

Politiques publiques de santé au Burkina Faso : Contexte historique, institutionnel, politique et socioculturel

QUELQUES CLINS D'ŒIL POUR COMMENCER

L'état sanitaire précaire des populations Burkinabè et ses conséquences humaines et économiques conduisent naturellement les acteurs de la solidarité internationale à intervenir massivement dans le domaine sanitaire sous des formes très variées : dons de médicaments et de matériel médical, construction de centres de santé, actions spécifiques de lutte contre certaines maladies endémiques ou épidémiques, promotion de l'éducation pour la santé, participation à la formation des personnels de santé, apports financiers, etc. Toutes ces actions ont la noble mission de développer l'accès aux soins et d'améliorer la santé des populations le plus souvent dans le cadre d'une démarche locale. Force est de constater que les interventions multiples des Associations de solidarité internationale et des acteurs de la coopération décentralisée dans le champ sanitaire d'une part et d'autre part la nécessité de poursuivre ces actions 50 ans après l'indépendance mettent en exergue les insuffisances des politiques publiques dans la gestion de la question sanitaire.

S'agissant de l'action des institutions internationales comme l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF, elle relève souvent de la prescription et de l'accompagnement des choix de politique sanitaire à mettre en œuvre par les gouvernements (cf. politique des soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, décentralisation sanitaire, politique de contractualisation, etc.). Ces choix sont assez souvent sujet à caution.

Un autre constat préliminaire que l'on peut faire est celui de la prégnance de la médecine traditionnelle qui a résisté aux assauts répétés des défenseurs de la biomédecine depuis la période coloniale.

Comme annoncé dans le programme de cette journée, mon intervention portera essentiellement sur les aspects institutionnels, de politique générale et socioculturels. Avant de rentrer dans le vif du sujet, il me semble nécessaire de faire un détour par un échange préalable sur ce qui est en jeu dans les politiques sanitaires.

LES ENJEUX DE LA POLITIQUE SANITAIRE

La politique sanitaire est elle-même une composante des politiques sociales modernes qui ont donné naissance au concept d'Etat - Providence (en crise depuis longtemps). L'histoire des politiques sociales révèle qu'elles sont au centre d'enjeux idéologiques, politiques et économiques qui en déterminent l'étendue et le contenu. On peut même dire qu'elles ont toujours eu un caractère ambivalent. La finalité proclamée des politiques sociales est en effet l'amélioration du bien-être des citoyens, et il est indéniable que dans bon nombre de pays, elles ont atteint cet objectif fondamentalement humaniste ; mais on ne saurait minimiser les objectifs politiques (légitimation du pouvoir ou de l'ordre social, paix sociale) et/ou économiques (reproduction de la force de travail) qui ont souvent inspiré ces politiques.

Qu'en est-il des enjeux de la politique sanitaire au Burkina ?

Avec la reconnaissance juridique du droit à la santé, et depuis l'adoption de la stratégie mondiale de la santé pour tous (on y reviendra tout à l'heure), les politiques sanitaires nationales sont censées poursuivre la réalisation du droit à la santé. Cependant, il serait naïf de ne voir dans l'action sanitaire des Etats que la poursuite de l'objectif humaniste de la santé pour tous. En effet, des enjeux idéologiques, politiques et économiques façonnent les politiques de santé des Etats et les éloignent parfois de leur objectif officiel ou naturel. Ces enjeux expliquent en partie les contradictions que l'on peut observer dans les politiques sanitaires et la lenteur de la marche vers la santé pour tous.

L'expérience de l'action sanitaire coloniale et celle de la politique sanitaire du Conseil National de la Révolution (1983-1987) nous permettront d'illustrer nos propos.

LES ENJEUX DE L'"OEUVRE SANITAIRE" COLONIALE

Compte tenu du débat récent sur les bienfaits de la colonisation, il n'est pas inutile de rappeler les ressorts politiques et économiques de l'action sanitaire coloniale considérée par un certain nombre de personnes comme le bienfait incontestable de la colonisation ⁽¹⁾. Et comme le confirme l'étude ethnologique de Bernard Hours réalisée entre 1981 et 1983 ⁽²⁾, la santé publique coloniale est remémorée par beaucoup d'africains ayant connu l'époque coloniale, comme un ordre radieux. *"Dans le champ social de la santé, l'Etat allochtone antérieur est érigé par les patients en donateur d'une médecine gratuite et imaginativement égalitaire"*. Tout se passe comme si la préoccupation de l'Etat colonial avait été la mise en oeuvre du droit à la santé des "indigènes". Que montre l'histoire réelle de l'action sanitaire coloniale ?

Notons d'abord que la résistance des "indigènes" n'était pas le seul obstacle à la pénétration coloniale. Il y en avait un autre parfois plus redoutable pour les soldats coloniaux : les maladies infectieuses et parasitaires. Ainsi, lors de la "Campagne du Soudan" en 1884-85, les troupes coloniales avaient enregistré une mortalité globale de 28,21 % alors que la mortalité pour fait de guerre s'élevait à 1 % ⁽³⁾. Au cours de l'expédition de Madagascar en 1895, la colonne du général Duchesne a enregistré 5756 morts : parmi ces pertes humaines, 72 % ont été victimes du paludisme, 12 % de la fièvre typhoïde, 8 % de la dysenterie, 4 % de la tuberculose ⁽⁴⁾. Comme l'indique l'ancien médecin colonial Chippaux, l'action sanitaire avait pour but de *"rendre possible à nos troupes et aux éléments civils de colonisation qui les accompagnaient ou les suivaient, la vie dans un climat hostile et au milieu d'un contexte écologique inhabituel"* ⁽⁵⁾.

¹ - Cf. le plaidoyer du médecin général LAPEYSSONNIE dans son ouvrage intitulé La médecine coloniale. Mythes et réalités, Seghers, 1988.

² - B. HOURS, op. cit.

³ - Cf. CHIPPAUX, "Le service de santé pendant les opérations menées en Outre-Mer de 1870 à 1970", in Revue Historique de l'Armée, n° 1, 1972, pp. 14-25.

⁴ - LAPEYSSONNIE, op. cit., p. 105.

⁵ - CHIPPAUX, op. cit., p. 15.

2 -

Quant aux soins donnés aux "indigènes", ils étaient une condition de la reproduction de la force de travail que l'administration coloniale utilisait pour la culture du coton et de l'arachide, pour la construction des bâtiments administratifs et des voies de communications, pour la conquête. Écoutons ce que dit l'ancien médecin colonial Jean-Marie Lorrain : *"l'oeuvre médicale, ce n'est pas moi qui vais la sous-estimer. Tout de même, il y a aussi l'idée d'améliorer le cheptel local, source de tant de manoeuvres, de tant de tirailleurs"* ⁽⁶⁾. L'idée d'améliorer le « cheptel » local a été clairement exprimée par une circulaire ministérielle de 1924 relative à la mise en place de la médecine préventive dans les colonies : *"il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité. L'assistance médicale individuelle curative doit céder le pas à la médecine préventive et sociale, seule capable d'enrayer le développement des endémo épidémies et d'assurer le développement des populations"* ⁽⁷⁾.

Enfin, l'enjeu idéologique de l'action sanitaire coloniale était particulièrement important. Comme l'explique J.-P. Dozon, les autorités coloniales savaient que la réussite de leur "mission civilisatrice" dépendait largement de l'adhésion des populations. *« La pénétration pacifique par l'hygiène telle est, en une formule imagée, la politique préconisée où l'on prétend améliorer la santé des indigènes pour (...) leur faire admettre sans violence la supériorité du colonisateur, ou leur faire croire au bien-fondé de son oeuvre civilisatrice"* ⁽⁸⁾.

Rappelons à ce propos, la célèbre phrase du Maréchal Lyautey : *"envoyez-moi quatre médecins et je vous enverrai un bataillon"* ⁽⁹⁾.

Soyons clair : tout ce qui vient d'être dit ne remet nullement en cause la bonne foi et le dévouement de certains professionnels de la santé auprès des "indigènes", ni les retombées positives de l'action sanitaire coloniale (recul de certaines endémies, formation de personnels locaux, etc.). Mais la politique coloniale dans le domaine de la santé ne peut être appréciée objectivement en dehors de ses motivations profondes et uniquement à partir de ses effets positifs et du dévouement des personnels d'exécution.

ENJEUX DE LA POLITIQUE SANITAIRE SOUS LE REGIME DU CNR

Dans la Haute-Volta post-coloniale, la santé a été considérée pendant longtemps comme un secteur improductif, non rentable, d'où la part négligeable du budget national qui lui a souvent été consacrée. C'est essentiellement depuis l'adoption de la stratégie mondiale de la santé pour tous qui a mis en évidence les enjeux

⁶ - J.-M. LORRAIN, *J'étais médecin de brousse. 1941-1943*, Presses Universitaires de Bordeaux, 1990, pp. 48-49.

⁷ - Circulaire citée par Jean-Pierre DOZON, "Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil", in *Sciences Sociales et Santé*, vol. III, n° 3-4, p. 35.

⁸ - J.-P. DOZON, op. cit., p. 30.

⁹ - Le Maréchal LYAUTEY est cité par Chippaux, "Le médecin colonial, de la conquête à nos jours", in *Revue Historique des Armées*, 1970, n° 4, p. 170.

économiques de la santé⁽¹⁰⁾ qu'un discours (ou une lecture) économique sur la santé a commencé à prendre corps au Burkina. L'idée du développement des forces productives a été clairement exprimée depuis l'avènement du Conseil National de la Révolution⁽¹¹⁾. Cette déclaration du Président Blaise Compaoré illustre bien la nouvelle lecture économique de la politique de santé : *"Nous avons besoin de travailleurs robustes, de travailleurs sains. Ce qui veut dire que la bataille pour la santé est une grande bataille que nous devons gagner si nous voulons faire en sorte que dans notre combat pour l'accroissement des forces productives nous puissions trouver de plus en plus de bras forts, vigoureux, pour agir avec nous, pour construire notre pays, pour construire notre économie"*⁽¹²⁾.

Mais il convient de souligner que tous les régimes ont surtout utilisé l'action sanitaire à des fins politiques : la politique sanitaire est apparue comme un moyen de séduction politique. Les différents gouvernements ont souvent privilégié les proclamations ostentatoires mais non suivies d'effets (comme la citation précédente) sur la priorité accordée à la santé des populations, et les opérations politico médiatiques⁽¹³⁾.

Depuis l'indépendance du Burkina, c'est le régime du Conseil National de la Révolution (CNR) qui s'est le plus investi sous l'impulsion de son Président le capitaine Thomas Sankara), dans la "politique spectacle" et l'utilisation idéologique de l'intervention sanitaire. Deux opérations de grande envergure ont incarné cette politique : il s'agit de la "vaccination commando" et de l'opération "un village, un poste de santé primaire".

Ayant conquis le pouvoir non pas à la suite d'une insurrection populaire, ni conformément à une procédure démocratique préalable, le CNR était un régime en quête de légitimité intérieure et extérieure. Cela explique la "campagne d'illégitimation"⁽¹⁴⁾ qu'ont menée les artisans de la Révolution contre les anciens dirigeants du pays, et à l'inverse, la campagne intense de légitimation du CNR à travers un discours populiste et la proclamation de la volonté politique d'instaurer la démocratie et de réaliser le bien-être des masses populaires.

La "vaccination commando" avait pour objectif sanitaire d'enrayer de futures épidémies dévastatrices de rougeole et de fièvre jaune ; elle " était aussi une opération de rattrapage du Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui devait permettre aux services de vaccination de se concentrer désormais sur l'immunisation des nouveaux-nés. Le vaccin anti-rougeoleux devait être administré à tous les enfants de 9 mois à 6 ans, les vaccins contre la fièvre jaune et la méningite visant les enfants de un à quatorze ans. Les autorités sanitaires espéraient donc atteindre une

¹⁰ - Cette stratégie souligne en effet les rapports dialectiques entre la santé et le développement économique.

¹¹ - Cf. le Discours d'Orientation Politique du 2 octobre 1983.

¹² - Cf. allocution du Président du Front Populaire à l'occasion de la 36e journée mondiale des lépreux, in Sidwaya, n° 9218, 22 février 1989, p. 4.

¹³ - Inauguration en grande pompes de dispensaires ou de maternités construits grâce à l'aide internationale, visites médiatisées d'hôpitaux, etc.

¹⁴ - Expression empruntée à René OTAYEK.

couverture vaccinale totale, même au prix de quelques vaccinations inutiles (notamment en vaccinant des enfants déjà immunisés). La "vaccination commando" devait en outre, *"par un processus de mobilisation sociale, rendre la population consciente du besoin de vacciner tous les enfants"* (15). Selon les termes d'un journaliste du journal gouvernemental Carrefour Africain, elle devait *"créer le réflexe de vaccination chez les parents"* (16).

Sur le plan politique, cette opération devait prouver la volonté politique et la capacité du CNR à résoudre les problèmes sanitaires du pays ; elle devait montrer aussi les capacités du régime à *"mobiliser les masses autour de leurs intérêts légitimes"*. Le bilan dressé par le même journal confirme clairement cette idée : *"sur le plan politique, le succès est encore plus éclatant car tous les objectifs du CNR ont été atteints : l'effervescence des quinze jours de vaccination a montré la capacité du CNR à mobiliser en un court laps de temps et sur 274 000 km² de superficie, sept millions de militants autour de leurs préoccupations. Comme test du dynamisme des CDR, la vaccination commando a démontré l'efficacité de ces structures de mobilisation ; et la vaste participation populaire témoigne de l'engagement du peuple tout entier dans les CDR. Elle est aussi la concrétisation de l'adéquation du geste à la parole donnée par le CNR"* (17).

Quant au Ministre de la Santé de l'époque il déclarait ceci : *"notre révolution vient de montrer une fois de plus sa capacité à inventer son avenir en dehors de tous les schémas classiques préétablis"*.

En termes de bilan sanitaire, la vaccination commando a pu avoir quelques résultats positifs : la dynamique qu'elle a créée a permis de relancer le PEV à partir de 1985, et d'engager des programmes provinciaux de vaccination qui ont profité des acquis de la "vaccination commando" (couverture vaccinale de la majorité des enfants contre les trois maladies les plus meurtrières, renforcement des ressources matérielles comme les injecteurs et le matériel frigorifique).

Mais force est de reconnaître qu'elle a été surtout une opération politique et sur ce plan, le succès est éclatant. Comme l'opération « un village, un poste santé primaire », elle est encore citée sur le plan international comme un fait d'arme unique en Afrique.

C'est dans l'optique de la "méthode commando" que l'opération **"un village, un PSP"** a été décidée le 14 août 1985. Il s'agissait de doter dans un délai de cinq mois, chaque village d'un Poste de Santé Primaire, soit 7 285 PSP. L'objectif était de poser le plus rapidement possible les bases du système de soins de santé primaires conformément aux orientations de la programmation sanitaire nationale qui couvrait la période 1980-1990 (18). Ce sont les Hauts Commissaires des provinces, les

15 - Ministère de la Santé, Bureau UNICEF, op. cit., p. 306.

16 - Hamado NANA, "Opération vaccination commando. Quand le peuple relève un grand défi sanitaire", in Carrefour Africain, n° 859, 30 novembre 1984, p. 13.

17 - Carrefour Africain, n° 864-65, p. 21.

18 - Ces orientations ont été reconduites (avec quelques modifications) par le premier plan quinquennal de santé 1986-1990.

responsables CDR (Comités de Défense de la Révolution) des provinces et des départements, les bureaux CDR des villages, des secteurs urbains, les responsables et les personnels de santé publique qui ont été chargés de *"l'exécution stricte et effective"*. Cette opération apparaissait comme la mise en oeuvre du mot d'ordre de la Révolution *"la santé populaire par le peuple et pour le peuple"*.

Le poste de santé primaire (PSP) devait être la structure de base de la pyramide des soins de santé primaires, *"sa porte d'entrée, le premier contact des malades avec le système de santé"*. L'Etat fournissait 2 trousseaux auxquelles s'ajoutaient un vélo, des outils et matériels de travail comme un pic, une pelle, une brouette fournis aussi par l'Etat. L'agent de santé villageois (ASV) et l'accoucheuse villageoise (AV) dénommés agents de santé communautaires (parce que désignés par la communauté pris en charge par elle) constituaient les 2 piliers du PSP.

Quel a été le bilan de cette vaste opération nationale ? Comme l'indique le premier rapport de la Cellule de suivi des PSP, *"l'opération un village, un PSP est une réelle réussite si on considère le nombre de PSP mis en place"*.

En effet, au 30 avril 1987, 6 932 villages sur les 7 285 recensés étaient dotés d'un PSP (soit 95,15 % de couverture). De plus, 12 667 trousseaux avaient été distribués à 6 417 villages, 4 382 vélos fournis dans 29 provinces (sur 30), 6 101 brouettes, 5 896 pics et 5 940 pelles distribués. A la même date, des cellules de santé existaient dans la plupart des villages et secteurs ayant un PSP, et les ASC avaient été mis en place (14 000 agents ont été formés).

Ces résultats ont fait l'objet de beaucoup de publicité et ont émerveillé de nombreux observateurs étrangers. Ils ont été cités en exemple ou présentés comme une preuve de la faisabilité et de la vitalité de la stratégie des SSP en Afrique. Voici ce qu'en dit le docteur Bernard Topuz responsable santé de Frères Hommes : *"l'exemple du Burkina Faso dont je reviens frappe l'imagination. Dans un pays où les voies de communication difficiles, à la fois du fait de la faible infrastructure routière et de l'isolement forcé en saison de pluies, une grande campagne a été lancée "un village, un PSP"*. Après avoir précisé le contenu de l'opération, il ajoute : *"voici plantés au sein de leurs communautés, les catalyseurs de l'effort de promotion villageoise vers la santé"* (19). J'ai pu relever d'autres commentaires tout aussi enthousiastes dans Le Monde Diplomatique (n°398, mai 1987) et dans le Rapport de l'UNICEF sur La situation des enfants dans le monde en 1987.

Pourtant, le rapport de la cellule de suivi des PSP, l'expérience de certaines ONG sur le terrain, et l'enquête menée par Kamba André Soubeiga sur le fonctionnement des SSP dans la province de la Sissili (20) nous invitent à plus de modération. En effet, l'opération a été entachée d'insuffisances graves et fort nombreuses qui expliquent que peu de PSP ont été fonctionnels après leur mise en place.

Examinons quelques-unes de ces insuffisances :

19 - Le Monde, 31 janvier 1987.

20 - K.A. SOUBEIGA, Les stratégies des SSP au Burkina Faso. Mobilisation communautaire et logiques paysannes. L'exemple de la Sissili, Doctorat de Sociologie, Université de Bordeaux II, 1993.

- Selon les termes du rapport de la cellule de suivi, "*la sensibilisation pour la mise en place des PSP a été sûrement très insuffisante ou presque inexistante*" (²¹). Non seulement les animateurs chargés de la sensibilisation étaient en nombre insuffisant, mais ils n'avaient de surcroît reçu aucune formation ; et dans la majorité des cas, le matériel de sensibilisation qui aurait pu les guider est arrivé bien après l'opération. Ce qui fait dire aux rapporteurs qu'"*on est en droit de penser que la sensibilisation a été réduite à une simple information ou transmission de directive*". En somme, les responsables locaux de santé, les CDR, et les professionnels de santé ainsi que les populations ont purement et simplement exécuté une instruction politique "venant d'en haut" et qui ne pouvait être discutée.
- Le fonctionnement des cellules de santé villageoises (CSV) laissait à désirer. Les enquêteurs de la cellule de suivi ont ainsi relevé que dans beaucoup de CSV, certains membres ignorent leur appartenance à la CSV. En outre, les membres n'ont pas été formés pour assumer leurs tâches (tenue d'un cahier de gestion, animation dans le village autour des problèmes de santé, activités de promotion de la santé). Il n'est pas alors exagéré de dire que certaines CSV n'existent que de nom (²²).
- La prédominance des activités curatives dans les prestations fournies par les ASC. On a noté que les activités d'éducation sont souvent très réduites. L'enquête de K. A. Soubeiga a montré que ce sont les activités curatives qui valorisaient les ASC aux yeux des villageois ; ces derniers ont eu tendance à faire de leurs PSP des dispensaires
- En fait, la création massive de PSP dans un laps de temps aussi court, n'a pas tenu compte des capacités d'intégration des infrastructures existantes et des projets sanitaires en cours. Un rapport d'évaluation du projet de développement des SSP pour la période 1985-1987 dans la province de la Sissili, a mis en évidence le caractère anarchique, de la construction des PSP ; parmi les conséquences néfastes de cette création anarchique, le rapport cite la déprogrammation de projets provinciaux soutenus par des organismes d'aide internationale depuis plusieurs années, la mobilisation de ressources financières non prévues, la mobilisation inutile de la main-d'oeuvre et les difficultés accrues de supervision (²³).

Compte tenu de toutes ces lacunes et dysfonctionnements, on peut considérer que l'opération "un village, un PSP" a été un échec sur le plan sanitaire : l'objectif qui était d'accélérer les SSP grâce à l'édification de l'échelon élémentaire du système sanitaire, n'a pas été réalisé. D'ailleurs les PSP ont été définitivement abandonnés. Par contre, l'effet politique recherché a été atteint surtout à l'extérieur du pays.

²¹ - Le même constat a été fait par une étude consacrée au renforcement des SSP dans la province du Sanmatenga (centre nord). Cf. V. Campos DA SILVEIRA, B. OUEDRAOGO, "Renforcement des SSP. Projet PEDI/volet santé, province du Sanmatenga", in Les SSP. Expériences depuis Alma Ata, Institut Royal des Tropiques, Amsterdam, 1990, pp. 111-129.

²² - Pour une étude détaillée du fonctionnement des CSV et de leur insertion dans l'espace social et politique des villages se reporter à K. A. SOUBEIGA, op. cit., 2ème partie, Les ASC : facteurs et conditions de leur mobilisation, pp. 126-205.

²³ - Ministère de la Santé, DPS-Sissili, Rapport d'évaluation du projet de développement des SSP dans la province de la Sissili, sept/oct. 1987.

ENJEUX DE L'ACTION SANITAIRE DES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES OU L'ACTION SANITAIRE COMME AUXILIAIRE DE LA CONQUÊTE DES ÂMES

L'action sanitaire est partie intégrante de la mission globale des communautés religieuses, qui est de diffuser la foi religieuse. Cependant l'approche stratégique de l'activité sanitaire n'est pas mise en oeuvre de la même manière dans toutes les communautés. Entre les communautés chrétiennes (catholiques et protestantes) et la communauté musulmane, on note des différences qui se situent au niveau du discours (ou de la réflexion théorique) et des pratiques.

Chez les catholiques et les protestants, on a affaire à une démarche clairement conceptualisée et omniprésente dans le discours religieux. Dans ces communautés, il est question de pastorale sociale et d'oeuvre sociale des Eglises, ayant nécessairement une dimension sanitaire. Comme l'explique le père Celestino (en poste à la mission Camillienne du Burkina), « *l'annonce de la parole de Dieu a toujours été accompagnée ou précédée par les oeuvres socio sanitaires et socioreligieuses* ». La mission d'évangélisation comprendrait à la fois la propagation de la foi et le développement de l'Homme.

Selon le président de la Fédération des Eglises et Missions Evangéliques (F.E.M.E), les principes d'action des Eglises protestantes reposent sur le triptyque suivant : instruire, évangéliser, guérir (soulager la souffrance humaine). Et le coordinateur diocésain de l'Archidiocèse de préciser que « *Dieu n'a pas créé l'Homme pour qu'il soit malheureux* »²⁴. L'action sanitaire est conçue comme un auxiliaire de l'oeuvre spirituelle, à l'image - pourrait on dire - du rôle de pacificateur que le médecin a joué pendant la conquête coloniale.

Écoutons à ce propos le pape Paul VI s'adressant aux premiers Camilliens en partance pour Ouagadougou en 1966 : « *soigner les malades, c'est avoir à sa disposition un efficace moyen évangélique* ». Vingt-cinq ans après l'arrivée des Camilliens au Burkina Faso, le père Angelo Brusco (Père Supérieur des Camilliens Italiens) confirmait les paroles du pape : « *le service prêté avec amour aux personnes frappées par la souffrance physique et morale s'est ainsi confirmé instrument précieux pour annoncer l'Évangile, la Bonne Nouvelle du Seigneur* ».

En effet, la jeune paroisse Saint Camille fondée par la Mission Camillienne, comptait en 1967, 2745 catholiques pour une population de 18000 personnes; en 1990, elle comptait 22400 pour une population de 80000 habitants ; alors que le nombre

²⁴ - Le thème majeur de la pastorale sociale de l'Archidiocèse de Ouagadougou est ainsi libellé : « *parole, pain, par tous et pour tous* »

d'habitants a quadruplé, celui des catholiques a été multiplié par huit (dans le même temps, le nombre de musulmans est passé de 3500 à 20000, et celui des protestants de 35 à 2400). On peut raisonnablement attribuer l'accroissement du nombre de fidèles catholiques à l'action sanitaire de la Mission Camillienne, comme le montre la grande popularité des religieux et religieuses Camilliennes.

Bien que certains responsables s'en défendent, on retrouve aussi chez les protestants, cette approche instrumentale de l'action sanitaire. Certaines Eglises ont même été accusées de profiter de la construction d'infrastructures socio-économiques pour faire du prosélytisme. D'ailleurs, la fiche de suivi des projets réalisés par l'Office de Développement des Eglises (ODE) prévoit expressément l'évaluation de leur « *impact spirituel* ».

Par contre chez les musulmans Burkinabè, la vision stratégique de l'action sanitaire semble encore faible. Et la réflexion théorique sur l'oeuvre sociale de la communauté musulmane est plutôt pauvre : il semble que la majorité des fidèles capables d'investir dans le social ait une interprétation restrictive de la zakat ou aumône légale (troisième pilier de l'islam). Un article paru dans le L'Appel, journal de l'Association des Etudiants et Musulmans Burkinabè décrit bien la situation : « *ils sont encore nombreux ces musulmans qui considèrent la zakat comme un simple don ou une simple aumône qu'il faut donner aux pauvres ou aux griots pour s'attirer les bonnes grâces de ces derniers* », alors que « *la zakat peut et doit (...) servir pour la réalisation d'infrastructures socio-économiques ou de projets d'utilité publique* ».

Paradoxalement, l'absence des musulmans sur le terrain du social ne semble pas avoir constitué un handicap pour le développement de l'islam. Il existe donc d'autres ressorts à l'expansion de l'islam qui ne peuvent être traités ici. On peut donc dire que si l'action sanitaire peut être un auxiliaire de la conquête des âmes, il est difficile d'avancer qu'elle est un atout important dans le jeu de la concurrence entre les religions.

L'ENJEU ETHIQUE OU HUMAIN : LA REALISATION DU DROIT A LA SANTE

C'est évidemment l'enjeu majeur.

Le droit à la santé fait partie des droits économiques, sociaux et culturels garantis par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et par les constitutions africaines. En effet, l'article 16 de la Charte africaine proclame que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre* » ; cet article précise que les Etats « *s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* ». S'agissant des textes nationaux, la

constitution Burkinabè par exemple, énonce à l'article 26 que « *le droit à la santé est reconnu* » et que « *l'Etat oeuvre à le promouvoir* ».

Il faut reconnaître que l'affirmation du droit à la santé au Burkina soulève quelques interrogations. En effet, pour la majorité des populations africaines, la protection de la santé est du ressort des ancêtres, des devins, des marabouts, et de Dieu. Aussi, la misère sociale générale fait que l'amélioration de la santé n'est pas toujours perçue comme une priorité, même si le thème de la santé est omniprésent dans les formules usuelles de salutations. De plus, les pratiques politiques en vigueur au Burkina depuis une cinquantaine d'années n'en font pas un pays des droits de l'homme malgré les améliorations que l'on a pu observer.

De plus, les besoins sanitaires des populations Burkinabè, comme des pays africains, semblent relever surtout du registre de l'urgence, de l'ordre de la survie. Le profil sanitaire caractérisé par la prédominance des maladies parasitaires, infectieuses et nutritionnelles ainsi que l'insuffisance des services sanitaires élémentaires tend à justifier cette façon d'envisager les problèmes de santé au Burkina. On pourrait alors définir le droit à la santé comme le droit à la satisfaction des besoins sanitaires immédiats de la majorité des populations : droit de manger à sa faim, droit aux soins élémentaires, droit à l'assainissement de base. Ces besoins élémentaires doivent constituer les priorités des politiques sanitaires, mais ils ne peuvent à eux seuls fonder l'approche du droit à la santé.

Au delà d'une réponse adaptée à l'urgence sanitaire, le droit à la santé interpelle sur ce qui dans l'organisation et le fonctionnement de la société porte atteinte à la santé des individus ou participe à la détérioration de la santé. Le droit à la santé interroge aussi sur la manière dont les politiques sanitaires sont conçues et mises en oeuvre : comment les populations sont-elles associées à l'action sanitaire sous ces formes multiples (actions des Etats, des professionnels de santé, etc.) ? Autrement dit, quels sont le rôle et la place du citoyen face au pouvoir politique gérant la santé, face au savoir et au pouvoir des soignants ? Cette approche du droit à la santé ne constitue pas un luxe réservé aux pays nantis.

La pertinence et la dimension universelle d'une telle approche sont mises en relief par l'échec des politiques sanitaires fondées sur une démarche trop médicale et technocratique au Sud comme au Nord.

Il ressort de ces considérations que le droit à la santé est un droit de l'homme au contenu multiple.

Le droit à la santé : un droit d'accès aux services de santé

Sous cet aspect, le droit à la santé implique pour la société ou l'Etat l'obligation de mettre en place des équipements sanitaires orientés vers la gestion de toutes les formes de risques sanitaires et ouverts à tous et pas seulement aux indigents comme c'est la tendance actuellement en Afrique : on peut parler de droit d'accès aux soins curatifs et préventifs. Ce droit d'accès aux services de santé comporte des implications sans lesquelles il reste un droit théorique. Il s'agit de

- *l'accessibilité financière* (c'est incontestablement un des défis majeurs des politiques sanitaires en Afrique mais aussi dans les pays développés).
- *l'accessibilité géographique*. Celle-ci pose le problème de la répartition équitable des services et des personnels de santé sur l'ensemble du territoire national. Au Burkina, le rayon moyen d'action théorique des centres de santé est de 7,5 à 12,5 km. Les villes de Ouaga et de Bobo qui abritent 10% de la population totale, regroupent 53,7 % des médecins, 57% des sages femmes, 59% des pharmaciens, 33% des infirmiers.
- *l'accessibilité culturelle*. On entend par là, l'accès à la culture sanitaire, aux facteurs déterminants de la santé et de la maladie. Cela passe évidemment par une éducation pour la santé qui intègre les connaissances empiriques et les savoir faire des populations. L'accessibilité culturelle implique aussi que les conceptions et pratiques culturelles des populations doivent être prises en compte dans la conception et le fonctionnement quotidien des services. Il est bien évident que le principe de la prise en compte des cultures locales ne saurait justifier la complaisance à l'égard de certaines pratiques culturelles qui portent une atteinte grave à la santé : c'est le cas des mutilations sexuelles ou du gavage des jeunes filles (soumission à un régime alimentaire enrichi afin d'obtenir des mensurations féminines désirées).

Le droit à la santé : un droit à la protection contre les actions humaines préjudiciables à la santé

Selon cette interprétation classique, le droit à la santé renvoie à l'interdiction de porter atteinte à la vie, à la dignité, à l'intégrité physique, morale ou mentale, et de poser un acte susceptible de nuire à la santé. A ce contenu, il convient d'ajouter les agressions contre la santé qui trouvent leur origine dans l'organisation et le fonctionnement de la société, dans l'environnement social et économique des individus ; car les conditions de vie et de travail jouent un rôle déterminant dans l'état de santé d'un individu. Cf. la situation de nombreux manoeuvres et ouvriers Burkinabè qui travaillent sur les chantiers de travaux publics, dans l'extraction minière ou dans les exploitations agro-industrielles. Pour ces travailleurs, le droit à la santé a pour corollaire, le droit à une rémunération équitable et satisfaisante, le droit au repos, le droit à la sécurité sur le lieu de travail, le droit à une protection efficace contre les maladies professionnelles.

Mais force est de reconnaître que pour des raisons financières et de responsabilité familiale, les travailleurs concernés ont du mal à s'approprier une telle conception du droit à la santé. Certains considèrent même que ces conditions de travail préjudiciables à leur santé constituent la rançon du privilège d'exercer une activité rémunérée.

Le droit à la santé : un droit des individus et des communautés à la responsabilité en matière de santé

La responsabilisation des populations, des citoyens ou des patients est devenue ces dernières années un leitmotiv des discours politiques sur le développement socio-économique et sur la gestion de la santé. L'éloge de la responsabilité des citoyens

auquel on assiste au Nord comme au Sud apparaît souvent comme le corollaire de l'apologie du néolibéralisme, du désengagement des Etats. Les politiques libérales mises en oeuvre en Afrique ont eu des conséquences plutôt dramatiques pour la majorité des populations : développement d'un secteur sanitaire commercial financièrement inaccessible, hausse des prix des médicaments, dégradation des structures sanitaires publiques faute de financement approprié. On peut plaider pour une autre approche de la responsabilisation compatible avec le droit à la santé.

En plus d'une révolution nécessaire dans les relations entre les soignants et les patients, le principe de responsabilisation devrait se conjuguer avec la démocratisation de la gestion du système de santé. C'est dire que la politique sanitaire n'est plus conçue uniquement par les spécialistes médicaux, gestionnaires et politiques mais qu'elle devient l'affaire de toute la population. Concrètement, cela implique le contrôle des bénéficiaires de la protection sanitaire sur les institutions qui en ont la charge : structures de soins, d'élaboration et de gestion de la politique sanitaire. On retrouve le principe de la participation communautaire au développement sanitaire tel qu'il est promu par l'OMS et certaines ONG en Afrique. Selon l'OMS, les collectivités devraient participer à l'évaluation de leur situation sanitaire, à la définition des problèmes et à la fixation des priorités, à l'exécution des activités et à la surveillance de leurs programmes. Mais il faut reconnaître que les gouvernements africains et leurs techniciens des ministères de la santé ainsi que bon nombre d'assistants techniques de la coopération ont souvent réduit la responsabilisation à la participation matérielle (construction de dispensaire, activités d'assainissement) et financière (paiement des prestations de santé) des populations. Notons toutefois les tentatives de démocratisation dans le cadre de la décentralisation sanitaire (Mr Petitjean nous parlera cet après-midi des comités de gestion des centres de santé au Burkina).

Malgré les difficultés de sa mise en oeuvre, la responsabilisation / participation reste le garant à long terme, de la viabilité des systèmes de santé contemporains au Sud comme au Nord.

On se rend compte que le droit à la santé comporte assurément une dimension subversive aussi bien dans les sociétés du sud que dans celles du Nord.

En tant qu'acteurs de la solidarité internationale et partenaires des politiques de santé au Burkina quelle lecture faites vous de vos actions et comment percevez vous vos postures en se référant aux enjeux qui viennent d'être évoqués ?

PETITE HISTOIRE DES POLITIQUES DE SANTE

Depuis les indépendances des années 60, l'évolution des systèmes de santé en Afrique comme celui du Burkina a été marquée par 4 périodes (en simplifiant) :

- **1960 - milieu des années 70** : reproduction quasi intégrale avec moins de moyens de la médecine occidentale dominée par
 - une conception biomédicale et déshumanisée

- l'hospitalo-centrisme et la formation des médecins à l'occidentale
- la priorité à la médecine curative
- l'utilisation systématique des spécialités pharmaceutiques
- l'approche sectorielle ou programmes verticaux de santé (qui ont connu certains succès comme l'éradication de la variole, le recul de la lèpre et l'onchocercose ou cécité des rivières)
- la négation des médecines traditionnelles.

Cette période est aussi celle de la santé gratuite prise en charge par les Etats comme à l'époque coloniale.

A partir des années 70 : critique acerbe de ce modèle à la fois par un certain nombre d'ONG et par l'OMS qui a pourtant joué un rôle déterminant dans la reproduction de la médecine occidentale. On lui reproche son inadaptation aux problèmes de santé en Afrique, la non prise en compte des contextes culturels et socioéconomiques, son coût exorbitant, etc. Ces critiques sont inspirées entre autres par des expériences de santé communautaire dans divers pays de ce qu'on appelait le Tiers Monde : Chine, Cuba, Niger, Tanzanie, etc.

Cette remise en cause aboutit à l'adoption en 1978 de la stratégie des soins de santé primaires. Elle a pour objectif de rendre les services sanitaires de base accessibles à la majorité de la population. Elle se fonde sur

- une approche globale de la santé : on met ainsi l'accent sur la dialectique santé/développement socioéconomique, donc on remet en cause l'approche strictement biomédicale. On intègre l'idée que la santé est la résultante de plusieurs facteurs
- le développement de la prévention
- le principe de la participation communautaire à tous les stades des politiques de santé, donc une remise en cause de l'approche technocratique.
- la politique des médicaments essentiels
- l'intégration des médecines traditionnelles au système national de santé
- le principe de la coopération entre pays du sud.

Elle a donné naissance dans beaucoup de pays à un système de santé pyramidal.

Cette stratégie a été diversement appliquée selon les pays et selon les régions à l'intérieur de chaque pays : création autoritaire de postes de santé et de comités de santé, échec du bénévolat pour les agents de santé communautaire, non respect du mécanisme de référence, réticences de certains professionnels de santé, etc.

Milieu des années 80 : Nouvelle impulsion avec l'adoption en 1987 de l'Initiative de Bamako sous la forte instigation et l'accompagnement de l'UNICEF. La Banque mondiale et l'OMS ayant préparé le terrain idéologique par la diffusion massive de travaux d'économistes libéraux de la santé sur le financement des soins de santé en Afrique et dans les pays du Sud .

L'Initiative de Bamako avait pour objectif de redynamiser les SSP qui commençaient à s'essouffler. Il s'agissait :

- d'orienter les services de santé davantage vers les populations les plus vulnérables (enfants et femmes)
- de promouvoir les actions préventives à partir de la fourniture d'activités curatives très demandées par les populations
- de limiter les coûts des services grâce entre autres à l'utilisation systématique des médicaments essentiels génériques (MEG) et à une gestion rigoureuse des centres de santé. La politique des MEG connaît un coup d'accélération à la suite de la dévaluation du FCFA en 1994.
- d'assurer la continuité des services grâce à la généralisation du financement communautaire ; mais le problème de la prise en charge des indigents s'est révélé le défi majeur des politiques de financement communautaire. Par ailleurs, on a constaté une focalisation sur la gestion des médicaments et sur la participation financière au détriment de la participation des populations à l'analyse des problèmes de santé et aux prises de décisions les concernant.

Pour une critique outillée de la stratégie de l'Initiative de Bamako, se reporter à Valéry RIDDE, Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso. L'Harmattan, 2007.

Au cours de cette période, on a assisté à une privatisation accélérée de l'offre de santé : multiplication des cabinets de soins, des cliniques et des pharmacies privées notamment dans les centres urbains.

□ **Années 1990 à aujourd'hui : processus de réforme du système de santé axée sur**

- la mise en place d'une planification sanitaire (Plan National de Développement Sanitaire couvrant une période de 10 ans) ; décision prise à l'occasion de la 11^e conférence des partenaires du développement sanitaire. Le 1^{er} PNDS concerne la période 2001-2010. Il est accompagné de plans triennaux. Il est intégré au Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. Il a été évalué à 1 milliard d'euros et financé par un regroupement de donateurs bilatéraux (Pays Bas, Suède, France) et la Banque mondiale.

L'objectif général du PNDS est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. Pour atteindre cet objectif, il a été fixé 8 objectifs intermédiaires qui concourent à l'amélioration de la performance du système national de santé, à savoir

- Accroître la couverture sanitaire nationale.
- Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé.
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.
- Réduire la transmission du VIH.
- Développer les ressources humaines en santé.
- Améliorer l'efficacité des services de santé.

- Accroître les financements du secteur de la santé.
- Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.
- la politique sanitaire du Burkina s'est inscrite dans les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dont quatre des huit objectifs ont trait à la santé : éliminer l'extrême pauvreté et la faim, réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.
- la décentralisation du système de santé (on y reviendra plus en détail).
- la réforme hospitalière : les centres hospitaliers nationaux et les centres hospitaliers régionaux deviennent des établissements de santé publics à gestion plus autonome. Le rôle de l'hôpital est redéfini pour devenir un plateau technique spécialisé. Mais comme le note un document de la coopération Belge (juillet 2009), la qualité des soins hospitaliers ne s'est guère améliorée.
- la promotion de l'approche gestionnaire tout en louant la participation communautaire dans le cadre de la décentralisation du système de santé.
- la réforme pharmaceutique pour faire face aux difficultés d'approvisionnement en médicaments ; création de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) et de consommables médicaux
- Adoption de la Politique Nationale de Contractualisation en 2008 (on y reviendra)
- C'est aussi une période pendant laquelle le développement des structures sanitaires privées se poursuit.

LA DECENTRALISATION SANITAIRE AU BURKINA FASO

Depuis l'adoption de la loi n° 003/93/ADP du 7 mai 1993 portant organisation de l'administration et du territoire, le Burkina Faso est engagé dans un processus de décentralisation de ses institutions politiques, économiques et sociales. Dans ce processus, le secteur de la santé a eu quelques longueurs d'avance - elle serait même trop en avance - sur les autres secteurs, et notamment sur la décentralisation territoriale. La décentralisation sanitaire s'est traduite par la mise en place accélérée du système de santé de district (1993) et la création de régions sanitaires (1996), au moment où les membres de la CND étaient en train de réfléchir aux orientations de la décentralisation.

Le contexte de la décentralisation sanitaire au Burkina Faso : une crise sanitaire persistante

Comme dans beaucoup de pays africains, la décentralisation sanitaire est intervenue dans un contexte de crise sanitaire qui perdure depuis pratiquement cinq décennies. Déjà en 1978, l'adhésion des Etats africains à la stratégie des soins de santé primaires était fondée sur le constat de faillite de leurs systèmes de santé hérités de la colonisation. En 2010, on peut constater aisément que la révolution sanitaire annoncée pour l'an 2000 n'a pas été amorcée en Afrique : malgré quelques réussites

locales ou ponctuelles, le constat général est plutôt celui d'une aggravation de la crise des systèmes de santé. Les dimensions de cette crise sont multiples.

Il s'agit d'abord d'une crise du financement. Celle-ci résulte à la fois

- de l'insuffisance du financement public
- des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du financement communautaire
- et des problèmes de gestion des structures sanitaires (hôpitaux en particulier).

La dévaluation du franc CFA en 1994 n'a fait qu'étendre cette crise financière : augmentation du coût des médicaments et du matériel importés rendant ceux-ci inaccessibles à la majorité de la population.

L'une des conséquences de la crise du financement est la dégradation des prestations de santé dans le secteur public : ruptures de stock et pénurie quasi permanente de médicaments et de matériel médicochirurgical les plus élémentaires, détournement et trafic de médicaments, détérioration des bâtiments, démotivation des personnels mal payés et dépourvus de moyens, déshumanisation de l'accueil des patients (c'est ainsi que le Centre hospitalier national de Ouagadougou a reçu depuis plusieurs années le surnom d'antichambre de la mort). Comme l'a déjà montré Bernard Hours dans le cas du Cameroun, les formations sanitaires publiques en Afrique sont devenues des champs d'affrontements entre les citoyens, les personnels de santé et l'Etat²⁵. La crise des systèmes de santé est aussi une crise de confiance.

Enfin la pandémie du VIH/SIDA a non seulement révélé l'ampleur de la crise des systèmes de santé africains, mais elle a aussi précipité la fragilisation des services de santé²⁶.

Face à la déliquescence du secteur public, on observe entre autres

- l'essor spectaculaire du secteur sanitaire privé à but lucratif notamment dans les centres urbains (au Burkina Faso, le nombre des établissements sanitaires privés à but lucratif a plus que doublé entre 1990 et 1995, passant de 60 à 137 pour atteindre 309 en 2009),
- et le renforcement du secteur sanitaire confessionnel qui a traditionnellement joué le rôle de palliatif des carences de l'action sanitaire publique (en 2009, on comptait 76 formations sanitaires confessionnelles),

C'est dans ce contexte que le secteur sanitaire privé apparaît comme un partenaire normal ou incontournable de l'Etat dans le processus de décentralisation sanitaire.

²⁵ Bernard Hours, *L'Etat sorcier, Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan, 1985.

²⁶ Pour plus de détails, voir :

- Institut Panos, *Le vrai coût du SIDA, un nouveau défi au développement*. L'Harmattan, Paris, 1993
- Kambon G, Devarajan S, Over M, « Les effets économiques de l'épidémie de sida en Afrique subsaharienne », in *Revue d'économie du développement*, vol. 1, mars 1993
- Stéphane F. Tessier, « Epidémie à VIH, actions et programmes de santé dans les pays en développement : comment faut-il les repenser », in *Cahier Santé* 1993, 3, pp. 53-61

La décentralisation sanitaire : une mise en perspective historique

Au Burkina, l'organisation de la santé est passée d'une centralisation extrême à une déconcentration progressive de l'administration sanitaire puis au processus actuel de décentralisation²⁷.

La période 1960 - 1979 : centralisation extrême de l'administration sanitaire

Trois directions centrales du ministère de la santé (santé urbaine, santé rurale, pharmacie) coiffaient depuis Ouagadougou tous les services de santé; elles étaient rattachées à une direction générale de la santé publique. On notera que le champ d'action de la santé urbaine était limité aux villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Il convient de souligner également que cette centralisation était en partie le reflet d'une administration nationale embryonnaire, pauvre en ressources humaines.

La période 1980 - 1989 : déconcentration progressive de l'administration sanitaire et amorce d'une décentralisation technique

La déconcentration de l'administration sanitaire est amorcée au début des années quatre-vingts avec la mise en place des Directions départementales de la santé publique (DDSP). Ses services extérieurs avaient pour mission d'assurer l'exécution, au niveau régional, des programmes sanitaires définis par le ministère. Après la réorganisation du territoire (1983), elles deviennent, en 1985, les Directions provinciales de la santé, mais leur mission reste inchangée.

L'organisation pyramidale des services de santé (en application de la stratégie des soins de santé primaires) date de cette période. On rappellera que la base de la pyramide était constituée par les Postes de santé primaires (PSP). Les PSP constituaient un niveau élémentaire de prise en charge de la santé par des agents non professionnels (les agents de santé communautaire). Mais comme indiqué plus haut, ce niveau a été supprimé.

Désormais, le premier contact avec des professionnels de la santé (infirmiers notamment) s'effectue dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Le Centre médical (CM) ou le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) constituent le premier niveau de recours médicalisé, disposant d'au moins un médecin assisté par des infirmiers et des sages femmes. Les Centres hospitaliers régionaux (CHR) correspondent au niveau de soins curatifs spécialisés et servent (en principe) de recours aux CM et aux CSPS. Les Centres hospitaliers nationaux (CHN) de Bobo Dioulasso et de Ouagadougou forment le niveau supérieur de la pyramide ; ils disposent d'un plateau technique plus important, de services plus diversifiés et d'un personnel plus étoffé et plus qualifié.

²⁷ Pour un historique détaillé de la décentralisation sanitaire au Burkina, voir Abel BICABA, Ousmane OUEDRAOGO, Yacouba ZINA. *Etude sur la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*. Rapport présenté lors de l'atelier national sur la décentralisation. 26-27 juin 1995, Ouagadougou.

Les années quatre-vingts sont également marquées par l'ébauche de la décentralisation des services de santé. Les juristes parlent à ce sujet, de « *décentralisation technique* », forme juridique d'intervention économique et sociale de l'Etat qui consiste à accorder une autonomie de gestion à certains services publics. Ainsi, de 1982 à 1989, des établissements publics à caractère industriel et commercial et des sociétés d'Etat ont été créés dans le secteur pharmaceutique (Office national d'approvisionnement pharmaceutique, Société nationale d'approvisionnement pharmaceutique, laboratoire des Médicaments du Faso). Par ailleurs, un Office de santé des travailleurs (OST) ayant le statut d'établissement public à caractère administratif est créé en 1987.

La période 1990 - 1993 : extension de la décentralisation technique

A partir des années quatre-vingt dix, la décentralisation s'étend à d'autres secteurs de la santé, celui des soins en particulier. Ainsi le décret du 18 mai 1990 a érigé les CHN et les CHR en établissements publics autonomes. Puis un décret du 25 juillet 1991 accorde l'autonomie de gestion financière aux autres formations sanitaires publiques dénommées par la même occasion « *centres de santé périphériques* ». Aux termes du décret du 31 octobre 1995 portant statut des comités de gestion des formations sanitaires périphériques, celles-ci sont gérées par un « *organe de gestion participative Etat - Communauté à but non lucratif* ».

La création des **districts sanitaires** en 1993 (cf. Arrêté du 30 novembre 1993) et des régions sanitaires en 1996 peuvent être considérées comme une « mini révolution » dans l'organisation du système de santé Burkinabè ; elles constituent en tout cas un approfondissement du processus de décentralisation sanitaire.

L'approfondissement de la décentralisation sanitaire et ses difficultés

Il convient de souligner avec force que les institutions de la coopération sanitaire internationale ont joué un rôle déterminant dans cette réorganisation du système de santé. Comme le précise l'étude de Bicaba Abel et alii, « *pour l'essentiel, l'évolution de l'organisation du système de santé vers la mise en place de districts opérationnels tire sa motivation de l'influence exercée par les orientations internationales à travers l'OMS, promoteur de ce concept, mais aussi de la Banque mondiale dont le soutien au système de santé national de santé en faisait une conditionnalité* »²⁸.

Mais que recouvre le concept de district sanitaire ?

L'arrêté précité définit le district sanitaire comme étant « *l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé. Il englobe :*

- *toutes les structures sanitaires situées dans ses limites géographiques,*

²⁸ A. Bicaba, op. cit., p. 29.

- *une population de responsabilité bien définie* ; un district pouvant couvrir une population de responsabilité de 150 000 à 200 000 habitants²⁹.

Entre 1993 et aujourd'hui, 63 districts ont été créés.

Le management du district sanitaire est assuré par une « *équipe cadre de district* » placée sous la responsabilité d'un médecin-chef (nommé par le ministre). **L'équipe cadre de district** (ECD) a autorité sur l'ensemble des ressources humaines, et gère les ressources matérielles et financières allouées au district. Elle est chargée de la planification des activités de soins cliniques, de supervision, de formation, de gestion et de recherche en santé. Chaque année, les districts reçoivent du ministère un document appelé « Cadre et directives de planification » qui leur sert de référence. Beaucoup de responsables de district reprochent à ce document d'être trop détaillé et de ne pas prendre en compte les spécificités locales.

A côté de l'ECD qui peut être considérée comme l'organe exécutif du district, il existe un **Comité de santé de district**, une sorte de conseil d'administration rassemblant les représentants de tous les acteurs directs et indirects du développement sanitaire au sein du district. Le Comité de santé de district (CSD) a pour mission, l'adoption des plans de développement sanitaire et du budget du district, le contrôle de la gestion, le suivi de la mise en oeuvre des plans du district.

Les formations sanitaires du district sont organisées en deux échelons : le premier est constitué par le CSPS, le second échelon (ou échelon de référence) est le CMA³⁰. Chaque formation sanitaire doit être en mesure de fournir un paquet minimum d'activités en rapport avec les ressources humaines et l'équipement technique dont elle est dotée. Chaque district doit disposer aussi d'un dépôt répartiteur de médicaments essentiels génériques et de consommables médicaux.

En ce qui concerne les ressources financières des districts, l'Etat continue à financer les coûts des investissements et contribue au financement des dépenses de fonctionnement. L'autre partie des frais de fonctionnement doit être couverte par les recettes des formations sanitaires.

Bien que les districts sanitaires soient des unités opérationnelles décentralisées, ils bénéficient de l'appui technique des directions centrales du ministère.

L'expérience de l'installation des districts montre que la présence d'un partenaire extérieur qui apporte son appui technique, logistique et financier est l'un des facteurs décisifs de la mise en route d'un district. Tel est le cas du district de Houndé (province du Houet) qui bénéficie du soutien actif de la Mission de coopération française ; c'est aussi le cas du district Paul VI (à Ouagadougou).

²⁹ Pour plus de détails sur le concept de district sanitaire, se reporter à la description détaillée qu'en fait l'OMS dans un de ses documents de référence : OMS-Comité régional de l'Afrique. *Appui aux soins de santé primaires. Le rôle du district dans l'accélération de la santé pour tous les africains*. Discussions techniques, 37ème session, Bamako, 9-16 septembre 1987.

³⁰ La réalisation des CMA est prise en charge par la Banque mondiale dans le cadre du Projet de développement santé et nutrition, mais ce projet ne concerne que 23 CMA. Les CMA sont dans la majorité des cas des CM avec antenne chirurgicale,.

S'agissant des **Directions régionales de la santé (DRS)** créées par le décret du 3 juillet 1996, elles constituent le nouveau cadre administratif de la décentralisation sanitaire. Elles remplacent les Directions provinciales de la santé inadaptées pour la coordination des districts. Selon ce décret, les DRS sont désormais « *le relais obligatoire entre le niveau central et les districts sanitaires* ». Elles ont pour mission de mettre en oeuvre la politique sanitaire du gouvernement, et d'assurer la coordination, la supervision et le contrôle des districts sanitaires.

Elles s'ajoutent à des découpages régionaux déjà réalisés - sans concertation - par d'autres secteurs ministériels comme l'éducation et l'agriculture. Il se trouve que les limites géographiques et donc les populations de responsabilité ne sont pas toujours identiques. Une telle situation rend impraticable l'approche multisectorielle et intersectorielle qui est pourtant l'un des principes directeurs du système de santé de district. De plus, elle désoriente les populations constamment appelées à « *participer* » à une multitude de structures communautaires qui s'ignorent entre elles.

Comme cela a été suggéré par certains techniciens du ministère, il aurait été plus opportun de poursuivre l'amélioration des services sanitaires et de renforcer les capacités de gestion des formations sanitaires, pendant que mûrissait la réflexion sur la décentralisation territoriale et ses implications socio sanitaires.

En effet, les régions, collectivités territoriales ne voient le jour qu'avec la loi de décembre 2004 nommée « Code général des collectivités territoriales au Burkina Faso ». Ce texte redéfinit le cadre territorial de la décentralisation et les compétences des différents niveaux de décentralisation. La **commune devient la collectivité territoriale de base sur l'ensemble du territoire (on parle de communalisation intégrale) tandis que la région est à la fois une collectivité territoriale et une circonscription administrative**. Cf. la carte de l'organisation administrative et territoriale du Burkina. Dans ce nouveau contexte, les collectivités territoriales ont pour rôle de : promouvoir les activités entrant dans le cadre de la santé par l'organisation et l'animation de structures appropriées, élaborer et mettre en oeuvre un plan de gestion des biens meubles et immeubles transférés, prévoir dans leur budget annuel les ressources financières nécessaires pour l'entretien des biens meubles et immeubles transférés, assurer le contrôle et le suivi des ressources matérielles et financières allouées. Il est prévu de régionaliser le recrutement du personnel, ce qui pourrait permettre un rééquilibrage de la répartition des personnels mais cela présente un risque de clientélisme.

En raison des transferts de compétences qu'elle met en place, la décentralisation territoriale fait des régions et des communes de nouveaux acteurs majeurs dans la gestion de la santé. En effet, **le décret du 15 mai 2006 précise ce transfert : « Sont transférées aux communes urbaines les compétences ci-dessous : la construction et la gestion des formations sanitaires de base, l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique et la prise de mesures relatives à la prévention des maladies, la prise de mesures d'hygiène et de salubrité dans leur ressort territorial, le contrôle de l'application des règlements sanitaires. »**

En 2009, les 351 communes ont signé avec l'Etat des protocoles consacrant le transfert de 1441 formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires, maternités) avec le patrimoine y afférant. Les personnels en service dans ces formations sanitaires ont été d'office mis à disposition des communes soit près de 5000 agents de santé placés sous la gestion des communes. **Les CMA auraient dû être transférés aux Conseils régionaux mais ce transfert interviendra au plus tôt en fin 2010.**

Des collectivités territoriales commencent à construire des formations sanitaires grâce à des fonds de la coopération décentralisée par exemple. On peut relever le risque accru de déséquilibres entre collectivités territoriales en raison de l'inégale répartition des conventions de coopération décentralisées : certains élus ont un capital de relations à l'international que d'autres n'ont pas.

Aujourd'hui, la décentralisation sanitaire présente de nombreuses faiblesses qui pourraient hypothéquer sa réussite.

- la difficulté majeure réside dans la capacité des collectivités territoriales à prendre le relais de l'Etat dans la gestion des infrastructures sanitaires transférées : budgets locaux insuffisants, capacités organisationnelles faibles dans la plupart des communes, manque d'expérience dans la gestion des infrastructures. Hormis Ouaga et Bobo, les autres communes ne disposent pas de ressources propres au plan humain et financier. Le transfert de ressources est en retard sur celui des compétences.
- faiblesse de l'appui apporté par les régions sanitaires aux districts en raison de l'insuffisance de personnel qualifié dans certaines régions sanitaires.
- inégale dotation des districts en personnel qualifié et en moyens matériels. Par exemple, 12 districts ne disposent pas de blocs opératoires.
- inadéquation entre le découpage administratif et celui des districts.
- inégalité au niveau de la taille des populations de référence. Dans certains districts, cette population est supérieure de 4 à 5 fois la norme.
- certains districts ont un nombre trop élevé de centres de santé, d'où des difficultés pour la supervision.

On peut dire qu'il y a nécessité impérieuse de renforcer les capacités des districts et des collectivités territoriales sur le plan humain financier, matériel, Un nouveau découpage des districts sera nécessaire pour tenir compte de la décentralisation territoriale. Il y a là un champ d'action possible pour les acteurs de la solidarité internationale.

LA POLITIQUE CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE

La **politique de contractualisation** adoptée en novembre 2008 vise tous les acteurs publics et privés, nationaux et extérieurs du système de santé : services centraux du ministère, les administrations déconcentrées, les hôpitaux, les organismes d'assurance, les ONG nationales et internationales, les confessions religieuses. Elle est une réponse à la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé du 28 mai 2003 invitant les Etats à « élaborer des politiques contractuelles qui maximisent

l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur, Elle se fonde sur l'insuffisance des moyens de l'Etat et les difficultés à atteindre les objectifs sanitaires du millénaire notamment, la réduction de la mortalité infantile de 2/3 , la réduction de la mortalité maternelle de 3/4 , la lutte contre le Sida, le paludisme et les autres maladies endémiques. Elle part aussi du constat que le secteur privé joue un rôle important et croissant dans la fourniture des services de santé mais que les politiques gouvernementales n'en tiennent pas compte suffisamment.

La question majeure est comment mieux orienter les ressources publiques et mobiliser davantage les ressources privées existantes pour la réalisation des objectifs de santé publique ? L'une des finalités de la politique de contractualisation est de canaliser les apports des autres partenaires aussi bien nationaux qu'étrangers vers les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire.

Aux mauvaises langues qui prétendent que c'est une voie ouverte vers une privatisation plus poussée de la santé, le ministre de la santé a déjà répondu qu'il n'y aura pas de désengagement de l'Etat. Et à ceux qui craignent un détournement des ressources, il a dit que les partenaires du Burkina peuvent faire confiance à l'Etat : « *je voudrais (,,,) rassurer les partenaires engagés dans le processus (de contractualisation) que leurs contributions techniques et financières seront utilisées avec la plus grande rigueur* » (discours lors de la campagne d'information sur la contractualisation dans le centre est en 2008, in Sidwaya 15 octobre 2008).

Concernant les ONG et les associations, on rappellera que depuis 2004, toute ONG ou associant désirant intervenir dans le secteur de la santé, doit négocier et signer un contrat de collaboration avec le ministère de la santé.

Ces contrats sont des conventions cadres qui fixent les engagements réciproques de l'Etat et de l'ONG ou association ainsi que les principes devant guider leur partenariat. Qu'en est il de vos expériences respectives ?

REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SANTE, DE LA MALADIE

Transition avec l'intervention de Mme Ferron sur l'éducation pour la santé : les cibles de l'éducation pour la santé ne sont pas des cruches vides qu'il faut remplir de connaissances. Les discours des professionnels de la santé et les services de soins font toujours l'objet d'une réinterprétation par les populations à partir de leurs représentations de la santé et de la maladie.

La caractéristique essentielle des représentations de la santé et de la maladie pour la majorité des Burkinabè réside dans leur **dimension magico-religieuse**. Selon cette conception, il n'y a pas une séparation nette entre santé et malheur (ou infortune), entre santé biologique, psychique, et harmonie avec son environnement humain (naturel) d'une part, et son environnement surnaturel (invisible) d'autre part. Nous sommes en présence d'une **conception holiste (globale) de la société** où l'homme, la nature et le surnaturel exercent une influence sur la santé et le bien être. La santé n'est pas seulement un état individuel, elle est aussi le bien être du groupe

auquel on appartient. Elle renvoie à l'harmonie avec soi même, avec le groupe, avec le monde invisible.

La maladie se caractérise par un trouble physique, un désordre biologique ou psychique qui peut être la manifestation d'une rupture de la communication ou de l'harmonie entre les univers visible et invisible, entre l'individu et son groupe d'appartenance. Elle peut être le résultat de la transgression d'un interdit, d'un espace social sacré (bois sacré, territoire des habitants de l'invisible), d'une faute commise, d'un sort jeté par un ennemi, etc. Volonté divine, destin, mauvais sort, colère et inclémence des esprits, sont autant de registres explicatifs de la maladie. On parlera alors de "maladies persécution", "maladies sanction", "maladies des génies", "maladies de Dieu". Mais il peut y avoir des explications naturelles comme l'exposition à l'humidité ou au soleil, l'alimentation, etc.

Cette conception magico-religieuse ne fait pas obstacle à la perception des symptômes objectifs de la maladie tels que la biomédecine peut les identifier.

Ainsi, une enquête sur les représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans dans 18 villages de la région sanitaire du Houet (en 2001), a montré une convergence entre les symptômes diagnostics du Programme national de lutte contre le paludisme et ceux des enquêtées (les mères) en ce qui concerne l'identification des formes simples et graves du paludisme. Les divergences apparaissent au niveau de l'étiologie (causes de la maladie). Il ressort de la même enquête que pour 14,3% des personnes interrogées, le paludisme chez l'enfant peut être l'expiation d'une faute commise par un des parents (rapports sexuels avant le sevrage de l'enfant, adultère) ou l'effet d'un sort ou d'une malédiction. Si certains font le lien entre la piqûre par un moustique et le paludisme, ils estiment que seule la personne non protégée sur les plans physique et mystique peut « attraper » le paludisme par cette piqûre.

Cette approche a bien évidemment des conséquences sur le système de protection contre la maladie, sur les choix et les itinéraires thérapeutiques.

La protection de la santé relève de la compétence des dieux, des esprits dont l'aide peut être sollicitée par l'intermédiaire des devins, guérisseurs, marabouts. Et pour être protégé de la maladie ou pour recouvrer la santé, on a intérêt à suivre un certain nombre de normes de comportement, par exemple :

- respecter quotidiennement le milieu physique de vie et les espaces sacrés, ce qui fait dire au professeur CAMARA³¹ que la pensée africaine en matière de santé est une écologie appliquée.
- respecter les morts et maintenir de bonnes relations avec les ancêtres.
- respecter les règles élémentaires de la vie en communauté.

En d'autres termes, on a droit à la protection des ancêtres et des "génies protecteurs" contre la maladie, le mauvais sort ou la sorcellerie, à condition d'être en règle avec eux. On a droit aussi à la protection du groupe d'appartenance, du chef de

³¹ - Professeur d'anthropologie à l'Université Bordeaux 2

famille ou du chef politique³² à condition que l'on remplisse ses obligations de membre solidaire de la communauté.

En cas de maladie, on aura recours au

- Devin, celui qui détient le pouvoir surnaturel de communiquer avec le monde de l'invisible, qui peut servir d'intermédiaire entre le visible et l'invisible. Il communique aux vivants les actes (sacrifices notamment) à accomplir pour protéger les membres de la famille et du groupe social. Le devin joue aussi un rôle fondamental dans le maintien de la cohésion sociale.
- Guérisseur ou tradipraticien qui soigne le trouble physique ou biologique en prescrivant des produits d'origine végétale, animale ou minérale, La composition des produits ou leur prise peut être accompagnée de rituels (qui conditionnent leur efficacité).
- Marabout.

S'agissant des itinéraires thérapeutiques (ou de soins), on peut noter que l'efficacité de la biomédecine est reconnue et même recherchée par les Burkinabè : on lui accorde le pouvoir de guérir un certain nombre de troubles physiques par les piqûres ou les comprimés mais elle n'apporte pas d'explication sur le sens des maladies. Elle ne permet pas de comprendre pourquoi la maladie est arrivée et à ce moment précis. En pratique, thérapies traditionnelle et biomédicale coexistent : l'une explique le pourquoi de la maladie, l'autre traite le comment. **On parle de syncrétisme thérapeutique ou de système médical pluriel.**

MEDECINE TRADITIONNELLE

Ci-dessous un article synthétique pour nourrir notre échange.

« A l'instar des autres pays en développement, les Burkinabè en grande majorité font appel à la médecine traditionnelle pour leurs besoins de santé. Et ce phénomène n'est pas spécifique au milieu rural où l'on pourrait penser que les facteurs socio-économiques et les difficultés d'accès aux centres de santé freinent l'accès des populations à ces centres. Même dans les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo-dioulasso on a fréquemment recours à la médecine traditionnelle. Celle-ci mobilise d'importantes ressources financières et on estime à plus de dix (10) milliards le chiffre d'affaire annuel des vendeurs de plantes médicinales au Burkina Faso.

La médecine traditionnelle assurait la couverture des besoins sanitaires des communautés avant la période coloniale, au cours de laquelle elle sera interdite par le colonisateur au profit de la médecine conventionnelle. Son exercice sera juste toléré après les indépendances. La médecine traditionnelle a connu un nouvel essor

³² - Ceux-ci ont des obligations en matière de protection de la santé de la communauté : faire des sacrifices pour bénéficier de la protection des dieux et des ancêtres, consulter le devin pour obtenir l'explication de la maladie d'un membre de la communauté.

à partir de 1978. En effet, l'OMS à travers la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma Ata en 1978 préconisa pour la première fois l'implication du savoir médical traditionnel dans les soins de santé des populations. La déclaration d'Alma Ata mentionne dans son chapitre VII-7 que les soins de santé primaires *"font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières...ainsi que, s'il y a lieu, aux praticiens traditionnels - ... pour répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité"*.

Les années 1980 virent la naissance de l'Institut de Recherche sur les Substances Naturelles (IRSN) devenu aujourd'hui Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS). Il faut cependant attendre 1994 pour voir la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle dans la loi portant code de santé publique. L'exercice de la médecine traditionnelle est donc autorisé au Burkina Faso.

La Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) notamment sa section Direction de la Promotion de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles (DMPT) est en charge de la politique nationale de médecine et pharmacopée traditionnelles. La DGPML organise fréquemment des activités de promotion de la médecine traditionnelle. Des rencontres internationales comme le Congrès International de Phytothérapie de Ouagadougou (CIPO) sont organisées pour favoriser des partages d'expérience entre les scientifiques, tradipraticiens et étudiants du monde entier. Le Département de Médecine et Pharmacopée traditionnelles (MEPHATRA) de l'IRSS est chargé des recherches sur les plantes médicinales. Il dispose d'une unité de production de phyto-médicaments et de médicaments génériques (UPHARMA). Les nombreuses recherches ont permis de valider de nombreuses recettes traditionnelles et certaines recherches ont abouti à la fabrication de phyto-médicaments. Le FACA, phyto-médicament antalgique de la crise drépanocytaire, est un exemple très illustratif de l'important travail mené par cet Institut. Des structures privées de production de phyto-médicaments sont également installées sur le territoire. On peut citer les laboratoires PHYTOFLA et GAMET qui ont leurs produits disponibles sur le marché national et sous-régional.

La médecine traditionnelle est très utilisée, reconnue et règlementée au Burkina Faso. Il faut cependant faire la différence entre les tradipraticiens de santé et les "charlatans" et "magiciens". Les tradipraticiens de santé sont reconnus par la communauté comme compétents pour diagnostiquer, prévenir et guérir les maladies en utilisant des préparations médicinales à base de plantes et/ou de minéraux ; les "magiciens" se fondent sur des forces à caractères spirituels pour soigner les maladies. Les "charlatans" quant à eux profitent de la crédulité des clients pour vendre leurs produits. »

Par Ibrahim LEGA, <http://www.lafia.info/>, 2 janvier 2010

En effet, un décret du 30 décembre 2004 précise les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle et sa collaboration avec la médecine moderne. Mais l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle présente des enjeux que Didier FASSIN, anthropologue, médecin et sociologue nous rappelle en ces termes : *« sous prétexte de revaloriser les médecines traditionnelles, on (les Etats) cherche à s'assurer la mainmise sur un secteur toujours suspect de constituer un contre-*

pouvoir. Le dispositif comprend la sélection et l'encadrement des thérapeutes, la séparation de leurs fonctions sociales et de leurs compétences thérapeutiques, la négation des dimensions magico religieuses de leurs pratiques et la reconnaissance des seules vertus des pharmacopées. Le tradipraticien devenu herboriste aspire à rapprocher ses méthodes et son savoir de ceux de la médecine à l'aune de laquelle il se juge et dont il attend une reconnaissance. »

Raymond Monné, docteur en Droit de la santé
Contact : raymonne@modulonet.fr

ANNEXES

1-Carte des districts sanitaires au Burkina Faso

2- Organisation administrative et territoriale du Burkina Faso

CARTE DES DISTRICTS SANITAIRES DU BURKINA FASO



ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET TERRITORIALE DU BURKINA FASO

DECENTRALISATION COLLECTIVITES TERRITORIALES

Le Burkina Faso est organisé en collectivités territoriales : les régions et les communes. Les Collectivités Territoriales sont des entités décentralisées dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Chaque **région** (il en existe 13) est administrée par des organes élus comprenant le conseil régional (l'organe délibérant) et le président de conseil régional (l'organe exécutif). C'est un échelon de coordination du développement local.

On distingue les **communes urbaines et les communes rurales**. Chaque commune est administrée par des organes élus comprenant le conseil municipal (l'organe délibérant) et le Maire (l'organe exécutif). On compte 351 communes. La commune est la collectivité territoriale de base. Le village n'est plus une circonscription administrative.

Certaines communes urbaines peuvent être érigées en **commune à statut particulier** (c'est le cas de Ouaga et de Bobo). La commune à statut particulier est composée d'arrondissements administrés par des conseils d'arrondissement et des maires d'arrondissement.

Dans chaque village de la commune, la loi prévoit la création d'un **conseil villageois de développement**.

REPRESENTATION TERRITORIALE DES SERVICES DE L'ETAT

La représentation des services de l'Etat sur le territoire du Burkina Faso se fait au moyen de la déconcentration. La déconcentration est un aménagement du pouvoir central consistant en une délégation de certains pouvoirs au profit de responsables locaux des services administratifs sur lesquels continue de s'exercer le pouvoir hiérarchique.

Organisation locale des services de l'Etat

- 13 **régions** ayant chacune à sa tête un Gouverneur de région secondé par un Secrétaire Général de région. Ils sont nommés en conseil des ministres sur proposition du Ministre en charge de l'administration du territoire. La région constitue le niveau local de déconcentration et doit servir de référence à tous les ministères pour la déconcentration de leurs services.
- 45 **provinces** dirigées chacune par un Haut Commissaire assisté d'un Secrétaire Général de province. Ils sont nommés en conseil des ministres sur proposition du Ministre en charge de l'administration du territoire.
- 350 **départements** ayant chacun à sa tête un Préfet, nommé en conseil des ministres sur proposition du Ministre en charge de l'administration du territoire.