociaux de base.

Dans le cas du Burkina Faso, il est admis qu'une croissance robuste n'est pas envisageable sans un investissement massif dans les ressources humaines et dans les infrastructures de base qui permettrait d'accroître la productivité globale des facteurs. Or, l'impact du SIDA sur le capital humain et socio-institutionnel est considérable. Compte tenu de la modicité des ressources propres de l'Etat et de la nécessité d'assurer les équilibres financiers internes et externes, cet investissement ne pourrait être réalisé que par une aide extérieure plus substantielle et plus efficace. En vue d'accroître la crédibilité de la politique Gouvernementale dans ce domaine, le Gouvernement renforcera les conditions garantissant une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources publiques. En l'occurrence, les revues de dépenses publiques seront systématisées comme démarche pour assurer que les fonds publics produisent le maximum d'impact. La coordination des interventions des partenaires au développement constituera un autre élément important d'amélioration de l'aide.

#### **3.2.2.2. L'accroissement de la compétitivité de l'économie et la réduction des coûts des facteurs.**

Pour un pays de taille modeste comme le Burkina Faso, les éléments essentiels qui déterminent la compétitivité prix à court terme de l'économie sont le taux de change réel, les termes de l'échange et les coûts des facteurs primaires et ceux des intrants intermédiaires. Compte tenu de l'appartenance du pays à l'UMOA qui a opté pour un régime de taux de change fixe, le Burkina Faso ne peut recourir à l'ajustement du taux de change nominal pour amortir les chocs des termes de l'échange. Conscients de cette situation, les autorités du Burkina Faso devront accentuer leurs efforts sur la maîtrise des éléments qui déterminent la compétitivité à long terme, c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles d'entraîner un changement durable de la capacité de production, notamment la productivité globale des facteurs. Ces derniers recouvrent les facteurs primaires (coût du travail, du capital, de l'énergie, des transports) et les coûts des transactions.

L'accélération de la croissance et la diversification des activités économiques exigent une forte augmentation de la productivité du travail et du capital dans tous les secteurs. L'augmentation de la productivité du travail implique le renforcement des capacités humaines du pays qui doit nécessairement s'appuyer sur l'élévation du niveau d'éducation moyen de la population. Selon les conclusions de l'étude sur la compétitivité, un gain d'une année de scolarisation additionnelle se traduirait pour le Burkina Faso par un gain de trois à quatre points de pourcentage au niveau du Produit intérieur brut. C'est pourquoi le Burkina doit accorder la priorité à l'éducation dans sa nouvelle stratégie de croissance. Ce choix stratégique est également justifié par le fait que le développement de l'éducation améliore la santé et induit des comportements plus favorables à la préservation de l'environnement et au renforcement de la bonne gouvernance.

La formation professionnelle constitue par ailleurs un élément essentiel pour améliorer la productivité, encourager l'investissement privé et attirer les capitaux étrangers, favoriser le transfert de technologie et l'adaptabilité de la concurrence des entreprises aux changements liés à la



mondialisation. La durabilité d'un niveau élevé de croissance ne pourra être assurée que grâce à l'amélioration continue de la qualification de la main d'œuvre.

Les réformes et actions nécessaires devront porter sur : (i) l'accroissement du taux brut de scolarisation primaire et du taux d'alphabétisation qui contribuera à améliorer la productivité globale de l'économie; (ii) le développement de la formation professionnelle ; (iii) l'amélioration de l'efficacité de l'investissement public (PIP) ; et (iv), l'accélération du développement du marché financier.

Le Burkina a des coûts de facteurs relativement élevés par rapport aux autres pays de la région. En particulier, les coûts de transports, télécommunications, eau et énergie sont de loin supérieurs à la moyenne des pays de la zone franc.

Pour éliminer ces contraintes, le Gouvernement a opté pour la poursuite des réformes suivantes : (i) la libéralisation des marchés ; (ii) la réduction du coût unitaire du travail en révisant le salaire minimum et en réduisant les charges sociales qui pèsent sur les entreprises du secteur moderne ; (iii) la privatisation des structures existantes afin de faciliter la pénétration d'opérateurs nouveaux et l'injection de ressources et de technologies nouvelles sur divers segments du marché et (iv) la création ou le renforcement d'une capacité de régulation par l'Etat des marchés pour les services de nature publique.

Les réformes et les actions du Gouvernement devront porter sur : (i) la mise en oeuvre des différentes mesures de réforme globale de l'administration publique notamment sa moralisation, la dynamisation des corps de contrôle (Inspection générale d'Etat, Inspection générale des finances et les inspections techniques des départements ministériels) ; (ii) l'accélération de la réforme de l'appareil judiciaire ; (iii) la mise en oeuvre des textes d'orientation de la décentralisation ; (iv) la formation des élus locaux ; (v) le renforcement du rôle de la société civile en tant que contre-pouvoir ; et (vi), l'appui aux initiatives de mise en place d'un réseau national de lutte contre la corruption.

### 3.2.2.3. La promotion d'une diversification des secteurs productifs.

Les projections macro-économiques retiennent une croissance de l'ordre de

8%-9 % l'an à partir de 2003. Elles s'appuient sur une série d'hypothèses qui prévoient un accroissement de l'investissement public et privé résultant d'un accroissement de l'aide publique étrangère et de l'investissement privé direct étranger et national. L'impact du SIDA sur la croissance devrait malheureusement réduire cette ambition.

Selon les conclusions de l'étude sur la compétitivité, l'agriculture reste le secteur dominant de l'activité économique au Burkina, contribuant pour 32% au PIB, assurant des emplois et des revenus à plus de 80% des ruraux, procurant environ 60% des recettes d'exportation, et absorbant en moyenne 30 à 35% du programme d'investissement public. A court terme, la croissance économique repose sur un dynamisme accru du secteur des produits exportables de l'agriculture (coton, fruits et légumes) et de l'industrie (agroalimentaire, la tannerie des peaux et la filature du coton). Les mines (l'or en particulier), le tourisme et l'économie extraterritoriale constituent aussi des sources importantes de devises pour le pays. Progressivement, avec la mise en oeuvre de réformes visant à dynamiser le secteur des télécommunications, le Burkina se positionnera également comme une économie de services, l'objectif étant de profiter de l'intégration régionale pour devenir le carrefour des économies d'Afrique de l'Ouest.

De façon spécifique, les actions à mettre en oeuvre pour les différents secteurs sont les suivantes.

#### • Le secteur de l'agriculture et de l'élevage

Les secteurs de l'agriculture et de l'élevage seront les principales bases génératrices de croissance pour l'économie burkinabé dans le moyen terme. Cependant, la réduction de la pauvreté demande un accroissement rapide de l'emploi. Les études menées au Burkina Faso indiquent que les ménages ruraux dépensent 45% de leurs revenus additionnels pour l'achat de produits agricoles non-exportables et 22% pour les produits locaux non-agricoles. Les effets multiplicateurs d'un accroissement des revenus agricoles ont un impact direct et rapide sur la réduction de la pauvreté. De plus, pour des raisons de sécurité alimentaire et d'équilibres nutritionnels en zone rurale

*" Vous ne pouvez pas vous occuper des animaux ou de l'agriculture sans vous intéresser à la santé de l'éleveur ou du cultivateur. Il faut sensibiliser les populations au VIH-SIDA, sinon demain les projets de développement n'auront que des cadavres devant eux et pas de cultivateurs ni d'éleveurs".*

Responsable OBC

comme urbaine, la production céréalière devra être encouragée.

Dans ces perspectives, la stratégie de l'Etat consistera à poursuivre son désengagement des activités de production et de commercialisation, tout en renforçant son rôle d'appui conseil aux opérateurs privés (encadrement, recherche et développement, informations sur les conditions des marchés), et engageant des efforts pour développer les infrastructures d'appui au secteur (transport, eau,...) et pour améliorer la qualité des ressources humaines (éducation de base, encadrement technique et commercial).

En outre, pour desserrer la contrainte majeure liée à la productivité totale des facteurs, le Gouvernement prendra les mesures nécessaires pour faciliter l'accès des paysans à la culture attelée et aux engrais. En effet, le passage à une agriculture plus mécanisée et plus intensive s'appuyant sur la maîtrise de l'eau et des techniques d'irrigation comme vecteur de développement et de diversification des productions agricoles apparaît pour le Burkina comme une condition sine qua non pour une agriculture durable capable de garantir des revenus stables aux producteurs agricoles.

Dans cette perspective, la stratégie du Gouvernement devra s'appuyer sur la professionnalisation du secteur par : (i) une meilleure organisation des acteurs et des marchés ; (ii) l'amélioration de leurs capacités d'intervention, (iii) et l'assainissement de l'environnement économique dans lequel ils évoluent. Pour cela, l'Etat a entrepris des réformes visant à :

- (i) Créer un cadre juridique approprié à l'émergence d'organisations professionnelles agricoles (OPA), selon une approche impliquant la participation des représentants de producteurs ;
- (ii) Appuyer les OPA (par des études et investigations) pour mettre en place une chambre d'agriculture efficace ;
- (iii) Former les membres des OPA (alphabétisation, gestion, métiers ruraux) pour améliorer leur productivité ;
- (iv) Créer un cadre incitatif à l'initiative privée dans les domaines de l'équipement, l'aménagement, l'approvisionnement, la production et la commercialisation, favorisant ainsi les investissements privés dans le secteur agricole ;

- (v) Assainir les circuits commerciaux des intrants et des produits agricoles afin d'améliorer la compétitivité des filières à fortes potentialités de croissance ;
- (vi) Mettre en place un cadre réglementaire favorisant l'agriculture contractuelle.

#### • Le secteur minier

Pour lever les contraintes qui freinent l'expansion de ce secteur, un code minier plus attractif pour l'investisseur et un cadre réglementaire assurant dans le même temps la protection de l'environnement par rapport à l'intensification des activités minières sera mis en place. Le Gouvernement renforcera le suivi de la performance financière des entreprises dans ce secteur et poursuivra les actions de diffusion des informations sur les possibilités d'investissement au Burkina Faso à travers des forums sur la promotion minière (la "PROMIN").

#### • Le secteur manufacturier

Le Gouvernement souhaite également développer des axes de croissance future autour des petites et moyennes entreprises (PME), notamment dans les industries d'habillement, agroalimentaires et celles fabriquant du petit matériel agricole. D'autres segments porteurs peuvent s'orienter vers les fruits et légumes et l'horticulture. Dans ce domaine l'Etat aidera les opérateurs économiques à identifier des "niches" pour le développement et l'exportation de nouveaux produits à forte demande internationale. Cette stratégie tournée vers l'exportation vise à :

- (i) Créer un climat beaucoup plus propice aux PME grâce à : (a) la réforme des monopoles d'Etat dans les secteurs de l'Electricité, des Hydrocarbures, de l'Eau et des Télécommunications ; (b) la simplification des formalités de création d'entreprises et de réalisation des investissements : définir le statut et le parcours de l'investisseur ; (c) la révision de la fiscalité pour encourager l'essor des PME.
- (ii) Exploiter les opportunités de conquêtes de nouveaux marchés extérieurs : la création d'un bureau d'information et de documentation pour faciliter la collecte, le traite-

ment et la dissémination de l'information économique et commerciale à partir d'une banque de données nationale intégrée aux grands réseaux mondiaux ;

- (iii) Améliorer l'efficacité des programmes d'appui au secteur privé par : (i) la mise en place d'un "trade-point" et d'une maison de l'entrepreneur ; (ii) la mise en place d'une structure de concertation permanente Etat/secteur privé ; (iii) la mise en place d'un groupe de réflexion sur la croissance et la compétitivité (GRCC), structure dont les procédures seront flexibles, et qui sera chargée de proposer des stratégies ;
- (iv) Lutter contre la fraude, la concurrence déloyale et la corruption par le renforcement des mécanismes juridiques appropriés et en association avec la société civile et le secteur privé ;
- (v) Renforcer le cadre judiciaire des affaires par la création et le renforcement de tribunaux de commerce.

#### • Le Tourisme

Le secteur du tourisme pourrait également connaître un essor considérable au Burkina. Le pays a su développer des événements culturels de renommée internationale tels que le FESPACO (Festival du cinéma) et le SIAO (rencontre de l'artisanat d'art). Ces deux grandes manifestations et le site touristique de Laongo, le village de sculpture de blocs de granite à quelques kilomètres de Ouagadougou, attirent tous les deux ans des artistes et spectateurs locaux et étrangers. Le Burkina pourrait tirer profit de sa renommée liée à ses événements artistiques et à sa réputation de peuple hospitalier pour développer son potentiel touristique. Les contraintes sont principalement liées aux coûts de transport relativement élevés en l'absence de lignes de charter et à la faiblesse des capacités d'accueil. La stratégie consiste à développer :

- des circuits "mer-sahel": via l'offre de tours Bénin/Burkina, Côte d'Ivoire/Burkina, Togo/Burkina, Ghana/Burkina qui permettraient de découvrir des villages traditionnels typiques (ex. : Tiébélé avec ses cases traditionnelles peintes, Sabou et sa marre aux crocodiles, Sindou et ses pics...)

- des circuits spécialisés : randonnée nature, circuit chasse dans les réserves de Pama et d'Arly à l'Est et du Nahouri au Sud...

#### 3.2.2.4. L'élargissement des opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les pauvres

L'élargissement des opportunités pour les pauvres passe par la création des conditions nécessaires à une croissance accélérée dans le secteur agricole qui produira deux effets croisés bénéfiques pour la réduction de la pauvreté. Le premier effet (structurel) est lié au rôle majeur que joue le secteur agricole dans la performance de l'économie nationale. Cet effet est la combinaison de plusieurs éléments dont le plus important est le gain net de ressources publiques dû aux recettes d'exportation (cultures de rente) et aux économies réalisées sur la baisse des importations de produits alimentaires qu'aurait entraîné un déficit de la production. Ce surplus de ressources publiques devra permettre de financer l'accès aux services sociaux et d'autres transferts aux pauvres.

Le deuxième type d'effet bénéfique de la croissance accélérée de l'agriculture est plus direct et résulte d'une amélioration immédiate du niveau de revenu moyen des producteurs agricoles (et ruraux du fait de l'effet multiplicateur des revenus agricoles). Compte tenu du profil actuel de pauvreté au Burkina, ceci devrait contribuer de manière significative à la réduction de la pauvreté.

Ce double effet d'efficacité économique (surplus économique) et d'équité (amélioration des conditions matérielles d'existence de la couche sociale la plus pauvre) fait du développement accéléré des activités agricoles l'un des moyens les plus efficaces de réduction de la pauvreté. La création des conditions propices à cette croissance accélérée de l'agriculture et de l'élevage se fera dans le cadre de la poursuite des réformes en cours dans le secteur agricole. Elle renforcera le partage des rôles entre les acteurs, et confirmera le rôle de l'Etat dans la définition des politiques et la création des biens et services publics qui facilitent et stimulent les activités de production et la commercialisation des produits agricoles maîtrisées par les autres

acteurs (secteur privé). De façon concrète, la stratégie vise à accroître de façon substantielle la productivité agricole à travers la levée des contraintes que connaissent les producteurs/éleveurs, et l'arrêt de la dégradation des ressources naturelles.

Dans la perspective de la promotion des activités génératrices de revenus, les réformes nécessaires porteront sur les aspects suivants :

- l'identification et la mise en œuvre de chantiers d'intérêt communautaire dans les secteurs de l'habitat et de l'assainissement ;
- l'identification et la mise en œuvre d'un programme de soutien à l'initiative privée dans le secteur de l'agro-alimentaire, du petit élevage et des cultures de contre saison ;
- la promotion des systèmes d'épargne et de crédits adaptés aux besoins de financement des groupes vulnérables ;
- la mise en place d'un mécanisme d'appui à la création d'emplois nouveaux pour les travailleurs sans qualification et les jeunes diplômés sans emplois.

### 3.2.2.5. L'accroissement et la diversification des revenus des ruraux.

L'amélioration de l'accès au crédit est fondamentale. Aussi, le Gouvernement devra créer des conditions favorables à la valorisation du crédit de proximité adapté aux conditions socio-économiques des producteurs pauvres. Le renforcement de leurs capacités opérationnelles à travers les refinancements et la mise en place de fonds de garantie au niveau des autres institutions de financement constituent une grande opportunité pour les paysans pauvres de pouvoir rémunérer leurs activités de production ou artisanal et améliorer ainsi leurs revenus. Une attention particulière devra être accordée aux besoins des producteurs vivriers (technologie, et instruments financiers y compris subventions).

Dans un contexte d'ouverture des frontières à l'intérieur de l'espace sous-régional et de mondialisation des échanges, le repli sur elle-même de l'agriculture burkinabè entamerait davantage sa faible productivité actuelle et compromettrait sa capacité à dégager des ressources financières pour faire face aux coûts de la modernisation. Malgré les contraintes et

les exigences liées à l'instabilité des marchés internationaux, au respect des normes de qualité, et à la concurrence entre pays exportateurs, les cultures d'exportation présentent souvent des marges bénéficiaires intéressantes pour le producteur. Elles ont aussi un effet structurant sur l'ensemble du secteur agricole (nécessité d'organiser les services amont et aval), et offrent des débouchés réguliers, même s'ils nécessitent des adaptations parfois rapides.

### 3.2.2.6. La densification des infrastructures rurales

L'absence d'infrastructures et notamment la faiblesse du réseau interne de communication est une des principales contraintes au développement des zones rurales et notamment dans le domaine agricole. Cette situation entrave très fortement le stockage et l'écoulement de la production, le transport et le déroulement des activités commerciales, ce qui conduit les populations rurales à se confiner dans une agriculture de subsistance qui fragilise les conditions de vie déjà précaires disponibles.

Le développement des infrastructures est donc une condition essentielle pour l'amélioration du niveau de vie de ces populations et la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Le Gouvernement burkinabè a défini une politique d'intervention novatrice d'aménagement de pistes rurales, axée sur une implication plus active et valorisante des forces vives villageoises. Le Gouvernement se propose de contribuer à l'amélioration des conditions de vie en milieu rural, en particulier par le biais de travaux routiers sur des pistes en terre en utilisant des techniques de construction à haute intensité de Main d'Oeuvre (HIMO) pour les couches sociales défavorisées et le désenclavement des régions rurales. Trois cent (300) kilomètres de pistes rurales seront construits entre 2001 et 2003.

La priorité à accorder à la lutte contre la pauvreté implique par ailleurs la nécessité de renforcer les programmes d'électrification rurale tout en poursuivant la recherche de réduction des coûts de production et de distribution de l'électricité pour rendre plus accessible cette énergie aux composantes les moins favorisées de

la population. L'électrification rurale constitue en effet un vecteur essentiel de l'amélioration des conditions de vie, de la promotion des activités productives, de la valorisation des équipements de santé et d'éducation, du développement des services administratifs et des institutions démocratiques du pays. L'électrification rurale participe aussi à la réduction des disparités ville-campagne. L'ensemble de ces priorités pourraient également faciliter la prise en compte du SIDA dans ces stratégies sectorielles et les programmes et projets de développement.

### **3.2.3. Les orientations prioritaires en matière de Bonne gouvernance économique et la lutte contre le SIDA**

D'une manière générale, il existe une nécessité de promouvoir les valeurs de rigueur, de probité, de transparence et d'efficacité dans les affaires publiques. Ceci doit se traduire par une meilleure gestion des finances publiques, la lutte contre la corruption, le népotisme et le clientélisme. Toutefois, il convient de mentionner que dans le secteur spécifique de la lutte contre le SIDA, les évaluations des projets n'ont pas relevé, à ce jour, de situations délictueuses. Il est vrai que ce secteur ne se prête pas véritablement à de lourds investissements et que nombre de services sont réalisés au plan communautaire et décentralisé.

Toutefois, la faible capacité d'absorption des ressources assurées au cours de la période 1992-1998 dans ce secteur, les lenteurs observées dans la mise en œuvre de certaines initiatives et les difficultés de coordination ont obéré les impacts attendus de la lutte contre le SIDA. Le gouvernement et ses partenaires ont convenu de relever ces défis à travers la mise en œuvre de certaines dispositions et modalités d'exécution des programmes et projets.

#### **3.2.3.1. Renforcer les mécanismes de gestion et de contrôle des finances publiques**

Des efforts importants ont déjà été réalisés au cours des dernières années dans le domaine de la gestion des finances publiques. On peut citer, entre autres, l'établissement d'un circuit informatisé de la dépense permettant d'assurer un suivi des opérations comptables et finan-

cières de l'Etat (ce processus est en cours de décentralisation pour certains ministères) ; la préparation du budget programme pour un certain nombre de ministères-clés ; la réalisation d'une revue des dépenses publiques ; l'adoption de loi des règlements par l'Assemblée Nationale ; la création d'une Cour des comptes indépendante, etc. Toutefois, des réflexions et des initiatives supplémentaires sont nécessaires pour assurer une plus grande efficacité et transparence dans la gestion de la chose publique. Ce besoin a été confirmé par les études réalisées récemment dans le cadre de la revue des dépenses publiques, qui ont souligné la nécessité de continuer de travailler sur les problèmes relatifs à la capacité d'exécution des budgets, notamment, dans les secteurs sociaux. En outre, dans l'optique d'une évolution vers les appuis budgétaires, il est nécessaire de renforcer le mécanisme de contrôle tant à priori qu'à posteriori.

#### **3.2.3.2. Assurer une meilleure coordination de l'aide et de son impact**

Vu l'importance des ressources extérieures dans le schéma de financement du développement, l'efficacité de la dépense publique dépend en grande partie de l'efficacité de ces ressources. Dans ce domaine, des efforts ont été faits avec la mise en œuvre récente du test sur les nouvelles conditionnalités. Mais, il convient de souligner que dans le contexte de la recherche d'une plus grande synergie des interventions pour la réduction de la pauvreté, la coordination de l'aide demeure un défi majeur de la gestion de développement. Dans cette perspective, le Gouvernement mesure toute l'importance à accorder au renforcement des capacités d'analyse et de pilotage des services chargés de la coordination de l'aide à différents niveaux. Ces efforts sont indispensables pour réussir les objectifs de croissance économique et de réduction de la pauvreté.

Au regard du processus participatif qui a soutenu la formulation de cette stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté et en référence aux conclusions de la Table Ronde pour la lutte contre le SIDA, le succès dans la coordination de l'aide est assujéti aux principes ci-après :

- Respect du cadre opérationnel de référence. Les bailleurs de fonds doivent s'astreindre à situer leurs interventions respectives dans le cadre opérationnel de référence que constituent la stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté et les politiques sectorielles y afférent (plan décennal de l'éducation, plan du développement sanitaire, cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST).
- Effort soutenu d'harmonisation. Les bailleurs de fonds doivent oeuvrer pour une plus grande harmonisation des méthodes et procédures relatives à l'exécution des projets et à l'organisation des missions. Ce faisant, ils faciliteront l'action du Gouvernement en matière de coordination de l'aide afin d'en tirer un meilleur profit pour les initiatives de réduction de la pauvreté et la lutte contre le SIDA.
- Renforcement des capacités nationales en matière d'élaboration des stratégies, des cadres budgétaires prévisionnels et de la capacité d'absorption.

Le CSLP est un document-cadre qui vise à énoncer les objectifs prioritaires de développement fixés par le Gouvernement. Il ne se substitue pas aux stratégies sectorielles existant déjà ou en cours de finalisation dans chaque ministère, qui doivent cependant s'inscrire dans la logique des priorités Gouvernementales. Il a pour vocation d'influencer les objectifs sectoriels de chaque ministère et le choix des indicateurs de suivi des programmes et plans d'actions financés. Il est le reflet des choix essentiels menés au niveau des secteurs prioritaires. La démarche qui sous-tend l'élaboration et la mise en œuvre du CSLP est une démarche itérative. Le Gouvernement s'est engagé à le mettre à jour chaque année, ceci pour tenir compte des leçons de la mise en œuvre des politiques publiques adoptées dans ce document, des résultats des travaux complémentaires menés par diverses institutions pour mieux comprendre le phénomène de la pauvreté et appréhender le volume des moyens disponibles et ceux qu'il conviendrait de mobiliser.

En septembre 2001, le Gouvernement a procédé à une revue de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté dans laquelle, il a porté une attention plus soutenue à la probléma-

tique de la lutte contre le SIDA. Toutefois, une réflexion plus approfondie s'impose sur les impacts et les synergies entre les deux cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté et le VIH-SIDA.

### 3.3. Les perspectives

La nouvelle approche multisectorielle qui sous-tend le cadre stratégique laisse penser que la lutte contre le VIH-SIDA amorce un tournant décisif au Burkina Faso. Celle-ci va s'appuyer sur les acquis des différents plans mis en œuvre depuis l'apparition du fléau, le niveau de connaissances du VIH-SIDA et des moyens de prévention, la prise de conscience de la nécessité de changement de comportement, etc.

#### 3.3.1. L'accroissement du niveau de connaissances

Le niveau de connaissances du VIH-SIDA est relativement élevé quels que soient le genre (homme ou femme), le milieu de résidence (urbain ou rural), la région (ville de Ouagadougou ou le reste du pays) et le niveau d'instruction (analphabète, primaire, secondaire ou plus).

Globalement 96% des hommes et 87% des femmes connaissent et/ou ont déjà entendu parler du VIH-SIDA. L'informa-

**Tableau 3.1 : Connaissances du VIH-SIDA - Pourcentage de personnes qui connaissent le VIH-SIDA et de celles qui ont entendu parler du VIH-SIDA selon certaines caractéristiques socio-démographiques EDS – BF II 1998-1999**

	HOMME	Femme
1.1. Caractéristiques socio-démographiques	99,8	98,7
1.1.1. Milieu de résidence Urbain	95,3	84,9
1.1.2. Rural	95,1	85,5
1.1.2.1. Niveau d'instruction	98,9	95,5
Aucun	100,0	99,7
Primaire	99,8	98,9
Secondaire ou plus	96,6	84,0
1.1.2.2. Région	93,7	82,6
Ville de Ouagadougou	97,1	90,5
Nord	96,4	87,0
Est		
Ouest		
Centre / Sud		
Ensemble (pour la connaissance du VIH-SIDA)	96,2	87,2

Source : EDS-BF II 1998-1999, tableaux 12.7.1 & 12.7.2. pages 185-186

tion a été véhiculée jusqu'en milieu rural où 95% des hommes et 85% de femmes ont été touchés par le message.

Par contre, les moyens de prévention du VIH-SIDA sont très mal connus ; 39% des femmes et 21% des hommes déclarent "ne pas connaître un seul moyen de protection du VIH-SIDA. Même si, une quinzaine d'années après les premières campagnes IEC, ces taux apparaissent encore relativement élevés, l'enquête note des "progrès significatifs dans l'identification du condom comme moyen de prévention aussi bien chez les femmes (17% en 1993 et 24% en 1998-1999) que chez les hommes (37% et 57% pour les même périodes)". Cependant, notons que la connaissance n'entraîne pas ou n'implique pas nécessairement l'utilisation. En effet seuls 10% de femmes et 37% des hommes reconnaissent avoir utilisé le préservatif pour se protéger contre les IST/VIH-SIDA (EDS BF 98-99).

La nouvelle approche dite de Communication pour le Changement de Comportement (CCC), préconisée dans le Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida, devrait en principe, avec une insertion plus affirmée des dimensions culturelles et du genre dans ces approches, amener les populations à éviter les comportements à risque.

### **3.3.2. Le renforcement des stratégies de prévention**

La voie hétérosexuelle est la principale voie de contamination au Burkina Faso. Pour endiguer l'épidémie, tous les efforts devraient se concentrer sur le changement de comportement de la population étant donné que les comportements à risque restent très élevés ; ce qui n'est pas du tout aisé mais faisable à condition d'agir sur les points suivants :

- garantir et élargir l'accès à l'information (s'assurer que l'information destinée aux populations faiblement alphabétisées est conçue pour être transmise par voie orale et/ou graphique, par le théâtre, etc.) ;
- promouvoir et accroître l'utilisation des préservatifs (entre 1986 et 1999, le nombre de préservatifs disponibles est passé de 16.859 à 10.992.672 pour une population sexuellement active de 15 à 49 ans passée de 3,5 millions à environ 5 millions - (CSLS, Ouagadougou avril 2001) ;

- permettre aux femmes d'avoir plus de pouvoirs de négociation dans leurs rapports sexuels, notamment la possibilité de refuser des pratiques à risque, en remettant en cause certaines notions culturelles et en s'attaquant à certaines inégalités économiques ;
- freiner la propagation de l'épidémie en éduquant les filles ;
- développer les initiatives visant à réduire les inégalités entre les sexes.

Les instruments de prévention du VIH-SIDA, qui ont fait leur preuve, peuvent être incorporés dans les programmes de formation notamment agricole. Ils pourront ainsi être propagés grâce aux mécanismes existants tels que les services de vulgarisation, de façon à atteindre la population rurale qui se trouve être actuellement la plus nombreuse et la plus exposée à l'épidémie.

Les autres modes de transmission (transmission sanguine et de la mère à l'enfant -TME-) pourraient être sensiblement réduits grâce aux mesures de sécurisation transfusionnelle et au traitement, par les ARV, des femmes enceintes.

Tous ces éléments ont été, en grande partie, pris en compte dans le cadre du plan d'action 2001 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH-SIDA.

En fait, une intervention multisectorielle menée au niveau national permettra d'étendre les efforts actuels de prévention à ceux qui sont vulnérables (ceux qui, en raison notamment de leur comportement, courent le plus de risques) et réduira l'impact de l'épidémie dans tous les secteurs. Pour être efficaces, les programmes de prévention du VIH doivent essentiellement modifier les comportements individuels et les comportements sociaux pour réduire les risques d'infection, permettre à la population de se procurer des préservatifs à un coût abordable, bénéficier d'un dépistage volontaire anonyme, assurer un diagnostic et un traitement efficaces des IST et un approvisionnement en sang non contaminé ainsi qu'offrir des interventions peu coûteuses pour réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant.

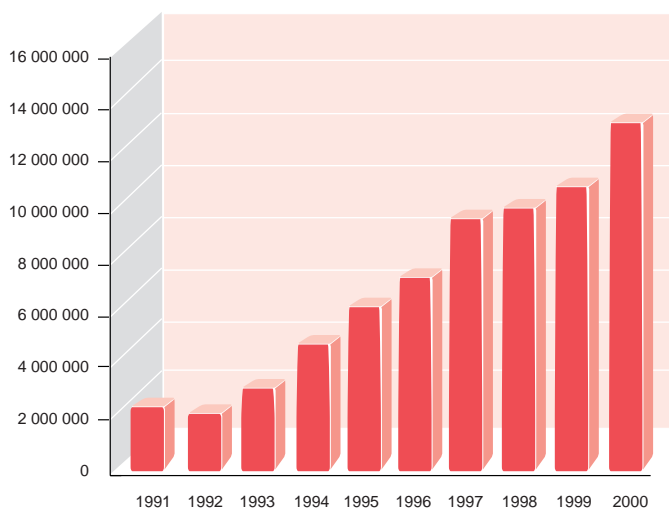
### 3.3.3. L'incorporation d'un volet VIH-SIDA dans les projets de développement

Des personnes courant un risque important de contracter le VIH participent à de nombreux projets entrepris dans les domaines de l'éducation, de la santé, des infrastructures, de l'agriculture et dans d'autres secteurs. Il est possible, et ce ne serait pas du tout coûteux, d'intégrer, dans les projets en cours, des interventions ayant prouvé leur efficacité contre le VIH-SIDA. Cela augmenterait le nombre de personnes informées et ayant accès à des moyens de prévention.

En 1999, plus de 1800 projets étaient fonctionnels au Burkina Faso. Un centième de ces structures ont eu une action en faveur de la lutte contre le VIH SIDA ce qui reste globalement très faible.

La mise en œuvre des grands projets de développement peut faciliter involontairement la propagation du VIH (effets pervers du projet). Or, il est possible de concevoir ou de remanier ces projets pour réduire les risques en évitant de séparer les familles, en réduisant la mobilité de la population, en générant des revenus et en mettant en place d'énergiques programmes de prévention. Le risque que les projets de développement contribuent à la propagation du SIDA doit être pris en compte lors de la conception de ces projets, ce qui permettra d'intensifier ainsi les efforts de prévention du VIH. Les activités de prévention et le soutien socio-économique aux travailleurs et à leur famille ainsi qu'aux communautés environnantes doivent être incorporés dans tous les projets de façon à réduire l'impact potentiel du VIH-SIDA et à élargir le champ couvert par les actions préventives. On peut incorporer, dans les projets en cours, sans frais supplémentaires majeurs, des activités relatives au VIH-SIDA, en réorientant tout simplement une partie des financements vers ces activités ou en redéployant les ressources non décaissées mais préalablement allouées à ce type d'activités. Ainsi il sera possible d'accroître la portée des activités en cours ou d'en entreprendre de nouvelles. Le Danemark et le PNUD ont engagé, sous l'égide du CNLS, une réflexion en ce sens. L'intégration d'une composante SIDA dans 10 % des projets (chaque année) pourront avoir un effet de levier considérable.

GRAPHIQUE 3.2  
Ventes annuelles de condoms



Source : CNLS, PROMACO, septembre 2001

En janvier 2002, le CNLS et le PNUD organiseront un atelier national pour la prise en compte du SIDA dans les programmes et projets de développement au Burkina Faso.

### 3.3.4. Des ressources financières additionnelles

La communauté internationale reconnaît aujourd'hui la menace que fait peser le VIH-SIDA sur le développement de nombreux pays africains (Conférence des Chefs d'Etat africains sur le SIDA à Abuja – Nigeria, Conférence sur les Pays les Moins Avancés de Bruxelles – Belgique et l'organisation en juin 2001 d'une session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA).

Elle préconise des actions vigoureuses de lutte dans le cadre d'un partenariat international qui se met progressivement en place et souhaite que la lutte contre le VIH-SIDA figure dans tous les instruments, toutes les stratégies de développement notamment dans les actions de lutte contre la pauvreté. La mise en œuvre des différentes actions, comme celles figurant dans le Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA, nécessite d'énormes ressources financières que le Burkina Faso, seul, ne peut financer.

C'est ainsi que sont d'abord nées l'Initiative 20/20 issue du Sommet Social Mondial de Copenhague qui a permis d'accroître les ressources publiques et de



**Tableau 3.2 : Prix des Anti-retroviraux au Burkina Faso (2001)**

Désignation	Conditionnement	Anciens prix	Nouveaux prix	% de baisse
Didanosine - VIDEX 100 mg	Boîte de 60 cp	28.060	10.245	63,48
Lamivudine - EPIVIR 150 mg	Boîte de 60 cp	56.733	14.460	74,51
Zidovudine - RETROVIR 300 mg	Boîte de 60 cp	55.055	34.060	38,13
Stavudine - ZERIT 30 mg	Boîte de 56 gél	80.289	2.975	96,29
Stavudine - ZERIT 40 mg	Boîte de 56 gél	83.292	3.375	95,94
Combivir (Lamivudine 150 mg + Zidovudine 300 mg)	Boîte de 60 cp	110.835	46.375	58,15
Indinavir - CRIXIVAN 400 mg	Boîte de 180 gél	199.662	42.540	78,54
Étavirenz - STOCRIN 200 mg	Boîte de 90 gél	139.349	35.705	74,37

N.B. cp = comprimés

gél = gélules

Source : Burkina Faso 2000. Epidémie du VIH-SIDA, Diagnostics et réponses opérationnelles, PNUD, Coopération Française et Alliance Internationale contre le SIDA, juin 2000. et CAMEG, octobre 2001

l'aide au développement en direction des services sociaux et tout récemment l'Initiative PPTE de réduction de la dette.

En établissant des liens entre la lutte contre le VIH-SIDA et l'allègement de la dette, l'Initiative PPTE va permettre au Burkina Faso de consacrer quelques 2 millions \$US par an (générés par l'allègement de sa dette) à ses programmes nationaux élargis de lutte contre le SIDA en plus d'autres contributions bi et multilatérales. Le succès de la Table Ronde pour la lutte contre le SIDA organisée avec l'appui du PNUD, en juin 2001 a permis la mobilisation de 94 millions de dollars sur la période 2001-2005 et le bouclage financier du programme national.

Toutes ces ressources mobilisées seront affectées à la prévention, au traitement du VIH-SIDA, aux soins/conseils et aux soutiens à apporter aux personnes infectées et affectées.

### 3.3.5. La baisse des prix et l'accessibilité des Anti Rétro Viraux

A l'instar des autres pays d'Afrique de l'Ouest qui l'ont fait avant lui, le Burkina Faso vient de conclure un accord de réduction des prix des ARV ; même si la baisse est, en termes absolus, importante (de l'ordre de 90%), les prix restent malgré tout hors de portée des bourses de la plupart des malades compte tenu des niveaux relativement bas des revenus moyens des burkinabé.

### 3.3.6. La décentralisation et la lutte contre le SIDA

La décentralisation de la lutte contre le SIDA est fondamentale et le Gouvernement s'est engagé à accélérer la dynamique en cours. La composante santé de la stratégie de réduction de la pauvreté s'articule sur la promotion de l'accès des pauvres aux services de santé à travers des mesures spécifiques autour des trois axes suivants : (i) améliorer les indicateurs de santé des pauvres ; (ii) limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis et (iii) impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé.

Des actions prioritaires ont été identifiées par le gouvernement et le Ministère de la Santé qui concernent :

- (a) Le ciblage des interventions sur les maladies des pauvres dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. L'expérience de planification et de financement décentralisés et les mécanismes de suivi mis en place par le Plan de Développement Sanitaire (PDSN) pour renforcer les performances de ce secteur offrent un modèle sur lequel le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances peuvent se fonder pour opérationnaliser le ciblage des interventions sanitaires sur les maladies qui affectent les pauvres. Le mécanisme de planification et de gestion basé sur les performances permet l'alignement des

allocations sur l'amélioration des performances et des résultats attendus dans le cadre d'interventions spécifiques d'une part, et la responsabilisation des acteurs au niveau opérationnel, d'autre part.

(b) Le ciblage des services auxquels les pauvres ont accès dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Pour faire face aux problèmes d'équité, il faut considérer les mécanismes et les niveaux des allocations budgétaires actuelles des directions régionales de santé et des districts sanitaires. Le gouvernement souhaite mettre en place des mécanismes d'allocations ainsi qu'un système de tarification des services et soins de santé qui tiennent compte de la capacité de payer des ménages et des niveaux de subventions des services de santé publique. Dans ce sens, le gouvernement envisage les options et mesures suivantes :

- l'augmentation des allocations budgétaires des services de santé de base et l'adaptation des mécanismes d'allocation (contractualisation et décentralisation en ce qui concerne les ressources humaines) pour supporter une plus grande disponibilité des ressources matérielles et humaines ;
- la rationalisation et l'harmonisation de la tarification des soins de santé pour augmenter les subventions aux plus pauvres, supporter l'adaptation des tarifs à la capacité de payer des populations et assurer la prise en charge des services préventifs et de soins.

(c) Le renforcement de la participation, de la responsabilisation et de la transparence dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et la décentralisation. Le gouvernement souhaite améliorer la coordination des interventions et des responsabilités en matière de santé et préparer les transferts de compétences dans le cadre de la décentralisation. Il souhaite procéder au renforcement des capacités d'auto-organisation et d'entraide mutuelle au sein des communautés de base et relever le défi de la faiblesse des capacités locales des acteurs au plan décentralisé.

Pour ce faire, priorité est donnée à :

- l'adaptation de l'ancrage des structures de participation des acteurs de la santé au mouvement associatif local en géné-

ral, aux groupements féminins en particulier, pour promouvoir la mobilisation des ressources communautaires et supporter les services de santé de base ;

- la promotion des mutuelles de santé ancrées sur les organisations du mouvement associatif local et les collectivités pour servir de base à la mutualisation du risque maladie. Etant donné l'expérience déjà accumulée dans les mutuelles au Burkina Faso, il serait important de capitaliser sur les expériences qui existent et d'étudier la faisabilité de leur mise en œuvre à plus grande échelle ;
- le renforcement du système d'information sanitaire à travers un système de suivi des dépenses publiques dans la santé et un système d'enquêtes légères pour mesurer l'impact des interventions y compris dans le domaine du SIDA.

Les bailleurs de fonds sont globalement favorables à une telle initiative et le monde communautaire et les collectivités locales sont prêts à s'y engager.

Dans le cadre de la politique de décentralisation, les collectivités locales pourraient marquer leur engagement dans la lutte contre la pandémie en inscrivant une ligne budgétaire, aussi modeste soit-elle, destinée à financer localement des actions de lutte, de prévention voire de prise en charge. Il ne faut pas oublier que la volonté politique constitue l'élément essentiel du combat contre le VIH-SIDA. Cette volonté qui avait déjà été affirmée en 1998 à l'issue de la rencontre des communes africaines tenue à Abidjan et à laquelle participaient les responsables communaux burkinabè, ne demande qu'à être accompagnée.

Cet engagement politique vient consolider le travail de sensibilisation, d'information et d'éducation mené, à l'heure actuelle, par l'ensemble des collectivités locales et communes. Depuis deux ans, on observe une très forte implication des municipalités dans les campagnes conduites sur leur territoire par d'autres structures, telles que les ONG, œuvrant dans le domaine. Cette implication se traduit essentiellement par la mobilisation des populations et par le co-parrainage des différentes actions. Une intensification de ces activités est attendue en 2002 avec l'appui du CNLS et les principaux programmes et projets de lutte contre le VIH SIDA.



## CHAPITRE 4

# LE VIH-SIDA ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

### INTRODUCTION

L'impact du VIH-SIDA est de plus en plus apparent dans tous les secteurs de la société et dans la vie quotidienne de tous les burkinabé. Le Burkina Faso apparaît de ce fait, très vulnérable face à l'épidémie, notamment du fait de son faible niveau de développement : 45,3 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, près de 80% de la population sont analphabètes, l'effet des migrations internes et externes est important et la position de la femme et de la jeune fille reste précaire. Cette situation est en outre aggravée par la médiocre implication des acteurs sanitaires dans la lutte contre l'épidémie et en particulier dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Par ailleurs, l'engorgement des services hospitaliers et de certains services spécialisés (où plus de 50% des lits sont occupés par des malades du Sida) entraîne une diminution de la qualité de la réponse aux demandes de soins pour d'autres pathologies, contribuant très probablement à la diminution de la fréquentation des structures sanitaires.

Bien qu'il n'y ait pas de répartition précise des cas par région sanitaire, par sexe, par âge et par mode de transmission, il semble que l'épidémie touche indistinctement le milieu urbain et le milieu rural du fait de la mobilité interne des populations et du phénomène de la migration externe.

Le VIH-SIDA a des impacts majeurs sur la pauvreté et les secteurs sociaux.

Les relations entre VIH-SIDA et pauvreté sont complexes et bidirectionnelles : (i) la pauvreté contribue à la diffusion du VIH-SIDA ; et (ii) le VIH-SIDA contribue à la pauvreté.

Peu d'efforts ont été consacrés à l'évaluation de ces interrelations et de leurs impacts d'une manière générale.

Au Burkina Faso, un certain nombre d'initiatives en cours, organisé par le CNLS sont entrain de pallier à ce manque (notamment le Programme Conjoint Epidémiologique et les Etudes d'Impacts économiques et sectorielles). Or ces éléments sont fondamentaux pour pouvoir consolider les stratégies et mettre en place des interventions efficaces de lutte contre le VIH-SIDA.

L'impact de l'épidémie dépend des particularités de chaque pays et de son niveau de développement humain, mais aussi, de l'importance du niveau de prévalence et de la distribution du VIH, de l'influence de l'endémie sur la croissance économique, les systèmes de production agricole, le marché du travail et la productivité, de l'efficacité des systèmes collectifs et privés, structurés ou non de réponse sociale et sanitaire, de la proportion des frais sanitaires financés par l'épargne, de l'efficacité et de l'efficience des dépenses publiques, de l'influence des mouvements de capitaux et dans le cas du Burkina Faso, des transferts de revenus des migrants, eux-mêmes touchés par l'épidémie du VIH-SIDA etc.

## 4.1. Les liens entre le VIH-SIDA et la pauvreté

L'analyse des différents impacts du SIDA sur la pauvreté ou des facteurs de vulnérabilité des pauvres à cette maladie, fait apparaître l'existence d'un lien assez étroit entre le VIH-SIDA et la pauvreté.

### 4.1.1. Le VIH-SIDA comme facteur d'aggravation de la pauvreté

A la lumière des résultats de l'analyse portant sur l'impact du SIDA sur la pauvreté engagée par le CNLS avec l'appui du PNUD et du Danemark, on peut conclure que l'épidémie du VIH-SIDA aggrave la pauvreté parmi les ménages qui sont déjà pauvres. Elle provoque également une situation de pauvreté dans les ménages qui ont connu un décès prématuré d'un des membres de la famille. Les facteurs principaux qui contribuent d'une manière ou d'une autre à renforcer la pauvreté au niveau micro-économique, c'est-à-dire individuel ou familial sont :

- diminution des revenus des ménages (diminution de la production agricole, des activités non agricoles, diminution ou perte de salaire, etc.) ;
- L'augmentation des dépenses de santé et d'obsèques ;
- La diminution de la productivité de la main-d'œuvre, de la consommation des biens et services excepté les soins de santé de certains ménages ;
- L'épuisement des économies familiales (vente des actifs productifs et ménagers) ;
- La dislocation du ménage à la suite de la perte d'un ou des deux parents ;
- L'augmentation du nombre d'orphelins et d'enfants de la rue ;
- La déstructuration de la solidarité communautaire.

### 4.1.2. La pauvreté comme facteur de vulnérabilité au VIH-SIDA

Les résultats du diagnostic de la vulnérabilité de la pauvreté à l'infection à VIH-SIDA révèlent que la pauvreté rend les pauvres plus vulnérables à l'infection à VIH, à la morbidité et à la mortalité. Effectivement, lorsqu'on est pauvre, la probabilité d'être exposé à l'infection à VIH est relativement élevée, en raisons des prédispositions suivantes :

- Le mauvais état de santé des personnes ;

- L'analphabétisation et la faible scolarisation des jeunes en particulier des filles ;
- La malnutrition des ménages pauvres ;
- les difficultés d'accès aux services de santé aux services sociaux de base ;
- la Prévalence des IST non traitées ; et
- l'inaccessibilité aux messages de prévention.

Le VIH-SIDA touche autant les pauvres que les riches ou vice versa. Mais compte tenu du fait que les pauvres sont, en chiffres absolus, plus nombreux que les riches, le nombre de pauvres infectés est donc plus élevé que celui des riches.

## 4.2. Les diagnostics

### 4.2.1. Les impacts du VIH-SIDA sur les ménages

De nombreuses études révèlent que les catastrophes causées par le SIDA ont de lourdes conséquences sur les ménages aussi bien urbains que ruraux. Les conséquences sont si importantes que les conditions de vie, déjà précaires, connaissent une détérioration notable.

Cette détérioration serait, en grande partie, la conséquence des impacts socio-économiques dus au SIDA. Les principaux impacts sont la faiblesse des revenus, le mauvais état de santé, la malnutrition, l'affaiblissement des capacités du secteur de l'éducation, l'exode rural et les migrations, etc. Ces éléments conduisent généralement à des comportements individuels qui contribuent à augmenter le risque de transmettre le virus du VIH ou d'en être infecté.

### 4.2.2. La précarité des revenus

Le poids de l'épidémie du SIDA sur les personnes infectées les rend invalides par rapport aux activités qu'elles exercent. Cette situation conduit à un absentéisme chronique ou à une situation d'improductivité. La réduction ou la perte des revenus a comme conséquence une aggravation de l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité des ménages.

Il est, également, de plus en plus établi que la mort d'un adulte entraîne une chute dramatique des revenus disponibles de son ménage. Or, une diminution de revenus équivaut forcément à une

*" Depuis le zona, nous n'avons plus été au CSPS pour les soins parce que je n'ai pas d'argent. Depuis sa maladie je n'ai pas eu le temps de faire du jardinage pour avoir de l'argent liquide ".*

*Époux d'une femme séropositive, Yatenga*

**Tableau 4.1 : Pauvreté et indicateurs de contraception et de connaissance du VIH-SIDA au Burkina Faso, 1998-1999**

Indicateurs de santé en %	Quintile pauvre	Quintile moyen pauvre	Quintile moyen	Quintile moyen riche	Quintile riche	Population moyenne
<b>Utilisation de contraceptifs modernes</b>						
- femmes	0,7	0,5	0,8	2,5	16,4	4,2
- hommes	2,1	1,2	4,1	8,2	22,6	6,7
<b>Connaissance des méthodes de prévention du VIH-SIDA</b>						
- femmes	77,6	70,2	77,3	80,6	88,8	79,1
- hommes	72,9	69,5	75,4	83,6	90,4	78,5

Source : Ministère de l'Economie et des Finances. Cadre de stratégie de lutte contre la pauvreté, mai 2000.

réduction du pouvoir d'achat, à une baisse de l'épargne familiale et à l'abandon d'un éventuel investissement. Pour les ménages ruraux (85% de la population), il arrive souvent que les investissements consacrés à la mise en valeur des sols, à l'irrigation et à l'amélioration des infrastructures diminuent et entraînent de ce fait la diminution de leurs revenus. Le SIDA contraint ces ménages à prendre la décision irréversible de vendre leur bétail, leur matériel et leur terre pour faire face aux dépenses qu'il engendre.

La faiblesse du revenu monétaire est l'indicateur fondamental pour mesurer ou apprécier le niveau de pauvreté des populations. Au niveau des ménages, elle se traduit généralement par une insuffisance de consommation alimentaire, des conditions de vie nuisibles à la santé et un environnement défavorable. La pauvreté des ménages contribue à développer la propagation du virus dans les milieux défavorisés ou démunis, pour plusieurs raisons dont trois nous semblent essentielles :

- les personnes à faible revenu n'ont pas accès à l'information relative aux modes de transmission et de prévention du VIH-SIDA : ainsi peuvent-elles continuer de s'adonner à certaines pratiques en ignorant les risques qui y sont liés ;
- les populations démunies ont également un accès difficile aux services de

santé. Elles traînent souvent certaines maladies infectieuses, pendant très longtemps et, dans la plupart des cas sans même le savoir ;

- les personnes défavorisées n'arrivent pas à prendre en charge le traitement des IST ou à se payer les préservatifs ; de ce fait, elles deviennent grandement vulnérables à ces maladies et infections.

#### 4.2.3. La diminution de la consommation alimentaire

Près de 20%<sup>1</sup> des familles rurales au Burkina Faso réduisent ou abandonnent leurs exploitations à cause du SIDA. Ceci accroît la pauvreté et l'insécurité alimentaire au niveau micro et macro-économique.

Face à la maladie, le ménage est obligé de puiser dans l'épargne familiale ou de vendre les biens disponibles (vivres, bétail et autres) pour les soins du malade. La mort des adultes productifs au niveau des ménages pauvres a un impact plus important sur les dépenses et la consommation de nourriture achetée ou produite par la famille. Dans certains cas, on a constaté que six mois après la mort d'un membre de la famille imputable au SIDA, les dépenses alimentaires ont chuté du tiers dans presque 50%<sup>2</sup> des ménages les plus pauvres. Cette situation conduit inéluctablement à la malnutrition.

Définie comme étant l'absence ou l'in-

<sup>1</sup> Rapport d'étude de la FAO, 1997, mentionné dans le CSLP 2000 du MEF.

<sup>2</sup> ONUSIDA, Liens entre la pauvreté et le VIH-SIDA, novembre 2000.

suffisance de calories et de protéines dans la consommation alimentaire, la malnutrition est l'une des caractéristiques les plus manifestes et les plus dramatiques de la pauvreté. Elle est plus perceptible au niveau des populations les plus défavorisées et démunies. La malnutrition conduit à la défaillance de la fonction immunitaire de l'organisme humain et de ce fait accroît la vulnérabilité aux maladies infectieuses en général, et au VIH-SIDA en particulier.

#### 4.2.4. L'augmentation des flux migratoires

D'une manière générale, le phénomène migratoire se justifie entre autres par la recherche de l'emploi (10% des pauvres), la recherche des terres cultivables (8,4%)<sup>3</sup> ou la recherche d'une amélioration des conditions de vie au niveau des grandes villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso).

S'il est admis que le VIH-SIDA aggrave la pauvreté des populations défavorisées, il est tout aussi permis de croire que cette épidémie, en développant le phénomène de la pauvreté, entraîne par la même occasion l'accroissement du flux migratoire. Au Burkina Faso, en 1997, 19,3 % des individus étaient des migrants.

Ces mouvements de population, qui se développent de plus en plus, créent un environnement favorable à la propagation du VIH-SIDA.

Le phénomène migratoire constitue le lit de contamination de toutes sortes de maladies, particulièrement les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH-SIDA. C'est par ces flux migratoires internes et externes que le virus circule rapidement à travers les rapports sexuels non protégés et le multipartenariat sexuel.

#### 4.2.5. La détérioration de l'état de santé

En raison de leur pauvreté, les ménages les plus démunis n'ont pas accès aux soins de santé de base et sont exposés à des conditions de vie précaires (absence d'eau potable et insuffisance d'assainissement). Cela conduit à la détérioration de leur état de santé et à l'accroissement du taux de morbidité et donc de leur vulnérabilité face au VIH-SIDA.

#### ENCADRE 4.1

##### SOS SIDA s'installe à Koudougou

Après quelques actions de sensibilisation, de formation et d'information à Koudougou, SOS SIDA a décidé de s'installer dans la capitale du Boulkiemdé. Cela a été marqué par l'inauguration de son siège et de son kiosque "café-Info" le samedi 1er septembre 2001 aux environs de 17 heures.

Le siège de SOS SIDA à Koudougou est une vaste cour ombragée comportant une maison à plusieurs pièces flanquée d'un kiosque dénommé "Café-Info" où seront vendus des brochures et des dépliants traitant du SIDA, des IST et de la santé de la Reproduction (SR). En sirotant une sucrerie ou un café, les jeunes et les moins jeunes pourront également s'informer de tout ce qui concerne les IST-SIDA et la SR.

Le président de la section provinciale de SOS SIDA du Boulkiemdé M. Pacôme Saïdou Sawadogo, s'est réjoui de la mobilisation de la population autour de la lutte contre le mal du siècle. Il a rappelé qu'avec un taux de séroprévalence de 7,13%, le Burkina Faso se place au second rang des

pays les plus touchés en Afrique de l'Ouest après la Côte d'Ivoire. "Abstinence, fidélité ou port de la capote, voici les 3 comportements que la jeunesse doit adopter pour contrer ce fléau", dira M. Pacôme S. Sawadogo.

Cette inauguration aux allures de fête a été fortement animée par le chansonnier Kisto Koinbré qui, avec tout son groupe et à travers chants, danses et théâtres, a apporté sa contribution à la lutte contre le SIDA. Une prestation que le public sorti nombreux a appréciée à sa juste valeur. Il faut signaler que SOS SIDA parraine dans le Boulkiemdé 50 orphelins du SIDA (25 à Koudougou et 25 à Nanoro) par leur prise en charge scolaire.

Une initiative louable quand on connaît le nombre d'enfants orphelins du SIDA qui vivent dans nos contrées. Il faut souhaiter que le siège nouvellement inauguré soit massivement fréquenté pour que puissent être limitées les affres du SIDA.

Source : P.S. SAWADOGO, septembre 2001

Or, l'insuffisance d'accès aux services de santé et aux soins élémentaires explique en partie la prévalence élevée des IST non traitées. La présence des IST augmente la probabilité de transmission de VIH au cours des rapports sexuels non protégés.

L'insuffisance des conditions d'accueil et de séjour, les difficultés de communication avec le personnel de santé, les contraintes financières, le manque d'équipements des infrastructures, le manque de médicaments et la mauvaise qualité du service sont des facteurs qui découragent la fréquentation par les populations des infrastructures sanitaires.

La hausse des dépenses médicales et funéraires est telle que la solidarité communautaire et la capacité de résistance des ménages se trouvent complètement ébranlés (Ministère de la Santé, 2000).

Dans la mesure où les ménages pauvres sont plus vulnérables aux répercussions d'un décès dû au SIDA, les programmes généraux de lutte contre la pauvreté pourraient être conçus pour, entre autres, atténuer l'impact de l'épidémie.

*" Le SIDA se promène avec les gens. Les gens qui se déplacent partout sont ceux qui peuvent propager facilement la maladie ".*

Essakane, orpailleur

<sup>3</sup> INSD, 1996, op. cit.

#### ENCADRE 4.2

##### **Le Programme Conjoint Multidimensionnel en faveur des Orphelins du Burkina Faso**

L'un des drames les plus terribles de l'épidémie du VIH-SIDA est le nombre d'orphelins qu'elle contribue à faire apparaître. L'organisation actuelle de la prise en charge de ces orphelins est difficile et fait l'objet de plus de réflexions que d'actions. L'appui à leur scolarisation est un véritable défi de société, c'est également une question de crédibilité pour les associations de lutte contre le VIH-SIDA qui œuvrent au Burkina Faso.

L'an passé, l'Ambassade de France avait organisé, sous l'égide du CNLS, une remise de fournitures scolaires à 850 enfants scolarisés et orphelins de père ou de mère, encadrés par 15 associations. En 2001, le PNUD a

repris cette opération et a contribué à l'élargir avec l'appui du CICdoc. Les partenaires financiers qui ont participé à cette opération étaient la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et des fonds privés du personnel de l'Ambassade des Etats-Unis. Le principal objectif de ce projet était de fournir aux élèves orphelins du SIDA un équipement scolaire approprié et d'assurer leur inscription dans les écoles. Les fonds mobilisés ont permis l'appui à la scolarisation de 3500 enfants encadrés par 40 associations nationales, originaires de 17 provinces du pays. Un tel programme à vocation annuelle sera à nouveau conduit en 2002 sous l'égide du CNLS et avec l'appui financier et technique du PNUD, du CICdoc et d'un certain nombre de bailleurs de fonds.

Source : CNLS, PNUD, CICdoc, octobre 2001.

prestations des services s'occupant d'autres pathologies et d'autre part, la diminution de la fréquentation des formations sanitaires pour des raisons de méfiance ou de découragement.

#### 4.2.6. L'abandon de l'école

Le taux d'analphabétisme est très élevé au Burkina Faso : plus de 86% des femmes et près de 75% des hommes sont sans "instruction", (INSD, 1996). Le taux de scolarisation primaire est de l'ordre de 41% (35% pour les filles). Avec la progression de l'épidémie du SIDA qui touche notamment le personnel enseignant, on peut s'attendre à une régression du taux de scolarisation dans les dix années à venir. Les raisons principales de cette situation sont entre autres le manque de personnel enseignant et l'augmentation du nombre des enfants, notamment orphelins, incapables de supporter les coûts de scolarisation de plus en plus exorbitants.

En effet, selon les données des enquêtes démographiques et de santé portant sur l'inscription scolaire et la condition des orphelins du SIDA au Burkina Faso, il apparaît que ces derniers ont 50% moins de chance d'être scolarisés si l'un de leurs parents est décédé et 90%<sup>5</sup> s'ils sont orphelins de mère et de père. Le taux d'abandon de l'école par les orphelins du SIDA est l'indicateur le plus fiable de l'impact du SIDA sur l'éducation ; même si par insuffisance de données y afférentes, on ne saurait faire une évaluation de la situation.

Le nombre des populations défavorisées, analphabètes va continuer à croître. Ces populations ont difficilement accès à l'information concernant les dangers des comportements à risques ; elles ne sont pas non plus en mesure de comprendre les messages de prévention sur les différentes maladies infectieuses et plus particulièrement sur l'épidémie du SIDA. Cela explique le taux de prévalence très élevé des IST chez les personnes pauvres et moins instruites. Au demeurant, une telle situation de quasi-ignorance ne pourrait que les exposer davantage aux risques d'infection à VIH-SIDA.

#### • L'augmentation des coûts d'hospitalisation des malades du SIDA

En raison de la durée d'hospitalisation plus longue et de l'augmentation du coût des soins en milieu hospitalier des personnes atteintes du VIH-SIDA, l'impact sur les dépenses des hôpitaux est énorme. Globalement, l'on peut retenir que les coûts des soins hospitaliers des patients atteints du VIH-SIDA sont deux fois plus élevés que ceux des patients souffrant d'autres maladies. Il s'agit aussi bien des coûts directs (médicaments, examens de laboratoire et radiographie) que des coûts indirects (les soins prodigués par le personnel de santé durant le séjour prolongé à l'hôpital).

#### • L'occupation des lits d'hôpital par les malades du SIDA

L'affluence des malades du SIDA est si grande que les capacités des services hospitaliers ne peuvent plus face l'hospitalisation où plus de 50% des lits<sup>4</sup> se trouvent occupés par les malades du SIDA. Par ailleurs, il faut noter que le séjour prolongé des malades du VIH-SIDA dans le milieu hospitalier pose de sérieux problèmes pour l'hospitalisation des autres patients non porteurs du VIH-SIDA. Ce phénomène entraîne par conséquent d'une part, la diminution de la qualité de

*" C'est la pauvreté à mon sens qui fait que le SIDA se propage. Ainsi, face à l'argent, certaines filles n'arrivent pas à se maîtriser. Elles sont prêtes à tout"*

Jeune fille, Bobo, Focus group

<sup>4</sup> PNUD, Rapport national sur le DHD 2000, op. cit.

<sup>5</sup> GREGOIRE L.J.; AUREGAN G.; RENTERGHEM H.V. " Epidémie du VIH-SIDA: Diagnostics et réponses opérationnelles ", PNUD / CICDoc / Alliance Internationale contre le VIH-SIDA, avril 2000.

Par ailleurs, il y a lieu de noter que le niveau d'instruction de la population féminine est généralement plus bas que celui des hommes. C'est pour cette raison que les femmes et les jeunes filles sont particulièrement plus exposées aux risques d'infection à VIH. Elles le seront davantage, si, en plus de cela, s'ajoutent toutes sortes de pressions sociales et économiques qu'elles subissent.

On peut conclure que les effets de l'épidémie ne font que creuser davantage les inégalités de niveau de vie entre les populations rurales et urbaines. En d'autres termes, le VIH-SIDA approfondit le fossé entre les 20% des ménages les plus riches et ceux plus pauvres du Burkina Faso qui représentent près de 60% de la population.

**Tableau 4.2 : Simulation de l'impact du VIH-SIDA sur l'incidence de la pauvreté**

Année	1997	2005	2010
<b>Estimations avec un taux de prévalence du VIH-SIDA de 8% en 2005</b>			
PVVIH (millions)	0,440	0,610	0,730
Population affectée <sup>6</sup> (millions)	1,144	1,586	1,898
PVVIH ayant développé le SIDA (millions)	0,048	0,067	0,080
Décès du SIDA (millions)	0,018	0,024	0,029
Population restante <sup>7</sup> (millions)	10,519	12,301	13,579
Orphelins SIDA <sup>8</sup> (millions)	0,028	0,039	0,047
Nouveaux pauvres <sup>9</sup> (millions)	-	0,698	0,835
Total des pauvres VIH-SIDA <sup>10</sup> (millions)	4,734	6,244	6,959
<b>Incidence de la pauvreté (%)<sup>11</sup></b>	<b>45,0</b>	<b>50,8</b>	<b>51,3</b>
<b>Estimations avec un taux de prévalence du VIH-SIDA de 10% en 2005</b>			
PVVIH (millions)	0,440	0,760	0,900
Population affectée (millions)	1,144	1,976	2,340
PVVIH ayant développé le SIDA (millions)	0,048	0,084	0,099
Décès du SIDA (millions)	0,018	0,030	0,036
Population restante (millions)	10,519	12,295	13,572
Orphelins SIDA (millions)	0,028	0,049	0,058
Nouveaux pauvres (millions)	-	0,869	1,030
Total des pauvres VIH-SIDA (millions)	4,734	6,416	7,153
<b>Incidence de la pauvreté (%)</b>	<b>45,0</b>	<b>52,2</b>	<b>52,7</b>
<b>Estimations avec un taux de prévalence du VIH-SIDA de 12% en 2005</b>			
PVVIH (millions)	0,440	0,910	1,060
Population affectée (millions)	1,144	2,366	2,756
PVVIH ayant développé le SIDA (millions)	0,048	0,100	0,117
Décès du SIDA (millions)	0,018	0,036	0,042
Population restante (millions)	10,519	12,289	13,565
Orphelins SIDA (millions)	0,028	0,058	0,068
Nouveaux pauvres (millions)	-	1,041	1,213
Total des pauvres VIH-SIDA (millions)	4,734	6,587	7,336
<b>Incidence de la pauvreté (%)</b>	<b>45,0</b>	<b>53,6</b>	<b>54,1</b>

Source : RGPH (1996), EPI et EPII et selon nos estimations.  
CNLS, avec l'appui du PNUD et de la Coopération Danoise, 2001

<sup>6</sup> Estimations effectuées sur la base d'une moyenne de 7,8 personnes par ménage (INSD, 1996, p.51) soit environ 3 personnes de 15 à 49 ans par ménage et 2,6 personnes affectées pour chaque PVVIH en moyenne.

<sup>7</sup> Population totale moins les décès dus au SIDA.

<sup>8</sup> Sur la base de 1,6 orphelins par PVVH décédée (2,6 personnes affectées pour chaque PVVIH).

<sup>9</sup> Quatre-vingt pour cent des PVVIH non pauvres et des membres de leurs ménages deviennent pauvres. On émet l'hypothèse que le taux de fréquentation des formations sanitaires par les PVVIH est identique à celui observé dans la population totale : 20% en 1999 (Ministère de l'économie et des finances, 2000) et que le reste des PVVH n'ont pas accès aux services de santé à cause des moyens limités (pauvreté).

<sup>10</sup> Somme des pauvres sans VIH-SIDA et des nouveaux pauvres.

<sup>11</sup> Proportion des pauvres avec VIH-SIDA dans la population restante.



#### ENCADRE 4.3

##### Le VIH-SIDA et l'espérance de vie

Selon un modèle conçu par Roy Anderson and Associates à l'Imperial College de Londres ("le modèle Anderson"), en l'absence du VIH, un homme âgé de 20 ans en Afrique subsaharienne a 87 % de chances de vivre jusqu'à 40 ans ;

ses chances tombent à 75 % si la séro-prévalence est en moyenne de 1 % dans l'ensemble de la population. Et quand 5 % des personnes sont infectées, comme c'est déjà le cas dans certains pays, il n'a pas plus d'une chance sur deux d'atteindre 40 ans.

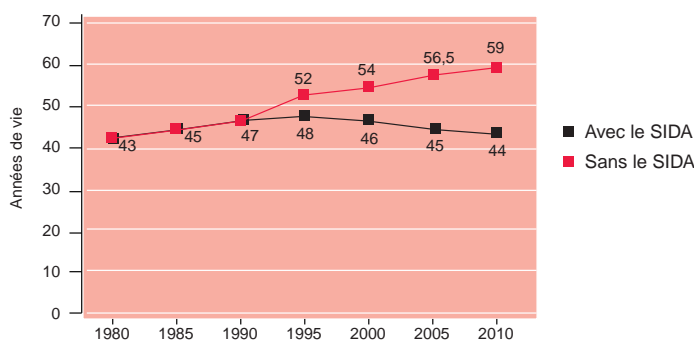
Source : Panos, Le vrai coût du SIDA, un nouveau défi au développement, Edition l'Harmattan, 1993, page 42

Une simulation d'impacts du VIH-SIDA sur l'incidence de la pauvreté au Burkina Faso, a été réalisée sous l'égide du CNLS avec l'appui du PNUD et du Danemark à partir d'un taux de prévalence de 7,2% en 1997, selon trois scénarii :

1. Premier scénario : taux de prévalence du VIH-SIDA stabilisé à 8% en 2005 ;
2. Deuxième scénario : taux de prévalence du VIH-SIDA stabilisé à 10% en 2005 ;
3. Troisième scénario : taux de prévalence du VIH-SIDA stabilisé à 12% en 2005 ;

Ces résultats montrent qu'avec un taux de prévalence du VIH-SIDA stabilisé à 8% en 2005, l'incidence de pauvreté augmenterait d'environ 6% (de 45 à environ 51%) en neuf ans (de 1997 à 2005). De 2005 à 2010, l'incidence de pauvreté resterait relativement stable. Par contre, avec un taux de prévalence stabilisé à 10% en 2005, cette augmentation est estimée à 7% (de 45 à 52%) en neuf ans (1997 à 2005) et à 8% (de 45 à 53%) après quatorze ans (en 2010). Pour un taux de prévalence stabilisé à 12% en 2005, l'augmentation de l'incidence de pauvreté est estimée à 8% (de 45 à 53%) en neuf ans (de 1997 à 2005) et 9% (de 45 à 54%) en

GRAPHIQUE 4.1  
Evolution de l'espérance de vie



Source : PNUD, 2000

quatorze ans 2010 (tableau 4.2). Ces résultats annihilent les efforts de la lutte contre la pauvreté et les objectifs du sommet du millénaire qui stipulent une réduction de moitié de la pauvreté d'ici à 2015.

#### 4.2.7. Le SIDA, la pauvreté et la croissance démographique

En raison notamment de la pauvreté des ménages et de la propagation du VIH-SIDA, l'espérance de vie aurait régressé de 10 à 11 ans par rapport à la tendance qu'aurait enregistrée le pays en l'absence du VIH-SIDA. Les différentes études démontrent que l'espérance de vie aurait connu un recul de 3 ans entre 1996 et 1998, soit 46 ans en 1998 au lieu de 49 ans calculée en 1996 (DHD 2000). Elle était estimée à 52 ans en 1995 soit 56,1 ans en milieu urbain et 50,6 ans en milieu rural.

Les adultes de 25 à 49 ans - dont les femmes en âge de procréer - et les jeunes filles âgées de 13 à 24 se trouvent être les plus touchés par l'épidémie. Les résultats de l'enquête de Bobo-Dioulasso réalisée en 2000, montrent que les taux d'infection des jeunes filles de 13 à 24 ans sont de l'ordre de 5 à 8 fois supérieurs à ceux des garçons de leur âge<sup>12</sup>. Ceci s'explique certainement par l'asymétrie des âges dans les relations sexuelles.

Vu la lenteur des changements qui s'opèrent au niveau de la mortalité et de la fécondité, on ignore à l'heure actuelle, dans quelle mesure la modification des taux de mortalité et les changements possibles des taux de fécondité induits par le VIH-SIDA pourront affecter la structure et la taille de la population burkinabè. Selon la plupart des scénarii, la propagation de l'épidémie s'accompagnera, peut-être, d'une légère diminution du taux d'accroissement de la population mais jamais d'une croissance négative de la population (CNLS, Conférences mensuelles PNUD/CICDoc, juillet 2001).

Aussi certaines estimations, issues d'exercice de simulation, prédisent-elles une baisse de l'ordre de 0,5 à 1% du taux d'accroissement de la population sur une période de 25 ans. En ce qui concerne le Burkina Faso, le taux se situerait aux alentours de 1,9 à 1,6% par an<sup>13</sup> à l'horizon 2020.

<sup>12</sup> UERD - Centre MURAZ, Etude Multisite et sur les jeunes de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso 2000, Rapport provisoire d'analyse des données, septembre 2000

<sup>13</sup> Ministère de la Santé, Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005, Ouagadougou, avril 2001

### 4.3. Les politiques et les stratégies de lutte contre le VIH-SIDA et la réduction de la pauvreté

Le Gouvernement du Burkina Faso a entrepris plusieurs exercices de planification pour lutter contre le VIH-SIDA :

- L'élaboration d'un cadre stratégique de lutte contre le VIH-SIDA (CSLVS);
- La mise à jour de la politique sanitaire nationale ;
- La préparation du plan national de développement sanitaire ;
- Le lancement de la planification décentralisée, intégrée et multisectorielle des activités de lutte contre le SIDA.

En particulier, le CSLVS est un cadre stratégique multisectoriel favorisant une approche globale de lutte contre le VIH-SIDA. Les axes de cette stratégie adoptée en juin 2001 sont :

- 1) Le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH;
- 2) Le renforcement de la surveillance de l'épidémie;
- 3) L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées;
- 4) L'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.

#### 4.3.1 La stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH-SIDA

Les quatre axes prioritaires comportent 23 composantes de programme ci-après détaillées :

**Axe stratégique 1 :** Renforcement des mesures de prévention de la transmission

- Renforcement des comportements à faible risque;
- Promotion des préservatifs;
- Promotion de la sécurité transfusionnelle et de l'hygiène dans les milieux de travail;
- Prévention de la transmission du VIH, de la mère à l'enfant (PTME);
- Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST;
- Promotion du conseil/dépistage volontaire, confidentiel et anonyme.

**Axe stratégique 2 :** Renforcement de la surveillance de l'épidémie

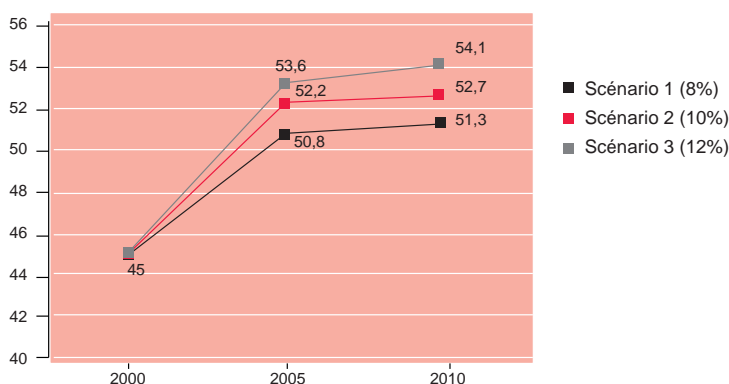
- Notification syndromique des cas IST et de VIH-SIDA;
- Organisation de la sérosurveillance sentinelle et sur les groupes spécifiques;
- Organisation des études épidémiologiques, comportementales et d'études sectorielles d'impact socio-économiques du VIH-SIDA.

**Axe stratégique 3 :** Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées

- Organisation du soutien psycho-socio-économique aux personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA;
- Formation de la prise en charge et dissémination des guides nationaux de prise en charge;
- Développement du conseil et dépistage au niveau des structures de santé;
- Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire;
- Développement d'un réseau d'approvisionnement en médicaments essentiels au niveau des structures de santé et au niveau communautaire;
- Organisation des soins à domicile;
- Développement des services de traitement ambulatoires;
- Développement de stratégies de prophylaxie et de traitement des infections opportunistes et par les ARV;
- Renforcement des services diagnostics biomédicaux.

**Axe stratégique 4 :** Promotion d'un partenariat national, international et de la coordination multisectorielle

GRAPHIQUE 4.2  
Simulation de l'impact du VIH-SIDA sur l'incidence de la pauvreté (en pourcentage)



Source : CNLS, PNUD 2001

- Renforcement de la coopération régionale et internationale;
- Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH SIDA;
- Renforcement des capacités organisationnelles des Institutions nationales et des OBC;
- Développement du plaidoyer pour la mobilisation en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA;
- Renforcement de la décentralisation des structures.

### 4.3.2 La stratégie globale de réduction de la pauvreté

Dans le domaine de la réduction de la pauvreté, le gouvernement a élaboré en 1999 un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP ou PRSP).

Cette stratégie globale de réduction de la pauvreté repose sur sept grands principes directeurs étroitement liés qui sont (i) le recentrage du rôle de l'Etat, (ii) la gestion durable des ressources naturelles, (iii) la promotion d'un nouveau partenariat avec les bailleurs de fonds, (iv) la promotion d'une bonne gouvernance, (v) la prise en compte de la dimension régionale, (vi) l'équilibre régional et (vii) la dimension genre. Ce cadre stratégique est composé de quatre axes principaux :

**Axe 1 :** Accélérer la croissance et la fonder sur l'équité

- Maintenir un cadre macro-économique équilibré ;
- Accroître la compétitivité de l'économie et réduire les coûts des facteurs ;
- Accélérer le développement du monde rural ;
- Appuyer les secteurs productifs.

**Axe 2 :** Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base

- Promouvoir l'accès des pauvres aux services de l'éducation ;
- Promouvoir l'accès des pauvres aux services de santé ;
- Promouvoir l'accès des pauvres à l'eau potable ;
- Améliorer le cadre de vie des pauvres.

**Axe 3 :** Elargir les opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les pauvres

- Diminution de la vulnérabilité de l'activité agricole ;
- Intensification et modernisation de l'activité agricole ;
- Accroissement et diversification des revenus des ruraux ;
- Désenclavement.

**Axe 4 :** Promouvoir la bonne gouvernance

- Bonne gouvernance démocratique ;
- Gouvernance locale ;
- Bonne gouvernance économique ;
- Lutte contre la corruption.

### 4.3.3 L'Initiative PPTE

Lancée en 1996, le Burkina Faso a été l'un des premiers bénéficiaires de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). C'est un accord entre créanciers publics, dont l'objectif est d'aider les pays les plus pauvres et très endettés à éviter des niveaux d'endettement insoutenables susceptibles d'hypothéquer la croissance et le développement. Dans un accord type d'allègement de la dette au titre de l'Initiative PPTE, une partie de la dette du pays concerné est réduite et, en contrepartie, le gouvernement dudit pays s'engage à affecter les ressources ainsi libérées à des actions spécifiques telles que l'intensification de la lutte contre le SIDA et tout ce qui est relatif aux services sociaux essentiels (SSE).

#### ENCADRE 4.4

##### Le VIH-SIDA et l'allègement de la dette

Dans la mesure où le VIH-SIDA est aujourd'hui reconnu comme une menace pour le développement de bon nombre de pays en développement, des actions sont menées pour la prise en compte de la lutte contre le VIH-SIDA dans les instruments de développement. Dans les pays pauvres, où les Cadres Stratégiques de lutte contre la Pauvreté servent de programme de réduction de la pauvreté, il est devenu essentiel que les responsables et analystes nationaux fassent des propositions crédibles pour la prise en compte du VIH-SIDA dans les actions de développement.

Les pays éligibles à l'allègement de la dette au titre de l'Initiative PPTE peuvent considérablement augmenter le financement public des programmes de lutte contre le VIH-SIDA, grâce

aux ressources générées par cet allègement. Un nombre limité de pays ont saisi cette opportunité, mais leur nombre est en nette augmentation. Le Burkina Faso est l'un d'eux.

L'allègement de la dette peut constituer une source importante de financement des programmes nationaux de lutte contre le SIDA notamment dans les pays les plus touchés : plusieurs centaines de millions de dollars provenant de l'allègement de la dette pourraient être consacrés à la lutte contre le SIDA en Afrique, si les gouvernements choisissaient d'allouer une part substantielle de ces économies ainsi réalisées à la lutte contre cette épidémie. Une telle initiative pourrait permettre de réduire l'écart entre les dépenses actuelles pour la lutte contre le SIDA et les besoins réels de financement de programmes nationaux sur le long terme.

Source: SAFCO, n° 01 janvier- mars 2001.

Une des conditions préalables à la négociation d'un accord l'allègement de la dette est que les pays élaborent un cadre stratégique de réduction de la pauvreté (CSR), qui intègre une série de politiques visant à améliorer les programmes sociaux, la gouvernance et la croissance économique.

A l'instar des autres pays pilotes, des progrès notables ont été réalisés en matière d'établissement des liens entre la lutte contre le SIDA et l'allègement de la dette au Burkina Faso, même s'il reste beaucoup à faire dans ce domaine. En effet, au Burkina Faso, le gouvernement a décidé de consacrer quelque deux millions de dollars<sup>14</sup> par an (générés par l'allègement de sa dette) à ses programmes nationaux élargis de lutte contre le SIDA.

Au total, il apparaît un certain nombre de synergies entre le Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA et celui de la lutte contre la Pauvreté :

- Tout d'abord, il existe une synergie globale entre les deux cadres dans la mesure où réduction de la pauvreté et lutte contre le VIH-SIDA se favorisent mutuellement. Les évidences empiriques, même limitées, présentées dans ce document attestent des liens entre pauvreté et VIH-SIDA. Lutter contre un de ces fléaux, c'est aussi dans une large mesure lutter contre l'autre;
  - Ensuite, il est important de noter que le CSLP inclut explicitement des dispositions de lutte contre le VIH-SIDA. Ceci indique la préoccupation d'une approche plus globale de la pauvreté et de l'impact possible du VIH-SIDA sur elle ;
  - Enfin, la rédaction du CSLP et son articulation avec le cadre Stratégique de lutte contre le SIDA permet une réduction de la dette dans le cadre de l'initiative PPTE et un effort additionnel de mobilisation de ressources en faveur de la lutte contre l'épidémie. Une synergie potentielle est apparue entre ces deux instruments et ce, à plusieurs niveaux :
- (i) si une partie significative des fonds libérés de l'initiative PPTE est affectée à la consolidation des actions de prévention, au développement d'initiatives favorisant l'auto-promotion et

la génération de revenus pour les plus vulnérables y compris les PVVIH, des résultats probants pourraient être obtenus sur le plan de la lutte contre la pauvreté et le SIDA ;

- (ii) la mobilisation des programmes et des Projets de développement pour la réalisation des actions de prévention et de prise en charge multisectorielle ainsi que le financement de la prise en charge et la diffusion de médicaments génériques pour un traitement ARV, constitueraient des avancées significatives.

Cependant, il faut porter une attention particulière aux conditionnalités du CSLP sur les contraintes de dépenses budgétaires qui pourraient contrarier la volonté d'augmenter les dépenses pour la lutte contre le VIH-SIDA. Ceci dépend bien sûr des allocations faites entre les secteurs et à l'intérieur même du secteur de la santé pour la lutte contre le VIH-SIDA.

Un autre problème se poserait si une hausse du coût des médicaments et des services de santé imputés aux malades était envisagée dans l'optique budgétaire de limiter les dépenses publiques et de faire payer une partie des frais d'utilisation des soins de santé aux usagers.

Compte tenu du pouvoir d'achat fort limité des ménages et du coût des bi et tri thérapies ARV, il existe un risque que les ménages réduisent leur utilisation de services publics de santé pour avoir davantage recours à la médecine traditionnelle ou même ne suivre aucun traitement.

Deux éléments déterminants doivent également être mentionnés :

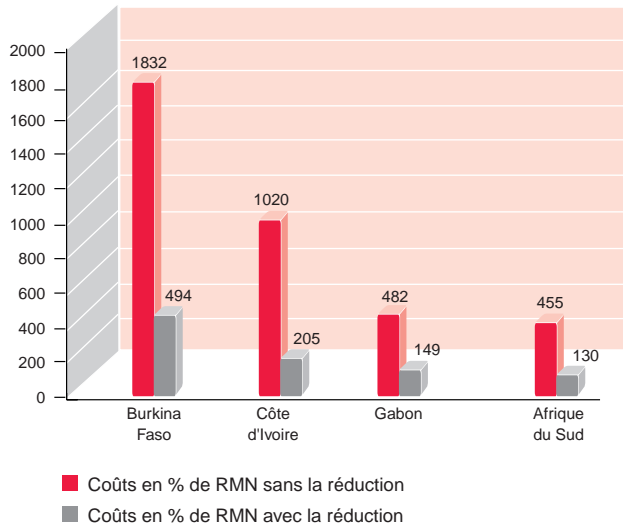
- La possibilité de voir le Gouvernement négocier des ententes encore plus favorables avec des compagnies pharmaceutiques pour l'obtention des traitements ARV à un coût accessible à la grande majorité des ménages, avec une subvention complémentaire pour les ménages pauvres pris en charge par le gouvernement. Ceci est un paramètre fondamental pour l'avenir.

Le développement et la diffusion de modèle de prise en charge minimale (traitement des infections opportunistes, support psychologique, changement dans la nutrition et le comportement sexuel) dans

<sup>14</sup> SAFCO, n° 01 janvier- mars 2001

**GRAPHIQUE 4.3**

**Coûts mensuels d'accès aux ARV en % du revenu mensuel national par tête (2001)**



Source : PNUD, octobre 2001

les cas où le traitement ARV reste trop coûteux. Dans ce genre de modèle, la population pauvre et la communauté jouent un rôle central. Il faut partir des perceptions de ces populations et les impliquer dans la conception du système de santé. La réflexion dans ce domaine est encore nouvelle, mais elle est porteuse d'une prise en charge sociale beaucoup moins coûteuse que la prise en charge médicale classique.

#### 4.4. Les perspectives de la réduction de la pauvreté et la lutte contre le VIH-SIDA

L'épidémie du VIH-SIDA touche de façon disproportionnée les femmes, en particulier les jeunes filles et les pauvres. Il est possible de réduire dans une certaine mesure son impact sur les ménages en mettant en place des programmes pour s'attaquer aux causes de vulnérabilité et surtout aux problèmes spécifiques qui en découlent.

##### 4.4.1. Au niveau des ménages

Etant donné que la morbidité ou la mortalité imputable au SIDA contribue à aggraver la pauvreté à travers la réduction de la consommation alimentaire, la perte des revenus, l'épuisement de l'économie familiale, etc., il est capital de :

- procéder à une consolidation des stratégies de lutte contre la pauvreté et de lutte contre le SIDA afin de valoriser au mieux leur interrelations et d'améliorer leurs impacts sur les populations défavorisées ;
- s'appuyer sur la notion de "pauvreté découlant du SIDA" comme critères pour cibler les ménages les plus nécessiteux du Burkina ;
- faire en sorte que les politiques de prévention et d'atténuation du SIDA puissent cibler les ménages qui étaient pauvres au moment de l'infection à VIH, en vue d'empêcher ces familles de sombrer dans une plus grande pauvreté ;
- consolider les politiques de prévention du VIH-SIDA dans le CSLP en focalisant les programmes et projets sur la prévention et l'atténuation de l'impact du SIDA ;
- améliorer l'accès des ménages pauvres aux services sociaux essentiels à travers la mise en place de mécanismes efficaces visant à :

- Améliorer la fréquentation des structures sanitaire ;
- Faciliter l'accès à une éducation de base ;
- Garantir la sécurité nutritionnelle et alimentaire ;
- Promouvoir une bonne santé de la reproduction ;
- Garantir l'accès à l'eau potable, à un logement décent et un environnement sain.

##### 4.4.2. Au niveau macro-économique

Au fur et à mesure qu'un nombre croissant de personnes tombent malades et/ou meurent du VIH-SIDA, les coûts des programmes liés à la maladie continueront à absorber une quantité accrue de ressources en soins de santé. Ceci étant, le secteur de la santé commencera à dépasser les dépenses des autres secteurs de service social, dans la mesure où les ressources seront détournées des autres problèmes pressants pour faire face aux coûts des soins de santé liés à la maladie du VIH-SIDA. Au regard des constats qui précèdent, les dispositions suivantes s'imposent au gouvernement burkinabé :

- évaluer les coûts des soins de santé pour les malades du VIH-SIDA sur le long terme en relation avec les projections épidémiologique ;
- déterminer les besoins budgétaires à moyen et long terme des secteurs

- sociaux essentiels en relation avec les besoins budgétaires à long terme lié à l'impact du SIDA ;
- rendre accessible aux personnes pauvres vivant avec le VIH-SIDA les traitements des infections opportunistes ;
  - promouvoir des emplois et des moyens de subsistance durables dans la perspective de l'élimination de la pauvreté à travers la diversification agricole, l'accès aux terres productives, le transfert de technologies appropriées et l'accès au crédit ;
  - renforcer la promotion des femmes à travers leur responsabilisation en vue de les aider à sortir de la pauvreté et à se protéger contre le SIDA ;
  - encourager la préservation et la régénération de l'environnement afin de réduire le phénomène de la pauvreté dont l'une des premières causes est la mauvaise gestion du patrimoine environnemental ;
  - promouvoir la gouvernance et le renforcement des capacités institutionnelles dans l'optique de permettre aux Burkinabés de participer pleinement à la vie économique, politique, sociale et culturelle du pays.

#### ENCADRE 4.5

##### **Le Programme conjoint de l'épidémiologie et de l'analyse des impacts du SIDA sur la pauvreté et les secteurs sociaux**

Le CNLS a convenu dans le Cadre Stratégique de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005 de mettre l'accent sur une meilleure connaissance de la situation épidémiologique du pays et de l'évolution du SIDA et de ses impacts économiques, sociaux et sectoriels.

Le PNUD a souhaité faciliter cette exercice en instituant un Programme conjoint multidonateur permettant de couvrir l'ensemble des activités prévues par l'axe stratégique que le Gouvernement a défini et d'en assurer le financement. Cette opération est pleinement réussie puisqu'elle a permis sous l'égide du CNLS, la mobilisation de 450.000 US dollars avec l'appui de la Belgique, du Danemark, de la Suisse, des Pays-Bas, du PNUD et du FNUAP.

Les objectifs de ce programme sont :

- d'établir le niveau de prévalence des MST et de l'infection à VIH au sein des différents groupes de la population, en milieu urbain et rural;
- d'évaluer les impacts du VIH-SIDA sur les secteurs sociaux,

éducation et santé et les personnels qui y sont employés ;

- d'identifier les facteurs qui déterminent les niveaux d'infection : facteurs biologiques, connaissances des pratiques de prévention des MST et du VIH-SIDA, comportements et pratiques sexuels, utilisation des préservatifs, accès aux services de santé, etc. ;
- de déterminer avec les groupes concernés les interventions de lutte contre les MST et le VIH-SIDA qu'ils préfèrent et surtout les stratégies de mise en oeuvre adaptées à leurs attentes et à leur sensibilité.

Les résultats attendus sont : une amélioration du niveau de connaissance des pratiques de prévention des MST et du VIH-SIDA dans la population et dans les secteurs de l'éducation et de la santé ; connaissance du niveau de risque de contracter et de transmettre les MST et le VIH-SIDA parmi la population ; disponibilité des indicateurs pour l'évaluation et le suivi des impacts ; renforcement de la collaboration des différentes institutions impliquées et des recommandations sur le suivi de seconde génération et la mesure des impacts.

Source : CNLS-PNUD, les Programmes conjoints multidonateurs et le mécanisme de Trust Fund du PNUD, Septembre 2001.

#### 4.4.3. Au niveau individuel

Le traitement des infections sexuellement transmissibles et la promotion de l'utilisation des préservatifs apparaissent sans doute comme les moyens les plus efficaces pour réduire la transmission du virus du SIDA. Mais hélas, le taux d'utilisation du préservatif est bas au niveau de la population générale du Burkina Faso. En vue donc de prévenir efficacement et énergiquement l'expansion de l'épidémie du SIDA dans la population, les mesures suivantes doivent être prises pour :

- mettre en place au niveau national des programmes de diagnostic et de traitement des IST ;
- promouvoir et cibler le changement de comportements des femmes ;
- intensifier l'IEC, notamment l'éducation sexuelle dans la population en milieu rural comme urbain ;
- améliorer l'accès des pauvres aux préservatifs, aux tests et conseils pour le dépistage volontaire du VIH ;
- promouvoir l'autonomie économique des femmes par la création d'emplois

pour les femmes en général et celles démunies et les prostituées en particulier;

- promouvoir l'utilisation des préservatifs en les rendant accessibles et en les mettant à la portée des populations les plus pauvres ;
- dispenser des soins de santé adéquats et un environnement favorable aux populations pauvres et infectées du VIH-SIDA.
- Promouvoir le placement des orphelins dans des familles, assurer la mise en place de programmes alimentaires en faveur des enfants et un soutien financier pour les frais de scolarité des jeunes ;
- Mettre en place des fonds sociaux pour aider les organisations communautaires à relever les défis de la prise en charge des personnes vulnérables et affectées par le VIH-SIDA.

Dans plusieurs pays, des analyses confirment l'apparition d'un effet de pallier à une période de l'épidémie. En effet, les modèles épidémiologiques prévoient une extension alarmante du VIH-SIDA au

cours des 15 années à venir. Pour ce qui concerne le Burkina Faso, trois scénarii peuvent être envisagés, en fonction des réponses comportementales des populations et de la pertinence des actions gouvernementales et communautaires, appuyées par la communauté internationale.

#### **Le scénario le plus pessimiste**

Ce cas de figure pourrait faire redouter un pallier de stabilité autour d'une prévalence de 15% dans la population générale, si et seulement si, l'organisation globale des réponses à l'épidémie du VIH-SIDA se poursuivait comme elle l'a été durant la première phase de la lutte contre cette maladie (1987-995).

Encore faut-il rappeler que les résultats de cette phase étaient largement insuffisants et en deçà des attentes. Si bien que l'épidémie s'est pratiquement propagée librement et a eu le temps de se généraliser sur l'ensemble du territoire.

#### **Le scénario intermédiaire**

Ce deuxième cas de figure, légèrement pessimiste quand même, laisserait entrevoir une poursuite de l'épidémie qui n'atteindrait son pallier autour du seuil de 11-12% que vers les années 2005. Cela si,

les efforts et actions engagés pour lutter contre le SIDA continuaient au rythme de la deuxième phase de prévention (1996-1998).

Cette phase marque certainement le début des préoccupations et de l'engagement du gouvernement du Burkina Faso dans la lutte contre le VIH-SIDA. Malheureusement, les résultats enregistrés globalement peuvent être qualifiés de médiocres au cours de cette période.

#### **Le scénario optimiste**

Une réduction de la prévalence pourrait être observée à court ou moyen terme, dans ce dernier cas de figure, du fait de l'efficacité des mesures préventives. Ce qui serait envisageable si et seulement si, des actions de ripostes à la hauteur de l'épidémie sont urgemment et énergiquement développées.

Avec les approches multisectorielles, partenariales et décentralisées en cours actuellement, un tel scénario est possible au Burkina Faso. En effet, depuis 1999, le Burkina Faso intensifie avec succès la lutte contre l'épidémie. Dans ce cas, la réduction de la prévalence viendrait couronner les efforts entrepris et encouragerait par la même occasion la poursuite du partenariat national et international.



# L'EMPLOI ET LA PROTECTION SOCIALE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

## INTRODUCTION

**A**u moment où le Burkina s'est résolument mis à pied d'œuvre pour trouver à travers son Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté, une solution efficace à l'épineuse question de l'emploi, il est confronté au problème complexe et difficile du SIDA. L'Etat fait face à un défi incommensurable avec un chômage de plus en plus croissant (40 000<sup>1</sup> demandeurs d'emploi par an), dont la manifestation immédiate est la saturation du marché du travail.

En effet, il est de plus en plus reconnu que le SIDA a un impact négatif considérable sur l'emploi de façon générale alors même que celui-ci est un facteur déterminant dans le bien être de l'individu, de la famille et de toute la société. Cet impact est plus perceptible sur les secteurs importants de l'économie nationale.

La maladie du SIDA entraîne une précarité de l'emploi qui se traduit dans certains cas par une instabilité du revenu et l'absence de protection sociale formelle. De façon globale, la croissance économique du pays se trouve affectée par le poids de ce fléau.

A la lumière de cette analyse, quels sont les enjeux que représente réellement la problématique de l'emploi et la protection sociale dans une perspective de lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA ? Autre-

ment dit qu'en est-il : de l'impact du SIDA sur l'emploi ? Des liens entre le VIH-SIDA et la protection sociale ? Des liens entre emplois, groupes à risques et expositions accidentelles au VIH-SIDA ? Des stratégies et perspectives concernant l'emploi et la protection sociale en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA ?

Les réponses à ces interrogations fondamentales exigent un diagnostic préalable de la situation ainsi qu'une analyse des politiques et des stratégies en matière d'emploi, de protection sociale et de lutte contre le VIH-SIDA.

### 5.1. Le diagnostic

L'épidémie du SIDA a des répercussions importantes sur les forces vives de la nation. Ces répercussions sont négatives sur la croissance économique du pays puisque un point de croissance annuel pourrait être perdu du fait de l'épidémie en cours de la période 2001-2005.

En effet, il est clairement établi, selon le dernier rapport du BIT<sup>2</sup>, que le continent africain serait *en train de perdre l'essentiel de sa main d'oeuvre à cause du SIDA*: 17 millions de décès<sup>3</sup> depuis le début de l'épidémie. Aux alentours de 2020, selon le même rapport du BIT, certains pays africains pourraient compter un nombre de travailleurs jusqu'à 35% inférieur à ce qu'il aurait été sans l'épidémie. Au Burkina Faso il est aussi

<sup>1</sup> L'Observateur Paalga du 02 Décembre 1998.

<sup>2</sup> Rapport 2000 du Bureau International du Travail (BIT) cité par le magazine mensuel le PAYS, Votre Santé, N° 0057 Mars 2001.

<sup>3</sup> ONUSIDA / OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2000.



**Tableau 5.1 : Situation de l'emploi selon le milieu de résidence et le secteur d'activités**

Secteur d'activités	Milieu de résidence		Burkina
	Urbain	Rural	
Primaire	44,9	97,8	93,2
Secondaire	10,0	0,6	1,5
Tertiaire	45,1	1,6	5,4
Total	100,0	100,0	100,0

Source: INSD, Enquêtes Démographiques 1991, édition 1994, " Activités économiques ".

évident que le doublement voire le triplement du nombre de travailleurs actifs malades ou décédés (cadres et ouvriers des services publics et du privé) va perturber de façon inquiétante les paramètres et les perspectives économiques et de développement.

### 5.1.1. La situation de l'emploi

Au Burkina Faso, l'emploi est caractérisé par la prédominance de la jeunesse des actifs travailleurs et des actifs à la recherche de l'emploi (65,3% ont moins de 24 ans). Au plan démographique, on observe également une population majoritairement très jeune: environ 55% ont moins de 20 ans<sup>4</sup>, selon les données statistiques de l'Institut Géographique du Burkina (IGB) en 2000.

Quant à la séroprévalence du VIH-Sida (7,17%)<sup>5</sup>, elle est caractérisée par la prédominance des tranches d'âges qui constituent, non seulement le moteur du développement économique, mais aussi et surtout la relève des générations actuelles. En effet, les tranches d'âges les plus touchées par le SIDA sont *les adultes de 25 à 49 ans et les jeunes filles âgées de 13 à 24 ans dont les taux d'infection sont de l'ordre de 5 à 8 fois supérieurs à ceux des garçons du même âge*<sup>6</sup>.

La problématique de l'emploi au Burkina Faso est devenue ces dernières années

une préoccupation d'envergure nationale. Cette préoccupation, constituée de nos jours un double défi : d'un côté, un défi lié au phénomène évolutif du chômage qui est surtout urbain, et de l'autre, un défi lié à l'extension alarmante de l'épidémie du SIDA qui fait que les perspectives d'avenir de l'emploi sont de plus en plus mauvaises.

En vue de mieux comprendre la problématique de l'emploi dans ses multiples relations avec l'épidémie du VIH-SIDA, il est nécessaire auparavant, de faire le point sur la situation générale de l'emploi, selon les deux aspects suivants :

- le milieu de résidence ;
- le secteur d'activités.

#### 5.1.1.1. Selon le milieu de résidence

Les statistiques indiquent que l'essentiel des activités, soit 97,2% se déroulent en *milieu rural*: Elles occupent 88,2% des hommes et 80,2% des femmes. Le taux d'occupation de la population féminine qui est assez élevé indique que les femmes rurales tiennent une place importante dans le développement économique du Burkina. En *milieu urbain*, le taux d'occupation atteint 43,8%, soit 67% pour les hommes et 39,9% pour les femmes. Comparativement au milieu rural, ce taux est plus faible et explique également le caractère urbain du chômage dont le pourcentage avoisine 17%<sup>8</sup> de la population active dans les deux principales villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso).

#### 5.1.1.2. Selon le secteur d'activités

L'emploi au Burkina Faso varie également en fonction des secteurs d'activités. De ce fait, l'analyse de la présente situation se fera essentiellement sous l'angle des secteurs primaire, secondaire et tertiaire.

\* *Les activités du secteur primaire* constituent la première source d'occupation.

En effet, ce secteur emploie plus de 90%

<sup>4</sup> Selon les données statistiques de l'Institut Géographique du Burkina (IGB).

<sup>5</sup> D'après les estimations de l'ONUSIDA/Burkina au 31 décembre 1998.

<sup>6</sup> Ministère de l'économie et des finances, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), 2000.

<sup>7</sup> INSD, Enquêtes Démographiques 1991, édition 1994, " Activités économiques ".

<sup>8</sup> INSD et PNUD, Profil de pauvreté urbaine et accès aux services sociaux de base, Septembre 1998.

de la population active totale, notamment dans les domaines de l'agriculture et de l'élevage sur lesquels est fortement basée l'économie nationale. Ce secteur contribue à près de 80% des recettes d'exportation et participe pour environ 38% au PIB.

\* **Le secteur secondaire** qui concerne l'ensemble des activités de transformation des matières premières n'occupe que seulement environ 2% des emplois sur l'ensemble du pays. Ce secteur contribue pour environ 17% au PIB du Burkina Faso. Le secteur secondaire, en l'occurrence regroupe les grandes entreprises du pays. Des entreprises comme la SOFITEX, la SOSUCO et la BRAKINA emploient respectivement environ 4000, 2500 et 1000 travailleurs temporaires chaque année.

\* **Le secteur tertiaire** occupe plus de 4% de la population totale active et contribue à près de 43% au PIB. Ce secteur regroupe essentiellement les activités commerciales, l'administration et les services comme, les assurances, les banques, etc. Il y a un certain nombre de sociétés de services, notamment l'agence FASO BAARA qui a permis la création de 35 923 emplois temporaires et des entreprises nouvellement installées telles que TELECEL et CELTEL, évoluant dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), qui créent de nombreux emplois.

### 5.1.2. Les impacts du VIH-SIDA sur l'emploi et les conditions de travail

L'emploi et l'aptitude professionnelle exigent, de l'individu un état de bonne santé sur les plans physique, psychologique et social. Or, l'infection à VIH affecte et détériore physiquement, moralement et socialement le travailleur, quelle soit sa catégorie socio-professionnelle.

L'analyse qui suit, essaie de mettre en exergue les liens existants entre l'épidémie du VIH-SIDA, l'emploi et les conditions de travail. Afin de mieux cerner ce liens, le diagnostic s'articulera autour des trois secteurs d'activités économiques et les conditions de travail, c'est-à-dire :

- l'impact du VIH-SIDA sur le secteur primaire ;
- l'impact du VIH-SIDA sur le secteur secondaire ;
- l'impact du VIH-SIDA sur le secteur tertiaire;
- l'impact du VIH-SIDA sur les conditions de travail.

#### 5.1.2.1. L'impact du VIH-SIDA sur le secteur primaire

Le secteur primaire burkinabé qui occupe plus de 90% de la population active et qui contribue à près de 80% des recettes d'exportation<sup>9</sup> souffre d'une insuffisance de données épidémiologiques spécifiques concernant la progression du VIH-SIDA. De ce fait, il est difficile de faire une évaluation chiffrée de l'épidémie du SIDA au niveau de ce secteur. Toutefois, au regard du niveau de prévalence du VIH-SIDA, il y a des raisons de considérer que la maladie y est répandue puisqu'en effet, entre 7 et 9,8 % de la population est touchée selon les données de 1997 et les projections réalisées en 2001 par le Conseil National de lutte contre le SIDA (CNLS).

Le virus du SIDA se propage indistinctement quelque soit le milieu de résidence. Cette situation est aggravée en raison de la mobilité élevée des producteurs et commerçants en particulier, et des migrations externes de populations en général.

Le fort taux d'analphabétisme constitue également un frein à la prévention et à la compréhension des messages véhiculés sur les modes de propagation de l'épidémie.

Dans le secteur primaire, le phénomène a des répercussions si considérables que les travailleurs du monde agricole, qui sont très touchés par cette épidémie meurtrière, payent le prix très fort à travers la baisse de la production et la perte des actifs des exploitations agricoles. C'est le cas notamment des provinces du Sanguié et Boulikie<sup>10</sup> où la diminution des cultures maraîchères a été signalée sans toutefois, l'avoir précisément évaluée.

Quant aux impacts réels de l'infection à VIH-SIDA sur le secteur primaire, ils peuvent être analysés en ces termes :

*" Avec la mort de mon oncle, nous avons tous perdu car le SIDA a tout pris y compris le travail " .*

Jeune cultivateur,  
Kaya

<sup>9</sup> Rapport sur l'Analyse de la situation et de la réponse à lutte contre le VIH/SIDA en secteur rural.

<sup>10</sup> ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, 2000, Genève.

\* **La vulnérabilité** des travailleurs du secteur primaire, en particulier les producteurs agricoles aux maladies opportunistes liées au VIH est évidente. Ces derniers ne bénéficient d'aucun système de protection, d'où ils ne peuvent que compter sur la solidarité communautaire traditionnelle. Mais, le coût des soins médicaux est tel que le patient atteint du SIDA ne peut, malgré l'appui communautaire, en supporter les frais.

\* **La baisse de la productivité et de la production est observée** : les travailleurs agricoles atteints de l'infection à VIH, deviennent fort vulnérables face à plusieurs autres maladies opportunistes, les rendant de ce fait moins productifs. Cette baisse de la productivité s'accroît lorsque l'on considère le taux d'occupation de la population féminine qui est de 80,2% dans le milieu rural et l'importance de la participation des femmes dans le secteur agricole. En outre, il convient de souligner que 60 à 80% des ressources alimentaires du continent africain sont produites par les femmes.

De manière globale, le taux d'infection du VIH sans cesse croissant parmi les populations rurales peut compromettre dangereusement la sécurité alimentaire et l'état de santé de la population rurale dans son ensemble.

\* **La réduction ou l'abandon des exploitations agricoles commence à croître** : La morbidité liée au SIDA contraint les travailleurs les plus actifs, du secteur agricole, soit à la réduction de la taille de leur exploitation, soit à leur abandon pur et simple. C'est le cas de près de 20% de familles rurales au Burkina Faso<sup>11</sup>. Cette situation fait chuter le niveau de production et accroît la vulnérabilité des ménages.

\* **La perte des revenus** est liée à la précarité de la production des personnes malades ce qui entraîne la croissance de l'insécurité alimentaire du ménage et un accroissement de la pauvreté et la vulnérabilité du bien être du ménage. Ces problèmes contribuent à désorganiser la notion de solidarité communautaire dans la famille, une des valeurs culturelles de la tradition africaine à préserver.

\* **La mortalité élevée** au niveau de la main

d'œuvre agricole constitue, réellement, un facteur de désorganisation des systèmes de production, des domaines de spéculation et du circuit de commercialisation des produits agricoles. Cet ensemble de faits conduit à un blocage sérieux du développement du monde rural, et constitue de ce fait un handicap pour la croissance économique du pays.

Par conséquent, la situation de l'emploi dans ce secteur se révèle difficile en raison des répercussions néfastes de la maladie et de l'absence de protection sociale.

#### 5.1.2.2. L'impact du VIH-SIDA sur le secteur secondaire

Les entreprises qui absorbent la grande majorité de la main d'œuvre, et qui indirectement font vivre un secteur informel important, sont touchées en plein fouet par le SIDA. C'est dans ce domaine que l'impact de la maladie est le plus direct, car touchant à la force de travail des entreprises et industries. Cette main d'œuvre est constituée essentiellement par la tranche d'âge sexuellement active (18 à 49 ans). Celle-ci est composée d'hommes et de femmes travaillant pour la plupart éloignés de leur famille, ce qui les conduit à des rapports sexuels occasionnels ou fréquents et multipartenariaux.

En termes d'impacts, la pandémie du SIDA compromet dangereusement l'avenir des entreprises et industries car elle provoque la perte de la frange la plus qualifiée de leur personnel. En effet, les répercussions de l'impact de l'infection à VIH-SIDA sur le secteur secondaire qui sont beaucoup plus d'ordre économique, technique que social peuvent se résumer comme suit :

\* **La discrimination et l'exclusion** fragilisent et rendent davantage vulnérables les personnes séropositives et les malades du SIDA. En effet, pour certains, l'épidémie serait un élément révélateur des comportements sexuels proscrits par la société et plus précisément lié à la banalisation de la sexualité humaine. Eu égard à cette croyance, la perception et le vécu quotidien des personnes vivantes avec le VIH (PV-VIH) sont alors entourés de la honte familiale et au sein de leur milieu socio-professionnel.

<sup>11</sup> Selon des études réalisées par la FAO en 1997, citées dans le document CSLP.

\* **La détérioration des relations** professionnelles entre les travailleurs et les employeurs, pour des raisons liées à la défense des intérêts des malades du SIDA et la rentabilité de l'entreprise est manifeste. Ce qui pose de ce fait la problématique des droits au travail des personnes infectées par le VIH-SIDA et le rôle des syndicats et de la société civile.

\* **La précarité de l'emploi** favorise du même coup la vulnérabilité du bien être du travailleur. Celui-ci, du jour au lendemain, peut perdre son emploi à cause de son invalidité du fait des maladies opportunistes ou l'abandonner en raison des souffrances physiques et morales ou de la marginalisation dans le milieu du travail.

\* **La forte baisse des capacités productives** des travailleurs touchés par la maladie les rend ainsi invalides et donc improductifs. De cette baisse de rendement, il peut naître plusieurs autres problèmes dont l'absentéisme chronique des personnes touchées par la maladie du VIH, leur remplacement par des personnes non qualifiées et l'augmentation du nombre de décès des travailleurs.

\* **La déstabilisation économique** de l'entreprise à cause des coûts directs et indirects des dépenses en soins de santé. Cette déstabilisation économique se traduit par l'épuisement du budget des dépenses sociales très élevées du personnel de l'entreprise. Celles-ci englobent l'ensemble des frais des médicaments, d'hospitalisation, les salaires versés aux malades indisponibles, les salaires versés aux remplaçants des malades, les frais d'obsèques et parfois de transfert de dépouilles.

### 5.1.2.3. L'impact du VIH-SIDA sur le secteur tertiaire

Au niveau du secteur tertiaire, l'essentiel des activités se déroule dans le milieu urbain où le taux de prévalence est élevé puisqu'il est évalué à 9,8 % en 2001 selon le Conseil National de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST). Les répercussions de cette épidémie se traduisent entre autres par:

\* **La perte des revenus** : elle constitue un des impacts du SIDA sur les employés du

**Tableau N° 5.2 : Charges sociales annuelles liées aux maladies chroniques/SIDA au niveau de certaines entreprises au cours des cinq dernières années**

Nom de l'entreprise	Montant dépensé annuellement en FCFA pour toutes maladies confondues et les décès				
	1996	1997	1998	1999	2000
BRAKINA	34 249 620	73 379 730	96 400 128	52 329 910	47 752 637
SOFITEX	-	-	412 200 000	412 200 000	390 050 000
ONEA	15 870 000	28 250 000	27 700 000	26 350 000	25 275 000
GMB	14 080 874	15 252 533	17 212 776	18 895 737	20 235 000

Source : enquêtes CNLS-PNUD, 2001.

secteur tertiaire où une aggravation de la pauvreté économique est observée entre 1994 et 1998. Ce facteur rend l'impact plus dramatique dans la mesure où la plus grande majorité des travailleurs de ce secteur est composée d'hommes et de femmes en charge d'une famille et vivant en milieu urbain où la précarité peut être plus difficile à supporter.

\* **La réduction du capital humain sain au niveau de l'administration et de l'armée** : les personnels de l'administration, les officiers et les soldats ne sont pas épargnés par ce fléau. Le taux élevé de morbidité et de mortalité liées au SIDA au sein de la fonction publique et de l'armée burkinabé posera dans les années à venir, de sérieux problèmes d'effectif. Des mesures énergiques ont été prises dès à présent pour la mise en œuvre d'un plan d'action de lutte contre le VIH-SIDA du secteur de la Défense. Dans la Fonction Publique plus globalement, beaucoup reste à faire.

\* **La baisse de la qualité de l'enseignement**: au niveau de l'éducation, le corps enseignant est frappé de plein fouet par l'épidémie du VIH-SIDA. Le système éducatif connaît, de ce fait, d'énormes perturbations attribuables à la mortalité et à la morbidité des enseignants qualifiés. Aussi, l'absentéisme chronique est de plus en plus remarquable au niveau de beaucoup d'enseignants à cause de l'infection à VIH-SIDA qui ne leur permet plus de jouer pleinement leur rôle d'éducateur.

Le personnel du secteur sanitaire est également touché sans qu'on ne puisse vérita-

## ENCADRE 5.1

### Expérience de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les secteurs ministériels du Burkina Faso

Dans le secteur public, la lutte contre le VIH-SIDA et les IST a été animée principalement par le ministère de la Santé. Elle a commencé à intéresser les autres départements ministériels récemment, timidement en 1998 et très manifestement en 2001 grâce à l'élaboration et à l'adoption du cadre stratégique de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005 et du Plan National Multisectoriel 2001.

Le Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS) a été le principal bailleur de fonds du secteur public Burkinabé. A la fin de l'extension de ce projet en octobre 2001, il est apparu nécessaire de faire un état des lieux de la lutte contre l'épidémie du VIH dans lesdits ministères à travers une étude évaluative.

L'appréciation de l'analyse de la situation et de la réponse au VIH-SIDA, des plans d'action, du système administratif et de gestion des actions et des fonds de même que celle de l'implication des responsables, du personnel et des partenaires à cette lutte a permis d'identifier des forces, des limites et des menaces.

Pour ce qui concerne les forces, il est ressorti de l'étude que l'expérience des secteurs ministériels a engendré positivement des acquis significatifs au nombre desquels on retiendra :

- une implication plus manifeste des premiers responsables administratifs et du personnel en général ;
- une vision, désormais, plus claire de la lutte contre l'épidémie et de ses stratégies ;
- une meilleure connaissance de la gravité et de l'ampleur de l'épidémie ;
- un soutien financier officiel et visible à la lutte.

En dépit de ces acquis réconfortants, quelques limites identifiées sont apparues en terme de :

- mobilisation encore difficile des fonds ;
- insuffisance de la logistique ;
- rareté de ressources compétentes au sein des ministères ;
- mobilité de certains personnels déjà acquis à la cause (affectation à d'autres postes) ;
- incoordination des acteurs au sein d'un même ministère.

Quant aux menaces relevées, il est fait mention principalement de :

- la lenteur de certains ministères dans l'exécution de leur plan d'action ;
- la mobilité des membres des comités sectoriels (affectation à d'autres postes) ;
- le non respect des échéanciers ;
- la rupture de financement.

De ce qui précède, l'étude a proposé des recommandations dans la perspective de la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel 2001-2005. Il s'agit des principales recommandations suivantes :

- assurer une disponibilité diligente des fonds pour la mise en œuvre des plans sectoriels futurs ;
- veiller à une meilleure exécution et à un suivi adéquat de la mise en œuvre des plans d'actions
- renforcer l'implication des responsables administratifs et du personnel à la lutte dans les ministères ;
- créer un système cohérent de coordination des actions et de concertations au sein des ministères ;
- assurer un financement sans rupture de la mise en œuvre des plans d'actions sectoriels.

Sources : BOUDA O. Evaluation de l'expérience de la lutte contre le VIH-SIDA et les IST dans les secteurs ministériels. Burkina Faso, novembre 2001

blement mesurer cet impact. Le comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) et le PNUD avec l'appui du Danemark, de la Belgique et des Pays Bas élaborent actuellement des analyses épidémiologiques et de vulnérabilité de ces secteurs.

Au total, l'Etat est confronté à deux problèmes majeurs. D'une part, l'investissement dans le capital humain (la formation des enseignants et professionnel de santé en termes de coût) à long terme n'est plus rentable financièrement, et d'autre part, une pénurie d'enseignants et d'infirmiers se profile à l'horizon dans le pays, pour laquelle il faut prévoir des recrutements et de la formation complémentaire.

**\* La diminution des professionnels diplômés :** l'impact de l'infection à VIH/SIDA a des répercussions sur les capacités politiques et diplomatiques de l'Etat, car les hauts fonctionnaires et les élites politiques ne sont pas, eux non plus, à l'abri de cette maladie.

**\* Le nombre croissant de décès imputable à l'épidémie du SIDA** parmi les travailleurs du secteur tertiaire constitue, non seulement un vide organisationnel et institutionnel au niveau de l'administra-

tion et des services, mais aussi et surtout un handicap pour le développement économique de la nation toute entière.

#### 5.1.2.4. L'impact du VIH-SIDA sur les conditions de travail

Au regard de l'analyse qui précède, il apparaît que l'impact de l'épidémie du VIH-SIDA a des répercussions négatives sur les conditions de travail aussi bien dans le secteur primaire, le secteur secondaire que le secteur tertiaire.

L'impact du VIH-SIDA sur les conditions de travail se traduit généralement par les attitudes et les réactions à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PV-VIH) ou des malades du SIDA dans le milieu professionnel. Les principales attitudes vis-à-vis des PV-VIH en milieu de travail sont entre autres la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation qui sont entretenues à cause de l'insuffisance de protection professionnelle et sociale.

Les travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA sont confrontés à de nombreux et sérieux problèmes de sécurité sociale et de protection sociale au niveau des compagnies d'assurances.

### 5.1.3. Le VIH-SIDA et la protection sociale

Compte tenu de son évolution alarmante, malgré les efforts multiformes qui ont été déployés, l'épidémie du VIH-SIDA a mis toute la communauté burkinabé devant une crise de sécurité inédite.

Cette crise de sécurité sans pareille, qui se traduit, d'un côté par l'insécurité de la vie humaine, et de l'autre par la précarité de l'emploi (qui entraîne l'instabilité du revenu et également la vulnérabilité du bien être et de la survie de l'individu) présente un enjeu à double dimensions.

- l'impact du VIH-SIDA sur la protection sociale;
- l'impact des politiques de protection sociale sur le VIH-SIDA.

#### 5.1.3.1. L'impact du VIH-SIDA sur la protection sociale

La protection sociale, qui constitue un des facteurs importants dans la lutte contre le VIH-SIDA, s'est avérée aujourd'hui défaillante en raison de l'évolution sans cesse croissante de l'épidémie du VIH-SIDA au sein de la population et surtout du nombre élevé de clients qui ont recours aux compagnies d'assurances et dont la séropositivité fait objet de rejet de leurs dossiers.

En termes d'impacts du VIH-SIDA sur la protection sociale, ils se traduisent dans la réalité par des pratiques d'exclusion et de discrimination au niveau des compagnies d'assurances, lorsqu'il s'agit notamment d'un dossier d'accès aux crédits ou d'un dossier d'accès aux assurances.

#### \* *L'accès aux crédits*

Au niveau des compagnies d'assurances, les demandes de crédits bancaires importants sont soumises à des examens médicaux dont le test de dépistage du VIH-SIDA. L'objectif de ces examens médicaux est purement et simplement de rejeter les dossiers des personnes dont le test de sérologie est positif ou laissant percevoir des symptômes de maladies chroniques incurables comme le VIH-SIDA.

En termes clairs, du fait de leur statut sérologique, les PV-VIH et les personnes malades du SIDA ne peuvent pas obtenir de garanties auprès des compagnies d'assurances pour leur demande de prêts bancaires. Le fait que le traitement des dos-

siers aboutit systématiquement au refus d'octroi de prêts aux personnes séropositives, confirme que ces pratiques sont, non seulement discriminatoires, mais aussi et surtout qu'elles posent la problématique des droits des PV-VIH.

#### \* *L'accès aux assurances*

De nos jours, nombreux sont ceux qui cherchent à être assurés par les sociétés d'assurances. Cependant, les conditions d'accès sont très sélectives ou compliquées.

Par conditions très sélectives, il faut comprendre que les PV-VIH et les personnes malades du SIDA ne sont pas éligibles à la protection des assurances, à l'exception de la SONAR. En effet, l'exception est faite à la SONAR parce qu'elle est la seule compagnie, pour l'instant, qui accepte d'assurer les PV-VIH, mais pas les malades du SIDA.

Selon les assureurs, il convient de signaler que ces types d'assurances ne sont guère profitables aux sociétés. C'est plutôt la famille très élargie de l'assuré qui en bénéficie, car bien souvent les remboursements ou paiements des ordonnances se font au bénéfice d'autres personnes, et ceci a pour effet de grever les frais généraux à plus de 200%.

En tout état de cause, en respectant l'esprit du recours aux assurances, il s'avère paradoxal que ceux-là, qui ont le plus besoin d'une prise en charge médicale conséquente et mieux, qui devraient être protégés, en l'occurrence les PV-VIH et les malades du SIDA, soient exclus des systèmes d'assurances.

De toutes les façons, pour les assureurs, donner une garantie aux malades de cette catégorie, c'est prendre le risque de mettre leurs entreprises en péril car assurer la clientèle est certes une chose, mais rentabiliser la société en est une autre. Selon les responsables de ce secteur, c'est avec délicatesse et toute la prudence possible, que ces mesures ou traitements d'exclusion à l'endroit des PV-VIH et des malades du SIDA s'imposent au niveau des compagnies d'assurances.

#### 5.1.3.2. L'impact des politiques de protection sociale sur le VIH-SIDA

De l'analyse précédente, il ressort que l'impact de l'épidémie du VIH-SIDA a des répercussions contraignantes sur la

protection sociale. Ces répercussions sont principalement les mesures d'exclusion de la part des compagnies d'assurances à l'égard des PV-VIH et des personnes malades du SIDA, lors du traitement de leurs dossiers de demandes de prêts ou d'assurances maladies.

En situant ces mesures et traitements contraignants dans leur contexte réel, il est possible de dégager deux constats majeurs :

- les politiques de protection sociale en cours au Burkina Faso ne sont pas favorables à la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA;
- ces mêmes politiques de protection sociale en cours au Burkina Faso ne prennent pas suffisamment en compte les droits des PV-VIH et des personnes malades du SIDA.

En ce qui concerne les impacts de ces politiques de protection sociale, l'on peut retenir que les pratiques discriminatoires des sociétés d'assurances à l'endroit de leur clientèle constituent une entrave sérieuse à la prise en charge médicale des personnes affectées par le VIH-SIDA.

En toute objectivité, s'il faut faire le test de dépistage en vue de connaître son statut sérologique et ne pas pouvoir bénéficier d'une prise en charge psycho-sociale et médicale, cela ne motive pas beaucoup de personnes. Et celles-ci ne seront jamais prêtes à se faire dépister dans ces conditions. Cette situation interpelle l'Etat et toute la communauté.

Dans tous les cas, la connaissance de façon précoce de son statut de PV-VIH a de nombreux avantages dont les principaux sont :

- la recherche de mécanismes de prise en charge médicale et psychosociale précoce visant à maintenir le profil physique et les capacités professionnelles;
- l'apport d'un soutien psychologique et moral, permettant de garder toute la sérénité afin de pouvoir faire face à des situations de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation;
- la gestion du comportement sexuel, dans la perspective de prévenir une éventuelle réinfection ou la transmission du virus à d'autres personnes;

- le retardement du cours du développement de la maladie, dans l'objectif de vivre plusieurs années avec un statut de séropositif ;
- l'atténuation de la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH et la réduction de l'impact négatif de la maladie sur les individus, les familles et les communautés.

D'autre part, il est important de noter que les mesures discriminatoires constatées au niveau des sociétés d'assurances vont directement à l'encontre des droits à la vie et à la santé des PV-VIH et des personnes malades du SIDA.

En effet, l'objectif principal du recours aux assurances est bel et bien l'accessibilité aux services de santé et aux traitements médicaux: c'est la prise en charge globale qui est considérée comme étant un droit des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA. En somme, cette situation discriminante devient ainsi difficile et angoissante pour les personnes séropositives dans la mesure où :

1. le coût du traitement aux anti-retroviraux (ARV) variant de 195.628 FCFA à 339.074 FCFA, n'est pas à la portée du citoyen burkinabé moyen dont le pouvoir d'achat est très limité, même si les prix viennent de connaître une baisse de 96,37%<sup>12</sup> le 09 mai 2001;
2. l'accessibilité aux formations sanitaires, leur capacité de réponse ainsi que toutes les conditions y afférentes sont d'une insuffisance notoire;
3. le malade est obligé de s'endetter sans la garantie effective de remboursement et cela parce qu'il doit supporter les frais de traitement.

A la lumière de l'analyse qui vient d'être faite, il est possible de conclure que la majorité des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA au Burkina Faso, sont non seulement dans l'incapacité totale de supporter les frais des médicaments, en raison de leur pouvoir économique très limité; mais aussi et surtout, elles sont victimes de pratiques de discrimination et d'exclusion.

Dans un contexte aussi complexe, la question suivante s'impose : existe-t-il

<sup>12</sup> Le Gouvernement burkinabé en négociation avec trois firmes pharmaceutiques, a pu obtenir une baisse de prix de 96,37%. En ce sens le traitement mensuel pour une trithérapie qui variait de 195.628 FCFA à 339.074 FCFA coûtera désormais entre 50.289 FCFA et 92.846 FCFA par mois et par patient.

une protection professionnelle dans le contexte du VIH-SIDA au Burkina Faso?

#### 5.1.4. Le VIH-SIDA et le système de sécurité sociale

La Constitution burkinabé fait de la santé un droit fondamental du citoyen. La santé est par excellence un facteur du bien être physique, social et mental. Le droit à la santé est compris comme étant le droit à l'accès aux prestations des services de santé.

Dans le souci donc de respecter la Constitution, le gouvernement s'est résolument engagé depuis 1995, conformément à la Lettre d'intention de politique de développement humain durable, à la recherche de la sécurité sanitaire qui constitue l'un des cinq objectifs de la sécurité humaine.

Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie du VIH-SIDA au niveau des différents secteurs d'activités économiques, ainsi que de son impact sur la protection sociale, il y a lieu de s'interroger sur les défis liés au système de sécurité sociale au Burkina Faso.

- le système de sécurité sociale traite-t-il des cas spécifiques de l'infection à VIH-SIDA ?
- la politique de sécurité sociale a-t-elle une incidence sur le VIH-SIDA ?

##### 5.1.4.1. Le système de sécurité sociale institutionnel

La sécurité sociale peut se définir globalement comme l'ensemble des dispositifs destinés à la protection professionnelle donnant à un employé le statut de travailleur protégé. La protection professionnelle lui confère de ce fait, le droit à une pension de retraite, le droit à une couverture des risques professionnels de travail (accidents) et de maladies professionnelles, le droit à des congés payés.

En matière de protection professionnelle, on peut noter l'existence d'une pluralité de structures sur l'ensemble du territoire qui traite de la sécurité sociale. A titre d'exemples, il y a la CNSS et la CARFO qui sont des institutions spécialisées en la matière.

1. **La CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale)** : elle offre aux travailleurs relevant du code du travail, des contractuels de l'Etat et de ses démembrements, des apprentis et élèves professionnels, des prestations relatives aux pensions (invalidité, vieillesse, décès), à la couverture des risques professionnels de travail (accident), et de maladies professionnelles et aux prestations familiales.

2. **La CARFO (Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires)** : elle offre aux fonctionnaires civils et militaires, magistrats, et leurs ayants droit, essentiellement des prestations de pension (retraite, invalidité, réversion).

La CNSS tout comme la CARFO ne prévoit pas de dispositions particulières spécifiques pour le cas des travailleurs infectés par le VIH-SIDA.

Au vu des conditions de travail précaires, marginalisantes et discriminatoires qui sont exacerbées par le fardeau de l'infection à VIH-SIDA, et dans lesquelles évoluent les PV-VIH aussi bien du secteur primaire, secondaire ou du secteur tertiaire, la conclusion est que la protection professionnelle, au sens de la prise en charge des frais de santé, n'a pas été revue pour tenir compte du contexte du VIH-SIDA.

##### 5.1.4.2. Le système de sécurité sociale dans les milieux professionnels

Outre les institutions spécialisées en matière de sécurité sociale, il convient de noter que de nombreux services à caractère public, privé, associatif et d'ONG employant des salariés, ont chacun leur propre système de sécurité sociale pour la prise en charge des frais médicaux. C'est le cas notamment des grandes entreprises installées sur le territoire et dont la prise en charge des frais de santé varie énormément souvent en fonction de l'employeur.

D'une manière générale, la protection professionnelle au sein du milieu de travail se fait de la manière suivante :

- Les cas les plus fréquents, l'employeur supporte jusqu'à hauteur de 80% des frais de santé sur un montant déjà fixé et plafonné. Variable selon les entreprises, ce montant va de 80 000 FCFA à 200 000 FCFA par an et pour chaque travailleur.



- Le cas exceptionnel, l'employeur supporte jusqu'à hauteur de 80% des frais de santé qui sont illimités (y compris les frais d'hospitalisation et d'évacuation) pour le personnel de l'entreprise auquel peut être ajoutée une prise en charge forfaitaire de 200 000 FCFA accordée annuellement aux membres de la famille de l'employé.

Des systèmes de sécurité sociale existant dans l'environnement professionnel du Burkina Faso en général, et des entreprises en particulier, seule la SONABHY (cas exceptionnel) intègre la prise en charge des travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA.

D'une manière générale, les systèmes de sécurité sociale dans les milieux de travail intégrant des actions en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA, sont fonction de la perception que les responsables se font de la maladie et des moyens dont disposent les entreprises.

Malgré le pouvoir économique très limité du citoyen burkinabé, les systèmes de protection professionnelle en vigueur ne prévoient pas de prise en charge de frais de santé dans le contexte de l'infection à VIH-SIDA. Il apparaît donc qu'une telle politique de sécurité sociale, jugée insuffisante et défaillante en soi, ait une incidence négative sur l'épidémie du VIH-SIDA notamment parce qu'elle ne favorise pas les actions de dépistage et de prévention.

Cette incidence négative de la politique de sécurité sociale se traduit en termes :

- **d'accroissement de la vulnérabilité** aux maladies opportunistes des travailleurs vivant avec le VIH-SIDA;
- **de détérioration des relations professionnelles** entre les employeurs et les travailleurs, en raison du conflit entre la rentabilité de l'entreprise et la défense des intérêts des PV-VIH;
- **de précarité de l'emploi** dans le sens de l'instabilité ou de la perte de revenu pouvant favoriser la vulnérabilité du bien être du travailleur et de sa famille;
- **de charge stigmatisante et discriminatoire** que supportent les personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA dans leur milieu professionnel.

### 5.1.5. Le droit au travail des PV-VIH et le rôle des syndicats et de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA

Les conclusions du diagnostic des politiques en matière de sécurité sociale en cours au Burkina Faso suscitent des questionnements pertinents qui méritent des réponses à plusieurs niveaux:

- Qu'en est-il des droits au travail des PV-VIH ?
- Qu'en est-il du rôle des organisations syndicales dans la lutte contre le VIH-SIDA ?
- Qu'en est-il du rôle de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA ?

#### 5.1.5.1. Le droit au travail des PV-VIH

L'enquête sur la perception des chefs d'entreprise sur le VIH-SIDA réalisée sous l'égide du CNLS avec l'appui du PNUD a révélé que le profil clinique des PV-VIH entraîne de nombreuses réactions ou pratiques de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion, tant au niveau des structures de protection sociale que dans les milieux de travail.

De manière générale, les situations discriminatoires qui sont fréquemment vécues par les travailleurs séropositifs sont principalement les suivantes :

- le refus d'accès aux prêts bancaires ;
- le refus d'accès aux assurances ;
- les multiples formes de licenciement ;
- le refus d'embauche.

Ces discriminations portent atteintes aux droits de l'Homme en général et aux droits des PV-VIH en particulier. Dans ce contexte où les droits des PV-VIH ne semblent pas être respectés, la question est de savoir s'il existe un cadre juridique qui permet la protection professionnelle des PV-VIH.

- **La Constitution burkinabé** reconnaît le droit au travail, à l'amélioration des conditions de travail, à la protection du travailleur, et proscrie les traitements discriminatoires en matière d'emploi et de rémunération.
- **Le Code du travail** tient l'employeur dans l'obligation de traiter le travailleur avec dignité et à ne faire aucune discrimination dans l'emploi, l'accès à l'emploi, la formation professionnelle, le maintien dans l'emploi et le licenciement des travailleurs.
- **La convention collective interprofessionnelle** prévoit pour l'employé les

dispositions suivantes, en cas d'incapacité professionnelle des suites de maladie, d'accident, d'infirmité d'origine non professionnelle médicalement constatée par le médecin requis :

1. des réadaptations de rémunération (réductions salariales) basées sur l'ancienneté professionnelle et la durée de l'absence ;
2. des réajustements souples du poste de travail (des ré-affectations) en fonction des nouvelles capacités professionnelles ;
3. la rupture de contrat, si et seulement si la durée des absences de congés maladies prolongés excède 12 mois.

Sous l'égide du CNLS, le Centre d'information et de documentation sur le SIDA (CICDoc) et le PNUD viennent d'engager avec l'université, une analyse élargie des conventions collectives et régimes juridiques et sociaux de protection des salariés dont les résultats feront l'objet de discussions et de recommandations importantes. L'application de ces dispositions légales existantes souffre de beaucoup d'insuffisances dans le traitement des cas des personnes atteintes du VIH-SIDA.

#### 5.1.5.2. Du rôle des syndicats dans la lutte contre le VIH-SIDA

Les organisations syndicales ont pour mission, non seulement de promouvoir et de défendre les intérêts matériels, moraux et professionnels des travailleurs, mais aussi et surtout de veiller au respect de leurs droits dans les milieux de travail.

Face aux multiples formes de pratiques négatives dont les travailleurs vivant avec le VIH sont couramment victimes, quel a été le concours des organisations syndicales en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA ?

Des entretiens sur la problématique de l'emploi en rapport avec le VIH-SIDA réalisés avec les organisations syndicales, notamment la Confédération Générale du Travail du Burkina Faso ou *CGT-B* (fédérations syndicales, syndicats professionnels, syndicats d'entreprises ou comités CGT-B et structures régionales), il apparaît que les organisations syndicales n'ont pas encore fait de la lutte contre l'infection à VIH-SIDA leur cheval de bataille. Pour preuve, aucune action concrète n'a encore été entreprise.

Si jusque-là, les organisations syndicales sont restées muettes face à de nombreuses situations portant préjudices aux intérêts matériels, moraux et professionnels des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA, il faut noter cependant qu'un processus de réflexion sur la problématique du VIH-SIDA et son impact sur l'emploi est en cours. On peut alors supposer qu'au terme de la réflexion, les syndicats auront pris à bras le corps les problèmes des droits au travail des PV-VIH, dans une perspective d'actions syndicales en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA.

#### 5.1.5.3. Du rôle de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA

En matière de lutte contre le VIH-SIDA, il faut reconnaître que l'Etat à lui seul ne peut pas tout faire. C'est pourquoi, la nécessaire complémentarité entre l'action gouvernementale et l'action communautaire est devenue aujourd'hui, plus qu'incalculable dans cette lutte. Cette synergie d'actions a des avantages certains.

Là où les structures étatiques et les systèmes de gouvernance s'avèrent insuffisants, défaillants ou même absents, la société civile devrait pouvoir prendre la relève pour se mobiliser et s'organiser, afin de pouvoir sauvegarder les intérêts professionnels des PV-VIH et de les aider à vivre pleinement leur séropositivité.

Alors, face à de telles situations où les travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA sont confrontés à de nombreuses atteintes aux droits de l'homme, comment la société civile a-t-elle réagi ? Quelles réponses a-t-elle apportées à ces problèmes vécus par les PV-VIH ?

La société civile, principalement représentée par les structures associatives, les ONG et les organisations à base communautaire (OBC) a mené beaucoup d'actions en faveur de la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA. Ces efforts réalisés se traduisent en termes d'activités de plaidoyer, de prévention et de prise en charge communautaire.

En ce qui concerne les réponses apportées, elles sont certes significatives, mais elles sont aussi restées en deçà des attentes des personnes séropositives (PV-VIH). Et souvent même, elles paraissent inexistantes par rapport aux nombreuses atteintes aux droits des travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA.

*" En 1998, mon état de santé m'alitait deux semaines par mois. Donc en totalisant, ça fait cinq mois et demi d'absence. Après ça, j'ai été suspendu neuf mois pour incapacité ".*

Homme séropositif,  
Yatenga

### 5.1.6. L'emploi, les expositions accidentelles et les groupes à risques

De nombreuses études de séroprévalence disponibles permettent d'identifier un certain nombre de pratiques qui renferment ou qui augmentent des risques potentiels d'infection par le virus du SIDA. En effet :

- Du fait de l'exercice professionnel, on peut être accidentellement exposé à l'infection à VIH-SIDA; ces types de risques sont considérés comme des *expositions accidentelles* à l'infection à VIH liées à l'exercice de la profession.
- Du fait des comportements sexuels, qui sont plus ou moins liés à la nature de certaines activités (routiers, mineurs, vendeurs ambulants, prostituées) des catégories de personnes sont considérées comme des groupes à risques.

#### 5.1.6.1. Les expositions accidentelles professionnelles

Les expositions accidentelles à l'infection par le VIH-SIDA se situent principalement à deux niveaux :

#### ENCADRE 5.2

##### Lutte contre le SIDA Bouter le mal hors des casernes

Il s'est tenu le mardi 3 juillet 2001 au mess des officiers, la cérémonie de lancement du programme militaire destiné à barrer la route au SIDA. Ce programme s'inscrit dans le cadre des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'armée. La cérémonie présidée par le ministre de la Défense, Kouamé Lougué, a connu la participation de certains membres du gouvernement des responsables de PROMACO (Projet de marketing social des condoms) et les autorités militaires.

La lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) dans le secteur de la défense a débuté d'une manière informelle dans les années 1990 sans programme, sans stratégie ni plan de sensibilisation et d'action, note le président du comité national de pilotage du programme, le colonel Pierre Lamizana. Puis, en 1999, un programme pilote de formation et de sensibilisation des recrues a été ficelé avec PROMACO. Cette lutte contre le VIH s'est fortifiée à la faveur de l'élaboration du plan national multisectoriel courant 2000. Depuis lors, avec la mise en place

des points focaux et des cellules relais dans tous les corps des troupes, le personnel militaire veut attaquer l'ennemi commun par tous les fronts. C'est pourquoi, le ministre de la défense, les chefs d'Etat-major et autres officiers supérieurs ont tenu à assister à cette cérémonie de lancement des activités de lutte contre le SIDA dans le secteur de l'armée. Dans le même ordre d'idée, les ministres de l'action sociale, Gilbert Ouédraogo, de la santé, Pierre Emmanuel Tapsoba et la chargée du développement économique, Anne Konaté étaient également à la rencontre pour témoigner de leur engagement à anéantir l'ennemi. Le codirecteur de PROMACO, Simplicite Toé s'est réjoui de la collaboration de l'armée pour combattre cette pandémie du siècle. Comme premières actions, les 1 700 recrues des classes 99 et 2000 bénéficient déjà des formations sur les IST/VIH.SIDA en partenariat avec PROMACO. De même, l'armée avec l'appui de ses autorités militaires se mobilise à travers ses 20 membres des points focaux régionaux, ses 135 animateurs des cellules de relais et ses 35 encadreurs formateurs pour bouter le SIDA hors des casernes militaires.

Source : Emmanuel Bouda du journal : Le Pays N°2419

#### \* Au niveau du milieu professionnel médical

Les expositions accidentelles en milieu professionnel médical dérivent essentiellement du contact du sang avec des sécrétions potentiellement contaminées, notamment les piqûres d'aiguilles, etc. En effet, on peut observer que les centres hospitaliers et leurs services chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et autres sont généralement les lieux de recours les plus sollicités par les PV-VIH et les malades du SIDA.

Le personnel soignant, qui exerce dans ces milieux, est exposé aux risques d'infection à VIH, car il peut être contaminé accidentellement, soit par manque de désinfectants, soit par manque de matériels de protection.

#### \* Au niveau du milieu professionnel du sexe

Pour ce qui est des expositions accidentelles en milieu professionnel du sexe, elles proviennent exclusivement des rapports sexuels non protégés à travers le contact avec des sécrétions potentiellement contaminées.

Les prostituées qui ont pour métier le "commerce du sexe" sont énormément exposées aux risques d'infection à VIH-SIDA, à travers les déchirures des préservatifs ou les rapports non protégés. Car, même cette "industrie du sexe" est soumise à la loi du marché: les rapports sexuels non protégés se payent plus chers, et nombre de prostituées sont prêtes à prendre des risques pour gagner beaucoup d'argent. Par ailleurs, la transmission à l'occasion des rapports hétérosexuels est reconnue actuellement comme l'un des modes essentiels de transmission du VIH.

#### 5.1.6.2. Les groupes socio-professionnels à risques

En faisant une analyse des pratiques sexuelles en rapport avec les différentes catégories socio-professionnelles, on peut observer qu'exercer dans certaines branches d'activités comporte des risques d'infection au VIH-SIDA. Ces catégories se situent essentiellement au niveau du secteur formel et informel.

#### \* Au niveau du secteur formel

Par rapport au secteur formel, nous avons le groupe spécifique à risque comprenant

principalement les *chauffeurs routiers, les travailleurs du secteur minier et les militaires* qui sont souvent éloignés de leur famille pour des raisons de service, ce qui les conduit parfois à des comportements sexuels à risque.

Dès lors que ces rapports sexuels, aussi bien avec les partenaires multiples, occasionnels qu'avec les prostituées, ne sont pas protégés, ils augmentent très sensiblement les risques d'infection au VIH-SIDA.

Concernant les *militaires*, il est important de faire mention du comportement des *jeunes recrues* lors de leurs "*quartiers libres*" qui s'adonnent à des pratiques sexuelles à haut risque avec les prostituées.

#### \* *Au niveau du secteur informel*

Certaines catégories socio-professionnelles de la population féminine active ont une vulnérabilité beaucoup plus accrue à l'infection à VIH. Ce sont les jeunes filles non instruites travaillant dans le secteur informel. Ce groupe spécifique vulnérable aux risques d'infection à VIH-SIDA est composé essentiellement des *filles de maison, vendeuses ambulantes, vendeuses de kiosques, serveuses de bars* et autres.

En raison effectivement de leur statut social inférieur, de leur faible niveau d'instruction, des pesanteurs socioculturelles et de leur pauvreté économique surtout, ces jeunes filles du secteur informel sont généralement exposées à des pratiques de viol, d'harcèlement sexuel et à la tentation de comportements sexuels à risque, en général dans les centres urbains, et en particulier dans les unités économiques des zones industrielles.

## 5.2. Les politiques et les stratégies

Convaincu que le SIDA n'est pas seulement un problème de santé, mais aussi et surtout un problème de développement, le gouvernement du Burkina Faso a compris la nécessité d'élaborer des politiques et stratégies à caractère multisectoriel et multidimensionnel en faveur de la lutte contre le SIDA.

C'est dans cette optique que le Burkina Faso s'est engagé depuis juin 1998 dans un processus d'élaboration du Cadre Stratégique Multisectoriel de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005.

Avec ce document d'orientation, le Burkina Faso dispose d'un cadre juridique national et d'une politique sanitaire dont les dispositions assurent la prise en compte des questions liées au VIH-SIDA. Il a, par ailleurs, ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux se rapportant au droit de la personne. Ces textes fondamentaux protègent les droits des citoyens en général, et interdisent la discrimination des groupes spécifiques comme les PV-VIH en particulier.

### 5.2.1. Les orientations politiques et stratégiques du secteur de l'emploi et de la protection sociale

De la synthèse des entretiens avec les différents acteurs et de l'analyse documentaire, il apparaît que le secteur de l'emploi et de la protection sociale n'a pas une politique claire en matière de lutte contre le VIH-SIDA.

Il convient de reconnaître que les mesures et dispositions légales spécifiques en faveur des actions de lutte contre le VIH-SIDA restent insuffisantes.

Toutefois, avec l'élaboration du plan sectoriel de lutte contre le VIH-SIDA et la lecture prévue des textes, on peut espérer un cadre juridique et des dispositions conséquentes en faveur des actions de lutte. Ce qui pourrait permettre la protection professionnelle et la protection sociale des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA.

### 5.2.2. Les réponses apportées à la situation

La revue documentaire ne révèle aucune étude spécifique traitant de la problématique du VIH-SIDA et de ses relations multiformes avec l'emploi et la protection sociale.

Toutefois, dans l'objectif de parvenir à une analyse critique des réponses apportées au VIH-SIDA dans le contexte de l'emploi et de la protection sociale, des entretiens ont été réalisés avec quelques structures, notamment :

- la Direction de la Sécurité et de la Santé au Travail et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) au niveau du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité Sociale;

*" Quand les gens nous voient, nous promener, ils croient qu'on est prêt à tout. Moi, j'ai 2 enfants et je dois les nourrir mais c'est pas pour ça que je vais me livrer à n'importe qui ".*

Vendeuse ambulante, Bobo

- la BRAKINA, la SONABEL, l'ONEA, la SONABHY, la SOFITEX, la SIFA, la MABUCIG, la SOSUCO, la SAPHYTO et les GMB pour ce qui concerne les entreprises ;
- la SONAR et l'UAB s'agissant des compagnies d'assurances ;
- la CGT-B au niveau des organisations syndicales.

De la synthèse des entretiens avec les principaux acteurs concernés par le secteur de l'emploi et la protection sociale, les réponses apportées à l'infection à VIH-SIDA peuvent s'articuler à trois niveaux.

#### 5.2.2.1. Les réponses au niveau du gouvernement

Le diagnostic de la situation de l'emploi et la protection sociale en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA a posé de multiples problèmes qui nécessitent des réponses urgentes. Parmi ces problèmes vécus par les PV-VIH, on peut noter que :

- Les travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA sont exclus des systèmes d'assurances et ne peuvent pas bénéficier de garanties ou de protection sociale auprès des compagnies d'assurances. Cela se traduit généralement par les pratiques discriminatoires et d'exclusion à l'accès aux prêts et aux assurances maladies.
- Les travailleurs vivant avec le VIH-SIDA sont confrontés à de sérieux problèmes de protection professionnelle, en termes de prise en charge médicale. La CNSS ne prévoit pas de dispositions particulières spécifiques pour le cas des travailleurs infectés par le VIH-SIDA en matière de protection professionnelle.

Face à ces conditions professionnelles difficiles, où la précarité de l'emploi favorise la vulnérabilité du bien être du travailleur infecté ou affecté par le VIH-SIDA, on note l'absence de réponses gouvernementales conséquentes.

#### 5.2.2.2. Les réponses au niveau des employeurs

De la synthèse des entretiens, il est apparu que l'épidémie du VIH-SIDA a des impacts négatifs, aussi bien sur les structures à caractère publique, privé, associatif ou d'ONG que sur les entreprises et leurs employés. Quant à ces impacts, ils se traduisent généralement sur :

1. **le plan sanitaire** en termes de vulnérabilité accrue aux maladies opportunistes, de souffrances physique et psychologique ;
2. **le plan social**, par la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion que subissent les travailleurs vivant avec le VIH ;
3. **le plan économique**, par la baisse des capacités de rendement ou de productivité, le dysfonctionnement de l'activité et l'augmentation des charges sociales au niveau de l'entreprise.

Du fait de l'importance des impacts du VIH-SIDA, des entreprises employant un nombre élevé de salariés, ont différemment chacune tenté d'apporter des réponses. Ces réponses multiformes au niveau des employeurs sont entre autres :

- les ré-affectations des PV-VIH à d'autres postes en fonction de leurs nouvelles capacités professionnelles ;
- le dépassement du plafond de la prise en charge des frais de santé autorisé ;
- l'octroi des prêts au titre des traitements médicaux ;
- l'interruption prolongée de l'activité professionnelle sans licenciement ;
- la mise en place d'un comité SIDA dans les entreprises et l'organisation de soutiens psychologiques et financiers ;
- la prise en charge totale des frais de santé, y compris les frais d'hospitalisation et d'évacuation, des travailleurs infectés et affectés par le VIH-SIDA (pour le seul cas exceptionnel de la SONABHY).

Les réponses apportées par les entreprises, si elles varient énormément souvent d'un employeur à un autre, elles sont aussi et surtout fonction de la perception que les employeurs se font de l'épidémie et des moyens dont dispose l'entreprise. Elles dépendent également de leur engagement dans la lutte contre le VIH-SIDA. Ce qui est certain, c'est que ces réponses apportées ont permis, dans une certaine mesure, d'assurer la sécurité des travailleurs, en minimisant la lourde charge discriminante et stigmatisante que porte la maladie.

#### 5.2.2.3. Les réponses au niveau des travailleurs

De nombreux travailleurs sont conscients que l'épidémie du VIH-SIDA prend de l'ampleur dans les milieux profession-

nels. Ils sont également conscients des répercussions négatives des impacts de la maladie sur les conditions de travail des PV-VIH.

Au regard donc de l'ampleur et des répercussions des impacts VIH-SIDA, les salariés de plusieurs entreprises ont essayé à leur manière d'apporter des réponses dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA dans le contexte de l'emploi et de la protection sociale. Ces réponses au niveau des travailleurs s'articulent autour des actions suivantes :

- les activités de prévention de l'épidémie notamment l'information, l'éducation et la communication (IEC), la formation sont exigées par certains comités d'entreprises ;
- la constitution des mutuelles de santé visant à contribuer à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH;
- le soutien matériel ou financier aux PV-VIH à travers les cotisations individuelles ou ponctuelles du personnel;
- le soutien social et moral aux personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA à travers les visites à domicile organisées du personnel.

A la lumière des réponses apportées par les travailleurs, on peut observer que ces actions, même si elles ne sont pas significatives dans le sens d'une prise en charge médicale, elles sont très importantes en terme de prise en charge psychologique et sociale. De telles actions permettent de maintenir le moral positif chez les PV-VIH, de réduire la discrimination et d'éviter l'isolement dans le milieu du travail.

La pertinence et l'efficacité des réponses apportées est souvent fonction, d'un côté, de l'engagement des travailleurs à prévenir la propagation de l'épidémie et à faciliter une politique de prise en charge et de l'autre, de l'engagement des premiers responsables à s'impliquer dans la lutte contre le VIH-SIDA.

### **5.3. Les perspectives**

Suite aux conclusions du diagnostic global de la situation et de l'analyse critique des stratégies et politiques du secteur de l'emploi et de la protection sociale, des perspectives pour des actions en faveur de la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA peuvent s'articuler autour de deux axes essentiels:

- la dimension VIH-SIDA dans les dispositifs de protection sociale ;
- l'accès des PV-VIH et les malades du SIDA aux activités génératrices de revenus, à l'auto-emploi au crédit et aux assurances.

En réalité, ces principaux axes correspondent à des facteurs déterminant dans le processus global de la lutte contre le VIH-SIDA. Ce sont des ripostes urgentes et prioritaires de natures multiformes et complémentaires, en vue de la protection professionnelle en terme de prise en charge médicale des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA.

#### **5.3.1. Pour une prise en compte de la dimension VIH-SIDA dans les dispositifs de protection sociale des travailleurs**

Dans le contexte de généralisation actuelle de l'épidémie du SIDA, la réduction de la précarité de l'emploi passe nécessairement par l'intégration de la dimension VIH-SIDA dans les dispositifs de protection sociale des travailleurs, si l'on ne veut pas laisser l'épidémie remettre en cause les progrès réalisés en matière de développement économique ces dernières décennies. Cette nécessaire intégration exige, d'une part, un engagement politique gouvernemental, ce qui vient d'être établi avec l'installation du nouveau Conseil National de lutte contre le SIDA présidé par le Chef de l'Etat, et d'autre part, la promotion des normes et d'une législation du travail. Pour ce faire, il serait impératif de :

1. Mettre en place un fonds national pour la protection professionnelle des PV-VIH et des malades du SIDA. Cela nécessite une réflexion tripartite entre l'Etat, les employeurs et les employés (comprenant la société civile et les syndicats), dans la perspective d'étudier les différentes opportunités en la matière. De prime abord, ce fonds pourrait être constitué d'une subvention de l'Etat, d'une contribution des employeurs et d'une contribution des travailleurs burkinabé. Ce fonds pourrait éventuellement bénéficier du soutien des partenaires bilatéraux et multilatéraux et permettre de subventionner certaines opérations de prévention et de protection sociale.

2. Réviser le Code du travail et le Code de la sécurité sociale, en vue d'une prise en compte de la problématique du VIH-SIDA et en vue aussi de permettre à la plus grande majorité des travailleurs burkinabé de bénéficier à une couverture sociale;
3. Mettre en place un code de bonne pratique, visant à protéger les travailleurs malades du secteur des entreprises et du secteur informel.
4. Elaborer et appliquer des textes juridiques et éthiques, afin de garantir la protection des personnes vivant avec le VIH, les malades du SIDA et leurs dépendants ;
5. Elaborer et appliquer les directives spécifiques, destinées à la prise en charge sociale des travailleurs du milieu rural en général et du secteur agricole en particulier.

Eu égard à ces considérations, le Ministère de l'emploi, du travail et de la Sécurité Sociale devrait jouer un rôle de leadership dans ce processus de lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA, pour ce qui concerne le domaine dont il a la charge.

### **5.3.2. Pour un accès des PV-VIH et des malades du SIDA aux activités génératrices de revenus, aux crédits et assurances**

Au vu du rythme d'évolution de la propagation de l'épidémie sur le territoire, il apparaît normal, et sécurisant de mettre en place des dispositifs permettant aux personnes et groupes vulnérables d'avoir accès aux crédits et autres opportunités génératrices de revenus et de pouvoir recourir aux compagnies d'assurances. Ce recours a pour finalité de faciliter l'accès aux services de santé et à la prise en charge médicale y compris le cas de l'infection à VIH-SIDA.

Au regard de l'exclusion des PV-VIH et des malades du SIDA de la protection sociale des assurances<sup>13</sup>, il est d'une nécessité urgente de mener une réflexion bipartite Assureurs-Etat sur *l'accès des PV-VIH et des malades du SIDA aux assurances*. La réflexion devrait s'orienter vers une perspective de mise en place de fonds de garantie aux malades du SIDA,

géré conjointement par le Gouvernement et le secteur privé.

En résolvant le problème de l'accès des PV-VIH et des malades du SIDA aux assurances, on devrait pouvoir amener les uns et les autres à faire le test de dépistage volontaire et de déclaration, aux fins de bénéficier d'une prise en charge. Pour ce faire, toutes les étapes du déroulement du processus doit être nécessairement respecté, en ce sens qu'il faut:

1. Par le biais d'une sensibilisation adéquate et de conseils adaptés au contexte de l'épidémie amener la majorité de la population à faire le test de dépistage volontaire, à moindre coût et même gratuitement. Ce n'est que par cette première étape qu'il est possible de bâtir une politique de prise en charge précoce et permettre de réduire la vulnérabilité des personnes infectées.
2. Après le dépistage volontaire du VIH, déclarer les personnes séropositives en vue, d'une part, de les préparer à accepter leur statut sérologique et d'autre part, de les faire bénéficier d'un soutien psychosocial et moral, ainsi qu'à leur famille. Cette étape de conseil et de préparation psychologique préalable à l'annonce des résultats est capitale car elle permet de préparer les PVVIH à avoir un comportement sain par la suite.
3. Faire bénéficier les personnes reconnues comme PV-VIH de l'ensemble des mécanismes de prise en charge globale destinée aux personnes séropositives. Ces mécanismes de prise en charge sont entre autres :
  - le diagnostic et le traitement des infections opportunistes liées au VIH-SIDA;
  - la prévention d'autres éventuelles maladies infectieuses;
  - la promotion des activités communautaires visant à réduire l'impact socio-économique de l'infection à VIH-SIDA.

Pour arriver à la prise en compte du VIH-SIDA au niveau des systèmes d'assurances, le Gouvernement devrait s'engager à prendre et à faire appliquer des mesures visant à garantir la protection sociale des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA.

<sup>13</sup> A l'exception de la SONAR, qui après réflexion, assure maintenant les personnes vivant avec le VIH (les PV-VIH) et non pas les personnes malades du SIDA.



## CHAPITRE 6

# L'EDUCATION ET LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

### INTRODUCTION

L'essentiel de ce chapitre est consacré au secteur de l'Education représenté par l'enseignement de base et l'alphabétisation ainsi que par les enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique.

Le secteur de l'éducation peut être considéré à raison comme l'un des secteurs sociaux les plus vulnérables à l'infection à VIH en ce qu'il constitue un environnement d'apprentissages, de brassages et d'interactions entre les jeunes scolarisés. Ce milieu professionnel constitue, par conséquent, un creuset propice à des comportements à risque. L'OMS et l'ONUSIDA attestent, à ce sujet, que les jeunes constituent le groupe cible de la population le plus exposé et le plus vulnérable<sup>1,2</sup>.

Ce secteur, à l'instar de bon nombre d'autres secteurs d'activités, dispose insuffisamment de données quantifiables et précises sur l'ampleur de la gravité de l'épidémie. La problématique du VIH, dans ce secteur, est relativement peu documentée. Toutefois, grâce à une récente étude diagnostique et de réponse au VIH-SIDA engagée par le CNLS avec l'appui du PNUD et du Danemark, il est possible<sup>3</sup> d'appréhender les préoccupations et les enjeux de l'épidémie dans ce secteur.

Les réflexions du présent chapitre sont organisées et développées autour des trois principaux axes suivants : le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation, les politiques et stratégies de lutte contre le VIH-SIDA dans ce secteur et les enjeux du VIH-SIDA et enfin les perspectives du monde de l'éducation.

### 6.1. Le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de l'Education

Le taux d'analphabétisme est très élevé au Burkina Faso : plus de 86% des femmes et près de 75% des hommes sont sans "instruction" (INSD, 1996). Le taux de scolarisation primaire est de l'ordre de 41% (35% pour les filles) en 1999. Or, la progression de l'épidémie du SIDA risque d'entamer les taux de scolarisation dans les dix années à venir. Les raisons principales de cette situation sont entre autres la diminution du personnel enseignant et l'augmentation d'enfants, notamment orphelins, incapables de supporter les coûts de scolarisation de plus en plus exorbitants.

Le VIH-SIDA a un impact au niveau de l'offre de services éducatifs en termes de qualité et de quantité, mais aussi au niveau de la demande de services éducatifs, c'est-à-dire en termes de nombre

<sup>1</sup> UNESCO : Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé. ONUSIDA. 1997.

<sup>2</sup> ONUSIDA/OMS : Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH-SIDA, Groupe de travail ONUSIDA/OMS : décembre 1997.

<sup>3</sup> MINISTERE DE LA SANTE : Analyse de la situation et de la réponse aux IST/VIH-SIDA dans le secteur de l'Education. BASP, 96/PPLS : janvier 2001.



d'élèves inscrits. Ces impacts sont sociaux et économiques, directs ou indirects.

Cette partie du chapitre fait le point sur les conséquences de l'infection, apprécie la situation des enseignants, des jeunes scolarisés, des étudiants et des stagiaires face au VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation.

### 6.1.1. Les impacts du SIDA dans le secteur de l'éducation

La maladie influence négativement les composantes des secteurs d'activités socio-professionnels. Celui de l'éducation n'est pas épargné et l'impact du VIH-SIDA semble très apparent sur le capital humain et les performances institutionnelles<sup>4, 5</sup>.

Faut-il préciser que l'impact de l'épidémie dépend des particularités de chaque pays et de son niveau de développement humain, mais aussi entre autres, du niveau de prévalence, de la distribution du VIH au sein des groupes sociaux, de l'influence de l'épidémie sur la croissance économique, des systèmes de production agricole, le marché du travail et la productivité.

L'impact du SIDA sur le capital humain dans le secteur de l'éducation peut être apprécié en évaluant les conséquences de l'épidémie sur les enseignants, les élèves, le personnel de soutien et d'administration et sur les performances globales des établissements.

L'impact du VIH-SIDA au sein du système éducatif est visible. La première conséquence sur les élèves est une baisse du taux de leur inscription dans les établissements scolaires du fait de manque de moyens financiers des parents.

Par ailleurs, les élèves eux-mêmes exercent une discrimination envers leurs camarades frappés de maladies répétitives suspectes. Cette situation donne lieu à des interprétations erronées et est source de discrédits pour ces malades. Les conséquences immédiates vont de la simple éviction de l'élève du groupe des camarades à son exclusion totale de ce groupe.

Ces déficiences au sein du système éducatif occasionnent incontestablement de sérieux retards scolaires chez bon nombre d'élèves par rapport à leurs promotionnaires d'autres établissements moins menacés par la maladie.

L'infection à VIH-SIDA a aussi des conséquences sur le personnel du système éducatif. Les conséquences sur les enseignants se traduisent par les absences répétées, les retards dans l'exécution des programmes, la paupérisation d'un certain nombre d'entre eux, vivant en milieu rural, du fait de leur endettement liés aux coûts élevés des soins. Tout ceci contribue au découragement des enseignants et quelquefois même à leur discrimination au sein de ce groupe.

L'impact du VIH-SIDA se manifeste également au niveau du personnel d'administration et de soutien. En effet, cette catégorie de personnel est touchée par la maladie et connaît des absences fréquentes au poste de travail dont l'une des conséquences est la baisse du rendement.

Les conséquences de l'infection à VIH-SIDA touchent en dernier ressort les performances des établissements scolaires. Le faible taux de succès aux examens, le fort taux de redoublement des élèves, l'absentéisme chronique des enseignants fragilisent le rendement des établissements. Il en est de même de l'augmentation des charges de fonctionnement liées à la nécessité de trouver des remplaçants en cours d'année scolaire. Toutes ces conséquences sur les performances des établissements ternissent l'image ou la réputation de ceux-ci, les rendant à terme moins compétitifs.

L'impact le plus direct du VIH-SIDA sur le secteur de l'éducation concerne le personnel enseignant. Avec un taux de prévalence de 10%, il y aura plus de 2 300 enseignants séropositifs en 2005. Près de 1 100 d'entre eux auront développé le SIDA et verront leur capacité de travail diminuer à cause de la maladie. Avec le même taux de prévalence, 2 700 enseignants seront séropositifs, 2 000 enseignants seront malades du SIDA et 110 enseignants mourront du SIDA en 2010<sup>6</sup>. Toutefois, le taux de prévalence chez les

*" Moi sa mère, je souffrais avec lui. Je craignais de le perdre et de rester seule. J'avais pitié pour lui. Chaque jour je rentrais dans sa chambre pour bavarder avec lui. Sa femme était auprès de lui et répondait à ses besoins. Elle travaillait beaucoup ".*

Mère d'un homme séropositif,  
Yatenga

<sup>4</sup> UNESCO : Les répercussions du VIH-SIDA sur l'éducation : Examen de la littérature et de l'expérience. UNESCO, 1997.

<sup>5</sup> OIT : L'impact du VIH-SIDA sur la main d'œuvre productive en Afrique, ADDIS ABEBA : Document de travail OIT/EMPAO N°1 - 1995.

<sup>6</sup> Les hypothèses utilisées pour les calculs reliés au secteur de l'enseignement sont présentées à l'annexe 2.

enseignants pourrait être plus élevé que dans la population active, en particulier chez les jeunes professeurs célibataires qui travaillent en milieu rural ou loin de leur famille et qui peuvent avoir des comportements sexuels plus à risque.

Les pertes au niveau de la qualité de l'enseignement sont difficiles à évaluer de manière quantitative, si ce n'est que l'on peut prévoir une augmentation du ratio élèves/maître sauf à procéder à des recrutements relativement importants dans l'avenir. Sans cela, une augmentation du taux d'absentéisme des professeurs est à prévoir et donc une détérioration de la qualité de l'enseignement et une diminution des taux de couverture des programmes.

Un autre coût important est celui du remplacement des enseignants malades et décédés (graphique 6.1). Ce coût peut être estimé en faisant l'hypothèse que la formation d'un enseignant coûte en moyenne 675 000 FCFA du primaire jusqu'à l'obtention du diplôme<sup>7</sup>.

Dans le cas où le taux de prévalence se stabilise à 10%, le coût de remplacement des professeurs malades ou décédés du SIDA en 2005 serait de 70,7 millions FCFA et de 1,44 milliards FCFA en 2010 (graphique 6.2).

### 6.1.2. Les jeunes scolarisés, les étudiants et les stagiaires professionnels du secteur de l'Education

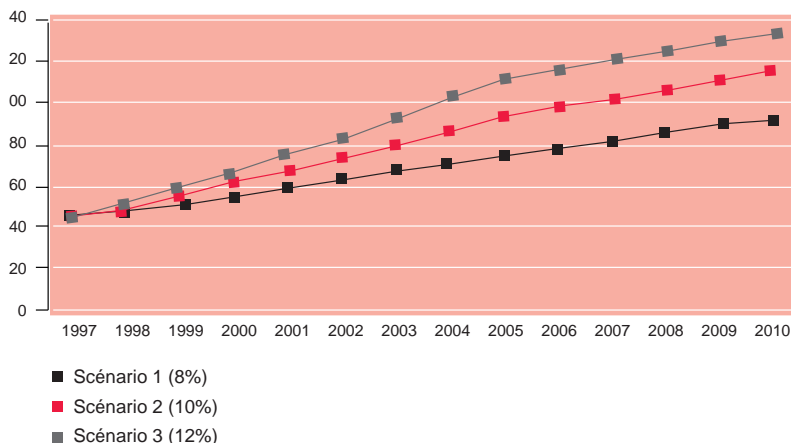
Cette partie du chapitre pose un diagnostic de la situation des jeunes scolarisés, étudiants et stagiaires professionnels du milieu de l'éducation face au VIH-SIDA. Il présente donc un cliché des données épidémiologiques et des principaux déterminants de la propagation de l'infection dans ce groupe cible.

#### 6.1.2.1. Les données épidémiologiques du VIH-SIDA

Au Burkina Faso, on ne dispose pas d'informations sur le taux de prévalence de l'infection à VIH-SIDA dans le secteur éducatif en général et en particulier dans

GRAPHIQUE 6.1

Nombre de mortalités par an chez les professeurs à cause du SIDA

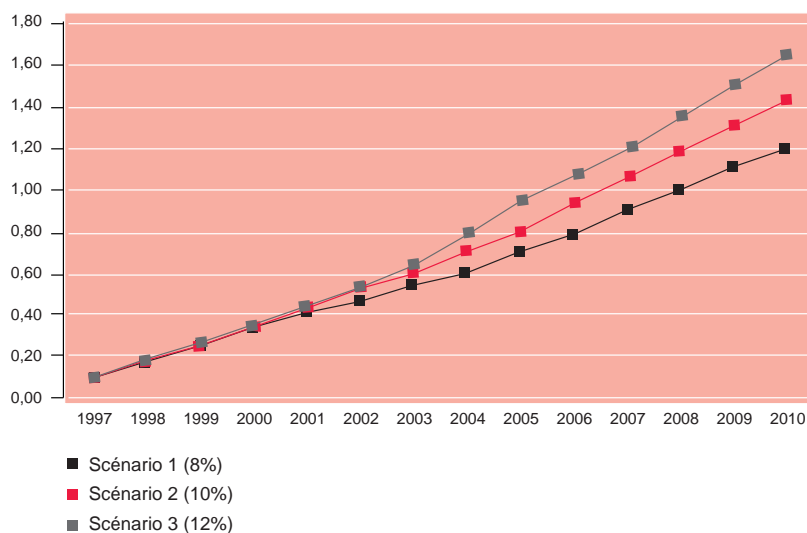


Source : Boily M.H., Grégoire L.J et alii, PNUD, septembre 2001

tout le groupe cible des jeunes<sup>8, 9</sup>. Cependant, depuis juin 2001, le CNLS et le PNUD ont élaboré avec l'appui du Centre Muraz, un programme d'enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales en direction des secteurs de la santé et de l'éducation qui devrait permettre un diagnostic global et complet de la situation.

GRAPHIQUE 6.2

Coût total du renouvellement des enseignants malades ou décédés (milliards de FCFA)



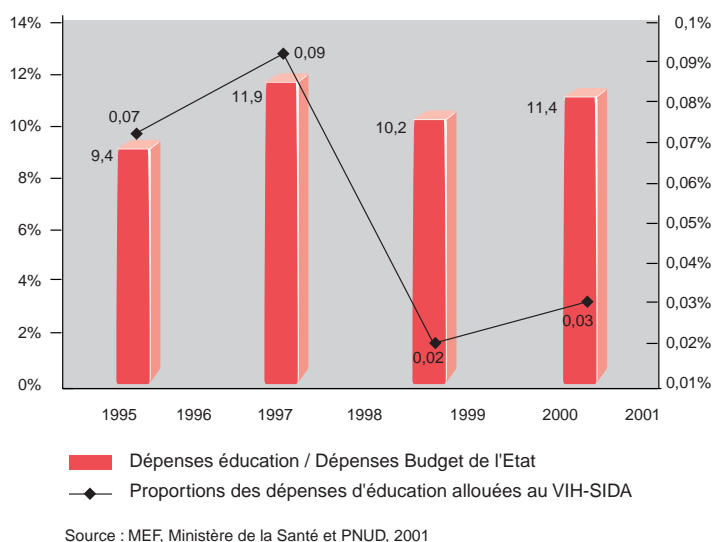
Source : Boily M.H., Grégoire L.J et alii, PNUD, septembre 2001

<sup>7</sup> En faisant l'hypothèse qu'un professeur du primaire a en moyenne 12 années de scolarisation (voir annexe 2).

<sup>8</sup> MEDA : Suivi et Evaluation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA : Examen de l'expérience du Burkina Faso 1997-1998- Monographie octobre 1998.

<sup>9</sup> WHO and UNAIDS : Epidemiological Fact sheet on HIV-AIDS and Sexually transmitted diseases- Burkina Faso, juin 1998.

**GRAPHIQUE 6.3**  
**Evolution des dépenses budgétaires d'éducation consacrées à la lutte contre le VIH-SIDA**



**Tableau 6.1 : Cas de malades de longue durée et cas suspects de SIDA dans les établissements scolaires**

Période	Nombre de cas de maladie dans 10 établissements	Nombre de cas suspects de SIDA dans 3 établissements
1997	5	5
1998	5	5
1999	15	10
1 <sup>er</sup> semestre 2000	12	6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>26</b>

Source : BASP'96 Rapport Final d'analyse de situation et de la réponse aux IST/VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation, 1999

**Tableau 6.2 : Sous-groupes du système éducatif les plus touchés par le VIH-SIDA selon les responsables d'établissements**

Catégorie	Pourcentage
Elèves	21,1 %
Enseignants	15,5 %
Personnel de soutien	1,2 %
Personnel administratif	2,2 %
Autres	12,7 %

Source : BASP'96 Rapport Final d'analyse de situation et de la réponse aux IST/VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation, 1999.

Dans le système éducatif, c'est auprès des services de santé qui assurent une couverture sanitaire des établissements scolaires que la situation épidémiologique des jeunes scolarisés peut être relevée. En effet, une récente étude d'analyse de situation et de réponse au VIH-SIDA dans le secteur éducatif rapporte que 77,8 % du personnel de santé assurant une couverture sanitaire dans le milieu de l'éducation déclarent recevoir des cas de malades suspects de SIDA. Parmi eux, 66,6 % disent avoir reçu entre 3 et 10 cas suspects au cours de l'année 1999 et environ le même nombre pendant le premier semestre 2000

(cf. Tableau 6.1). Ces chiffres sont certes, indicatifs, mais donnent un aperçu de l'ampleur des conséquences du VIH-SIDA dans le secteur éducatif.

Selon la même étude, plusieurs responsables d'établissements estiment que les élèves dans le système éducatif constituent le sous-groupe le plus touché par le VIH-SIDA (cf. tableau 6.2).

L'ampleur de l'infection VIH-SIDA est difficilement appréciable dans le groupe des jeunes non scolarisés, du fait de l'inexistence d'un système de séro-surveillance spécifique à cette cible.

#### 6.1.2.2. Les déterminants de la propagation du VIH-SIDA

Trois catégories de déterminants permettent de mettre en évidence la relation entre le VIH-SIDA et la population scolarisée. Il s'agit : des déterminants environnementaux, des déterminants liés aux attitudes, des déterminants comportementaux et organisationnels.

##### i) Les déterminants environnementaux

###### • La dégradation du rôle éducatif du système de l'éducation :

En effet, selon les enquêtes de perception engagées dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et celle contre le SIDA, l'école, d'aujourd'hui n'est plus un cadre privilégié pour la promotion de l'éducation et l'instruction des jeunes. Sa principale mission qui est de former l'enfant pour en faire un citoyen à part entière, s'est avérée à moitié accomplie. L'éducation de la rue prend le dessus sur l'éducation institutionnelle, donnant ainsi libre

cour aux informations les plus erronées et favorisant la dépravation des mœurs à l'école. Cette situation favorise parfois chez la population scolarisée des comportements à risque.

#### • *L'influence des médias*

L'influence des médias sur la population scolarisée constitue aussi un déterminant environnemental non négligeable, favorable à la propagation du VIH-SIDA. En effet, les médias diffusent des informations inadaptées aux jeunes en général et aux élèves en particulier. Les spots publicitaires, les clips et même certains films ont des objectifs ambigus et des contenus mal élaborés, livrant des messages brouillés dont l'effet pervers est d'amuser, d'exciter et d'encourager les jeunes aux relations sexuelles précoces en légitimant ce libertinage sexuel. Cependant, il convient de reconnaître que certains messages d'IEC véhiculés par les médias ont fait la preuve de leur efficacité et ont permis une meilleure connaissance des modes de transmission et des méthodes de prévention existantes en milieu urbain.

#### • *Le mariage forcé des jeunes filles*

Le mariage forcé des jeunes filles constitue un déterminant culturel néfaste, propice à la propagation du VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation. La frustration d'être mariée de force à un homme plus âgé et polygame pousse souvent les jeunes filles à entretenir des rapports extra-conjugaux et leurs partenaires privilégiés sont les jeunes scolarisés ou non scolarisés et quelquefois les enseignants résidant dans la même localité.

#### • *Les grandes manifestations culturelles*

Les grandes manifestations culturelles exercent un impact négatif pour les populations scolarisées. En effet, le Burkina Faso est devenu sur plan culturel une plaque tournante drainant périodiquement de nombreux artistes, touristes et hommes politiques. A ces occasions des jeunes filles servent d'hôtes et quelquefois de proies sexuelles. A ces occasions de grandes manifestations s'ajoutent des festivités et moments de rencontres privilégiés pour les jeunes qui peuvent les exposer à des risques non négligeables.

#### ENCADRE 6.1

##### L'analphabétisme et le SIDA

Si les personnes instruites ont accès aux connaissances leur permettant de se protéger contre le virus, il n'en va pas de même pour ceux qui ont peu ou pas d'instruction. Il ressort d'une étude réalisée dans 35 pays que les illettrés, hommes et femme, risquent cinq fois plus de ne rien savoir sur la maladie que ceux qui ont poursuivi leur scolarité au-delà du

cycle primaire. Les gens non instruits risquent quatre fois plus de croire qu'il n'y a aucun moyen de se protéger contre le SIDA, trois fois plus d'ignorer que le virus peut se transmettre de la mère à l'enfant et trois ou quatre fois plus de ne pas savoir que les séropositifs peuvent avoir l'air en bonne santé.

Au Burkina Faso, l'analphabétisme concerne 78 % de la population.

Source : PNUD, Rapport national sur le Développement Humain, 1998

#### ii) **Les déterminants liés aux attitudes**

Ces déterminants sont en réalité représentés par les mentalités, les croyances, le savoir populaire, les stéréotypes et les perceptions, que les individus ont vis-à-vis à l'infection du VIH-SIDA, de ses modes de transmission et de prévention ainsi que du mode de traitement des PVVIH, etc.

L'étude d'analyse de situation et de réponse dans le secteur de l'éducation a permis de mesurer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes vis-à-vis du SIDA. Celle-ci a révélé que le degré de connaissances de la population scolarisée concernant les IST-SIDA et leurs mesures de prévention est d'un niveau satisfaisant. La même étude atteste par contre que nombreux sont les élèves qui méconnaissent le taux de prévalence de l'épidémie à VIH estimée au sein de la population générale. Ils confondent fréquemment une personne séropositive et une personne malade du SIDA et pensent que la première est saine et ne peut donc transmettre la maladie.

De l'attitude des élèves vis-à-vis des tests, il est ressorti que 4,6 % des jeunes affichent ouvertement un non catégorique et 14,8 % hésitent à pratiquer leur test sérologique VIH. Quant à l'idée d'installer des points de vente de condoms dans les établissements scolaires, elle a obtenu des réponses mitigées. Certains sont favorables (57,0%) d'autres par contre, s'y opposent (43 %), craignant que cela puisse entraîner la dépravation sexuelle au sein des établissements.

#### iii) **Les déterminants comportementaux**

Parmi les principaux déterminants de l'épidémie du SIDA au sein du secteur éducatif, ceux liés aux comportements sont les plus visibles.

*"Un bon jeune qui n'a pas au moins deux copines n'est pas un vrai gars. Ce sont les filles qui le disent".*

Elève, Ouagadougou

Le secteur de l'éducation est un environnement vulnérable à la propagation de la maladie car la population scolarisée entretient des comportements à risque (4,3 %). Parmi les déterminants comportementaux au sein du secteur éducatif, les études mentionnent entre autres : la démission des parents d'élèves, l'insuffisance de l'utilisation des préservatifs et la contamination volontaire.

Dans le contexte de l'épidémie du VIH-SIDA, on peut considérer la démission

#### ENCADRE 6.2

##### **Eradiquer le VIH-SIDA- Save the Children Pays-Bas**

- Susciter la réflexion sur des aspects sensibles du VIH-SIDA et IST en vue de renforcer l'engagement des animateurs dans la lutte contre l'épidémie.

- Harmoniser les connaissances sur la démarche d'animation des forums Informer les animateurs sur les mécanismes de financement et de suivi du plan élaboré, sont les objectifs de l'atelier préparatoire des forums de sensibilisation et de planification des activités de lutte contre le VIH-SIDA/IST des services partenaires et des groupes sociaux spécifiques, qui s'est tenu à Kaya du 22 au 24 mars 2001.

Pour le secrétaire général de la province du Sanmentenga, Sidiki Guira qui présidait cette rencontre entouré de ses collègues du Namentenga et du Bam, l'ambiance de travail a été cordiale et propice aux échanges et la participation a été assidue. L'atelier a été une occasion de contacts utiles, de meilleures connaissances sur le VIH-SIDA/IST.

Le docteur Yacouba Zina, représentant de Save the Children Pays-Bas nous a dit " Save the Children Pays-Bas est un partenaire habituel du ministère de la Santé qui intervient en appui à la politique sanitaire du Burkina dans la région du Centre Nord Kaya et dans le district sanitaire de Manga, et intervient dans la promotion des droits de l'enfant. Nous avons été interpellés dans le cadre de la lutte contre le sida au Burkina, qui est un problème de santé publique, de développement et affecte les droits des enfants, des femmes, des jeunes. Ces raisons ont motivé Save the Children pour intensifier et contribuer à la lutte contre le VIH-SIDA et les IST. Voilà pourquoi nous sommes par exemple à Kaya, pour échafauder des actions multisectorielles, à mettre en œuvre des actions dans la région de Kaya pour

contrer cette pandémie. Nous sommes à la phase de mise en œuvre du programme. Il est prévu que les personnes victimes ou les personnes affectées par le VIH, puissent bénéficier d'un soutien "

Nous avons les veuves, les orphelins, tous ceux qui d'une façon ou d'une autre sont affectés par la maladie. Avec le programme d'appui que nous mettons en œuvre, avec le concours financier de l'ambassade royale des Pays-Bas, nous apporterons un appui au plan national multisectoriel, élaboré par le gouvernement du Burkina. Le plan permet à chacun des secteurs d'activités existants, de jouer son rôle, de voir ce qu'il peut faire pour lutter contre le VIH-SIDA. Nous travaillons avec les différents secteurs, afin que chacun puisse planifier certaines actions, qui seront mises en œuvre pour lutter contre le Sida dans le secteur au sein duquel il évolue. En plus de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, de la défense etc. ; tous les secteurs ont un rôle à jouer pour prévenir ou prendre en charge les personnes victimes du sida. Le programme est à sa phase de démarrage et est conçu dans une optique de durabilité, la plus longue possible. Ce secteur renforce les secteurs dans leur dynamique et crée des capacités au niveau des structures existantes. Il n'y aura pas de structures nouvelles quand le programme prendra fin. La durée du programme est de trois ans avec une prolongation de cinq ans, en fonction des résultats. Nous pensons que chaque secteur après les cinq ans, engagera lui-même la lutte contre le sida, ce qui est plus important, car aujourd'hui, la capacité des secteurs est insuffisante pour lutter contre le sida. Quand tout le monde aura des capacités organisationnelles, technologiques, d'informations, pour mener la lutte, le programme d'appui que nous avons initié deviendra caduc. Il est prévu pour la première phase environ un milliard de nos francs.

Source : Sidwaya N°4238 du Lundi 9 Avril 2001

des parents d'élèves comme un comportement ayant un impact négatif sur les élèves. En effet, influencés culturellement par une éducation dans laquelle la sexualité était considérée comme un tabou, bon nombre de parents d'élèves occultent les débats qui tournent autour du sexe avec les jeunes en général et leurs propres enfants en particulier. Il s'ensuit alors des frustrations profondes ou des attitudes de replis sur soi chez la majorité des jeunes. L'éducation sexuelle de cette population cible n'est donc le plus souvent assurée que par l'école, la rue et les médias. Celle-ci demeure toutefois, une formation incomplète et quelquefois inappropriée en ce qu'elle n'est pas précédée de l'éducation sexuelle longtemps attendue auprès des parents.

Le jugement des élèves sur les préservatifs est satisfaisant car beaucoup estiment que les condoms sont le meilleur moyen de se préserver des IST et du SIDA. Sur 864 élèves d'établissements scolaires interrogés par rapport à l'utilisation des condoms lors de l'enquête EDS de 1998-1999, 70,4 % ont déclaré les utiliser systématiquement pendant des relations sexuelles. Pour autant, des limites persistent encore quant aux attitudes et pratiques des jeunes scolarisés et non scolarisés vis-à-vis du VIH-SIDA. En effet, les filles demeurent encore vulnérables du fait qu'elles ne peuvent guère négocier le port du préservatif avec leurs partenaires d'une part, et d'autre part constituent souvent la cible d'hommes plus âgés.

Selon certains jeunes, le condom diminue le plaisir sexuel et évoque l'idée de l'infidélité et de la prostitution. En effet, une jeune fille qui en possède est souvent considérée à tort comme une prostituée et les garçons qui en proposent comme des personnes n'ayant pas confiance en leurs partenaires.

La contamination volontaire traduit le comportement négatif de certains jeunes atteints de la maladie. Elle exprime le refus de ces derniers de mourir seuls et leur pire vœux est de contaminer le maximum de leurs partenaires sexuels.

#### **iv) Les déterminants organisationnels**

Ces déterminants sont des facteurs institutionnels, administratifs, ou légaux, facilitant l'apparition, le maintien ou l'évolution des comportements des

jeunes au sein des structures scolaires ou en dehors. On incrimine généralement dans le milieu éducatif : la mixité des classes, l'éloignement des conjoints enseignants, le manque de structures de conseil et de dépistage des IST et du VIH.

En effet, la promiscuité des jeunes de sexe différent dans les établissements engendre éventuellement l'attirance physique. Ceci favorise des pratiques sexuelles précoces dans ce groupe cible pouvant entraîner conséquemment l'exposition au VIH et aux IST de même que des grossesses indésirées chez les jeunes filles.

Quant à l'éloignement des conjoints enseignants, il est connu que les enseignants qui sont amenés à exercer leur profession loin de leur conjoint ont souvent recours à des partenaires sexuels occasionnels ou permanents. Ce comportement fait courir un risque potentiel aux couples enseignants.

En dépit de l'existence d'un programme de santé scolaire dans tout le pays, les structures de santé scolaire et notamment celles du conseil/dépistage volontaire anonyme, font encore défaut. Cette situation limite le dépistage et la prise en charge précoce des cas d'IST et du SIDA dans les établissements scolaires. Il devient également impossible d'assurer la séro-surveillance de l'épidémie au sein de ce groupe dans un tel contexte.

### 6.1.3. La situation des orphelins

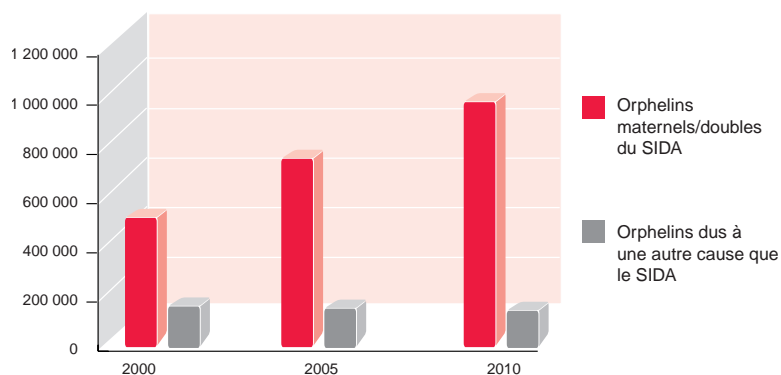
Il y a de plus en plus d'orphelins du SIDA. Selon les estimations de Williamson (2000), il y avait 200 000 orphelins du SIDA en l'an 2000 au Burkina Faso. En 2010, le nombre d'orphelins au Burkina Faso pourrait représenter 28 % de la population âgée de moins de 15 ans, dont 85% seraient orphelins du SIDA (graphique 6.4).

## 6.2. Les politiques, les stratégies et les réponses dans le secteur de l'Éducation

Cette partie du chapitre décrit le cadre institutionnel du système éducatif au Burkina Faso et le cadre organisationnel de la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur éducatif. Il met en exergue les

GRAPHIQUE 6.4

Nombre d'orphelins maternels et doubles dus au SIDA et à d'autres causes avec et sans l'épidémie de SIDA



Source : Boily M.H., Grégoire L.J et alii, PNUD, septembre 2001

stratégies et interventions développées dans ce secteur en matière de lutte contre le VIH-SIDA.

### 6.2.1. Le cadre institutionnel du système éducatif

Le système éducatif burkinabè couvre deux grands départements ministériels dont la mission est de promouvoir l'enseignement sous toutes ses formes d'une part et d'assurer la recherche scientifique et technique, d'autre part. Il s'agit :

- Du ministère des enseignements de base et de l'alphabétisation (MEBA)
- Du ministère de l'enseignement secondaire, supérieur et de la recherche scientifique (MESSRS).

Le MEBA s'occupe des plus jeunes du système formel de l'éducation. Il se compose de deux principaux niveaux : l'Éducation Préscolaire et l'Éducation Primaire.

L'Éducation Préscolaire relève de la gestion du ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et elle est subdivisée en trois sections (la petite, la moyenne, et la grande) ; elle s'intéresse également aux enfants de trois à six ans, scolarisés dans les jardins d'enfants, les garderies populaires et les écoles maternelles.

L'enseignement primaire concerne les enfants âgés de sept à douze ans et est dispensé dans les écoles à trois ou six classes et les Medersa. La fin du cycle unique du primaire, comprenant trois cours (préparatoire, élémentaire et moyen), est sanctionnée par le certificat d'études primaires (CEPE).

*" Nous avons récupéré un orphelin du SIDA (mon neveu) pour qu'il bénéficie de l'aide que nous recevons".*

Homme séropositif, Yatenga

Le MEBA est organisé conformément aux dispositions du décret n°96-351/PRES/PM/MEBA du 10 octobre 1996. Il fonctionne à l'instar de tous les ministères avec deux organes principaux : le cabinet du ministre et le secrétariat général. Le premier s'attache des compétences variées, telles que des conseillers techniques et des inspecteurs généraux des services qui relèvent directement du ministre. Le comité de mise en œuvre du plan intégré d'élimination de l'analphabétisme et celui de la mise en œuvre du suivi du plan d'action pour l'éducation des filles, sont rattachés au cabinet.

### ENCADRE 6.3

#### Formation : Un guide de message sur le VIH-SIDA à portée sous-régionale

Un atelier de développement de messages sur le VIH-SIDA se tient à l'hôtel Silmandé à Ouagadougou du 23 au 27 janvier 2001, organisé par la santé familiale et prévention du Sida (SFPS) avec l'appui financier de l'USAID et de l'Université Johns Hopkins de Baltimore (USA). L'atelier de Ouagadougou vise la conception de messages à l'attention des couches sociales les plus exposées à l'infection du VIH-SIDA (telle que la tranche d'âge comprise entre 15 à 49 ans, estimée la plus sexuellement active).

A l'ouverture de travaux, présidée par le secrétaire permanent du Comité national de lutte contre le Sida (SP/CINLS) représentant le ministre de la Santé, trois allocutions ont été prononcées.

D'abord, celle de Mme Claudia Vondrasek, directrice du Programme CC/SFPS/Bureau régional-Abidjan, qui a souligné que grâce aux enquêtes auprès des populations, l'on constate que la connaissance du VIH-SIDA est très élevée.

Malheureusement déplore-t-elle, " cette connaissance n'est pas suivie d'efforts sur le cours de l'épidémie qui continue de s'étendre ". Alors, que faire ?

Comment donc élaborer ces messages ? C'est ce qui réunit en effet les séminaristes venus d'une douzaine de pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale à Ouagadougou.

Pour l'Ambassadeur des USA au Burkina, la victoire contre le Sida ne pourra se concrétiser que par une " solide union " des acteurs, en matière de santé publique.

Et les efforts ne peuvent être couronnés de succès que si les communi-

cauteurs et les hommes de terrain travaillent ensemble, main dans la main. Il a insisté pour que les messages qui vont être élaborés ne soient pas seulement des messages d'information, mais surtout des messages devant amener les populations à changer de comportement sexuel.

Pour le SP/CNLS, représentant le ministre de la santé empêché, le Sida demeure un problème particulièrement préoccupant pour les autorités et acteurs de développement en Afrique au sud du Sahara. Cette partie du monde compte en effet de nos jours, plus de 70% des cas de personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH-SIDA), et plus de 90% des cas d'enfants, orphelins du Sida. M. Joseph Tiendrébéogo du SP/CNLS a de ce fait souligné qu'au regard de l'extension de cette pandémie dans la sous région, la tenue du présent atelier régional revêt une importance capitale. C'est pourquoi, il faut agir vite et le thème de l'atelier de Ouagadougou : " Développement d'un guide de messages sur le VIH-SIDA " est plus qu'une nécessité.

Evoquant à son tour les connaissances effectives de nos populations sur l'existence du VIH-SIDA M. Tiendrébéogo a fait remarquer que les pratiques visant à éviter la propagation de l'épidémie ne sont pas en rapport avec ce bon niveau de connaissances. Il faut donc concevoir des messages qui serviront de guides aux populations afin de les aider à changer leur comportement sexuel. Mais ces messages, rappelle le SP/CNLS, ne doivent pas être stigmatisants ou culpabilisants, envers les PV-VIH-SIDA. Au contraire " ils doivent être préventifs et porteurs d'espoir, incitant à l'adhésion volontaire des communautés ".

Source : Jean Bernard ZONGO du journal SIDWAYA n°4188 du mercredi 24 janvier 2001

Le secrétariat comprend huit (8) services centraux ou directions, douze (12) services déconcentrés extérieurs et deux (2) rattachés. Il a pour mission d'assister le ministre dans l'application de la politique gouvernementale en matière d'éducation et d'alphabétisation.

Le MESSRS est le gestionnaire central du système éducatif formel burkinabé du secondaire et du supérieur. Il concerne les élèves âgés de 13 à 19 ans pour ce qui est du secondaire et est subdivisé en fonction du type de formation reçue et en fonction du niveau d'étude. Il existe cinq cycles principaux :

- l'enseignement général qui comprend un premier cycle de 4 ans couronné par le Brevet d'études du premier cycle (BEPC) et un second cycle plus court de trois ans sanctionné par le Baccalauréat ;
- l'enseignement technique et professionnel qui couvre trois cycles. Un cycle court débouchant sur le certificat d'aptitude professionnel CAP. Un cycle moyen aboutissant au brevet de l'enseignement technique (BET) Un cycle long conduisant au baccalauréat technique de l'enseignement secondaire ou professionnel ou de technicien, 3 ans après le BEPC ou le CAP.

Quant à l'enseignement supérieur, il reçoit les jeunes admis au baccalauréat et les professionnels en activité désirant se former. Il se caractérise par la diversité des options de formations offertes.

Le MESSRS est structuré suivant le décret n°99-065/PRES/PM/MESSRS portant organisation du MESSRS du 18 mars 1999.

Outre le corps des conseillers techniques, l'inspection générale des services et des établissements d'enseignement (IGSEE), la direction de la commission de la presse et du protocole ministériel (DCPPM), le MESSRS comprend les commissions suivantes :

- un comité de réflexion pour l'éducation des filles dans les établissements d'enseignement secondaire et supérieur ;
- le conseil national des enseignements et de la recherche ;
- et le fonds national des enseignements et de la recherche.

Le secrétariat du MESSRS est chargé de la coordination administrative et tech-

nique et comprend : des services centraux, des services déconcentrés et des services rattachés.

### 6.2.2. Le cadre organisationnel de la lutte contre le VIH-SIDA

Le secteur de l'Education, jusqu'en 1999 n'avait ni un cadre institutionnel ni une structure officielle de coordination des actions de la lutte contre les IST et le VIH-SIDA. C'est pourquoi toutes les interventions relatives à ces infections relevaient des seules compétences du Ministère de la Santé.

Pendant de longues années, la création du CNLS n'a pas, en réalité, servi d'ancrage ou de relais institutionnel pour les autres départements ministériels. Cette structure a fonctionné comme une instance du ministère de la santé avec une vision et une approche très médicalisées. L'évaluation de cette structure en 1998 a confirmé ces limites. Le seul programme du secteur de l'éducation qui s'intéresse au VIH-SIDA est le programme Education en matière de population (EMP).

En effet, l'EMP est un programme national dont le but est de changer les comportements, en vue d'optimiser la qualité de vie des populations. Parmi ses objectifs spécifiques, on retient entre autres :

- l'amélioration de la qualité de vie dans les domaines de la santé, de l'habitat, et de l'environnement ;
- la promotion de la vie familiale et l'amélioration des conditions de vie de la femme, en favorisant de meilleures relations entre garçons et filles ; hommes et femmes, parents et enfants ;
- la contribution au développement social, économique et culturel par l'explication et la vulgarisation des notions relatives aux problèmes de population et de développement.

Des thèmes comme "population et développement", "sexualité, familiale et sociale", "population et environnement" ont été développés à travers les disciplines scolaires diverses.

La thématique " Education sexuelle " de l'EMP est développée à travers deux disciplines : l'économie familiale et les sciences naturelles.

En 1986, il fut créé, la direction de l'éducation en matière de population (DEMP) comme service central du

ministère de l'éducation nationale. Cette direction contribue à la vulgarisation de l'EMP partout dans le pays.

En 1987, il fut pris le Raabo N°AN IV : 244/EDUC/IPS du 24 juillet 1987 portant introduction de l'EMP dans l'enseignement formel au Burkina Faso.

En 1994, des antennes EMP ont vu le jour dans toutes les directions régionales du MESSRS avec pour mission : la sensibilisation, la formation et le suivi pédagogique des enseignants en EMP dans leur région.

En 1998, l'EMP fut généralisée par l'arrêté N°98-013, MESSRE/SG/DEMP du 16 mars 1998 dans l'enseignement secondaire.

L'EMP a bénéficié dans ses activités de l'appui financier et/ou technique du PPLS et du FNUAP. Elle a fait promouvoir la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation.

L'impact positif des interventions de l'EMP s'est consolidé par la création des comités de pilotage avec deux arrêtés des deux départements ministériels

#### ENCADRE 6.4

##### Le film "Faso contre le SIDA"

Alice Desclaux, S. Rawdin, Gaston Kaboré

Faso contre le SIDA est un documentaire pédagogique d'une heure, composé de quatre parties, destiné à la formation des professionnels de santé et des acteurs sociaux et associatifs de la prise en charge du SIDA, ainsi qu' à l'information de la population (en particulier des PVVIH et de leurs familles). Son thème central est la prise en charge communautaire du VIH-SIDA.

Ce film a été conçu et réalisé avec la collaboration des associations de personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA et des autorités nationales de lutte contre le SIDA, dans le respect des recommandations émises au cours de la Table Ronde "Cinéma et VIH-SIDA" organisée par le PNUD durant le FESPACO à Ouagadougou en février 2001.

Les deux premières parties sont plus particulièrement destinées aux personnes qui apprennent leur séropositivité et à leurs familles, les deux dernières aux agents de santé et membres associatifs engagés dans

la prévention ou la prise en charge du VIH. Le synopsis du film correspond aux objectifs spécifiques de formation des professionnels et d'information de la population.

Les thèmes traités sont :

1. Vivre ensemble malgré le virus ;
2. Pour la prise en charge familiale ;
3. Pour l'accès à une prise en charge globale ;
4. Prévenir la transmission mère-enfant.

Ce documentaire est basé essentiellement sur des témoignages de PvVIH, professionnels de santé et acteurs associatifs, burkinabé. Le projet comprend la production de 400 copies couvrant chacune des quatre principales langues nationales. Les principaux partenaires de lutte contre le SIDA au Burkina Faso ont manifesté leur intérêt pour un document de ce type, aucun document audiovisuel adapté à ce type n'existant actuellement dans ce domaine. Les médias nationaux, les associations et le programme ministériel de formation et information en matière de VIH-SIDA ont signé des accords pour la large diffusion de ce film.

Source : dossier des réalisateurs, avril 2001



#### ENCADRE 6.5

##### L'IEC dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA

Pendant longtemps la sensibilisation a été la principale stratégie utilisée dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso. Après plus d'une décennie de cet exercice, on n'a pas encore enregistré un impact significatif sur les comportements des gens et notamment des jeunes.

Que faut-il incriminer dans cet échec de l'IEC/SIDA : l'entêtement des gens à ne pas changer leur comportement, la mauvaise qualité des messages conçus ou celle de l'approche communicative ?

Les propos ci-dessous d'un enseignant interviewé lors d'une enquête qualitative incriminent l'inadaptation

des messages aux cibles. Son opinion sur la question est la suivante

“ Tout le monde est dépassé et cherche par tous les moyens l'éradication de ce fléau, donc on fait n'importe quoi que ça aille avec nos sociétés ou non voici par exemple un message d'une approche publicitaire de PROMACO : accepte la capote comme signe d'amour ”

“ C'est un message mal conçu et il faudra faire très attention aux moyens utilisés pour sensibiliser les enfants ”

“ La capote comme signe d'amour est moralement inacceptable et cela peut donner des résultats catastrophiques quant au sens véritable de l'amour ”

Source : BASP. Rapport final, Analyse de situation et de réponse au VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation, janvier 2001

(MESSRS et MEBA), l'arrêté N°2000-064/MESSRS/SG/DEMP du 19 juillet 2000 et l'arrêté N°2000-010/MEBA/SG/DGEB du 23 février 2000.

Les comités de pilotages peuvent être considérés comme le véritable cadre institutionnel spécifique à la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation. Ils travaillent en étroite collaboration et en concertation avec le CNLS et les ONG/Associations qui interviennent dans le milieu éducatif, ainsi qu'avec les partenaires au développement comme le FNUAP, la GTZ, Save the Children, l'UNESCO, la Banque Mondiale, les Pays-Bas et le Canada. Ils permettent au secteur de l'éducation de s'approprier, désormais, certaines des activités de lutte contre le VIH-SIDA et les IST.

#### 6.2.3. Stratégies du secteur éducatif en matière de lutte contre le VIH-SIDA

Les principales stratégies de ce premier instrument institutionnel de la lutte contre le SIDA dans le secteur de l'éducation ont été de trois ordres : la sensibilisation, le transfert de connaissances et la promotion de l'utilisation des préservatifs.

La mise en place en 2000 des comités de pilotage dans le secteur de l'éducation a donné un regain d'intérêt à la lutte contre le fléau, en réorientant et en

recentrant les stratégies d'intervention vers le renforcement de la prévention de la transmission des IST et du VIH-SIDA ; le développement des activités de prise en charge des personnes atteintes et la promotion de la coordination des actions au sein même du secteur de l'éducation.

#### 6.2.4. Les réponses du secteur de l'éducation au VIH-SIDA

##### i) Les activités de formation des enseignants

Une des stratégies de l'EMP est le transfert de connaissances aux enseignants. Cette stratégie repose sur la formation des formateurs et des enseignants sur la problématique du VIH-SIDA. La DEMP a eu pour mission la formation de 1000 enseignants du primaire et de 3000 enseignants du secondaire.

La formation dans le domaine du VIH-SIDA est d'abord assurée par le personnel de la santé et ce, en direction des professeurs de sciences naturelles. Ces derniers constituent les principaux formateurs en VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation et leur mission est d'assurer la formation de leurs pairs enseignants dans toutes les régions du pays.

##### ii) L'information, l'éducation et la communication

Les activités éducatives du secteur de l'éducation sont développées à travers la thématique "Education Sexuelle". L'IEC réalisée dans les établissements scolaires aborde les concepts généraux des IST et du VIH-SIDA, les modes de transmission et les mesures de prévention de ces infections.

L'enseignement de l'IEC en faveur de la population scolarisée a permis l'éveil de conscience de ce public cible sur la gravité des phénomènes étudiés, sur les moyens de prévention du VIH et sur les changements d'attitudes et de comportements souhaités. Cependant, il convient de noter que la pratique de l'IEC dans les écoles connaît des limites objectives<sup>10</sup>.

En effet, le contenu des messages a une charge négative du fait qu'il culpabilise presque toujours les comportements des

<sup>10</sup> MINISTERE DE LA SANTE : Analyse de situation et de la réponse en matière d'IEC et de mobilisation sociale dans la lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso – DRAFT, 1998

individus et ne s'attaque presque pas à l'impact de l'environnement sur ces comportements. De plus, ceux qui pratiquent l'IEC, ignorent que l'information est une condition nécessaire, mais, jamais suffisante pour changer les comportements. C'est pourquoi aujourd'hui de plus en plus des approches novatrices dans ce domaine privilégient la communication pour le changement de comportement (CCC).

Les sondages réalisés dans le secteur éducatif ont révélé que le thème du VIH-SIDA vient en troisième position après les IST et les grossesses indésirées. La prise de conscience de l'importance des IST et des grossesses indésirées dans le secteur de l'éducation est apparente. Cependant, l'accent devrait désormais, être mis sur le VIH-SIDA dans les futurs plans d'action.

Quant aux supports de l'IEC, ils sont généralement constitués d'affiches, de brochures, de cassettes vidéo et de boîtes à images. En résumé, il ressort que l'IEC sur le thème du VIH-SIDA demeure encore faible dans les établissements scolaires.

### iii) Les activités de marketing social des préservatifs

La promotion du préservatif est une activité très récente dans le secteur de l'éducation. En effet, le condom a été longtemps associé à la diffusion des seules méthodes contraceptives et ce n'est que très récemment qu'il constitue un sujet de causeries-débats et de démonstrations lors des séances d'IEC. Les équipes de PROMACO, le personnel de la santé et les médias sont les principaux promoteurs des condoms dans le secteur de l'éducation. Les données sur la prévention permettent de constater que les préservatifs demeurent le moyen préconisé par la majorité de la population scolarisée (83,4 % des répondants),

## 6.3. Le VIH-SIDA et les perspectives du secteur de l'éducation

L'analyse de situation et de réponse à l'infection à VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation a abouti à la conclusion que l'infection du VIH constitue un problème réel et que ses impacts actuels fragilisent et sapent les acquis significatifs enregistrés au cours d'une décennie de lutte.

Les impacts du VIH-SIDA sur le secteur de l'éducation et les solutions possibles ont été également peu étudiés et ce, malgré leur importance. En effet, l'impact du VIH-SIDA sur le secteur de l'éducation peut devenir un problème sérieux à moyen terme si un nombre élevé de professeurs sont atteints par la maladie. Il faut donc prévoir cette perte de personnel enseignant et former un nombre suffisant de nouveaux professeurs afin d'éviter une pénurie. Il faut également penser à la prise en charge matérielle, financière et psychosociale du personnel enseignant atteint de VIH-SIDA.

L'éducation des orphelins, incluant ceux du SIDA, est un aspect important à approfondir pour éviter leur marginalisation sociale, politique et économique. Il s'agit, par exemple, d'étudier les possibilités de prise en charge scolaire par le gouvernement et les organismes communautaires.

En dépit de l'élan volontariste des acteurs et partenaires du secteur éducatif, nombreuses ont été les insuffisances qui ont émaillé les actions de lutte contre l'infection à VIH dans ce secteur. En effet, on peut constater que le secteur de l'éducation conçoit et développe très peu d'activités de lutte contre le VIH-SIDA propres à lui-même. L'essentiel des réponses a été initié et développé avec le concours des structures et du personnel de la santé. A cela s'ajoute l'absence de structures et d'activités de conseil/dépistage volontaire d'une part, et d'autre part, celle de la prise en charge des cas et de la coordination sectorielle.

La lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de l'éducation cible généralement la population scolarisée. Elle devrait élargir son champ et son rayon d'action et prendre désormais, en compte le groupe des jeunes non scolarisés et même les enfants orphelins du SIDA.

En effet, les deux ministères (MEBA et MESSRS) devraient jouer un rôle de leadership en faveur des changements de comportements de toutes les cibles concernées de ces secteurs, notamment la composante des jeunes qui est la plus vulnérable et souvent victime de l'infection à VIH.

Il faut préciser que dans le processus de réorganisation de la lutte amorcée depuis 1998, le secteur de l'éducation entend

*" Les établissements scolaires sont plus proches des populations qu'ils peuvent éduquer sans les brutaliser. C'est à dire ne pas prendre des exemples frappants et traumatisants pour éduquer les gens ".*

Homme séropositif, Yatenga

consolider ses efforts autour de trois des quatre axes stratégiques définis par le cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST, 2001-2005. Il s'agit d'accompagner notamment :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission ;
- la promotion de la prise en charge globale des PVVIH ;
- la promotion de l'élargissement de la réponse du partenariat national et international et de la coordination nationale.

La première orientation stratégique mettra l'accent sur le conseil/dépistage volontaire, la formation des enseignants et la communication pour le changement de comportements.

La deuxième orientation stratégique comptera l'identification des jeunes étudiants et professionnels du milieu éducatif séropositifs et ou malades, le traitement des cas, le suivi des cas traités, le soutien social et matériel des cas nécessaires.

Le renforcement des activités des comités de pilotage et la formation des points focaux constitueront les domaines d'intervention de la troisième orientation stratégique pour le secteur de l'éducation.

Au cours de l'année 2001, les principales interventions de lutte contre le VIH-SIDA prévues dans le secteur de l'éducation ont porté sur :

- la restitution des résultats de l'analyse de situation et de réponse du VIH-SIDA dans ce secteur ;
- la formation des points focaux ;
- l'élaboration des plans d'action 2001-2005 ;
- l'appui à la mise en œuvre des plans et au fonctionnement des comités sectoriels de lutte contre le SIDA.

L'évaluation de la mise œuvre du plan d'action 2001 et la préparation du plan 2002 du secteur éducation devraient permettre de consolider les activités de lutte contre les IST et le SIDA en ce domaine.



# LA SANTE ET LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

## INTRODUCTION

**L**e Burkina Faso connaît, à l'instar de la plupart des pays en développement, une situation sanitaire préoccupante eu égard au budget relativement limité consacré à ce secteur. Cette précarité de la situation sanitaire est aujourd'hui exacerbée par l'ampleur de l'épidémie du VIH-SIDA créant au niveau des groupes vulnérables, des situations dramatiques.

Selon les statistiques du ministère de la santé, le VIH-SIDA aurait infecté jusqu'en 1997, environs 620 000 personnes et occasionné 150 000 orphelins. Les répercussions d'un tel fléau aussi bien sur le plan humain, économique que sanitaire et politique sont désastreuses et font payer un lourd tribut au système de santé essoufflé par un budget précaire et des charges excessives.

Le terme "secteur de la santé" désigne ici un système global incluant tous les recours en soins par la population du pays. Il englobe de ce fait, outre les secteurs publics et privés de soins, un troisième secteur, celui de la pharmacopée traditionnelle auquel l'immense majorité de la population a recours.

Pour mieux apprécier la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de la santé, les réflexions seront organisées autour de trois grands axes que sont :

- le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de la santé ;
- les politiques, stratégies et réponses du secteur de la santé ;

- les enjeux de la lutte contre le VIH-SIDA et les perspectives du secteur de la santé.

### 7.1. Le diagnostic de la situation du VIH-SIDA dans le secteur de la santé

#### 7.1.1. Les impacts du VIH-SIDA sur le système de santé

L'infection du VIH-SIDA a durement éprouvé les systèmes de santé africains qui étaient déjà déficients. Le système de santé Burkinabè n'en est pas moins épargné, car la séro-prévalence estimée à 7,17 % dans la population semble loin d'être stabilisée, malgré les efforts de lutte contre la maladie consentis par les acteurs nationaux et les partenaires au développement depuis 1987.

L'appréciation des répercussions du VIH-SIDA dans le système de santé porte sur les trois principaux niveaux suivants : le personnel de santé, les structures de soins et les dépenses publiques.

#### i) Les conséquences sur le personnel de santé

Malgré une bibliographie assez étoffée sur le VIH-SIDA au Burkina Faso, on relève l'absence d'études spécifiques d'impact de morbidité et/ou mortalité liées au VIH dans les milieux professionnels y compris celui du secteur de la santé. Certains arguments plaident cependant en faveur d'une menace réelle du VIH dans ce secteur d'activité. En effet, outre le contexte de séroprévalence

élevée dans la population générale qui majore le risque, les professionnels de santé ne sont pas suffisamment protégés dans leur milieu de travail vis-à-vis du VIH-SIDA. Les programmes de réduction du risque professionnel du VIH souffrent d'un manque de moyens et d'organisation. A cette situation se greffe l'absence d'un traitement d'urgence aux anti-rétroviraux en cas de forte exposition professionnelle, transformant ainsi les professionnels de santé en groupe vulnérable vis-à-vis de cette maladie.

Cette menace concerne tous les professionnels de santé, mais certains services et certains agents sont particulièrement menacés : il s'agit des services de pneumo-phtisiologie, de gastro-entérologie et de médecine interne qui hospitalisent l'immense majorité des malades du SIDA. Les agents les plus exposés sont surtout les sages femmes, le personnel infirmier et les chirurgiens qui posent chaque jour des actes qui les exposent au contact du sang de leurs patients.

Ces contaminations professionnelles représentent des pertes énormes de personnels qualifiés dans un secteur caractérisé par une insuffisance chronique de ressources humaines. On estime par exemple qu'il faut entre 20 et 25 ans pour former un médecin spécialiste expérimenté.

## **ii) Les conséquences sur les structures de soins**

La morbidité liée au SIDA entraîne un accroissement sensible de la demande globale de soins. Cette situation se traduit concrètement par un débordement des services hospitaliers et de certains services spécialisés dont les lits sont occupés dans leur majorité par les malades du SIDA (55 % environ en 1999). Etant donnée le caractère chronique de cette maladie et ses exigences en matière de soins, la durée d'hospitalisation est plus longue et prolongeant ainsi l'occupation des lits au détriment des malades des autres pathologies qui ne peuvent être hospitalisés faute de place. Dans cette logique, les autres pathologies sont prises en charge beaucoup plus tardivement, ce qui pourrait accroître leur mortalité.

Cette situation risque de continuer de s'aggraver au regard de l'évolution galo-

pante de la séroprévalence au sein des malades hospitalisés dans les structures publiques. Cette séroprévalence était déjà très préoccupante dans les années 1990 : 19 % parmi les malades hospitalisés à Ouagadougou en 1987, 34,9% à Tenkodogo en 1989, 22,7 % à Bobo-Dioulasso en 1990 et 9,1 % à Gaoua en 1991. Elle atteint largement aujourd'hui 50% dans les services spécialisés de gastro-entérologie, médecine interne et pneumo-phtisiologie de nos centres hospitaliers nationaux. Les services pédiatriques ne sont pas épargnés par l'impact du VIH-SIDA : déjà en 1991, 3,3 % des enfants de 0-36 mois hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso étaient atteints de VIH-SIDA. Cette séroprévalence était de 14 % parmi les enfants admis pour malnutrition en 1991 et a plus que doublé pour atteindre en 1997, 29 %. Ce constat est identique dans les centres de réhabilitation et d'éducation nutritionnelles (CREN) à Ouagadougou où le VIH tend à devenir la principale cause de malnutrition<sup>1</sup>.

## **iii) Les conséquences sur les dépenses publiques**

Au Burkina Faso, la connaissance sur les relations structurelles de l'impact du VIH-SIDA et du développement socio-sanitaire demeure encore très imparfaite car aucune étude n'a été véritablement entreprise pour mesurer ni les coûts sanitaires, ni les coûts économiques, ni les coûts sociaux engendrés par l'infection du VIH. Toutefois, une étude réalisée en 1994 sous l'égide de la Banque Mondiale établissait que le coût total du VIH-SIDA était de l'ordre de 8,5 millions de dollars US alors que le taux de prévalence avoisinait 4 %. En se basant sur le taux de prévalence de 1997 estimé à 7,17 % et en actualisant les paramètres initiaux, l'impact de cette endémie représenterait, selon le PNUD (Grégoire et al), 25 millions de dollars en 1999 soit environ 17,5 milliards de francs CFA que l'Etat Burkinabè devrait supporter chaque année.

Par ailleurs, si l'on devrait considérer la prise en charge de tous les malades et leurs dépendants, les coûts imputés à l'économie du pays, aux secteurs sociaux en général et en particulier au secteur de

*" Ils peuvent éduquer et sensibiliser les populations. Aussi, ils peuvent apporter des soins pour soulager les maladies opportunistes. Pour atteindre ces objectifs, les centres de santé doivent eux-mêmes changer de comportement : revoir l'accueil qui est défaillant, maintenir la confidentialité, assurer le soutien moral qui fait défaut et lutter contre toute sorte de stigmatisation"*

Homme séropositif,  
Ouagadougou

<sup>1</sup> JF SOME, Itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les CREN de Ouagadougou, thèse de médecine, université de Ouagadougou, Juillet 1999.

la santé, pourraient être multipliés par 15 ce qui représente environ 262,5 milliards par an.

### **7.1.2 Les données épidémiologiques du VIH-SIDA dans le secteur de la santé**

Le secteur de la santé, grâce à son expertise et à ses structures de soins, semble à priori être un secteur privilégié pour identifier et prendre en charge ses propres cas de SIDA. On constate cependant qu'il n'existe guère de données épidémiologiques permettant de connaître avec précision la séoprévalence dans ce secteur.

En se référant toutefois aux arguments développés précédemment sur la vulnérabilité de ce secteur face au VIH-SIDA, il est fondé de croire que la morbidité et/ou mortalité de cette maladie a de plus en plus un impact visible sur le secteur de la santé.

Aussi, il s'avère indispensable que les activités de la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de la santé pour les périodes à venir, puissent prendre en compte cette réalité et en faire une des priorités d'intervention.

## **7.2 Les politiques, les stratégies et les réponses du secteur de la santé**

### **7.2.1 Le cadre institutionnel et organisationnel du système de soins**

Le système de santé Burkinabé comprend trois types de structures : les structures sanitaires publiques sous la responsabilité directe du ministère de la santé, celles du secteur privé (cabinets, cliniques et polycliniques et laboratoires privés) en pleine expansion dans les centres urbains et enfin celles de la médecine traditionnelle non encore bien structurées.

Sur le plan administratif, le secteur public de soins comprend trois niveaux hiérarchiques :

- le niveau central organisé autour du ministre de la santé et de son secrétaire général ;
- le niveau intermédiaire centré sur les directions régionales de la santé dont la mission est de mettre en application la

- politique sanitaire nationale dans les différentes régions du pays ;
- le niveau périphérique ou niveau opérationnel centré sur les districts sanitaires.

Cette organisation répond à une logique de décentralisation des soins et entretient des relations dynamiques entre les différentes structures sanitaires au niveau de soins variables.

Les autres secteurs de la santé (privé et traditionnel) ne répondent pas à cette logique hiérarchiques même si une collaboration peut exister entre deux structures différentes.

Au plan fonctionnel, les soins sont organisés en fonction du plateau technique disponible au niveau de chaque structure. Les soins organisés dans les CSPS correspondent aux compétences d'agents infirmiers. Au niveau des Centres Médicaux (CM) et Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA), le renforcement de l'équipe infirmier par une équipe médicale permet de diversifier les soins et d'améliorer leur qualité. Enfin, au niveau des CHR et CHN, des équipes spécialisées et des équipements spécifiques offrent des soins spécialisés aux populations.

Dans les centres urbains où le secteur privé de soins est en plein essor, l'offre de soins est plus importante et variée malgré un double emploi des agents de santé du public qui interviennent aussi dans le privé.

Le secteur de la médecine traditionnelle demeure un secteur essentiellement informel malgré les efforts de restructuration et de réglementation entrepris par le ministère de la santé. En dépit du manque de formation des acteurs exerçant dans ce secteur, celui-ci constitue un recours de soins pour l'immense majorité des malades, y compris ceux du SIDA. Cette situation est liée à un contexte culturel favorable aux méthodes de soins utilisés dans ce secteur et traduit également en partie l'inaccessibilité de la population à des soins modernes de bonne qualité. L'important recours de la population à la médecine traditionnelle doit inviter les autorités publiques à une plus grande implication dans l'organisation et la restructuration de cette médecine afin de mieux la sécuriser et de préserver la santé de la population.

*" On observe au sein du personnel médical, des attitudes discriminatoires visant à marginaliser le patient ".*

Malade du SIDA, Ouagadougou

### **7.2.2 Le rôle institutionnel du secteur public dans la lutte contre le VIH-SIDA**

Au début de l'épidémie du VIH-SIDA, le ministère de la santé, fort de ses attributs traditionnels, s'est logiquement approprié la responsabilité du suivi de cette maladie en mettant en place ses mécanismes traditionnels de lutte contre les épidémies.

Cependant, les implications complexes de cette maladie vis-à-vis des autres secteurs d'activité et son impact direct sur le développement socio-économique des communautés ont été perçus assez tardivement au Burkina Faso ; le monde médical ayant confisqué le pilotage stratégique des actions de lutte contre le SIDA. Ce n'est qu'à partir de 1997-1998 et face à la généralisation de l'épidémie que s'impose la nécessité d'une approche multisectorielle et coordonnée de la lutte contre cette maladie en accordant toutefois un rôle central et essentiel au ministère de la santé dont le leadership en la matière est évident.

Le développement qui va suivre vise à préciser les rôles joués par le ministère de la santé en tant qu'acteur important dans la lutte contre le VIH-SIDA, essentiellement dans le leadership institutionnel, l'appui technique et le plaidoyer.

#### **7.2.2.1 Le rôle de leader institutionnel**

Le ministère de la santé a été la tutelle technique de la mise en œuvre de la politique et des actions entreprises par le gouvernement du Burkina dans la lutte contre le VIH-SIDA. En effet, la structure de coordination nationale de la lutte contre le VIH-SIDA (CNLS) a été, depuis sa création, placée sous la tutelle administrative et technique du ministère de la santé. Cette situation, bien que logique, a sans doute limité l'efficacité du CNLS.

Les dernières décisions adoptées par le gouvernement rattachant le CNLS à la Présidence du Faso, conservent cette implication légitime du ministère de la santé dans la stratégie de lutte contre le SIDA, tout en valorisant la multisectorialité et les enjeux de coordination.

Cette implication institutionnelle du ministère de la santé s'étend jusqu'au niveau décentralisé où les comités pro-

vinciaux de lutte contre le SIDA dépendent des directions régionales de la santé.

D'autres structures du ministère de la santé renforcent également le leadership institutionnel de ce ministère dans la lutte contre le SIDA. Les laboratoires et les banques de sang des hôpitaux et plus récemment le Centre de Traitement ambulatoire (CTA) sont des structures de recours pour le diagnostic et /ou la prise en charge des malades du SIDA.

#### **7.2.2.2 Le rôle d'appui technique**

Le ministère de la santé dispose apparemment des compétences techniques nécessaires pour évaluer, analyser et trouver des solutions techniques à toutes les implications sanitaires du VIH-SIDA. Il a souvent répondu aux sollicitations d'assistance technique des autres acteurs non médicaux engagés dans la lutte contre le VIH-SIDA aussi bien dans les activités de conseil/dépistage, de prévention que de prise en charge.

L'organisation de rencontres internationales (déjà tenues ou à venir comme la CISMA) sur le SIDA au Burkina, grâce à l'apport technique de ce ministère, vient confirmer ses compétences techniques sur les questions essentielles soulevées par le VIH-SIDA.

#### **7.2.2.3 Le rôle de plaidoyer**

Le rôle de plaidoyer découle naturellement des autres rôles joués par le ministère de la santé dans la lutte contre le VIH-SIDA. En effet, ce ministère de par sa position, devient un témoin privilégié de ce drame et se fait donc l'obligation de sensibiliser les autres acteurs sur l'ampleur de la situation ainsi que l'importance des moyens à mobiliser pour combattre le VIH-SIDA. C'est dans ce cadre que l'on pourrait situer le plaidoyer que ce ministère exerce en direction des décideurs politiques, des leaders d'opinion ainsi que vis à vis des autres ministères.

La mobilisation des ressources financières a été initiée en collaboration avec le ministère des finances et avec l'appui de certains bailleurs de fonds. La volonté du gouvernement et les actions de plaidoyer de ce ministère ont créé une synergie salvatrice pour que voient le jour des instruments désormais incontournables dans la lutte contre le SIDA que sont : le

PPLS, le projet PROMACO et la CAMEG.

Aujourd'hui, le ministère de la santé et le Conseil National (CNLS) exercent ce plaidoyer de mobilisation de ressources pour le financement du programme national multisectoriel de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005.

### 7.2.3. Les stratégies de la lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de la santé

Il est utile de préciser que l'essentiel de cette partie du chapitre sera consacré au secteur public des soins, car, pour l'heure, au Burkina Faso, le secteur privé des soins et le secteur de la médecine traditionnelle n'ont ni de politique ni de stratégies propres à eux. Si elles existent, elles ne sont pas encore conventionnelles car, les politiques et les stratégies de ces secteurs doivent s'aligner simplement sur celles du secteur public de soins.

Cependant, quelques dissemblances sont connues surtout dans les interventions opérationnelles, les procédures et schémas thérapeutiques et notamment ceux de la médecine traditionnelle.

Le Burkina Faso a une politique sanitaire dont les dispositions assurent la prise en compte des questions liées aux IST et aux VIH-SIDA. Il a également ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux se rapportant aux droits de la personne. Ces textes fondamentaux protègent les droits des citoyens en général et interdisent la discrimination de groupes spécifiques atteints de l'infection du VIH-SIDA.

Le principal objectif de la politique sanitaire nationale (PSN) en matière de VIH-SIDA est de réduire le propagation de cette infection au sein de la population et particulièrement chez les groupes vulnérables<sup>2</sup>. Le ministère de la santé engagé dans la lutte contre la pandémie du SIDA en a fait une priorité.

Les principes directeurs de la politique du secteur santé dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA sont l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Ce sont ces mêmes principes qui ont prévalu pour les stratégies des soins de santé primaire.

<sup>3</sup> Ministère de la santé . Document de politique sanitaire nationale – septembre 2000

Au regard de l'ampleur de la gravité de l'infection à VIH et de sa progression, le gouvernement a défini un cadre stratégique 2001-2005 qui permet de définir clairement les priorités en matière de lutte contre le VIH-SIDA à travers les axes stratégiques suivants :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission ;
- le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA ;
- la promotion d'un partenariat national, international et de la coordination multisectorielle.

Ce plan d'urgence permet au ministère de la santé de réorienter ses interventions dans la lutte contre le SIDA en alliant à la fois prévention et prise en charge.

Il faut souligné que par le passé, le ministère de la santé n'avait pas suffisamment impliqué ses propres structures dans la mise en œuvre de ses stratégies de lutte contre le VIH-SIDA :

**Au niveau central** par exemple, les hôpitaux nationaux et les directions centrales telles que la Direction de la Méde-

#### ENCADRE 7.1

##### SIDA

##### Partants pour le test de dépistage

La série de conférence initiée par l'Association du Centre d'information, de conseil et de documentation sur le SIDA et la tuberculose se poursuit. C'est ainsi que le 2 mai dernier, monsieur Eric Fleutelot (Association Sidaction France) a exposé sur " le dépistage volontaire et anonyme dans les pays en développement " ; avant de faire la place au docteur Guy Aurégan qui pour sa part a parlé du cas du Burkina pour ce qui est du thème sus-cité. C'était dans la salle de conférences de l'immeuble des Programmes des Nations Unies de Ouagadougou.

Parlant de tests que l'on pouvait effectuer pour savoir si on était séropositif ou non, il a cité : les tests classique (test Elisa, test Western Blot) ; les tests express sans recours à un laboratoire ; les tests rapides sanguins ou salivaires.

Le conférencier a soutenu que le dépistage devait permettre d'abolir la frontière entre la prévention et la prise en charge d'une part, et d'autre part, il ne peut s'inscrire que dans

une stratégie globale de lutte contre le Sida. Quant au docteur Guy Aurégan ui s'est plutôt penché sur le cas du Burkina pour ce qui était du dépistage volontaire et anonyme, on aura retenu qu' au niveau du Centre, conseil dépistage volontaire et anonyme (CDVA), l'objectif principal était d'éduquer les séronégatifs détectés afin qu'ils restent séronégatifs.

Le docteur Guy Aurégan a aussi constaté que la demande de test est très forte et est allée crescendo car en 1994-1995, il y en avait 500, de 1996 à 1999 on en dénombrait 2000 et en l'an 2000 ce sont près de 3 000 dont 1 500 en une semaine qui ont été enregistrées.

Seulement l'offre est réduite et même s'il fallait effectuer 500 tests par semaine, il faudrait 50 ans pour effectuer des examens pour la totalité de la population de la ville de Ouagadougou.

Les conférenciers se voulaient convainçants, mais combien sont-ils ceux qui sont partants pour le test de dépistage volontaire et anonyme ?

Source : Pierre Tapsoba du journal du Soir, 3 mai 2001



cine préventive (DMP), la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), celle de la santé de la famille (DSF) et des services pharmaceutiques (DSPH), n'avaient reçu aucun mandat pour donner effet à la politique sanitaire en matière de VIH-SIDA. Aussi, les actions de lutte contre le SIDA initiées par ces directions souffraient d'un manque de coordination et de concertation. D'autre part, les structures de production, d'achat de médicaments, de formation et d'intervention telles que le Laboratoire des Médicament du Faso (MEDIFA), la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG), l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), le Centre National de l'Education pour la Santé (CNESA), le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRESA), le Centre National de Lutte Anti-Tuberculeuse (CNLAT), l'Office de Santé des Travailleurs (OST) etc.. n'ont pas pu jouer un rôle important dans la lutte contre le VIH-SIDA, faute de directives claires.

*Au niveau régional*, ce fut le même constat. Aucune politique de prise en charge médicale n'ayant existée, les formations sanitaires telles que les hôpitaux régionaux, les centres médicaux, les CSPS, n'ont pas disposé de stratégies pertinentes pour mettre en œuvre ce type d'intervention. Les réponses initiées et développées ça et là étaient ponctuelles et relevaient des schémas classiques et traditionnels de prise en charge des malades en général mais pas des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) en particulier.

#### **7.2.4 Les réponses spécifiques du secteur public de soins au VIH-SIDA**

Il est sans conteste que le ministère de la santé à joué un rôle de premier plan dans la lutte contre le SIDA depuis le début de l'épidémie en 1986. Cependant, il est difficile d'identifier des réponses spécifiques exclusivement mises en œuvre par ce ministère dans la mesure où beaucoup d'interventions comportent des acteurs ne relevant pas directement de la santé. Les actions spécifiques décrites ici seront celles mises en œuvre sous l'initiative et le contrôle technique du ministère.

##### **7.2.4.1. Les réponses pour la prévention de la transmission du VIH-SIDA**

Les efforts consentis jusqu'à ce jour par les services de santé et les autres secteurs socioprofessionnels n'ont pas encore eu raison de l'épidémie du VIH-SIDA. Celle-ci continue inexorablement sa progression, occasionnant chaque jour l'augmentation du nombre de personnes infectées. Devant l'absence d'un vaccin et l'inaccessibilité financière des antiretroviraux pour la majorité des malades, le renforcement des mesures de prévention restait la seule alternative viable que le Ministère de la Santé a pu préconiser aux individus et aux communautés pour lutter contre la pandémie.

A ce niveau, la riposte du secteur de la santé depuis le début de l'épidémie à VIH a porté essentiellement sur les interventions suivantes :

- la promotion des comportements à faible risque ;
- la promotion de la sécurité transfusionnelle ;
- le transfert de connaissances ;
- la promotion de la santé de la reproduction ;
- la promotion des préservatifs.

##### **i) La promotion des comportements à faible risque**

La promotion des comportements à faible risque a été la stratégie préventive la plus utilisée dans le secteur de la santé et ce, dès les années 1987. Cette stratégie comportait principalement les activités de sensibilisation des populations en général et des groupes spécifiques en particulier.

En effet, l'essentiel des activités de sensibilisation se résumait par l'organisation des campagnes d'information de masse sur le VIH-SIDA à travers une série d'interventions promotionnelles telles que :

- les séminaires d'information aux leaders et aux intervenants ;
- les émissions radio diffusées sur le thème VIH-SIDA ;
- les émissions de spots publicitaires ;
- les chansons populaires ;
- les théâtres forums ;
- les projections de films éducatifs ;
- les causeries débats organisés lors des manifestations socioculturelles en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA à travers notamment les journées mon-

diales du SIDA, les prix concours SIDA avec les jeunes, les coupes de football.

Ces activités d'information et de conscientisation ont été principalement mises en œuvre par des structures propres au secteur de la santé telles que le CNESA, les CRESA, les CMA, les CM, les CSPS et les structures du secteur sanitaire privé.

Il convient de préciser que les activités d'IEC-VIH-SIDA ont bénéficié d'un appui matériel et financier de la part du PPLS, des partenaires bilatéraux, multilatéraux et de certaines ONG internationales comme Plan

International, Population Council, etc.

Malgré la bonne volonté de ces intervenants, les résultats obtenus des interventions éducatives relatives au VIH-SIDA n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes. En effet, les approches éducatives utilisées dans le cadre de la lutte n'ont pas varié et se sont avérées inefficaces pour susciter des changements réels attendus chez les populations ou les groupes sensibilisés. Les messages conçus sont routiniers et lassants et n'offrent pas de motivations au changement. C'est pourquoi, en dépit, de ces efforts, l'épidémie du VIH continue de se propager.

## ENCADRE 7.2

### THERAPIE : ENSEMBLE CONTRE LE SIDA

Depuis 1999 la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) s'est engagée à mettre à la disposition des personnes vivant avec le VIH/Sida des " Antiretroviraux ".

Comment les acquérir ? Combien coûtent-ils ? ... Le Directeur Général de cette centrale Monsieur Lazare Bansé (LB) a accepté de fournir à l'intention de nos lecteurs les précisions à même de mieux faire comprendre le problème.

**Sidwaya (s) :** où peut-on s'adresser pour avoir accès aux médicaments ?

**Lazare Bansé (L.B.) :** nous avons voulu d'abord dans un premier temps assurer la disponibilité parce que nous avons constaté en avril 1999 que les malades du Sida qui ne trouvaient pas les médicaments sur place, étaient obligés pour ceux qui avaient les moyens d'aller soit en France ou à Abidjan pour les soins. Nous avons estimé au niveau de la CAMEG, en accord avec le ministère de la Santé, qu'il était possible d'avoir des médicaments et d'assurer la disponibilité. En ce sens, la CAMEG s'est mise en rapport avec les firmes qui produisent ces médicaments-là. Il faut souligner que ce sont des produits qui ne sont pas génériques. Ce sont des produits de spécialité puisqu'ils ont été mis sur le marché récemment, je dirais même des produits " derniers cris de la médecine ".

Nous avons donc négocié avec des firmes connues : Glaxo-Wellcome ; Bristol ; MSD ; ROCHE et nous avons eu des prix qui sont nettement en dessous des prix qui sont pratiqués sur le marché international de l'ordre de 30 à 40%.

**S. :** Comment accède-t-on aux produits ?

**L.B. :** Compte tenu du fait que ce sont des produits très délicats, nous avons estimé que nous pouvions les vendre directement au niveau de la CAMEG pour éviter qu'il y ait de la spéculation. Vu que la maladie existe, et qu'elle est devenue un problème de santé publique comme le palu, nous avons estimé que nous avions un effort à faire. Et cet effort-là, c'est d'importer ces produits, et les vendre à prix coûtant.

Il y a un certain nombre de médecins notamment dans les centres de soins comme Yalgado, l'hôpital Sanou Sourou, la clinique Notre Dame de la paix, l'infirmerie du camp de l'Unité qui prescrivent ces médicaments. Soit ces prescripteurs viennent chercher les médicaments pour les malades, soit les malades eux-mêmes viennent acheter directement à la CAMEG au prix coûtant. C'est-à-dire sans marge bénéficiaire.

**S. :** combien coûte un traitement ?

**L.B. :** Une trithérapie par exemple au Burkina va coûter autour de 310 000 à 320 000 F CFA ; en France, elle coûtera facilement 600 000 F CFA.

Le coût moyen de la bithérapie aujourd'hui remonte à 110 000 F CFA minimum, pour un traitement mensuel.

**S. :** Le malade a-t-il le choix suivant ces moyens de prendre la bithérapie ou la trithérapie ?

**L.B. :** C'est au prescripteur de préciser. Au Burkina il y a eu un atelier de consensus qui a défini un protocole de thérapeutique c'est-à-dire qui décrit le schéma qui doit être suivi par un prescripteur pour la prise en charge du malade.

Dans tous les cas, c'est le médecin traitant qui est seul habilité à faire le choix compte tenu de l'état du malade. Il faut dire que quand nous regardons dans nos registre, il y a plus de traitement bithérapie que trithérapie, simplement parce que c'est cher. Même si ça coûte encore moins cher qu'en Europe, 300 000 F, c'est le salaire d'un super cadre au Burkina. Actuellement en terme de chiffre, nous avons 130 malades qui sont sous le régime de la bithérapie, 19 sous le régime de la trithérapie.

**S. :** Voulez-vous dire que les médicaments ne sont pas subventionnés ?

**L.B. :** - C'est un effort de la CAMEG.

Il n'y a pas de subvention, l'Etat n'est pas intervenu. Nous l'avons fait sur fonds propre après négociation avec les firmes puisque comme je l'ai dit, nous les vendons à prix coûtant. Si nous les achetons à 100 F CFA, on les revend 100 F CFA pour pouvoir nous réapprovisionner.. Vous savez les médicaments sont tellement chers, pour l'Etat. Mais l'Etat a mis en place un fonds. C'est un processus qui est en train de se mettre en place: le Fonds de soutien aux malades vivants avec le VIH/Sida. Je crois qu'il y a un certain nombre de points à examiner : l'éligibilité du malade, qui sera soigné, à quelle proposition va-t-il être soigné (à 100%) ? Est-ce les pauvres ou les fonctionnaires ... ?

**S. :** Est ce que la CAMEG peut dire qu'il ne peut pas avoir de rupture d'antiretroviraux ?

**L.B. :** Nous faisons l'effort pour que cela n'arrive pas. Je ne dis pas que nous n'avons pas de problèmes. Au moment où nous avons fait les premières commandes, le nombre de malades s'est posé. La CAMEG a donc procédé à une augmentation dans les proportions que nous n'avions pas prévues. On a agi rapidement pour éviter les ruptures. Maintenant nous savons de façon constante le nombre de malades, ce qui fait que nous passons les commandes pour une durée assez longue afin d'éviter les problèmes de rupture. Le problème est que ce sont des produits qui coûtent chers. Si on commande de trop, ils vont se périmer, si on en commande peu, il y a rupture. Donc vous voyez un peu la gymnastique.

Interview réalisée par B.B.J. et Noël KABORE du SIDWAYA N°4204 du mercredi 15 février 2001.

## ii) La promotion de la sécurité transfusionnelle

la sécurité transfusionnelle a toujours été au cœur des préoccupations des centres de transfusion sanguine. Cette sécurité a été durement éprouvée par l'apparition du VIH-SIDA, transmissible par voie sanguine et le dépistage du VIH-SIDA dans les poches de sang collectées est devenu un enjeu majeur dans la sécurisation du sang.

La promotion de la sécurité transfusionnelle s'est traduite à travers la mise en place d'une politique nationale de transfusion sanguine.

*Au plan politique et organisationnel*, jusqu'en 1999, le Burkina Faso n'avait aucune politique nationale de transfusion sanguine, ni un centre national de transfusion sanguine. Le séminaire sur la réglementation de la transfusion sanguine au Burkina Faso qui s'est déroulé à Ouagadougou du 22 au 24 novembre 1993 a jeté les bases de la réflexion et des recommandations utiles qui ont abouti en 1999 soit 6 ans après, à la formulation et l'adoption d'un document de politique nationale de transfusion sanguine (CNTS). Sur le plan opérationnel, le programme national de transfusion sanguine repose sur un réseau national chargé de couvrir les besoins nationaux en sang humain et dérivés sanguins. Les banques de sang sont installées dans les deux CHN et les CHR des services de transfusion et existent également dans les CMA et CM.

Jusqu'à présent, il n'existe pas de centre national de transfusion sanguine et seules les deux banques de sang de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso fonctionnent de façon régulière mais indépendante.

*Au plan transfusionnel*, tous les dons de sang font l'objet de dépistage systématique de la syphilis, de l'hépatite, et du VIH dans les CHN. Dans les CM et les CHR où les collectes de sang sont occasionnelles, seul le dépistage du VIH est pratiqué grâce aux tests rapides.

Les structures de soins publiques possédant une chaîne ELISA sont au nombre de 4 au Burkina Faso. Il s'agit du CHN de Ouagadougou, du CHN de Bobo-Dioulasso, du CHR de Koudougou et du CHR de Gaoua.

En dépit des efforts louables du ministère de la santé pour la promotion de la sécurité transfusionnelle, quelques limites persistent encore et devront être résolues. Il s'agit :

- de l'inexistence encore d'un centre national de transfusion sanguine ;
- du manque de coordination entre les différentes banques ;
- de l'insuffisance du personnel de laboratoire et des équipements ;
- du manque de formation continue des personnels laborantins ;
- de l'insuffisance de la sensibilisation au don de sang.

## iii) Le transfert de compétences

*- La formation du personnel de la santé*

La plupart des agents de santé ont besoin d'approfondir leurs connaissances sur le VIH-SIDA car cette pathologie relativement nouvelle, n'a pas été suffisamment abordée au cours de la formation de base de ces agents. Pire, bien après l'apparition du VIH-SIDA, il n'y a pas eu véritablement une adaptation des programmes de formation dans les centres comme l'ENSP et la FSS prenant suffisamment en compte la problématique du VIH. Malgré les séminaires et ateliers de formation sur des aspects précis du VIH (prévention, dépistage et prise en charge) organisés à l'intention des agents de santé, il est impératif de poursuivre les efforts dans ce sens afin de mieux impliquer ces agents dans la lutte contre cette maladie.

*- La formation du personnel non santé*

Jusqu'à présent, le ministère de la santé, grâce à son personnel technique, continue d'appuyer les autres secteurs ministériels et communautaires dans la formation en IEC du VIH-SIDA. Des supports éducatifs tels que les boîtes à images, les affiches, les films documentaires sur le VIH etc.... ont été également élaborés par les services techniques de ce département à leur intention.

## iv) La santé de la reproduction et le VIH-SIDA

Le ministère de la santé a initié et développé dans le domaine de la santé de la mère, de l'enfant, des adolescents et des jeunes dans le contexte de la lutte contre le VIH-SIDA, un certain nombre d'actions non négligeables.

*" Il y a le poids de l'analphabétisme qui fait que nos populations ont du mal à comprendre les messages véhiculés. Ce n'est pas seulement dans le cas du SIDA. Cela se ressent à travers la lutte contre les autres maladies, que ce soit le paludisme, la dysenterie et autres ".*

Jeune garçon, Bobo

- les activités de la santé de la reproduction

Le concept de santé de la reproduction a évolué depuis une dizaine d'années allant des simples programmes de planning familial dans les années 1985, à des activités plus intégrées ciblant les problématiques de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Aujourd'hui, les activités entrant dans le cadre de ce concept, s'inscrivent dans un plan stratégique national 1998-2008 de la santé de la reproduction. Ce plan stratégique vise la réduction significative d'ici l'an 2008, des taux de mortalité des groupes cibles à travers des programmes de santé sexuelle, de planning familial et de la santé des enfants.

Le tableau ci-contre décrit quelques performances de ce programme.

**Tableau 7.1 : Indicateurs de performances du programme**

Indicateurs	Indicateurs prévus	Indicateurs de réalisation	Taux de réalisation en %
- Nombre de points de prestations des services PF accrues	400	300	75 %
- Nombre d'ambulances installées dans les villages	400	50	12,5 %
- Nombre de commandes de contraceptifs	3	4	133 %
- Nombre d'agents sociaux formés en IEC/PF	180	183	102 %
- Nombre d'agents de santé formés en IEC/PF	750	700	83 %
- Nombre de CRESA opérationnels	10	7	70 %
- Nombre de leaders d'opinions touchés	1500	500	33 %
- Nombre d'enseignants du secondaire formés en population	1000	1532	153 %

Source : PPLS - Rapport de revue mi-parcours, Octobre 1998

- Les activités de lutte contre le VIH-SIDA et les IST

Les activités de lutte contre le VIH-SIDA entrant dans le cadre de la santé de la reproduction concernent la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère enfant (PTME) en cours d'élaboration. Ce programme est devenu indispensable du fait des progrès techniques permettant de réduire la transmission du VIH d'une mère séropositive à son bébé. La transmission du virus du VIH à l'enfant peut se faire au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou à travers l'allaitement maternel. L'administration d'AZT ou de nevirapine à la mère et à l'enfant dans un contexte de suivi régulier de la grossesse avec dépistage volontaire du VIH, d'accouchement assisté et de contrôle de l'alimentation de l'enfant, permet une réduction très sensible de ce risque de transmission. Sous la tutelle technique du ministère de la santé et avec le soutien de partenaires financiers dont l'OMS et de l'Italie, ce programme devra passer à une phase pilote dans certains districts sanitaires de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. La sélection des sites pilotes (5 au total), la formation des acteurs directs en conseil et en prise en charge du VIH ainsi qu'une large sensibilisation du public ont déjà été entreprises par le ministère de la santé avant la mise en place du programme.

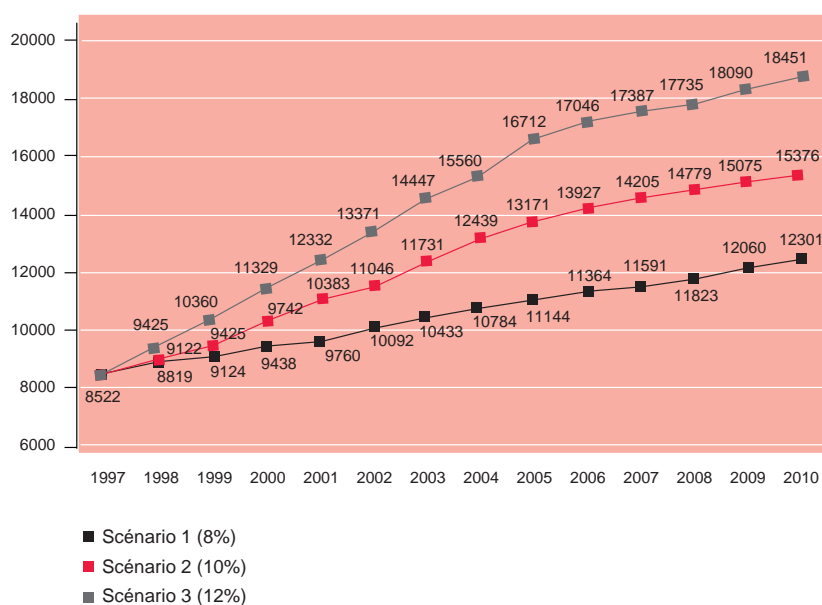
Cependant, une lenteur inconsidérée est observée dans la mise en œuvre de ce programme.

7.2.4.2. Les réponses par la promotion des préservatifs

i) Un aperçu sur le marketing social des condoms

Il est bien connu que la transmission hétérosexuelle constitue la principale voie de transmission du VIH en Afrique subsaharienne. Cette situation est sans doute liée à des pratiques sexuelles à haut risque telles que le multipartenariat et /ou la non protection des rapports sexuels.

**GRAPHIQUE 7.1**  
Nombre d'enfants nés séropositifs par an



Source : Boily M.H., Grégoire L.J et alii, PNUD, septembre 2001

### ENCADRE 7.3

#### SIDA : le vaccin n'est pas une fin !

Plus de 5,3 millions de nouvelles infections à VIH ont été déclarées dans le monde l'an passé.

Et le SIDA a provoqué 3 millions de décès. Essentiellement en Afrique ! Le SIDA, aujourd'hui, est une banalité. Plus de 70% des infections se produisent à l'occasion de rapports hétérosexuels et les seuls moyens de lutte efficace demeurent l'information et l'éducation.

Certes les nouveaux traitements ont bouleversé le pronostic. Ils deviennent aussi plus accessibles, y compris dans les pays les moins favorisés. Mais il reste encore beaucoup à faire.

La croyance populaire – parfois scientifique ... - espère en la découverte d'un vaccin comme une sorte de recette miracle pour mettre fin à la pandémie. Quelle erreur ! " Oui, un vaccin représenterait une avancée majeure. Il ne résoudrait cependant pas tout et de nombreux problèmes subsisteraient. " Selon le Pr. Adanson S. Muula, professeur à l'Université du

Malawi, l'existence des vaccins contre la poliomyélite et l'hépatite B n'ont pas permis de les éradiquer totalement !

Par ailleurs, même lorsqu'un vaccin existe, tous les malades ne se vaccinent pas pour autant ! Sans des politiques de prévention et d'éducation vigoureuses, les populations ont en effet tendance à relâcher leur vigilance.

Mais le principal obstacle réside dans la mutation du virus VIH et ses formes multirésistantes, comme pour la tuberculose. Ainsi faudrait-il veiller à la bonne administration du vaccin. La stratégie DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course appliquée à la tuberculose a rompu la chaîne de transmission du bacille, prévenant le développement de souches multirésistantes. Inégalement selon les pays hélas !

Il serait donc illusoire d'imaginer qu'un vaccin contre le VIH signifierait la fin de la pandémie. " Nous avons des traitements contre le paludisme et chaque année, plus de 3 millions de personnes en meurent " CQFD !

Devant la gravité de la situation épidémiologique, il convient de valoriser toutes les méthodes de prévention du VIH. C'est ainsi que l'utilisation du préservatif constitue une alternative précieuse pour tous ceux qui ne peuvent appliquer les autres méthodes de prévention que sont l'abstinence et la fidélité.

#### ii) L'accès aux préservatifs

En 1989 le Ministère de la Santé en collaboration avec le projet AIDSTECH de Family HEALTH International (FHI) a mis en place un projet pilote de vente de préservatifs dans les formations sanitaires de Ouagadougou et dans quelques boutiques. En 1991 soit deux ans après un autre second projet du nom de "Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO)" voyait le jour sous la tutelle de ce département avec un financement USAID.

Le secteur santé, depuis 1991, s'appuie sur ce projet pour desservir l'ensemble du territoire national en préservatifs. On estime à 95 le nombre de grossistes qui constituent le réseau de distribution des préservatifs dans le pays et à plus de 16.800 points de vente au détail.

En 14 ans soit de 1986 à 2000, le nombre de préservatifs disponibles par an est passé de 16.859 à plus de 13 millions.

#### iii) La perception des utilisateurs des préservatifs

Du point de vue perceptuel, les préservatifs sont perçus par les populations comme un moyen de protection contre les IST et le VIH ou comme un moyen de contraception. Ils évoquent pour certains diverses représentations quelques fois lugubres telles l'idée de Sida ou de la mort. Pour d'autres, c'est l'idée de restriction de liberté empêchant une pleine jouissance des partenaires qui est citée. Quelques uns pensent à une imposition de l'occident. Dans tous les cas les préservatifs occupent, aujourd'hui, chez la population sexuellement active (15-49 ans), une place de choix dans les intentions d'utilisation des méthodes contraceptives. Ils viennent en première position en milieu urbain avec (38,2%) et en troisième position en milieu rural (17,6%). Les études réalisées attestent que parmi les méthodes qui sont utilisées, les préservatifs sont les plus cités : 92,9% en milieu urbain et 72,1% en milieu rural.

Au regard des acquis de la promotion des préservatifs menée avec satisfaction au Burkina Faso on peut dire que le secteur santé a joué un rôle déterminant. On observe toutefois quelques insuffisances qu'il faudra résoudre :

- le manque de stratégies nationales cohérentes de promotion d'approvisionnement, de distribution et de gestion des préservatifs masculins et féminins ;
- l'existence des barrières socio-culturelles et psychologiques ainsi que leur impact négatif dans l'utilisation des préservatifs ;
- l'existence d'obstacles liés à la connaissance parfaite de la maladie ;
- l'inexistence d'un système de contrôle et de garantie des préservatifs utilisés dans le pays selon les normes internationales, ce que dénonce la Ligue des consommateurs et Promo-femmes.

#### 7.2.4.3. Les réponses par la surveillance épidémiologique

La réduction de la propagation du VIH-SIDA requiert une surveillance épidémiologique organisée et efficace. La politique nationale sanitaire en a fait sa deuxième stratégie dans le processus global de la lutte contre la pandémie au Burkina Faso. Aussi, le Ministère de la

Santé a initié et développé des activités de surveillance épidémiologique à travers le pays.

La surveillance de l'épidémie du VIH-SIDA et des IST constitue un axe stratégique important de la lutte contre ces maladies. Elle relève entièrement du secteur de la santé.

En effet, créé depuis 1990 par un Koèga Présidentiel, le système de surveillance épidémiologie du VIH-SIDA repose sur trois stratégies que sont <sup>3,4</sup> :

- La surveillance par réseau sentinelle
- La notification des cas de SIDA et des IST
- Les enquêtes ponctuelles

### **i) La surveillance par réseau sentinelle**

Elle consiste à la collecte périodique à travers des sites des données de séroprévalence de l'infection à VIH dans les zones sanitaires du pays affectées. Ces sites ont un ou plusieurs centres de prélèvement. Des supports de notification élaborés à cet effet sont disponibles dans chacun des centres.

Les données de la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH permettent :

- de connaître la prévalence annuelle du VIH au niveau de chaque site sentinelle retenu ;
- de connaître l'évolution des tendances de l'infection au niveau de chaque site de prélèvement ;
- d'orienter la prise de décision à partir d'informations recueillies sur ces sites en matière d'IEC et de prise en charge.

### **ii) La notification des cas de SIDA et des IST**

Elle se fait régulièrement à l'aide de supports de notification ad hoc et acheminée de la périphérie au niveau intermédiaire et central selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle selon le niveau de la structure sanitaire.

Pour ce qui est des cas d'IST, la notification se fait dans les cliniques et laboratoire des niveaux périphériques, intermédiaires et central. Des fiches - supports

aident à la réalisation de l'opération. On observe malgré tout une sous notification importante de cas VIH-SIDA et IST liée à plusieurs raisons dont notamment le fait que le personnel n'est pas sensibilisé par rapport à l'importance des statistiques, qu'il connaît des surcharges de travail, et qu'il manque de motivation etc.

### **iii) Les enquêtes ponctuelles**

Des enquêtes ponctuelles sur des cibles spécifiques sont recommandées en vue de compléter les données épidémiologiques sur les cas de Sida et des IST. Ces enquêtes sont réalisées auprès des groupes exposés au risque comme les prostituées,

#### **ENCADRE 7.4**

##### **Anti-retroviraux Les prix baissent**

Enfin, les Burkinabè vont pouvoir se traiter à moindre coût. C'est l'annonce faite par le ministre de la Santé, Pierre Tapsoba, le 9 mai 2001 à l'hôtel Silmandé, accompagné d'une équipe composée du Secrétaire Général du département de la Santé, du Secrétaire permanent du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS), du Directeur général de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) et du Pr. Bibiane Koné.

Le gouvernement du Burkina Faso à travers l'initiative d'accès aux anti-rétroviraux (ARV) a conclu un important accord avec les laboratoires de recherches pharmaceutiques Bristol-Myers Squibb, BlaxoSmithkline et Merck-Sharp & Dhome.

Selon le Ministre, les baisses consenties vont jusqu'à 96,37% par rapport au prix actuel. Ainsi, dans le cadre de la trithérapie, le traitement coûtera désormais 50 289 F CFA par mois et par patient contre 339 000 F CFA, soit une baisse de plus de 85%. Cet accord est rendu possible grâce également au partenariat de cinq agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD et UNESCO).

Le gouvernement du Burkina Faso rejoint ainsi d'autres pays africains qui ont conclu de tels accords au bénéfice de leurs malades. Du reste, un mécanisme de subvention des soins viendra appuyer cette initiative au profit d'un plus grand nombre de malade. Disponibilité et accessibilité tels semble être les maître-mots de l'initiative d'accès aux anti-rétroviraux. Dans quelques semaines, les

patients burkinabè pourraient donc acheter les médicaments à des prix réduits, renforçant ainsi le dispositif mis en place par les autorités à travers le Fonds de solidarité envers les malades du SIDA et les orphelins du SIDA, le CNLS et la CAMEG.

Le ministre de la Santé reconnaît que les prix ont subi une importante baisse, fruit de la collaboration des laboratoires qui acceptent ronger sur leurs marges bénéficiaires, mais restent élevés pour le citoyen Lamda. Mais ajoutera-t-il, c'est un grand pas qui vient d'être franchi. Le gouvernement qui a supprimé les droits et taxes sur les produits concernés, envisage également une subvention de la prise en charge des malades par le canal du CNLS.

Selon Lazare Bansé, Directeur général de la CAMEG, environ 150 à 200 malades sont immédiatement concernés selon les simulations. Bien évidemment, les chiffres vont aller croissants. Dans l'ensemble, au regard des combinaisons possibles au Burkina, le traitement mensuel qui variait de 195 628 à 339 074 francs CFA coûtera désormais entre 50 289 F CFA et 92 846 F CFA par mois et par patient. En attendant la subvention de l'Etat, c'est une baisse de l'ordre de 68,71 % à 81,49%. C'est à n'en pas douter un grand pas dans la prise en charge des malades et un soulagement des familles. Mais l'accès réduit aux traitements ne doit pas faire relâcher le travail de prévention, a averti le ministre qui prévoit une progression de ...aux ARV de 300 malades en 2002, 400 malades en 2003 et 600 malades en 2005 au lieu de 150 actuellement.

Source : Abdoulaye Tao du journal : Le Pays n°2381 du jeudi 10 mai 2001.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé : Eléments de politique en matière de surveillance épidémiologique à VIH-SIDA et IST au Burkina Faso - Draft n° 4, Mai 1999.

<sup>4</sup> Ministère de la Santé : Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH du SIDA et des MST au Burkina Faso, Juin 1997.

#### ENCADRE 7.5

##### La prise en charge sociale des PVVS dans la communauté

Les sentiments exprimés sur la maladie et la mort engendrés par le SIDA chez beaucoup de gens dans la communauté Burkinabè oscillent entre la compassion et la culpabilisation voire le rejet du malade. Dans le même temps cela apparaît comme un avertissement et/ou une leçon pour les autres. Voilà les propos qui résument des points de vues sur la question de la représentation populaire du malade de SIDA et de la prise en charge.

*" c'est malheureux puisqu'il s'attend à*

*la mort, une fois qu'on est atteint par la maladie, il n'y a plus de solution, tu attends le jour de la mort "* (gérant, 24)

*" moi si j'ai une personne atteinte de la maladie, je dois la considérer comme la même personne, en quelques sorte je dois l'épauler, je veux dire, je ne dois pas m'écarter de lui car ça peut écourter sa vie "* (gérant, 23)

*" je vais le juger par rapport à son passé ; ça fait longtemps que l'on parle du SIDA et on nous a donné les moyens de l'éviter ; ça m'étonne jusqu'à présent que des gens aient cette maladie "* (commerçant, 23 ans)

Source : Propos recueillis lors d'une étude sur le SIDA au Burkina Faso. Janvier 2000

les camionneurs, les militaires, les malades tuberculeux ou dans des zones présentant un intérêt épidémiologique.

Depuis le début de l'année 2000, le CNLS, avec l'appui du PNUD, du Danemark, des Pays-Bas, de la Belgique et du FNUAP, vient de lancer avec le centre MURAZ des enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales d'envergure pour évaluer plus précisément la situation du VIH-SIDA en milieu urbain et rural et dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

##### • Les structures de mise en œuvre de la surveillance épidémiologique

Plusieurs structures œuvrent pour la mise en œuvre et la coordination des activités de la surveillance épidémiologique sur l'ensemble du territoire.

Les structures d'exécution sont des formations des districts sanitaires (CMA, CM, CSPS) et du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) qui sont chargés de la collecte et du traitement local des données sur le VIH-SIDA et les IST.

Les structures de coordination et de suivi sont nationales et régionales. Elles sont représentées au niveau central par un comité de surveillance épidémiologique. Au niveau régional, le Directeur Général de la Santé Publique est chargé de la coordination et du suivi de ces activités.

A travers la cellule de la surveillance épidémiologique VIH-SIDA-IST du CNLS, coordonnée par le Secrétaire Permanent, un compte rendu régulier est transmis au ministre de la santé qui est Vice-Président du Conseil National de lutte contre le VIH-SIDA-IST.

##### • Les structures d'appui à la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique

La mise en œuvre des activités de la surveillance épidémiologique du VIH-SIDA et des IST est financièrement soutenue par le PPLS depuis le plan moyen terme II (1992). D'autres partenaires multilatéraux et bilatéraux apportent également leur contribution au succès de ces activités.

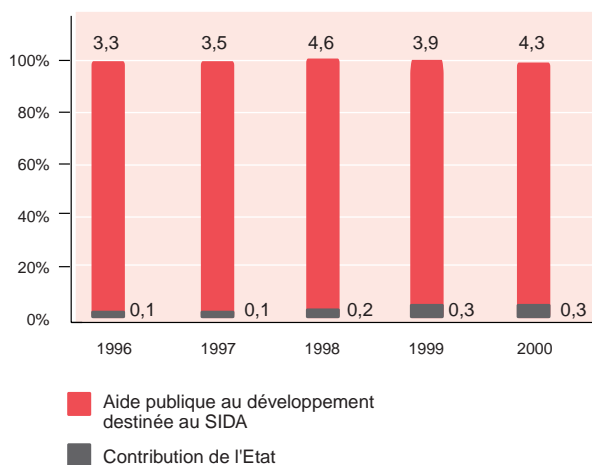
Il convient de noter que la surveillance épidémiologique du VIH-SIDA et des IST connaît des limites malgré les progrès enregistrés dans leur développement.

En dépit des efforts du personnel de la santé, les activités de la surveillance épidémiologique du VIH-SIDA et des IST demeurent encore émaillées de lacunes. Parmi celles-ci, on incrimine :

- la faible représentativité de la population sentinelle par rapport à la population féminine ;
- la méconnaissance du protocole de surveillance par certains agents de santé ;
- le manque de formation des agents de santé sur la surveillance ;
- l'insuffisance de la coordination régionale de la séro-surveillance ;
- le manque d'équipements appropriés de laboratoire ;
- les ruptures fréquentes de réactifs.

#### GRAPHIQUE 7.2

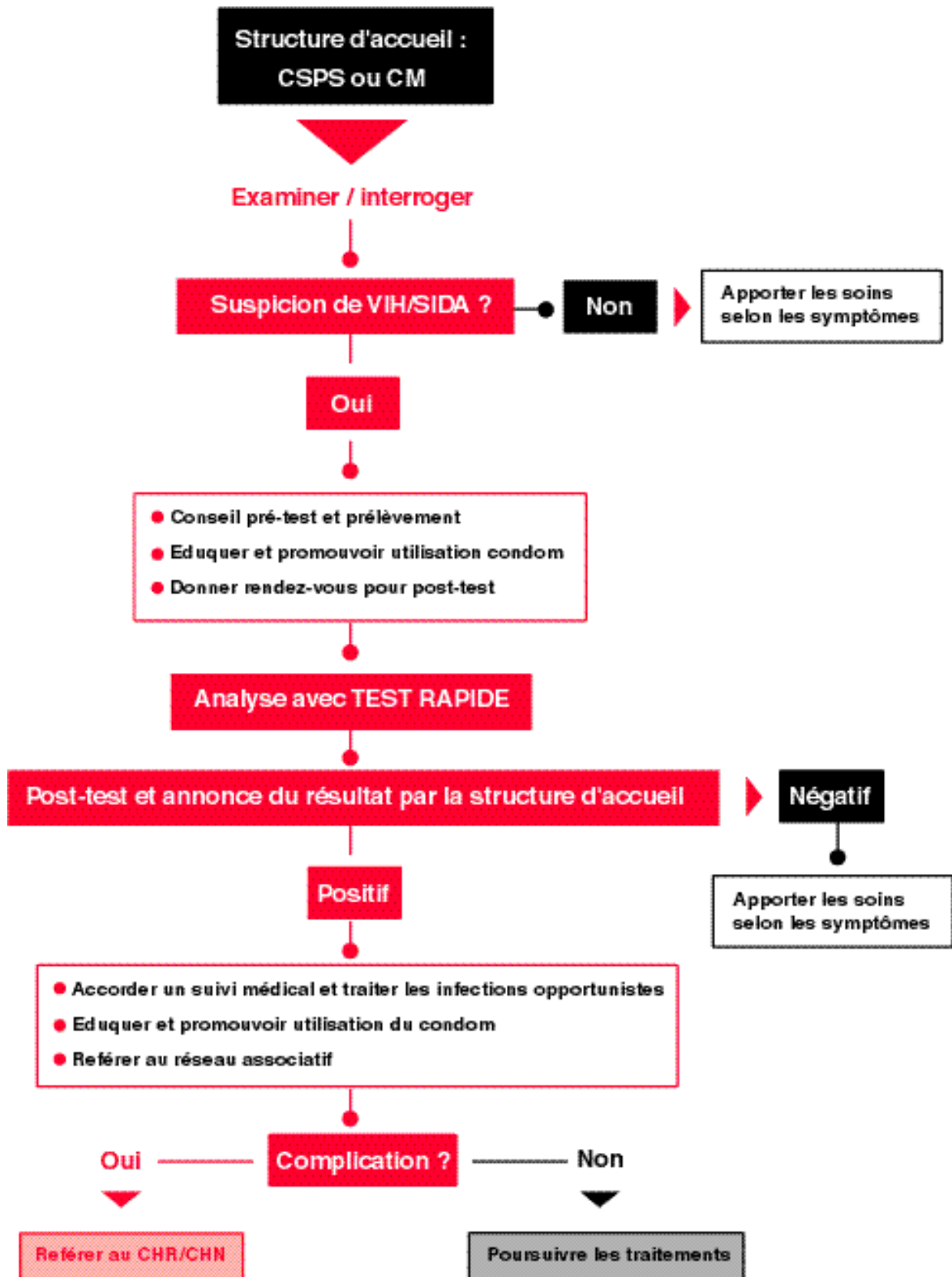
Dépenses de santé allouées à la lutte contre le VIH-SIDA 1996-2001 (milliards de FCFA)



Source : PNUD, 2001

ENCADRE 7.6

Le circuit des patients pour une prise en charge du VIH-SIDA en milieu rural

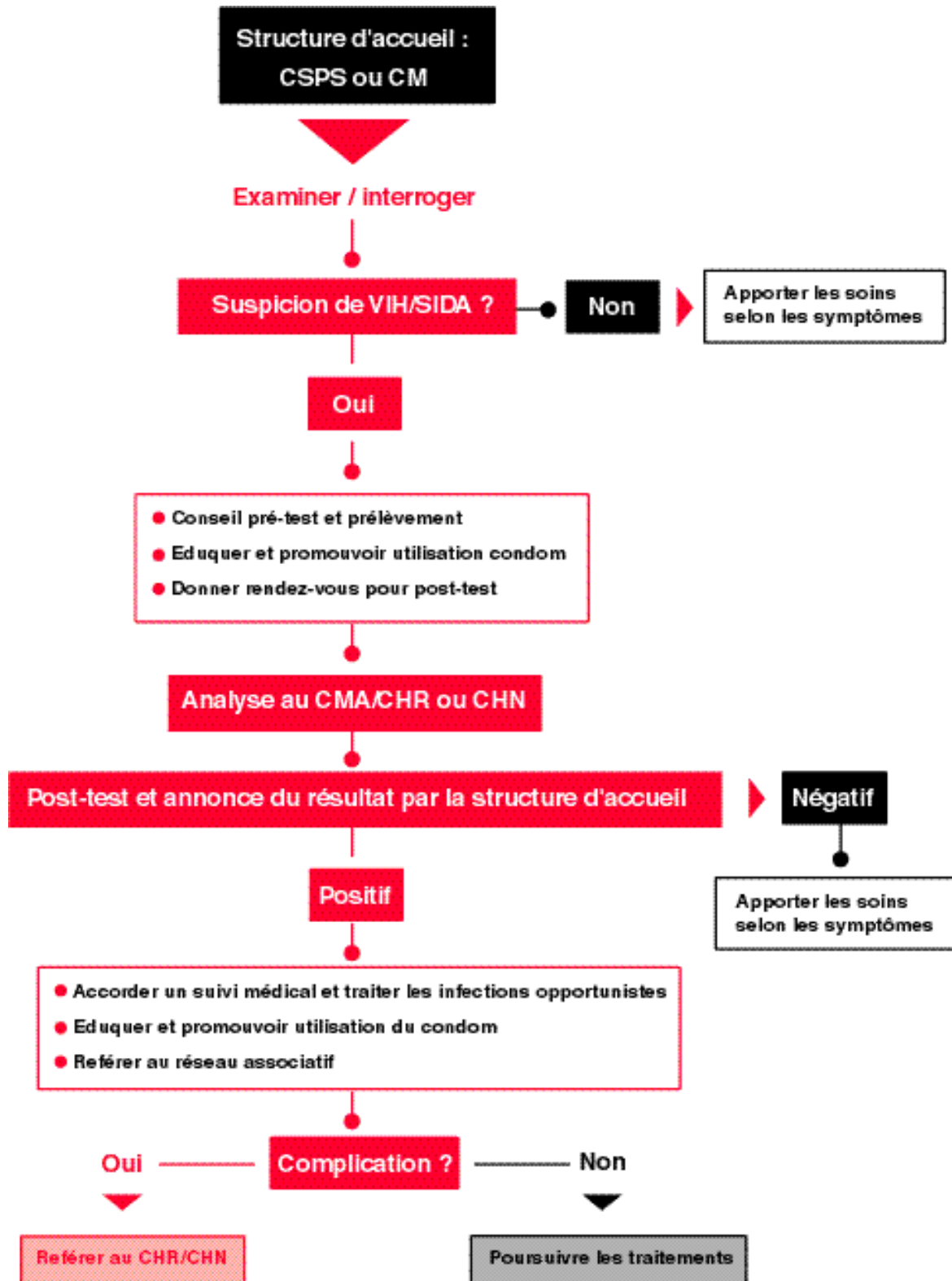


Source : Rapport consultation appli au programme soins et conseils VIH/SIDA du SPICHLIS Burkina Faso, mai 1998



ENCADRE 7.7

Le circuit des patients pour une prise en charge du VIH-SIDA en milieu urbain



Source : Rapport consultation appui au programme soins et conseils VIH/SIDA du SIFONLS Burkina Faso, mai 1998

#### 7.2.4.4. Les réponses par la prise en charge des personnes vivant avec le VIH-SIDA

La prise en charge selon le PPLS est un concept assez vaste qui inclut le conseil, le dépistage, le soutien global des PVVIH ainsi que le suivi et l'évaluation de la personne à charge.

Comme le thème ici traité concerne le secteur de la santé, il reste entendu que les réflexions sur la prise en charge qui en découlent seront circonscrites dans ce champs.

Le conseil/dépistage est un acte entrant plus dans la prévention que dans la prise en charge même si c'est le point de départ de la prise en charge.

Pour mieux appréhender la prise en charge des PVVIH au Burkina Faso en général et dans le milieu santé, il est indispensable de connaître :

- la situation du conseil/dépistage
- la situation des soins offerts aux PVVIH

##### **i) La situation du conseil / dépistage**

Le conseil/dépistage est un processus d'information et d'accompagnement en vue de diagnostiquer l'infection du VIH dans des conditions moins stressantes et plus humaines chez une personne en situation de dépistage volontaire ou suggéré.

Les objectifs poursuivis par les tests de dépistage sont institutionnels et personnels. Ils permettent au plan individuel la connaissance du statut sérologique pour bien gérer son comportement sexuel et appliquer les soins appropriés. Sur le plan institutionnel, elle permet la sécurisation du sang transfusé et la surveillance épidémiologique de la prévalence et des tendances de l'infection.

Une étude récente réalisée avec l'appui de la Coopération Française et du PNUD a permis de faire une évaluation de la situation de dépistage au Burkina Faso depuis 1990.

L'étude révèle que les structures publiques du secteur santé ont focalisé leurs activités sur la prise en charge médicale des patients déjà infectés, car, la demande apparaissait importante. Les activités de conseil/dépistage/volontaire quant à elles ont connu un développement timide et non coordonné et ce, seulement, dans les deux grandes villes du pays.

Le secteur associatif qui s'intéressait aux activités de prévention s'est investi dans ce nouveau champ de conseil/dépistage volontaire et a confirmé son expertise dans ce domaine comme en témoigne l'existence :

- du CDVA de Ouagadougou, mis en œuvre par l'association burkinabé des infirmières qui a fonctionné pendant une année avec à son actif 300 tests réalisés et qui a été obligé de fermer faute de financement ;
- du CADI de Bobo-Dioulasso piloté également par une association de la place et qui aurait réalisé en moyenne 500 tests par an;
- du CICDoc de Ouagadougou, créée en 1998 et qui s'est investi dans le dépistage en 1999. Ce centre qui comporte un collectif de 7 associations à base communautaire, apparaît comme celui qui fait actuellement le plus de conseils/dépistage avec 5000 conseils en deux ans de fonctionnement.

Dans le secteur public, les 2 Banques de sang logées dans les Hôpitaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso pratiquent le conseil/dépistage/volontaire seulement en post test. Cette pratique est motivée, soit par les besoins de collecte de sang qui se font par le biais des donneurs, soit pour des fins de diagnostic médical.

Les programmes actuels de conseil/dépistage/volontaire connaissent des grandes limites. En effet, ils n'ont pas encore réussi à susciter l'adhésion d'un plus grand nombre de personnes alors que l'épidémie du VIH progresse dangereusement. Par ailleurs, les activités de conseil/dépistage volontaire ne sont pas encore accessibles dans les zones rurales. Dans les grandes villes du pays, ce type d'activités commence seulement à se développer. Toutefois, il convient de préciser que dans certaines structures où elles sont pratiquées, la question de la confidentialité des résultats des tests ne rassure pas ou rassure seulement très peu de personnes.

Les propositions d'un circuit de prise en charge des patients rapportées par les encadrés 7.6 et 7.7, participent à la promotion d'une véritable prise en charge des PVVIH dans les milieux urbains et ruraux du pays.

##### **ii) La situation des soins offerts aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)**

La prise en charge médicale fait partie des stratégies de la politique du Ministère

de la Santé en matière du VIH-SIDA. Aussi, toutes les formations sanitaires depuis le niveau central jusqu'à la périphérie apportent des soins aux PVVIH suivant le niveau de soins qui leur est requis. La prise en charge des PPVVIH se situe dans un continuum de la trilogie : " conseil/dépistage/soins ".

Concernant la demande de soins des malades du Sida, on peut dire qu'au niveau central les services hospitaliers les plus fréquentés par ces malades sont souvent engorgés et souffrent cruellement de manque de médicaments et de l'insuffisance de personnels qualifiés. Le CTA qui vient d'être implanté ne joue encore de rôle significatif que dans la prise en charge des malades qui lui sont référés faute de moyens et de médicaments.

Les structures des districts sanitaires sont très limitées en ressources humaines et en médicaments, la prise en charge médicale ne peut donc être assurée avec efficacité dans ces conditions.

L'accès aux médicaments génériques pour le traitement de certaines maladies opportunistes n'est facile que pour une poignée de malades tant la pauvreté de la majorité des malades est criarde. Malgré la baisse des prix des ARV de 96,37 % annoncée le 9 mai au cours d'une conférence de presse donnée par le ministre de la santé, les médicaments resteront encore pendant longtemps inaccessibles à un grand nombre de malades<sup>5</sup>.

Environ 60 % des malades du Sida ont aujourd'hui recours à la pharmacopée traditionnelle. Faut-il rappeler que cette pratique est considérée comme complémentaire à la thérapie moderne et souvent comme une alternative aux soins modernes. Elle est encouragée par l'OMS et l'ONUSIDA depuis longtemps.

Aussi, le Ministère de la Santé n'a ménagé aucun effort pour promouvoir ce mode de dispensation de soins à travers la mise sur pied de structures provinciales de concertation entre les cliniciens et les tradipraticiens. Toutefois, il s'avère que l'entente entre les deux groupes de thérapeutes n'est pas encore parfaite.

En dépit des efforts dans la dispensation

des soins aux PVVIH, la prise en charge dans les formations sanitaires publiques et privées se heurte encore à des obstacles notamment :

- au dépistage VIH prescrit à l'insu du patient ;
- à la non annonce des résultats de sérologie VIH aux patients ;
- aux manques de qualification du personnel de conseil ;
- au faible respect de la confidentialité ;
- à l'absence des normes nationales en soins/conseils ;
- au coût prohibitif des ARV pour les malades de moindres revenus et ce, malgré la baisse des prix ;
- à la collaboration déficiente entre cliniciens et tradipraticiens ;
- aux coûts élevés des prestations dans les structures privées ;
- aux prescriptions et aux traitements non codifiés dans les structures privées.

#### 7.2.4.5. Les réponses par la promotion de la coordination de la lutte

Le contrôle de l'épidémie du VIH-SIDA nécessite une coordination des actions développées tant au niveau national que décentralisé. Or, dans le département de la santé, il n'a pas existé de structures ou de mécanismes de coordination au niveau central et décentralisé.

Beaucoup ont eu tort de croire que le CNLS servait à la fois de structure nationale de coordination de lutte contre le VIH-SIDA et de structure de coordination des actions Sida du ministère de la Santé. Il convient de préciser que même jusqu'à nos jours il n'existe encore guère de structures de coordination des activités de la lutte contre le SIDA propres à ce secteur.

### 7.3. Les enjeux du VIH-SIDA et perspectives du secteur de la santé

Les conclusions des analyses de situation et de réponses au VIH-SIDA menées au Plan National et dans les districts sanitaires ont soutenu que le Ministère de la Santé a manqué d'exercer son leadership dans ce processus global de lutte contre le VIH-SIDA. Aussi, il s'avère, urgent

*" Le soutien moral de mon médecin m'a empêché de sombrer. Il m'a conseillé le traitement de Sainte Camille et ça m'a beaucoup réussi. Depuis 2000, je n'ai fait qu'une fois le palu ".*

Homme séropositif,  
Yatenga

<sup>5</sup> Observateur Paalga du jeudi 10 mai 2001

<sup>6</sup> MINISTRE DE LA SANTE : Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH-SIDA. Plan d'action 2001 – Burkina Faso, SP/CNLS : mars 2001.

face à la progression de l'épidémie du VIH que ce département puisse jouer pleinement son rôle de leader surtout, dans la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel 2001-2005.

C'est dans cette perspective que le ministère de la santé a élaboré et proposé au SP/CNLS des plans sectoriels pour la période 2001 et dont les principaux objectifs d'interventions sont les suivants<sup>6</sup> :

- Assurer la sécurité de 100% des poches transfusées dès l'an 2001 ;
- Réduire les risques d'infection accidentelle par le VIH chez les travailleurs du secteur santé ;
- Réduire de 25% les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 5 districts ;
- Assurer le dépistage et l'accès aux soins IST à coût abordable pour les patients ;
- Assurer la notification régulière des cas d'IST/SIDA et la surveillance de l'infection à VIH au niveau du secteur public, au niveau du secteur privé et au niveau de la pharmacopée ;

- Appui des soins / conseil VIH-SIDA hospitaliers selon les directives nationales à coût abordable ;
- Appui des soins/conseils à 50% des tuberculeux séropositifs à Ouagadougou ;
- Intégrer le VIH-SIDA dans les programmes d'enseignement de l'ENSP ;
- Renforcer les activités de la recherche opérationnelle ;
- Accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles de 25% des directions centrales ;
- Evaluer les plans mis en œuvre dans le secteur de la santé.

Une évaluation de la mise en œuvre du plan d'action 2001 est en cours sous l'égide du CNLS. Les préparatifs du plan d'action 2002 de la lutte contre le SIDA viennent d'être engagés par le CNLS avec l'appui notamment du PNUD, suite aux directives que le Chef de l'Etat et le Gouvernement ont exprimées le 6 novembre 2001 lors de l'installation du nouveau Conseil National de Lutte contre le SIDA et IST.



## CHAPITRE 8

# LES DIMENSIONS SOCIO-CULTURELLES, LE GENRE ET LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

### INTRODUCTION

Une décennie durant, le Burkina Faso a entrepris de nombreuses actions pour lutter contre l'épidémie du VIH-SIDA. Bien que remarquables, ces actions n'ont pas évolué au même rythme que la maladie, surtout pour les aspects qui ont été passés sous silence, notamment les dimensions culturelles et le genre.

Le Burkina Faso dispose d'un éventail d'études suffisamment riches sur le VIH-SIDA. Il s'agit des études de pré-évaluation, épidémiologiques, de connaissances, attitudes et pratiques (CAP), d'évaluation et d'impact, etc. Toutefois, il faut reconnaître que les rapports de ces études circulaient jusqu'en 1998-1999 seulement entre les mains de quelques spécialistes, ou restaient enfermés dans des bibliothèques.

Depuis deux (2) ans, le CNLS, le PNUD, les ONG et OBC ont engagé un effort de diffusion documentaire et de centralisation de l'information.

Cette panoplie de recherches a dans l'ensemble négligé les valeurs traditionnelles et coutumières. Or, le Burkina est caractérisé par une population majoritairement rurale (environ 80%) dont les croyances reposent essentiellement sur ces mêmes valeurs culturelles.

Au regard de ces constats, les dimensions socioculturelles et le genre apparaissent comme une nécessité incontournable dans la compréhension globale du VIH-SIDA, de son évolution actuelle au sein de nos populations et dans la mise en

oeuvre d'une stratégie urgente et rigoureuse qui soit à la hauteur de son expansion. Aussi cette nécessité suscite des interrogations :

- Qu'en est-il des liens entre les dimensions culturelles et le VIH-SIDA ?
- Quelles sont les pratiques culturelles qui favorisent la propagation du VIH-SIDA ?
- Qu'en est-il des liens entre la dimension genre et le VIH-SIDA ?
- Quels sont les déterminants de la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH ?
- Quel est l'état des politiques et stratégies en matière de lutte contre le VIH-SIDA ?
- Quelles sont les perspectives de solutions ?

Ce questionnement qui exige une analyse critique de la situation globale et des réponses apportées dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA, constitue le cadre général de réflexion du présent chapitre.

### 8.1. Le diagnostic

La problématique du VIH-SIDA, qu'il s'agisse de la propagation de l'épidémie ou de la réduction de son impact sur les individus, les familles et les communautés, est une question de perception, de compréhension, de comportement et d'engagement. La lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA est fonction de cet ensemble de facteurs.

La vision médicale et uni-sectorielle du VIH-SIDA a mis à nu les insuffisances et les lacunes de l'approche verticale

quant aux réponses à apporter aux problèmes de santé communautaire. C'est ainsi que l'approche multi-sectorielle est devenue une préoccupation centrale et consensuelle en matière de lutte contre le VIH-SIDA.

Dans la perspective de combler les insuffisances d'approches constatées et d'étendre les mesures rigoureuses et conséquentes contre l'épidémie, il est indispensable de connaître et de maîtriser l'infection par le VIH dans sa complexité et dans ses multiples dimensions. Pour ce faire, le présent diagnostic cherchera à faire le point sur les différents liens qui existent entre les dimensions culturelles et le VIH-SIDA d'une part la dimension genre et l'épidémie du SIDA d'autre part.

### 8.1.1. Les liens entre les dimensions culturelles et le VIH-SIDA

Le Burkina Faso est caractérisé au plan culturel par des modes de production essentiellement ruraux liés à l'agriculture et à l'élevage. Les populations partagent des traditions séculières dont les influences sont multiformes.

En faisant une analyse globale de la perméabilité culturelle, il est possible d'observer que les sociétés libérales ou cultures occidentales influent énormément sur nos sociétés africaines.

Les cultures occidentales, à travers les médias et les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), façonnent les perceptions et les pratiques des sociétés africaines.

D'une manière ou d'une autre, les cultures traditionnelles subissent beaucoup de transformations (positives ou négatives), sous l'influence de la société moderne actuelle.

Avec l'évolution sociale et la globalisation des échanges, il apparaît nécessaire de faire une analyse de la problématique du VIH-SIDA en rapport avec les dimensions culturelles et notamment, les perceptions traditionnelles des maladies, les connaissances et pratiques relatives au VIH-SIDA, et les impacts des pratiques culturelles sur le SIDA.

#### 8.1.1.1. Les perceptions traditionnelles des maladies

A travers une analyse sommaire de la société burkinabé, l'on peut retenir que l'une des caractéristiques du pays est son hétérogénéité culturelle et ethnique: il existe sur le territoire national environ 60 groupes ethniques<sup>1</sup>. Aussi, ces diversités et spécificités culturelles constituent pour le pays une source de richesses notamment sur le plan social, économique, politique, etc.

Au-delà de cette pluralité culturelle, comment est perçue la maladie de façon générale dans les sociétés traditionnelles Burkinabé ? Comment la sexualité est-elle perçue ? Et comment l'épidémie du VIH-SIDA est-elle appréhendée ?

#### \* De la perception traditionnelle des maladies en général

Le Burkina Faso est caractérisé par une population majoritairement rurale (environ 80%), et la plupart des burkinabé ont des principes de vie fondés sur les croyances ancestrales, faites notamment de sacrifices, de fétiches et de synchronismes religieux et culturels.

Dans nos sociétés dites traditionnelles, les maladies de manière générale, qu'elles soient guérissables ou incurables, endémiques ou épidémiques sont perçues, soit comme naturelles, soit comme surnaturelles.

• **Les maladies dites naturelles:** ce sont des pathologies qui surviennent couramment et dont l'origine des causes est généralement connue. Elles sont perçues comme telles parce que l'explication de leurs causes est naturellement comprise et acceptée par le milieu populaire. Ces maladies sont le plus souvent soumises à des traitements dérivés de la nature, notamment des plantes ou des produits animaliers.

• **Les maladies dites surnaturelles:** l'explication de leurs causes est d'origine mystique ou occulte. Pour les croyances traditionnelles, ces maladies relèveraient de la volonté divine, des génies, de la sorcellerie ou des "sorts jetés". Par conséquent, elles ne pourraient être guéries que par la divinité, les sacrifices et les fétiches.

*" Que ce soit dans la famille, les voisins ou dans le village, la maladie d'Alissa\* suscite de la pitié et de la peur parfois. Elle était mariée à mon grand-frère (cousin) qui était polygame. Nous ne savons pas quel malheur nous frappe mais mon cousin est mort de même que ses deux premières femmes. Alissa qui était la seule qui restait est aujourd'hui dans un état désespéré. C'est la volonté de Dieu ".*

Époux d'une femme séropositive, Yatenga

(\* pseudonyme)

<sup>1</sup> PNUD, Rapport national sur le Développement Humain Durable 2000, Burkina Faso.

### ENCADRE 8.1

#### La représentation de la transmission des maladies sexuelles chez les Mossi au Burkina Faso

Les Mossi regroupent les maladies transmises lors d'un rapport sexuel dans une catégorie nosographique qu'ils nomment le pug-banse. Ce terme est constitué par le radical pug (paga) qui désigne la femme, et le nom commun banse qui signifie maladies (sing. baaga). L'expression pug-banse signifie littéralement " femme-maladies ", autrement dit " maladies de femme ". Il s'agit des maladies que l'on contracte auprès des femmes, sous-entendu à l'occasion des relations sexuelles.

Si la plupart des pug-banse sont considérées comme " maladies de Dieu ", certaines sont attribuées aux ancêtres ou à des actes de sorcellerie instrumentale.

Chez les Mossi, les notions de transmission et de contagion sont exprimées par plusieurs termes. Un individu ne dit pas " je suis malade " ou " j'ai attrapé une maladie " mais " la maladie m'a pris, la maladie m'a frappé ".

La circulation et l'échange des humeurs génitales explique la transmission de certaines maladies.

Quatre événements conduisent à la transmission de ces maladies : la toux et la morsure pendant le coït, des relations sexuelles avec une femme " piégée " et le non respect de l'interdit sexuel prescrit aux femmes pendant leur veuvage.

#### La toux pendant le coït :

" Lorsque l'homme et la femme se "mélangent", si l'un tousse, l'autre va prendre la maladie, ça attrape les gens pendant le rapport ; si la femme tousse, c'est la femme qui sera malade "

Les explications sur le mécanisme d'apparition de la maladie font référence à une anomalie de la localisation du sperme. Le trajet normal du sperme dans le corps serait perturbé chez celui qui " reçoit " la toux. La toux de la femme entraînerait un reflux du sperme dans le corps de l'homme à travers son sexe, tandis que la toux de l'homme provoquerait une pénétration trop importante du sperme dans le corps de la femme. Dans les deux cas, il en résulterait une situation anormale du liquide séminal responsable de l'apparition de la maladie.

#### La morsure pendant le coït :

La morsure pendant une relation sexuelle entraîne l'apparition du pug-ruubo. L'agent causal à l'origine de la maladie n'est pas clairement précisé.

Il s'agirait d'une substance inoculée lors de la morsure, les dents de l'homme ont leur poison assure un guérisseur. Un autre homme affirme également : " c'est le venin de la dent, il teint (yunigi) le sang ".

#### Les femmes " piégées " :

Le piège (bendgo) est réalisé par un guérisseur à la demande du mari. Il s'agit d'une préparation que l'homme donne à son épouse sans qu'elle en soit informée.

La femme piégée n'est pas malade et son mari peut avoir des relations sexuelles avec elle sans dommage car il possède un antidote (yindu). Par contre, tout homme ayant une relation sexuelle avec cette femme sera malade par l'effet du piège.

#### Le rapport sexuel avec une veuve :

Tout homme qui aurait un rapport sexuel avec une veuve (pug-kōoré), avant la fin de la période de deuil de celle-ci peut être victime du ku-pogdo.

Les explications sur les mécanismes de cette maladie évoquent un contact avec les " souillures " (regdo) du mari défunt présentes dans le corps de son épouse, notamment son sperme. La maladie résulterait de la rencontre néfaste entre le sperme du défunt, qui n'a pas été totalement éliminé du corps de la femme et celui du nouveau partenaire.

Face au pug-kusgo, il existe tout un arsenal préventif et curatif. A titre préventifs, certains guérisseurs réalisent une protection médico-magique sous la forme d'une poudre qui doit être absorbée et mélangée dans la pâte de mil.

Le deuxième conseil que se transmettent les hommes est celui de ne pas avoir de relations sexuelles lors des menstruations.

Traiter de la sexualité dans des espaces publics est une atteinte majeure à l'ordre traditionnel.

Le non respect des valeurs est susceptible d'attirer la réprobation sociale telle la fidélité conjugale.

Seule les femmes en fin de grossesse puis allaitantes doivent être sexuellement abstinences.

Enfin, le préservatif, en partie parce qu'il est depuis plus de dix ans présenté comme alternative à la fidélité est chargé d'une valeur morale fortement négative.

Source : M. Egrot ; B Taverner, IRD,2000

L'une des grandes difficultés observées parmi les populations à majorité rurale est qu'elles refusent de se reconnaître malades. En général, on ne meurt jamais du SIDA. Quand une personne accepte de reconnaître qu'elle est malade, c'est qu'elle se trouve très atteinte. A contrario, la disparition des symptômes aigus tient lieu de guérison, ce qui n'est pas de nature à faciliter les démarches de prise en charge.

#### \* De la perception de la sexualité

En réalité, les sociétés traditionnelles percevaient et perçoivent toujours la sexualité humaine comme un acte sacré. Traditionnellement, l'acte sexuel a purement et simplement pour objectif la procréation. Ce n'est qu'en ayant pratiqué des relations sexuelles que l'homme et la femme découvrent le plaisir. Dans la société traditionnelle le plaisir n'était pas au centre de la sexualité.

Dans le souci de prévenir toute éventuelle forme de libertinage sexuel à travers le plaisir qui se découvrait au fur et à mesure, certaines pratiques ancestrales étaient de rigueur. C'est le cas par exemple des mutilations génitales de la femme, du lévirat, du mariage forcé ou précoce, etc. qui étaient pratiqués dans l'intention d'éviter certains dérapages sur le plan social et surtout sexuel tels que l'adultère, le viol, les rapports sexuels avant mariage,...

Tout ce qui était considéré comme acte sacré, avait également un interdit social. Et tout interdit social transgressé était sévèrement puni par la société. A ce titre, l'inceste en plus des interdits ci-dessus mentionnés était sanctionné. Quant à l'ampleur et aux formes de punitions, elles variaient d'une société à une autre (du bannissement de la société à la mise à mort du coupable).

Mais, dans un contexte de mondialisation où toutes les sociétés sont en pleine mutation, la sexualité a, de nos jours, pris une autre dimension : c'est plutôt le plaisir qui est recherché à travers les relations sexuelles.

Ainsi l'Homme, à force de rechercher ce plaisir qu'il n'arrive jamais à satisfaire totalement, a fini par utiliser des pratiques sexuelles multiformes dont la "pédophilie" favorisée par le développement du tourisme sexuel et les errements des enfants de la rue ainsi que la "zoophilie".

Dans tous les cas, les pratiques considérées jadis comme interdites socialement notamment le libertinage sexuel et donc bannies par la société traditionnelle, semblent aujourd'hui normales, exercées sans inquiétude aucune et tolérées par la société moderne actuelle.

**\* De la perception populaire du VIH-SIDA**

Depuis l'existence de l'infection par le VIH-SIDA, la perception populaire de cette épidémie a connu un processus d'évolution. Essentiellement, trois tendances peuvent se dégager de la perception que les populations se faisaient de la maladie du VIH-SIDA:

- Au premier stade c'est la **négation** de la maladie, en ce sens que les populations ont d'abord nié l'existence même de l'épidémie du VIH-SIDA. Aussi, faut-il signaler que dès le début l'épidémie du VIH-SIDA, même les autorités politiques avaient affirmé son inexistence au Burkina Faso.
- La deuxième tendance a été celle de "**l'altérité négative**" qui consistait à rejeter hâtivement l'origine du mal à "**l'autre**"; pour signifier que cette maladie n'arrive qu'aux autres (prostituées, migrants, étrangers...).
- Enfin, le **fatalisme systématique** est lui, démobilisateur de toute tentative de protection ou de toute intention de changement de comportement. Pour cette croyance populaire, toute maladie mortelle relève de la volonté divine. Par conséquent, si les hommes n'ont aucun pouvoir face à leur destin, alors l'ultime solution qui reste est de s'en remettre à sa protection, car "**Dieu seul peut sauver du SIDA**" ou "**le SIDA est une affaire de chance**".

De façon générale, la société traditionnelle burkinabé aborde la problématique du SIDA et tout ce qui s'en suit, dans la perception globale de la sexualité, comme un phénomène presque tabou.

A la lumière de l'analyse qui précède, on peut noter qu'il y a un déphasage entre la perception culturelle de la sexualité d'antan et celle actuelle de nos sociétés. Cette différence de perception se traduit ainsi par une certaine transformation des mœurs sous plusieurs formes.

Compte tenu de ce déphasage de perception, l'épidémie du VIH-SIDA apparaît alors aux yeux de la société traditionnelle, non seulement comme un signe de promiscuité sexuelle, mais aussi et surtout comme l'ultime sanction infligée à l'humanité, pour avoir transgressé les valeurs sacrées de la sexualité.

Si l'infection à VIH existe et se propage dans nos sociétés actuellement de façon préoccupante, ce n'est pas seulement parce que des comportements pervers existent, mais aussi et surtout, parce que "la société moderne actuelle a banalisé et foulé à ses pieds les valeurs tant sacrées de la procréation".

**8.1.1.2. Les connaissances et pratiques relatives au VIH-SIDA**

Il existe dans le domaine du SIDA une pluralité d'études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur le plan national. Les premières données quantitatives variaient souvent, d'une étude à une autre et il était dès lors, difficile d'évaluer avec exactitude, sur la base des études disponibles, la situation des connaissances et pratiques de la population en rapport avec l'épidémie du SIDA.

Le présent diagnostic présentera, en s'appuyant sur les données documentaires les plus actuelles, la situation des connaissances et pratiques relatives au SIDA.

**\* Les connaissances sur le VIH-SIDA**

En dépit des réponses apportées, durant les dix premières années de lutte, qui n'ont pas été à la hauteur de la gravité de l'épidémie de l'infection à VIH, on peut néanmoins observer une amélioration sensible des connaissances dans le domaine.

D'après les études les plus récentes<sup>2</sup>, les connaissances de la population sur le SIDA sont relativement acceptables, bien que fragmentaires. Quant au niveau de connaissance, il est fonction du niveau d'instruction. On constate à cet égard, que les hommes sont plus informés de façon générale que les femmes.

Les mêmes études révèlent que la majorité de la population burkinabé (96% des hommes et 87% des femmes) a entendu parler du SIDA. Et parmi ceux qui

*"La fidélité est le meilleur moyen, (mais) tu peux être fidèle et la femme, non.*

*Quand quelque chose implique deux personnes, c'est difficile. Si cela passait par la nourriture, on allait éviter de manger de ce plat, mais ça passe par quelque chose dont on ne peut pas se passer ! "*

Homme de Zorkoum

<sup>2</sup> Enquête sur les connaissances, Attitudes et Pratiques. SAEC, juin 2001.



## ENCADRE 8.2

### Trois histoires de femmes

A travers les trajectoires de vie de trois femmes confrontées à l'infection VIH tirées de son expérience de clinicien, Guy Aurégan évoque les conséquences familiales auxquelles elles doivent faire face.

#### La femme chanceuse

Sophie a 35 ans, elle a un magnifique sourire en toutes circonstances. Il y a deux ans, son mari, malade du sida, me contacte pour que je lui rende un service : "Docteur, pourriez-vous annoncer à ma femme que je suis positif ? Moi, je ne sais pas comment faire, car elle ne s'attend pas à cela." Nous trouvons prétexte à une entrevue et à des examens médicaux ordinaires pour enclencher le contact.

La veille du jour programmé pour lui annoncer la séropositivité de son mari et lui proposer de faire un test elle-même, le mari me demande de n'en rien dire car il a la certitude qu'elle sera trop choquée. Je patiente donc.

Quelques jours plus tard, le mari est hospitalisé en urgence et la femme vient me demander des médicaments. J'en profite pour tâter sa compréhension des événements. Très rapidement, elle me dit avec beaucoup de calme et toujours avec son beau sourire, "je sais que c'est le sida". "vous pensez ou vous savez ?" lui dis-je. La réponse est nette : "j'ai vu le papier avec le résultat de sang". Je lui demande alors depuis quand. "il y a presque un an, mais j'y avais déjà pensé avant parce que mon mari était tout le temps malade et qu'il ne voulait plus de rapport sans se protéger". "Et pour vous, ne pensez-vous pas qu'un test serait bon ?" "Oui, je n'osais pas vous le demander".

Son mari est mort une semaine plus tard, le jour où j'ai reçu son résultat de sérologie : elle est séronégative.

Le lendemain des funérailles, les frères du mari et sa maman ont déclenché une histoire en disant que tout cela c'était de sa faute, qu'elle avait donné une maladie à son mari ; bien sûr, le mot sida n'est pas prononcé. Ils veulent la chasser, ainsi que ses deux enfants, de la maison. Elle se fâche : la maison a été mise au nom des enfants, et elle montre les deux papiers, celui de son mari positif et le sien négatif. La belle-famille quitte les lieux moins d'un mois plus tard. Elle a perdu meuble, télé et mobylette, mais ils ne l'embêtent plus.

#### La femme brisée

Awa a 35 ans, elle est la coépouse coutumière d'Adama depuis huit ans, depuis la naissance de sa fille, lorsqu'elle tombe enceinte pour la deuxième fois. Lassée et inquiète du vagabondage sexuel de son mari, elle profite de cette grossesse pour s'éloigner de lui. Peu après l'accouchement, l'enfant meurt après avoir été tout le temps malade. Elle déclare alors à son mari : "je suis sûre que mon enfant est mort de SIDA et que tu m'as contaminée, je ne veux plus revenir vivre avec toi." Elle ne cède pas et, alors même que son mari tombe malade, la famille prend de force la petite fille, alors âgée de neuf ans. Le mari meurt en deux ans, sans que le mot même sida soit prononcé autrement que par Awa. Depuis, elle a fait un test, elle est malade. Son seul bonheur est de retrouver sa fillette, ce qui lui est rarement accordé légalement (quelques congés scolaires). Souvent cette enfant, maltraitée dans la famille de son père qui ne l'aime pas et qu'elle déteste, fait des fugues et on vient la récupérer de force malgré les pleurs de l'enfant. Tous au fond savent que le mari est la cause de tout, alors pourquoi cette méchanceté envers cette femme qui a fait l'enfant et envers la fillette qui souffre loin de sa mère ?

#### La femme protégée

Aminata a 31 ans, elle est belle et corpulente, elle me demande de lui faire une sérologie rétrovirale la semaine qui suit le décès de son mari. Elle est positive, sa famille et celle de son mari le savent, elle est sereine car elle est protégée par tous grâce à son défunt mari. Voici son histoire exemplaire et trop rare :

Deux jours avant sa mort, le mari réunit la cour et la famille et dit, devant tous : "je suis malade depuis un an et je sens que je vais mourir. Je ne sais pas de quoi, mais c'est possible que ce soit le sida. Si c'est ça, je demande pardon à ma femme et je vous demande à tous de respecter les paroles que je vais dire. Il faut que ma femme se fasse examiner par un docteur et elle aussi est atteinte il faut l'aider, la protéger. Sa place est avec notre garçon dans sa maison, même quand je ne serai plus là." Il insiste en demandant à ses grands enfants, qui ont l'âge d'Aminata, et à la jeune coépouse depuis déjà 10 ans, de partager les recettes de son commerce que son fils aîné va reprendre.

Source : Guy Aurégan, 2000

connaissent la maladie, moins de 10% seulement savent que l'épidémie peut se transmettre de la mère à l'enfant. De même, 9% des femmes et 5% des hommes pensent que rien ne peut être fait pour éviter de contracter le virus du VIH. De plus, 30% des femmes et 16% des hommes ne connaissent aucun moyen de prévention de l'épidémie.

Par ailleurs, plus du tiers de la population féminine<sup>3</sup> 36% et 22% des hommes connaissant le phénomène pensent ne courir aucun risque d'infection. A l'opposé, 9% des femmes et 7% des hommes estiment que leurs risques de contracter la maladie sont importants.

#### \* *Les pratiques sexuelles en rapport avec le VIH-SIDA*

Dans la perspective de pouvoir développer des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) appropriés en matière de prévention, il est capital de faire une évaluation de la situation des pratiques relatives à l'infection à VIH.

Bien que la quasi-totalité des hommes et les trois quarts des femmes connaissent le préservatif, seulement 10% des femmes et 37% des hommes ont déclaré en avoir déjà utilisé pour éviter le risque d'infection lié au VIH-SIDA. Comme on peut donc le constater, le taux d'utilisation du préservatif demeure peu élevé, alors qu'il demeure pour l'instant le seul moyen efficace de protection contre la maladie.

En dépit des risques d'infection du VIH liés à certains comportements, 47% des femmes et 22% des hommes ont déclaré n'avoir rien changé à leurs comportements sexuels depuis qu'ils ont entendu parler du SIDA.

Par contre, 34% des femmes disent avoir limité leurs rapports sexuels à un seul partenaire.

Au niveau des hommes, 78% ont affirmé avoir modifié leurs comportements afin de limiter les risques d'infection de la maladie. Les changements de comportements sont difficiles à mesurer, cependant, des évolutions ont été constatées notamment en milieu urbain. Mais, la limitation à une seule partenaire (29%), l'utilisation du préservatif (19%) et la réduction du nombre de partenaires sexuelles (19%) constituent des changements réels. Par contre un certain

<sup>3</sup> INSD, rapport de synthèse sur l'Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998-1999.

nombre de données indiquent qu'un homme infecté a encore une forte probabilité de contaminer plusieurs femmes (au moins 3 à 4), à cause de cette tendance au multipartenariat sexuel de la population masculine.

#### \* *Les pratiques traditionnelles en rapport avec le VIH-SIDA*

Dans les sociétés traditionnelles au Burkina Faso, il existe de nos jours de nombreuses pratiques ou croyances sociales plus ou moins relatives à la sexualité qui se rapportent d'une manière ou d'une autre à l'infection par le VIH-SIDA.

D'un côté, nous avons les pratiques sociales ou culturelles susceptibles d'avoir une influence sur les risques potentiels de transmission de l'épidémie du VIH-SIDA, par la voie sexuelle. Ce sont notamment :

- la polygamie;
- le lévirat, le sororat;
- les mariages précoces;
- les rapports sexuels précoces;
- les rapports sexuels rituels
- le viol traditionnel; etc.

Et de l'autre, il y a également des pratiques ancrées dans nos traditions et coutumes qui sont à même d'influer sur les risques de transmission du VIH-SIDA, par le sang. Malgré leur proscription, certaines d'entre elles persistent. Ces pratiques sociales sont entre autres :

- les mutilations génitales de la femme (l'excision et autres);
- les scarifications;
- les tatouages.

#### 8.1.1.3. Les déterminants culturels et le VIH-SIDA

L'une des caractéristiques du Burkina Faso est son hétérogénéité culturelle dont la diversité et les spécificités culturelles constituent pour lui une source de richesse, aussi bien sur le plan social, économique que politique. Cependant, ces dimensions culturelles peuvent avoir un impact sur le VIH-SIDA tant du point de vue des perceptions que de la pratique.

#### \* *La perception populaire négative*

D'une manière générale l'épidémie du VIH-SIDA apparaît dans nos sociétés traditionnelles comme un signe de promiscuité sexuelle. Cette perception populaire a par conséquent des impacts sur la lutte contre le VIH-SIDA.

- En raison de la faible qualité du contenu des messages IEC diffusés sur les modes de propagation et de prévention de la maladie du VIH-SIDA, ces messages apparaissent alors aux yeux de la population comme une forme de banalisation de la sexualité, qui demeure encore tabou dans la majorité des communautés burkinabé. Ces messages associaient également la maladie à la mort, ce qui avait pour effet d'aller à l'encontre des objectifs poursuivis et de créer une charge stigmatisante pour les malades et leurs dépendants
- De nombreuses campagnes de sensibilisation sur le SIDA et particulièrement sur ses différents modes ou moyens de prévention ont été organisées. Consécutifs à cette sensibilisation, le préservatif et surtout la démonstration de son port sont souvent perçus comme l'instrumentalisation de la sexualité, autrement dit l'outil incitant à la dérive ou à des pratiques peu recommandées par les règles de la société.
- Certaines pratiques dangereuses, voire à risques tirant leur fondement dans les croyances ancestrales créent des environnements défavorables à la prévention et à la réduction de l'épidémie du SIDA. Ainsi selon certaines croyances, la maladie trouverait son origine des punitions divines, des génies ou des "sorts jetés". Par conséquent, le VIH SIDA ne pourrait être guéri que par les sacrifices et les fétiches<sup>4</sup>.

De même, on peut mentionner cette croyance "*meurtrière*" qui atteste qu'en faisant "l'acte sexuel avec une fille vierge cela permet de se purifier du SIDA<sup>5</sup>".

Il est aisément compréhensible qu'une telle conception puisse influencer négativement sur les actions en faveur de la lutte contre le SIDA.

<sup>4</sup> C'est cette mentalité qui est beaucoup développée autour du SIDA dans le milieu de la paysannerie.

<sup>5</sup> Magasine mensuel le PAYS, Votre Santé, N° 0043 Janvier 2000

Compte tenu de cette conception, les PVVIH seraient alors perçues comme la révélation de l'opprobre familiale.

Au regard de tout ce qui précède, la dimension culturelle de la maladie du SIDA constitue alors un défi à relever obligatoirement, si l'on veut rattraper ce retard accusé dans la lutte contre l'épidémie.

Plusieurs facteurs interviennent sans aucun doute et notamment le fait de n'avoir pas intégré les aspects culturels dans le processus de prévention, de

n'avoir pas assuré une plus grande accessibilité des populations pauvres aux services sociaux essentiels et d'avoir organisé des campagnes de prévention en langue française à la radio et à la télévision alors que seuls 15 à 20 % de la population sont alphabétisés et touchés par ces programmes de sensibilisation.

### \* *Les déterminants culturels et religieux de la propagation*

De nombreux facteurs jouent un rôle déterminant dans la propagation de l'infection à VIH-SIDA au sein de la population. Il s'agit aussi bien des facteurs biologiques, comportementaux que socio-culturels.

En raison de leur emprise, les religions peuvent également constituer un handicap aux actions en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA.

Il y a l'intransigeance des religions (notamment chrétienne et musulmane) qui ne sont pas favorables à l'utilisation du préservatif qui est le moyen efficace de protection contre le virus du SIDA, dans des situations à risque. Encore qu'il convient de mentionner une évolution sensible depuis deux (2) ans environ dans les messages des Autorités religieuses au Burkina Faso.

#### 8.1.1.4. *L'impact du VIH-SIDA sur les pratiques culturelles*

Une lecture globale de la situation générale de l'épidémie du VIH-SIDA permet de noter que son impact a incontestablement des répercussions multidimensionnelles. Ces impacts peuvent se traduire en ces termes:

- La désorganisation des systèmes de soutien social, dans la mesure où l'ensemble des relations et croyances sociales qui déterminent la collecte et la distribution des ressources, en espèces, en nature ou en travail, sont profondément perturbées.
- La modification des mécanismes traditionnels de prise en charge des orphelins (le poids de l'infection par le VIH-SIDA entraîne une détérioration des systèmes traditionnels de protection des enfants en difficulté).
- La modification des mécanismes traditionnels de soutien et de soins aux per-

#### ENCADRE 8.3

##### **Les musulmans dans la lutte contre le SIDA**

Aujourd'hui, l'on est bien obligé de concéder que le SIDA est bien une calamité et en plus, il ne touche pas seulement ceux qui s'adonnent à la fornication et aux autres vices. Effectivement l'on peut constater qu'un grand nombre de femmes, certaines des épouses vertueuses sont contaminées par leurs époux volages et meurent sans avoir compris ce qui leur arrivait. A l'inverse, mais ces cas sont nettement moins nombreux, des époux infidèles ramènent la maladie dans la famille et cause le malheur de leurs proches. Seule la puissance divine permet d'expliquer cette situation.

En ce qui concerne la lutte contre le SIDA, nous estimons indispensable de relever un certain nombre de réalités qui ont concerné le traitement de cette question depuis son apparition au Burkina Faso.

- Dans la définition de la stratégie de lutte contre le SIDA, nous pensons que le choix de la prévention par la sensibilisation seule au détriment de la prise en charge a été une erreur dès le départ. La prise en charge aurait permis de réduire l'impact socio-économique de la maladie et de circonscrire la propagation du fléau par la prise de conscience du séropositif.
- La priorité accordée à la sensibilisation a effectivement apporté l'information au plus profond de la cellule familiale. Mais elle a connu des effets pernicioseux. Les campagnes SIDA ont porté la question du sexe dans la rue avec l'idée pour les jeunes que la sexualité était maintenant autorisée, voire conseillée, à condition de se munir de préservatif. En s'adonnant à la sexualité, ils ont multiplié les occasions d'attraper la maladie. Les préservatifs ne peuvent pas être systématique-

ment utilisés si les rapports deviennent très fréquents.

- Quant au choix du préservatif comme principal moyen de lutte contre le SIDA, nous le considérons comme une véritable démission des services techniques face à leur responsabilité dans la question du SIDA. Que des services responsables de la santé des populations d'un pays accordent une priorité quasi exclusive à cette méthode peut paraître incompréhensible. Ce n'est que très récemment que l'on a commencé à évoquer les autres moyens de lutte que sont l'abstinence et la fidélité entre partenaires. En privilégiant le préservatif, on a du même coup exclu certains acteurs de la lutte contre le SIDA. Il s'agit des communautés religieuses. L'utilisation du préservatif soulève des problèmes d'ordre religieux qui empêchent ces groupes de prendre part au battage médiatique sur le SIDA. Or personne n'ignore le poids des confessions religieuses sur les consciences surtout en ces temps de désarroi matériel et de paupérisation croissante.

En résumé, l'islam combat tous les actes qui entraînent la dépravation des mœurs, facteurs de propagation de l'infection à VIH. Nous inscrivons notre façon de lutter contre le SIDA par l'abstinence et la fidélité, mais pas avec les préservatifs. Les associations islamiques élaboreront leur plan d'action qu'elles soumettront au Ministère de la Santé pour approbation et adoption, s'il n'est pas adopté, nous continuerons à lutter à notre manière.

Source: Rapport de la journée de plaidoyer sur le VIH-SIDA et les IST à l'intention des membres de la communauté des musulmans du Burkina Faso, Mars 2001.

sonnes âgées. En ce sens que les lourdes répercussions de l'épidémie du VIH-SIDA ont mis à nu la fragilité et les insuffisances des systèmes traditionnels visant à protéger les personnes âgées.

- L'effritement de la solidarité familiale (la notion a perdu son sens).
  - La transformation des perceptions.
  - La perturbation des rapports sociaux et la modification des pratiques funéraires.
- Comme on peut le constater, à travers ces éléments qui ont été énumérés, les dimensions culturelles n'échappent pas aux lourdes conséquences de l'épidémie à VIH-SIDA. Dans le contexte actuel, on peut donc conclure que le VIH-SIDA désorganise globalement les normes sociales établies, ainsi que les habitudes et les pratiques culturelles ayant largement cours dans les sociétés dites traditionnelles du Burkina Faso.

### 8.1.2. Les liens entre la dimension genre et le VIH-SIDA

La tendance à la féminisation de la pauvreté en Afrique en général et au Burkina Faso en particulier pourrait être aggravée du fait de l'épidémie du VIH-SIDA.

La femme en tant que productrice, partenaire, mère et soignante porte le plus grand fardeau lorsque le VIH-SIDA s'introduit dans une famille. Elle doit souvent assister un conjoint ou un compagnon infecté et malade, vaquer à ses occupations génératrices de revenus, s'occuper de ses enfants et enfin prendre en charge sa propre santé.

La femme chef de famille monoparentale doit assumer les contraintes matérielles et psychologiques de l'éducation de ses enfants souvent sans aide à domicile. Ces multiples tâches conduisent souvent à un épuisement financier, physique et psychologique prélude à la dislocation de la cellule familiale. Les changements de statut et de comportement dans la population féminine auront des retombées considérables pour l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH.

Afin de mieux cerner la problématique genre dans ses multiples relations avec le VIH-SIDA (les rôles et responsabilités des femmes et des hommes dans la pro-

#### ENCADRE 8.4

##### Harmoniser les initiatives de jeunesse

Du 20 au 21 juillet 2001, Ouagadougou a accueilli une rencontre d'associations de jeunesse de lutte contre le VIH-SIDA. Il s'agissait au cours d'un atelier de concertation, d'harmoniser les actions et initiatives et mettre en place le point focal du réseau africain des jeunes contre le SIDA.

Depuis l'apparition du VIH-SIDA, des efforts ont été entrepris pour y faire face. Malgré tout, ce sont des actions qui ont souffert du manque de concertation entre leurs initiateurs. Dans ces conditions, la logique a voulu que cette pandémie continue à faire des ravages en faisant partie des obstacles pour le développement de nombreux pays, surtout ceux d'Afrique, où le taux d'infection par l'épidémie à VIH est la plus élevée du monde. Et c'est la jeunesse dans cette situation, qui paie le plus lourd tribut en tant que couche exposée, la plus vulnérable, la plus touchée puisque les statistiques disent que 50% des nouvelles infections sont comptées parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Alors, elle doit se sentir la première interpellée pour des actions énergiques contre l'épidémie. Pour être plus efficace et donner plus de crédit à son combat quotidien, la jeunesse doit entreprendre des initiatives et des échanges d'informations et d'expériences. Cela a constitué le leitmotiv qui a guidé la mise en place du Réseau Africain des jeunes contre

le SIDA (RAJS) lors du forum pour le développement de l'Afrique à Addis-Abeba en décembre 2000. Il a fallu songer aux différents plans nationaux et constituer des relais pays. C'est dans ce contexte que l'APJAD, qui s'est toujours battue pour mobiliser la jeunesse africaine dans la lutte contre le VIH-SIDA, a organisé ce présent atelier pour harmoniser les différentes initiatives au niveau national à travers un cadre de concertation.

Pendant 48 heures des jeunes de 45 associations venus de 36 provinces du Burkina ont élaboré un plan d'action des mouvements de jeunesse à partir du cadre stratégique du Secrétariat permanent du comité national de lutte contre le SIDA qui est la prévention, le dépistage, la prise en charge des malades et le partenariat. Ils ont mis en place des points focaux dans les régions du centre, du nord, de l'ouest, de l'est et du sud. La coordination nationale du RAJS sera dirigée par Bagnomboé Bakyon avec un bureau de 8 membres. Ce dernier s'est dit satisfait de la tenue de cet atelier et a déclaré qu'à l'occasion de la CISMA prévue à Ouagadougou en décembre 2001, il se tiendra le forum international des jeunes qui va rassembler 300 jeunes.

A l'issue de l'atelier, les participants ont recommandé : qu'il y ait plus de jeunes dans l'organisation de la CISMA, le soutien des partenaires dans leur plan d'action, l'implication des filles dans ce combat

Source : Battiono Antoine, journaliste

pagation de l'épidémie) et de voir comment celle-ci peut contribuer à la prévention de la maladie, l'analyse portera sur deux points essentiels, à savoir :

- la situation de la femme et de la jeune fille
- les déterminants de la vulnérabilité des femmes

#### 8.1.2.1. La situation de la femme et de la jeune fille

Le Burkina Faso a une population totale de 10 312 609 habitants dont 5 341 727 sont des femmes, soit un peu plus de 51%. La population féminine est légèrement plus nombreuse, tant en milieu urbain que rural et est particulièrement plus exposée aux risques de contracter le virus du SIDA.

<sup>6</sup> INSD, Recensement général de la population et de l'habitat du Burkina Faso, Décembre 1998.

#### ENCADRE 8.5

##### Lutte contre le SIDA : l'approche chrétienne

Le 3 février 2001 a eu lieu à la Maison des jeunes et de la culture de Yako une conférence sur le thème : " lutte contre le SIDA : l'approche chrétienne ". Elle a été organisée par la Jeunesse des Assemblées de Dieu (JAD) de Yako et animée par monsieur Harouna Sawadogo, infirmier diplômé d'Etat en service au district Sanitaire de Yako. Cette conférence entre dans le cadre des activités du projet portant prise en charge des malades du SIDA, initié par le JAD de Yako et financé par l'initiative privée communautaire (IPC). Ce projet est le troisième que l'IPC a financé au profit de la JAD de Yako. C'est en 1995 que celle-ci a commencé ses activités de sensibilisation sur le SIDA et depuis, la JAD a mené plusieurs activités dont la formation de 80 personnes représentant 80 églises des Assemblées de Dieu, sur l'IEC SIDA, des projections de films suivies de débats, des jeux concours, des visites à domicile aux malades de SIDA suivies de distribution de savon, de poisson, de produits pharmaceutiques, etc. Selon le président de la JAD de Yako, monsieur Joseph Nanama, leurs activités ne se déroulent pas sans difficultés. Il a cité par exemple le manque de soutiens financier et moral de l'église des Assemblées de Dieu de Yako, la précarité de l'enveloppe financière allouée aux malades du SIDA, la réticence des jeunes vis-à-vis des test

sur le SIDA. S'agissant de la conférence, le président de la JAD de Yako dans son mot introductif a dit que l'objectif de la conférence était de sensibiliser la population afin qu'elle puisse se protéger du SIDA par l'approche chrétienne, c'est-à-dire en observant les conseils des Saintes Ecritures. Le conférencier a ensuite fait son exposé qui s'est articulé autour des points suivants : qu'est-ce que le SIDA, la situation du SIDA au Burkina Faso et au Passoré, les méthodes de transmission du SIDA, les signes du SIDA, l'importance des tests, comment éviter la maladie par l'approche chrétienne, etc. Selon le conférencier, les trois règles d'or pour éviter la maladie par l'approche chrétienne sont : l'abstinence des rapports avant le mariage, faire le test avant le mariage et la fidélité du couple durant le mariage. Le conférencier a informé l'assemblée des tests gratuits initiés par l'association Solidarité et entraide mutuelle au Sahel à l'intention de la population et ce jusqu'au 28 février 2001 et du don de médicaments au district sanitaire de Yako par le gouvernement et destiné aux malades du SIDA. Il a ajouté qu'il revient maintenant à ceux-ci de se signaler au district de Yako et de mettre en place leur association pour gérer ces médicaments. Après son exposé, il s'est prêté aux différentes questions.

Source : JAD, février 2001

Au Burkina Faso la situation des femmes apparaît globalement précaire. En ce sens que la population féminine est l'une des catégories sociales les plus démunies et marginalisées. Par ailleurs, les femmes occupent une position défavorisée autant, sur le plan social, éducatif, politique, économique que sanitaire ainsi que l'attestent le calcul de l'indicateur sexospécifique de développement (0,306 en 1999) et celui des pénuries de capacité (0,318 en 1997).

##### \* *Sur le plan éducatif*

Sur le plan éducatif, la situation de la femme n'est pas enviable. Le taux d'analphabétisme (91,5%)<sup>7</sup> des femmes

en milieu rural est très élevé au Burkina. Le taux global de scolarisation primaire qui était de 30% en 1990 est passé à 41% en 1999. Tout comme les femmes en ce qui concerne l'alphabétisation, les filles connaissent une sous-scolarisation, soit 34%<sup>8</sup>.

Malgré le faible taux d'alphabétisation (8,5%), les femmes rurales tiennent une place importante dans le développement économique rural.

##### \* *Sur le plan socio-économique*

Le statut social de la femme, à la fois épouse, mère et main d'œuvre est souvent défavorisé. Au nom de ce statut, elle subit un certain nombre de pratiques ancestrales telles que les mutilations génitales (l'excision), le mariage forcé et la polygamie, les nombreuses maternités.

En raison de son faible pouvoir d'achat, la femme est confrontée à de sérieuses difficultés d'accès aux ressources économiques comme la terre, les crédits, etc. Par ailleurs, elle est économiquement faible parce qu'elle n'a pas le contrôle entier sur le revenu tiré de ses activités de production.

En ce qui concerne le contrôle du revenu de la femme, il est le plus souvent assuré par l'homme, autrement dit le chef de ménage. Les femmes ne tirent que 4,7% de leur revenu des activités agricoles contre 32,4% pour les hommes, selon le rapport de l'ENSA.

##### \* *Sur le plan sanitaire*

La situation sanitaire des femmes demeure préoccupante d'une manière générale, à cause de la précarité de la santé de la reproduction exacerbée par le surmenage physique, la malnutrition et les maternités trop rapprochées ou précoces.

Aujourd'hui, cette situation devient encore plus préoccupante, voire inquiétante du fait de la vulnérabilité particulière des femmes vis à vis de l'infection par le VIH-SIDA, qui est une donnée essentielle à la compréhension de l'épidémie. Quant aux déterminants de cette vulnérabilité, ils tiennent à de multiples facteurs.

<sup>7</sup> INSD, Enquête nationale de statistiques agricoles (ENSA), Rapport général, Mai 1995.

<sup>8</sup> PNUD, op. cit.

### 8.1.2.2. Les déterminants de la vulnérabilité des femmes

Les femmes et les jeunes filles constituent le groupe social qui paie le plus lourd tribut à l'épidémie meurtrière du SIDA. Au Burkina Faso, il y aurait plus de femmes infectées que d'hommes (6 femmes pour 5 hommes), selon les dernières estimations de l'ONUSIDA-OMS<sup>9</sup>.

Dans ce contexte, la démarche genre est un outil d'analyse qui permet de mieux cerner les rôles et responsabilités des hommes, des femmes et des jeunes dans la diffusion du VIH-SIDA et de consolider les démarches d'équité et de responsabilité pour la lutte contre le SIDA.

Faire une analyse particulière de la situation des femmes et des jeunes filles dans le contexte actuel de généralisation du VIH-SIDA s'avère donc une nécessité incontournable: la population féminine se voit par moment incriminée ou culpabilisée, pour diverses raisons quant à la propagation de la maladie. Cette incrimination est-elle justifiée ? Y a-t-il des facteurs spécifiques à la femme qui favorisent sa vulnérabilité à l'infection par le VIH ?

#### \* *Les facteurs biologiques*

Les différences physiologiques entre les organes génitaux de l'homme et de la femme contribuent directement à accroître le risque d'infection par le VIH chez la femme. Sa vulnérabilité accrue au risque de transmission du VIH lors des rapports sexuels s'explique par plusieurs facteurs biologiques<sup>10</sup>, notamment :

- l'existence d'IST souvent asymptomatiques ou non diagnostiquées,
- des relations sexuelles pendant les menstruations,
- La contraception hormonale,
- Les ectopies cervicales,
- Les micro-traumatismes génitaux.

En effet, la fragilité de la muqueuse génitale de la femme et sa large surface exposée lors des rapports sexuels favorisent le passage du virus par des lésions minimes. Chez les femmes très jeunes, les sécrétions vaginales peu abondantes et l'im-

maturité du col utérin augmentent encore le risque de transmission<sup>11</sup>. Les sécrétions génitales masculines restent parfois en contact relativement prolongé avec les muqueuses vaginales et cervicales.

Par ailleurs, les infections génitales sont souvent asymptomatiques et peuvent fragiliser davantage les organes génitaux féminins. Lors des menstruations les rapports sexuels sont également potentiellement plus infectants.

Chez les jeunes filles ou lors de rapports sexuels coercitifs, la muqueuse peut être traumatisée et présenter des portes d'entrée au VIH. Tous ces facteurs expliquent que le risque de transmission lors d'un rapport sexuel est plus élevé lorsque le partenaire masculin est séropositif que dans le cas inverse.

En dehors du risque de transmission, la femme déjà infectée par le VIH est exposée à certaines affections opportunistes spécifiques comme les infections à "Papilloma virus" qui font le lit du cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, des études confirment que les aspects cliniques en particulier de la réaction aux traitements antirétroviraux pourraient être influencés par le profil hormonal et la composition de la masse corporelle chez la femme.

La femme VIH-séropositive ignorant son statut sérologique ou voulant assumer un désir de conception en toute conscience est soumise au risque de transmettre le VIH à son enfant lors de la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement.

#### \* *Les facteurs socioculturels*

Dans la société traditionnelle, les femmes sont souvent confinées au rôle de la reproduction et de la production: elles doivent donc assurer la perpétuation de la lignée et la production domestique. A ce titre, la femme subit alors de nombreuses pesanteurs socioculturelles qui expliquent sa vulnérabilité au risque d'infection par le VIH-SIDA.

- *Les mariages forcés* exposent les jeunes filles à des relations sexuelles obligées et traumatisantes avec des

*" Avec les filles, il faut prendre ses précautions. Tu es avec une au sérieux et avec l'autre, tu t'amuses. Le jours que ça ne va pas avec la première, tu te rabats sur la deuxième en attendant ".*

Elève, Bobo-Dioulasso,

<sup>9</sup> ONUSIDA/OMS, Rapport 2000 cité par le PAYS in Votre Santé, N°0045 Mars 2000.

<sup>10</sup> Carael M. et al. The making of HIV epidemics : what are the driving forces ? AIDS 1997, 11 (suppl B) : S23-S31

<sup>11</sup>: Point de vue ONUSIDA: Les femmes et le SIDA Octobre 1997

hommes adultes ayant souvent des partenaires sexuelles.

- **Les mariages précoces:** le statut de la femme dans les sociétés patrilineaires l'expose souvent aux mariages précoces et sans consentement préalable de sa part. Du fait de son faible pouvoir de négociation, elle subit les rapports sexuels, non protégés le plus souvent. Ainsi elles sont exposées à des grossesses précoces, multiples et rapprochées avec tous les risques de contracter le virus du SIDA.
- **Les mutilations génitales (l'excision), les scarifications et les tatouages** sont des pratiques traditionnelles exposant au contact sanguin et qui, souvent réalisées en groupe, peuvent comporter un risque de transmission du VIH-SIDA.
- **Le lévirat comme le sororat** sont des pratiques traditionnelles qui, lorsqu'elles ne sont pas encadrées de conseil-dépistage peuvent entraîner une exposition des nouveaux conjoints et donc en particulier de la femme à une infection par le VIH. Les objectifs majeurs visés par la pratique du lévirat ont toujours été, d'une part, d'assurer la protection sociale de la veuve en la remariant aux frères du défunt mari, et d'autre part, d'assurer l'éducation des enfants et la bonne gestion de l'héritage familial.

#### ENCADRE 8.6

##### Attention aux messages brouillés: Le cas du Lévirat

Depuis quelques temps on assiste au développement de l'idée que le lévirat est, comme les scarifications traditionnelles et l'excision, une pratique ancestrale néfaste car propagatrice de l'infection par le VIH. Si pour les deux premières on peut discuter de la validité de l'interprétation sans pour autant mettre en doute leur nuisance, pour le lévirat un important travail anthropologique montre au contraire que l'interruption du lévirat pourrait accentuer la propagation du VIH.

Si un homme décède du SIDA, son ou ses épouses ont des fortes chances d'être contaminées. La répartition de ces femmes entre les frères du défunt peut donc exposer à une diffusion de la maladie dans la famille, les hommes nouvellement infectés pouvant infecter à leur tour leurs autres femmes. Cependant, si ces veuves ne sont pas redistribuées

dans la famille, il ne leur reste le plus souvent pour survivre qu'à se trouver un compagnon hors de réseau familial qui l'a rejetée. Elles doivent en général multiplier les rencontres avant de trouver une union stable, la diffusion du virus est alors arithmétiquement plus large que dans le cas d'une diffusion intra familiale. Par ailleurs, le lévirat est une pratique coutumière qui concerne principalement la redistribution des biens et pour la femme la garantie de rester auprès de ses enfants, il s'agit donc d'un dispositif de protection sociale des veuves.

L'abandon du lévirat est donc sans effet favorable sur la diffusion de l'épidémie, tandis que les messages recommandant, au nom du SIDA, la suppression de cette pratique ne sont pas dénués d'effets pernicieux sur l'environnement social.

Source: B. TAVERNE, " Stratégie de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et SIDA au Burkina Faso ". Sciences sociales et santé, 1996.

Cependant avec l'épidémie du VIH-SIDA, la pratique du lévirat serait un déterminant de la propagation du VIH-SIDA dans la population.

De ce point de vue, la femme est une fois de plus culpabilisée à cause d'une pratique ancestrale: le remariage de la femme ou des femmes seropositive(s) entre les frères du défunt est ainsi considéré comme un cercle vicieux dans la diffusion de la maladie du VIH-SIDA au sein de la famille. Cette idée semble la plus partagée, par contre des études anthropologiques indiquent que l'interruption de la pratique du lévirat dans nos sociétés pourrait bien au contraire augmenter la propagation du VIH-SIDA<sup>12</sup>. En ce domaine, les efforts de prévention et de dépistage sont fondamentaux.

#### \* Les facteurs économiques

Les femmes sont particulièrement exposées aux rapports sexuels à risque à cause de leur statut économique. En raison de leur pauvreté, les femmes subissent encore des pressions économiques, augmentant leur vulnérabilité à l'infection par le VIH. De ce fait, les relations sexuelles en contrepartie avec de l'argent ou des cadeaux apparaissent comme une stratégie pour lutter contre la pauvreté<sup>13</sup>.

- **La prostitution:** le milieu de la prostitution au Burkina Faso, à l'instar des autres pays de la sous-région est caractérisé par la prédominance de la séropositivité. En effet, selon une enquête réalisée en 1994 au niveau des prostituées et des filles de bar, le taux de prévalence observé chez les prostituées des deux principales villes notamment Ouagadougou et Bobo-Dioulasso était de 58,2%<sup>14</sup>. Les professionnelles du sexe du fait des partenaires multiples apparaissent comme le groupe spécifique le plus infecté. Ainsi, de par son caractère singulièrement féminin, la prostitution contribue beaucoup plus à attribuer à la femme un rôle important dans la diffusion de l'épidémie du VIH-SIDA au sein des populations.

<sup>12</sup> B. TAVERNE, " Stratégie de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et SIDA au Burkina Faso ". Sciences sociales et santé, 1996.

<sup>13</sup> ONUSIDA, Rapport 2000, op. cit.

<sup>14</sup> Grégoire L.J.; Auregan G.; Renterghem H.V. Epidémie du VIH-SIDA: Diagnostics et réponses opérationnelles. PNUD-CICDoc-Alliance Internationale contre le VIH-SIDA, Avril 2000.

• **Les jeunes filles et fillettes du secteur informel** qui constituent des “*catégories sociales vulnérables*” sont très affectées. Des situations de viols d’enfants et de pédophilie ont été relevés en milieu scolaire ou dans des cercles de familles. Généralement non alphabétisées, celles-ci sont également livrées au harcèlement sexuel et à la tentation de rapports sexuels à risque en particulier au sein des unités économiques des zones urbanisées. Les vendeuses ambulantes, serveuses de bars, kiosques et autres points

de brassage social sont des exemples de groupes cibles dans ce contexte.

**\* Les facteurs éducatifs**

L’analphabétisme des femmes (85,4%) et la sous scolarisation des filles (34%) sont assez élevés. Du fait de leur faible niveau d’instruction, elles ont difficilement accès à l’information concernant les dangers des comportements à risques ou sont moins en mesure de comprendre les messages de prévention de la maladie. Au demeurant, une telle situation de quasi-

**ENCADRE 8.7**

**Ensemble contre le SIDA**

**Viols de femmes à Gaoua**

**La population sous le choc**

A Gaoua, chef-lieu de la province du Poni, la population très active vit encore sous le coup du procès du “docteur Valium”, le laborantin Bassono, âgé de 29 ans, condamné le 29 mai 2001 par le tribunal de grande instance de Gaoua, à 24 mois de prison ferme. Accusé d’exercice illégal de la médecine, d’atteinte à la pudeur et à l’administration de substances nocives aux malades.

En effet, le condamné a, depuis le début de sa carrière en 1997, violé 207 femmes parmi lesquelles cinq séropositives. Laborantin au CHR de Gaoua, il profitait de ses fonctions pour soumettre ses victimes à sa volonté : en les doigtant ou en leur baissant la jupe.

**Moussa Zougouri** : Tout le monde ici à Gaoua est unanime pour dire que le verdict prononcé par le tribunal à l’encontre de Bassono pour ses actes commis est en deçà de la sanction qui devait lui être infligée.

Vous vous imaginez que c’est jusqu’à 207 femmes qui ont été victimes des actes ignobles de cet homme. Pour moi, cet individu est un criminel et à défaut de lui appliquer la peine capitale, c’est la prison à vie qui devait lui être appliquée. Autrement, lorsqu’il aura purgé sa peine de deux ans, s’il ne meurt pas, je suis convaincu qu’il va recommencer. Nous exigeons donc que ce verdict soit revu.

**Dramane Ouattara** : j’affirme que le verdict du tribunal n’est pas proportionnel à la faute commise. Mais que voulez-vous ? La justice c’est la justice. Ceux qui ont prononcé le verdict l’ont fait certainement en tenant compte des textes de loi. Mais les citoyens que nous sommes avons vraiment du mal à comprendre. Ce monsieur-là est un intellectuel. Il a posé ses actes en toute lucidité. Vous savez que parmi ses victimes il y a des femmes mariées. Votre épouse qui va voir un agent de santé pour une simple consultation et ce dernier l’endort avec une drogue afin d’abuser d’elle sans son consentement, il faut avouer que cela révolte et peut nous amener à lui en vouloir à mort. Ce qu’il a fait est très grave. Sur les 207 victimes, il y en a certainement qui sont malades. Il a pu contracter ces maladies et a sans doute dû à son tour contaminer certaines de ses victimes.

**D.S. (proche d’une victime)** : Pour moi, cet individu doit être condamné à la peine capitale car c’est un criminel. Des gens ont voulu coller à ce monsieur, le statut de “malade mental” ou du moins quelque chose de ce genre. Personnellement je dis que ce type-là se porte bien. Il a posé ses actes en toute lucidité et les honnêtes gens ont pu remarquer que ce sinistre individu n’a rien d’un homme déséquilibré.

Il faut que les victimes soient situées sur l’état sérologique de ce monsieur. Vous savez que Gaoua est classée parmi les villes du

Burkina les plus touchées par le VIH. La peine capitale que nous préconisons pour ce type n’est même pas suffisante. S’il s’avère qu’il est séropositif, nous exigeons que les victimes soient dédommagées car elles-mêmes sont devenues de potentielles porteuses du VIH. Si un couple aujourd’hui contracte cette maladie par la volonté d’un agent de l’Etat dans l’exercice de ses fonctions, nous affirmons que l’Etat est pleinement responsable. Nous croyons fermement qu’à un moment donné, des responsables de l’hôpital ont dû être informés des pratiques pas du tout orthodoxes de ce type et ils n’ont rien fait. C’est pour cela que nous disons que l’Etat est pleinement responsable de ce qui est arrivé. S’il est alors déclaré que cet individu est séropositif, nous demandons que toutes les victimes soient prises en charge médicalement et psychologiquement par l’Etat. Nous lançons donc un appel aux structures étatiques compétentes pour que ce dossier soit traité comme il se doit par la Cour criminelle. Pour cela nous prenons à témoin l’opinion nationale et internationale.

**Sidwaya (S)** : Vous connaissez certainement des victimes à qui nous pouvons nous adresser pour avoir de plus amples informations ?

**D.S.** : Je crois que ce n’est pas indiscret de ma part de dire que moi-même j’en suis une victime parce que mon épouse a subi les exactions de M. Bassono (c’est le nom de ce dernier baptisé “docteur Valium”). Pour un prélèvement vaginal, s’il faut endormir une femme pour abuser d’elle, c’est criminel. Je parle au nom des victimes. Lors du jugement, quelques victimes étaient présentes. Mais il y en a qui n’ont pas voulu se présenter. Je lance un appel pressant à toutes ces personnes pour qu’elles sortent de l’ombre afin que nous fassions bloc pour obtenir réparation. Il faut que les victimes fassent valoir leurs droits. Vous imaginez que sur les 207 victimes il y en a cinq qui sont séropositives aux dires de Bassono lui-même. Il l’a dit le jour du jugement. J’invite donc toutes les populations burkinabè, les associations humanitaires et surtout féminines afin qu’elles fassent pression pour que ce dossier aboutisse.

**Adjaratou Ouédraogo** (15 ans, élève en classe de 4<sup>ème</sup>) : Quand je faisais la cinquième l’année dernière, les élèves avaient été conviées à des séances de sensibilisation sur les MST. C’est ce monsieur qui était chargé d’animer ces séances. Nous étions assez nombreuses lorsque nous y sommes allées. A la fin, il nous a demandé d’entrer une à une dans son bureau. Nous avons refusé et nous sommes entrées toutes ensemble. Il a insisté disant qu’il voulait nous voir une à une. Nous ne savions pas que ce type était mauvais. Maintenant, après tout ce qu’il a fait aux filles (élèves), deux ans de prison ce n’est pas beaucoup. Beaucoup de filles de Gaoua ont vu leur avenir compromis par sa faute. J’aurais voulu qu’il soit condamné à dix ans de prison.

Source : B.B. J.  
Interview expresse réalisée par Etienne Nassa et Bilélé Benin : SIDWAYA N°4302 du jeudi 12 juillet 2001.



ignorance ne pourrait que les exposer davantage aux risques d'infection du VIH-SIDA.

#### \* *Les facteurs liés à l'allaitement*

Dans la société traditionnelle et suite aux campagnes de promotion de l'allaitement maternel, ce dernier garde sa suprématie sur le lait maternisé. Sa composition et les anticorps qu'il contient reste d'un intérêt plus que jamais affirmé pour le nourrisson. Aussi, il est encore très difficile d'explicitier et de faire accepter que les virus éventuellement présents chez la mère sont également susceptibles d'être transmis à l'enfant par le biais de l'allaitement.

La transmission de la mère à l'enfant est pourtant l'un des modes importants de transmission du VIH au Burkina Faso. Les dernières données de séoprévalence du VIH (enquêtes 1999)<sup>15</sup> situent la proportion des femmes enceintes séropositives entre 4% et 8,4%.

Face à cette transmission périnatale, la femme se trouve doublement incriminée: d'une part, en tant que femme jouant un rôle prépondérant dans la diffusion de la maladie au sein de la population et d'autre part, en tant que mère qui infecte sa progéniture. C'est compte tenu de la gravité de la situation que la "Fondation Suka" s'est dotée d'un plan d'action pour les mères et enfants infectés du VIH, en vue de leur apporter un soutien significatif à tous les niveaux. D'autres institutions entreprennent également des actions en ce sens mais ces initiatives restent concentrées dans les principales villes du Burkina Faso.

Contrairement à ce qu'on pense, il convient de signaler que le taux de transmission périnatale du VIH peut être énormément réduit à travers l'adoption de certaines pratiques par les femmes. En effet, avec l'abandon de l'allaitement au niveau des femmes séropositives, le taux de transmission serait réduit de la moitié, selon les sources médicales.

#### \* *Les facteurs sociaux ou liés aux comportements*

En raison de son statut social inférieur, la femme est victime de multiples pressions

sociales qui renforcent sa vulnérabilité au risque d'infection à VIH-SIDA. L'idéal féminin est caractérisé par la passivité et l'ignorance de la femme et à la soumission aux besoins sexuels de l'homme.

- **La violence et les abus sexuels** faits aux femmes sont souvent l'expression de la virilité et la domination masculine ou parfois l'expression d'un vice. L'excès de consommation d'alcool peut également favoriser un comportement sexuel dangereux et violent. De nombreuses femmes reconnaissent leur impuissance à maîtriser la situation lorsqu'il s'agit de décider de quand ont lieu les rapports sexuels et dans quelles conditions. Dans des situations de violence ou coercition sexuelle, la femme n'a guère la possibilité de prendre des mesures pour se protéger de l'infection ou d'insister pour que son partenaire prenne des précautions.

- **Le droit de cuissage:** de plus en plus, les femmes sont victimes de harcèlement sexuel dans les services, et les élèves sont victimes du droit de cuissage de la part des enseignants.

- **L'alcool et les drogues:** chez les femmes, la consommation excessive d'alcool et de drogues est souvent associée à l'échange de rapports sexuels contre des drogues ou de l'argent, ce qui multiplie encore les risques face à l'infection à VIH.

- **La migration:** certaines situations socio-économiques ou politiques peuvent obliger la femme à l'aventure ou à la recherche de la sécurité. Ainsi de nombreuses femmes migrantes ou réfugiées, et même des fillettes recourent au commerce du sexe pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Outre ces considérations, il faut signaler que la contamination croissante actuelle des jeunes filles demeure une problématique de la dimension genre dans la lutte contre le VIH-SIDA. Ainsi, parmi les tranches d'âges les plus touchées par le VIH-SIDA de nos jours, figurent en bonne position les jeunes filles âgées de 13 à 24 ans dont les taux d'infection sont de l'ordre de 5 à 8 fois supérieurs à ceux des garçons du même âge<sup>16</sup>.

*" Je ne fais pas les rapports avec n'importe quelle femme. Je choisis bien. Je regarde si elle est en bonne santé et en forme. Là je n'utilise même pas le préservatif. Mais si je doute d'elle, j'utilise ".*

Routier, Ouahigouya

<sup>15</sup> CNLS, Bulletin Sida-Retro-Info, N°004

<sup>16</sup> CNLS, Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH-SIDA 2000-2005, Décembre 2000.

Le phénomène trouve son explication selon des études récentes<sup>17</sup>, à travers le fait que certains hommes préfèrent avoir des rapports sexuels avec des filles plus jeunes, en pensant ainsi éviter les risques d'infection au VIH.

## **8.2. Les politiques et les stratégies**

Convaincu que le VIH-SIDA n'est pas seulement un problème de santé, mais aussi et surtout un problème de développement, le gouvernement du Burkina Faso a aussitôt compris que les politiques et stratégies en faveur de la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA constituent un défi multidimensionnel. C'est dans cette optique que le Burkina Faso a élaboré un Cadre Stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH-SIDA pour la période 2001-2005.

Compte tenu des priorités gouvernementales en matière de lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA au Burkina Faso, et au regard également de l'analyse critique des dimensions culturelles et du genre en rapport avec le VIH-SIDA, la nécessité d'un diagnostic des réponses apportées dans ce contexte s'avère incontournable et les questions suivantes s'imposent:

- Quel est l'état des politiques et stratégies culturelles et du genre en matière de lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso ?
- Depuis l'existence de l'épidémie au Burkina Faso, quelles ont été les réponses apportées par le biais des dimensions culturelles et du genre au VIH-SIDA ?

### **8.2.1. Les politiques et les stratégies culturelles et du genre en matière de lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA**

La prise en compte des dimensions culturelles et du genre dans la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA doit être considérée comme une continuité d'actions depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. En vue donc d'une réponse spécifique efficace, dans le sens d'une réduction de l'impact global du VIH-SIDA sur les différents groupes sociaux, il faut une synergie d'actions concertées entre les chefferies tradition-

nelles, les responsables religieux et les leaders des associations féminines.

Suite à la synthèse de la revue documentaire et à des entretiens avec les principaux acteurs, il n'apparaît pas à proprement parler d'orientations politiques et stratégiques spécifiques concernant les aspects culturels et du genre en matière de lutte contre le VIH-SIDA. Ce manque à combler tient à l'absence de cadre de concertation entre les différents acteurs concernés.

### **8.2.2. Les réponses apportées à la situation**

Malgré la bibliographie burkinabé assez fournie dans le domaine du VIH-SIDA, elle ne révèle aucune étude spécifique traitant de la problématique du VIH-SIDA et de ses multiples relations avec les dimensions culturelles et le genre.

L'objectif étant toutefois de parvenir à une analyse critique des réponses apportées à l'épidémie du VIH-SIDA, les éléments de réponse, consécutifs à l'analyse des entretiens avec les principaux acteurs concernés, peuvent s'articuler à plusieurs niveaux.

#### **8.2.2.1. Les réponses traditionnelles au VIH-SIDA**

Malgré sa diversité et ses spécificités culturelles qui constituent une richesse pour le Burkina Faso, cette richesse culturelle n'a pas encore connu une mobilisation significative relative à des actions en faveur de la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA. Dans les communautés traditionnelles où vivent la majorité de la population burkinabé, on peut retenir les points suivants :

- Dans la réalité, il n'existe pas d'activités de prévention du VIH-SIDA - telles que l'information, l'éducation et la communication (IEC) - qui soient entreprises sur l'initiative propre de nos sociétés traditionnelles. Les dernières réflexions en faveur des démarches pour le changement de comportement sont une étape encore préliminaire.
- En milieu rural, il n'existe pas de véritable mécanisme de prise en charge médicale des malades du SIDA et des

<sup>17</sup> Ministère de l'économie et des finances, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

personnes vivant avec le VIH. Toutefois, les veuves et les orphelins bénéficient encore d'une assistance communautaire ce qui n'est plus le cas dans les grandes villes.

- On peut tout de même noter que la promotion des préservatifs se fait dans les boutiques et les étalages qui sont les seuls lieux d'approvisionnement en milieu urbain et rural depuis 3 à 4 ans, où le stockage et la distribution sont parfois questionnés par les associations et les individus.
- L'implication des chefs traditionnels à la lutte contre le VIH-SIDA est nouvelle et porteuse d'espoirs.
- L'abandon progressif de la pratique de l'excision est une réponse non négligeable pour préserver les jeunes filles du SIDA.
- Les tentatives de réponses traditionnelles sont observées au niveau des tradipraticiens qui essayent de former un cadre organisé en vue de trouver un ou des traitements conséquents aux malades du SIDA et aux personnes séropositives.

#### 8.2.2.2. Les réponses religieuses au VIH-SIDA

Si de par leur influence sociale, les religions peuvent jouer un rôle capital dans la lutte contre l'infection à VIH, il n'en demeure pas moins que leur mobilisation autour de la problématique du VIH-SIDA est restée relativement limitée jusqu'en 1997-1998. Depuis 2 ans, une mobilisation nouvelle est apparue.

- En matière de prise en charge médicale des malades du SIDA et des PV-VIH, le Centre médical *Saint Camille* fournit de réels efforts quant au traitement des infections et affections opportunistes à un coût vraiment social.
- Les activités de prévention du VIH-SIDA en termes de sensibilisation et de promotion des préservatifs demeurent encore insuffisantes malgré des avancées significatives ces 2 dernières années.

#### 8.2.2.3. Les réponses genre au VIH-SIDA

Les enquêtes épidémiologiques ciblant les femmes enceintes donnent une idée de la séroprévalence chez les femmes fréquentant les formations sanitaires. Des études en milieu rural permettraient d'avoir une idée de la séroprévalence dans les zones moins médicalisées. Par ailleurs, la séropositivité a des conséquences sur la fertilité des femmes. Ceci peut constituer un biais dans les études extrapolant la séroprévalence chez les femmes enceintes à la population générale.

Les études d'impacts socio-économiques réalisées avec l'appui du PNUD et du Danemark sous l'égide du CNLS permettront de mesurer le fardeau de l'épidémie dans la population en général et sur les femmes en particulier. Elles préciseront en particulier les adaptations socioculturelles en matière de gestion des patrimoines

- Une étude récente<sup>18</sup> a montré que les institutions publiques, les syndicats, les ONG et coopérations multilatérales et bilatérales intervenant au Burkina Faso affirment tenir compte de l'approche genre dans leurs programmes et avancent pour preuve l'implication importante des femmes dans leurs activités.
- Cependant, la prise en compte de ce concept dès l'élaboration et la planification des projets et programmes n'est pas aussi visible. Le FNUAP et l'UNICEF forment les responsables des projets qu'ils appuient à la prise en compte de la dimension genre. Certaines coopérations bilatérales ont également une démarche systématique incluant le genre.
- Globalement si le genre est reconnu par les partenaires et intervenants comme une composante importante, la mise en œuvre systématique de l'approche dans la planification stratégique reste encore limitée.
- Les stratégies de réduction de la transmission du VIH concernant particulièrement les femmes demeurent le préservatif féminin, une méthode de protection qui donne l'initiative à la

<sup>18</sup> Gisèle Kaboré, Idrissa Ouédraogo, Suzane Sobela: Collecte des données dans quatre pays pour évaluer la prise en compte de l'approche genre dans les programmes et projets VIH-SIDA. Le cas du Burkina Faso. Rapport Avril 2000.

femme en matière de santé reproductive et de prévention des IST-VIH-SIDA. Cependant, les femmes n'ont pas véritablement accès à ces moyens contraceptifs dans les pays en développement, bien que certaines ONG et OBC du Burkina Faso aient sollicité une assistance dans ce domaine.

### 8.3. Les perspectives

#### 8.3.1. Pour une meilleure prise en compte des dimensions culturelles dans la lutte contre le VIH-SIDA

Qu'elles aient des conséquences négatives ou qu'elles constituent une source d'espoirs en matière de lutte contre le VIH-SIDA, les valeurs culturelles deviennent de plus en plus une nécessité incontournable dans la compréhension globale et la mise en oeuvre d'une stratégie intégrale visant à endiguer la maladie. Les dimensions culturelles s'avèrent être un facteur déterminant pouvant influencer la lutte et les changements de comportements. Il devient de ce fait impératif de prendre en compte un certain nombre d'aspects clés dans la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA:

La population étant majoritairement rurale (environ 80%), on peut oser affirmer que la plupart des burkinabé a des principes de vie fondés sur les croyances ancestrales, faites notamment de sacrifices, de fétiches, etc. De ce fait, ces valeurs, auxquelles beaucoup sont culturellement attachés, devraient constituer une porte d'entrée en vue d'asseoir une nouvelle forme de stratégie de lutte contre le VIH-SIDA, reposant essentiellement sur les rites et cérémoniaux traditionnels susceptibles de conduire à des changements de comportement.

Pour l'ensemble des communautés traditionnelles burkinabé et pour la plupart de la population de façon générale, les coutumes et croyances locales sont une source de protection divine contre toute forme de calamité naturelle ou surnaturelle. Elles constituent, également et surtout, le dernier recours en cas de difficulté angoissante vis-à-vis du SIDA.

Les religions ayant une forte capacité d'influence sur les individus, il serait urgent et indispensable de faire recours à l'engagement personnel des responsables

religieux, afin de pouvoir les impliquer activement dans la lutte contre l'épidémie du VIH-SIDA. Des efforts ont été réalisés en vue de les sensibiliser et de les former. Cependant, beaucoup reste à faire.

Il est d'une nécessité capitale de créer et rendre fonctionnel un cadre de concertation tripartite entre *la chefferie traditionnelle (chefs coutumiers)*, *les responsables religieux et les tradipraticiens* en vue d'une stratégie d'intervention concertée et complémentaire en matière de lutte contre le VIH-SIDA.

Les familles et les communautés quant à elles devront libérer toutes leurs capacités créatrices pour atténuer l'impact de l'épidémie et accepter de remettre en question certaines valeurs et normes traditionnelles qui favorisent la propagation du VIH-SIDA.

Les recherches relatives à l'utilisation des préservatifs féminins devront permettre de déterminer les conditions de son acceptation et de son adoption en particulier par les femmes exposées aux partenaires sexuels multiples.

Les recherches sur les microbicides et leur acceptation restent une voie importante pour renforcer la protection des femmes lors des rapports sexuels. Leur utilisation doit être couplée avec celle des méthodes "barrières" que sont les préservatifs.

#### 8.3.2. Pour une prise en charge globale de l'infection à VIH-SIDA chez la femme

La prise en charge globale des PV-VIH implique un continuum de conseils, soins et appuis impliquant le système de santé et les autres services publics ainsi que le secteur privé et les organisations à base communautaire. La prise en compte des femmes dans ce cadre doit considérer tous les facteurs de vulnérabilité identifiés au niveau du diagnostic.

- Les femmes doivent s'impliquer dans la réponse globale à l'épidémie, se regrouper en organisations et en réseaux associatifs de PVVIH pour mieux participer aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA et le IST.
- Elles doivent faire valoir les droits qui leurs sont garantis par les textes en vigueur et être une force de proposition

et de plaider pour une meilleure protection et un meilleur respect de leurs droits.

- Les femmes devraient bénéficier de services de conseil-dépistage adaptés à leurs conditions et aux événements de leur vie (mariage, grossesse). Elles doivent être prises en compte comme partenaires et bénéficier le plus tôt possible de l'information sur leur statut sérologique et celui de leur conjoint.
- Elles ont besoin de soins, de soutien psychosocial et spirituel ainsi que d'une aide matérielle lorsqu'elles sont dans la précarité ou que leur santé se détériore. Elles doivent bénéficier d'aide pour l'éducation et la santé de leurs enfants et accéder aux protocoles de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ainsi qu'aux médicaments contre les infections et affections opportunistes.
- La mise en place des traitements anti-rétroviraux devrait réserver une place de choix aux femmes compte tenu de leur dépendance économique.
- Des activités génératrices de revenus au profit des femmes infectées ou affectées par le VIH-SIDA leur permettront de mieux assumer leurs responsabilités et de soutenir leurs familles.

Ces actions devront se faire en partenariat avec les hommes et les institutions étatiques, religieuses, traditionnelles. La prise de conscience de la frange jeune est particulièrement importante car c'est elle qui devra adopter des modifications de comportement et développer ses capacités à s'épanouir dans un monde marqué durablement par le VIH-SIDA.

### **8.3.3. Pour une réduction de la vulnérabilité des femmes au VIH-SIDA**

Malgré les progrès dans la compréhension et la prise en charge médicale et psychosociale de l'infection par le VIH, les femmes continueront de payer un tribut particulièrement lourd à la pandémie. La prévention est donc plus que jamais une priorité pour les populations féminines. Les actions de prévention devraient leur

donner les connaissances, les attitudes et les moyens de se protéger et de protéger leur progéniture. Elles leur permettraient également de mener une vie productive et de perpétuer et renforcer les rôles sociaux qui leurs sont dévolus. C'est la pierre angulaire de toute lutte efficace contre la propagation de l'infection à VIH et du SIDA.

La prévention efficace est soutenue par des lois et des politiques assurant une protection égale pour les PV-VIH par rapport à l'accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi, aux services sociaux et ce, sans discrimination sur la base du genre ou de l'orientation sexuelle. La participation des femmes infectées et affectées par le VIH est essentielle pour une réponse efficace, humaine et éthique<sup>19</sup>.

Pour ce faire, les types d'interventions susceptibles de remédier aux déterminants de la vulnérabilité des femmes au risque d'infection par le VIH devraient être orientés sur les éléments suivants:

- Les campagnes d'IEC par les mass-media ;
- Les campagnes de plaidoyer pour le changement de statut de la femme ;
- Les services de conseil-dépistage volontaire et anonyme ;
- L'habilitation et la formation de femmes ;
- La promotion des méthodes de protection barrières ;
- Les projets générateurs de revenus ;
- Les programmes d'éducation par des pairs ;
- La prise en charge des partenaires lors du traitement des IST.

Les campagnes devraient être ciblées sur des audiences segmentées pour avoir le maximum d'impact. Ainsi, on pourrait s'adresser à trois "groupes" cibles de femmes :

- Les femmes ayant des partenaires sexuels multiples comme les professionnelles du sexe ;
- Les femmes engagées dans des associations formelles ou informelles sans partenaires sexuels multiples ;
- Les femmes jeunes et adultes sexuellement actives (scolarisées et non scolarisées).

<sup>19</sup> HIV prevention works symposium. Official Satellite Symposium of the Xth International Conference on AIDS. July 6th, 1996 in Vancouver, Canada

## ENCADRE 8.8

### Témoignage d'un agent de PROMACO

Depuis février 1995, date de mon embauche à PROMACO comme vendeur, je faisais le tour de toutes les provinces du Burkina pour la vente, la sensibilisation sur les MST, le SIDA et le port du condom, et surtout les méthodes de conservation des condoms. La vérification de la péremption des condoms étant très accentuée et cela jusqu'en 1996 où je rejoins Dédougou, ma zone d'affectation avec en charge les provinces du Mouhoun, de la Kossi, du Banwa et des Balé. En plus de cela j'effectuais des missions dans les provinces de l'Ouest et du Sud Ouest qui constituent la zone I selon le découpage du pays opéré par le projet.

En 1998, j'effectuais des animations sur le film de sensibilisation dénommé " Les Héritiers " dans les chefs lieux de province et les départements et villages jusqu'en 1999. Courant 1999 jusqu'en octobre 2001, les actions étaient axées sur l'autonomisation du réseau de distribution, les animations publiques et la sensibilisation. Le suivi de la conservation des condoms est automatique. Tout condom douteux était automatiquement changé.

Courant avril 2001, je suis affecté à Ouagadougou comme chauffeur livreur où je suis chargé de la livraison aux grossistes, le suivi du réseau des détaillants, la conservation des condoms et les animations dans la province du Kadiogo qui constitue la zone III. Notons que les animations ont commencé en 1995 et se poursuivent jusqu'à ce jour ; elles sont axées sur les points de ventes, les marchés et les bars.

Pour moi, au début, c'était un peu difficile à cause de la distance entre les provinces, départements et villages. Mais avec le temps, je me suis habitué sans aucune difficulté. Bien qu'il y ait des zones dangereuses, le courage et l'ambition sont mis en œuvre. Le travail est facile avec les conditions que PROMACO a mis à ma disposition.

Au début, le travail était moins perçu par la population rurale. Mais avec les méthodes d'approche voire les animations publiques, les informations sur les MST/VIH-SIDA, comment se protéger et pourquoi, que je diffusais à travers mes causeries éducatives et mes animations, je me suis rendu compte que beaucoup avaient compris le but de mon travail. Dans ce sens, certains chefs ou délégués de village m'appréciaient tout en demandant d'être présent fréquemment auprès de leurs populations avec ces types d'activités qui les aident à se conscientiser et à prendre au sérieux le sens de leur propre vie au sein de la famille et de la société. Au cours d'une animation suivie de port de condom, un participant m'a demandé si je serais là à leur parler de condom si mes parents avaient porté les condoms. Un autre m'a dit : " Toi un grand garçon comme ça, tu n'as rien trouvé à faire dans la vie si ce n'est vendre et parler des condoms ". Je leur ai répondu que c'est à cause de la nature des MST/VIH-SIDA que le condom est vulgarisé partout au Burkina. Quant on veut un enfant, on ne le porte pas. Les MST/VIH-SIDA sont des maladies des humains ; il faut donc des hommes qui s'investissent comme moi dans leur prévention, pour approcher les populations afin de vaincre ces maladies et aussi faire le planning familial.

Les difficultés que j'ai rencontrées et qui demeurent ne sont pas nombreuses. La seule difficulté c'est au niveau des populations islamisées qui demeurent réticentes à l'endroit des messages que je leur donnais, mais ils ne sont pas nombreux ceux qui n'acceptent pas les messages.

KAN Louis Pierre, vendeur

Source : Ouédraogo I. et autres, Evaluation des comportements sexuels, de la perception, de l'acquisition, de l'utilisation des condoms et des méthodes contraceptives au Burkina Faso, Rapport révisé janvier 2001

Globalement, les interventions devront être fondées sur une recherche opérationnelle concernant<sup>20</sup>:

- Le développement de modèles d'intervention prenant en compte le statut défavorisé de la femme ;
- La vulgarisation de méthodes de prévention de l'infection à VIH contrôlées par les femmes ;
- L'implication des hommes et leur concours aux programmes de réduction de la transmission ;
- Le développement de méthodes de prise en charge des couples ;
- L'évaluation des interventions communautaires visant à réduire le risque d'infection des femmes ;
- La nécessité de toucher les jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs ;
- L'importance de la mise en place de programmes intégrés pour les effectifs scolaires ;

- L'impact réel de l'habilitation des jeunes filles du secteur informel ;
- La nécessité de développer des programmes de lutte contre les rapports sexuels coercitifs.

Dans le contexte du Burkina Faso, une analyse de situation de l'épidémie et de la réponse propose comme priorité la réduction de la vulnérabilité de certains groupes de populations qui devra être fondée sur<sup>21</sup>:

- La scolarisation des filles ;
- La promotion et l'habilitation des jeunes filles et des femmes ;
- L'appui économique aux femmes et aux jeunes filles ;
- L'encadrement sanitaire et l'éducation des professionnelles du sexe ;
- La mise sur pied de groupes d'auto-assistance communautaire ;
- Les droits des veuves et orphelins du SIDA.

<sup>20</sup> LAMPTEY P.R., et al., Prévention de la transmission sexuelle. AIDS 1997, 11 (suppl. B) : S63-S77

<sup>21</sup> Blaise Sondo et al., Analyse de la situation de l'épidémie du VIH-SIDA et des MST au Burkina Faso.

## CONCLUSION

La prise en compte des dimensions culturelles et du genre dans l'épidémie d'infection à VIH doit permettre une meilleure compréhension des déterminants biologiques, socioculturels et économiques de l'épidémie.

Elle doit permettre une meilleure réponse spécifique pour une réduction de l'impact sur tous les groupes sociaux, que

sont les conjoints/partenaires, les enfants et les familles au sens large.

Le VIH-SIDA devrait être un révélateur non seulement de la vulnérabilité mais aussi de la résistance et des potentialités de la femme. Il rend encore plus urgente la nécessité de respecter et protéger les droits de la femme afin de l'impliquer pleinement dans le processus de développement et de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles.



# L'IMPLICATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

## INTRODUCTION

**A**vec ses 45,3% de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté et ses 80% d'analphabètes, le Burkina apparaît très vulnérable face à l'épidémie du VIH-SIDA. L'impact de cette épidémie est de plus en plus perceptible dans tous les secteurs de la société et dans la vie quotidienne des Burkinabés.

L'épidémie touche indistinctement le milieu urbain et le milieu rural, du fait de la mobilité interne des populations et des phénomènes de la migration externe.

Bien que des efforts aient été entrepris depuis près de 15 ans et que des moyens aient été mobilisés avec l'appui de la communauté internationale notamment, l'épidémie du VIH-SIDA a continué à progresser et les réponses apportées sont demeurées limitées.

Si la réponse des acteurs sanitaires peut être jugée globalement médiocre en particulier dans la prise en charge des PVVIH, une réponse sociale avec essentiellement l'implication des Organisations à Base Communautaire (OBC) a été depuis lors proposée. Par des activités spécifiques qui se déroulent souvent en marge des structures publiques, cette initiative nouvelle qu'est la prise en charge de l'infection à VIH, représente incontestablement un apport appréciable, du fait du dynamisme de la mobilisation sociale et de l'implication permanente des acteurs sociaux dans ce domaine.

Dans le présent chapitre sont analysés le niveau d'implication de la société civile, la pertinence et la qualité des interven-

tions des OBC et ONG, l'état des politiques et stratégies de lutte adoptées ou envisagées pour mieux capitaliser les actions et l'énergie de ces institutions ainsi que les perspectives qui se dessinent en matière de lutte contre le VIH-SIDA.

### 9.1 Le diagnostic du rôle de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA

La seule réponse institutionnelle est restée globalement insuffisante car elle a été confisquée par les acteurs de la santé publique pendant près de 15 ans. L'épidémie s'est généralisée et le monde communautaire, dépourvu de moyens et de compétence, est demeuré marginalisé jusqu'au milieu de la décennie 1990.

L'exemple des pays du Nord est très révélateur de l'importance de l'engagement de la société civile (associations, ONG, OBC). La mobilisation de ce secteur a été déterminante pour une réponse appropriée, venant en appui au monde institutionnel.

Le Burkina Faso connaît une habitude de tissu associatif très prolifique et animé dans divers domaines (secteur hydraulique et agricole, promotion de la femme, éducation etc.). L'infection à VIH a vu naître d'emblée une multitude d'associations sur toute l'étendue du territoire. La plupart de ces associations a mis l'accent sur les activités d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) et la prévention. Puis la prise en charge des PVVIH a déterminé et orienté les actions des associations. Ainsi la nécessité d'une réorganisation de ce secteur s'est opérée



et l'on a vu émerger certaines associations mieux structurées, en réseaux le plus souvent avec une acquisition de compétences spécifiques. L'implication des PVVIH s'est également opérée par la suite, venant en appui et de manière déterminante à ce qui était proposé comme réponse. Elles se sont imposées aux côtés des structures traditionnelles institutionnelles et ont finalement obtenu une crédibilité, une respectabilité auprès de ces structures institutionnelles étatiques et surtout ont offert aux PVVIH une réponse alternative intéressante.

Les autres acteurs de la société civile se sont ensuite également impliqués à des degrés divers et plus tardivement. Leurs actions ont certainement contribué à influencer la réponse.

*" Celui qui peut mieux te conseiller, c'est celui qui a été aussi touché au plus profond ".*

Un homme séropositif,  
Baskuy

### **9.1.1 Le cadre institutionnel du monde communautaire**

A la suite de la reconnaissance par le Gouvernement des premiers cas déclarés de VIH-SIDA, un Programme de lutte contre le SIDA (PNLS) a été mis en place au Burkina Faso. Il s'agissait d'une structure de coordination, d'appui technique, financier, matériel et de suivi des activités de lutte contre le VIH-SIDA, aussi bien au niveau institutionnel (des centres hospitaliers nationaux, régionaux et district sanitaire) qu'au niveau communautaire et même individuel. Cependant, les premières institutions communautaires ou de la société civile ont commencé à émerger véritablement qu'en 1990.

L'évolution des politiques et stratégies de lutte a justifié la mise en place d'un Comité National de Lutte contre le SIDA et les MST (CNLS/MST) puis très récemment d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA et les MST (CNLS/MST) avec un positionnement au plus haut niveau de décision de l'Etat.

La présence d'un tissu associatif dynamique et agissant déjà dans plusieurs domaines (socioculturel et économique) a logiquement contribué à l'émergence des associations de lutte contre le VIH-SIDA sur toute l'étendue du territoire. Les premières associations de lutte contre le SIDA ont vu le jour en 1991. Toutefois ce phénomène ne s'est amplifié que très récemment.

Ainsi 26 associations et ONG de lutte contre le VIH-SIDA ont été répertoriées

en 1994. En 1999, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso comptaient plus de 70 associations et ONG ayant une activité SIDA. Lors de l'établissement de la cartographie des interventions communautaires en juin 2001, le CNLS et le PNUD ont recensé 153 associations et ONG intervenant directement ou indirectement dans le secteur du SIDA au Burkina Faso.

### **9.1.2 Les Structures**

Il s'agit soit d'associations, composées schématiquement d'un bureau exécutif et d'une assemblée générale comme instance souveraine, soit d'associations ayant évolué en ONG.

#### **9.1.2.1 Les Associations de lutte contre le VIH-SIDA**

Plutôt caractérisées par la bonne volonté et le bénévolat, ces associations et les ONG se voulaient une forme de réponse sociale. Cependant celle-ci fut laborieuse puisque 80% des ONG et associations ont été créées entre 1994 et 2000 et qu'elles sont restées principalement concentrées en milieu urbain (plus de 85%).

Les besoins d'organisation, de structuration, de soutien et d'appui technique mais surtout financier des partenaires techniques et financiers du SIDA et du système des Nations Unies ont contribué à une modification du paysage associatif tant au point de vue qualitatif que quantitatif. Le nombre des associations a ainsi augmenté et les prestations se sont dispersées tandis que certaines ont disparu ou n'ont plus d'activité SIDA.

En fonction de leur histoire de leur création et des pôles stratégiques de lutte à l'époque, la plupart menait des activités d'IEC. En fait il s'agissait plutôt des campagnes de démonstration de port de préservatif que d'information véritable sur l'infection à VIH, domaine encore alors mal maîtrisé par les acteurs de terrain.

L'évolution des politiques et stratégies de lutte contre le VIH-SIDA et surtout les contraintes organisationnelles, matérielles et les insuffisances en ressources humaines qualitatives et quantitatives, ont déterminé le devenir des structures associatives.

### 9.1.2.2 Les Réseaux, structures associatives de relais et d'encadrement

Des réflexions ont été menées sur leurs actions et leur mode de fonctionnement et grâce à l'appui de l'ONUSIDA et l'apport d'expériences d'autres pays, une coordination des activités associatives sous la forme de réseaux d'associations a contribué à la mise en œuvre de stratégies communes et une standardisation des structures associatives visant à élaborer, exécuter et évaluer leurs activités.

Cette première expérience de travail en réseau des associations a été vouée à l'échec du fait de dissensions et préoccupations monétaires, les différents appuis financiers ayant plutôt servi les membres de ces associations que les bénéficiaires initialement ciblés.

Ensuite, d'autres formes de collaboration ont été imaginées, tout en essayant de pallier aux différentes difficultés du CAS/VIH. Le CIC/DOC a donc vu le jour en décembre 1998 avec un nombre restreint d'associations (associations de prise en charge) mises en réseau entre elles, et l'implication des professionnels de santé qui se sont ainsi mis à la disposition des associations de prise en charge médicale et psychosociale pour gérer les aspects médicaux de cette prise en charge. A Bobo-Dioulasso, un réseau entre associations (CADI) et cliniciens de CHN/ SS (APRODEC) a permis de créer une structure d'accueil et d'orientation des PVVIH pour la prise en charge au sein de l'hôpital, palliant ainsi aux mauvaises pratiques médicales au sein des associations et à l'inefficacité des médecins quant à la prise en charge psychologique et sociale des malades.

### 9.1.2.3 L'implication des PVVIH

C'est en 1996 que certaines associations ont intégré la prise en charge des personnes infectées dans leurs activités. Il s'agissait surtout d'associations de PVVIH ou d'organismes regroupant des personnes infectées au sein desquelles un besoin de soutien mutuel, et d'auto-promotion s'est fait sentir.

La place des PVVIH ou des associations regroupant des PVVIH a été déterminante dans l'orientation et l'intensification de la réponse communautaire.

Bien que tardive par rapport à d'autres

#### ENCADRE 9.1

##### Un programme d'appui communautaire

En s'appuyant sur les ONG et les associations de lutte contre le VIH-SIDA, il est possible de développer des stratégies de lutte efficaces en raison de leur souplesse institutionnelle et de leur nature décentralisée.

Depuis deux ans, sous l'égide du CNLS et du Ministère de la Santé, ce partenariat est officiellement promu ; il est valorisé dans le document "Cadre Stratégique de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005". Le plan d'Action 2001 prévoit un budget de 2 milliards de francs CFA pour les associations de lutte contre le VIH-SIDA.

Dès 1994, les associations de lutte contre le VIH-SIDA se sont rapidement multipliées. Des associations proposant une prise en charge globale de PVVIH ont débuté des activités. Un travail récent, engagé sous l'égide du CNLS et avec l'appui du Danemark, de la France et du PNUD, a recensé un peu plus de 150 associations ayant pour objectif principal la lutte contre le VIH-SIDA, dont une

quarantaine ayant pour priorité la prise en charge des PVVIH.

Ainsi on se trouve confronté à deux problèmes contradictoires en première analyse :

1. Augmenter la mise à disposition de fonds afin de multiplier les actions pour obtenir des résultats tangibles,
2. Faire attention à ne pas déstabiliser les associations par des masses financières inadaptées à leurs possibilités d'encadrement.

C'est afin de répondre à ce double défi, et pour répondre à une requête des associations, ONG et OBC, via le CNLS, qu'il apparaît pertinent de mettre en place un programme conjoint d'accompagnement associatif et communautaire.

L'accompagnement associatif et communautaire a pour objectif d'appuyer les associations dans leur lutte contre le VIH-SIDA en les aidant à se structurer, en renforçant leurs capacités gestionnaires et en professionnalisant leurs actions de prise en charge globale.

Source : PNUD, juin 2001

pays dans la sous région et malgré le nombre encore insuffisant des personnes mobilisées, l'engagement de ces personnes ressources a été un coup d'accélérateur et a permis une prise en compte concrète par les acteurs sanitaires (notamment) et institutionnel de la lutte contre l'infection. Ces acteurs ont combattu ces perceptions stigmatisantes au sein de la société ce qui constituait un blocage pour une mobilisation globale.

Aujourd'hui encore ce plaidoyer se heurte à des sensibilités et craintes diverses (souvent justifiées par les principaux acteurs) de s'afficher, se dévoiler, voire s'exposer.

Récemment (Juin 2001), un forum regroupant des PVVIH, s'est tenu à Ouagadougou et avait pour ambition de mieux structurer ce cadre associatif, afin de mieux impliquer les principaux acteurs.

### 9.1.3 Les activités des associations et OBC

Une description des activités des associations et l'analyse de la réponse communautaire, indiquent ce qui est fait au delà des structures publiques, et permet ainsi d'apprécier le dynamisme de la mobilisation sociale.

L'implication des associations et ONG n'a débuté qu'au cours des années 90. La réponse communautaire a ainsi pu être située à plusieurs niveaux :

- Les activités de prévention et d'IEC
- La mobilisation communautaire contre la stigmatisation et les perceptions erronées pour un changement d'attitude vis-à-vis des PVVIH.
- Les activités de prise en charge : dépistage, soins médicaux, soutien psychologique, accompagnement à l'hôpital ou à domicile.

#### ENCADRE 9.2

##### L'Association ALAVI prend le combat à bras le corps

En 2000, le programme de l'Association ALAVI a permis de soutenir au moins 475 personnes concernées par le VIH-SIDA. Ce chiffre se décompose comme suit : 125 PVVIH (personnes vivant avec le VIH) bénéficiaires d'appuis thérapeutiques à Ouagadougou, 172 bénéficiaires d'appui pour le dépistage volontaire à Ouagadougou, 156 enfants concernés pris en charge à Ouagadougou, 12 personnes prises en charge à Tanghin Dassouri et 10 personnes prises en charge à Bobo / Léma

Un soutien thérapeutique (médicaments et frais d'examen) a été mis en place en faveur de 195 personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH) dont 90 femmes, 57 hommes et 48 enfants.

Des visites à domicile et à l'hôpital au nombre de 427 ont eu lieu (36 bénéficiaires en moyenne par mois), soit 349 réalisées à Ouaga et 78 effectuées à Bobo / Léma et Tanghin Dassouri.

Des conseils pré et post test de dépistage du VIH ont été donnés à 172 personnes à Ouagadougou (sur 172 dépistées, 45 sont séropositives et 127 séronégatives). A Bobo / Léma et Tanghin Dassouri le dépistage de 15 personnes a été enregistré.

Trois cent seize (316) consultations médicales ont été effectuées au profit de 195 PVVIH dont 90 femmes, 57 hommes et 48 enfants, et cinquante familles soient 250 personnes ont bénéficié d'un soutien alimentaire.

Des soutiens en fournitures scolaires ont permis d'aider 150 enfants concernés par le VIH-SIDA ou orphelins du Sida. L'association a pris en charge des frais de scolarité de 18 enfants concernés par le VIH-SIDA ou orphelins du SIDA.

Des réunions de groupe de parole

(une fois par quinzaine à l'endroit de 15 personnes en moyenne par séance). Vingt-quatre réunions ont eu lieu durant l'année écoulée.

Des séances de repas communautaire ont été organisées à l'intention de personnes infectées par le VIH-SIDA au cours des rencontres du groupe de parole. Le financement de 10 micro projets générateurs de revenus en faveur de 10 PVVIH a été réalisé grâce à l'appui de ALAVI.

Seize membres de l'association ont été formés à la prise en charge psychosociale du VIH-SIDA. Avec l'appui de la GTZ, de l'IPC et du FNUAP, une cinquantaine de causeries à l'intention de 1206 personnes (Prévention et prise en charge des IST-VIH).

Le cinquième regroupement du Réseau Afrique 2000 sur le thème "accès au traitement du VIH-SIDA" a eu lieu en septembre 2000 avec la participation de quatorze associations de lutte contre le VIH/SIDA issues de 7 pays d'Afrique Subsaharienne et de la France. Trois (3) conférences de presse ont été organisées dont deux (2) sur le plaidoyer pour un meilleur accès au traitement ARV (à moindre coût) en faveur des malades des pays les moins avancés. Un appui a été apporté aux activités du CICDoc (Centre d'Information de Conseil et de Documentation) et du CASVIH (Coordination de Associations de Soutien aux personnes vivant avec le VIH).

Enfin l'association a eu deux (2) rencontres de plaidoyer auprès du ministre de la Santé et du ministre Chargé du Développement Economique sur le soutien aux associations pour l'accès au traitement des IO et aux traitements à base d'ARV.

Source : B.B.J du journal Sidwaya

#### 9.1.3.1 Les activités de Prévention et d'IEC

Ce furent les premières principales activités des associations, soit constituant un volet pour certaines d'entre elles non exclusivement orientées vers la lutte contre le VIH, soit principalement pour celles engagées exclusivement dans la lutte contre la maladie.

Ce concept qui a évolué dans le temps, était destiné aussi bien au grand public qu'à des populations cibles (armée – jeunes – prostituées...).

Les principaux canaux utilisés étaient les médias (télévision, radio, et dans une moindre mesure la presse écrite). Les affiches et les interventions étaient soutenues par plusieurs bailleurs dont les projets PROMACO financés par la GTZ, le PPLS et le projet de la Banque Mondiale.

Le message délivré a évolué avec le temps. D'abord stigmatisant et plutôt fondé sur la peur (image de cachectique ou de diarrhéique), une approche novatrice basée sur les changements de comportement a été introduite. Ces messages continuent d'ailleurs de heurter des sensibilités (publicité sur la promotion des préservatifs à la télévision) qui la perçoivent comme une caution et une incitation de l'institutionnalisation des pratiques sexuelles précoces et sans moralité, ni responsabilité.

Il faut souligner que le non professionnalisme des acteurs (plutôt des volontaires et bénévoles) a contribué à cette stigmatisation.

De nos jours, l'approche intégrée (Prévention/Dépistage/Prise en charge) semble avoir été prise en compte et de nombreuses associations font la promotion de ce nouveau concept (CICDoc, APRODEC, IPC...).

#### 9.1.3.2 La mobilisation communautaire et le plaidoyer

La visibilité de la réponse de la société civile représentée par les associations est désormais un fait. En effet, les messages délivrés par les associations ont contribué à une déstigmatisation de la maladie. Il est incontestable que ces associations ont accompli un travail d'information sur l'existence même de la maladie et des moyens de prévention. En témoigne le nombre élevé de per-

sonnes ayant déjà entendu parlé de SIDA (>90% dans certaines études et bilans d'activités des associations), la mise à disposition et la consommation des préservatifs par les populations, même en zone rurale. Ce changement de comportement "sexuel" est le signe qu'une information, une communication (même inadéquate) a été faite.

Les associations dans leur ensemble ont contribué à orienter donc la lutte auprès de l'institutionnel et des leaders, ce qui a influencé la position de ces derniers à finalement considérer la société civile (les associations et ONG de lutte contre le VIH-SIDA) comme un partenaire incontournable dans cette lutte considérée désormais comme multisectorielle.

D'ailleurs, le thème retenu pour la prochaine Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies transmissibles (CISMA) qui se déroulera au Burkina Faso en décembre 2001 est : "les communautés s'engagent".

Les Associations de lutte contre le VIH SIDA au Burkina Faso ont également contribué à la visibilité des actions qui se déroulent au Burkina en développant des initiatives en direction des acteurs de la scène internationale et par différents plaidoyers organisés lors des rencontres internationales. Cette présence continue ne cesse d'ailleurs de s'affirmer qualitativement au gré des rencontres avec les OBC sœurs.

### 9.1.3.3 La prise en charge

Dans le contexte du Burkina Faso, il s'agit d'un concept relativement récent en tant qu'activité au sein des OBC.

La prise en charge sous-entend l'ensemble des activités de conseil, dépistage, soins médicaux et accompagnement psychosocial.

Les activités se mènent plutôt dans un contexte de réseaux et sont animées par les associations en collaboration avec des professionnels de la santé ; (médecins, pharmaciens, infirmiers du secteur public et privé,) et des travailleurs sociaux (psychologues, assistantes sociales). Une structure de régulation a été mise sur pied (ex du CICDoc à Ouagadougou et du centre CADI à Bobo-Dioulasso).

## Le dépistage et le conseil

Les OBC, avec le soutien des partenaires (GTZ et Coopération française notamment), et les structures institutionnelles de tutelle (SP/CNLS, Ministère de la santé...) ont été les initiateurs des Centres de Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA). Notamment l'ABI en 1994 puis le centre CADI de Bobo ont été des structures pionnières. Cependant, en raison d'un faible engouement pour cette activité au sein de la population à l'époque, du fait d'une stigmatisation forte et de l'absence de codification de la prise en charge médicale, le problème de la pérennisation s'est vite posé (financement non reconduit) en plus de quelques difficultés de gestion du personnel.

Tirant des leçons des expériences de l'ABI et du centre CADI de Bobo, le CICDoc qui avait pour autre vocation le développement d'un centre documentaire et la formation, s'est vite retrouvé confronté à une nécessité impérieuse de devoir répondre à la demande pressante d'une population (surtout les jeunes) où la stigmatisation a été amoindrie. Il faut reconnaître qu'entre temps des pistes de prise en charge médicale, c'est-à-dire une alternative à proposer aux dépistés séropositifs, a été un facteur déterminant.

Depuis peu, grâce à certains partenaires financiers (PNUD et Coopération française), des conseils sont réalisés au sein du CICDoc et dans quelques associations membres du CICDoc à Ouagadougou et Pô.

**Tableau 9.1 : Services de prévention proposés**

Services offerts	pourcentage %
Sensibilisation	31%
Information	30%
Education	28%
Autres	11%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Source : CicDoc, septembre 2001

## Les soins, le suivi psychosocial et l'accompagnement en fin de vie.

Certaines OBC organisent des consultations médicales, la gestion de stock et le don de médicaments, (AAS, ALAVI, REVS+...). Ces activités de soins et de

**Tableau 9.2 : Services offerts en prise en charge psychologique et sociale**

Services offerts	Pourcentage %
Visites à domicile	26%
Visite à l'hôpital	24%
Aide alimentaire	15%
Aide financière	12%
Activités génératrices de revenus	9%
Micro-crédits	6%
Aide Juridique	5%
Mutuelle	3%
Entretien individuel	38%
Entretien pré-test	22%
Groupe de parole	22%
Entretien post test	18%

distribution de produits pharmaceutiques sont assurées le plus souvent par des jeunes médecins et internes en médecine, des infirmières engagées à titre associatif, bénéficiant ou non de rémunérations modestes. Lorsque cela est nécessaire, les associations organisent et facilitent des contacts avec des spécialistes (gynécologues, pédiatres, infectiologues, dermatologues ...) pour leurs membres. Ces consultations se déroulent au sein des structures sanitaires où sont employés ces médecins spécialistes (AFAFSI, OASIS).

Les prestations médicales de soins à domicile (soins infirmiers...) sont également assurées par certains professionnels de santé, militants dans les associations (La Bergerie), attestant ainsi de l'implication du personnel institutionnel aux côtés des associations et OBC.

**ENCADRE 9.3**

**La promotion du dépistage au plan Communautaire**

Les activités de conseil dépistage sont apparues comme un besoin clairement exprimé par la population. Cet engouement de la population pour le dépistage pose d'énormes problèmes à l'ensemble des associations en termes de ressources humaines, de manque de locaux et de laboratoire. C'est pourquoi le CNLS et le monde communautaire ont convenu dans le cadre du Programme stratégique de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005 d'initier, à travers un programme conjoint multidonateur géré par le PNUD, une stratégie

d'accès plus élargie au dépistage.

L'objectif du projet est d'accroître la disponibilité de tests de dépistage volontaire assorti d'un counseling de qualité au niveau de Ougadougou et dans certaines provinces du Burkina Faso. Spécifiquement le projet vise à harmoniser la pratique du conseil et du dépistage, d'équiper les structures de dépistage en matériel et réactifs pour assurer une continuité de service de qualité, former les conseillers et préparer l'ouverture de structures de dépistage dans les provinces. Le projet va commencer à l'automne 2001 avec l'appui des Pays-Bas et de la France.

Source : CNLS, PNUD, Coopération Française, juin 2001

Le soutien psychosocial, sous forme de groupe de parole et/ou d'auto-promotion sont des séances animées par des associations PVVIH surtout (ALAVI – OASIS – Vie positive...) et semblent être bien appréciées par les PVVIH.

L'accompagnement des malades en fin de vie à l'hôpital ou à domicile est une activité promue par certaines associations d'obédience confessionnelle ou non. (Bergerie, REVS+).

**9.1.3.4 Les Communautés religieuses et coutumières**

Tout comme au niveau de l'individu, les communautés religieuses et coutumières ont d'abord manifesté une attitude de dénie, voire de rejet et sont restées en marge de la lutte au début de l'infection à VIH, exprimant ainsi une non reconnaissance de la maladie en tant qu'infection. Il s'est même agit pour certains courants de pensées de condamner les PVVIH et de considérer l'infection comme une punition divine.

Cette attitude stigmatisante, du fait de la connotation sexuelle a été un véritable frein à une réponse globale.

Progressivement, après des périodes de sensibilisation, la phase d'acceptation de l'épidémie en tant que réalité s'est installée compte tenu de ses impacts sur le vécu quotidien dans tous les secteurs.

Les communautés musulmanes, chrétiennes, les chefferies coutumières se sont investies et impliquées en levant solennellement le voile sur ce qui était considéré autre fois comme un péché, une faute et ont élaboré des programmes et stratégies de lutte.

Dans les faits, certaines communautés se sont illustrées en s'investissant au niveau de la prévention et surtout de la prise en charge (Centre Médical Saint Camille). Toutefois, le message est resté quelque fois encore ambigu (exemple du préservatif).

La gestion de la sexualité reste toujours tabou pour certaines communautés.

**9.1.3.5 L'action des Médias**

Le rôle des médias est resté toujours déterminant dans la perception de la maladie. Il s'est très souvent agit de faire l'écho des activités dans ce domaine sans un véritable engagement, une véritable

prise de position. La multiplicité des organes de presse (à la faveur de la liberté d'expression) ne s'est pas de suite traduite par la création d'un pôle compétent dans tous les domaines de la presse. Ainsi, le traitement de l'information en matière de santé reste un domaine spécifique et très sensible. Les données destinées à une large publication, du fait de la sensibilité du sujet, n'ont pas été toujours bien transcrites. (exemple des données sur l'épidémiologie, le taux de séroprévalence etc ...) La plupart des différents acteurs a beaucoup plus fait preuve de volontariat.

Dans le cadre de la prévention, de nombreux messages à l'image de ceux tenus dans le secteur médical ont été diffusés, évoquant la gravité de l'affection, son ampleur jusqu'à la difficulté des mécanismes de transmission et de prise en charge. La presse s'est faite l'écho de plusieurs structures et OBC, relatant leurs activités dans ce domaine. Certains messages d'IEC ont été très parcellaires, très discriminatoires, focalisant ainsi l'attention sur des détails déroutant l'opinion publique.

L'accès aux soins et au traitement a également été traité et beaucoup commenté. Les tradipraticiens ont bénéficié de publicité souvent tapageuse et non justifiée encouragée en cela par le mutisme des politiques (mal conseillés) et de la société civile qui est restée inactive et souvent impuissante.

Il s'en est suivi plusieurs dérives sur le plan de la prise en charge individuelle des patients encourageant ainsi les pratiques qui ne respectent pas les règles élémentaires de la déontologie médicale. L'absence d'un comité d'éthique (qui devrait se positionner en censeur) a été pour quelque chose dans cette situation

De nos jours un travail d'approche est mené (PNUD/CiCDoc) pour une implication professionnelle de la presse basée sur la couverture des événements marquants mais aussi orientant des prises de position plus juste.

#### 9.1.3.6 Syndicats, groupes informels, associations de femmes, associations professionnelles.

L'implication des autres membres de la société civile dans la lutte contre le VIH s'est faite au fur et à mesure de la visibilité de l'affection et des impacts sociaux et professionnels.

#### ENCADRE 9.4

##### Les Conférences Mensuelles du CiCDoc et du PNUD pour la Lutte contre le VIH-SIDA : un succès de grande envergure.

Un cycle de conférences-débats de très haut niveau, organisé sous l'égide du CNLS a été décidé entre le CiCDoc appuyé par la coopération française et le PNUD en janvier 2001 à l'issue d'une rencontre entre les docteurs Auregan et Niamba du CiCdoc et L.J.Gregoire, l'Economiste Principal du PNUD et M. Saba, Chargé du Programme Sida et Développement Humain du PNUD.

Ces conférences qui étaient organisées depuis deux ans au CiCDoc sont désormais données dans la salle de Conférence du PNUD qui en assure la promotion. Le CiCDoc en conservant la maîtrise technique et le PNUD en valorisant le plaidoyer et la recherche-Développement ont réussi un pari de premier plan au niveau national, régional et international.

La caution politique et stratégique est assurée par le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST qui préside ces rencontres et qui les valorise.

Les thèmes des conférences qui ont été retenus ont permis de renforcer le dialogue des politiques, de consolider des partenariats dynamiques avec les institutions de recherche, les universités, les ONG nationales et internationales, le monde communautaire et la société civile et de développer des pistes opérationnelles dans les domaines suivants :

*Février 2001:* Allaitement maternel et Infection par le VIH ;

*Mars 2001:* épidémiologie au Burkina Faso ;

*Avril 2001:* aux médicaments pour les malades du Sida ;

*Mai 2001:* SIDA et Tuberculose ;

*Juin 2001:* Démographie et VIH/SIDA ;

*Juillet 2001:* Infection par le VIH et Désir d'enfant ;

*Août 2001:* Ethique et Recherche clinique chez les malades du SIDA ;

*Septembre 2001 :* Protection sociale et juridique des PVVIH ;

*Octobre 2001:* SIDA et Pauvreté ;

*Novembre 2001* Infection par le VIH et Nutrition.

*Décembre 2001 :* CISMA

Pour chacune de ces conférences des intervenants de très haut niveau ont été retenus et ont ouvert la voie, sous l'égide du CNLS à des partenariats dynamiques notamment la préparation d'un Programme conjoint multidonateurs sur le suivi épidémiologique (PNUD, Pays-Bas, Belgique, Danemark, Suisse, FNUAP) et d'un Programme sur le Dépistage et l'accompagnement communautaire (France, PNUD, Pays-Bas).

Le Programme conjoint en vue de la scolarisation des orphelins du SIDA (PNUD, France, Pays-Bas, Etats-Unis) qui a été initié en septembre 2001 avait également été discuté lors de l'une de ces rencontres.

Source : Sidapress, Ouagadougou, septembre 2001.

Certains industriels et chefs d'entreprises, des groupes de femmes et d'associations professionnelles ont intégré le volet SIDA dans leur programme d'activité. Dans une première étape, il s'est agit d'informer le plus grand nombre des membres et adhérents sur les mesures de prévention de la maladie. Ainsi plusieurs séminaires/ateliers tenus sous l'égide du Bureau International du Travail (B.I.T.) et de la Confédération Internationale des Syndicats libres (C.I.S.L.) ont eu des impacts importants sur les participants en terme de changement de comportement.

Leur implication à un niveau élevé nous semble important dans le but de prendre part aux décisions en vue de renforcer les capacités de réponse de l'Etat et de faire face aux défis qu'impose l'épidémie du VIH-SIDA.

## 9.2 Les impacts

### 9.2.1 Les impacts sociaux et sanitaires

Les piètres résultats enregistrés jusque là, en matière de diagnostic, de prévention, de prise en charge et de suivi, semblent résulter d'une implication faible des politiques, mal conseillés par des responsables sanitaires dépassés par l'ampleur du problème et d'une implication tardive et non convenablement soutenue des associations issues de la société civile.

A titre d'exemple les engagements financiers consacrés par le gouvernement à la lutte contre le VIH-SIDA sont restés aux alentours de 0,0007% du budget de l'Etat et 0,0067% du budget alloué au secteur de la santé (en moyenne annuelle sur la période 1989-1995).

Même si quelques initiatives fortement médiatisées ont contribué à une meilleure visibilité de la problématique de l'endémie (en janvier 1997, premier colloque africain sur la Toxicomanie – Hépatites – SIDA organisé à Ouagadougou ; décembre 1997 : la création d'un fonds de solidarité nationale pour les personnes atteintes du SIDA ; février 1998 : campagne multimédia sur la jeunesse et la santé de la reproduction), des actions concrètes ou des orientations particulières en faveur de la lutte contre le VIH n'ont pas été perçues. Récemment, des efforts importants ont été mis en œuvre notamment à travers le nouveau positionnement institutionnel à la présidence du CNLS, au sein duquel est prévu une représentation des ONG et OBC de lutte contre le SIDA. De même, l'organisation d'une Table Ronde des bailleurs de fonds qui consacre une place importante au rôle de la société civile et des ONG-OBC constitue une avancée significative.

Le système sanitaire actuel, conçu pour accorder la priorité aux soins de santé primaires et mettre en place un ensemble de services cliniques de première nécessité, n'a pu apporter une réponse énergique à ce qui progressivement allait se révéler être une épidémie sans précédent.

L'appréhension globale et l'organisation de la réponse sur le plan sanitaire a été inadéquate du fait de l'accroissement quasi-exponentiel de l'épidémie, du démarrage lent des processus d'enquête et de leur caractère ponctuel ou segmen-

taire, créant ainsi un certain vide statistique. L'absence d'informations actualisées sur l'incidence de l'infection, autres que celles tirées du système routinier de notification des cas de SIDA, a constitué une entrave de poids à cette appréhension juste.

Très vite la pandémie à VIH a révélé des failles au niveau du système et des structures sanitaires classiques et de la fragilité des services sociaux.

Au niveau des structures sanitaires, le faible accès aux services de santé et l'inadéquation de la prise en charge dans ces services restent les principales sources d'inefficacité et de manque d'efficacité. Le taux de fréquentation extrêmement bas des structures sanitaires (20 % en 1999) est révélateur à cet égard.

### 9.2.2 Les impacts socio-économiques

L'impact de l'infection à VIH sur l'organisation sociale est de plus en plus perceptible. Bien qu'infectant autant les riches que les pauvres, l'endémie touche plus durablement (et probablement en plus grand nombre) les pauvres que les riches. Ce phénomène à terme va s'accroître, l'infection continuant de frapper les classes actives, et à revenu intermédiaire.

Du fait même du mode d'évolution de la maladie (chronique et prolongée) le coût pour un ménage englobe des dépenses médicales supplémentaires, une perte de revenu, une redistribution des tâches et donc une amputation du capital productif, une contraction du niveau de vie et de l'accessibilité aux services sociaux et opportunités d'emplois.

Les dépenses médicales et funéraires viennent ensuite affaiblir les capacités de résistance et de solidarité communautaire.

Ainsi l'accroissement des inégalités et l'intensification de la pauvreté sont susceptibles de s'aggraver sous l'effet du VIH-SIDA.

Au sein des structures familiales, du fait des difficultés de dialogue, ou de l'absence de confidentialité partagée à propos de cette maladie toujours stigmatisante, le VIH devient de plus en plus source de déstabilisation. La gestion individuelle de la situation finit par créer des vies parallèles, un non dit, un manque de dialogue au sein des couples, source

de profondes dégradations des liens de confiance, ce qui contribue à entretenir la propagation du VIH. Au stade où la confidentialité est enfin partagée au sein du couple, (souvent en fin de vie), toute l'énergie du conjoint encore physiquement apte est souvent orientée vers le partenaire malade, aux dépens des enfants, ainsi difficilement encadrés.

L'économie familiale est déséquilibrée et les revenus de la famille sont détournés vers les dépenses engagées pour une prise en charge souvent mal standardisée, mal harmonisée entre conseils traditionnels, modernes et auto médication. Le fardeau est ainsi supporté par toute la famille et les organisations communautaires.

Le nombre d'orphelins produit par la pandémie compromet encore plus durement les programmes d'éducation et de réinsertion sociale et affecte les capacités des enfants à saisir les opportunités de connaissances, de formation et d'emplois. La spontanéité avec laquelle les orphelins étaient pris en charge par les familles d'accueil est de nos jours plus difficile.

Au sein de la famille élargie, de l'entourage social et professionnel, la discrimination et la stigmatisation sont courantes du fait des croyances véhiculées par le SIDA et ceci affecte parfois le fonctionnement des structures organisées de la société civile et les OBC et ONG dont le personnel est affecté, souvent démuné et dont les besoins de renforcement des capacités sont importantes.

### **9.2.3 Les perceptions et les représentations de l'infection**

La perception populaire de l'infection à VIH-SIDA a évolué avec le temps. Le SIDA a d'abord été renié, considéré comme un mythe relevant de l'imaginaire pour effrayer et décourager les pratiques sexuelles.

Elle a ensuite été considérée comme un sort, ne concernant que des groupes cibles (prostituées, migrants, étrangers...). Puis dès la visibilité accrue et du fait de l'ampleur de l'épidémie et du mode de présentation clinique (cachexie, diarrhées, vomissements, dermatoses ...) la maladie a été vite associée à la mort, issue fatale et à l'époque rapidement inévitable.

En milieu traditionnel, la maladie a rarement été appelée par son nom (maladie

de la nuque sèche etc. ). Des représentations populaires contemporaines sont fondées sur le fait que la maladie est dans le sang. Les messages d'IEC qui reposaient sur la trilogie sexe-sang- mère-enfant, ont une responsabilité majeure dans ses représentations.

De nos jours, même si la majorité des jeunes (même en milieu rural) ont déjà entendu parler du SIDA au moins une fois, la stigmatisation reste forte et très discriminante. La crainte d'être marginalisé, condamné à rester sans partenaire sexuel pour le reste de sa vie est fortement présente à l'esprit.

## **9.3 Les politiques et stratégies en faveur des OBC**

Mieux organisée, la société civile par le caractère et le comportement des groupes dynamiques qui la composent, a influencé grandement la nature et l'impact des institutions démocratiques. Par la mobilisation, les populations prennent une part active aux activités économiques et notamment sociales, renforçant ainsi les capacités de l'Etat à faire face aux défis de la pauvreté et de l'insécurité humaine.

Cette participation de la société civile appuyée, par les institutions, constitue une des exigences de la bonne gouvernance susceptible d'avoir un impact bénéfique sur l'efficacité des politiques publiques. Elle favorise la mise en place d'une politique de renforcement des capacités de la société civile de façon à susciter l'émergence d'une organisation dotée de compétence certaine. Ainsi l'approche technocratique ou bureaucratique de l'élite politique et administrative qui occulte parfois encore la place des citoyens et de la société civile dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques peut être évitée tel est le message fort du forum des ONG et OBC organisé en juin 2001.

### **9.3.1 Les insuffisances**

L'impression qui se dégage cependant, malgré le dynamisme et l'engagement de ces associations, est qu'il existe un fossé important entre les réponses proposées et les besoins ressentis.

Les déterminants de cette insuffisance dans la réponse proposée sont essentiellement :



- Le manque de ressources financières et surtout humaines qualifiées ;
- Le bénévolat des membres actifs et la difficulté à assurer une durabilité de la prise en charge et du soutien aux bénéficiaires ;
- Le manque de coordination des activités qui sont restées dispensées ;
- La faible capacité en ressources humaines.

S'il est juste de louer l'engagement des associations vers cette nouvelle approche de la lutte, il est aussi juste de reconnaître (là encore) que l'impact de cette réponse pourrait être plus efficient si les associations étaient mieux assistées, notamment pour ce qui est des CDVA, et mieux équipées.

En effet, la diversité des activités et la disparité des champs d'intervention fait souvent que le bénévolat des acteurs se trouve très vite contraint par des limites objectives.

Les associations gagneraient plus à se positionner selon leurs avantages comparatifs et des territoires d'action tout en améliorant leurs prestations. A cet égard, la spécialisation de certaines associations apparaît exemplaire ainsi que l'atteste l'exemple de bergerie qui réalise le soutien et l'accompagnement en fin de vie. Une bonne organisation du milieu associatif prenant en compte la collaboration avec les professionnels de la santé est un prélude à une prise en charge efficace des PV VIH.

Le nombre de patients ayant besoin des soins et l'efficacité des actions de prise en charge seraient ainsi plus visibles.

### 9.3.2 Les acquis

La mobilisation de la société civile a permis une plus grande visibilité de la réponse globale à la lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso, notamment par :

- la réduction de la stigmatisation et de la discrimination,
- les soins à domicile, le soutien psychosocial et socio-économique des PV VIH,
- une façon plus positive de vivre la séropositivité,
- l'incitation à une plus grande implication des politiques,
- un meilleur plaidoyer au niveau national et international

## 9.4 Les perspectives

Toutes les actions entreprises par les acteurs du monde communautaire ont pour objectif d'apporter une réponse communautaire efficiente basée sur un paquet minimum de services au plus grand nombre de PVVIH, aux orphelins, veuves/veufs et à leurs familles.

La consolidation de l'engagement politique en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA est la condition fondamentale à l'essor de tout l'ensemble stratégique de la lutte. L'engagement devrait être personnel (au niveau des décideurs et des politiques) communautaire, et national pour une mobilisation globale.

Trois grands axes peuvent se dégager :

- La définition des domaines d'activités prioritaires ;
- Le renforcement de l'appui Institutionnel à la société civile ;
- Le plaidoyer et le renforcement des partenariats.

### 9.4.1 La définition des domaines d'activités prioritaires.

Toutes les actions entreprises pour la lutte contre le VIH doivent être considérées comme une continuité depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Ainsi pour une réponse efficace, il faut des actions concertées entre associations, chacune essayant de mener au mieux une activité ou un paquet d'activités spécifiques tout en privilégiant le cadre de la concertation (réseaux) et la nécessité d'une coordination sous l'égide du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST.

#### 9.4.1.1 La mobilisation pour un changement de comportement et de perception de la maladie

Cette activité est fondamentale et doit être fondée sur :

- l'IEC en adaptant les messages aux nouveaux contextes et concepts,
- des campagnes de prévention de proximité en ciblant les groupes les plus vulnérables (ouvriers, enfants de la rue, étudiants, femmes en âge de procréer, enseignants, administratifs, hommes de tenue... ) avec un

message non stigmatisant, et fondé sur la responsabilité et non sur la peur,

- La promotion d'une sexualité responsable.

#### 9.4.1.2 La promotion du Dépistage - Conseil

Nul doute que le dépistage s'impose de plus en plus comme l'étape incontournable de la prévention et de la prise en charge. En effet l'on ne peut adhérer à un message de prévention quel qu'il soit que lorsque l'on est conscient des enjeux, donc que l'on se sait non infecté. De même, un diagnostic précoce est le gage d'un meilleur suivi et donc d'un pronostic favorable pour la prise en charge future.

Le dépistage constitue ainsi un carrefour entre prévention et traitement. Le problème de la légalité de cette activité risque de se poser si une réponse adéquate n'est pas trouvée et élargie aux populations des centres secondaires et du monde rural.

En effet les prestations de service par les bénévoles souvent non professionnel, non formés spécifiquement ou ne disposant pas de tous les moyens ni de toutes les structures pour effectuer un dépistage, peut faire glisser cette activité qui semble logiquement échoir à l'institution, c'est-à-dire aux structures médicales. L'alternative qui consisterait à élaborer et mettre en œuvre un programme commun entre associatifs et professionnels de santé semble plus séduisante. L'un apportant sa capacité de mobilisation et sa disponibilité et son enthousiasme au travail et l'autre sa technicité (consultations spécialisées et examens de laboratoire).

#### 9.4.1.3 La prise en charge médicale

En collaboration (en réseaux) avec des structures sociales et sanitaires. Cette activité devient impérative avec la possibilité d'accès aux ARV qui devient de plus en plus une exigence des PVVIH. Il conviendrait de :

- programmer des formations post universitaires et des formations continues pour le personnel de santé (modules de VIH-SIDA) ;
- renforcer les capacités de réponse du système de santé en intégrant une collaboration avec la société civile ;

- équiper de manière adéquate et rationnelle les structures sanitaires ;
- promouvoir l'accès du plus grand nombre aux soins ;
- organiser des visites et soins à domicile.

#### 9.4.1.4 Le soutien psychologique et social

Ce soutien est indispensable et doit être mise en œuvre à travers :

- la promotion des activités génératrices de revenus et l'insertion sociale des PVVIH ;
- des aides aux orphelins, aux veuves et veufs (soutien en vivres, en matériel scolaire ..) ;
- la protection juridique des veuves et orphelins ;
- l'accompagnement en fin de vie, le conseil et l'assistance auprès des associations ;
- Les autres volets de la lutte restent tout aussi important même si l'implication du monde communautaire nécessite plus d'organisation, de structuration des associations pour mériter de meilleurs soutiens financiers et une durabilité de l'assistance extérieure.

*" Rien n'est plus cruelle pour une maman que de donner à son insu le SIDA à son enfant. Il faut nous aider " .*

Une femme, Tenkodogo

#### 9.4.2 La place et le rôle de l'institution (SP/CNLS)

En marge de ces activités d'élaboration, d'exécution des programmes, de mobilisation des ressources, et de renforcement des capacités de réponse des structures sanitaires institutionnelles, le Secrétariat permanent a accompagné tant bien que mal de nombreuses associations ou groupe d'associations au cours de la période 1996-1999. Depuis le début de l'année 2000, il joue un rôle plus actif et a veillé à associer pleinement le monde associatif et communautaire y compris les PVVIH à l'élaboration du cadre Stratégique et des plans d'actions de lutte contre le VIH-SIDA, 2001-2005.

Cette action est d'autant plus intégrée que les principaux partenaires financiers, exigent de plus en plus l'implication de la société civile (par le biais des associations et ONG)

L'appui de cette structure de coordination technique et de suivi des réponses et de coordination est une caution très importante.

Le SP/CNLS devrait jouer le rôle d'interface entre les associations et les parte-

naires en facilitant le recueil des besoins des associations en vue d'action conjuguées dans le cadre de financement conjoints par ses donateurs.

Aussi, les associations devraient être représentées effectivement au niveau du SP/CNL

#### 9.4.2.1 L'organisation et le renforcement des capacités techniques des OBC

Les associations ont besoin d'un appui technique et d'assistance pour élaborer des programmes cadrant avec les orientations stratégiques de l'institutionnel. Les directives nationales doivent déterminer les financements au sein des associations.

Cette structure (SP/CNLS) devrait aussi fixer quelques normes organisationnelles, des cadres structurant mieux l'association en vue de mieux l'appuyer dans la réalisation de toutes les activités communes (à l'institution et à l'association).

#### 9.4.2.2 L'amélioration des stratégies de conseil et d'appuis aux OBC

La société civile, principalement représentée par les OBC doit continuer de

jouer un rôle de premier plan dans la mobilisation des énergies. Les étapes précédentes ont permis l'émergence de quelques associations bien structurées et ayant des pôles d'activités plus ou moins spécifiques. (La Bergerie, AAS, REVS + Cadi, AFAFSI ..). La plupart des associations doit être convenablement accompagnée et aidée financièrement, pour une réponse opérationnelle et globale.

Les structures associatives de relais et d'encadrement (IPC, CICDoc, CAS/VIH,) devraient être appuyées par l'institution (SP/CNLS) en vue d'une mise sur pied d'une structure de concertation nationale habilitée à réguler les cadres d'intervention des associations, à fixer les "cadres" normatifs et associatifs qui devraient évoluer vers plus de professionnalisme ; (gestion administrative, méthode de travail, rapport d'exécution, suivi-évaluation de programmes, etc...)

Le SP/CNLS devrait travailler à développer les compétences et capacités d'interventions des associations existantes pour envisager une couverture nationale de lutte contre le SIDA.

La visibilité des PVVIH au sein des asso-

#### ENCADRE N° 9.5

##### La " Maison des Associations de la Santé " de Bobo-Dioulasso dans le programme d'appui communautaire des PTF SIDA

**Historique :** Le projet HCK<sup>1</sup> (futur PREMIS-BB) appuyé par la Coopération Française, a eu un rôle de locomotive dans la lutte contre le VIH-SIDA au cours des années 90. De nombreux résultats très encourageants ont été enregistrés tels que le centre de conseil et de dépistage (CADI), la contribution à la création, la promotion et la coordination d'associations de lutttes contre le SIDA (Aprodec, REVS+...), la mise en réseau des organismes de lutte contre le SIDA, les campagnes d'IEC " Sida ka Taa ", la production de cassettes audio et de films, la prise en charge des PVVIH etc.

**Aujourd'hui :** Le PREMIS-BB<sup>2</sup> fait une part essentielle à l'implication des communautés et tout particulièrement des femmes dans la lutte contre le VIH-SIDA. Il contribuera à la réalisation d'un parfait partenariat impliquant les acteurs à la base et à un transfert du pouvoir de décision. De par ce contrôle (regard social) assuré par la société civile, le projet devrait contribuer significativement à la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la pauvreté et le SIDA. Le PREMIS-BB couvrira les régions sanitaires de Bobo-Dioulasso et de Banfora (7 districts, 20 % du territoire national, 1.500.000 habitants, 150 structures sanitaires et une trentaine d'associations actives dans la lutte contre le VIH-SIDA).

L'ensemble des actions prioritaires (y compris celles concernant les services publics de lutte contre le VIH-SIDA se fera au travers des acteurs communautaires réunis au sein de la " Maison des Associations de la Santé " qui sera créée à Bobo-Dioulasso. Cette structure, soutiendra l'organisation des associations en leur offrant un appui en formation, organisation, management,

comptabilité, recherche de fonds, communication, auto-promotion, recherche-action... afin d'améliorer leurs compétences techniques, leur professionnalisation, leur efficacité et leur pérennité. Le fonctionnement de cette structure sera progressivement autofinancé par un prélèvement (à hauteur de 5%) sur les budgets des projets conçus et conduits par les associations. Les subventions accordées aux associations par les différents PTF leur permettront de prendre à leur tour l'initiative des cadres de concertation et de mettre en œuvre leurs propres projets. Ceci pour une plus grande appropriation de la lutte par la société civile, une véritable pénétration du tissu social et l'atteinte de résultats tangibles et durables.

Cette " Maison des Associations de la Santé " sera le lieu naturel de concertation entre les organismes à base communautaires de l'ouest du Faso et les partenaires nationaux (CNLS) et internationaux (PTF). Dans ce cadre, le soutien aux organismes à base communautaire se fera avec une vision globale selon 4 grands axes stratégiques :

- i) Le renforcement des mesures de prévention : IEC et Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)
- ii) L'amélioration et l'expansion des sites de conseil et de dépistage.
- iii) Le renforcement de la surveillance épidémiologique.
- iv) L'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de prise en charge médico-psycho-sociale.

<sup>1</sup> Projet lutte contre le SIDA, Initiative de Bamako et mutualité dans les provinces du Houet, de la Comoe et du Kénéduougou.

<sup>2</sup> Prévention de la mortalité Maternelle et Infantile et de la mortalité par VIH-SIDA dans les régions de Bobo et Banfora

Source : Robert CAZAL, Projet HCK, Bobo-Dioulasso, Octobre 2001

ciations déjà existantes ou regroupées en associations spécifiques devrait être promue pour une réponse plus adéquate . Elles sont en effet plus indiquées à promouvoir et à défendre leur droits afin de mieux se prendre en charge.

Des rencontres annuelles devraient être programmées en vue d'évaluer et de valider les activités des associations.

#### 9.4.2.3 La planification et le monitoring des programmes.

Par l'élaboration et l'adoption du document de Cadre Stratégique de la réponse communautaire au VIH-SIDA et la participation des PVVIH à la lutte contre le VIH au Burkina Faso, un processus élargi et participatif de politique et des principes directeurs pour une réponse communautaire adéquate a été conduit.

Le Secrétariat Permanent devrait aussi se positionner comme pôle de compétence pour le suivi- évaluation des activités des OBC, organisations qui devraient répondre de :

- l'utilisation rationnelle des ressources matérielles, humaines et financières ;
- la collaboration avec les structures socio-sanitaires notamment et des autres associations organisées en réseaux ;
- l'accès par le plus grand nombre aux actions entreprises pour la prise en charge ;
- l'amélioration de leur capacité d'intervention et leur fonctionnement.

#### 9.4.2.4 Le plaidoyer et le renforcement du partenariat

Le renforcement des capacités de mobilisation des ressources est un préalable à une réponse adaptée.

Pour mener à bien leurs activités, les OBC doivent disposer des ressources financières et humaines nécessaires. Pour ce faire, une mobilisation tant nationale qu'internationale est nécessaire.

#### 9.4.2.5 Au niveau national :

- Faire appel à des ressources humaines qualifiées pour une gestion des OBC (Assistants sociaux, psychologues , communicateurs...) tout en préservant leur caractère associatif ;
- Privilégier un partenariat local avec les

- autorités politiques et administratives ;
- Encourager la participation des travailleurs sociaux, des enseignants, des professionnels de santé à la conception et à l'élaboration des plans d'actions.
- Impliquer des PVVIH dans les structures dirigeantes y compris au sein du SP/CNLS et dans la mise en œuvre des interventions ;
- Intégrer les différents plans d'action pour une réponse globale et multiseCTORIELLE ;
- Rendre disponible un minimum d'infrastructure pour les activités des associations (locaux, moyen logistique, matériel, animation administration, etc...) ;
- Encourager les associations à développer ou à établir la solidarité entre les groupes, les OBC tout en privilégiant l'approche en réseaux ;
- Susciter un élan de solidarité citoyenne pour la création d'un fonds de solidarité au profit de la lutte contre cette endémie ;
- Organiser et assurer une gestion transparente des fonds alloués à la lutte contre ce fléau, à la fois au niveau des institutions et associations ;
- Entreprendre des activités de plaidoyer auprès des décideurs, des politiques et leaders d'opinion (Gouvernement, Assemblée, Conseil économique et social, Syndicats, Chambre des représentants) permettant une prise de conscience et une meilleure appréhension des effets du SIDA sur les différents secteurs et les enjeux sur le développement ;
- Encourager la mise en place d'un comité d'éthique propre aux communicateurs.

#### 9.4.2.6 Au niveau international

- La consolidation des stratégies et du partenariat international pour la lutte contre le VIH-SIDA doit être poursuivie ;
- Un partenariat des associations au préalable organisées en réseau, avec les réseaux africains ou du Nord doit être encouragé et soutenu ;
- Un financement conséquent qui ne remet pas en cause la pérennité des activités est indispensable ;
- Les activités génératrices de revenus doivent être promues par l'Etat avec l'appui des partenaires financiers pour

*" Quant tu es perdu qui peut te donner une chance ?  
Ce sont les associations communautaires " .*

Jeune femme, Ouagadougou

lutter contre la pauvreté et donc pour garantir une certaine indépendance financière et auto-promotion des OBC et PVVIH.

## 9.5 Conclusion

Le nouveau positionnement du SP/CNLS à un niveau décisionnel de premier plan est un acquis considérable pour une implication des décideurs et politiques et la valorisation de la dimension multisectorielle ;

La promotion de l'approche contractuelle en tant qu'outil, peut être utilisée dans des conditions précises pour l'exécution des activités promotionnelles préventives ou curatives, le développement du conseil et dépistage à tous les niveaux du système sanitaire, le développement des stratégies alternatives d'hospitalisation, la prise en charge médicale et psychosociale. Les ONG et OBC ont un rôle fondamental à jouer au plan central et décentralisé et cela est consacré par le premier Cadre Stratégique de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005

En plus du renforcement des capacités de réponse et surtout en zone rurale, une gestion rationnelle des ressources humaines et matérielles s'impose et le monde communautaire est prêt à s'y associer aussi. Il convient de promouvoir la participation des usagers et de la communauté dans la gestion et le développement des activités de santé.

Pour une gestion rationnelle de ces ressources financières, il convient de mettre à la disposition des associations un espace de compétence en gestion, leur permettant de se consacrer à l'exécution de leur programme.

Les ressources humaines devront impérativement être renforcées .

Le leadership doit être promu pour une implication du plus grand nombre d'acteurs compétents et impliqués notamment les PVVIH.

Les activités doivent être intégrées pour une réponse concertées et les associations devront travailler plus étroitement avec les structures institutionnelles publiques.

La réponse globale à la lutte contre le VIH-SIDA est encore insatisfaisante.

Cependant, la dimension multisectorielle est maintenant prise en compte par les différents partenaires et cela est une avancée majeure. L'Etat s'engage depuis 2 ans plus efficacement et la mobilisation des PVVIH est entière.

Les engagements nationaux et internationaux issus de la Table Ronde des Bailleurs de fonds pour la lutte contre le SIDA vont se traduire par un apport financier et technique important au profit des associations et OBC. La mise en œuvre de programmes conjoints multi-donneurs pour l'Appui institutionnel et communautaire va faciliter les transferts de ressources et de compétences au monde communautaire, consolider la mise en œuvre des plans d'activités et renforcer la coordination par le CNLS et les réseaux d'ONG de la lutte contre le SIDA.

L'exécution des différents plans d'actions devrait bénéficier du soutien et de l'appui de tous les acteurs engagés dans la lutte contre cette pandémie, au profit des personnes infectées ou affectées par cette maladie, et de toute la nation.

Les conditions sont réunies pour que le Burkina Faso renverse la tendance observée jusqu'à présent et fasse beaucoup mieux que nombre de pays en Afrique de l'Ouest et du Centre dans la lutte contre le VIH-SIDA.



# LA COOPERATION REGIONALE ET INTERNATIONALE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

## INTRODUCTION

L'Afrique est le continent le plus touché par l'épidémie du SIDA. En 1999, ce continent abritait les 25 pays les plus affectés au monde. Selon l'ONUSIDA, près de 70 % des infections par le VIH-SIDA recensés dans le monde et 90 % des décès du SIDA sont localisés en Afrique. Les niveaux d'infection sont les plus élevés dans la région subsaharienne où l'accès aux soins y est le plus faible et les filets de sécurité socio-économiques susceptibles d'aider les familles à supporter l'impact de l'épidémie sont globalement inopérants. A la fin de l'an 2000 on relevait que 36,1 millions de personnes dans le monde étaient atteintes du VIH-SIDA dont 90 % dans les pays en développement et 75 % en Afrique subsaharienne.

Face à cette situation, la nécessité de mettre en place une action immédiate et d'envergure s'avère donc pressante. C'est pourquoi, l'OUA a pris conscience de la gravité croissante de l'épidémie et a demandé à la Communauté internationale l'appui en ressources financières et techniques nécessaires pour combattre la maladie.

En 1999, l'ONUSIDA a lancé un vaste processus de consultation avec les chefs d'Etats africains dans 20 pays et commencé la planification du programme d'action intensifiée contre le SIDA en Afrique en collaboration avec les donateurs bilatéraux, les ONG et le secteur privé.

En 1999, une résolution pour la création et l'appui d'un Partenariat international

contre le SIDA en Afrique a été adoptée. Les principes d'action ainsi que les mécanismes de promotion du partenariat et des recommandations pour rendre le partenariat opérationnel ont aussi été élaborés. De même il a été demandé aux cinq groupes constitutifs du partenariat (gouvernements africains, Nations Unies, donateurs, secteur communautaire et secteur privé) de planifier une action de grande envergure.

## 10.1 Le diagnostic

### 10.1.1 Le partenariat International pour la lutte contre le VIH-SIDA

Face à la progression et à l'ampleur considérable de la maladie, la communauté internationale a vite réagi en mettant en place un partenariat international contre le SIDA en Afrique. L'objectif de ce Partenariat est qu'au cours de la prochaine décennie, les pays africains entreprennent, avec l'appui de la communauté internationale, des actions nationales de lutte contre le VIH-SIDA à grande échelle, multisectorielles, durables et plus efficaces. Au niveau régional, la principale fonction du Partenariat est de s'assurer de l'impact maximum à l'échelon des pays de l'appui apporté aux programmes nationaux et aux initiatives locales réalisées dans les pays. C'est pourquoi, à ce niveau, le partenariat intègre les composantes suivantes :

- coordination et renforcement des ressources techniques régionales et amélioration des mécanismes de décaissements;
- appui aux principales institutions régio-

- nales en matière de formation, d'analyse des politiques, de conception des projets et d'échange d'informations.
- utilisation plus efficace des mécanismes de coordination.
- recensement des questions transfrontalières qui nécessitent une approche régionale et élaboration de mécanismes pour les traiter.
- négociation sur l'approvisionnement en équipements et intrants lorsque les niveaux régional et sous régional présentent des avantages par rapport au niveau national.

Plus récemment en juin 2001, à l'occasion de la 26ème session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies convoquée d'urgence pour examiner en profondeur le problème du VIH-SIDA et susciter un engagement mondial en faveur du renforcement de la coordination et de l'intensification des efforts déployés aux niveaux national, régional et international, les chefs d'Etat et de gouvernement réunis au siège de l'ONU ont réaffirmé les engagements pris antérieurement au titre de la lutte contre le VIH-SIDA à travers des Déclarations et Programmes dont :

- la Déclaration du Millénaire, en date du 8 septembre 2000 ;
- la Déclaration politique et les nouvelles mesures et initiatives pour la mise en œuvre des engagements souscrits lors du Sommet mondial pour le développement social, tenu le 1<sup>er</sup> juillet 2000 ;

- la Déclaration politique et les nouvelles mesures et initiatives pour la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, en date du 10 juin 1999 ;
- la Déclaration et le cadre d'action d'Abuja sur le VIH-SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, en date du 27 avril 2001.

Ils se sont également engagés à rechercher des solutions à la crise du VIH-SIDA en adoptant des mesures relatives au partage des responsabilités aux niveaux national, régional et mondial vis-à-vis de la prévention et des soins ; de la protection des personnes vulnérables ; de la recherche d'un vaccin ; des ressources et du suivi-évaluation des impacts.

Le nombre des engagements pris ainsi que leur portée témoignent de la volonté des chefs d'Etat et de gouvernement à combattre cette maladie. Mais en même temps, ce nombre, relativement élevé et surtout la faiblesse des ressources affectées par les Etats à la lutte contre le SIDA, peuvent amener à se demander si ces engagements sont ou seront effectivement tenus.

L'ampleur et la progression rapide du SIDA autorisent à penser que les engagements pris ne seront pas toujours tenus et cette situation est imputable aussi bien aux gouvernements qu'aux bailleurs de fonds. La nécessité de prendre des mesures pour remédier à cela apparaît fondamentale. Les dispositions envisagées en matière de suivi évaluation aux niveaux national, régional et mondial pour préserver la dynamique créée et suivre les progrès réalisés peuvent contribuer au renforcement de la coopération régionale et internationale et à l'intensification de la lutte contre le VIH-SIDA.

Aux niveaux régional et sous régional quelques activités ont déjà été entreprises notamment pour rassembler et élargir les actions des organismes des Nations Unies, des organisations bilatérales et des institutions africaines.

Sur le plan de l'organisation, les groupes inter-institutions et les réseaux de personnes et d'institutions travaillant sur des thèmes spécifiques (planification stratégique nationale, dépistage, conseils volontaires, soins à domicile, SIDA et secteur éducatif, l'allègement de la dette et le SIDA...) devraient constituer les prin-

#### ENCADRE 10.1

##### XII<sup>e</sup> Conférence/SIDA et MST

##### Le Burkina accueille 4000 participants

Le XII<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique se tiendra du 9 au 13 décembre 2001 dans notre capitale. Près de 4000 participants œuvrant dans la lutte contre la pandémie du VIH-SIDA prendront part aux travaux. Pour faire le bilan des préparatifs à mi-parcours, le comité directeur international a tenu une réunion le 17 et 18 mai 2001 à l'Hôtel Silmandé. A l'issue de la rencontre, une conférence de presse a été animée par le président du Comité d'organisation, le Pr Robert Soudré entouré de ses proches collaborateurs.

Il n'est pas superflu de rappeler que

c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée dans le monde avec un taux de prévalence de plus de 70% des personnes vivant avec le VIH, selon les estimations de l'ONU-SIDA et de l'OMS réalisées en 2000. Partout des actions sont engagées pour lutter contre ce mal qui est devenu un problème de développement. C'est ainsi que le Burkina Faso n'est pas resté en marge de ce combat et voudrait contribuer significativement à bouter hors de la planète, le SIDA.

L'organisation de la XII<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (CISMA) dans la capitale burkinabè en est une illustration.

Source : Simon YAMEOGO du journal L'Observateur Paalga du 21 mai 2001

cipaux mécanismes pour une meilleure coordination et un appui plus fort aux pays. Des cadres de travail comme les équipes inter-pays de l'ONUSIDA, le Réseau régional de formation sur le SIDA, les équipes d'appui aux pays du système des Nations Unies ont également été prévus.

Des Groupes inter-institutions ont déjà été créés pour collaborer et coordonner des activités communes aux niveaux régional et inter-pays. Il s'agit du Groupe de travail sur les MST en Afrique, du Groupe de travail sur la Transmission mère-enfant et du Groupe de travail sur les jeunes. Ces Groupes, soutenus par les équipes inter-pays, recensent et mettent en place des réseaux de ressources techniques opérationnels sur des thèmes jugés prioritaires en Afrique centrale et occidentale et en Afrique australe et orientale.

Les actions sous régionale et régionale apparaissent donc utiles pour partager les informations et les expériences entre personnes et institutions de différents pays et pour découvrir comment fournir un appui efficace aux institutions qui combattent le SIDA. Au Burkina Faso, la coopération régionale en faveur de la lutte contre le SIDA telle que décrite ci-dessus, s'exerce essentiellement au niveau inter-pays.

Au Burkina Faso, l'évolution et l'ampleur sans précédent de la maladie ont conduit les autorités à accorder très tôt une importance particulière au SIDA. La riposte au niveau national à l'émergence du SIDA a été lancée en 1986 dès la reconnaissance par le gouvernement de l'existence de la maladie.

Face à la forte progression de l'épidémie d'une part, et de la très faible capacité de l'Etat et des ménages à contribuer à la prise en charge des malades d'autre part, la communauté internationale a décidé de soutenir les actions de lutte engagées par le gouvernement. Dès la reconnaissance de l'existence du SIDA, un Comité Technique de Lutte contre le SIDA (CTL) a été mis en place. Ce Comité, appuyé par l'OMS a élaboré un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) et programmé sa mise en œuvre à travers un Plan à Court Terme exécuté de 1987 à 1989.

La réponse à l'épidémie du SIDA a donc dès le départ bénéficié de l'appui d'un

certain nombre de partenaires (6 au total au cours de la période 1987-1994). L'ampleur de la maladie et sa généralisation à l'ensemble du pays ont conduit à l'intensification de la lutte et du partenariat. Aussi, depuis le lancement du partenariat International pour la lutte contre le VIH-SIDA en Afrique (dont le Burkina Faso est un pays pilote), le gouvernement burkinabé, avec l'appui de ses principaux partenaires (22 au total en 2001 contre 8 en 1995) et le concours de l'ONUSIDA a engagé une nouvelle phase plus intégrée et plus dynamique de lutte contre l'épidémie.

Les principaux acteurs non nationaux qui apportent leur appui à la réponse nationale à l'épidémie du SIDA sont les agences de coopération bilatérales et multilatérales et les ONG.

L'expérience du travail des ONG au Burkina Faso est ancienne et reconnue. Avec l'avènement du SIDA, elles ont établi de solides liens de travail dans le secteur de la santé. Plusieurs ONG oeuvrent à la promotion d'associations à base communautaire qu'elles appuient financièrement ou techniquement. Même si leur contribution financière s'avère relativement faible, c'est au niveau de l'assistance aux malades qu'elles interviennent d'une manière importante.

#### ENCADRE 10.2

##### Lutte contre le SIDA : Appui de la Coopération allemande

Le gouvernement de la République fédérale d'Allemagne met à la disposition du Burkina Faso une contribution financière à concurrence d'un montant total de

5 000 000 DM (1 676 927 500 F CFA) pour le projet de marketing social de condoms " PROMACO II " dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Cette contribution financière est un engagement supplémentaire aux fonds déjà octroyés. L'approvisionnement par PROMACO en condoms subventionnés est ainsi assuré jusqu'à la fin de l'an 2002. La poursuite du financement est prévue.

L'Allemagne soutient PROMACO dans le cadre de la coopération bilatérale depuis 1994.

L'objectif global du projet s'apparente à l'espacement des naissances et à la réduction du taux d'infections à VIH

au Burkina Faso. Le groupe cible inclut toute la population du Burkina Faso, surtout les femmes, qui peuvent profiter d'un espacement des naissances adéquat et d'une amélioration de la santé.

19,3 millions DM (6 472 940 150 F CFA) ont été débloqués à ce jour principalement pour la fourniture de 28 millions de condoms et de leur distribution nationale, ainsi que pour la sensibilisation de la population.

Cet accord de coopération financière a été signé, lors d'une cérémonie officielle, le jeudi 19 avril 2001, pour le compte de la partie burkinabè par le ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé des Finances et du Budget, M. Jean-Baptiste Compaoré et pour le compte de la partie allemande par Son Excellence Monsieur l'ambassadeur Helmut Rau.

Source : BBJ du journal : SIDWAYA N°4264 du jeudi 17 mai 2001



Près de 150 associations à base communautaire sont recensées sur le terrain de la lutte contre le SIDA. Les ONG du sud sont sur le terrain et ont un contact direct avec les populations. Elles sont souvent financées par les ONG du Nord. Le secteur privé qui était censé apporter une contribution substantielle à la lutte contre le SIDA, a un apport encore faible. Son intervention se limite essentiellement aux soins prodigués par les centres sanitaires privés. Au Burkina Faso, les institutions de recherche (CNRST, IRSS, IRD...) mènent de nombreux travaux sur divers aspects cliniques et biologiques. Avec des moyens relativement limités, ces institutions obtiennent néanmoins des résultats fort intéressants. Malheureusement, ceux-ci sont rarement traduits en décisions pratiques au profit des malades notamment pour les raisons suivantes :

- l'importance relativement faible accordée à ces institutions sur l'échiquier national ;
- la faible considération accordée aux résultats obtenus par ces institutions ;
- la faiblesse des ressources octroyées par l'Etat à ces institutions.

Au total, le peu de considération accordée à ces institutions les confine à jouer un rôle marginal dans le processus de développement économique et social du pays.

### 10.1.2 Le système des Nations Unies

Co-parrainé par sept organismes des Nations Unies (UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS, BM et l'OIT), l'ONUSIDA ou Programme Commun des Nations Unies contre le VIH-SIDA a pour mission de diriger la riposte élargie à l'épidémie du SIDA et d'aider les pays à renforcer leurs aptitudes à relever le défi du SIDA. La nécessité d'élargir les bases de la riposte à l'épidémie d'une part et d'assurer une meilleure coordination de l'appui du système des Nations Unies d'autre part, a conduit ces Institutions à unir leurs forces au sein de l'ONUSIDA.

Au Burkina Faso, l'ONUSIDA travaille par le canal du Coordonnateur résident des Nations Unies. Ce dernier a mis notamment en place le Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH-SIDA, composé des responsables locaux de tous les organismes co-parrains présents dans le pays.

L'ONUSIDA a aussi mis en place un Conseiller de programme chargé :

- d'aider le Groupe Thématique dans son action ;
- de faire la liaison avec les acteurs et activités anti-SIDA dans les pays et
- de veiller à l'application des politiques de l'ONUSIDA.

Au niveau inter-pays, l'ONUSIDA a entrepris de créer des équipes inter-pays. Pour assurer la coordination des interventions, les Agences co-parrainantes ont très vite réagi aux recommandations de l'ONUSIDA en mettant en place des cadres de concertation afin de coordonner les interventions d'appui à la lutte contre le SIDA.

Au Burkina Faso, le partenariat contre le VIH-SIDA s'exerce selon les modalités suivantes :

- *Le Groupe Thématique élargi des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA).*

Ce groupe est fonctionnel depuis 1998. Il est présidé par le Représentant Résident du PNUD et regroupe les bailleurs de fonds et un certain nombre de représentants d'ONG. Le Groupe se réunit deux fois par an pour discuter et définir les orientations stratégiques du Partenariat International pour la lutte contre le SIDA. Son action est basée sur trois volets :

- l'appui aux acteurs nationaux dans le cadre des programmes bilatéraux selon les domaines d'intérêt de chaque agence ;
- l'appui commun aux intervenants nationaux à travers des plans d'action du PNLS, des districts, des ONG, de l'organisation de la Journée Mondiale du SIDA et de la participation aux rencontres nationales et internationales... ;
- la mise en œuvre de programmes conjoints tels que les analyses de situation et de la réponse au VIH-SIDA dans plusieurs districts sanitaires.

Le Groupe Thématique constitue le relais opérationnel au niveau national du Programme conjoint ONUSIDA. Son but est de rendre plus efficiente l'aide apportée par l'ensemble des agences du système des Nations Unies au Programme National de lutte contre le SIDA. A ce titre, il bénéficie de la reconnaissance officielle du gouvernement, comme interface et interlocuteur du Conseil National de Lutte contre le SIDA.

Pour jouer son rôle et atteindre ses objectifs, le Groupe Thématique a mis en place

*" Donner aux associations, c'est comme nous donner à nous à mains propres mais aidez-les à mieux s'organiser "*.

PV-VIH, Koudougou

un Groupe Technique comprenant l'ensemble des techniciens des organismes co-parrainants.

- *Le Groupe Technique de Travail (GTT) des Agences du Système des Nations Unies.*

Il s'agit d'un Comité Technique interne aux agences du système des Nations Unies chargé d'appuyer l'exercice de Programmation des Actions de Lutte contre le VIH-SIDA. Présidé par le Représentant de l'OMS, ce Groupe examine les questions d'ordre technique et fait des propositions au Groupe Thématique pour décision.

- *Le groupe des partenaires techniques et financiers du SIDA (PTF-SIDA).*

Initialement animé par le PNUD suite à la demande des Ambassadeurs des pays membres de l'Union Européenne, des Etats Unis et du Canada, cette structure émane en 1999 du Groupe Thématique ONUSIDA élargi et joue un rôle d'appui et de conseil stratégique en matière de lutte contre le VIH-SIDA. Ce comité constitue un cadre dynamique de concertation des bailleurs de fonds. Il se réunit une fois par mois pour échanger sur ce qui est en cours d'exécution ou envisagé dans le domaine de la lutte contre le SIDA. Son rôle est d'œuvrer pour la synergie et la complémentarité des programmes d'intervention des différents partenaires. Les procès verbaux des réunions sont transmis au Ministère de la Santé, au CNLS et aux représentants des partenaires au développement du Groupe Thématique Elargi.

- *Le Groupe des partenaires au développement pour la santé*

Ce sont des partenaires intervenant dans le domaine de la santé. Avec l'OMS comme chef de file, ils soutiennent plusieurs projets dans le secteur de la santé. La collaboration entre eux s'effectue à travers les mécanismes suivants : réunions périodiques, échanges d'informations et de documents, missions de consultation.

- *La conférence annuelle des partenaires au développement.*

Sous l'égide du Ministère de la Santé, le gouvernement organise chaque année la conférence des partenaires au développement. C'est le cadre privilégié pour échanger les points de vue sur les pro-

grammes et projets en cours d'exécution et les futurs plans de développement.

Le paysage institutionnel de la coopération en matière de lutte contre le VIH-SIDA au Burkina Faso se caractérise par l'existence d'un ensemble de cadres de concertation tant au niveau national que régional et international. Même si ces mécanismes de concertation ont été dès le départ, dotés d'objectifs et de mandats clairs pour assurer leur fonctionnement, on peut tout de même se poser des questions sur leur opérationnalité et l'état de la coopération en matière de lutte contre le SIDA.

Au Burkina Faso, les organismes co-parrainants de l'ONUSIDA se concertent assez régulièrement à travers leurs représentants dans le cadre des réunions des Groupes Thématique et Technique sur le SIDA.

Au cours de l'année 1996, année de démarrage de l'ONUSIDA, une dizaine de

#### ENCADRE 10.3

##### **La Conférence Satellite CISMA consacrée au VIH-SIDA et à la lutte contre la pauvreté**

Le PNUD en collaboration avec le Gouvernement du Burkina Faso et avec l'appui de plusieurs donateurs organisent une conférence satellite sur le thème " VIH-SIDA, Pauvreté et développement Humain en Afrique Sub-Saharienne " à l'occasion de la 12<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique (CISMA ) qui se tiendra à Ouagadougou du 09 au 13 décembre 2001 dont le thème est "Les communautés s'engagent".

L'objectif de la conférence satellite prévue les 5-7 décembre 2001 est d'influencer les politiques sectorielles et les stratégies multisectorielles de réduction de la pauvreté et de lutte contre le VIH-SIDA au niveau national et régional en intégrant les paramètres socio-économiques dans les analyses de situation et les instruments de programmation et de mobilisation des ressources.

Les objectifs spécifiques sont entre autres la définition d'un cadre structuré et harmonisé pour analyser les liens entre le VIH-SIDA, la pauvreté, le développement économique, les dimensions socio-culturelles et la Gouvernance et la présentation des évidences empiriques susceptibles d'influer sur le dialogue des politiques, le pilotage stratégique des réformes et programmes nationaux et

le suivi-évaluation des actions de lutte contre l'épidémie en Afrique Subsaharienne.

Cette conférence offrira l'occasion d'échanger le plus largement possible sur les meilleures pratiques, les expériences uniques et les innovations en matière de stratégies et d'interventions qui font le lien entre réduction de la pauvreté et lutte contre le VIH-SIDA.

Elle permettra également de développer des initiatives harmonisées pour le renforcement des capacités institutionnelles, la consolidation des partenariats et la mise en place d'un réseau régional dynamique et influent pour le suivi-évaluation intégré des efforts en matière de réduction de la pauvreté et de lutte contre le VIH-SIDA.

Les principales conclusions et recommandations de la conférence Satellite seront présentées à la CISMA. En outre, cette conférence satellite sera normalement suivie par un séminaire méthodologique de haut niveau qui se tiendra au cours du premier semestre de l'année 2002. Ce séminaire aura pour but de consolider les mécanismes nationaux responsables de la formulation, de la mise en œuvre, de l'appui et du suivi-évaluation des politiques et stratégies de lutte contre le VIH-SIDA et la pauvreté.

Source: L.J.Grégoire , M. Saba, S. Wendes. Conférence satellite CISMA, VIH-SIDA, Pauvreté et Développement Humain en Afrique Sub-Saharienne. PNUD, décembre 2001.

réunions du Groupe Thématique, sanctionnée par des procès verbaux, a été organisée. En 1997 et 1998 ce groupe a été moins actif et le groupe technique ONU-SIDA ne s'est plus guère réuni avant de retrouver une dynamique nouvelle en 1999 sous l'impulsion du PNUD et des partenaires techniques et financiers du SIDA. De 1999 à 2001, le Groupe Thématique et le Groupe technique de Travail ont tenu des réunions mensuelles régulières en y invitant à chaque fois le Secrétariat Permanent du CNLS-IST. Les autres partenaires du ministère de la santé, les bailleurs de fonds multilatéraux, bilatéraux et ONG ont également participé à plusieurs rencontres organisées à leur intention.

D'une manière générale, on peut estimer que les deux organes clé de la coordination à savoir le Groupe Thématique Elargi et les PTF-SIDA fonctionnent de manière satisfaisante depuis deux ans pour avoir réussi à établir des relations fonctionnelles et un mécanisme institutionnel de concertation régulière avec le Comité National de Lutte contre le SIDA. Ces rencontres permettent d'échanger des informations et de faire le point sur les activités opérationnelles du Programme National de Lutte contre le SIDA.

La concertation au niveau des partenaires au développement pour la santé s'effectue à travers les réunions périodiques, les échanges d'informations et de documents. Toutefois, les difficultés pour tenir des réunions à des périodes régulières affectent quelque peu la concertation entre ces différents partenaires. Les difficultés de calendrier et les programmes souvent trop chargés expliquent notamment cette situation.

En ce qui concerne la conférence annuelle des partenaires au développement, le gouvernement s'efforce d'assurer sa tenue régulière en raison de son importance sur la santé de la population.

### **10.1.3 La mobilisation des ressources au profit de la lutte contre le VIH-SIDA**

Grâce à l'action soutenue de ces différents cadres de concertation, des acquis ont pu être enregistrés traduisant donc une évolution considérable dans la coordination et la promotion du Partenariat international pour la lutte contre le VIH-SIDA.

Cette amélioration dans le partenariat s'est aussi traduite par une mobilisation plus accrue des ressources financières au profit de la lutte contre le SIDA et par un engagement plus ferme des partenaires à entreprendre des actions communes.

A titre d'exemple, la Coopération Française et le PNUD ont conjointement financé des actions de sensibilisation des leaders religieux et le dépistage anonyme lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA ; la Coopération danoise a décidé d'intégrer un volet SIDA dans tous ces programmes opérationnels pour une enveloppe estimée à 1,5 millions USD.

Par ailleurs, conscients des enjeux et des défis de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso, les principaux bailleurs de fonds représentés au sein du Groupe Thématique élargi de l'ONUSIDA, ont de manière solidaire décidé d'intensifier leur coopération en vue d'apporter leur appui au Gouvernement dans l'élaboration de son Plan Stratégique Multisectoriel 2001-2005. Cette initiative s'intègre parfaitement dans le processus du Partenariat International pour la lutte contre le SIDA, qui est aujourd'hui renforcé par une démarche conjointe de l'UE et des Etats Unis qui ont décidé de conjuguer leurs efforts dans la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose en Afrique. De même, grâce aux concertations des partenaires nationaux et internationaux, une Table Ronde consacrée au financement du Plan National Multisectoriel 2001-2005 a eu lieu en juin 2001. Elle a permis d'enregistrer des annonces de contribution à hauteur de 66 milliards de francs CFA sur les 71 milliards de francs CFA requis. Ceci constitue en soi un réel motif de satisfaction tout comme il pose la lancinante question de la capacité d'absorption du pays surtout lorsqu'on sait par expérience que les problèmes de maîtrise des procédures de décaissement et de gestion administrative sont des facteurs qui réduisent considérablement cette capacité. Toutefois, il y a lieu de préciser qu'il s'agit encore que d'annonces de contribution et que des efforts conjoints Gouvernement/donateurs sont nécessaires pour une mobilisation effective des ressources.

Enfin les différents efforts déployés vont permettre au gouvernement d'abriter la XII<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le

SIDA et les MST en Afrique (CISMA) au mois de décembre 2001. Cette Conférence placée sous le thème de “Les Communautés s’engagent” tient à souligner le rôle et l’importance des différentes communautés dans la lutte contre ce fléau et à montrer que les réponses les plus efficaces à l’épidémie sont celles qui ont pris appui sur la mobilisation de la communauté internationale.

L’avancée significative observée dans la coordination et la promotion du partenariat pour la lutte contre le SIDA a permis d’obtenir des acquis relativement importants notamment en termes de mobilisation des ressources. Toutefois ces résultats intéressants ne doivent pas occulter les obstacles qui entravent encore la bonne marche de la coopération entre les différents acteurs.

#### 10.1.4 Difficultés liées à la Coopération

Les obstacles qui entravent la coopération entre les différents acteurs se situent à trois niveaux :

- au niveau des partenaires au développement ;
- au niveau des relations partenaires au développement / acteurs nationaux ;
- et au niveau des mécanismes nationaux de coordination.

Au niveau des partenaires au développement, un des obstacles à l’harmonisation de leurs interventions vient du fait que les priorités de l’ONUSIDA sur le terrain, ne coïncident pas toujours avec les priorités des bailleurs de fonds.

En effet, certains partenaires, dans leur intervention ne tiennent pas toujours compte de la nécessité d’inscrire leur action dans le cadre concerté et cohérent mis en place à travers les mécanismes de concertation existants. C’est donc moins souvent l’adhésion aux orientations et principes définis en matière de partenariat qui semble poser quelques difficultés que les pesanteurs issues des exercices de planification engagés par le comité et l’ONUSIDA (trois ans pour préparer des plans stratégiques et sectoriels de lutte contre le SIDA, 1997-1999). A cela, il convient d’ajouter que les pratiques des agences du système des Nations Unies donnent souvent l’impression que chaque agence travaille pour sa propre visibilité.

Au niveau des relations partenaires au

#### ENCADRE 10.4

##### **Le Burkina Faso mobilise plus de 95 millions de dollars contre le VIH-SIDA**

Ouagadougou, le 22 juin 2001. La Table ronde organisée par le Burkina Faso en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), a réussi la gageure de mobiliser le financement nécessaire à la lutte contre le VIH-SIDA dans ce pays.

Quelques 200 participants, y compris les représentants de 21 pays et organisations bilatérales, ainsi qu’une vingtaine d’organisations multilatérales, ainsi que plusieurs organisations non gouvernementales et la société civile, se sont engagés sur le financement de la stratégie nationale 2001-2005 à hauteur de 94 millions de dollars US.

Les partenaires se sont également engagés sur le financement de la Conférence Internationale sur le SIDA (CISMA) pour 1,2 millions de dollars.

Pays pilote dans le cadre du Partenariat international pour la lutte contre le VIH-SIDA en Afrique, le Burkina, avec un taux de prévalence du VIH dépassant largement les 7 pour cent de la population, a pris conscience de l’importance de se lancer dans la bataille contre une épidémie qui

se propage rapidement, de manière stratégique et concertée avec tous ses partenaires.

Le gouvernement et le secteur privé et communautaire burkinabé contribueront pour environ 13,5 millions de dollars sur 5 ans, engageant également une partie des fonds provenant de l’initiative de la réduction de la dette (PPTE). Les bailleurs de fonds y compris les agences bilatérales, multilatérales et non gouvernementales contribueront pour le reste des fonds nécessaires.

Le PNUD, qui a joué un rôle de chef de file des partenaires dans la formation de la stratégie nationale, en collaboration avec ONUSIDA et les autres agences du système des Nations Unies, s’est engagé à hauteur d’environ 4 millions de dollars sur ses fonds propres.

“ Malgré cet énorme succès qui reflète bien la coordination et la solidarité existant entre partenaires au Burkina Faso ”, a déclaré Christian Lemaire, Représentant résident du PNUD à Ouagadougou, “ le plus difficile reste à faire : arrêter la propagation de l’épidémie, prendre les malades en charge et commencer à réduire le taux de prévalence de l’infection dans la population, sans oublier que nous n’avons pas droit à l’erreur. ”

Source : Unité chargée de la Communication du PNUD, Ouagadougou, juin 2001

développement / acteurs nationaux, les obstacles qui entravent le partenariat tiennent essentiellement au fait que les interventions de certains partenaires ne sont pas toujours “contrôlées” par les nationaux. Il arrive en effet, que des partenaires interviennent et/ou choisissent d’intervenir dans certaines zones sans avoir au préalable consulté les acteurs nationaux ou que des programmes soumis aux partenaires par des nationaux ne soient pas pris en compte sous le prétexte que ces programmes ne rentrent pas dans leurs domaines de prédilection.

*Les programmes et structures nationaux ne sont donc pas toujours considérés par certains partenaires comme une plateforme sur laquelle ils souhaitent programmer leurs ressources. Aussi, en dépit des efforts fournis de part et d’autre, la principale difficulté inhérente à la coopération entre les différents acteurs est l’insuffisance de la coordination des interventions. Chaque partenaire a son domaine d’intervention et parfois sa*

*zone de prédilection. Certains partenaires y compris les ONG ont même été parfois réticents à suivre les orientations nationales.*

En effet, une autre difficulté importante à souligner est que l'action des partenaires n'a pas été aussi rapide que la propagation de l'épidémie. La mise à disposition des ressources financières destinées aux activités décentralisées est souvent lente.

Les relations Etat / partenaires peuvent être sérieusement influencées par le comportement des populations. Lorsque celles-ci s'allient au gouvernement pour défendre une cause, le triomphe est assuré comme ce fut le cas en Afrique du sud où le gouvernement avec le soutien total de la population s'est imposé face aux grandes industries pharmaceutiques.

*L'insuffisance de coordination dont la responsabilité incombe au CNLS et la faible efficacité des actions de certains partenaires nationaux et internationaux diminuent considérablement l'impact des interventions.*

Au niveau national, les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Les structures nationales souffrent de faiblesse organisationnelle, institutionnelle et fonctionnelle.

En effet, le CNLS qui est la structure nationale de coordination, à travers le Secrétariat permanent souffre d'insuffisances en terme de ressources humaines et financières. Les ressources humaines sont encore insuffisantes au regard des multiples tâches. Cela explique en partie pourquoi les structures nationales de coordination des actions de lutte contre le SIDA n'arrivent pas à exercer un leadership déterminant pour mobiliser les acteurs nationaux et internationaux qui luttent contre le SIDA. D'autre part, les attributions du CNLS et du Secrétariat Permanent ont manqué de clarté notamment entre 1996 et 2000 et ces deux organes ont souvent été confondus par les acteurs de la lutte contre le SIDA. La maîtrise des procédures de gestion administrative a été insuffisante et la rotation des personnels de la coordination a aussi été trop rapide.

Il apparaît donc que la mise en œuvre des activités a été influencée de façon négative par des difficultés de divers ordres. En plus de celles déjà indiquées, on citera en outre :

- la lenteur dans le démarrage et dans

l'exécution de certaines activités liées à la lourdeur dans les décaissements et dans les procédures administratives ;

- l'effectif réduit du personnel face à l'ampleur des tâches qui entraîne une lenteur dans le traitement des dossiers et même parfois une insuffisance de rigueur dans le suivi ;
- la rigidité des procédures de décaissement qui ne permet pas d'assurer une décentralisation des ressources financières.

Enfin, les relations entre le CNLS et la DG.Coop qui est la structure centrale chargée de la coordination de l'aide sont très réduites. En effet, alors que les activités de coordination du CNLS sont axées sur les questions du SIDA, celles de la DG. Coop portent spécifiquement sur les négociations avec les bailleurs, la mobilisation des ressources financières et la gestion des programmes de coopération économique, technique et financière avec les autres structures concernées. C'est à ce niveau que des rapports peuvent et devraient intervenir entre ces deux structures.

Force est de reconnaître que ce n'est que tout récemment qu'elles ont commencé à fonctionner réellement notamment depuis le nouveau rattachement du CNLS à la Présidence et les préparatifs de la Table Ronde pour la lutte contre le SIDA.

La coopération internationale et régionale en faveur de la lutte contre le SIDA se trouve entravée par un certain nombre d'obstacles et de difficultés qui entraînent une faible mobilisation nationale et une utilisation non optimale de la mobilisation internationale contre le SIDA. Tout en reconnaissant l'importance et la persistance de ces obstacles, on peut espérer que l'ampleur de l'épidémie d'une part et le défi de préparer une réponse urgente et durable d'autre part, conduiront à surmonter ces difficultés. Les dernières initiatives développées récemment par le gouvernement avec l'appui de la communauté internationale laissent entrevoir que l'on est sur la bonne voie : l'élaboration du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, l'élaboration du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH-SIDA (2001-2005), la tenue de la Table Ronde sur le SIDA en juin 2001, la restructuration du CNLS et son rattachement à la Présidence du Faso, le début de mise en

**" La solidarité c'est trop important pour laisser cela seulement aux étrangers qui donnent pour lutter contre le SIDA " .**

Etudiant, Ouagadougou

œuvre de la politique nationale de décentralisation, laissent présager une nouvelle dynamique. La coopération régionale et internationale en faveur de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso devrait pouvoir atteindre rapidement un niveau satisfaisant d'efficacité et de coordination.

Cette coopération peut être davantage renforcée grâce notamment à :

- la définition de mécanismes de financement et de gestion qui permettent la mise à disposition rapide et l'utilisation rationnelle des fonds dont notamment les fonds fiduciaires ou Trust Fund ;
- la définition d'un cadre approprié de suivi pour s'assurer de la mobilisation effective des ressources et la mise en œuvre des plans de lutte contre le SIDA ;
- l'intensification de la concertation entre les partenaires sous l'égide du gouvernement dans le cadre de l'esprit du partenariat international pour la lutte contre le SIDA en Afrique.

## 10.2 Les politiques et les stratégies

### 10.2.1 Les orientations politiques et stratégiques

Le Burkina Faso mène des actions dans la lutte contre le SIDA depuis la déclaration des premiers cas en 1986. Et malgré les efforts déployés par le pays à travers la mise en place de plans de lutte, la maladie ne fait que progresser. L'analyse de la situation et de la réponse à l'épidémie du SIDA a révélé un certain nombre d'insuffisances. Sur la période 1987-2000, trois phases se sont succédées dans la réponse organisée par le gouvernement, le PNLS, et l'ONUSIDA.

Une première phase (1987-1995) a permis l'installation du CTLS, l'élaboration du PNLS et la mise en œuvre de 3 plans d'intervention.

Une deuxième phase (1996-1998) consacre un engagement politique plus grand du gouvernement et modifie l'organisation de la lutte contre le SIDA à travers notamment le Projet Population et Lutte contre le SIDA.

Une troisième phase actuellement en cours, renforce le caractère multidimensionnel, l'approche décentralisée des activités et l'implication croissante des organisations à base communautaire (OBC).

Les premières actions ont pu être menées à la suite de concertations nationales et internationales et d'une meilleure connaissance de l'endémie. Une réponse organisée a aussi été ébauchée suite à la création d'un Comité Technique de Lutte contre le SIDA. Mais toutes ces actions sont restées insuffisantes face à l'ampleur de l'épidémie.

Durant la première phase, on constate en effet le très petit nombre de mentions du problème dans les discours politiques, comme dans les documents relatifs à la coopération pour le développement. Par ailleurs, les engagements financiers du gouvernement en faveur de la lutte contre le SIDA sont restés très faibles aux alentours de 270 000 USD, soit 0,0007 % du budget de l'Etat et 0,0067 % du budget alloué au secteur santé.

Bien que des efforts aient été fournis durant la première phase, les résultats obtenus ont été très modestes en raison essentiellement de la faible implication des autorités et de la sous estimation du rôle qu'auraient pu jouer les associations de la société civile.

L'insuffisance des résultats obtenus dans la 1<sup>ère</sup> phase et contribué à la progression de la maladie a conduit à un engagement plus fort du gouvernement et à une plus grande coalition des efforts engagés par la communauté internationale. Les programmes de coopération intègrent désormais la problématique SIDA, les bailleurs de fonds investissent de façon plus significative dans les actions de prévention, de formation et d'appui institutionnel. Près de 22 millions de dollars sont consacrés en 4 ans au PNLS pour une enveloppe globale de 134 millions allouée par les partenaires de développement, au secteur de la santé. Le gouvernement mobilise des ressources relativement importantes en multipliant par 4, entre 1996 et 1998, l'enveloppe annuelle consacrée aux activités du PNLS.

### 10.2.2 L'aide extérieure

L'affectation de l'assistance extérieure en faveur de la lutte contre le SIDA de 1990 à 1998 se présente comme suit : (voir tableau 10.1).

Sur la période 1990-1998, la communauté internationale a financé 29,4 millions de dollars ; ce qui montre son enga-

**Tableau 10.1 : Répartition des décaissements effectifs de l'assistance extérieure aux Programmes d'actions pour la lutte contre le VIH-SIDA (1990 -1998)**

Typologie de l'Assistance extérieure	Montant en millions de \$US	Valeur en pourcentage
Aide à l'investissement et équipements	16,53	56,2
Coopération technique	8,43	28,7
Formation	2,88	9,8
Divers	1,56	5,3
<b>Total</b>	<b>29,4</b>	<b>100</b>

Source : PNUD, Rapport sur la Coopération, 1996-1998 et Rapports du PNLS, 1996-1999.

gement plus marqué en faveur de la lutte contre le SIDA.

D'autre part, la structure de l'assistance extérieure sur cette période montre la prédominance de l'aide à l'investissement et équipements (56,2 %) et la coopération technique (28,7 %) ; soit plus de 80% du total. Cela peut s'expliquer par la mise en place des structures et programmes au cours de la première phase.

Au cours de la deuxième phase, la priorité était consacrée aux actions de prévention et d'IEC. Depuis 1998, l'accent semble davantage être mis sur la lutte contre la maladie.

Au cours de la période 1995-1999, 70% des fonds destinés au SIDA étaient des prêts. Aussi, compte tenu de l'importance des fonds accordés sous forme de prêt d'une part et de la situation d'endettement du pays d'autre part, le Gouvernement devrait de plus en plus privilégier les subventions et ceci est clairement demandé par les ONG et les représentants de la société civile (cf. rencontres mensuelles du CICDoc et du PNUD).

Enfin, pour assurer la transparence et l'efficacité dans l'utilisation des fonds, il y a lieu de mettre en place un système performant de suivi-évaluation à travers notamment un système de centralisation des requêtes et de suivi des décaissements.

La nouvelle approche, apparue en cours de la troisième phase, renforce le caractère multidimensionnel de la démarche de lutte contre le SIDA, opte pour la décentralisation des activités et l'implication croissante des organisations à base

communautaire (OBC). Elle résulte des efforts de concertations organisées depuis 1999 au niveau du groupe thématique élargi ONUSIDA et des partenaires techniques et financiers présents au Burkina Faso.

Les concertations entre gouvernements et partenaires au développement ont abouti au processus de planification stratégique multisectoriel de lutte contre le SIDA 2001-2005. Le premier Cadre Stratégique de Lutte contre la pauvreté conçu avec la participation de tous les partenaires a été adopté par le Gouvernement en juin 2001. Il constitue de nos jours un cadre de référence en matière de lutte contre le SIDA au Burkina Faso et consacre un axe prioritaire aux actions de maîtrise de la croissance démographique et de lutte contre le SIDA.

Avant 1999, la politique nationale de lutte contre le SIDA découlait de la politique sectorielle santé depuis, la démarche multisectorielle a été consacrée. Le Burkina Faso dispose d'un cadre juridique national et d'une politique sanitaire dont les dispositions assurent la prise en compte des questions liées aux IST-VIH-SIDA. Il a par ailleurs ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux se rapportant aux droits de la personne. Ces textes fondamentaux protègent les droits des citoyens en général et interdisent la discrimination de groupes spécifiques.

Le Burkina Faso a souscrit à l'objectif social de la santé pour tous en adoptant la stratégie des soins de Santé Primaire dont les grands principes sont : équité, participation communautaire et collaboration intersectorielle. Il a souscrit à tous

les engagements mondiaux et africains (OMS, OUA) en faveur de la santé des populations.

Considérant entre autres que :

- la pandémie du SIDA constitue par son ampleur et sa gravité, une menace pour l'humanité tout entière ;
- sa progression entrave le développement socio-économique du Burkina Faso, et accroît les disparités tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays ;
- la pauvreté et la discrimination sont des facteurs qui contribuent à la propagation de la pandémie ;
- le VIH ne cause pas seulement des souffrances physiques et morales à l'individu mais sert souvent à justifier de graves atteintes aux droits de la personne ;
- le VIH-SIDA cause aux familles et aux communautés des dommages irréversibles ;
- l'émergence des solidarités nouvelles, locales, nationales et internationales, impliquant en particulier les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les mouvements associatifs qui sont de plus en plus forts.

Ce gouvernement s'engage à ériger au rang des priorités, la lutte contre le SIDA et à lutter contre l'épidémie du VIH-SIDA au Burkina Faso à travers les orientations suivantes :

- renforcement des mesures de prévention de la transmission ;
- renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- promotion d'un partenariat national, international et de la coordination multisectorielle par :
  - une intensification du partenariat international pour la lutte contre le VIH-SIDA ;
  - une forte implication des pouvoirs publics, de la société civile, (leaders d'opinion, organisation non gouvernementale, organisation à base communautaire) pour la lutte contre le VIH-SIDA ;
- la promotion de la coopération régionale et internationale pour les recherches relatives au VIH-SIDA en s'appuyant sur les partenaires natio-

naux et internationaux et le secteur privé ;

- la promotion du partenariat régional et international pour le financement de la lutte contre le SIDA.

Le choix politique du gouvernement en la matière se justifie par les principes de base que sont la justice sociale, l'équité et la solidarité. De même, il apparaît clairement que la mise en œuvre d'une politique cohérente de lutte contre le SIDA s'allie harmonieusement avec la volonté politique du gouvernement de mettre en place un système de santé décentralisé selon l'approche de l'initiative de Bamako.

La promotion du partenariat en faveur de la lutte contre le SIDA est liée au fait que le SIDA étant à la fois un problème de santé publique et de développement, la lutte contre ce fléau, pour être efficace, requiert d'une part, une approche multi-sectorielle et pluridisciplinaire et d'autre part, un appui partenarial national, régional et international. Cette promotion fait donc du renforcement de la coopération un domaine d'action prioritaire.

La coopération régionale et internationale est une réalité manifeste dans plusieurs domaines d'interventions au Burkina Faso en général et en particulier, dans le domaine du VIH-SIDA. Toutefois, en raison de l'ampleur de l'épidémie, les efforts entrepris sont res-

GRAPHIQUE 10.1

Evolution et perspectives du financement de la lutte contre le VIH-SIDA 2001-2005 (milliards de CFA)



Source :



tés insuffisants dans ce domaine pour renverser les tendances de progression observées au cours des dernières années. Au regard de l'évolution de l'infection, il convient d'intensifier le partenariat régional et international.

C'est pourquoi le Burkina Faso a décidé d'accentuer l'effort de coopération également dans le cadre d'initiatives régionales et mondiales, notamment :

- soutenir une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH-SIDA par une initiative qui renforcera la capacité et la coordination des réseaux de personnes vivant avec le VIH-SIDA et les organisations à base communautaire ;
- promouvoir une coopération internationale pour les recherches relatives au VIH-SIDA en appuyant des partenariats nationaux et internationaux entre secteurs public et privé, afin d'accélérer la mise au point de techniques prophylactiques et thérapeutiques, vaccins et microbicides compris, et de prévoir les mesures assurant l'accès des pays en développement à ces produits ;
- mobiliser les organisations locales, nationales et internationales qui, dans le cadre de leurs activités, travaillent auprès des enfants et des jeunes, y compris des orphelins, exposés au risque de l'infection ou affectés par le VIH-SIDA ;
- soutenir des initiatives pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH-SIDA, en encourageant les efforts nationaux et internationaux visant à donner plus de pouvoir aux femmes en améliorant leur statut et en éliminant les obstacles sociaux, économiques et culturels ;
- renforcer les mécanismes nationaux et internationaux qui traitent des droits de l'homme et de l'éthique en matière de VIH-SIDA.

En prenant la résolution de faire face à cette nouvelle épidémie qu'est le SIDA, le gouvernement a mis en place le PNLS qui est l'ensemble des dispositions stratégiques, des ressources et des structures dont le pays s'est doté pour enrayer la progression du SIDA dans le cadre de la politique sanitaire en vigueur.

Le CNLS est chargé de développer et d'appliquer la politique de lutte contre le SIDA. Il est doté d'un Secrétariat permanent chargé d'assurer la coordination et

le suivi des activités des différents intervenants dans la lutte contre le SIDA.

L'élaboration de la politique nationale de lutte contre le SIDA implique tous les départements ministériels ainsi que tous les secteurs de la nation en raison de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire du cadre de cette lutte.

Pour faire face à cette maladie, le gouvernement a donc mis en place une organisation comprenant un cadre, des structures et une politique. Cette organisation qui apparemment semble lourde, devrait pouvoir fonctionner normalement car il s'agit d'éléments ayant chacun des attributions spécifiques. .

En ce qui concerne les structures, il y a des raisons de croire qu'elles peuvent être efficaces. Mais leur efficacité dépend de la volonté du gouvernement et des partenaires au développement d'en faire de véritables outils de coordination.

La promotion de la coopération régionale et internationale en faveur de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso suppose tout d'abord l'existence de cadres, de structures et de politiques nationaux, appropriés. Elle implique ensuite une redynamisation des cadres de concertation, de dialogue bilatéral et multilatéral entre le Burkina Faso et les bailleurs de fonds, ce que laisse présager le nouveau Conseil National de Lutte contre le VIH-SIDA installé le 6 novembre 2001, à Ouagadougou par le Chef de l'Etat en présence de l'ensemble du Gouvernement et des représentants de la société civile.

### 10.3 Les perspectives

Le SIDA est à la fois un problème de santé publique et de développement. La lutte contre ce fléau, pour être efficace requiert d'une part, une approche multisectorielle et pluridisciplinaire et d'autre part, un appui partenarial national, régional et international bien coordonné.

La nécessité d'une plus grande coordination des interventions des partenaires, grâce à une concertation poussée entre les acteurs n'est plus à démontrer. Les modalités de relance du processus de concertation entre le gouvernement et les partenaires au développement doivent tenir compte des enseignements tirés du diagnostic, de l'intérêt et de la volonté des acteurs à promouvoir la coordination.

*" Nous les pauvres, jamais on verra la couleur de cet argent pour acheter les médicaments du Sida " .*

Chauffeur, Ouagadougou.

Au regard de l'évolution de l'infection, il convient d'intensifier le partenariat régional et international. Ceci devrait se faire à travers notamment le renforcement de la coordination multisectorielle des différents acteurs, le renforcement de la décentralisation des structures et le renforcement des mécanismes et structures existantes.

### 10.3.1 Pour un renforcement des mécanismes de coordination

Au niveau du pays, la promotion de la coopération régionale et internationale nécessite la mise en place d'un mécanisme où tous les acteurs se rassembleraient sous la direction du gouvernement pour appuyer les plans nationaux. Cela suppose un engagement plus ferme des intervenants de la lutte contre le SIDA et une grande capacité du gouvernement à coordonner les partenaires.

De la même manière, pour assurer le suivi des engagements, des dispositions doivent être prises pour permettre l'actualisation des Plans ainsi que leur évaluation périodique.

En ce qui concerne les structures nationales, des réflexions menées ont permis de redéfinir leurs attributions ainsi que les liens administratifs et fonctionnels qui les unissent. La restructuration du CNLS avec la collaboration de tous les intervenants (nationaux et partenaires) devrait aboutir à une meilleure coordination des interventions. Tout d'abord parce que la restructuration du CNLS a pris en compte les insuffisances de la structure actuelle. Ensuite, parce que la mise en place de deux commissions interministérielles associant les principaux bailleurs de fonds dans le cadre de la restructuration du CNLS, l'élargissement du Groupe Thématique et le rôle joué par les partenaires techniques et financiers du SIDA ont favorisé l'émergence d'un cadre de concertation dynamique et renforcé. Enfin, les conditions sont aujourd'hui réunies pour organiser, sous l'égide du gouvernement et du CNLS, des alliances stratégiques entre bailleurs de fonds dans une perspective de mise en œuvre de plusieurs programmes conjoints multidonateurs. Ceux-ci ont pour vocation de veiller à couvrir l'ensemble des volets de la lutte contre le SIDA, d'améliorer la mise à disposition

#### ENCADRE 10.5

##### Le Schéma institutionnel mis en place pour la lutte contre le VIH-SIDA

L'ampleur de l'épidémie d'une part et l'importance que les autorités accordent à sa réduction et à son éradication d'autre part, ont conduit le Gouvernement à mettre en place par décret du 19 septembre 2001 un Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST). Ce décret fixe les attributions, l'organisation et le fonctionnement du CNLS-IST. Selon ce décret, le CNLS-IST est l'organe supérieur de coordination du Programme National de lutte contre le SIDA et les IST. Il représente l'instance décisionnelle en matière de lutte contre le VIH-SIDA et les IST à l'échelle nationale. Il est aussi appelé :

- à définir les politiques et les

grandes orientations de la lutte contre le VIH-SIDA et les IST ;

- à définir les domaines d'interventions, les ressources et les types d'appui nécessaire à la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel ;
- à assurer le plaidoyer pour la mobilisation et le soutien en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA et les IST ;
- à approuver le Plan National Multisectoriel et les procédures de sa gestion.

Sur le plan de la coordination, le CNLS-IST comprend un Secrétariat permanent et des structures décentralisées.

Source : Décret N° 2001-510/PRES/PF/MS du 1<sup>er</sup> octobre 2001

des ressources à tous les niveaux et d'assurer une gestion efficace des programmes et projets.

Les avantages de telles alliances résident dans le fait qu'elles valorisent les capacités nationales et les partenariats au niveau central et décentralisé, améliorent les possibilités de financement, simplifient les mécanismes de coordination et de suivi évaluation et répartissent les risques.

Tous ces facteurs constituent de nos jours des gages d'efficacité du CNLS restructuré. La restructuration du CNLS doit aussi être soutenue par une décentralisation effective des responsabilités et des activités si l'on veut parvenir à des résultats meilleurs.

Afin de permettre une décentralisation accrue des activités de lutte contre le SIDA, le gouvernement a décidé que le Plan National Multisectoriel sera mis en œuvre à tous les niveaux (provinces, communes, départements de village). Ainsi, les structures décentralisées suivantes permettront de coordonner les interventions jusque dans les villages :

- comités sectoriels,
- comités provinciaux,
- comités départementaux et communaux,
- comités villageois.

Les mécanismes de coordination au niveau national devraient ainsi améliorer leurs performances et de renforcer la coordination des interventions des acteurs.

### 10.3.2 Pour un renforcement de la Coopération régionale et internationale

La promotion de la coopération régionale et internationale nécessite également l'élaboration de plans stratégiques nationaux, l'organisation de Tables Rondes réunissant tous les partenaires, l'élaboration de plans de mise en œuvre ainsi que des outils de suivi et d'évaluation.

Le processus de planification stratégique multisectoriel démarré au Burkina Faso en 1997 et accéléré en 2000 grâce à la mise en place de commissions multisectorielles doit donc être poursuivi et encouragé. La participation de tous les acteurs concernés par la question doit être recherchée à chaque étape du processus d'élaboration. En ce qui concerne plus particulièrement la lutte contre le VIH-SIDA, tous les acteurs intéressés doivent prendre part au processus : Gouvernement, ONG, OBC, Partenaires au développement, Associations de personnes vivant avec le VIH, Secteur privé. Sur cette base, on peut espérer que les Plans stratégiques et les interventions issus de ce processus participatif seront particulièrement efficaces. L'organisation des Tables Rondes à des périodes régulières doit aussi être recherchée dans la mesure où ces mécanismes sont souvent considérés comme des lieux privilégiés de mobilisation de ressources.

Au niveau des partenaires au développement, le manque d'une coordination efficace des activités de lutte contre le SIDA a conduit les partenaires, sous l'impulsion du PNUD, à faire les propositions suivantes au gouvernement :

- l'organisation d'un dispositif intégré et concerté de lutte contre le SIDA ;
- le développement d'une planification stratégique multisectorielle susceptible de renforcer les capacités et de consolider les actions de prévention et de lutte contre le SIDA.

Ces propositions tendent à promouvoir une nouvelle approche (multisectorielle) dans la lutte contre le SIDA et une plus grande coordination des interventions des différents acteurs. C'est dans ce cadre que les principaux bailleurs de fonds du Groupe Thématique élargi de l'ONUSIDA ont décidé d'intensifier leur

coopération en vue d'apporter leur appui au gouvernement dans l'élaboration de son plan stratégique multisectorielle 2001-2005 et d'un programme conjoint de lutte contre le VIH-SIDA.

Au niveau régional, il conviendrait de collaborer au renforcement et au développement des ressources régionales, telles que les réseaux de ressources techniques et l'utilisation de cadre de concertation sous-régionaux (UEMOA par exemple). La coopération sud-sud devra également être intensifiée dans certains domaines notamment la recherche. Au Burkina Faso, la faiblesse des structures de recherche, le nombre limité des chercheurs, le cloisonnement des différents instituts et centres de recherche ne favorisent pas le développement rapide de la recherche. Cependant, le pays compte des institutions qui participent selon leurs possibilités au combat quotidien contre la maladie. La promotion d'une coopération régionale à travers notamment des relations sud-sud contribuerait à accroître l'efficacité de ces centres et de leur impact sur le fléau. Les actions régionales seront utiles pour partager les informations, les succès et les échecs entre Institutions de différents pays et fournir un appui efficace aux Institutions régionales qui oeuvrent dans la lutte contre le VIH-SIDA.

Le renforcement des réseaux et groupes inter-institutions devrait aussi permettre entre autres :

- d'harmoniser les démarches méthodologiques de planification et de suivi-évaluation ;
- d'établir la carte des ressources humaines régionales ;
- de recenser les moyens pour renforcer les ressources et les organismes régionaux ;
- de proposer des mécanismes permettant de mettre rapidement les ressources à la disposition des programmes nationaux ;
- d'améliorer les mécanismes pour un plus large partage des informations et des meilleures pratiques.

A l'instar de la coopération internationale, la coopération régionale peut être un puissant instrument de lutte contre le VIH-SIDA. Elle doit donc être promue et utilisée comme il se doit.





















## **Annexes**

### Ouvrages et articles publiés

- Abdelmalki, L., & Mundler, P., Economie du développement. Les théories, les expériences, les perspectives, Paris, Hachette, 1995.
- ACOPAM/BIT, Genre et développement: analyse de la place des femmes. Une expérience au Sahel, 1996
- ACOPAM, Genre et organisation paysanne, octobre 1998
- Adedeji, A.; Green, R. & Janha, A., Rémunération, productivité et fonction publique : priorités pour le relèvement de l’Afrique subsaharienne, PNUD & UNICEF, New York, 1995.
- Adepoju, A., Population, Pauvreté, Programme d’Ajustement Structurel et Qualité de la Vie en Afrique Sub-Saharienne, PHRDA Research Paper n°1, Dakar, 1996.
- Aho, G, Larivière, S. & Martin F., Manuel d’analyse de la pauvreté. Applications au Bénin, PNUD, Université Nationale du Bénin & Université Laval, Québec, 1997.
- Ambassade Royale des Pays Bas, Evaluation de la première phase du processus de mise en œuvre de la CCD, GREFCO, mars 1999
- Amoako, K.Y., “ Les défis du développement en Afrique au Vingt et unième siècle ”, Commission Economique pour l’Afrique, Conférence des Ministres africains chargés de la planification, Ouagadougou, 1995.
- Ancy Véronique, Enquête sur les modifications de l’alimentation d’un échantillon de ménages à Ouagadougou après la dévaluation, COBEA-INRA, version provisoire, 1997.
- Asche Helmut, Le Burkina Faso contemporain, l’expérience d’un autodéveloppement, L’harmattan, Paris, 1994.
- Atelier national sur la problématique et la stratégie de réduction de la pauvreté au Burkina Faso, mars 1999
- Aventin L., Etudes des associations auto-promues et des mouvements de solidarité de lutte contre le sida à Ouagadougou. C.N.L.S. Burkina Faso/ORSTOM. Mémoire de D.E.S.S. de l’Institut d’Etudes du Développement Economique et Social (Paris I), 1998.
- Auregan G, Ouédraogo E., Ki-Zerbo G, Zigani A. Adenopathies médiastinales, Tuberculoses et Infections par le VIH au Burkina Faso 5<sup>ème</sup> conférence des Pneumologues de langue Française Paris, janvier 2001.
- Ayéréoué, O.J. Aspects épidémiologiques, associés à l’infection VIH : études prospectives portant sur 457 malades tuberculeux du centre hospitalier Sanon Souro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ; ESSA, Ouagadougou (BKF) 1991.
- Badie Bertrand, L’Etat importé, l’occidentalisation de l’ordre politique, Paris, Fayard, 1992
- Badini Amadé, Naître et grandir chez les Mossé traditionnel, Sépia-A.D.D.B. 1994
- Balandier Georges, Anthropologiques, le livre de poche, Librairie Générale Française, 1985
- Balandier Georges, Anthropologie politique, PUF, Paris, 1994
- Banque Africaine de Développement, Stratégie d’assistance au pays: Développement institutionnel et décentralisation, avril 1999
- Banque Mondiale, Burkina Faso, Memorandum économique, Washington, 1989.
- Banque Mondiale, Structural Adjustment and Poverty : A Conceptual, Empirical and Policy Framework, Report N°8393-AFR, Document of the World Bank, Washington, DC, 1990.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Banque Mondiale; Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde 1993, Washington D.C., 1993.
- Banque Mondiale, Burkina Faso, Revue des dépenses publiques, Rapport n° 11901-BUR, Washington, 1993.
- Banque Mondiale; Une infrastructure pour le développement. Rapport sur le développement dans le monde 1994, Washington D.C., 1994.
- Banque Mondiale, Ajustement en Afrique : réformes, résultats et chemin à parcourir, New York & Washington, 1994.
- Banque Mondiale, Poverty Reduction and the World Bank : Progress and Challenges in the 1990s, Washington D.C., 1996.
- Banque Mondiale, Faire reculer la pauvreté en Afrique Subsaharienne. Résumé Analytique, Washington D.C., 1996.
- Banque Africaine de Développement, Annual report 1996, BAD, Abidjan, 1996.
- Bardhan Pranab, “ Efficiency, equity and poverty alleviation : policy issues in less developed countries ”, Economic Journal, septembre, 1996. Traduction française dans Problèmes économiques, n° 2520, 11 mai 1997.
- Bardhan, P., “ Efficacité, équité et lutte contre la pauvreté ”, Problèmes économiques, N°2.520, 1997, pp. 8-16.
- Bayala Ezana, Etude des relations entre l'activité économique et l'emploi, Ministère de l'Economie et des Finances, GTZ, Ouagadougou, 1995.
- Bayala Ezana, Kaboré Laurent, Daboue Julien, Education et Pauvreté au Burkina Faso, INSD, Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement, Ouagadougou, 1997.
- Bayart Jean-François, La problématique de la construction démocratique en Afrique noire, in Politique africaine N° 43, 1991
- Boilly M. H. Grégoire L.J., Larière S., Martin F. Impact micro-macro du VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne (V.P) AIDS 1991.
- Boilly M. H. Grégoire L.J. et AL. Impact micro-macro du VIH/SIDA : le cas du secteur agricole (V.P) IDEA, Université LAVAL, PNUD, novembre 2000.
- Boilly M. H. Gregoire L.J., Larière S., Martin F. Impact micro-macro du VIH/SIDA sur les secteurs sociaux : le cas de la santé et de l'éducation PNUD, janvier 2001.
- Boussard Jean-Marc, “ Les stratégies anti-risques des producteurs limitent-elles leur productivité ? ”, in L'avenir de l'agriculture dans les pays du Sahel, CIRAD, Montpellier, 1990.
- BRENZELL The Economic Impact of AIDS in Burkina Faso. Report Submitted to the population, Health and Nutrition Departement. Word Bank january 1994.
- Bronzard G. Les Polytherapies antiretrovirales au Burkina Faso en 1998, Programme : Aspects socio-anthropologiques du sida au Burkina Faso dirigé par Bernard Taverne, Institut de recherche pour le développement (IRD) anciennement Orstom, février 1999
- Burkina Faso, Analyse des Résultats de l'Enquête prioritaire sur les Conditions de Vie des Ménages, Ministère de l'Economie et des Finances & Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement, Ouagadougou, 1996.
- Burkina Faso, Le Profil de la Pauvreté au Burkina Faso , Ministère de l'Economie et des Finances & Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement, Ouagadougou, 1996.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Burkina Faso - PNUD, Initiative stratégique de lutte contre la pauvreté, Ouagadougou, janvier 1997.
- Burkina Faso, “Les dépenses publiques et leurs impacts. le cas de l'éducation et de la santé au Burkina Faso ”, Ministère de l'Economie et des Finances, Ouagadougou, 1997.
- Burkina Faso, “ Analyse d'incidence des dépenses publiques en éducation et en santé ”, Ministère de l'Economie et des Finances, Ouagadougou, 1997.
- Burkina Faso, L'Initiative 20/20 au Burkina Faso : l'allocation des ressources budgétaires et extérieures aux services sociaux de base, Ministère de l'Economie et des Finances & PNUD, Ouagadougou, 1998.
- Burkina Faso, Enquêtes participatives en milieu urbain et en milieu rural sur les perceptions des dimensions du Bien-être, de la Pauvre et sur les problèmes d'accès aux services sociaux de base au Burkina Faso, Initiative Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Ministère de l'Economie et des Finances & PNUD, Ouagadougou, 1998
- Burkina Faso, Document de stratégie globale en matière d'environnement et d'eau, Ministère de l'Environnement et de l'eau, juin 1999
- Burkina Faso, Stratégie nationale du sous-secteur de l'assainissement au Burkina Faso, Ministère de l'Environnement et de l'Eau, janvier 1999.
- Burkina Faso, Programme National d'Aménagement des Forêts, Ministère de l'Environnement et de l'Eau, mars 1996
- Charmes Jacques, trente cinq ans de comptabilité nationale du secteur informel au Burkina Faso : 1954-89. Leçons d'une expérience et perspectives d'amélioration, PNUD, rapport du projet BKF/88/010, n°13c., 1989.
- Charmes Jacques, Le secteur informel au Burkina Faso : évolution sur longue période et suivi conjoncturel, MEF-FED-GTZ, Ouagadougou, 1996.
- Chambers, R. “ The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal ” in World Development, Great Britain, Vol. 22, n° 7, 1994.
- CILSS/OCDE, Conférence régionale sur la problématique foncière et la décentralisation au Sahel (Club du Sahel), septembre 1994
- CNUCED, Les Pays les moins avancés, Rapport 1996, New York & Genève, 1996. “ Dépenses et indicateurs sociaux. Etude d'un échantillon de 66 pays ”, Bulletin du FMI, mars 1998.
- Commission Nationale de la Décentralisation, Action collective, édition spéciale, le cadre juridique de la décentralisation est désormais balisé, avril 1998.
- Commission Nationale de la Décentralisation, Action collective, édition spéciale, Décentralisation au Burkina Faso, acquis et perspectives , juin 1998.
- Comité National de Lutte contre le Sida : La lutte contre le VIH/SIDA et les MST au Burkina Faso Document provisoire – deuxième version. Comité National de Lutte contre le SIDA. Secrétariat permanent – groupe thématique ONUSIDA Novembre 1997
- Concertation des bailleurs de fonds sur le développement du secteur privé, étude sur le secteur privé et l'environnement des entreprises du Burkina Faso, octobre 1997
- Conclusions de la 4ème mission conjointe des bailleurs de fonds portant sur le test sur une nouvelle approche de la conditionalité, novembre 1999
- Cornia, G. A., Jolly, R. & Stewart, F., Adjustment with a Human Face, 2 vol., Londres, UNICEF, 1987.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- CROS M. Des rites de sang à la transmission sanguine du SIDA en pays lobi Burkinabè. Anamnèse et positivements. In le Sang, le Parvis 1998.
- CROS M. Funérailles à risque, paroles du SIDA et prévention au Burkina. In Volant E., Lévy J., Jeffry D. (Eds.) Les risques et la mort. Editions du Méridien, Montréal, 1996.
- CROS M. Image et imaginaire du sida en pays lobi burkinabè ; Communication, Atelier de synthèse des recherches menées en Sciences de l'Homme et de la Société sur le SIDA en Afrique, ANRS-ORSTOM, Paris septembre 1995.
- D. Coulibaly –Traoré, Desclaux, A. O. Ky-Zerbo. Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et à Bobo-Dioulasso. Collection médecines du monde Agence Nationale de Recherches sur le Sida juin 2000.
- De Janvry A. et E. Sadoulet, Utilisation de modèles de ménages pour la formulation de stratégies de réduction de la pauvreté, revue d'économie du développement, pp 3-22, mars 1995.
- Desclaux A. Conditions et enjeux de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement. Collection médecines du monde Agence Nationale de Recherches sur le Sida juin 2000
- Desclaux A. Allaitement et VIH au Burkina Faso –jeux pour les institutions sanitaires - Rapport intermédiaire à diffusion restreinte – Programme de recherche : Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte de la pandémie de VIH en Afrique de l'Ouest. Laboratoire Société, Santé, Développement Université de Bordeaux II – ORSTOM Ouagadougou, août 1998.
- Desclaux A. et Tavenre B. Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique juin 2000.
- Desclaux A. Le silence comme politique de santé publique ? Allaitement et transmission du VIH. Société d'Afrique et Sida n°6 1994.
- Desclaux A. Des infirmières face au SIDA : impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie au Burkina Faso. IN : Becker, Charles (ed) ; Dozon, Jean-Pierre (ed) ; Obbo, Christine (ed) ; Toure, Moriba (ed) Karthalia ; CODESRIA ; IRD, Paris (FRA) 1999.
- Dieng et Weil, Stratégie pour la réforme du système judiciaire burkinabè, Union Européenne, août 1999
- DSAP, Enquête nationale de statistiques agricoles 1993, MARA, Ouagadougou, 2 tomes, 1996.
- Etchepare. M. Burkina Faso, in SIDA en Afrique : Bilan d'une décennie, analyse par pays. Enda, 1998
- FAO, Etude sur la contribution du secteur forestier à l'économie du Burkina Faso, Ouagadougou, novembre 1987
- FEWS (Famine Early Warning System), L'évaluation de la vulnérabilité pour le Burkina Faso, méthodologie pour l'année 1993, Bulletin occasionnel n°13, USAID, Ouagadougou, 1993.
- Fondation pour le développement des capacités en Afrique (ACBF) Centre d'analyse et de formulation de politiques de développement/document de projet, juin 1994 République du Mali
- Fonds d'Equipeement des Nations Unies, Réduction de la pauvreté, participation et meilleure gouvernance locale le rôle du FENU, New York, 1995.
- Fonds Monétaire International, Statistiques Financières Internationales, FMI, Washington, 1989-1996.
- Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population, Etat de la population mondiale 1996, FNUAP, New York, 1996.



## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population, Etat de la population mondiale 1997, FNUAP, New York, 1997.
- Fonds de solidarité nationale pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les MST. Proposition d'un canevas de création et de mise en œuvre du Fonds de solidarité pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les MST 1997.
- Gillis M. D.H. Perkins, M. Roemer, D. R. Sonodgrass, Economie du développement, De Boeck Université, 2ème édition française, 1998
- Garson, J., Microfinance and Anti-Poverty Strategies. A Donor Perspective, UNCDF Policy Series, New York, 1996.
- Goldin C.S. Stigmatization and AIDS : Critical issues in Public Health. Soc. Sci. Med. Ol. 39 n°9 1994.
- Goran Hyden et Michael Bratton, Gouverner l'Afrique, Vers un partage des rôles, Nouveaux Horizons, 1992
- GOUVERNEMENT DU BURKINA FASO / CNLS : le cadre stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2001-2005 Ministère de la santé / CNLS, décembre 2000
- Graeme, D., Agriculture and Economic reform in Sub-saharan Africa, Banque Mondiale, Working Paper 18, Washington, 1996.
- Grégoire L.J. Stratégie de lutte contre le VIH.SIDA : le cas du Burkina Faso, PNUD. Janvier 2000.
- Grégoire L.J., Saba M., Auregan G., Van Renterghem H, Windiga P. Bibliographie de la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso. PNUD/ Alliance/Coopération Française, Ouagadougou, janvier 2000.
- Grégoire L.J., Auregan G., Van Renterghem H Burkina Faso 2000, Epidémie du VIH/SIDA, Diagnostics et réponses opérationnelle S. PNUD – Coopération Française-Alliance Internationale de lutte contre le VIH/ SIDA (IPC), avril 2000.
- Gregoire L.J., Gozo R., Lompo A.G., le VIH/SIDA et l'aide au développement au Burkina Faso, PNUD, janvier 2001.
- Grégoire L.J., Auregan G., Van Renterghem H HIV/AIDS epidemic – Burkina Faso 2000 UNDP/Alliance/Coopération Française, décembre 2000.
- Grégoire, L. J., “ Poverty Eradication : where stands AFRICA ? PARIS : ECONOMICA Edition 2000.
- Grégoire, L. J. ; Kankwenda M. ; Legros H. ; Ouédraogo H. Lutte contre la pauvreté en Afrique Subsaharienne, Paris, Editions Economica, 1998.
- Grégoire, L. J., L'Afrique et les perspectives nouvelles de résolution du problème de la dette, Bordeaux, Institut d'Etudes politiques - CEAN, Travaux et Documents, n°24, 1999.
- Grégoire, L. J., “ L'insertion économique internationale de l'Afrique ”, Afrique : la déconnexion par défaut. Etudes Internationales, vol.XXII, n°2, 1997.
- Grégoire L.J. ; La Démarche nationale en faveur du développement humain durable : Concept et principaux instruments. PNUD, Working paper 1, série Politiques économiques et Développement humain, août 1998.
- Grégoire, L. J. La lutte contre la pauvreté et le VIH/SIDA en Afrique. Réunion des Ministères de la santé de l'OUA sur le VIH/SIDA – communication du PNUD, mai 2000.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Grégoire L.J. ; Auregan G. ; Vanrenterghem H. Actions intégrées de lutte contre le VIH/SIDA : contribution à l'élaboration d'un programme conjoint-Burkina Faso. PNUD, CIC-DOC et Alliance Internationale janvier 2000.
- Grégoire L.J. : Table Ronde des Bailleurs de Fonds pour la lutte contre le VIH SIDA au Burkina Faso : objectifs et résultats. PNUD, septembre 2001.
- Grégoire L.J., Saba M., Auregan G., Wendes S. Conférence satellite organisée dans le cadre de 12ème Conférence Internationale sur les maladies sexuellement transmissibles en Afrique. CNLS, CISMA, PNUD, octobre 2001.
- Grégoire L.J., “Cadre de coopération des Nations Unies au Burkina Faso : liens entre CCA-UNDAF et les autres cadres de programmation (NSN-PRSP-HIPC et nouvelles conditionalité : atelier Gouvernement-Nations Unies, avril 2000”
- Grégoire L.J., “Le Burkina Faso et l'Initiative des pays pauvres lourdement endettés : défis de l'allègement de la dette au profit du développement humain durable, PNUD, Working Paper Vol. III, août 1999”
- Grégoire L.J., “Mondialisation et pauvreté : défis et stratégies au plan international, régional et national. Symposium International sur les sources de croissance dans le contexte de la mondialisation et de la régionalisation, Ouagadougou, 1-4 décembre 1999”
- Guissou Basile, Burkina Faso, un espoir en Afrique, l'Harmattan, 1995
- Haubert G., G. Frelin, Nguyen Tong Nam Tran, Politique alimentaire et structures sociales en Afrique Noire, IEDES/PUF
- Henry Alain, L'adaptation des entreprises africaines face à un environnement hostile, nouveaux mondes N° 6 été 1995, pp 127-135
- IDEA, Rapport International sur la démocratie au Burkina
- “ Initiative 20/20 : atteindre l'objectif d'un accès universel aux services sociaux essentiels en vue d'un développement humain durable ”, note conjointe FNUAP, OMS, PNUD, UNESCO & UNICEF, 1995.
- INSD, Analyse des résultats de l'enquête démographique 1991, Ouagadougou, 4 tomes, 1994.
- INSD, Programme “ Dimension Sociales de l'Ajustement ”, Le profil de pauvreté au Burkina Faso, première édition, Ouagadougou, février 1996a.
- INSD, Projet d'appui institutionnel aux dimensions sociales de l'Ajustement, Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, première édition, Ouagadougou, février 1996.
- INSD-DHS, Enquête démographique et de Santé, 1993, INSD, Ouagadougou et Macro International Inc., Calverton, Maryland, Etats-Unis.
- INSD, Enquête nationale de statistiques agricoles (ENSA) rapport général, mai 1995
- INSD, Recensement général de la population et de l'habitation (du 10 au 20 décembre 1996), Ouagadougou, décembre 1998
- IPC/BF Résultat de l'atelier de l'IPC/BF : Parcours : Premier atelier d'introduction Ouagadougou : IPC/BF 1999.
- Jaycox Edward V.K. Les défis du développement en Afrique, Banque Mondiale, février 1992
- Kaboré Joseph Martin, Sanou Salia et Bonkoungou Maxime, Emploi, chômage et pauvreté au Burkina Faso, INSD, Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions sociales de l'ajustement, Ouagadougou, 1997.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Kaboré T. Hervé, Bonne gouvernance et développement durable en Afrique, FASEG/CEDRES de l'Université de Ouagadougou
- Kabou Axel, Et si l'Afrique refusait le développement, l'Harmattan 1991
- Kankwenda, M., " Crise économique, ajustement et démocratie en Afrique ", CODESRIA, Processus de démocratisation en Afrique, Dakar, 1995.
- Kankwenda, M., " Le concept de Développement Humain Durable ", Conférence à l'Université de Ouagadougou, Ouagadougou, 1998.
- Kargougou M.M. Enquête pilote : Impact de l'Education en matière de Population dans l'enseignement secondaire. MESSRS – Direction de l'Education en matière de Population (DEMP)
- Kobiane J.F., Yaro Y. la Santé Reproductive des Adolescents dans le Sahel – Rapport d'Analyse sur les Données quantitatives – Le cas du Burkina Faso. Comité Permanent Inter-Etats de lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) – Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) septembre et octobre 1995.
- Konaté Salifou, Rapport sur l'impact des variables prix sur la production cotonnière, MEF-GTZ, 1993, Ouagadougou
- Kondé, M. & al., Enquêtes participatives sur la pauvreté en milieu semi-urbain et en milieu urbain : cas des villes de Dédougou et de Ouagadougou. Banque Mondiale, Ouagadougou, 1994.
- Kondé Mafing, Elise Guiro, Soulama, Analyse des potentialités de développement de la filière karité dans les provinces du Nahouri et du Ioba, juillet 1999
- Konseiga Adama, Appui au secteur privé burkinabè : étude du cas de la cellule d'appui à la petite entreprise de Ouagadougou (CAPEO)
- Labazee Pascal, Entreprises et entrepreneurs du Burkina Faso
- Lachaud Jean-Pierre, Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso, Ministère de l'Economie et des Finances, INSD, Projet d'appui institutionnel aux dimensions sociales de l'ajustement, Ouagadougou 1997.
- Lachaud, J.P., Salaire d'efficience, vulnérabilité du travail et chômage urbain au Burkina Faso, Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 1997.
- La Constitution burkinabè de juin 1991: Textes législatifs de la réforme globale de l'administration publique :
- Loi N° 10/98/an du 21 avril 1999 portant modalités d'intervention de l'Etat et répartition des compétences entre l'Etat et les autres acteurs du développement ;
  - Loi N° 13/98 du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents publics du la Fonction Publique ;
  - Loi N° 20/98 AN du 5 mai 1998 portant normes de création, d'organisation et de gestion des structures publiques ;
  - Décret N° 98-437/PRES/PM/MFPDI du 23 octobre 1998 portant adoption d'un Plan national de bonne gouvernance ;
  - Textes d'orientation en matière de décentralisation, août 1998 ;
  - MFPDI et PNUD, cadre de référence pour l'élaboration d'un Plan national de bonne gouvernance, février 1998, présenté à Ouahigouya les 26, 27 et 28 mars 1998
- Le Bris Emile, Le Roy Etienne, Mathieu Paul (sous la direction de), L'appropriation de la terre en Afrique Noire. Manuel d'analyse, de décision et de gestion foncières, Karthala, Paris, 1991.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Lecaillon Jacques et Morisson Christian, Politiques économiques et performances agricoles, Burkina Faso, OCDE, Paris, 1985.
- Legros, H., “ La pauvreté dans la perspective du développement humain durable ”, Initiative Stratégique de Lutte contre la pauvreté, vol.1, Ouagadougou, 1998.
- Legros, H., “ La problématique de la pauvreté au Burkina Faso ”, Atelier d’information, de formation et de concertation sur le DHD, PNUD, Bobo Dioulasso, 1998.
- LUSO Consult, Dimension sociale de l’Ajustement, Conseil au Ministère des Finances et du Plan, Rapport pour la GTZ, Hambourg, 1993.
- Mangelle Daniel Etounga, L’Afrique a-t-elle besoin d’un programme d’ajustement culturel? Editions Nouvelles du Sud, 1991.
- Manhart L., Ouoba N., Yaro Y. Etude sur la Santé reproductive chez les adolescents dans le Sahel – Résultats “ Focus Groups ” – Le cas du Burkina Faso. Centre d’Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) juin 1994.
- Mappa Sophia, Développer la démocratie ? Paris Karthala, 1995
- Méda N., Ouangré A., Sawadogo O., Zidouemba C., Sanou A., Kyelem D. La surveillance épidémiologique de l’infection à VIH, du Sida et des maladies sexuellement transmises au Burkina Faso – Constats et propositions d’un groupe consultatif d’experts nationaux. Comité National de lutte contre le Sida et les MST – O.C.C.G.E. – Centre Muraz-Groupe de Recherche sur l’infection à VIH. Juin 1997.
- Méda N., Grégoire L. Projet de Recherches Epidémiologiques. Evaluation de la prévalence au VIH dans les secteurs Education et santé au Burkina Faso février 2001.
- Méda. N. Suivi et évaluation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA : examen de l’expérience du Burkina Faso, 1987-1998. Monographie. CNLS/Centre Muraz octobre 1998.
- Meda N., Gautier-Charpentier L., Soudre R.B., Dahourou H., Ouédraogotraore R., Ouangré A., Bambara A., Kpomezouen A., Sanou H., Valea D. Ky F., Cartoux M., Barin F., Van de Perre P. Serological diagnosis of human immunodeficiency virus in Burkina Faso : reliable, practical strategies using less expensive commercial test kits. Bulletin of World Health Organization, 1999, 77 World Health Organization 1999 ; jun 1999.
- Meda N. Analyse de la situation et des besoins de recherche sur les MST, le VIH/SIDA et la Tuberculose au Burkina Faso – Aide – mémoire à l’attention des gestionnaires du Programme national de lutte contre le SIDA et les MST – Module IV (PPLS). Centre de Coopération Internationale en Santé de Développement – Comité National de lutte contre le SIDA et les MST 1999.
- Meine Pieter Van Dijk, Burkina Faso, le secteur informel de Ouagadougou
- Ministère de l’Action Sociale et de la Famille Campagne Jeunesse et Santé de la Reproduction –Pour une sexualité saine et responsable Burkina Faso – Cérémonie de lancemnt sous le haut patronage de son Excellence Monsieur le Président du Faso, Chef de l’Etat le 20 décembre 1997 à la maison du peuple à 9 H 00. Décembre 1997.
- Ministère de l’Economie et des Finances, STP/PAS, Revue des dépenses publiques, Ouagadougou, 1998-1999.
- Ministère de l’Economie et des Finances, Banque Mondiale, Compétitivité et croissance économique : orientations, stratégies et actions, mai 1999

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Ministère de l'Economie et des Finances, Table ronde des bailleurs de fonds pour la lutte contre le VIH/Sida, juin 2001.
- Ministère de l'Economie et des Finances, PNUD Table Ronde des bailleurs de fonds pour le développement des secteurs sociaux (Education), septembre 1998.
- Ministère de l'Economie et des Finances, Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté Document du Gouvernement du Burkina Faso (PRSP) juillet 2000.
- Ministère de l'Economie et des Finances, Ouagadougou, BKF (ED) Seminaire de lancement du projet population et lutte contre le sida (PLS : rapport final). Unité de coordination du projet population et lutte contre le sida, Ouagadougou (BKF) 1994.
- Ministère de l'environnement et de l'Eau, Forum national de validation du programme d'action national (PAN-LCD) avant projet du programme national de lutte contre la désertification au Burkina Faso, Ouagadougou, juillet 1999
- Ministère du Commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat, Stratégie du gouvernement burkinabè pour le développement du secteur privé, 1999
- Ministère du Commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat, Suivi du test sur la reformulation des conditionalités : développement du secteur privé, septembre 1999
- Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales, Données statistiques des femmes rurales au Burkina Faso, novembre 1995
- Ministère de la Santé, Cas confirmés de Sida au BF ; Ministère de la Santé et de l'Action Sociale secrétariat général Direction du Contrôle des maladies transmissibles ; 1986-1990.
- Ministère de la Santé la situation en matière de Sida au BF Ministère de la Santé / CNLS 1997
- Ministère de la Santé 1ère rencontre du comité d'organisation de la journée Mondiale Sida. Ouagadougou : Ministère de la Santé 1999
- Ministère de la Santé/CNLS Cadre stratégique du plan national multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Burkina Faso, 2001-2005. Ministère de la Santé/CNLS du Burkina Faso juin 2000.
- Ministère de la Santé/CNLS le Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA plan d'urgence 2001 Ministère de la Santé / CNLS janvier 2001.
- Ministère de la Santé Burkina Faso Rapport final de l'atelier d'adoption des algorithmes sur les MST Ministère de la Santé Burkina Faso avril 1996
- Ministère de la Santé Publique. Assemblée générale du SP/CNLS : Rapport de Synthèse des travaux. Ouagadougou : Ministère de la Santé Publique 1999.
- Ministère de la Santé, SP/CNLS, Etat d'avancement du Processus d'élaboration du Plan National Multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les entreprises au Burkina Faso 2001-2005 janvier 2000.
- Ministère de la Santé, PROMACO, RFA Résultats de la campagne de sensibilisation des femmes de Bobo-Dioulasso par les griottes. Ministère de la Santé, Promaco, RFA (KFW)
- Museruka, F., " Rapport sur la pauvreté : l'expérience du réseau Afrique 2000 ", Memorandum, Ouagadougou, 1998.
- Nations Unies, Sommet mondial pour le développement social : Déclaration de Copenhague sur le développement social, Copenhague, 1995.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Nébié Gustave, Etude de la liaison entre crédit et investissement, MEFP-GTZ, Ouagadougou, 1995.
- Nioumou Frédéric, Bambara Daniel et Coulibaly Sibiri, Genre et Pauvreté au Burkina Faso, INSD, Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement, Ouagadougou, 1997.
- Nyssen Jules, Croissance, innovation et éducation, 1998
- OCDE, " Poverty Reduction : a Review of Donor Strategies and Practices ", Forum on Key Elements for Reduction Strategies, Londres, 1997.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social, APAD-Karthala, 1998
- ONEA-GTZ, Etude socio-économique d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement des 33 centres secondaires de l'ONEA, Ouagadougou, novembre 1996.
- ONUSIDA Forces du changement avec les jeunes, en campagne contre le Sida – Rapport d'activités. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1999.
- ONUSIDA Tuberculose et SIDA même combat – Face à l'alliance TB et VIH l'ONUSIDA appelle à la mobilisation. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA octobre 1996.
- ORSTOM, Le développement rural en questions. Paysages, espaces ruraux, systèmes agraires (Maghreb, Afrique Noire, Mélanésie) Paris, 1994.
- Ouango J.G., Lankoandé J., Kaboré J., Testa J., Soudre R. Impact du sida sur le comportement sexuel des habitants de Ouagadougou CNLS, 13 p. (cf. p. 44)
- Ouattara Souleymane, Les femmes, esclaves du coton, SYFIA N° 115, août 1998.
- Ouattara A. Migration, organisation et développement au Burkina Faso – Les travaux de m'IERD Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie. Faculté des Langues, des Lettres, des Arts, des Sciences Humaines et Sociales avril 1998.
- Ouédraogo Salimata, Zougba Alain Dominique et Ouédraogo Eloi, Pauvreté et Santé au Burkina Faso, INSD, Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement, Ouagadougou, 1997.
- Ouédraogo E., Somé J.F., Tiendrébéogo I., Auregan G. Etude de faisabilité d'un laboratoire polyvalent coopération Française PNUD couplé à un centre de dépistage anonyme et volontaire à Ouagadougou décembre 2000.
- Ouédraogo, H., " Base de données du Développement Humain Durable du PNUD ", Atelier d'information, de formation et de concertation sur le DHD, PNUD, Bobo Dioulasso, 1998.
- PAGE, Symposium sur comment diversifier les sources de croissance au Burkina Faso dans le contexte de la mondialisation et de la régionalisation économique. Défis de la gestion du développement national dans le contexte de la mondialisation et de la régionalisation de l'économie, décembre 1999
- Péré Madeleine, Les lobi : tradition et changement, Burkina Faso tomes 1 et 2, Siloé octobre 1988
- PIOT P. 67th Ordinary Session of the Council of Ministers and 34th Session of the Assembly of Heads of State and government of the Organization of African Unity, 1-6 june 1998. Plan National de Bonne Gouvernance 1998-2003, mai 1998
- PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, *Economica*, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000
- PNUD, Note de stratégie nationale 1997-2000, Ouagadougou, 1997

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- PNUD, Rapport national sur le DHD 1998-2000, Ouagadougou, 1999-2001
- PNUD, Rapport National sur le développement humain durable 1998 : étude sur la femme au Nahouri – projet aménagement des terroirs du Nahouri, Ouagadougou, 1999
- PNUD, Coopération Sud : la mondialisation et ses effets sur la culture et la communication, le commerce et la technologie, les problèmes régionaux, N° 2, 1998
- PNUD, Governance for sustainable growth and equity, Report of international conference, New York, 28-30 juillet 1997
- PNUD, “ L’action du PNUD contre la pauvreté : 1996, Année Internationale pour l’élimination de la pauvreté ”, Dossier de presse, New York, 1996.
- PNUD, “ From Poverty to Equity : An Empowering and Enabling Strategy. A Framework for planning UNDP’s Response to Copenhagen ”, Draft UNDP Framework for Copenhagen Implementation, New York, 1995.
- PNUD, “ Poverty Eradication : A Policy Framework for Country Strategies ”, New York, 1995.
- PNUD, “ Poverty Strategies Initiative, Terms of Reference ”, United Nations Development Programme, New York, 1996.
- PNUD, “ Poverty, Module 1. Poverty Indicators ”, UNDP Technical Support Document, New York, 1995.
- PNUD, “ Poverty, Module 2. From Data Collection to Poverty Assessments ”, UNDP Technical Support Document, New York, 1996.
- PNUD, “ Poverty, Module 3. Poverty measurement : Behind and Beyond the poverty Line ”, UNDP Technical Support Document, New York, 1997.
- PNUD, “ Poverty Reduction Module 4. Macroeconomic Policies and Poverty Reduction ”, UNDP Technical Support Document, New York, 1997.
- PNUD, “ Rôle du PNUD dans la lutte contre le VIH et le SIDA : Plan Directeur ”, PNUD, Policy Framework, New York, 1999.
- PNUD, “ Synthesis of Responses from Country Offices to Direct Line N°1 on Poverty ”, SEPED/BPPS/UNDP, New York, 1995.
- PNUD, “ UNDP Policy on Credit on Credit and Micro-Capital Grants ”, Memorandum, New York, 1997.
- PNUD, Implementation Strategy for the First Regional Cooperation Framework for Africa, 1997 - 2001, Executive Board of the UNDP and of the UNFPA, New York, 1997.
- PNUD, Cadres de coopération de pays et questions connexes, “ Premier cadre de coopération avec le Burkina Faso, 1997 - 2001 ”, Conseil d’Administration du PNUD et du FNUAP, New York, 1997.
- PNUD, “ Initiative Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Document de projet ”, Ouagadougou, Janvier 1997
- PNUD/FAO, Analyse prospective des capacités d’autofinancement des chantiers forestiers sur le long terme, Ouagadougou, juin 1996.
- Pons R. L’éducation en Afrique de l’Ouest: situation, enjeux et perspectives, 1994
- Premier Ministère, Stratégies de développement de l’économie nationale dans le contexte de la dévaluation du Franc CFA, rapport introductif des Deuxièmes assises nationales sur l’économie, Ouagadougou, 24 et 25 mars, 1994.
- Présidence du Faso, Projet de création d’un centre d’évaluation et d’analyse des politiques économiques et sociales (CEAPES), janvier 1997

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Raffinot Marc, Note sur la préparation de la diffusion de l'instrument automatisé de prévision, rapport MEF-UE-GTZ, juillet, 1995, Ouagadougou.
- Raffinot Marc, Stratégies Nationales de réduction de la pauvreté, étude de cas du Burkina Faso, SPED/BPPS, 1997, PNUD.
- Rangeon François, La notion d'évaluation, PUF (CURAPP), 1992
- République de Haute Volta (sans date), Enquête Budget Consommation, 1963-1964.
- Revue, Serviteur de l'Etat, N° 003et 004. Bimensuel du MFPD/DI
- Roemer Michael et al., Politiques à adopter pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté au Burkina Faso, Harvard Institute of International Development, mars 1996.
- Rosenbaum Allan, Ame Svensson, La gouvernance locale, septembre 1996
- Rouland Norbert, Anthropologie juridique, PUF, 1988
- Sadoulet E. et De Janvry A. Quantitative development policy analysis
- Saint-Hilaire, J. & Ouédraogo, A., Etude de cas : les caisses villageoises au Burkina Faso, Ottawa, DID, 1996.
- Sall Babaca, Les groupes problématiques comme forme socialisées du besoin d'Etat. Politique africaine (besoin d'Etat) pp 29-38 N°61 mars 1996
- Sanou Doti Bruno, Commune de Bobo-Dioulasso. Les racines du futur, C.A.D. Bobo-Dioulasso, 1996
- Sanou, M. & Ouédraogo, E., Profil de pauvreté urbaine au Burkina Faso et accès aux services sociaux de base, Initiative Stratégique de lutte contre la Pauvreté, Ministère de l'Economie et des Finances & PNUD, Ouagadougou, 1997
- Sanou Oourobé Mathias, Pauvreté et marché du travail à Ouagadougou, Burkina Faso, Institut International d'Etudes sociales, Discussion paper DP/57/1993.
- Sanou T. Comportements sexuels, MST en sida en milieu scolaire du Burkina Faso : Etude de connaissances, attitudes, pratiques et croyances dans trois provinces. Thèse de doctorat en Médecine, FSS, Université de Ouagadougou, n°17, 1991.
- Sawadogo Filiga Michel, L'élaboration de la constitution de la quatrième république, in R. Otayek et als le Burkina Faso entre révolution et démocratie, Paris, Karthala, 1996, p. 311 et ss
- Sawadogo Kimseyinga et Larivière Sylvain, Caractéristiques socio-économiques et stratégies des ménages en matière de sécurité alimentaire dans la province du Passoré, Projet d'étude sur les systèmes et les politiques agro-alimentaires au Burkina Faso, CEDRES-Laval, Ouagadougou et Québec, 1993.
- Sawadogo Sita Malick et Kaboré Tambi Samuel, Renforcement de la société civile pour la lutte contre la pauvreté CEDRES/CODESRIA, août 1998
- Sawadogo R.C., Kane F. Migration et sida : connaissance du sida et attitudes de la population de Narion (département de Sabou, province du Boulkiemdé) vis-à-vis des migrants de retour. Programme Canadien d'Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest 1998.
- Schwartz A., " Brève histoire de la culture du coton au Burkina Faso " in Découvertes du Burkina, Tome 1; Ouagadougou.
- Secrétariat permanent du comité de lutte contre le Sida et les IST. Principes directeurs de la lutte contre le IST/VIH/SIDA et droits de la personne au Burkina Faso 1999



## Annexe 1 : Références bibliographiques

- Secrétariat permanent du comité de lutte contre le SIDA et les IST. Plan national multisectoriel de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les VVIH//SIDA 2001-2003 juin 2000.
- Snrech, S., Pour préparer l'avenir de l'Afrique de l'Ouest : une vision à l'horizon 2020. Synthèse de l'étude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest, OCDE/BAD/CILSS, Paris, 1994.
- Somé J.F., Auregan G., Hien A., Ki-Zerbo G., Chevalier P., Belanie G. Tuberculose et infection par le VIH chez l'enfant dans un centre de récupération nutritionnelle à Ouagadougou 12ème conférence de l'UICMR Konakry mai 2000.
- SP/CNLS/MST du Burkina Faso. Rapport sur les données de sérosurveillance Ouagadougou : SP/CNLS/MST Site sentinelle et la notification des cas de sida et des MST 1998.
- SP/CNLS/MST projet de recherche action sur la migration et le sida à Koupela. Ouagadougou : SP/CNLS/MST 1999.
- STP/PDES (Secrétariat Technique Permanent du Programme d'Ajustement Structurel, Revue des dépenses publiques, 1991-1995 et 1997, 1998 et 1999, Ouagadougou.
- Streeten, P., " Poverty Concepts and Measurement " in Poverty Monitoring : And International Concern, Chap. 2, edited by Rolph Van der Hoeven and Richard Anker, UNICEF, New York, 1994.
- Subbarao, K., " Lessons of 30 Years of Fighting Poverty" International Conference on Developing Economic Approaches to Fight Poverty, World Bank & Université Laval, Québec, 1997.
- Tall F., Nacro B., Vand de Perre P., Millogo A. et Al. Profil clinique de l'infection à VIH en milieu pédiatrique de Bobo-Dioulasso (BF). Communication à la 5ème journée des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso, avril 1996.
- Tavi Ouattara Y. Annuaire des Associations et des ONG de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso intervenant dans la lutte contre le Sida 1999-2000. Comité National de Lutte contre le Sida- CNLS – Burkina Faso – CICDoc (Centre d'Information de Conseil et de Documentation sur le Sida et la Tuberculose) 1999-2000.
- Taverne, B. bibliographie générale sur l'infection à VIH et le sida au Burkina Faso 1986-1996. ORSTOM, Ouagadougou (BKF) 1997.
- Taverne B. Representation de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso ; Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones : Santé (FRA), 1999-06, vol 9, n°3 1999.
- Taverne B. Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. 11p. sous presse, Sciences Sociales et Santé
- Traoré Djibril, Etude socio-économique des sites aurifères du Burkina Faso, Ouagadougou, décembre 1989.
- Traoré Karim, Le suivi de la scolarisation des enfants, un indicateur de la dépression économiques des communautés au Burkina Faso, FEWS/USAID, Ouagadougou.
- UNAIDS The public health approach to STD control UNAID-UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO, WHO, WORLD BANK, UNAIDS technical Update may 1998
- UNAIDS Microbicides for VIH prevention UNAIDS technical update UNAIDS Best Practice collection april 1998.
- UNAIDS Integrating HIV/STD prevention in the school setting : a position paper UNAIDS inter-agency working group UNAIDS 97.7 august 1997.

## Annexe 1 : Références bibliographiques

- UNESCO, Rapport sur l'état de l'éducation en Afrique, Paris, 1996.
- UNICEF, Pauvreté en Afrique de l'Ouest et du Centre : Points de repère pour la programmation, New York, 1995.
- UNICEF & PNUD, " Rapport de l'atelier technique régional francophone sur l'Initiative 20/20 ", Cotonou, 1997.
- UNICEF & PNUD, " Mise en oeuvre de l'Initiative 20/20 : définitions, modalités et suivi ", document préparatoire à la réunion internationale d'Oslo sur l'Initiative 20/20, New York, 1996.
- Union Européenne, La lutte contre la pauvreté au Burkina Faso : politiques et stratégies d'intervention du gouvernement et de l'Union Européenne, rapport semestriel, mai 1996
- Unité de Coordination du Projet Population et Lutte contre le Sida ; Manuel d'exécution du projet population et lutte contre le SIDA (PPLS) ; Ouagadougou : unité de coordination du projet population et lutte contre le sida 1994.
- USAID, " A Study for the SPA Working Group on Poverty and Social Development ", Alternative Survey Methodologies for Monitoring and Analysing Poverty in Sub-Saharan Africa, Chap. 4, Washington D.C., 1995.
- USAID, HIV/AIDS in the Developing World Us Agency for International Development-US department of Commerce Economics and Statistics Administration – Bureau of the Census 1998.
- Van Renterghem H. Tableau Données épidémiologiques VIH au Document non publié Burkina Faso 1999.
- Walker Wendy, Social and cultural dimension of poverty in Burkina Faso
- Wetta Claude, " Culture du coton et cultures vivrières : complémentarité ou substitution : le cas du Burkina Faso ", CEDRES Etudes, n°41, 1er semestre 1996, pp. 97-146, 1996.
- Women's World Banking, Les chaînons manquants : des systèmes financiers au service du plus grand nombre, New York, 1995.
- Women's World Banking, Rapport de l'atelier des praticiens africains de la micro-finance, New York, 1996.
- WORLD BANK The Impact of AIDS on Capacity Building – the Partnership for Capacity Building in Africa
- Zagré Pascal, Les politiques économiques du Burkina Faso, une tradition d'ajustement structurel, Karthala, Paris, 1994.
- Yaméogo A. Facteurs de risque du sida. Etude cas témoins à l'hôpital Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). Thèse de doctorat en médecine, ESSA, Université de Ouagadougou, n°16, 1991.

**Accès à l'assainissement** : Pourcentage de population ayant accès aux moyens sanitaires d'évacuation des excréments et des déchets, y compris les latrines extérieures et le compostage.

**Accès à l'eau potable** : Pourcentage de population disposant d'un accès raisonnable à l'approvisionnement en eau potable, comprenant les eaux de surface traitées, ou non traitées mais non polluées, comme celles des sources, des puits et des forages protégés.

**Accès aux services de santé** : Pourcentage de population qui peut se rendre en moins d'une heure dans les centres de santé locaux, à pied ou en utilisant les moyens de transport locaux.

**Acuité ou profondeur de la pauvreté**  
L'acuité (ou profondeur) de la pauvreté se calcule par la distance moyenne qui sépare une personne pauvre du seuil de pauvreté. Elle est exprimée en pourcentage par rapport à ce seuil. Cette moyenne se calcule sur l'ensemble de la population : pauvre ou non. Puisque cet outil de mesure - que l'on appelle aussi écart au seuil de pauvreté - représente la distance moyenne à laquelle se trouvent les pauvres par rapport au seuil de pauvreté, elle est à même de rendre compte d'une aggravation de leurs conditions de vie.

**Aide alimentaire en céréales** : Céréales fournies par des pays donateurs et des organisations internationales, notamment le Programme Alimentaire Mondial.

**Aide publique au développement (APD)** : Somme nette des dons et des prêts accordés à des conditions de faveur par des institutions publiques des membres du Comité d'Aide au Développement (CAD), de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), de l'Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole (OPEP), etc., pour promouvoir le développement économique et le bien-être, comprenant la coopération technique et l'aide alimentaire.

**APD pour l'investissement social** : Aide publique au développement destinée aux

domaines combinés de la santé, de l'enseignement, des services sociaux, du développement rural et urbain, et de l'eau et assainissement.

**Année de scolarité (moyenne)** : Moyenne du nombre d'années de scolarité effectuée par les adultes de 25 ans et plus.

**Apport quotidien de calories par habitant** : Equivalent en calories de l'approvisionnement alimentaire net d'un pays divisé par le nombre d'habitants, par jour.

**Capacité de charge et niveau d'exploitation** : La capacité de charge (ou potentiel de production) est une notion centrale dans l'utilisation des ressources naturelles. Cette notion trouve son origine dans l'aménagement des pâturages, mais elle est également utilisée à présent dans d'autres types d'utilisation des terres. La capacité de charge est le niveau d'équilibre entre le taux de régénération d'une certaine ressource naturelle de l'écosystème (fourrage, par exemple) et le taux d'exploitation de cette ressource (par les herbivores, par exemple). Cet équilibre est dynamique, pour deux raisons : la variabilité des facteurs opérationnels (la pluviosité, par exemple) et l'interaction entre la végétation et les herbivores. La capacité de charge est déterminée par les ressources naturelles (eau, sol, végétation), le niveau technologique et les intrants externes (les engrais par exemple). Dans l'ensemble, la capacité de charge actuelle diminue à la suite de la surexploitation des ressources naturelles, mais elle peut également être réhabilitée par l'apport d'intrants et l'application de mesures de conservation des eaux et du sol.

**Chômage** : Sont en chômage toutes les personnes au-dessus d'un âge déterminé, qui n'ont pas d'emploi rémunéré ou ne sont pas travailleurs indépendants, sont disponibles pour travailler dans le cadre d'un emploi rémunéré ou en tant que travailleur indépendant, et se sont efforcés de trouver un emploi rémunéré ou occuper une activité de travailleur indépendant.

**Coefficient de dépendance sociale :** Promotion des personnes à charge, âgées de moins de 15 ans ou de plus de 64 ans, par rapport à la population active (âgée de 15 à 64).

**Coefficient de dépendance alimentaire :** Proportion des importations de produits alimentaires par rapport à l'offre alimentaire disponible pour la distribution intérieure, c'est-à-dire le total de la production alimentaire, plus les importations alimentaires, moins les exportations alimentaires.

**CSN :** Note de Stratégie Nationale, instrument de programme et d'orientation du Système des Nations Unies en vue de l'harmonisation des activités des principales agences dans le cadre d'un programme par pays (Country Strategy Note).

**Densité de population :** Nombre total d'habitants divisé par la superficie considérée.

**Dépenses d'enseignement :** Dépenses engagées pour le fonctionnement, l'administration, l'inspection et l'appui des écoles maternelles, primaires et secondaires ; des universités et des instituts d'enseignement supérieur ; des établissements d'enseignement professionnel, technique et autres ; et de l'administration générale et des services annexes.

**Dépenses de santé :** Dépenses consacrées aux hôpitaux, aux centres de santé et aux dispensaires, aux systèmes d'assurance-maladie et à la planification familiale.

**Dépenses publiques :** Dépenses réalisées par tous les bureaux, départements, établissements et autres organes du gouvernement central qui sont des institutions ou des instruments de l'autorité centrale d'un pays. Elles comprennent les dépenses de fonctionnement, d'investissement et de développement.

**Développement Humain (DH) :** Processus qui conduit à l'élargissement de la gamme des possibilités qui s'offrent à chacun. En principe, elles sont illimitées et peuvent évoluer avec le temps. Mais

quel que soit le stade de développement, elles impliquent que soient réalisées trois conditions essentielles : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable. Si ces conditions ne sont pas satisfaites, de nombreuses possibilités restent inaccessibles.

**Dimension Sociale de l'Ajustement (D.S.A.) :** Programme du gouvernement visant à atténuer les coûts sociaux de l'ajustement structurel et portant sur la protection des groupes vulnérables dans les domaines tels que la santé, la population, l'éducation, l'emploi et les revenus, femmes et développement, développement communautaire.

**Enseignement primaire :** Enseignement au premier niveau (Niveau 1 de la Classification internationale type de l'éducation - CITE), dont la principale fonction est de fournir les éléments de base de l'éducation.

**Enseignement post-primaire :** enseignement primaire plus deux années de formation professionnelle (Sections Artisanales Rurales et Sections Ménagères).

**Enseignement Secondaire :** Enseignement au deuxième niveau (niveaux 2 et 3 de la CITE), basé sur 6 années d'instruction préalable au premier niveau et fournissant une instruction générale ou spécialisée, ou les deux, dispensé par les collèges secondaires, les lycées, les écoles normales à ce niveau et les écoles à vocation professionnelle ou technique (durée normale : 7 ans en moyenne).

**Enseignement secondaire technique :** Enseignement dispensé dans les établissements secondaires visant à préparer les élèves en vue d'une activité ou d'une profession.

**Enseignement supérieur :** Enseignement à trois niveaux (niveaux 5, 6 et 7 de la CITE), dispensé par exemple dans les universités, les écoles normales et les écoles professionnelles supérieures, exigeant comme condition minimale d'ad-

mission d'avoir achevé avec succès l'enseignement de deuxième niveau ou de prouver qu'un niveau équivalent de connaissances a été assimilé.

**Epargne intérieure (brute)** : Produit intérieur brut moins la consommation des administrations publiques et la consommation privée.

**Espérance de vie à la naissance** : Nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de mortalité de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie.

**Exportation des biens et services** : Valeur de tous les biens et services non facteurs fournis au reste du monde, y compris les marchandises, le fret, l'assurance, le transport et autres services non facteurs.

**Femmes parlementaires** : renvoi au nombre de sièges détenus par des femmes dans les chambres basse (députés, par exemple) et haute (sénateurs, par exemple), ou dans la chambre unique du parlement du pays considéré.

**Indicateur de Développement Humain (IDH)** : Mesure composite du développement humain basée sur l'espérance de vie à la naissance, l'instruction et le revenu (voir note technique I). L'IDH est un " baromètre " mondial permettant de faire ressortir les progrès accomplis par les pays en matière de développement humain. L'IDH s'attache aux déficits rencontrés dans trois domaines essentiels de l'existence humaine, et qui sont eux-mêmes déjà pris en compte dans l'IDH. Les variables utilisées sont ici le pourcentage d'individus risquant de décéder avant l'âge de quarante ans, le pourcentage d'adultes analphabètes et les services procurés par l'économie dans son ensemble, cette troisième variable étant représentée par trois critères : le pourcentage d'individus n'ayant pas accès aux services de santé et à l'eau potable et le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans victimes de malnutrition.

**L'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH)** :

L'indicateur sexospécifique du développement humain s'attache aux potentialités humaines essentielles en se fondant sur les mêmes variables que l'IDH, mais en corrigeant cet IDH en fonction des inégalités sociologiques entre les sexes. Plus les écarts touchant aux aspects essentiels du développement humain sont importants, plus l'ISDH du pays concerné est faible par rapport à son IDH. En fait, l'ISDH correspond simplement à un IDH actualisé, c'est-à-dire révisé à la baisse, en fonction des inégalités entre femmes et hommes.

**L'indicateur de la participation des femmes (IPF)** :

L'indicateur de la participation des femmes (IPF) indique si les femmes sont en mesure de prendre une part active à la vie politique et économique. Il se concentre, comme son nom l'indique, sur la participation et mesure les inégalités sociologiques entre les sexes en termes de représentation et de pouvoir de décision dans certains domaines clef de la sphère économique et politique. Il diffère ainsi de l'ISDH, qui constitue un indicateur des inégalités entre les sexes sur le plan des potentialités de base.

**Indice de production alimentaire par habitant** : Quantité annuelle moyenne de vivres produite.

**Indice synthétique de fécondité** : nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme pendant sa vie, en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité prévalant pour cet âge.

**Investissement intérieur brut** : Dépenses destinées à accroître l'ensemble des biens durables de l'économie du pays considéré, compte tenu des variations brutes du stock des immobilisations.

**Investissement(s) direct(s) étranger(s) (entrées nettes)** : Capital procuré par un investisseur direct étranger (société mère) à une entreprise qui lui est affiliée

dans le pays destinataire de ce capital. La notion d'investissement direct étranger suppose que l'investisseur exerce une influence significative sur la direction de l'entreprise sise dans le pays destinataire. Le capital ainsi investi peut se composer de fonds propres, de bénéfices réinvestis ou de prêts intra-entreprise.

### **Pauvreté absolue et relative :**

La pauvreté absolue renvoie à un seuil de pauvreté exprimé en valeur absolue et correspondant à la possibilité de satisfaire à des besoins minimaux, alors qu'on parle de pauvreté relative pour des personnes qui sont moins bien loties que la majorité des autres membres de la même communauté. En ce qui concerne le revenu, une personne se trouve dans la pauvreté absolue si son revenu est en deçà d'un seuil de pauvreté défini, mais elle est relativement pauvre si elle appartient à un groupe à faible revenu (les 10% de personnes les plus pauvres, par exemple).

### **Potentialités et capacité :**

Les potentialités d'une personne renvoient au champ des possibilités dont dispose une personne (recevoir une alimentation correcte, vivre longtemps ou prendre part à la vie de la collectivité, par exemple). La capacité d'une personne représente les différentes combinaisons de potentialités qui sont tour à tour accessibles à cette personne. La capacité reflète la liberté de réaliser des potentialités.

**Produit National Brut (PNB) :** Total de la valeur ajoutée nationale et étrangère revenant aux résidents, calculée sans opérer de déductions pour la dépréciation. Il comprend le PIB plus le revenu net des facteurs à l'étranger, qui est le revenu que les résidents reçoivent de l'étranger pour des services facteurs (main-d'oeuvre et capital), moins les paiements similaires faits à des non-résidents qui contribuent à l'économie nationale.

**Ressources en eau intérieures renouvelables :** Débit moyen annuel des cours d'eau et des formations aquifères provenant des précipitations endogènes.

**Retard de croissance :** Pourcentage d'enfants âgés de 24 à 59 mois, qui s'écartent de plus de 2 écarts-types de la valeur médiane de la taille par rapport à l'âge de la population de référence.

**Seuil de pauvreté :** Seuils de pauvreté destinés aux comparaisons internationales. Dans le cadre de ses comparaisons internationales, la Banque Mondiale se fonde sur un seuil de pauvreté fixé à 1 dollar (en parités de pouvoir d'achat, ou PPA de 1985) par jour et par personne. Ce seuil de pauvreté est calculé en fonction de la consommation. Il est recommandé d'utiliser un seuil de pauvreté correspondant à 2 dollars (en PPA) par jour pour l'Amérique latine et les Caraïbes et de 4 dollars (en PPA de 1990) pour les pays d'Europe de l'Est et de la CEI. Pour les comparaisons entre pays industrialisés, le présent rapport a adopté le seuil de pauvreté valable pour les Etats-Unis, et correspondant à 14,40 dollars (en parités de pouvoir d'achat, ou PPA de 1985) par jour et par personne.

**Seuils de pauvreté nationaux :** Les pays en développement qui ont défini des seuils de pauvreté nationaux utilisent généralement pour cela la méthode de la mesure alimentaire de la pauvreté. Ces seuils indiquent le niveau en deçà duquel les ressources économiques ne permettent pas de satisfaire les besoins minimaux en termes d'alimentation. Il existe trois approches pour mesurer la pauvreté alimentaire. Selon la méthode du coût des besoins essentiels, le seuil de pauvreté correspond au coût d'une ration alimentaire de base pour les principaux groupes d'âge, pour les deux sexes et pour les grandes catégories d'activité. Viennent s'y ajouter un petit nombre d'articles non alimentaires considérés comme essentiels. Une fois ce seuil fixé, une enquête établit la proportion de personnes vivant dans des ménages dont la consommation (ou parfois le revenu) est inférieure à ce seuil. La ration de base peut se définir comme les produits alimentaires les moins onéreux nécessaires pour satisfaire aux besoins nutritionnels essentiels, comme la ration typique d'un adulte pour la

population située dans le quintile (les 20%) inférieur du niveau de consommation alimentaire totale par adulte. Le choix des composantes alimentaire et non alimentaire de l'ensemble considéré comporte forcément une part d'histoire. La méthode de l'équilibre calorique se fonde sur une dépense de consommation permettant uniquement à une personne de se procurer une quantité de nourriture suffisante pour satisfaire un besoin calorique prédéterminé. La méthode de l'équilibre calorique estime la quantité d'énergie alimentaire absorbée (variable dépendante) à partir de la consommation des ménages convertie en équivalents adultes. La méthode de la ration alimentaire consiste à calculer le coût d'un budget alimentaire permettant d'acheter des éléments nutritifs en quantité tout juste suffisante. Si l'on part de l'hypothèse que les coûts des nutriments essentiels représente le tiers de la consommation totale d'un ménage, le seuil de pauvreté sera fixé à trois fois le niveau du coût des nutriments essentiels. Chacune de ces trois approches du seuil de pauvreté alimentaire est sensible au niveau de prix utilisé pour déterminer le coût de l'ensemble de produits envisagés.

Chacune se concentre sur la quantité de calories ou l'énergie alimentaire - et cela parce que les carences en protéines dues à des ressources économiques insuffisantes sont considérées comme rares dans la plupart des sociétés. Les pays industrialisés utilisent également des seuils de pauvreté nationaux pour mesurer la pauvreté relative. La Commission de l'Union européenne propose, pour ses Etats membres un seuil de pauvreté correspondant à la moitié de la médiane corrigée du revenu individuel disponible.

**Taux d'affectation de l'aide au secteur social** : Pourcentage de l'aide consacrée au secteur social.

**Taux d'affectation de l'aide aux priorités sociales** : Pourcentage de l'aide consacrée au secteur social qui est affectée aux domaines prioritaires en matière de développement humain.

**Taux d'affectation de l'aide aux dépenses de développement humain** : Pourcentage du PNB d'un donateur consacré aux domaines prioritaires en matière de développement humain des pays bénéficiaires ou montant de l'aide reçue pour les domaines prioritaires en matière de développement humain exprimé en pourcentage du PNB du pays bénéficiaire.

**Taux d'alphabétisation (adulte)** : Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus et qui peuvent, en comprenant, lire et écrire un texte simple et court sur leur vie quotidienne.

**Taux d'emploi des contraceptifs** : Pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent, ou dont les partenaires utilisent, toute forme de contraception, c'est-à-dire des méthodes modernes ou traditionnelles.

**Taux d'inflation** : taux moyen annuel d'accroissement des prix ; il est mesuré par la croissance du facteur déflateur implicite du PIB pour chacune des périodes considérées.

**Taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5)** : Nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1.000 naissances vivantes au cours d'une année. Plus spécifiquement, probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire.

**Taux de mortalité maternelle** : Nombre de femmes qui meurent chaque année par suite d'une grossesse pour 1.000 naissances vivantes.

**Taux de pauvreté ou incidence de la pauvreté**

Le taux de pauvreté, ou incidence de la pauvreté est simplement une estimation du pourcentage de personnes vivant en deçà du seuil de pauvreté. Cette grandeur ne renseigne en aucune manière sur l'acuité ou la profondeur de la pauvreté et ne peut donc rendre compte d'aucune aggravation des conditions de vie touchant des personnes déjà pauvres par ailleurs.

**Taux de scolarisation (brut et net) :** Le taux brut de scolarisation est le nombre d'enfants inscrits à un cycle (niveau) d'enseignement (qu'ils soient ou non en âge de fréquenter), exprimé en pourcentage du nombre d'enfants appartenant au groupe d'âge correspondant à ce niveau d'enseignement. Le taux net de scolarisation est le nombre d'enfants inscrits à un cycle (niveau) d'enseignement et qui appartiennent au groupe d'âge pertinent, exprimé en pourcentage de nombre d'enfants appartenant à ce même groupe d'âge.

**Terme de l'échange :** Rapport de l'indice des prix moyens des exportations d'un pays à l'indice des prix moyens de ses importations.

### **Ultra-pauvreté**

Un ménage se trouve en situation d'ultra-pauvreté lorsqu'il n'est pas en mesure de satisfaire à 80% des besoins caloriques minimaux définis par la FAO et l'OMS, et ce même lorsqu'il consacre 80% de ses revenus à l'achat de produits alimentaires.

### **Vaccination (couverture vaccinale) :**

Moyenne des couvertures vaccinales des enfants de moins d'un an pour les quatre antigènes utilisés dans le Programme Elargi de Vaccination universel des enfants.



L'IDH est un indicateur composite comportant trois éléments : la durée de vie, mesurée d'après l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, mesuré par un indicateur combinant pour deux tiers le taux d'alphabétisation des adultes et pour un tiers le taux brut de scolarisation combiné (tous niveaux confondus), et le niveau de vie, mesuré d'après le PIB réel par habitant (exprimé en PPA).

## Indicateur du développement humain (Note technique 1)

Avant de calculer l'IDH lui-même, il faut établir un indice pour chacune de ces variables. La détermination de ces indices dimensionnels - c'est-à-dire correspondant à l'espérance de vie, au niveau d'instruction et au PIB - passe à chaque fois par la définition d'une fourchette de variation, avec un minimum et un maximum.

Les résultats obtenus pour chaque variable sont exprimés par une valeur comprise entre 0 et 1 selon la formule générale suivante :

### Indice dimensionnel

$$\text{Indice dimensionnel} = \frac{\text{Valeur constatée} - \text{Valeur minimale}}{\text{Valeur maximale} - \text{Valeur minimale}}$$

L'IDH correspondant à la moyenne arithmétique de ces indices dimensionnels.

L'encadré ci-dessous illustre son calcul pour un pays-témoin.

### Valeurs minimales et maximales pour le calcul de l'IDH

Critère	Valeur maximale	Valeur minimale
Espérance de vie à la naissance (années)	85	25
Taux d'alphabétisation des adultes (%)	100	0
Taux brut de scolarisation combiné (%)	100	0
PIB par habitant (en PPA)	40 000	100

### Calcul de l'IDH

Pour illustrer le calcul de l'IDH, nous utiliserons des données de 1999 concernant l'Arménie.

#### a) Calcul de l'indice d'espérance de vie

L'indice d'espérance de vie mesure le niveau atteint par le pays considéré en termes d'espé-

rance de vie à la naissance. Pour l'Arménie, l'espérance de vie était de 72,7 ans en 1999, soit un indice de 0,795.

#### Indice d'espérance de vie

$$\text{Indice d'espérance de vie} = \frac{72,7 - 25}{85 - 25} = 0,795$$

#### b) Calcul de l'indice de niveau d'instruction

L'indice de niveau d'instruction mesure l'avancement du pays considéré en termes d'alphabétisation des adultes et d'enseignement (taux brut combiné de scolarisation dans le primaire, le secondaire et le supérieur). La procédure consiste, tout d'abord, à calculer un indice pour l'alphabétisation des adultes et un autre pour la scolarisation. Ces deux indices sont ensuite fusionnés pour donner l'indice de niveau d'instruction, dans lequel l'alphabétisation des adultes reçoit une pondération des deux tiers et le taux brut de scolarisation une pondération d'un tiers. En Arménie, où le taux d'alphabétisation des adultes atteignait 98,3 % et le taux brut de scolarisation combiné 79,9 % en 1999, l'indice de niveau d'instruction est de 0,922.

#### Indice d'alphabétisation des adultes

$$\text{Indice d'alphabétisation des adultes} = \frac{98,3 - 0}{100 - 0} = 0,983$$

#### Indice de scolarisation

$$\text{Indice de scolarisation} = \frac{79,9 - 0}{100 - 0} = 0,799$$

Indice de niveau d'instruction = 2/3 (indice d'alphabétisation des adultes) + 1/3 (indice de scolarisation) = 2/3 (0,983) + 1/3 (0,799) = 0,922

#### c) Calcul de l'indice de PIB

L'indice de PIB est calculé sur la base du PIB par habitant corrigé (en PPA). Le revenu intervient dans l'IDH afin de rendre compte de tous les aspects du développement humain qui ne sont pas représentés par la longévité, la santé et l'instruction. Son montant est corrigé parce qu'un revenu illimité n'est pas nécessaire pour atteindre un niveau de développement humain acceptable. Le calcul s'effectue donc à partir d'un logarithme du revenu. Pour l'Arménie, dont le PIB par habitant était de 2 215 dollars (PPA) en 1999, l'indice de PIB s'établit à 0,517.

## Indice de PIB

$$\frac{\log(2\,215) - \log(100)}{\log(40\,000) - \log(100)} = 0,517$$

### d) Calcul de l'IDH

Une fois que les trois indices dimensionnels ont été calculés, il ne reste plus qu'à déterminer leur moyenne arithmétique pour obtenir l'IDH.

$$\text{IDH} = 1/3 (\text{indice d'espérance de vie}) + 1/3 (\text{indice de niveau d'instruction}) + 1/3 (\text{indice de PIB}) = 1/3 (0,795) + 1/3 (0,922) + 1/3 (0,517) = 0,745$$

## L'indicateur sexospécifique du développement humain et l'indicateur de la participation des femmes

### (Note technique 2)

Dans le cadre des comparaisons internationales, l'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) et l'indicateur de la participation des femmes (IPF) sont limités aux données généralement accessibles sur le plan international. Nous nous sommes efforcés, dans ce rapport, d'utiliser les données les plus récentes, les plus fiables et présentant la plus grande cohérence interne possible. Le recueil de données sexospécifiques nombreuses et fiables est une tâche complexe à laquelle la communauté internationale doit s'attaquer résolument. Les résultats obtenus selon l'ISDH et l'IPF sont fondés sur les meilleures estimations disponibles, dans l'espoir de susciter de meilleurs diagnostics.

### 2.1. L'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH)

L'ISDH est composé des mêmes variables que l'IDH. Il diffère néanmoins de l'IDH en ceci que nous avons corrigé les niveaux moyens obtenus par chaque pays en termes d'espérance de vie, de niveau d'éducation et de revenu de façon à refléter les disparités sociologiques entre les hommes et les femmes dans ces trois domaines (pour une explication détaillée de la méthodologie utilisée pour le calcul de l'ISDH, voir la note technique 1 du Rapport mondial sur le développement humain 1995).

Dans le calcul de l'ISDH, les valeurs maximale et minimale de l'espérance de vie sont corrigées pour tenir compte de l'avantage biologique des femmes dans ce domaine. Pour les femmes, la valeur maximale de l'espérance de vie est ainsi de 87,5 ans et la

valeur minimale de 27,5 ans. Pour les hommes ces valeurs sont respectivement de 82,5 ans et de 22,5 ans.

Le calcul de la composante du revenu est plus complexe. Pour calculer les parts du revenu du travail des hommes et des femmes, deux données ont été utilisées : le rapport entre la moyenne des salaires féminins et celle des salaires masculins et la part de la population active âgée de 15 ans et plus. Pour les pays pour lesquels il n'y a pas de données disponibles pour le rapport des salaires, une valeur de 75 %, moyenne pondérée du rapport des salaires pour tous les pays pour lesquels les données sont disponibles est retenue. Ensuite le PIB corrigé par habitant moyen est pondéré sur la base de la disparité entre les sexes en matière de parts de revenus et de la proportion de femmes et d'hommes dans la population.

La dernière opération du calcul de l'ISDH consiste à additionner les indicateurs de l'espérance de vie, du niveau d'éducation et du revenu et à diviser la somme par 3.

### Exemple de calcul de l'ISDH

Nous avons choisi la Norvège pour illustrer la méthode de calcul de l'indicateur sexospécifique du développement humain. Comme nous l'avons vu, le paramètre d'aversion pour l'inégalité a été fixé à 2. (les résultats des calculs présentent parfois de légères variations dues à l'arrondissement des chiffres.)

#### Pourcentage de la population totale

Femmes 51 %

Hommes 49 %

#### Espérance de vie à la naissance

Femmes 80,4 ans

Hommes 74,6 ans

#### Alphabétisation des adultes

Femmes 99 %

Hommes 99 %

#### Scolarisation tous niveaux confondus

Femmes 93 %

Hommes 92 %

### PREMIERE ETAPE

Calcul de l'indicateur d'espérance de vie également réparti

## Espérance de vie

$$\text{Femmes} \quad (80,4 - 27,5)/60 = 0,882$$

$$\text{Hommes} \quad (74,6 - 22,5)/60 = 0,868$$

## Indicateur d'espérance de vie également réparti :

$$\{ [ (\text{pourcentage de la population féminine} \times (\text{indicateur d'espérance de vie des femmes}) - 1) +$$

$$+ [(\text{pourcentage de la population masculine} \times (\text{indicateur d'espérance de vie des hommes}) - 1] \} - 1$$

$$[ 0,51(0,882) - 1 + 0,49(0,868) - 1 ] - 1 = 0,875$$

## DEUXIEME ETAPE

### Alphabétisation des adultes

$$\text{Femmes} \quad (99 - 0)/100 = 0,990$$

$$\text{Hommes} \quad (99 - 0)/100 = 0,990$$

### Taux brut de scolarisation tous niveaux confondus

$$\text{Femmes} \quad (93 - 0)/100 = 0,930$$

$$\text{Hommes} \quad (92 - 0)/100 = 0,920$$

### Indicateur de niveau d'éducation

Femmes :  $2/3$  (taux d'alphabétisation des adultes) +  $1/3$  (taux brut de scolarisation tous niveau confondus)

$$2/3(0,990) + 1/3(0,930) = 0,970$$

Hommes :  $2/3$  (taux d'alphabétisation des adultes) +  $1/3$  (taux brut de scolarisation tous niveau confondus)

$$2/3(0,990) + 1/3(0,920) = 0,967$$

### Indicateur d'espérance de vie également réparti :

$$\{ [ (\text{pourcentage de la population féminine} \times (\text{indicateur de niveau d'éducation}) - 1 ] + [ (\text{pourcentage de la population masculine} \times (\text{indicateur de niveau d'éducation}) - 1] \} - 1$$

$$[ 0,51(0,970) - 1 + 0,49(0,967) - 1 ] - 1 = 0,968$$

## TROISIEME ETAPE

Calcul des parts proportionnelles de revenu

### Pourcentage de la population active

$$\text{Femmes} \quad 45,5$$

$$\text{Hommes} \quad 54,5$$

### Rapport des salaires non agricoles féminins aux salaires masculins : 0,870

### PIB réel corrigé par habitant (en PPA) :

6 073 PPA (voir plus haute dans cette section)<sup>1</sup>

A. Calcul des parts proportionnelles féminine et masculine des revenus

Salaires moyen (w) = (pourcentage de femmes dans la population active x salaires féminins) + (pourcentage d'hommes dans la population active x 1)

$$(0,455 \times 0,870) + (0,545 \times 1) = 0,941$$

### Rapports du salaire féminin au salaire moyen (w)

$$0,870/0,941 = 0,925$$

### Rapports du salaire masculin au salaire moyen (w)

$$1/0,941 = 1,063$$

### Part des revenus du travail

Note : [(salaires féminin/salaires moyens) x pourcentage de femmes dans la population active] + [(salaires masculins/salaires moyens) x pourcentage d'hommes dans la population active] = 1.

Femmes : Salaires féminins/population active féminine

$$0,9247 \times 0,4553 = 0,4210$$

Hommes : Salaires masculins/population active masculine

$$1,063 \times 0,545 = 0,579$$

### Parts proportionnelles féminine et masculine des revenus

Femmes : Part féminine des revenus du travail/pourcentage de la population féminine

$$0,421/0,505 = 0,834$$

Hommes

Part masculine des revenus du travail/pourcentage de la population masculine

$$0,579/0,495 = 1,169$$

B. Indicateur du revenu également réparti

Pondération ( $\epsilon = 2$ )

$$\{ [ (\text{pourcentage de la population féminine} \times (\text{part féminine du revenu}) - 1) + [(\text{pourcentage de la population masculine} \times (\text{part masculine du revenu}) - 1] \} - 1$$

<sup>1</sup> Rapport Mondial sur le Développement Humain 1997.

$$0,505(0,834)-1 + 0,495(1,169)-1] - 1 = 0,972$$

$$0,972 \times 6\,073 = 5\,903$$

$$(5\,903 - 100)/(6\,154 - 100) = 0,934$$

### QUATRIEME ETAPE

Calcul de l'indicateur sexospécifique du développement humain

$$1/3(0,875 + 0,968 + 0,959) = 0,934$$

### L'indicateur de la participation des femmes (note technique 3)

L'indicateur de la participation des femmes (IPF) a pour composantes des variables définies explicitement pour mesurer le contrôle que les hommes et les femmes peuvent exercer sur leur destinée dans les domaines politique et économique.

Le premier ensemble de variables a été choisi pour rendre compte de la participation et du pouvoir décisionnaire dans la sphère économique. Il comprend les pourcentages d'hommes et de femmes exerçant, d'une part, des fonctions de direction et d'encadrement supérieur et, d'autre part, des professions techniques et libérales. Ce sont là des catégories d'emploi très vastes et aux définitions assez floues. Les groupes de population concernés par ces deux grandes catégories étant différents, des indicateurs distincts pour chacune d'elles ont été calculés, qui ont ensuite été additionnés. La troisième variable est constituée par le pourcentage de femmes et d'hommes occupant des fonctions parlementaires. Elle a été choisie pour refléter la participation à la vie politique et le pouvoir de décision des femmes.

A chacune des trois variables est appliquée la méthode de la moyenne pondérée ( $\in - 1$ ) en fonction de la population pour calculer un pourcentage équivalent également réparti (PEER) pour les deux sexes considérés conjointement. Chaque variable est ensuite indexée en divisant le PEER par 50 %.

La variable du revenu est choisie pour exprimer le contrôle des ressources économiques. Elle est calculée de la même manière que pour l'ISDH, à la différence près que c'est le PIB réel par habitant non corrigé qui est ici utilisé (au lieu du PIB corrigé). La valeur maximale du revenu est, là encore, de 40 000 dollars (PPA) et la valeur minimale de 100 dollars (PPA).

En dernière étape, les indicateurs des trois variables - participation et pouvoir décisionnaire économiques, participation et pouvoir décisionnaire politiques, contrôle des res-

sources économiques - sont additionnés avant de diviser le résultat par 3 pour obtenir l'IPF global.

### Exemple de calcul de l'IPF

Nous avons choisi le Cameroun pour illustrer les différentes étapes du calcul de l'indicateur de la participation des femmes. Le paramètre d'aversion pour l'inégalité est égal à 2. (les résultats des calculs présentent parfois de légères variations dues à l'arrondissement des chiffres.)

#### PREMIERE ETAPE

Calcul des indicateurs de représentation parlementaire, de fonctions de direction et d'encadrement supérieur, et de professions techniques et libérales

*pourcentage de représentation parlementaire*

Femmes	12,1
Hommes	87,8

*pourcentage de fonctions de direction et de cadres supérieurs*

Femmes	10,1
Hommes	89,9

*pourcentage de cadres et de techniciens*

Femmes	24,4
Hommes	75,6

*pourcentage de la population totale*

Femmes	50,38
Hommes	49,62

*Calcul du PEER de représentation parlementaire*

$$[0,4962 (87,8)-1 + 0,5038 (12,1)-1]-1 = 21,3$$

*Calcul du PEER pour les fonctions de direction et les cadres supérieurs*

$$[0,4962 (89,9)-1 + 0,5038 (10,1)-1]-1 = 18,05$$

*Calcul du PEER pour les cadres et les techniciens*

$$0,4962 (75,6)-1 + 0,5038 (24,4)-1]-1 = 36,75$$

*Indexation de la représentation parlementaire*

$$21,30/50 = 0,426$$

*Indexation des fonctions de direction et d'encadrement supérieur*

$$18,05/50 = 0,361$$

*Indexation des postes de cadres et de techniciens*

$$36,75/50 = 0,7350$$

*Calcul de l'indicateur combiné de fonctions de direction et d'encadrement supérieur et des emplois de techniciens et professions libérales*

$$(0,3610 + 0,7350)/2 = 0,5480$$

## DEUXIEME ETAPE

Calcul de l'indicateur des parts de revenu du travail

*Pourcentage de la population active*

Femmes 37,4

Hommes 62,6

*Rapport des salaires non agricoles féminins aux salaires non agricoles masculins : 75 %*

*PIB réel non corrigé par habitant : 2 120 dollars (PPA)*

*Rapports du salaire féminin au salaire moyen (w) et du salaire masculin au salaire moyen (w)*

$$W = 0,374 (0,75) + 0,626 (1) = 0,9065$$

*Rapport du salaire féminin au salaire moyen :*  
 $0,75/0,9065 = 0,8274$

*Rapport du salaire masculin au salaire moyen :*  
 $1/0,9065 = 1,1031$

*Part des revenus du travail*

Note : [(salaire féminins/salaires moyens) x pourcentage féminin de la population active] + [(salaires masculins/salaires moyens) x pourcentage masculin de la population active] = 1.

Femmes  $0,8274 \times 0,374 = 0,3094$

Hommes  $1,1031 \times 0,626 = 0,6905$

*Parts proportionnelles féminine et masculine des revenus*

Femmes  $0,3094/0,5038 = 0,6141$

Hommes  $0,6905/0,4962 = 1,3916$

*Calcul de l'indicateur du revenu également réparti*

$$[0,4962 (1,3916)-1 + 0,5038 (0,6141)-1]-1 = 0,8496$$

$$0,8496 \times 2 120 = 1 801$$

$$(1 801 - 100)/(40 000 - 100) = 0,0426$$

## TROISIEME ETAPE

Calcul de l'indicateur de la participation des femmes

$$[1/3(0,0426 + 0,0548 + 0,426)] = 0,3389^2$$

## L'indicateur de pénurie de capacité (IPC) (note technique 4)

Les trois variables composant l'IPC couvrent un champ considérable de l'expérience humaine : elles vont de la nutrition et la santé de l'ensemble de la population (insuffisance pondérale des enfants), aux possibilités d'accès aux soins de gynécologie d'obstétrique et à l'accès effectif aux services de santé en général (naissances non suivies par du personnel soignant), en passant par le niveau d'éducation de base, avec également des informations sur l'inégalité sociologique entre les sexes (analphabétisme des femmes adultes). Cette dernière variable permet par exemple d'évaluer les pays d'après la façon dont il traite le groupe le plus défavorisé de leur société. Plutôt que de viser l'exhaustivité et de tenter de rendre compte de la misère dans la totalité des domaines prioritaires de l'existence humaine, cet indicateur souligne les points essentiels dans lesquels les progrès sont les plus nécessaires.

Le taux d'alphabétisation des femmes correspond au pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus qui peuvent, en le comprenant, lire et écrire un texte simple et court se rapportant à leur vie quotidienne. Le taux d'analphabétisme chez les femmes est une variable informative permettant d'évaluer l'état de la pauvreté générale des femmes qui a un effet multiplicateur fort sur le bien-être de la famille et sur le niveau général de développement humain de la société.

A mesure que le taux d'alphabétisation des femmes augmente, le taux de fécondité baisse, la santé des nourrissons et des enfants s'améliore, le niveau d'éducation des enfants

<sup>2</sup> Exemple de calcul du Rapport Mondial sur le Développement Humain 1997.

## Annexe 3 : Méthodologie de calcul des différents indicateurs

s'élève et les conditions d'alimentation et d'hygiène des ménages s'améliorent.

On considère qu'un enfant souffre d'insuffisance pondérale lorsque son poids corporel est inférieur de deux écarts-types au poids médian par âge d'une population internationale de référence. C'est une variable significative qui reflète le manque de potentialités dans divers domaines, en particulier les services de santé, l'eau potable, l'assainissement et l'alimentation.

En tant que variable de sortie (résultat), elle exprime les effets de nombreuses variables d'entrée. Le pourcentage de naissances non suivies par un personnel de santé spécialisé est une variable d'entrée, mais qui constitue un indicateur prévisionnel fiable de substitution à la capacité de procréer dans de bonnes conditions de sécurité et de santé. La définition du personnel de santé utilisée ici est large : médecins, infirmières, sages-femmes, aides-soignants qualifiés et accoucheuses ayant reçu une formation traditionnelle. Malgré l'ampleur de cette définition, le taux de naissances non suivies reste très élevé dans un grand nombre de pays.

### Calcul de l'indicateur du développement technologique (note technique 5)

L'indicateur du développement technologique (IDT) est un indicateur composite destiné à rendre compte de la capacité d'un pays à innover et diffuser les innovations, ainsi qu'à constituer une base de compétences humaines. Il détermine les accomplissements dans quatre domaines:

- L'innovation technologique, mesurée par le nombre de brevets délivrés, par habitant, aux résidents d'un pays donné et par les redevances et les droits de licence reçus de l'étranger, là encore par habitant.
- La diffusion de technologies récentes, mesurée par le nombre d'ordinateurs reliés à Internet, par habitant, et par la part des exportations de produits à contenu technologique intermédiaire ou élevé dans le total des exportations de marchandises.
- La diffusion de technologies anciennes, mesurée par le nombre de téléphones (lignes d'abonnés et portables) par habitant et par la consommation d'électricité par habitant.
- Les compétences humaines, mesurées par la durée moyenne de la scolarité de la population de 15 ans et plus et par le taux brut d'inscription dans les filières scientifiques du supérieur.

Pour chacun des indices reflétant ces diffé-

rentes dimensions, on considère un minimum et un maximum à l'intérieur d'une fourchette de variation (parmi tous les pays pour lesquels des données sont disponibles). Les résultats obtenus pour chaque indice sont exprimés par une valeur comprise entre 0 et 1, selon la formule générale suivante :

#### Indice

$$\frac{\text{Valeur réelle} - \text{Valeur minimale observée}}{\text{Valeur maximale observée} - \text{Valeur minimale observée}}$$

=

Valeur maximale observée – Valeur minimale observée

Pour chaque aspect considéré, l'indicateur correspond à la moyenne arithmétique des indices correspondants. A son tour, l'IDT correspond à la moyenne de ces quatre indices.

#### Valeurs minimales et maximales pour le calcul de l'IDT

Critère	Valeur maximale observée	Valeur minimale observée
Brevet délivrés aux résidents (pour un million d'habitants)	994	0
Redevances et droits de licence (en dollars pour 1000 habitants)	272,6	0
Ordinateurs reliés à Internet (pour 1000 habitants)	232,4	0
Exportations de produits à contenu technologique intermédiaire ou élevé (en % du total des exportations de marchandises)	80,8	0
Téléphones (lignes d'abonnés ou portables, pour 1000 habitants)	901 <sup>a</sup>	1
Consommation d'électricité (kilowattheures par habitant)	6 969 <sup>a</sup>	22
Durée moyenne de la scolarité (population de 15 ans et plus)	12,0	0,8
Taux brut d'inscription dans les filières scientifiques du supérieur (%)	27,4	0,1

a. Moyenne OCDE.

#### Note

Les résultats des calculs effectués sur la base des données figurant dans la note technique peuvent être différents de ceux indiqués dans l'annexe.

## Calcul de l'IDT

Pour illustrer le calcul de l'IDT, nous utilisons des données de 1997 - 2000 concernant la Nouvelle-Zélande.

### 1. Calcul de l'indice d'innovation technologique

Les brevets, d'une part, et les redevances et droits de licence, d'autre part, permettent d'obtenir par approximation le niveau d'innovation technologique. Les deux indices dimensionnels correspondants sont calculés selon la formule générale suivante :

#### Indice relatif aux brevets

$$= \frac{103 - 0}{994 - 0} = 0,104$$

#### Indice relatif aux redevances et droits de licence

$$= \frac{13,0 - 0,0}{272,6 - 0,0} = 0,048$$

L'indice d'innovation technologique correspond à la moyenne arithmétique de ces deux indices :

#### Indice d'innovation technologique

$$= \frac{0,104 + 0,048}{2} = 0,06$$

### 2. Calcul de l'indice de diffusion de technologies récentes

La même formule est appliquée pour calculer l'indice de diffusion de technologies récentes, sur la base du nombre d'ordinateurs reliés à Internet et de la part des exportations de produits à contenu technologique intermédiaire ou élevé dans le total des exportations de marchandises :

#### Indice relatif au nombre d'ordinateurs reliés à Internet

$$= \frac{146,7 - 0,0}{232,4 - 0,0} = 0,631$$

### Indice relatif aux exportations de produits à contenu technologique intermédiaire ou élevé

$$= \frac{15,4 - 0,0}{80,8 - 0,0} = 0,191$$

#### Indice de diffusion de technologies récentes

$$= \frac{0,63 + 0,191}{2} = 0,411$$

### 3. Calcul de l'indice de diffusion de technologies anciennes

Les deux indicateurs utilisés pour exprimer la diffusion de technologies anciennes sont le nombre de téléphones (lignes d'abonnés ou portables) et la consommation d'électricité par habitant. Les indices correspondants sont calculés à l'aide du logarithme de la valeur, la valeur supérieure correspondant à la moyenne OCDE. Pour une analyse détaillée, voir annexe 2.1.

#### Indice de téléphonie

$$= \frac{\log(6,969) - \log(22)}{\log(901) - \log(1)} = 0,967$$

Concernant la consommation d'électricité, la valeur relative à la Nouvelle-Zélande est plafonnée à 6 969, car elle dépasse le maximum considéré.

#### Indice de consommation d'électricité

$$= \frac{\log(6,969) - \log(22)}{\log(6,969) - \log(22)} = 1 000$$

#### Indice de diffusion de technologies anciennes

$$= \frac{0,967 + 1000}{2} = 0,984$$

### 4. Calcul de l'indice des compétences humaines

L'indice des compétences humaines est calculé selon la formule générale, sur la base de la durée moyenne de la scolarité et du taux brut

## Annexe 3 : Méthodologie de calcul des différents indicateurs

d'inscription dans les filières scientifiques du supérieur :

**Indice de la durée moyenne de la scolarité**

$$\frac{11,7 - 0,8}{12,0 - 0,8} = 0,93$$

**Indice du taux brut d'inscription dans les filières scientifiques du supérieur**

$$\frac{13,1 - 0,1}{27,4 - 0,1} = 0,476$$

**Indice des compétences humaines**

$$\frac{0,973 + 0,476}{2} = 0,725$$

**5. Calcul de l'indicateur du développement technologique**

La moyenne arithmétique des quatre indices dimensionnels donne l'indicateur du développement technologique.

**IDT**

$$\frac{0,0776 + 0,411 + 0,984 + 0,725}{4} = 0,549$$



## I. Contexte général du développement humain au Burkina Faso

L'indicateur de développement humain (IDH) développé par le PNUD en 1990 permet de mesurer les capacités d'un pays à élargir ses choix individuels et collectifs sans compromettre ceux des générations à venir. C'est un processus qui part de l'homme en définissant ses capacités : capacité à vivre longtemps, à s'instruire et s'informer, à créer des richesses. Il pose concomitamment la problématique de l'utilisation desdites capacités pour satisfaire durablement des besoins de tous ordres. La mesure du développement humain est articulée autour de l'espérance de vie à la naissance, du niveau d'instruction et du revenu. Sur la base des données disponibles en 1999 dans le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2001, le Burkina Faso présente un IDH de 0.320 qui se décompose comme suit :

Espérance de vie à la naissance : 46.1 ans

Taux d'alphabétisation des adultes : 23%

Taux brut de scolarisation tous niveaux confondus : 23%

Revenu par tête (PPA) : 965 \$ US

L'IDH du pays est révélateur d'un très faible niveau de développement général. Il montre que le processus d'élargissement des choix individuels a besoin d'un soutien approfondi à travers l'amélioration des indicateurs sociaux (éducation, santé, eau et assainissement) et de la sphère productive.

La faiblesse du développement humain laisse aussi percevoir qu'une importante proportion de la population ne dispose pas des capacités requises pour impulser fortement la dynamique de développement. Ceci est confirmé par un indicateur de pauvreté humaine (IPH-1) de 58.06 % qui se décompose comme suit :

- Probabilité de décéder avant l'âge 40 ans (p<sup>1</sup>): 40.5%
- Taux d'analphabétisme des adultes (p<sub>2</sub>): 77.8 %
- Population privée d'accès à l'eau potable (p<sub>31</sub>) :58%
- Population privée d'accès aux services de santé (p<sub>32</sub>): 30%
- Insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans p<sub>33</sub> : 30%
- Manque de conditions de vie décentes p<sub>3</sub> = (p<sub>31</sub>+ p<sub>32</sub>+ p<sub>33</sub>)/3 = 39.3%

IPH-1 = [ (1/3) (p<sub>13</sub>+p<sub>23</sub>+p<sub>33</sub>) ] (1/3) = 58.06 %

Dans ce grave contexte de pauvreté humaine massive, la femme burkinabè est la plus marginalisée. En effet, le taux de scolarisation des filles est de 18 % et 86 % des femmes sont analphabètes. Le revenu réel de la femme PPA (766 dollars) est 1.5 fois inférieur à celui de l'homme. L'indicateur sexospécifique (ISDH) se situe donc à un niveau relativement faible de 0.306. Ceci montre que l'inégalité entre la femme et l'homme baisse la valeur de l'IDH de 14 points. Ne disposant pas des mêmes capacités de participation au processus de développement que l'homme, il va sans dire que la femme burkinabè accède très peu aux domaines clés de la prise des décisions économique et politique susceptibles de corriger les inégalités.

La faiblesse du développement humain est aggravée par des disparités entre le milieu urbain et rural et enfin, entre les provinces. Ces disparités devront être décelées afin d'initier des programmes d'investissement judicieux et équitables visant à les corriger. Les IDH des provinces sont dans ce sens un outil qui s'adresse aux autorités publiques, aux collectivités locales, aux organisations de la société civile, et aux bailleurs de fonds et qui est susceptible de guider les allocations de ressources. La mesure du niveau de développement humain des provinces du Burkina Faso se doit désormais d'incorporer les effets démographique de la pandémie du VIH-SIDA sur les populations.

En effet, la propagation fulgurante du VIH-SIDA au Burkina Faso érode les avancées obtenues par le pays dans les domaines de la santé de sa population, de l'éducation de ses enfants - qui sont depuis l'indépendance -les principales variables de développement ayant significativement évolué. Le pays subit un processus de " sous développement humain " dû à la maladie. Des études en cours s'attellent à cerner l'impact de la pandémie sur le bien être des burkinabès. Des statistiques bien que parcellaires et imparfaites existent et font de la lutte contre la pandémie une urgence nationale.

### VIH-SIDA et espérance de la vie à la naissance :

L'ONUSIDA estimait en 1997 à 370 000 les personnes vivant avec le VIH-SIDA dans notre pays, soit un ratio de prévalence moyen de 7.17%. Les tranches d'âge les plus touchées par la pandémie sont les adultes productifs de 15 à 49 ans (7,7%)et surtout les

<sup>1</sup> Bien entendu, au niveau du pays, le Rapport Mondial sur le Développement Humain a déjà incorporé l'impact de la maladie en ramenant l'espérance de vie à 46.1 ans,

jeunes filles de 13 à 24 ans dont les taux d'infection sont de l'ordre de 5 à 8 fois supérieures à ceux des garçons de la même tranche d'âge. La jeunesse de la population la plus touchée couplée au faible niveau d'instruction de la population rend difficile la sensibilisation sur les voies de transmission du VIH-SIDA. En effet, plus du tiers de la population féminine au fort taux de fécondité (6.8 enfants) déclare n'avoir jamais entendu parlé du SIDA. Pis encore, 47% des femmes et 22% des hommes déclarent n'avoir pas modifié leur comportement sexuel depuis qu'ils ont entendu parler du SIDA<sup>2</sup>.

La pandémie du VIH et du Sida se traduit par un accroissement des taux de mortalités et de ce fait modifie la table de mortalité dont l'espérance de vie est le résumé. Au Burkina Faso, les estimations font état d'une perte en espérance de vie de 10 à 11 ans par rapport à la tendance<sup>3</sup> qu'aurait enregistré le pays en l'absence de la maladie. Le pays enregistrerait une baisse de 3 années d'espérance de vie par rapport aux données de 1996.

### L'impact du VIH-SIDA sur le Produit intérieur Brut et le taux de scolarisation.

La propagation du VIH-SIDA a des impacts économiques importants. Touchant la tranche d'âge adulte, elle fait baisser la productivité du travail. La pandémie touche des professions entières, notamment la population instruite<sup>4</sup> : fonctionnaires, cadres, enseignants, personnel soignant. L'impact du VIH-SIDA sur le PIB du Burkina est estimé à près de 0.5% de perte de croissance par an sur la période 1995-1999. Ce taux pourrait atteindre 0.8 à 1% sur la période 2000-2001.

La force de travail, principal facteur de production du secteur agricole se détruit progressivement. Il s'opère une réduction des superficies cultivées et une moindre durabilité dans l'effort. Les revenus utilisés pour les soins des malades sont importants et ont surtout des usages alternatifs à fort potentiel de développement (coût d'opportunité). Les plus délicats à déceler et qui influencent l'IDH est l'incapacité de la famille à faire face aux dépenses d'éducation et à l'amélioration de la ration alimentaire familiale. Une déscolarisation progressive s'opère sur toute l'étendue du territoire.

La mesure du développement humain des 45 provinces du Burkina Faso incorpore les données existantes en rapport avec le VIH-SIDA.

Elle s'est plus appesantie, à diminuer de 3 ans le niveau de l'espérance de vie observé en 1996 et fait une simulation des niveaux de revenus provinciaux en absence de SIDA et sur la base d'une perte de 0.5% du taux de croissance du PIB.

### II. L'impact du VIH-SIDA sur les IDH des 45 provinces du Burkina Faso

La moyenne province observe un IDH de 0.311 soit un écart de 0.004 par rapport à l'année 1997. En moyenne, l'impact du VIH SIDA n'a pas été sur-compensé par des progrès notables dans les domaines de la production et de l'éducation. Le taux brut de scolarisation a à peine augmenté de 0.5 points de pourcentage et l'analphabétisme s'est réduit de 2 points. Le revenu par tête du Burkina Faso sur la base duquel ont été estimés les revenus provinciaux se chiffre à 965 dollars PPA et est le plus fort niveau de revenu atteint par le pays depuis 1975.

La dispersion des IDH provinciaux autour de la valeur moyenne est faible. Autrement dit, il n'y a pas de grands écarts de niveau de développement humain entre les provinces excep-

#### Caractéristiques statistiques des Indicateurs de Développement Humain

Statistiques	1997	1999
Moyenne	0.315	0.31 (Moyenne province Nahouri)
Médiane	0.297 (Leraba)	0.294 (Kossi)
Ecart type	0.066	0.063
Valeur maximale	0.524 (Kadiogo)	0.520 (Kadiogo)
Valeur minimale	0.200 (Kompienga)	0.208 (Kompienga)
Réduction du déficit	9,8% (par rapport à 1991)	-0,5% (par rapport à 1997)

tion faites des provinces du Kadiogo et du Houet avec respectivement 0.520 et 0.466.

La valeur minimale observée est portée depuis 1997 par la province de la Kompienga. Et pourtant, nonobstant l'impact négatif du VIH/SIDA sur l'espérance de vie à la naissance, la province augmente son niveau d'IDH de 8 points par rapport à 1997. C'est la province qui a le plus réduit son déficit (1%) en développement humain.

<sup>2</sup> INSD : Enquête démographique et de santé 1998-1999, Ministère de l'Economie et des Finances : Mai 2000

<sup>3</sup> World Bank. Confronting AIDS : Public priorities in a global epidemic, Washington :1997

<sup>4</sup> M Kankwenda, L.J. Grégoire et alii; PNUD. La lutte contre la pauvreté en Afrique Subsaharienne. Paris, Economica

Quatorze provinces (31%) ont un niveau de développement supérieur à la moyenne.

### III. Performance des provinces de 1997 à 1999

Pour mesurer les performances d'une province, il est utilisé la notion de réduction de déficit. C'est le pourcentage de diminution de la distance à parcourir pour atteindre l'objectif de développement.

De 1997 à 1999, la moyenne province, représentative de l'ensemble des provinces, a vu une diminution de 4 points de la valeur de son IDH. Ceci est imputable à l'impact négatif du SIDA sur l'espérance de vie à la naissance. Autrement dit, la distance à parcourir pour atteindre le niveau de développement maximal s'est allongée de 0.5%. Une perte en terme de capacité d'élargissement des choix individuels et collectifs s'est en moyenne opérée dans l'ensemble des provinces.

Exception faite du Bazéga, les dix provinces aux IDH faibles ont des taux de réduction positif, indiquant qu'ils ont pu sur-compensé la perte d'années d'espérance de vie par un accroissement des sous indicateurs d'alphabétisation, de scolarisation et de revenu (Tableau 4).

Les cinq meilleures performances sont réalisées par les nouvelles provinces, lesquelles consolident leurs assises en infrastructures sociales et sanitaires.

Quatorze provinces n'ont pas vu leur niveau de développement se dégrader. Le plus fort allongement de la distance à parcourir est observé au Nayala avec une augmentation de 4.6% de déficit.

La Gnagna et le Namentenga ont marqué le pas.

### IV. Impact économique du VIH-SIDA sur l'IDH des provinces

Il a été estimé que l'impact du SIDA au Burkina Faso sur le revenu est en moyenne de 0.5% pour la période 1995-1999. La prise en compte de cette donnée indique que le niveau de revenu per capita observé est celle résultant de la baisse de productivité. En l'absence d'influence du VIH et du SIDA, la productivité par travailleur devra être majorée par 0.5%. (Tableau 5)

La simulation ne donne pas de résultat significatif sur le niveau de l'indicateur de développement humain. La perte en capacité d'élargissement des choix individuels et collectifs que traduit l'IDH est en moyenne de l'ordre 0,092% dans l'ensemble des provinces.

#### Les cinq meilleures performances en réduction des déficits

Provinces	IDH 1999	SR (Réduction des déficits)
Kompienga	0,208	0,010
Yagha	0,260	0,009
Komandjari	0,244	0,008
Noumbiel	0,290	0,007
Koulpelogo	0,268	0,005

Province	IDH 1999	Simulation de revenu IDH 1999	Short reduction SR
Gnagna	0,245	0,24549	0,001131611
Komandjari	0,244	0,24450	0,001136197
Tapoa	0,244	0,24423	0,001137421
Namentenga	0,239	0,23900	0,001162369
Kompienga	0,208	0,20821	0,001334454

### Conclusion

Les statistiques disponibles sur l'impact du VIH-SIDA sont éloquentes. Elles font de la maladie une urgence nationale de développement. La maladie érode les avancées significatives obtenues par le pays au pris d'un endettement pesant sur les générations présentes et futures.

Un effort permanent de mobilisation de ressources tant financières qu'humaines doit être réalisé et ceci en parfait partenariat avec la communauté des bailleurs de fonds. Une forte sensibilisation avec et pour les populations s'impose afin d'introduire des changements de comportement socioculturel favorable à la lutte contre la pandémie.

## Annexe 4 : Indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso

Tableau 1 : Indicateurs de développement Humain des 45 provinces

Province	Revenu par tête	Taux brut de scolarisation	Taux d'alphabétisation	Espérance de vie à la naissance	IDH (PPA)1999
Kadiogo	1249	91,9	54,5	53,1	0,520
Houet	1540	63,8	38,97	53,1	0,466
Yatenga	1842	48,4	23,08	49	0,400
Comoé	1714	49,9	26,38	47	0,394
Boulkiémdé	1776	46,1	24,7	47	0,388
Passoré	1957	40,8	19,85	49	0,388
Poni	1991	31,1	17,8	51	0,385
Mouhoun	1700	40,4	25,97	47	0,382
Boulgou	1891	37,2	20,1	48	0,377
Sanmatenga	2002	30,0	28,9	44	0,370
Gourma	1582	29,7	18,2	49	0,360
Séno	1714	18,9	16,7	49	0,350
Nayala	409	52,5	24,5	51	0,336
Sourou	409	40,7	24,5	51	0,323
Nahouri	358	43,3	21,5	51	0,311
Tuy	311	34,0	38,97	47	0,310
Kouritenga	380	38,1	21,72	51	0,309
Zoudwéogo	386	37,2	18,84	51	0,303
Zandoma	372	38,2	23,08	49	0,300
KénéDougou	376	39,4	26,5	47	0,299
Loroum	372	36,5	23,08	49	0,298
Sanguié	367	45,8	22,19	47	0,295
Kossi	392	31,2	27,5	47	0,294
Banwa	392	30,2	27,5	47	0,293
Léraba	376	34,2	26,5	47	0,293
Les Balés	344	38,1	25,97	47	0,291
Noumbiel	402	25,7	17,8	51	0,290
Oubritenga	385	40,4	20,32	47	0,287
Kourwéogo	385	38,0	20,32	47	0,285
Bam	402	37,5	24,27	44	0,279
Ganzourgou	404	29,6	16,99	48	0,276
Bougouriba	386	39,7	21,05	44	0,272
Ioba	386	37,7	21,05	44	0,269
Sissili	360	36,1	23,21	44	0,269
Koupléogo	382	24,3	20,1	47	0,268
Bazéga	374	37,1	19,79	44	0,264
Yagha	346	18,0	16,7	49	0,260
Oudalan	294	22,8	18,33	49	0,259
Ziro	360	26,6	23,21	44	0,258
Soum	337	20,8	19,22	47	0,256
Gnagna	384	15,8	13,79	47	0,245
Komandjari	320	15,2	18,2	47	0,244
Tapoa	307	20,8	16,29	47	0,244
Namentenga	380	21,9	15,55	44	0,239
Kompienga	99	35,1	16,29	49	0,208
<b>Moyenne</b>	<b>731,02</b>	<b>35,7933</b>	<b>22,888</b>	<b>47,8</b>	<b>0,311</b>

## Annexe 4 : Indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso

Tableau 2 : Tendances de développement humain

	IDH 1991	IDH 1997	IDH 1999	SR 1997-1999 (Réduction des déficits)
Kadiogo	0,437	0,524	0,520	-0,009
Houet	0,298	0,474	0,466	-0,016
Yatenga	0,201	0,407	0,400	-0,011
Comoé	0,236	0,406	0,394	-0,020
Boulkiémdé	0,235	0,400	0,388	-0,019
Passoré	0,181	0,393	0,388	-0,008
Poni	0,186	0,393	0,385	-0,013
Mouhoun	0,174	0,392	0,382	-0,016
Boulgou	0,163	0,383	0,377	-0,009
Sanmatenga	0,142	0,372	0,370	-0,003
Gourma	0,199	0,365	0,360	-0,007
Séno	0,150	0,352	0,350	-0,004
Nayala	0,143	0,365	0,336	-0,046
Sourou	0,199	0,323	0,323	-0,001
Nahouri	0,214	0,315	0,311	-0,006
Tuy	0,194	0,316	0,310	-0,009
Kouritenga	0,201	0,311	0,309	-0,002
Zoudwéogo	0,186	0,306	0,303	-0,005
Zandoma	0,178	0,313	0,300	-0,019
KénéDougou	0,179	0,301	0,299	-0,004
Loroum	0,187	0,296	0,298	0,003
Sanguié	0,174	0,301	0,295	-0,009
Kossi	0,189	0,295	0,294	-0,001
Banwa	0,201	0,293	0,293	0,000
Léraba	0,151	0,297	0,293	-0,006
Les Balés	0,151	0,301	0,291	-0,014
Noumbiel	0,177	0,285	0,290	0,007
Oubritenga	0,177	0,290	0,287	-0,004
Kourwéogo	0,181	0,290	0,285	-0,008
Bam	0,170	0,278	0,279	0,001
Ganzourgou	0,168	0,275	0,276	0,001
Bougouriba	0,152	0,272	0,272	-0,001
Ioba	0,144	0,275	0,269	-0,008
Sissili	0,168	0,273	0,269	-0,006
Koulpélogo	0,155	0,265	0,268	0,005
Bazéga	0,139	0,270	0,264	-0,008
Yagha	0,142	0,253	0,260	0,009
Oudalan	0,144	0,258	0,259	0,002
Ziro	0,143	0,257	0,258	0,001
Soum	0,138	0,253	0,256	0,003
Gnagna	0,136	0,245	0,245	0,000
Komandjari	0,131	0,238	0,244	0,008
Tapoa	0,128	0,243	0,244	0,001
Namentenga	0,139	0,239	0,239	0,000
Kompienga	0,150	0,200	0,208	0,010
Moyenne	0,178	0,315	0,311	-0,005
Ecart type	0,051	0,066	0,063	0,010
Médiane	0,174	0,297	0,294	-0,004

## Annexe 4 : Indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso

Tableau 3 : Simulation impact du Sida sur l'espérance de vie

	IDH99	IDH99(-4)	IDH99(-5)	IDH(-6)
Kadiogo	0,520	0,514	0,509	0,503
Houet	0,466	0,460	0,455	0,449
Yatenga	0,400	0,395	0,389	0,384
Comoé	0,394	0,389	0,383	0,378
Boulkiémdé	0,388	0,383	0,377	0,372
Passoré	0,388	0,383	0,377	0,372
Poni	0,385	0,379	0,374	0,368
Mouhoun	0,382	0,377	0,371	0,366
Boulgou	0,377	0,372	0,366	0,361
Sanmatenga	0,370	0,364	0,359	0,353
Gourma	0,360	0,355	0,349	0,344
Séno	0,350	0,344	0,338	0,333
Nayala	0,336	0,330	0,325	0,319
Sourou	0,323	0,317	0,311	0,306
Nahouri	0,311	0,306	0,300	0,295
Tuy	0,310	0,304	0,299	0,293
Kouritenga	0,309	0,304	0,298	0,293
Zoudwéogo	0,303	0,297	0,292	0,286
Zandoma	0,300	0,295	0,289	0,284
KénéDougou	0,299	0,293	0,287	0,282
Loroum	0,298	0,293	0,287	0,282
Sanguié	0,295	0,289	0,284	0,278
Kossi	0,294	0,288	0,283	0,277
Banwa	0,293	0,287	0,282	0,276
Léraba	0,293	0,287	0,282	0,276
Les Balés	0,291	0,285	0,280	0,274
Noumbiel	0,290	0,284	0,279	0,273
Oubritenga	0,287	0,282	0,276	0,271
Kourwéogo	0,285	0,279	0,273	0,268
Bam	0,279	0,273	0,267	0,262
Ganzourgou	0,276	0,271	0,265	0,259
Bougouriba	0,272	0,266	0,261	0,255
Ioba	0,269	0,264	0,258	0,253
Sissili	0,269	0,263	0,257	0,252
Koupléogo	0,268	0,263	0,257	0,252
Bazéga	0,264	0,259	0,253	0,247
Yagha	0,260	0,254	0,248	0,243
Oudalan	0,259	0,254	0,248	0,243
Ziro	0,258	0,252	0,247	0,241
Soum	0,256	0,250	0,244	0,239
Gnagna	0,245	0,240	0,234	0,229
Komandjari	0,244	0,239	0,233	0,228
Tapoa	0,244	0,238	0,233	0,227
Namentenga	0,239	0,233	0,228	0,222
Kompienga	0,208	0,202	0,197	0,191
Moyenne	0,311	0,322	0,317	0,311

## Annexe 4 : Indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso

Tableau 4 : Performance des provinces

	IDH99	SR
Kompienga	0,208	0,010
Yagha	0,260	0,009
Komandjari	0,244	0,008
Noumbiel	0,290	0,007
Koulpélogo	0,268	0,005
Soum	0,256	0,003
Loroum	0,298	0,003
Oudalan	0,259	0,002
Ganzourgou	0,276	0,001
Ziro	0,258	0,001
Tapoa	0,244	0,001
Bam	0,279	0,001
Gnagna	0,2452	0,000
Namentenga	0,239	0,000
Bougouriba	0,272	-0,001
Sourou	0,323	-0,001
Kossi	0,294	-0,001
Kouritenga	0,309	-0,002
Sanmatenga	0,370	-0,003
Kéné Dougou	0,299	-0,004
Séno	0,350	-0,004
Ouhritenga	0,287	-0,004
Zoudwéogo	0,303	-0,005
Nahouri	0,311	-0,005
Léraba	0,293	-0,006
Sissili	0,269	-0,006
Banwa	0,288	-0,006
Gourma	0,360	-0,007
Kourwéogo	0,285	-0,008
Ioba	0,269	-0,008
Passoré	0,388	-0,008
Bazéga	0,264	-0,008
Kadiogo	0,520	-0,009
Sanguié	0,295	-0,009
Tuy	0,310	-0,009
Boulgou	0,377	-0,009
Yatenga	0,400	-0,011
Poni	0,385	-0,013
Les Balés	0,291	-0,014
Houet	0,466	-0,016
Mouhoun	0,382	-0,016
Zandoma	0,300	-0,019
Boulkiémdé	0,388	-0,019
Comoé	0,394	-0,020
Nayala	0,336	-0,046
Moyenne	0,311	-0,005

## Annexe 4 : Indicateur de développement humain et le VIH-SIDA au Burkina Faso

Tableau 5 : Simulation impact du Sida sur le Revenu

	IDH 1999	IDH Pour une baisse 0,5% de productivité	Perte
Kadiogo	0,520	0,52008	0,000533816
Houet	0,466	0,46602	0,000595784
Yatenga	0,400	0,40077	0,000692844
Comoé	0,394	0,39464	0,000703612
Boulkiémde	0,388	0,38868	0,000714417
Passoré	0,388	0,38850	0,000714737
Poni	0,385	0,38526	0,000720761
Mouhoun	0,382	0,38272	0,00072554
Boulgou	0,377	0,37760	0,000735397
Sanmatenga	0,370	0,37011	0,000750295
Gourma	0,360	0,36068	0,000769921
Séno	0,350	0,34980	0,000793887
Nayala	0,336	0,33593	0,000826696
Sourou	0,323	0,32282	0,000860301
Nahouri	0,311	0,31150	0,000891581
Tuy	0,310	0,31006	0,000895736
Kouritenga	0,309	0,30960	0,000897067
Zoudwéogo	0,303	0,30301	0,000916579
Zandoma	0,300	0,30048	0,000924315
KénéDougou	0,299	0,29882	0,000929443
Loroum	0,298	0,29859	0,000930168
Sanguié	0,295	0,29499	0,00094153
Kossi	0,294	0,29427	0,000943832
Banwa	0,293	0,29316	0,0009
Léraba	0,293	0,29304	0,000947786
Les Balés	0,291	0,29121	0,000953768
Noumbiel	0,290	0,29030	0,000956756
Oubritenga	0,287	0,28753	0,00096597
Kourwéogo	0,285	0,28487	0,000975021
Bam	0,279	0,27880	0,000996249
Ganzourgou	0,276	0,27636	0,001005064
Bougouriba	0,272	0,27191	0,001021516
Ioba	0,269	0,26969	0,001029942
Sissili	0,269	0,26885	0,001033182
Koulpélogo	0,268	0,26875	0,001033557
Bazéga	0,264	0,26438	0,001050667
Yagha	0,260	0,25984	0,001069039
Oudalan	0,259	0,25977	0,001069339
Ziro	0,258	0,25829	0,001075451
Soum	0,256	0,25584	0,001085769
Gnagna	0,245	0,24549	0,001131611
Komandjari	0,244	0,24450	0,001136197
Tapoa	0,244	0,24423	0,001137421
Namentenga	0,239	0,23900	0,001162369
Kompienga	0,208	0,20821	0,001334454
<b>Moyenne</b>	<b>0,311254</b>	<b>0,3115318</b>	<b>0,000922818</b>





## Annexe 5: Les Indicateurs de Pauvreté Humaine provincialisés

### I. La mesure de l'indicateur de la pauvreté humaine au Burkina Faso :

L'indicateur de la pauvreté humaine (IPH-1) pour les pays non industrialisés défini dans le rapport mondial sur le développement humain 1998 mesure les pénuries dans trois domaines de la vie humaine :

1. la capacité de vivre longtemps qui est mesurée par le pourcentage de la population susceptible de mourir avant l'âge de 40 ans (p1). C'est un déficit en terme de durée de vie. Il est caractéristique des pays en développement qui connaissent des taux de mortalités et de morbidité relativement élevés malgré les progrès sanitaires réalisés depuis des décennies Ce déficit est aggravée par la pandémie du SIDA.

2. le savoir qui se traduit par le pourcentage de la population incapable de lire et comprendre un texte simple se rapportant à la vie quotidienne (P2) C'est un déficit en terme d'ouverture d'esprit, de facilité d'acquisition des connaissances et d'exacerbation des conditions de vie précaire des ménages.

3. les insuffisances en moyens économiques (p3) qui ne permettent pas à la population de se nourrir convenablement., de s'approvisionner en eau potable et d'accéder aux services de santé. C'est un déficit en terme d'accessibilité au bien de consommation alimentaire et de soins de santé.

L'indicateur de la pauvreté humaine (IPH-1) est une moyenne des trois types de pénuries ci-dessus répertoriées. Il est le pourcentage de la population souffrant des différentes carences considérées et

qui les empêchent de participer à l'impulsion de la dynamique d'élargissement des choix individuels et collectifs.

Le rapport mondial sur le développement humain de 1999 laisse percevoir que 58.05 % des burkinabè souffre des différentes carences de l'aune de la pauvreté humaine. La valeur de l'IPH-1 du Burkina Faso se décompose comme suit :

- Probabilité de décédé avant 40 ans (p1): 40.5%
- Taux d'analphabétisme des adultes (p2) : 77.8 %
- Population privée d'accès à l'eau potable (p31) :58%
- Population privée d'accès aux services de santé (p32): 30%
- Insuffisance pondérale des moins de cinq ans p33 : 30%
- Manque de condition de vie décente p3 =  $(p31 + p32 + p33)/3 = 39.3\%$

$$IPH-1 = [ (1/3) (p1^3 + p2^3 + p3^3) ]^{(1/3)} = 58.06 \%$$

Le niveau élevé de l'IPH global cache des disparités entre les provinces.

### II. Les Indicateurs de la pauvreté humaine provincialisés :

La province du Kadiogo a le niveau de pauvreté le plus bas du Burkina Faso. Son IPH-1 montre que 32.7% de sa population souffre des trois types de pénuries en terme de vie précoce, d'analphabétisme et d'insuffisance de moyens économiques pour satisfaire des besoins élé-

#### Les cinq provinces à l'IPH faible

	IDH97	p1	p2	p31	p32	p33	p3	IPH-1.98
<b>Kadiogo</b>	0,448	5	46,77	13,7	46	9,9	23,2	32,7
<b>Houet</b>	0,398	7	62,74	19	49,8	9,9	26,2	43,9
<b>Tuy</b>	0,239	7	62,74	19	49,8	20	29,5	43,9
<b>Sanmatenga</b>	0,296	12	73,08	23,9	86,6	9,9	40,1	51,3
<b>Banwa</b>	0,217	7	74,51	28,9	60,1	20	36,3	52,7

## Annexe 5: Les Indicateurs de Pauvreté Humaine provincialisés

### Les cinq provinces à l'IPH extrêmement élevé

	IDH97	p1	p2	p31	p32	p33	p3	IPH-1.98
<b>Seno</b>	0,276	12	85,48	24,7	76	20	40,2	59,8
<b>Namentenga</b>	0,163	12	86,63	23,9	86,6	20	43,4	60,5
<b>Noumbiel</b>	0,209	6	84,38	44,7	83,5	20	49,3	61,28
<b>Poni</b>	0,317	6	84,38	44,7	83,5	20	49,3	61,28
<b>Gnagna</b>	0,169	9	88,37	5,7	60,5	20	28,7	61,30

mentaires. Le plus fort indicateur de pauvreté humaine (61.3 %) est porté par la province de la Gnagna.

L'Oubritenga a l'indicateur de pauvreté médian des provinces (56,9%). Autrement dit, la moitié des provinces du Burkina Faso a un IPH-1 de plus de 56.9%. La moyenne province a un niveau de pauvreté de 55.7%.

Dans le rapport national sur le développement humain 1998 et sur la base des données de 1991, la moyenne province avait un IPH-1 de 61.7%. Lorsque sont considérées les données de 1998, le niveau de l'IPH-1 passe à 55.7%. Ce qui représente un taux de réduction moyen de la pauvreté humaine de 10%. Le plus fort taux de réduction (19 %) est rencontré dans les provinces du Sanementenga et de la Kossi. Les plus faibles performances sont réalisées par les provinces du Kadiogo (0.3 %) du Sanguié (0.4%) du Poni (0.5%) et du Ioba qui a accru son IPH -1 de 0.10%.

#### Pauvreté humaine et pauvreté monétaire :

La pauvreté humaine est une absence de capacités humaines de base définies en terme de longévité réduite, d'analphabétisme et d'absence de moyens économiques ne permettant pas d'accéder à de l'eau potable, à une meilleure nutrition de l'enfant et aux services de santé. La pénurie de capacité que jauge l'indicateur de pauvreté humaine (IPH-1) donne

une mesure indirecte du potentiel de création de richesse de la population et notamment en terme de revenu/dépense lequel est le fondement du calcul des seuils de pauvreté monétaire. Les seuils de pauvreté monétaire (pauvreté absolue ou relative) sont estimés sur la base des dépenses per capita et ou des besoins caloriques alimentaires minima.<sup>1</sup> L'exercice consiste à comparaison la carte de pauvreté humaine de l'Enquête Prioritaire II (INSD 1999) à celle de la pauvreté humaine. Deux enseignements sont à tirer.

1) Il s'observe que les régions du Nord et du Centre nord ont une incidence <sup>2</sup> de pauvreté monétaire de 60.9% et 58.1% respectivement. Et lorsque la pauvreté humaine est considérée, les provinces aux IPH extrêmement <sup>3</sup> élevés sont situées dans les régions de l'Est (provinces de la Gnagna, de la Tapoa, du Kompienga ) du Sud-Ouest (provinces du Poni, du Noumbiel, du Ioba et de la Bougouriba). Il va sans dire que les régions aux incidences de pauvreté monétaires fortes n'abritent pas les provinces aux indicateurs de pauvretés humaines extrêmement forts.

Les regions de l'Ouest et du Nord-Ouest abritent les provinces aux indicateurs de pauvreté humaine faibles ( Houet, Tuy,) et moyennement faibles (Leraba, Kéné Dougou , comoé ). Ce sont aussi des régions où l'incidence de la pauvreté monétaire est relativement faible (33.5% ).

<sup>1</sup> Voir PNUD : Rapport sur le développement humain durable, Burkina Faso 1998

<sup>2</sup> Analyse de la pauvreté au Burkina Faso, INSD, 1999

<sup>3</sup> Voir la catégorisation des IPH dans la carte de pauvreté

## Annexe 5 : Les Indicateurs de Pauvreté Humaine provincialisés

Dans le centre nord où l'incidence de la pauvreté monétaire est forte (58.1 Les provinces du Sanmatenga et du Bam présentent des IPH moyennement faibles et seule la province du Namentenga possède des déficits levés en capacité de l'aune de l'IPH. Dans cette région, seul le Namentenga a un IPH extrêmement élevé.

2) Les provinces qui abritent les grands centres urbains et les villes moyennes ont une incidence de la pauvreté monétaire faible (24.7%). Par contre, à l'aune de l'IPH, le Poni possède un indicateur de pauvreté humaine extrêmement fort tandis que le Seno, le Boulgou et le Gourma des IPH présentent des IPH forts. Les six autres provinces urbaines ont des indicateurs de pauvreté humaine moyens et faibles.

### Note méthodologique et sources des données :

- La méthodologie de calcul des indicateurs de pauvreté humaine est celle du rapport mondial sur le développement humain 1997 et confirmée par ceux de 1998 et 1999 . Compte tenu de l'indisponibilité de certaines données, certains proxis ont été utilisés. Les sous indicateurs de pauvreté qui ont servi au calcul sont les suivants :

**P1** : est le pourcentage de la population susceptible de mourir avant 45 ans. Les données de 1998 ne permettent pas de calculer cet indicateur sur la base de la tranche d'âge de 0 à 40 ans préconisé dans les rapports mondiaux. Ce fait a conduit malheureusement à utiliser l'indicateur base 1991 calculer pour les IPH-1 du rapport national 1998

### Exemple de catégorisation des IPH

IPH faible	IPH moyen	IPH fort	IPH extrêmement fort
Kadiogo	Houet Tuy Sanementenga Banwa Kossi Leraba	Kourweogo Oubritenga Kouritenga Boulgou Seno	Namentenga Noumbiel Poni Gnagna

**P2** est le taux d'analphabétisme.

**P31** est le pourcentage des ménages qui ne disposent pas d'eau potable à la maison ou qui font plus d'une demi-heure de marche pour se procurer de l'eau potable.

**P32** est le pourcentage des ménages qui font plus d'une demi-heure de marche à pied pour se rendre au centre de santé le plus proche

**P33** est le taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence (urbain /rural). Il est affecté aux dix provinces logeant les villes moyennes au Kadiogo et au Houet le taux moyen du milieu urbain. Le taux du milieu rural est attribué aux autres provinces.

- Les données utilisées sont tirées de l'enquête sur les conditions de vie des ménages 1998 réalisées par l'INSD. Des regroupements ont été faits et ne correspondent pas exactement aux nomenclatures établies par l'institut.

## Annexe 5: Les Indicateurs de Pauvreté Humaine provincialisés

### Annexe 5a

	p1	p2	p31	p32	p33	p3	IPH-1.98	IPH-1. 91	Classement		
									1991	1998	Ecart
Kadiogo	5	46,77	13,7	46	9,9	23,2	32,7	33,6	1	1	0
Houet	7	62,74	19	49,8	9,9	26,2	43,9	50,1	2	2	0
Tuy	7	62,74	19	49,8	20	29,5	43,9	50,6	3	3	0
Sanmatenga	12	73,08	23,9	86,6	9,9	40,1	51,3	63,3	24	4	20
Banwa	7	74,51	28,9	60,1	20	36,3	52,7	64,5	28	5	23
Kossi	7	74,51	28,9	60,1	20	36,3	52,7	64,8	30	6	24
Leraba	7	75,54	19	49,8	20	29,5	52,7	57,9	5	7	-2
KénéDougou	8	75,54	19	49,8	20	29,5	52,7	62,2	18	8	10
Comoe	7	75,66	19	49,8	9,9	26,2	52,7	58,3	6	9	-3
Les Bales	8	76,08	28,9	60,1	20	36,3	53,7	59	12	10	2
Mouhoun	8	76,08	28,9	60,1	9,9	33	53,7	59,2	13	11	2
Boulkiémdé	10	77,38	25,6	73	9,9	36,2	54,3	57,2	4	12	-8
Bam	8	77,82	23,9	86,6	20	43,4	54,5	59,3	14	13	1
Nayala	7	77,58	28,9	60,1	20	36,3	54,7	65,1	35	14	21
Sourou	7	77,58	28,9	60,1	20	36,3	54,7	64,9	33	15	18
Loroum	11	79,03	12,3	52,7	20	28,3	54,9	58,9	11	16	-5
Yatenga	11	79,03	12,3	52,7	9,9	25	54,9	58,4	8	17	-9
Zandoma	11	79,03	12,3	52,7	20	28,3	54,9	58,5	9	18	-9
Sissili	6	78,9	25,6	73	20	39,5	55,3	63	23	19	4
Ziro	6	78,9	25,6	73	20	39,5	55,3	62,6	22	20	2
Nahouri	4	80,63	13,7	46	20	26,5	56,0	62,3	19	21	-2
Sanguié	8	79,94	25,6	73	20	39,5	56,0	58,4	7	22	-15
Kourweogo	10	81,83	13,7	46	20	26,5	56,9	62,6	21	23	-2
Oubritenga	10	81,83	13,7	46	20	26,5	56,9	62,4	20	24	-4
Passoré	9	82,31	12,3	52,7	20	28,3	57,16	61,9	17	25	-8
Bazéga	9	82,37	13,7	46	20	26,5	57,22	61	16	26	-10
Zoudweogo	9	83,33	13,7	46	20	26,5	57,9	66,6	38	45	-7
Soum	13	82,95	24,7	76	20	40,2	58,09	66,2	41	27	14
Kouritenga	9	80,41	40,9	72	20	44,2	58,12	64,9	34	28	6
Gourma	9	83,98	5,7	60,5	9,9	25,4	58,26	64,9	31	29	2
Komandjari	11	83,98	5,7	60,5	20	28,7	58,28	65,1	36	30	6
Oudalan	12	83,4	24,7	76	20	40,2	58,4	66	40	31	9
Ganzourgou	9	85,19	13,7	46	20	26,5	59,17	66,8	41	32	9
Boulgou	10	82,06	40,9	72	9,9	40,9	59,19	66	39	33	6
Koulpelogo	11	82,06	40,9	72	20	44,2	59,20	64,5	27	34	-7
Bougouriba	2	81,09	44,7	83,5	20	49,3	59,20	59,9	15	35	-20
Ioba	7	81,09	44,7	83,5	20	49,3	59,21	58,7	10	36	-26
Tapoa	9	85,89	5,7	60,5	20	28,7	59,58	64,2	25	37	-12
Kompienga	11	85,89	5,7	60,5	20	28,7	59,60	64,3	26	38	-12
Yagha	9	85,48	24,7	76	20	40,2	59,76	67,5	44	39	5
Seno	12	85,48	24,7	76	20	40,2	59,80	67,2	43	40	3
Namentenga	12	86,63	23,9	86,6	20	43,4	60,5	64,9	32	41	-9
Noumbiel	6	84,38	44,7	83,5	20	49,3	61,28	65,4	37	42	-5
Poni	6	84,38	44,7	83,5	20	49,3	61,28	64,8	29	43	-14
Gnagna	9	88,37	5,7	60,5	20	28,7	61,30	67,6	45	44	1
<b>moyenne</b>	<b>8,6</b>	<b>79,2</b>	<b>22,6</b>	<b>63,3</b>	<b>17,8</b>	<b>34,59</b>	<b>55,7</b>	<b>61,7</b>			

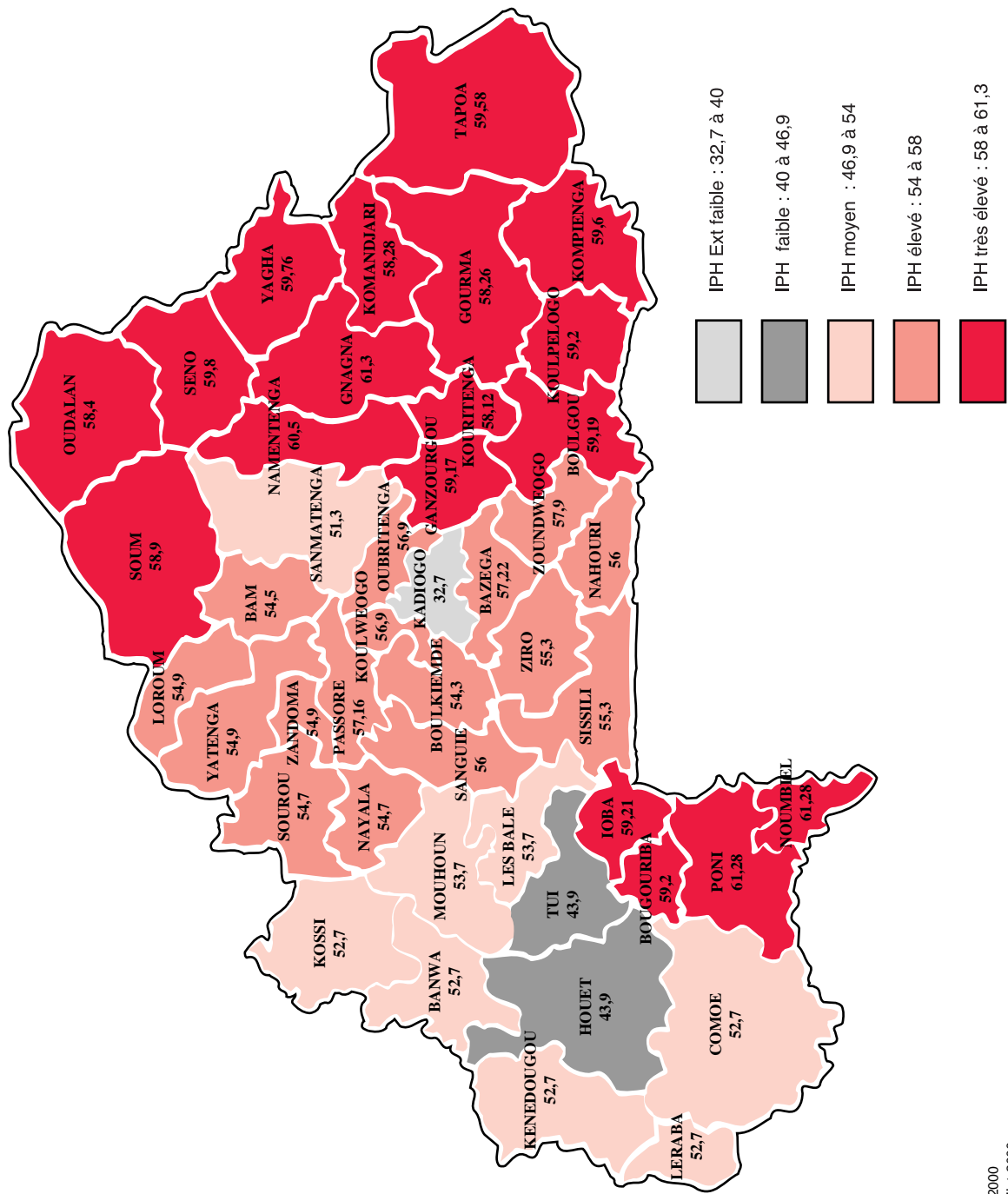
## Annexe 5: Les Indicateurs de Pauvreté Humaine provincialisés

### Annexe 5b

	IPH-1. Base 1998	IPH-1. Base 1991	Taux de réduction du déficit (SR)
Kadiogo	32,7	33,6	0,03
Houet	43,9	50,1	0,12
Tuy	43,9	50,6	0,13
Sanmatenga	51,3	63,3	0,19
Banwa	52,7	64,5	0,18
Kossi	52,7	64,8	0,19
Leraba	52,7	57,9	0,09
Kéné Dougou	52,7	62,2	0,15
Comoe	52,7	58,3	0,1
Les Bales	53,7	59	0,09
Mouhoun	53,7	59,2	0,09
Boulikémdé	54,3	57,2	0,05
Bam	54,5	59,3	0,08
Nayala	54,7	65,1	0,16
Sourou	54,7	64,9	0,16
Loroum	54,9	58,9	0,07
Yatenga	54,9	58,4	0,06
Zandoma	54,9	58,5	0,06
Sissili	55,3	63	0,12
Ziro	55,3	62,6	0,12
Nahouri	56,0	62,3	0,1
Sanguié	56,0	58,4	0,04
Kourweogo	56,9	62,6	0,09
Oubritenga	56,9	62,4	0,09
Passoré	57,16	61,9	0,08
Bazéga	57,22	61	0,06
Zoudweogo	57,9	66,6	0,13
Soum	58,09	66,2	0,12
Kouritenga	58,12	64,9	0,1
Gourma	58,26	64,9	0,1
Komandjari	58,28	65,1	0,1
Oudalan	58,4	66	0,12
Ganzourgou	59,17	66,8	0,11
Boulgou	59,19	66	0,1
Koulpelogo	59,20	64,5	0,08
Bougouriba	59,20	59,9	0,01
Ioba	59,21	58,7	-0,01
Tapoa	59,58	64,2	0,07
Kompienga	59,60	64,3	0,07
Yagha	59,76	67,5	0,11
Seno	59,80	67,2	0,11
Namentenga	60,5	64,9	0,07
Noumbiel	61,28	65,4	0,06
Poni	61,28	64,8	0,05
Gnagna	61,30	67,6	0,09
<b>moyenne</b>	<b>55,7</b>	<b>61,7</b>	<b>0,1</b>

SR : taux de réduction de la pauvreté humaine de 1991 à 1998

**BURKINA FASO**  
Indicateur de Pauvreté Humaine (IPH) provincialisé



Source : PNUD/Juillet 2000  
Cartographie : UNICEF/Juillet 2000

# Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 1 : Indicateurs généraux de développement humain**

	Pays de l' UEMOA							Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)	
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal			Togo
Espérance de vie à la naissance (année) 1999 (%)	46	53,6	47,8	44,5	50,2	44,5	52,9	51,6	48,8	51,7
Taux d'alphabétisation des adultes 1999 (%)	23,0	39	45,7	37,6	39,8	15,3	36,4	56,3	59,6	51,6
Taux brut de scolarisation 1999 (%)	20	45	38	37	28	16	36	62	42,0	38
PIB réel par habitant (\$) 1999	965	933	1650	678	758	753	1419	1410	1534	992
IDH 1999	0,320	0,420	0,426	0,339	0,378	0,274	0,423	0,489	0,467	0,442
Différence de classement entre PIB/hab et IDH, 1999	-17	-4	-20	0	0	-7	-13	+5	-	-

NB : Données officielles les plus récentes, années 1997

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999, 2000 et 2001  
 - Enquête démographique, INSD, 1991 et 1997  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - Statistiques scolaires, DEP/MEBA et DEP/MESSRS, 1998  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1999

**Tableau 2 : Développement humain et besoins essentiels**

	Pays de l' UEMOA							Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)	
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal			Togo
Population ayant accès aux services de santé (%) 1990/1998	90	18	30	40	40	99	80	61	52	51
Population ayant accès à l'eau potable (%) 1990/1997	58	58	58	57	34	52	37	45	50	41
Apport journalier de calories (en % des besoins)										
1970	1762	1964	2428	1989	2095	1992	2546	2261	2225	2090
1996	2248	2386	2494	2423	2137	2135	2365	1736	2237	2103

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999, 2000 et 2001  
 - Enquête démographique, INSD, 1991 et 1997  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - FAO : Bilan alimentaire, Rapports 1998 et 1999



## Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 3 : Evolution du développement humain**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Espérance de vie à la naissance										
1960	36,2	35,0	39,2	34,0	34,8	35,3	37,3	39,3	40,1	38,8
1999	46	53,6	47,8	44,5	50,2	44,5	52,9	51,5	49,8	51,7
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)										
1960	205	185	166	201	210	192	172	182	167	173
1999	150	140	150	223	220	320	127	125	169	171
Apport journalier de calories par habitant										
1999	2245	2386	2494	2423	2137	2135	2365	1736	2237	2103
Tx d'alphabétisation des adultes %										
1970	8	16	18	30	8	4	12	17	27	28
1999	23	39	45,7	37,6	39,8	15,3	36,4	56,3	59,6	51,6
PIB réel par habitant (\$ ajusté)										
1960	290	1075	1021	ND -	541	604	1136	411	990	561
1998	785	1800	1731	ND -	565	765	1815	1167	1407	1008

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1998, 1999, 2000 et 2001  
 - Enquête démographique, INSD, 1991 et 1997  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - UNICEF, la situation des enfants dans le monde 2000, New York 2000

**Tableau 4 : Ecarts entre les femmes et les hommes (Chiffre pour les femmes en % du chiffre pour les hommes)**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Espérance de vie 1996 (Données du RMDHD 1999)	46,2	54,4	54,2	43,4	47	47,5	50,3	50,5	50,3	52,3
Population 1998 (Millions d'habitants)	10,9	5,7	14,9	1,2	10,9	9,8	9,5	4,6	545,6	558,5
Alphabétisation (% des adultes)										
1970	11,2	10	16	30	7	6	15	23	31	30
1997	-	37	40	55	31	14	33	52	49,6	38,1
Enseignement obligatoire Nbre d'années d'étude 1999	6	6	6	6	9	8	6	6	ND	ND
Scolarisation primaire % 1999	38	72	62	64	32	29	65	118	54	70
Scolarisation au niveau secondaire % 1999	8	16	23	ND	9	7	16	69	ND	17
Scolarisation au niveau supérieur (pour 100 000 habts) 1999	16	59	56	ND	19	18	119	60	222	559

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1997, 1998, 1999 et 2000  
 - Statistiques scolaires, DEP/MEBA et DEP/MESSRS, 1997 et 1998  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1999  
 - UNESCO, Annuaire statistique de l'UNESCO, 1999  
 - UNESCO, Rapport mondial sur l'éducation, 2000

# Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

## Tableau 5 : Ecart entre les zones rurales et les zones urbaines

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Population rurale en % de la population totale 1999	82	63	53	76	74	82	56	69	68	77
Population rurale ayant accès aux services (%)	89	ND	11	ND	ND	30	ND	60	50	ND
1985/98 : santé	ND	53	81	57	38	55	28	58	35	48
1990/98 : eau										
Population urbaine ayant accès aux services (%)	100	ND	61	ND	ND	90	ND	90	50	ND
1985/98 : santé	ND	41	59	38	36	46	85	74	81	ND
1990/98 : eau										
Disparités zones rurales/urbaines (100=égalité rurale/urbaine)(*)	88	ND	18	ND	ND	30	ND	67	63	ND
1985/98 : santé	ND	129	137	150	106	120	33	78	56	74
1990/98 : eau	26	11	86	53	36	6	48	18	55	38
1990/98 : sanitaire										

NB : (\*) Les chiffres de cette rubrique sont exprimés en fonction de la moyenne urbaine (base 100). Plus le chiffre est faible, plus l'écart est grand. Plus le chiffre est proche de 100, plus l'écart est faible. Un chiffre supérieur à 100 indique que la moyenne rurale est supérieure à la moyenne urbaine.

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1997, 1998, 1999, 2000

- Enquête démographique, INSD, 1994-1995 et 1998-1999

- Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994-1995 et 1996

- Statistiques scolaires, DEP/MEBA et DEP/MESSRS, 1997 et 1999

## Tableau 6 : Suivi et développement de l'enfant

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Naissances suivies par du personnel soignant (%) 1990-1997	43,5	46	47	27	24	15	46	54	39	29
Insuffisances pondérales à la naissance (%) 1990/94	21	ND	12	20	17	15	11	20	16	23
Tx de mortalité infantile (‰) 1997	110	84	90	130	134	191	72	78	104	110
Enfants d'1 an vaccinés (%) 1995 -1997	46	89	68	72	70	63	80	63	70	80
- Tuberculose	33	82	65	53	35	59	60	39	56	60
- Rougeole										
Tx d'allaitement au sein à 3 mois 1992-1997	14	-	56	-	42	-	96	67	34	47
Insuffisances pondérales des enfants de moins de 5 ans (%) 1975	34	ND	18	ND	36	50	19	25	31	ND
1990-97	21	-	24	23	27	36	22	19	30	39

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000

- Enquête démographique, INSD, 1991 et 1998

- Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994-1995

- UNICEF, la situation de l'enfant, 2000

## Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 7 : Santé et VIH-SIDA**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Population ayant accès aux services des santé (%) 1990-1997	70	88	83	40	40	39	80	61	52	51
Population ayant accès à l'eau potable (%) 1990-1996	42	56	82	60	66	48	53	64	52	57
Tx de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) 1997	830	860	810	910	1100	1180	1096	640	979	1041
Population par médecin 1996-1998	28572	14286	11111	ND	20000	50000	16667	10716	18488	18496
Population par infirmier 1996-1998	13879	3226	3226	ND	5882	3846	12500	3030	6504	13790
Taux de prévalence du VIH-SIDA adulte de 15-49 ans (%) 1999	7,17	2,45	10,8	2,5	2,1	1,4	1,77	5,98	8,7	4,3
Nombre de femmes infectées par le VIH-SIDA 15-49 ans 1999	180000	37000	400000	7300	53000	34000	40000	66000	12,9	6,4
Source :										
Nombre d'enfants infectés par le VIH-SIDA 0 à 4 ans 1999	20000	3000	32000	560	5000	3300	3300	6300	1,08	0,6

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1998, 1999, 2000 et 2001  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - Statistiques scolaires, DEP/MEBA et DEP/MESSRS, 1997  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1999

**Tableau 8 : Sécurité alimentaire**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Indice de production alimentaire par habt (1979-81=100) 1998	132	131	105	118	90	70	112	108	99	94
Production agricole en % du PIB 1997 - 1999	34,5	32	28	46	49	38	19	38	20	33
Apport journalier de calories par habitant 1996	2137	2386	2424	2381	2027	2116	2394	2155	2237	2103
Importation alimentaire en % des importations de marchandises 1996-1997	3,5	-	17	-	-	-	29	23	-	-
Aide alimentaire céréalière (milliers de tonnes) 1994-1995	19	15	56	2	17	32	16	8	2324	290

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1997 et 1998  
 - Rapport annuel de la FAO, 1998  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1996

# Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

## Tableau 9 : Education

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Tx de scolarisation primaire 1999 (%)										
Total	40,3	69	65	52,3	35,4	31,0	63	58	56,2	60,4
Filles	30,4	56	54	ND	29	27	57,5	53	ND	ND
Redoublants primaire en % des inscrits 1996-1997	16,5	11	13	ND	15	17,8	11,5	ND	ND	ND
Taux d'efficacité global (%) 1996-1997	46,5	ND	77	ND	45	39	75	72	ND	ND
Elèves passant au niveau secondaire (%) 1996-1997	28,9	29,9	33	28	26,5	23	33,5	31	41	36
Tx de scolarisation dans l'enseignement secondaire 1997 (%)										
Total	10,67	27	28,5	24,1	10	6,5	23	22	24	31
Filles	6,9	13,3	19	7,5	6,5	3	10,8	11	ND	ND
Redoublants secondaire en % des inscrits 1996-1997	23,2	17	18	ND	21	ND	19,5	1	ND	ND

Source : - Annuaire statistique de la DEP/MEBA, 1998-1999  
 - Programme conjoint des Nations Unies d'Appui à l'éducation de base au Burkina Faso, 1998  
 - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999, 2001  
 - Rapport Mondial de l'UNICEF, 1999, 2000

## Tableau 10 : Problèmes de l'enseignement

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Nombre d'élèves par maître dans le primaire 1998	62	40	37	ND	47	38	59	53	39	45
Scolarisation technique second. en % de la scolarisation second. totale 1963-1995	7,3	6,1	9,8	10,3	13,4	1,2	3,3	6,7	6,6	5,1
Pourcentage des scientifiques dans l'ens. sup. 1992	20	16	ND	ND	43	21	20	16	30	23
Dépenses publiques d'enseignement (% du PNB) 1985	-	-	-	3,2	3,7	-	-	5	5,1	-
1996-1999	48	3,2	- 5,0	3,7	3,2	-	3,6	5,6	6,3	-
Dépenses publiques d'enseignement en % des dépenses publiques totales 1993-1995	19,8	15,2	-	-	13,2	10,8	28,3	18,7	-	-
Dépenses publiques d'enseignement sup. (% de tous les niveaux d'enseignement) 1990-1995	28	19	28	-	18	-	24	23	-	-

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1998 et 1999  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - Statistiques scolaires, DEP/MEBA et DEP/MESSRS, 1997 -1998  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1999

## Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 11 : Emploi**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Main d'œuvre (en % de la population totale) 1996-1999	49	45	39	38	49	48	45	41	44	47
Main d'œuvre féminine (en % de la main d'œuvre totale) 1999	47	48	31	40	46	44	42	39	47	48
% de la main d'œuvre dans l'industrie 1999	2,1	8	10	1,3	2	3,6	8	10	9	9
% de la main d'œuvre dans les services 1999	6,6	28	30	13	12	6	16	24	25	15
Taux annuel de croissance des salaires (en %) réels 1970-1980	ND	ND	- 09	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1980-1996	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999 et 2001  
 - Enquête démographique, INSD, 1995 -1996 et 1998 - 1999  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1996/97 et 1998 -1999

**Tableau 12 : Flux d'aide**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
APD totale reçue (millions de \$. EU) 1999	411	265	444	106	455	305	465	136	13726	13041(*)
APD en % du PNB 1999	17,6	10,9	4,7	39	19,6	18,4	9,9	9,1	6,7(*)	11,1(*)
APD par habitant (\$. EU) 1999	40	46	37	98	52	29	58	31	33,5(*)	29,1(*)

NB : (\*) Chiffre relatif à l'année 1997

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1998 et 1999  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95  
 - Rapport sur la coopération au développement, 1999  
 - Rapport annuel sur la coopération du CAD/OCDE, 1999

## Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 13 : Déséquilibre des flux de ressources**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Dettes totales (en % du PNB) 1998	55	82	185	366	128	89	82	121	224	113
Service de la dette (en % des exportations de biens et services)										
1980	6	6	39	ND	5	22	29	9	10	18-
1998	14	8	23	67	13	19,5	19	6	15	17-
Rapport exportations/importations 1995 (%)	56	64	101	25	55	59	79	79	60	64
Coefficient de dépendance (export. + import. en % du PIB) 1995	43	61	49	ND	41	45	39	58	ND	ND
Solde des transactions courantes (en millions de \$. EU) 1998	13	36	-269	-41	-164	-126	3	-57	-8901	-4999

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1998 et 1999  
 - Revue des dépenses publiques, Ministère de l'Economie et des Finances, STP/PAS, 1999

**Tableau 14 : Population**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Population urbaine (en % de la population totale)										
1970	6	17	27	15	14	9	33	13	19	13
1995	16	38	43	22	27	18	44	31	32	23
2015	27	53	56	32	40	29	57	43	44	35
Taux annuel d'accroissement de la population urbaine (%)										
1970-1995	6,9	6,3	5,6	4,4	5,4	6,4	3,9	6,4	5,0	5,2
1995-2015	5,7	4,6	3,4	4	5	5,6	3,9	4,4	4	4,6
Population de la plus grande ville en % de la population totale										
1995	10	ND	20	ND	ND	8	22	ND	12	10

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999 et 2000  
 - Enquête démographique, INSD, 1991  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95

## Annexe 6 : Base de données comparative des principaux IDH

**Tableau 15 : Bilan démographique**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Population ( en millions) 1999	10,9	5,4	13,7	1,1	10,8	9,2	8,3	4,1	543,4	542,5
Tx annuel de croissance démographique (%)										
1960-1993	2,6	2,5	3,9	2,0	2,6	3,2	2,8	2,9	2,8	2,5
1995-2015	2,8	3,0	2,2	2,1	2,9	3,4	2,7	2,7	2,7	2,4
Indice synthétique de fécondité										
1995	6,8	6,1	5,4	5,6	6,9	7,4	5,8	6,3	6,0	5,3
Taux brut de mortalité (%) 1995	17,9	13	13,5	17,9	18,1	18	15,2	14,9	14,9	14,1
Taux brut de natalité (%) 1993	46,8	43,6	38,1	41,4	49,1	51,4	42	43,2	43,1	39,2

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999, 2000 et 2001  
 - Enquête démographique, INSD, 1991  
 - Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1994/95

**Tableau 16 : Bilan des ressources naturelles et énergétiques**

	Pays de l' UEMOA								Afrique sub-saharienne (moyenne)	Pays les moins avancés (moyenne)
	Burkina Faso	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée Bissau	Mali	Niger	Sénégal	Togo		
Superficie émergée (millions d'habitants) 1995	27400	11062	31800	2812	122019	126700	19253	5439	2055000	1866384
Ressources intérieures en eau renouvelables par habitant (en milliers de m <sup>3</sup> /an) 1998	15,7	1,7	5,2	14,1	5,0	0,3	2,9	2,5	6,2	9,9
Surface boisée en % de la superficie totale émergée 1998	15,7	41,8	17,2	29,6	9,5	2,0	38,3	22,9	23	23,1
Tx annuel de déboisement (%) 1990-1995	0,7	1,2	0,6	0,4	1	0	0,7	-	-	-
Rythme annuel de reboisement (%) 1980-1990	8	5	7	-	27	10	25	12	-	-
Consommation d'énergie par hab. en kg d'équivalent pétrole										
1980	21	43	175	38	25	38	158	75	265	53
1997	16,5	20	103	37	22	37	97	46	251	53

Source : - Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD, 1999 et 2000  
 - Rapport mondial sur le Développement dans le monde, Banque Mondiale, 2000