

De la santé internationale à la gouvernance sanitaire globale et ses perceptions au Burkina Faso

Yacouba Banhoro

Introduction

Les perceptions des interactions entre la santé globale et la santé locale peuvent varier d'un pays à l'autre. Ici, il s'agit d'une approche ethnographique et historique du cas du Burkina Faso dont la pertinence est bien montrée dans certains travaux de référence (Soubeiga 2018; Storeng 2014, 858–864). La santé globale est née dans un contexte d'accélération de la globalisation économique dite néolibérale de la fin des années 1980, avec comme évènement déclencheur, l'aggravation de la pandémie du VIH/sida dans le monde qui créa une opportunité de changement dans la gouvernance sanitaire. La gouvernance sanitaire internationale a connu des mutations pour donner naissance à la santé globale. La rationalisation de la santé globale commence également dans ce contexte (Hein 2003, 33–34). Elle se fonde souvent sur des bases morales devenues “globales” et ayant guidé la globalisation de la santé (Farmer 2013, 245–286). Le moment de l'apparition de la santé globale ainsi que sa mise en oeuvre jusqu'à nos jours indique bien qu'elle a désormais son histoire.

La question principale à répondre dans cet article est de savoir comment la santé globale et ses effets dans le système de santé local au Burkina Faso sont perçues. Pour répondre à cette question, nous adoptons des approches historique et ethnographique complémentaire qui ont l'avantage de permettre de retracer les temporalités ou moments importants des mutations dans le système sanitaire internationale et nationale et de présenter des analyses découlant de perceptions d'acteurs de terrain au niveau local. La méthodologie combine une revue documentaire et bibliographique ainsi que des enquêtes ethnographiques tendant à décrire et à expliquer les perceptions des actions

relatives à la santé globale. Ces travaux se sont déroulés dans le cadre du projet “santé globale et globalisation de la santé” financé par le Centre d'excellence Africa Multiple de l'Université de Bayreuth.

Cet article se propose d'explorer comment la santé globale et la gouvernance sanitaire mondiale sont perçues, comprises et appropriées par les acteurs de terrain au Burkina Faso. Il s'agit d'interroger les représentations, les tensions, mais aussi les formes d'ajustement et de négociation entre normes globales et pratiques locales. Il s'agit, d'abord, de mener une approche conceptuelle de la santé globale, de décrire l'implication du Burkina Faso dans la gouvernance sanitaire globale avant de présenter notre analyse des perceptions de la santé globale.

La santé globale: une approche conceptuelle

Si la nécessité de la santé globale face aux pandémies a déjà été évoquée dans l'introduction, il convient maintenant d'approfondir le concept, d'autant plus que certains titres de travaux scientifiques peuvent créer des confusions (Packard, Pearson).

Nous adoptons ici les définitions de Kelley Lee et de Théodore Brown qui correspondent à notre utilisation du concept. Pour Kelley Lee, en effet, la santé globale est un ensemble de “mouvements transfrontaliers de personnes, de biens, de services, de technologies et d'idées qui ont des impacts sur les déterminants de la santé” (Lee 2001, 77). Pour Théodore Brown *et al.*, la santé globale implique “généralement la prise en compte des besoins de santé des gens de toute la planète, au-delà des inquiétudes de nations spécifiques” (Brown 2006, 62), et le terme *global* est aussi à associer à “l'importance grandissante des acteurs n'étant pas des organisations et agences gouvernementales ou intergouvernementales – par exemple : les médias, les fondations ayant une influence internationale, des ONG et des entreprises transnationales” (Brown 2006). Les concepts de globalisation et de santé globale laissent transparaître, clairement, leurs aspects transnationaux. Ainsi, le sida et d'autres maladies à caractère transnational motivent la mise en place de mouvements sanitaires et de stratégies transnationales pour les combattre, car ces maladies ne menacent pas uniquement la santé de populations locales, mais elles franchissent également les frontières nationales, exposant d'autres régions du monde à un danger vital. Une telle vision globale de la santé n'est pas nouvelle, car elle a conduit à la création de l'OMS. Ce qui paraît nouveau, c'est bien sûr la pandémie

du VIH/SIDA. Mais plus encore, c'est la manière dont la lutte contre la maladie est organisée, c'est-à-dire la gouvernance sanitaire globale, qui prend le pas sur la gouvernance sanitaire internationale, laquelle s'appliquait à la période précédant l'explosion du VIH/SIDA.

De nombreuses raisons connexes à la santé soutiennent cette mutation dans la conception de la santé internationale. En effet, le VIH/SIDA est apparu comme un des problèmes de santé publique menaçant directement (infection) ou indirectement (pérennité de la pauvreté) la santé globale. La santé étant la condition fondamentale de la vie humaine, la base de tout développement social, elle est, alors, la condition *sine qua non* de la croissance économique. Par ailleurs, la mobilisation du soutien international pour contrôler l'expansion de la pandémie est apparue indispensable et considérée comme un investissement utile pour les nations de la planète, dans la mesure où la protection de la santé internationale peut signifier, pour les pays hautement industrialisés, la protection de la santé de leurs propres populations, comme cela fut le cas à la fin du XIX^e siècle et au cours de la première moitié du XX^e siècle. Elle signifie, également, la sécurisation et le développement de leur économie, la défense de leurs intérêts internationaux, etc. De même, la coopération internationale peut bénéficier aux pays pauvres confrontés à des défis profonds et permanents pour leur développement, à cause de l'impact du SIDA et d'autres problèmes de santé qui aggravent la pauvreté. Partant, de nombreux arguments légitiment la globalisation de la santé. La nouvelle conception de la santé globale constitue un changement paradigmatique par rapport à l'ancien ordre sanitaire, plutôt qualifié d'international. Pour autant qu'elle ait des aspects positifs, la globalisation sanitaire peut aussi avoir des aspects négatifs si des dispositions intelligentes ne sont pas prises, comme le fait remarquer Derek Yach (Yach 1998, 755).

Ainsi, plutôt que d'être dirigé par une seule organisation intergouvernementale, comme l'est la santé internationale avec l'OMS, la gouvernance sanitaire globale est enrichie de nouveaux acteurs autonomes intervenant directement dans plusieurs pays du monde (Banque mondiale, ONUSIDA, GAVI, Fonds mondial, nouvelles organisations internationales), de nouvelles modalités d'intervention dans les États (transnationalité), de nouvelles méthodes de levée de fonds (partenariats public-privé ou PPP), et elle favorise une nouvelle organisation des systèmes de santé dans les pays (décentralisation), etc.

La santé internationale, qui traite les questions de santé entre les États-nations de manière bilatérale ou multilatérale, souvent à travers une organisa-

tion intergouvernementale telle que l'OMS, continue de fonctionner, mais elle est devenue une partie de la santé globale.

Comment ces caractéristiques de la nouvelle gouvernance sanitaire se retrouvent au Burkina Faso, pays de l'Afrique occidentale?

La globalisation de la santé au Burkina Faso à partir de 1987

La lutte contre le VIH/SIDA se passe d'abord dans le cadre de la santé internationale, entre 1986 et 1987 sous la direction de l'OMS, seule instance internationale reconnue par les Nations Unies comme ayant la charge de l'organisation mondiale de la lutte. Dans ce cadre, avec l'apparition du VIH/sida en 1981, l'OMS envoie, en 1986, dans le cadre de son premier "Programme Sida", au Burkina Faso, ses Directives OMS pour la prévention du sida et de l'infection par le virus LAV/HTLV-III "qui expliquaient les caractéristiques du virus et les moyens de prévention de la maladie."

C'est surtout dans la mise en œuvre du Programme global sur le sida ou *Global Programme on AIDS* (GPA) adopté en 1987 par l'OMS, que la gouvernance sanitaire globale transparait. Contrairement au premier programme né avec la vision de l'intégrer dans les structures des soins de santé primaires issues de la déclaration d'Alma Ata, l'équipe du second programme amène les États membres de l'OMS à créer des comités nationaux autonomes de lutte contre le sida. Elle tente de contourner les États, jugés inefficaces, en tissant des relations transnationales avec les ONG et les associations qui, après la conférence de Paris de 1986, devraient être considérées comme des acteurs importants sur le terrain de la lutte. Cette stratégie verticale, transnationale et avec des acteurs privés, a eu pour objectif d'apporter plus directement et rapidement les messages de sensibilisation et l'aide à la lutte.

Au Burkina Faso, cette nouvelle gouvernance sanitaire s'est manifestée en 1987 par l'élaboration d'un plan à court terme (PCT) avec l'appui du GPA (Médah 3). En 1990, le Gouvernement du Burkina Faso crée un Comité National de lutte anti-Sida (CNL-SIDA) telque suggéré par le GPA (Journal officiel du Burkina Faso 197). La présidence du CNL-SIDA est attribuée au ministre de la Santé et de l'action sociale qui est désormais assisté d'autres ministres et d'autres techniciens. Cela a marqué la fin du monopole du ministère de la santé dans cette lutte au profit d'une vision de santé publique globale impliquant plusieurs acteurs différents du ministère de la santé. Le CNL-SIDA a donné les orientations nécessaires à l'élaboration des plans à moyen terme (PMT). Mais, entre 1990 et

1994, le Programme global de l'OMS est en difficulté à cause du choix fait par le Directeur général de l'OMS de mettre fin à son caractère vertical au sein de l'OMS et de l'intégrer dans les structures des soins de santé primaires (OMS 119, Mann and Kathleen). Cela est fait en 1992 et les principaux bailleurs de fonds rejettent cette stratégie et arrêtent progressivement d'allouer des fonds à l'OMS dans sa lutte contre le SIDA. Ces difficultés de financement de l'OMS ne permettent pas la mise en œuvre efficace des PMT du Burkina Faso et dont les financements, en dehors de ceux de l'OMS, s'arrêtent en 1995 (Guiard-Schmid 138). Toutefois, à partir des années 1990, des organisations internationales telles que la Banque mondiale (BM), l'UNICEF, le PNUD et l'Union européenne avaient commencé à établir leurs propres programmes de lutte contre le sida en dehors de l'OMS, ce qui permet à l'Etat d'obtenir quelques financements pour certaines activités de lutte contre le sida. Celle-ci commencent ainsi à intervenir directement dans le pays sans passer par l'OMS. Ainsi, grâce à un plan de cinq ans appelé "Plan population et lutte contre le sida" (PPLS) financé par la Banque mondiale, la Norvège et le Burkina Faso, à partir de 1995, l'État obtient un soutien financier inégalé depuis le début de la pandémie pour son programme de lutte.

Avec ce plan commence la troisième phase de la lutte contre le VIH/sida qui correspond à la fin de la toute-puissance de l'OMS dans la santé internationale et l'accélération de la santé globale avec la création, en 1995, de l'ONUSIDA à qui sont transférées, de fait, des fonctions auparavant jouées par le GPA au sein de l'OMS. Le PPLS a permis le financement de nombreux volets de la lutte : les structures institutionnelles de la politique nationale, les actions de prévention, de traitement et de la prise en charge des personnes vivant ou affectées par le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles, la gestion de l'information stratégique. La création du PPLS, puis de l'ONUSIDA, marque le début d'une multiplication et d'une intensification des actions des organisations à caractère global dans la lutte contre le VIH/SIDA et ensuite dans la santé au Burkina Faso.

Nos enquêtes montrent la mise en place de 41 organisations internationales (O.I.) durant la période allant de 1960 à 1995 et 90 O.I. pour celle de 1996 à 2019. Le total de ces O.I. est de 131 en 2019. Ces O.I. n'étaient pas toutes spécialisées dans la santé, mais elles ont, toutes, intégré un volet "santé" dans leurs programmes au fil du temps et en fonction de leurs priorités du moment. Certaines O.I. sont très généralistes et interviennent uniquement dans le financement de la santé (Banque Mondiale et de l'Union Européenne). D'autres O.I. sont spécialisés sur certaines maladies ou des domaines spé-

cifiques de la santé: l'ONUSIDA, le Fonds mondial, GAVI. Il y a aussi des organisations étatiques (PEPFAR des USA), ainsi que des Associations et des ONG internationales privées. L'évolution de la fréquence de l'implantation de ces organisations montre qu'elle s'accéléra entre les années 1995 et 2017. La conversion des O.I. dans le domaine de la santé correspond à la période d'incitation de l'action des ONG et des Associations par le GPA à s'engager dans la lutte contre le VIH/sida et la période de l'accélération de leurs nombres correspond à la mise en œuvre du PPLS, au début de l'accroissement des financements et des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Elle correspond aussi à la mise en œuvre des programmes de l'ONUSIDA et de ses organisations coparrainés: OMS, UNESCO, PNUD, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale, ONUDC, OIT, PAM, HCR, ONU-femmes). Chacune d'elles a élaboré un programme de lutte contre le VIH/SIDA et est intervenue directement dans le pays avec des financements et la contractualisation de ses activités avec des Associations, des ONG privées, mais, aussi et surtout, avec l'Etat. C'est bien au cours de ces actions et de cette période que la santé globale s'institutionnalise au Burkina à travers la multiplication des acteurs globaux, des financements, des activités, et leurs influences sur les processus d'innovation institutionnelle dans le système de santé.

Par-delà tout, le déploiement des OI au Burkina Faso, en multipliant les acteurs, les fonds et les domaines d'interventions, a engagé les organisations à base communautaire telles que les associations et les ONG locales à jouer des fonctions subsidiaires à celles de l'Etat.

Santé globale et perceptions d'acteurs locaux

Après avoir passé en revue le processus de globalisation de la santé, il paraît pertinent de tenter de comprendre comment la santé globale est comprise et appréciée. Un guide d'entretien semi-structuré de collecte de données primaires sur les perceptions de la santé globale a permis d'élaborer ce chapitre. A cet effet, entre décembre 2020 et octobre 2022, une équipe d'agents de collecte d'informations a été constituée pour effectuer des enquêtes qualitatives auprès d'acteurs de trois (3) régions sanitaires du pays que sont : les Hauts-Bassins (Bobo-Dioulasso), le Centre-Nord (Kaya et Kongoussi) et du Centre (Ouagadougou). L'échantillonnage raisonné a privilégié l'expertise de personnes ressources à interroger à des échelles différentes du système de santé national. Cette opération a ciblé, d'une part, des agents des directions

sanitaires, des districts sanitaires et des institutions de recherche en sciences de la santé (IRSS/Centre Muraz). D'autre part, elle s'est intéressée à des agents des organisations et programmes de santé internationale et des associations à base communautaire (OBC) ainsi que des responsables de syndicats. En outre, une recherche dans les archives du quotidien burkinabè *Sidwaya* fut menée sur la période de 1996 à 2020 et les débats autour de la notion de santé globale, de la gouvernance sanitaire globale, des acteurs de la santé globale, des appréciations de la santé globale. Contrairement aux enquêtes orales, les archives ont montré une quasi-absence de débat national ou de réflexion autour de ces concepts. Nous analysons les perceptions afin de permettre au lecteur de comprendre les interprétations découlant du terrain d'enquêtes ainsi que les hiatus pouvant exister entre les définitions académiques et les perceptions de la réalité sur le terrain par les personnes interrogées. Ces réponses permettent aussi de lire les interactions entre les principes et valeurs apportés par les acteurs de la santé globale et ceux défendus par les personnes interrogées, pour, *in fine*, mettre en exergue les champs de négociations possibles entre les principes globaux et locaux.

Connaissances de la santé globale et de ses acteurs

Les connaissances sur la santé internationale et la santé globale ne sont pas perçues de manière homogène par les acteurs interrogés. Certains acteurs du système de santé rencontrent des difficultés à trouver ou définir le concept de santé globale. Cependant, les enquêtés spécialisés dans la santé publique en ont une très bonne connaissance et parviennent à construire des définitions qui convergent. Pour un interlocuteur: *“c'est un nouveau concept qui consiste à assurer la santé pour tout le monde, à favoriser la solidarité des uns et des autres, la gratuité des vaccins.”* Pour un autre, *“Elle se manifeste à travers une solidarité internationale, par le partage d'information des expériences à l'échelle mondiale, la prise en compte de toutes les dimensions de la santé aussi bien humaine, environnementale qu'animale.”* Pour un troisième, *“c'est l'intégration des différents facteurs individuels, collectifs, nationaux et internationaux aux prises de décisions avec pour objectif l'amélioration de la santé physique et mentale.”* Pour un agent public de santé *“La santé globale est, par exemple, la politique déclinée par l'OMS et qui s'applique à tous pays membres des Nations Unies (Médecin de santé publique, 2020).”* *“La santé globale fait référence au concept de ‘One Health.’”* *“Elle est aussi perçue comme l'ensemble des programmes et actions de lutte contre pandémies.”*

Pour des acteurs associatifs communautaires, le concept de santé globale a émergé dans le contexte sanitaire du Burkina Faso au début des années 2000 et renferme l'ensemble des dimensions de la santé de l'homme. Toutefois, ses objectifs, de même que ses origines restent assez méconnues. Par exemple, pour le représentant de l'Office des transporteurs du Faso (OTRAF), le concept de santé globale et ses interventions sont perçues comme *“une vision donnée du monde de la santé mais sans grand rôle de son contenu en faveur des plus démunis... pour nous, ce concept ne nous intéresse pas parce que les ficelles sont tirées par des groupes de pression au niveau international dans leur intérêt. Cette situation expliqué aujourd'hui le rôle contesté de l'OMS, personne ne respecte l'OMS, l'OMS n'est pas sérieuse.”* Ici, la santé globale a une connotation assez négative avec des gens tirant les ficelles. Aussi perçoit-on que, pour lui, la santé globale dérive des actions de l'OMS et le concept prend peu les intérêts des pauvres en compte.

Quant à la connaissance des acteurs de la santé globale, une large majorité des enquêtés en ont une bonne connaissance. Certains interviewés situent l'émergence des acteurs de la santé globale au Burkina Faso au début de l'année 1990, notamment, avec les projets et programmes de lutte contre le VIH/sida dont le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) et le Programme de marketing social et de communication pour la santé (PROMACO) qui, pour eux, ont été soutenus et financés par la coopération Française. Parmi les acteurs de la santé globale identifiés: les ONGs telles que Save The Children, OXFAM, Solidarité SIDA, Médecin Sans Frontières (MSF) Médecin du Monde (MdM), Hélène Keller International (HKI), Action Contre la Faim (ACF), Conseil Norvégien pour les Réfugiés (NRC), et Plan International, etc., ainsi que des acteurs multilatéraux et bilatéraux tels que l'Ordre de Malte, l'Agence Américaine d'Aide au Développement (USAID), le Fonds Monétaire International (FMI), GAVI, Progetomondo, etc., et les organismes internationaux tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation des Nations-Unies pour l'Enfance (Unicef), le Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la tuberculose (FM).

En général, dans les districts sanitaires où les interviews ont eu lieu, différents acteurs de la santé globale y sont présents et nos résultats montrent que la santé globale et ses acteurs sont *grosso modo* connus.

Modes d'intervention des acteurs de la santé globale perçues par les personnes interrogées

Les informations recueillies montrent que les acteurs de la santé globale ne mènent pas directement des activités au niveau local ou auprès des communautés et bénéficiaires. Selon un interlocuteur *“la plupart de nos partenaires passent par le P.A.D.S ou la Direction des affaires administratives et financières. D'autres administrent directement (USAID).”*

Des dires d'enquêtés, les acteurs internationaux de la santé globale n'agissent pas toujours de la même façon et l'essentiel des discussions se fait au plus “haut niveau.” Ils ne consultent pas toujours les agents de santé afin de détecter leurs besoins prioritaires, certains agissent en fonction de leurs domaines d'activités. Selon des représentants des OBC et ONGs, ces acteurs prédéfinissent leurs axes d'intervention et leurs plans d'actions au niveau global. Leurs actions ne reposent pas toujours sur les besoins prioritaires de “santé globale” parce qu'il y a une multitude de besoins prioritaires dont les priorités sont relatives aux communautés et aux personnes. Selon un des enquêtés *“la méthode contraceptive est gratuite au BF, pourtant, elle ne constitue pas une priorité des populations, contrairement au paludisme qui est toujours sans vaccins.”* Contrairement aux premiers enquêtés, certains acteurs du système de santé publique estiment que les interventions des acteurs de la santé globale se passent sur la base des besoins exprimés, ce qui montre que la planification des activités de la nouvelle gouvernance n'est pas toujours inclusive.

Les enquêtés pensent en général que leurs axes stratégiques d'intervention sont généralement focalisés sur la lutte contre le VIH/sida, la santé maternelle et reproductive, le paludisme, la santé des personnes-clés ou groupes vulnérables (Homosexuels, les travailleurs et travailleuses de sexe, etc.), les programmes élargis de vaccination (PEV), la distribution communautaire des médicaments sur la santé de la reproduction et le paiement de certaines charges des ONG/OBC locales (Salaires et bail locatif), etc.

Le mode d'intervention de ces acteurs internationaux de la santé se fait généralement à travers le financement de projets et programmes, l'accompagnement, le partage d'expériences, l'appui financier, technique, matériel et humain, les formations, les dotations, les subventions, les élaborations de plan, les accords de partenariats, le renforcement des plateaux techniques de beaucoup de centres de santé, la construction des centres de santé, la disponibilité des conseillers techniques et consultants, l'aide à la recherche, le financement des campagnes de vaccination chaque année. Les acteurs interviennent

par le financement des plans d'action des organisations à base communautaire (OBC), dans les districts sanitaires qui prennent en compte leurs priorités. L'ONG Proggotomondo accorde des financements à des OBC pour réaliser des activités sur le terrain. En général, la grande part des activités des ONG/OBC locales sont la déclinaison des programmes et plans d'action des acteurs globaux de la santé.

Si certaines ONG locales (Save the Children, Diakonia), de renommée internationale, disposent de plans d'actions propres et parviennent à les mettre en œuvre, les OBC, même si elles en disposent, voient rarement leurs plans financés. Le plus souvent, les OBC mettent leurs plans ou programmes d'activités propres de côté pour se soumettre aux axes et critères des acteurs internationaux de la santé afin de bénéficier des appuis, surtout financiers, pour la prise en charge du personnel.

Ainsi, ces différentes activités ci-dessous sont réalisées par les OBC/ONG locales: les dotations en gels, préservatifs et lubrifiants pour les homosexuels et leur prise en charge sanitaire (Bobo-Dioulasso); les causeries éducatives sur l'hygiène, la santé et la nutrition; la projection de films sur la santé maternelle et reproductive; les émissions radiophoniques; les théâtres fora; les visites à domicile ou les portes à portes notamment dans le cas du paludisme et de la Covid-19; la formation par le renforcement de capacités animatrices communautaires; le don des équipements et la distribution des produits et médicaments; la formation des femmes leaders ou des pères éducateurs; la prise en charge de la construction des bâtiments abritant le siège de l'Association (ADT), son équipement; le paiement des salaires des agents des associations, des motos, projecteurs; la prise en charge de l'alimentation et de la scolarisation d'enfants; la construction et la réhabilitation des toilettes dans certains écoles et lycées (Lycée Privé Alpha, etc.); des dons de médicaments; des formations; les dons d'équipements (matériels informatiques, mobiliers de bureau); l'assistance ou la participation aux frais de fonctionnement de l'Association. Les activités phares des OBC et ONG locales sont: la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, le paludisme (distribution gratuite des Antirétroviraux (ARV), la gratuité des tests de dépistage, distribution gratuite des moustiquaires imprégnées); l'intervention dans les zones à risque pour sensibiliser les populations sur l'hygiène; la distribution des moustiquaires imprégnées, la gratuité des tests de dépistage; les visites à domicile *“les gens posent plus de questions lorsque vous partez chez eux que lorsque vous les regroupez.”* L'incitation à fréquenter les centres de santé est aussi une des activités de sensibilisation confiée aux Organisations et Associations à base communautaire

(O/ABC). Relèvent également de leurs domaines d'intervention, la réalisation des infrastructures socio-sanitaires telles que la construction des centres de récupération et des toilettes adaptées à la femme, le paiement de la scolarité des enfants et la fourniture du matériel et des médicaments.

Tous les enquêtés affirment que les actions des acteurs sont marquantes aussi bien sur le plan financier que technique.

Coopération sanitaire locale: repères éthiques et moraux

Selon des personnes enquêtées, un des impacts très visible de la santé globale est l'accessibilité des populations aux soins de santé, l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH à travers la prise en charge des examens biologiques, des frais de cantine. En plus, il ressort que les tabous sur la sexualité qui existaient avant ont disparu avec les actions de la santé globale. Par ailleurs, on assisterait à un changement de comportement à travers la fréquentation des centres de santé, la réduction du nombre de grossesses non-désirées. Il y a également un changement des comportements des populations en ce qui concerne l'hygiène et cela entraîne une réduction des cas graves de maladies et de la prise "des médicaments par terre," pour parler de l'automédication à travers des médicaments non contrôlés par les autorités sanitaires. Les actions de la santé globale permettent aussi de combler le manque d'accessibilité à l'information des déplacés internes, la réduction de la mortalité infantile par la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Toujours en termes d'efficacité des actions de la santé globale, on note que les acteurs internationaux et les associations ont engrangé beaucoup de résultats en ce qui concerne le changement des comportements des populations à travers les sensibilisations pour la prévention de certaines maladies et ainsi que le dépistage le VIH/sida et de l'hépatite. On a aussi la formation des jeunes sur la santé de la reproduction. Dans ce dernier cas, des clubs de jeunes dans les établissements scolaires et des grains de thé dans certaines villes ont été créés. Les campagnes de vaccination, l'intervention des volontaires en santé, la pratique de la stratégie avancée en soins, la prise en charge communautaire et l'utilisation des TIC. Aussi, la réalisation de centres de santé mobiles et le recrutement des agents de santé au profit de certains centres de santé.

Selon un agent public de santé, les actions des acteurs internationaux de santé visant les enfants ne prennent pas en compte la question du genre, mais celles concernant les adultes sont plus dirigées vers la femme. Ils ne tiennent

pas compte de l'orientation sexuelle, compte tenu des valeurs défendues par la société burkinabè. Selon des responsables d'Associations, ces acteurs tiennent compte de la question du genre dans la mesure où certains bailleurs mettent l'accent sur la lutte contre la violence faite aux femmes et la sensibilisation de la femme sur les voies à suivre en cas de violence, les soutiens aux structures féminines, les handicapés et l'invitation des différentes couches sociales lors des activités. Par exemple, le FM est très regardant sur la question du genre féminin, des enfants de moins de cinq ans. D'autres mettent l'accent sur l'égalité des sexes et des actions sont menées pour l'implication du genre féminin afin d'équilibrer les bénéficiaires. Certains acteurs insistent sur l'orientation sexuelle afin d'éviter de stigmatiser d'autres personnes et leurs orientations sexuelles.

Pour plusieurs spécialistes de la santé enquêtés, les groupes vulnérables sont les cibles des politiques de santé à travers la gratuité de certains vaccins, la gratuité de certains médicaments comme les ARV, la gratuité de certains soins, la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, l'aide alimentaire. Aussi, les personnes handicapées sont prises en compte dans la construction des centres de santé grâce aux rampes d'accès. Partant, les actions de la santé globale sont dirigées vers toutes les couches sociales avec une priorité pour les couches vulnérables dont les femmes, celles enceintes, les enfants, les personnes âgées, les pauvres, les prisonniers, les déplacés. Pour un interlocuteur, une nuance existe néanmoins, car les populations rurales n'ont pas toujours accès aux meilleurs équipements, les gagnants sont surtout les populations urbaines. Tous sont unanimes que les pays africains tirent profit de ces politiques sanitaires en matière de santé globale car c'est la population qui gagne.

Pour bon nombres d'interviewés, les repères en matière de valeurs éthiques et morales à prendre en compte dans le travail des acteurs de la santé globale—lorsqu'on mène des actions de développement dans le secteur de la santé—sont de travailler à garder la confidentialité de l'identité des patients, à préserver leur dignité, à tenir compte de la culture et des coutumes des différents patients, de respecter les patients et de tenir compte des besoins des bénéficiaires des actions avant toute intervention. Le respect mutuel, l'équité, l'honnêteté, la sociabilité, la confidentialité, la neutralité, l'impartialité, la non-discrimination, la compétence sont des valeurs défendues par les acteurs de la santé globale. S'y ajoutent le respect du droit à l'image des patients, le consentement des patients avant toute intervention. Les agents publics ainsi que les responsables des Associations sont unanimes qu'ils sont consultés

par les acteurs internationaux pour connaître leurs besoins prioritaires avant toute intervention.

La santé mondiale se traduit dans une gouvernance sanitaire efficace. Ces actions sont positivement appréciées par les enquêtés. Toutefois, on enregistre que les aspects négatifs de la santé globale concernent principalement l'approche unilatérale des problèmes de santé et leur financement. Ils définissent souvent, *a priori*, leurs axes d'intervention et ne financent que des aspects contenus dans des plans stratégiques à la base, donc ne prennent pas suffisamment en compte des préoccupations sanitaires locales. Ensuite, les financements de ces acteurs parviennent tardivement aux associations au cours de l'année, les procédures de financement et de décaissement étant très longues.

Financement extérieur et moralité

Le financement de la santé par l'extérieur, c'est l'intervention des acteurs internationaux de la santé pour améliorer les conditions sanitaires des populations au Burkina. C'est la part donnée par les bailleurs étrangers pour assister le système de santé. Les acteurs du financement extérieurs identifiés au niveau des régions du Centre-Nord et des Hauts-Bassins sont entre autres: l'USAID, M.S.F, Médecins du Monde, la coopération Japonaise, le Fonds mondial, l'Unicef, Terres des hommes, Plan Burkina, Save the Children, l'Organisation Catholique pour le Développement et la Solidarité (OCADES), OXFAM, etc. Aussi, il ressort que la quasi-totalité des associations locales (OBC) cesseront de fonctionner en l'absence du financement des acteurs extérieurs, ce qui explique leur conformité aux plans et axes d'intervention des partenaires financiers extérieurs. Les acteurs comme la Banque mondiale, le Fonds mondial, GAVI, l'OMS, l'ONUSIDA, Bill et Melinda Gate n'apparaissent pas directement dans le discours des acteurs locaux, notamment ceux des représentants d'OBC.

Les formes de financement évoqués sont celles en espèce, en appui technique et en matériel. Pour les personnes interrogées, les financements des partenaires extérieurs sont parfois conditionnés, exigeant, par exemple, un engagement à protéger et à défendre la cause des homosexuels dans le cadre des activités. Il ressort des enquêtes que les financements extérieurs de la santé permettent au système de santé de se porter un peu mieux, si on se réfère, par exemple, à la fourniture des vaccins. Pour les personnes enquêtées, l'Etat doit mobiliser des ressources pour financer son système de santé, car

s'il est avéré que les financements extérieurs comblent le manque à gagner en matière de formation, d'équipements, il apparaît clairement qu'ils portent atteinte à "notre autonomie" et si les partenaires extérieurs "claquent la porte aujourd'hui, c'est de la catastrophe". Pour améliorer la coopération internationale, les associations suggèrent une intégration de tous les acteurs de la chaîne dans le système sanitaire en prenant, par exemple, en compte, l'avis des bénéficiaires et elles invitent les bailleurs à prendre en compte toutes les localités dans leurs interventions, car certains financements ne concernent que des localités précises.

Conclusion

L'étude menée sur la gouvernance sanitaire globale et ses perceptions au Burkina Faso révèle une dynamique complexe entre normes internationales et réalités locales. Si la santé globale s'est institutionnalisée à travers des dispositifs et des acteurs multiples—ONG, bailleurs, programmes multilatéraux—, sa compréhension et son appropriation varient fortement selon les profils des acteurs interrogés.

Les résultats des enquêtes sur la gouvernance sanitaire globale ont révélé qu'il y a peu de critiques sur le modèle. Globalement, la santé globale et ses acteurs sont bien connus et bien appréciés aussi bien au niveau des professionnels de la santé que des responsables des OBC. Cela, surtout en raison des financements, des activités, des impacts sur les déterminants de la santé. La gouvernance sanitaire arrive à affirmer son caractère fonctionnaliste auprès des personnes enquêtées. Pareilles réactions n'ont pas été découvertes dans le journal d'État *Sidwaya* sur la période concernée par les recherches menées. En effet, il y a de nombreux articles sur le SIDA, d'autres maladies, et de certains acteurs de la santé globale. Particulièrement, au moment des querelles sur l'origine du VIH/sida, entre 1985 et 1987, il y a eu une profusion de textes et de discours d'officiels burkinabè dans les archives du quotidien *Sidwaya*. Cependant, la naissance de la santé globale et de la gouvernance sanitaire globale néolibérale, après 1987, n'y a pas fait l'objet de discours officiels ou de débats. Quelques fois, certains acteurs de la santé globale sont notifiés en train de mener des activités qui ne sont pas liées par les auteurs et acteurs à la santé globale, si bien qu'il n'y a pas de connaissance spécifique sur le concept de santé globale dans le journal *Sidwaya*, unique quotitien d'État. Le vide du débat dans le journal d'Etat *Sidwaya* ainsi que les appréciations quasiment positives des

personnes enquêtées sur les acteurs et actions de la gouvernance sanitaire globale nous amènent à émettre les hypothèses selon lesquelles : 1) les débats sur la santé globale restent du domaine des universitaires, 2) la maîtrise de ces concepts, des tenants et des aboutissants de la santé globale détermine peu les politiques sanitaires nationales en dehors de la présence des acteurs globaux. Tout cela réduit les capacités réflexives des acteurs de politiques sanitaires nationales et locaux ainsi que leurs capacités à négocier et à influencer les programmes internationaux mis en œuvre. Pourtant, la santé globale a complexifié les rapports entre l'État et les organisations internationales et sa compréhension et celle de ses actions peuvent permettre de mieux en tirer profit et, surtout, de mieux planifier et se préparer aux manques de financement des organisations internationales. Cela est d'autant plus important que les théories sous-tendant la santé globale et la globalisation sont les mêmes qui sous-tendent le libéralisme comme théorie des relations internationales (Mearsheimer 120–151), avec des rapports de pouvoirs manifestes aussi bien entre les Nations, qu'à l'intérieur de ceux-ci.

References

- Abdulaziz, Mohamed H. Muyaka. *19th Century Swahili Popular Poetry*. Kenya Literature Bureau, 1979.
- Brown M. Theodore and al. “*The WHO and the transition from international to global public health*.” *American Journal of Public Health* no.1 (2006); 62–72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>.
- Burkina Faso. *Projet SIDA: Plan à Court Terme Burkina Faso*. Ministère de la Santé. Août 1987.
- Burkina Faso. “*Kiti n°AN VII-219 FP. SAN. AS du 27 février 1990, portant création d'un comité de lutte contre le SIDA*.” *Journal officiel du Burkina Faso*, 8 mars 1990: 197.
- Farmer, Paul et al. *Reimagining Global Health- An Introduction*. Berkeley: University of California Press, 2013.
- Hein, Wolfgang. “Global Health Governance and National Health Politics in Developing – Conflicts and Cooperation at the Interfaces.” In *Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries*, edited by Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen, 33–34. Bonn: Deutsches Übersee-Institut (DÜI), 2003.

- Jean-Baptiste Guiard-Schimid. *Le SIDA au Burkina Faso: Historique, épidémiologie, politique nationale, intervenants de la lutte contre le sida*. Thèse de doctorat, Université de Limoges, 1994.
- Lee, Kelley. "Globalization-a new Agenda for Health." Martin McKee et al, eds. *International Co-operation in Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001: 13–30.
- Mearsheimer, J. John. *The Great Delusion: Liberal Dreams and International Realities*. Yale: Yale University Press, 2018.
- Mann, Jonathan and Kathleen Kay. "Confronting the Pandemic: the WHO global Programme on AIDS, 1986–1989". *AIDS* 5 (Suppl 2, 1991): S221.
- Méda, Nicolas. *Suivi et évaluation des programmes nationaux de lutte contre le sida : examen de l'expérience du Burkina Faso, 1987–1998*. CNLS-MST, OCCGE, Centre Muraz, 1998.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Riga – La réaffirmation d'Alma-Ata. A 41–19–21. Annexe 7, 1988.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). "Dix ans après Alma-Ata." OMS Informations 18 (March 1988): 119.
- Pearson, Lynne Jessica. *The colonial Politics of Global Health: France and the United Nations in Postwar Africa*. Cambridge: Harvard University Press, 2018.
- Packard, M. Randall. *A history of Global Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016.
- Storeng, Katerini T., and Arima Mishra. "Politics and Practices of Global Health: Critical Ethnographies of Health Systems." *Global Public Health* 9, no. 8 (2014): 858–864. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.941901>.
- Soubeiga, Kamba André-Marie. *Construction et Reconfigurations de l'action publique contre le Sida au Burkina Faso: Acteurs, controverses et dynamiques*. Paris: L'Harmattan, 2018.
- WHO. Global Programme on AIDS: Review of the Regionalisation Process, Item 9 of the Agenda. EB88/5, 1988.
- Yach, Derek, and Douglas Bettcher. "The Globalization of Public Health: Threats and Opportunities." *American Journal of Public Health* 88, no. 5 (May 1998): 755–738. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508933/pdf/amjph00017-0025.pdf>.