

Ce volume est le résultat de travaux de recherche menés dans le cadre du Pôle d'Excellence "AfricaMultiple" à l'Université de Bayreuth, financé par la Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, Fondation allemande pour la recherche), en droite ligne de la stratégie allemande pour l'excellence -EXC 2052/1-390794 VV.

Le concept de « Spatialités » offre l'occasion de se concentrer sur les différences, les similitudes, les relations et les innovations entre les espaces sociaux des acteurs, des actions et des institutions à divers endroits, villes et régions. Celui d'innovations, lié aux différentes interprétations des spatialités, est perçu non seulement comme des lieux de création et du renouveau, mais également, comme relevant des mouvements socio-politiques et artistiques dans les savoirs locaux. La combinaison de ces deux concepts permet de réfléchir sur leurs dimensions multiples (sociales, politiques, culturelles, linguistiques, anthropologiques, technologiques, etc.) dans un regard inter/pluridisciplinaire.

S'appuyant sur les deux concepts-clés, « spatialités » et « innovations », un colloque international s'est tenu à Ouagadougou du 06 au 08 mars 2023 sur la thématique « Perspectives multiples sur les spatialités et innovations en Afrique de l'Ouest francophone ». L'objectif du colloque était d'offrir une opportunité d'échanges et de partages des résultats de recherche sur les multiples formes de spatialités dans leurs articulations avec les processus d'innovations sociales, politiques, culturelles et technologiques, ou encore, de saisir les tendances convergentes et divergentes au sein des arrangements spatiaux émergents dans différentes sociétés.



ISSN (imprimé) 2710-4249



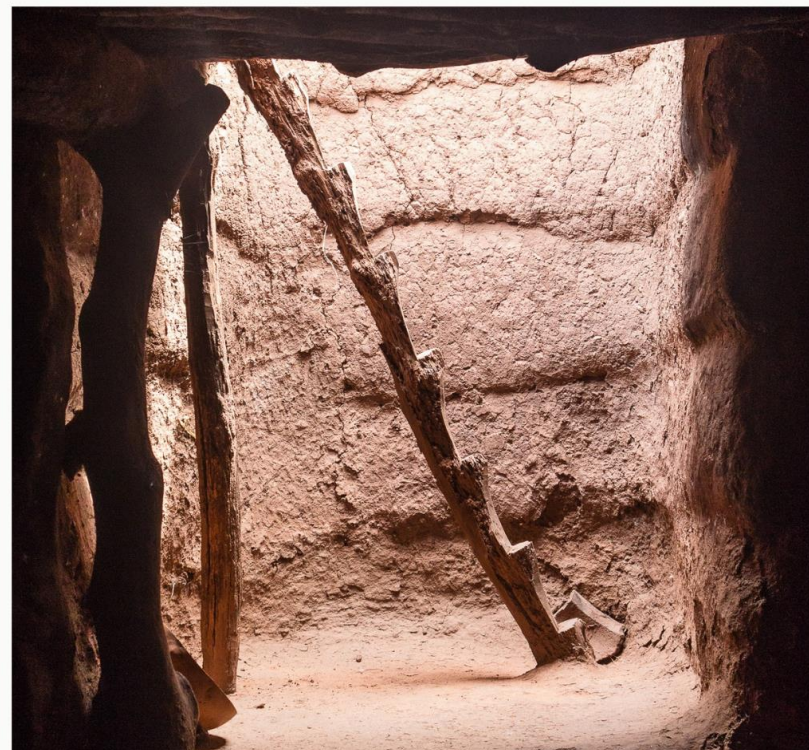
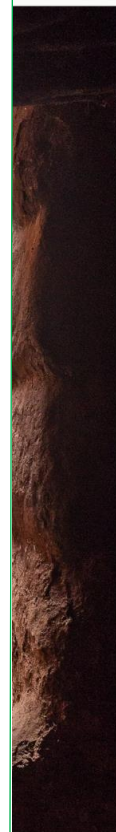
e-ISSN (en ligne) 2789-0031



DJIBOUI Revue Scientifique des Arts-Communication N°04 Hors-série
Lettres, Sciences Humaines et Sociales Mars 2024



DJIBOUI
Revue des Arts-Communication, Lettres,
Sciences Humaines et Sociales



Coordination de l'ouvrage:
Yacouba BANHORO, Maître de Conférences (UJKZ),
Ousséni SORE, Maître-assistant, (UJKZ)
Éveline SAWADOGO/COMPAORE, Maître de Recherche, (UJKZ)

Actes du colloque international sur la thématique « Perspectives multiples sur les spatialités et innovations en Afrique de l'Ouest francophone » à Ouagadougou du 06 au 08 mars 2023

Hors-série N°04
Mars 2024



RÉFÉRENCEMENT ET INDEXATION

REFERENCING AND INDEXING



TOGETHER WE REACH THE GOAL



Elektronische
Zeitschriftenbibliothek



FACTEUR D'IMPACT/ IMPACT FACTOR

Évaluation SJIF

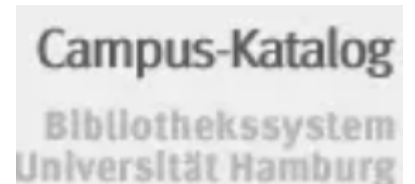
2020 : 3,574

2021 : 3,505

2022 : 4.906

2023 : 5.679

SJIFactor.com



Catalogue *plus*



**DJIBOUL, *Revue Scientifique des Arts-
Communication, Lettres, Sciences
Humaines et Sociales***

ISSN 2710-4249

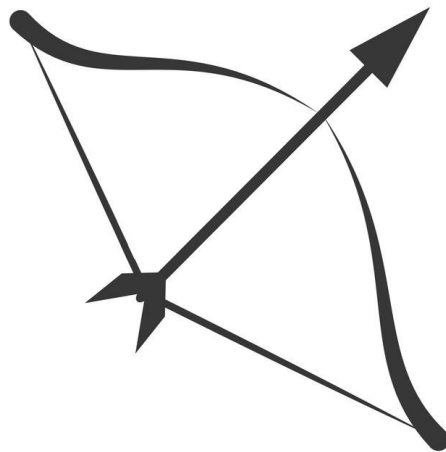
e-ISSN-2789-0031

<http://djiboul.org/>

revue.djiboul@gmail.com

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Revue Djiboul



Périodique : Semestriel

ÉDITEUR

DJIBOUL



- *Sous-direction du dépôt légal, 2ème Trimestre 2021*
- *Dépôt légal n°17472 du 07 mai 2021*

ADMINISTRATION REVUE DJIBOUL

DIRECTEUR DE PUBLICATION

HIEN SIE, UNIVERSITÉ FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

DIRECTEUR DE REDACTION

SIB SIE JUSTIN, UNIVERSITÉ FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

SECRETARIAT DE REDACTION

AKAKPO-AHIANYO DIGO ENYOTA KOFITSÈ DZAMESI, UNIVERSITÉ DE LOMÉ, TOGO

BOUAKI KOUADIO BAYA, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

DIOMANDE ABDOUL SOUALIO, UNIVERSITÉ PELEFORO GON COULIBALY, CÔTE D'IVOIRE

KONE YAYA, UNIVERSITÉ D'OTTAWA, CANADA

KONE TENON, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

KOUADIO PIERRE ADOU KOUAKOU, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

KOUROUMA KASSOUM, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

NACOULMA BOUKARÉ, ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE DE KOUDOUGOU, BURKINA FASO

SEA SOUHAN MONHUET YVES, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

TIROGO ISSOUFOU FRANÇOIS, UNIVERSITÉ JOSEPH KI-ZERBO, BURKINA FASO

BOUTISANE OUTHMAN, UNIVERSITÉ MOULAY ISMAIL, MAROC

ASSISTANTS ADMINISTRATIFS

AGNISSONI KOUASSI SIDOINE, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

AMADOU KOFFI IBRAHIM, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

KAMBIÉ TOHO SERGES STÉPHANE, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

SIB SIE LEO WILFRIED, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY, CÔTE D'IVOIRE

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

ABOLOU	Camille Roger	Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
ADJERAN	Moufoutaou	Université d'Abomey-Calavi, Bénin
AHOUA	Firmin	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
ASSANVO	Amoikon Dyhie	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
BOGNY	Yapo Joseph	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
BANGOU	Francis	Université d'Ottawa, Canada
GBAKRE	Andoh Jean-Marie	Université Péléforo-Gbon-Coulibaly, Côte d'Ivoire
GOA	Kacou	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
GORAN	Koffi Modeste	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
HIEN	Amélie	Université Laurentienne, Canada
KABORE	Bernard	Université Joseph Ki-ZERBO, Burkina Faso
KAMARA	Adama	Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
KAMATE	Banhouman	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
KAMBIRÉ	Bébé	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
KANTCHOA	Laré	Université de Kara, Togo
KOFFI	Elvis Gbakliat	École Normale Supérieure d'Abidjan, Côte d'Ivoire
KOUADIO	M'Bra Kouakou D.	Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
KOSSONOU	Kouabena Théodore	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
LANSEUR	Soufiane	Université de Béjaïa, Algérie
MALGOUBRI	Pierre	Université Joseph Ki-ZERBO, Burkina Faso
NAIMA	Guendouz-Benammar	Ecole Normale Supérieur d'Oran (ENSO) - Oran, Algérie
N'DONGO - I.	Yvon Pierre	Université Marien Ngouabi, Congo Brazzaville
OMBENI KIKUKAMA	Monzat	Institut Supérieur Pédagogique de Bukavu (ISP -BUKAVU), RDC
OUASSA	Kouaro Monique	Université d'Abomey-Calavi, Bénin
OUEDRAOGO	T. Alain	Centre National de Recherche Scientifique et Technologique, Burkina Faso
PALI	Tchaa	Université de Kara, Togo
SATRA	Baguissoga	Université de Kara, Togo
SAWADOGO	Awa 2ème Jumelle	Université Joseph Ki-ZERBO, Burkina Faso
SOMÉZ.	Maxime	Université Norbert ZONGO de Koudougou, Burkina Faso
TCHABLE	Boussanlégué	Université de Kara, Togo
THIAM	Ousseynou	Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
TAPE	Jean-Martial	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
YAGO	Zakaria	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
YEO	Kanabein Oumar	Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
ZAGRE / KABORE	Edwige	Université Norbert ZONGO à Koudougou, Burkina Faso

LIGNE EDITORIALE

DJIBOUL

est un néologisme lobiri formé à partir de djir « connaître, savoir » et bouli « regrouper, mettre ensemble ». En un mot, **DJIBOUL** symbolise l'expression des connaissances scientifiques ou savoirs qui permettront aux contributeurs ou chercheurs d'avoir une ascension professionnelle. L'arc et la flèche symbolisent le courage, l'adresse ou l'habileté ce qui caractérise la vision de la revue.

DJIBOUL est une revue à parution semestrielle de l'Université Felix Houphouët-Boigny. Elle publie les articles des domaines des arts, communication, des lettres, des sciences humaines et sociales. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture. Les articles soumis à la revue **DJIBOUL** sont anonymement instruits par deux évaluateurs. En fonction des avis de ces deux instructeurs, le comité de rédaction décide de la publication de l'article soumis, de son rejet ou alors demande à l'auteur de le réviser en vue de son éventuelle publication. Les articles à soumettre à la revue doivent être conformes aux normes ci-dessous décrites et le non respect des normes éditoriales entraîne le rejet du projet d'article.

Dr SIB Sié Justin
Maître de Conférences

CONSIGNES AUX AUTEURS

- **Le nombre de pages minimum** : 10 pages, **maximum** : 18 pages
- **Interligne** : 1.15.
- **Numérotation numérique** : chiffres arabes, en bas et à droite de la page concernée.
- **Police** : Book Antiqua, Taille 12
- **Orientation** : portrait.
- **Marge : haut et bas** : 2,5cm, droite et gauche : 2,5cm.

MODALITES DE SOUMISSION

Tout manuscrit envoyé à la revue **DJIBOUL** doit être inédit, c'est-à-dire n'ayant jamais été publié auparavant dans une autre revue. Les manuscrits doivent impérativement satisfaire les indications ci-dessous et envoyés au directeur de publication à l'adresse suivante : revue.djiboul@gmail.com .

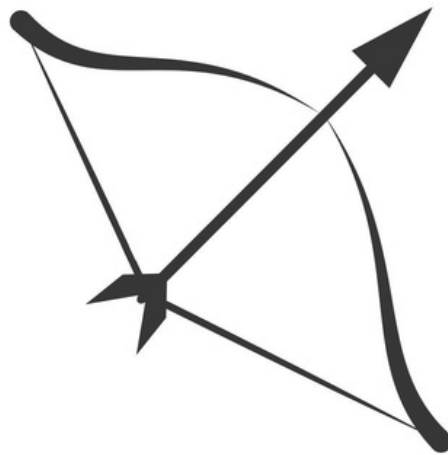
- **Titre** : La première page doit comporter le titre de l'article, les Prénoms et Noms des auteurs, leur institution d'affiliation et leur adresse complète.
- **Résumé** : Le résumé ne doit pas dépasser 300 mots. Il doit être succinct de manière à faire ressortir l'essentiel de l'analyse.
- **Mots-clés** : Ils ne doivent pas dépasser cinq.
- **Introduction** : Elle doit fournir suffisamment d'informations de base, situant le contexte dans lequel l'étude a été entreprise. Elle doit permettre au lecteur de juger la valeur qualitative de l'étude et évaluer les résultats acquis.
- **Corps du sujet** : Les différentes parties du corps du sujet doivent apparaître dans un ordre logique. (Ex : 1. ; 1.1 ; 1.2 ; 2. ; 2.1 ; 2.2 ; etc.). L'introduction et la conclusion ne sont pas numérotées.
- **Notes de bas de page** : Elles ne renvoient pas aux références bibliographiques, mais aux informations complémentaires.
- **Citation** : Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, des façons suivantes : En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p.223), est : « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...), »

- Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit : Le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation socio- historique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères.

Diakit  (1985, p.105)

- **Conclusion** : Elle ne doit pas faire double emploi avec le résumé et la discussion. Elle doit être un rappel des principaux résultats obtenus et des conséquences les plus importantes que l'on peut en déduire.
- **Références bibliographiques** : Les auteurs convoqués pour la rédaction seront mentionnés dans le texte avec l'année de publication, le tout entre parenthèses.
 - **Journal** : Noms et prénoms de tous les auteurs, année de publication, titre complet de l'article, nom complet du journal, numéro et volume, les numéros de première et dernière page.
 - **Livres** : Noms et prénoms des auteurs, année de publication, titre complet du livre, éditeur, maison et lieu de publication.
 - **Proceedings** : Noms et prénoms des auteurs, année de publication, titre complet de l'article et des proceedings, année et lieu du congrès ou symposium, maison et lieu de publication, les numéros de la première et dernière page.

DJIBOUL 
Hors-série N°04





Coordination de l'ouvrage



Yacouba BANHORO

Maître de Conférences en histoire contemporaine.
Il est enseignant-chercheur à l'Université Joseph KI-ZERBO(UJKZ).

Dusséni SORE

Maître-assistant en sociolinguistique.
Il est enseignant-chercheur à l'Université Joseph KI-ZERBO(UJKZ).



Éveline SAWADOGO/COMPAORE

Maître de Recherche en sociologie du Développement au Centre National de Recherche Scientifique et Technologique (CNRST).
Elle est chercheure à l'Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles (INERA).



Le présent ouvrage constitue les actes de ce colloque, qui se veut un espace francophone du Cluster Africa Multiple dans lequel les échanges sur les projets et les dimensions de recherche en français ont été possibles et se sont intensifiés.



Comité scientifique du colloque

Présidente : Erdmute ALBER, professeure titulaire d'anthropologie, Université de Bayreuth

Membres :

- Abia Alain Laurent ABOA, professeur titulaire de linguistique, Université Félix Houphouët-BOIGNY
- Abou-Bakari IMOROU, professeur titulaire de sociologie, Université d'Abomey-Calavi
- Camille ABOLOU, professeur titulaire de linguistique, Université Félix Houphouët-BOIGNY
- Fatoumata Badini/Kinda, professeure de sociologie, Université Joseph KI-ZERBO
- Fernand Bouma BATIONO, professeur titulaire de sociologie, Université Joseph KI-ZERBO
- Justin Toro OUORO, professeur titulaire de sémiotique, Université Joseph KI-ZERBO
- Lassané YAMEOGO, professeur titulaire de géographie, Université Joseph KI-ZERBO
- Mahamadé SAWADOGO, professeur titulaire de philosophie, Université Joseph KI-ZERBO
- Martina DRESCHER, professeur titulaire de linguistique, Université de Bayreuth
- Pierre MALGOUBRI, professeur titulaire de linguistique, Université Joseph KI-ZERBO
- Ute FENDLER, professeure titulaire de littérature et de cinéma africains, Université de Bayreuth
- Boniface Désiré SOME, Maître de conférence en sociologie, Université Joseph KI-ZERBO
- Lassina SIMPORE, maître de conférences en archéologie, Université Joseph KI-ZERBO
- Natéwindé SAWADOGO, maître de conférences de sociologie, Université Thomas Sankara
- Ousséni ILLY, professeur titulaire de droit, Université Thomas SANKARA
- Valentine PALM/SANOU, maître de conférences en art et esthétique, Université Joseph KI-ZERBO
- Yacouba BANHOROU, maître de conférences en histoire contemporaine, Université Joseph KI-ZERBO



Comité de lecture de l'ouvrage

- Fernand Bouma BATIONO, professeur titulaire de sociologie, Université Joseph KI-ZERBO
- Pierre MALGOUBRI, professeur titulaire de linguistique, Université Joseph KI-ZERBO
- Ludovic Kibora, directeur de recherche en anthropologie, INSS/CNRST
- Alexis Boureima Koenou, maître de conférences en Linguistique, Université Joseph KI-ZERBO
- Éveline SAWADOGO/COMPAORE, maître de recherche en sociologie, Centre national de recherche scientifique et technologique
- Joschka Philip, junior research group leader, Université de Bayreuth
- Natéwindé SAWADOGO, maître de conférences de sociologie, Université Thomas Sankara
- Valentine PALM/SANOU, maître de conférences en art et esthétique, Université Joseph KI-ZERBO
- Yacouba BANHORO, maître de conférences en histoire contemporaine, Université Joseph KI-ZERBO
- Landry Hervé Coulibaly, maître-assistant en histoire politique, Université Joseph KI-ZERBO
- Ousséni SORE, maître-assistant en sociolinguistique, Université Joseph KI-ZERBO
- Serge Noël Coulibaly, maître-assistant en histoire contemporaine, Université Joseph KI-ZERBO

Introduction

Le concept de « Spatialités » offre l'occasion de se concentrer sur les différences, les similitudes, les relations et les innovations entre les espaces sociaux des acteurs, des actions et des institutions à divers endroits, villes et régions. Celui d'innovations, lié aux différentes interprétations des spatialités, est perçu non seulement comme des lieux de création et du renouveau, mais également, comme relevant des mouvements socio-politiques et artistiques dans les savoirs locaux. La combinaison de ces deux concepts permet de réfléchir sur leurs dimensions multiples (sociales, politiques, culturelles, linguistiques, anthropologiques, technologiques, etc.) dans un regard inter/pluridisciplinaire.

S'appuyant sur les deux concepts-clés, « spatialités » et « innovations », un colloque international s'est tenu à Ouagadougou du 06 au 08 mars 2023 sur la thématique « Perspectives multiples sur les spatialités et innovations en Afrique de l'Ouest francophone ». L'objectif du colloque était d'offrir une opportunité d'échanges et de partages des résultats de recherche sur les multiples formes de spatialités dans leurs articulations avec les processus d'innovations sociales, politiques, culturelles et technologiques, ou encore, de saisir les tendances convergentes et divergentes au sein des arrangements spatiaux émergents dans différentes sociétés.

Les participant-e-s à ce colloque sont venu-e-s de l'Université de Bayreuth, de l'institut des hautes études en sciences sociales de Paris, des universités du Québec au Canada, d'Abomey Calavi au Bénin, de Félix Houphouët-Boigny en Côte d'Ivoire et de différents centres de recherche et universités du Burkina Faso. Au cours des 3 jours du colloque, 23 présentations orales ont été faites dans des panels, une conférence inaugurale et une table-ronde. On a assisté à des exposés sur des questions de méthode, des phénomènes spatiaux comme l'action des groupes armés non étatiques dans le Sahel, des innovations liées à l'espace ainsi que des espaces ayant insufflé des innovations en rapport avec l'art cinématographique, des lieux de mémoires, des langues, la santé, la famille, la littérature, l'agroécologie, la gestion, l'apprentissage, le tourisme, la question du genre, etc.

Le colloque a été organisé dans le cadre de la coopération interuniversitaire qui lie depuis 4 ans le Pôle d'Excellence Africain de l'Université Joseph Ki-Zerbo à Ouagadougou à ses partenaires du réseau Africa Multiple Cluster Centres (ACC), qui inclut les pôles de l'Université de Bayreuth (Allemagne), de l'Université de Lagos (Nigeria), de l'Université de Moi (Eldoret, Kenya) et de l'Université de Rhodes (Makhanda, Afrique du Sud).

Le présent ouvrage constitue les actes de ce colloque, qui se veut un espace francophone du Cluster Africa Multiple dans lequel les échanges sur les projets et les dimensions de recherche en français

ont été possibles et se sont intensifiés. Il comporte douze articles acceptés à l'issue d'un processus rigoureux de double instruction anonyme de chaque article par les pairs et de révision. Il traite de thèmes variés et est divisé en trois parties. La première porte sur les innovations et spatialités linguistique, la deuxième traite des innovations et spatialités sociétales et la troisième analyse les innovations et spatialités agricoles et sanitaires ainsi que la spatialité de la crise sécuritaire au sahel.

La première partie comprend trois articles traitant de spatialités et innovations culturelles.

Dans une vision cinématographique, Michaela OTT focalise sa contribution sur les topologies individuelles. En esquissant l'histoire du capitalisme à partir du développement de certaines villes européennes, elle finit par nous donner une topologie, une logique historicisante de structures spatio-temporelles liées par des interconnexions multifactorielles. Et comme le montrent certains des films documentaires et de fiction présentés au FESPACO (Festival panafricain du cinéma et de la télévision de Ouagadougou), les relations topologiques caractérisent toutes les situations (post)coloniales thématiques dans ces films aujourd'hui : l'extension de la famille à travers différents pays, voire continents, entraînant des identités personnelles nécessairement mêlées, souvent aussi en raison de l'échange technologique et de l'appropriation d'énoncés culturels et esthétiques étrangers. Cela vaut également pour l'esthétique des films qui, eux-mêmes, s'approprient souvent certaines expressions culturelles venues d'ailleurs et doivent donc être considérés comme des topologies esthétiques, des combinaisons spatio-temporelles (non-in) individuelles.

Thierry BOUDJEKEU et Marie TSOGO répondent à la question : comment les institutions culturelles (Fespaco) et mémorielles (La Route de l'esclave) font de Ouaga et Ouidah des lieux de création et du renouveau en Afrique de l'Ouest et comment les groupes humains s'approprient ces innovations ? Inscrite dans cette spirale, la contribution examine les spatialités des lieux culturels et mémoriels pour explorer comment, dans leurs configurations, ces constellations institutionnelles fixent des modalités qui, tour à tour, provoquent des réactions foisonnantes et conduisent à des innovations multiformes. Les investigations leur ont permis de déduire que le Fespaco, en tant que plaque tournante, a su faire éclore et développer des créativité et des imaginaires des cinématographies d'Afrique. Quant au projet « La Route de l'esclave », en tant que site de mémoire, il a suscité des innovations mémorielles multiples et multiformes.

Lassane YAMEOGO, Noël GANSAONRE et Raïcha SIRIMA s'intéressent à la problématique du tourisme face à la double crise sécuritaire et sanitaire dans la commune de Tiébélé. Initialement considéré comme une alternative pour les communautés rurales et urbaines du fait des crises liées à l'emploi et à la dégradation des ressources naturelles réduisant les capacités productives des populations, le secteur touristique fait face depuis 2014 à des crises sociopolitiques, sécuritaires et

sanitaires qui ont affecté les arrivées touristiques dans cette localité. Leur objectif est d'analyser l'impact des crises sécuritaire et sanitaire sur la dynamique du tourisme à Tiébélé. Les résultats auxquels ils sont parvenus montrent que le tourisme à Tiébélé présente une certaine particularité au regard des ressources spécifiques, dont l'architecture Kasséna qui est mise en exergue pour attirer davantage de touristes. Cette particularité crée une spatialité à l'intérieur de la région touristique du Centre. À cette spatialité, vient se greffer une innovation liée à l'implication familiale dans la promotion du secteur. En dépit de ces efforts de particularisation du secteur touristique dans la commune, celui-ci fait face à de nombreuses difficultés liées aux crises sociopolitique, sécuritaire et sanitaire impactant négativement le secteur touristique puisque le nombre de visiteurs et les recettes touristiques ont drastiquement baissé. Pour les auteurs de cet article, il conviendrait de réorienter le secteur vers les visiteurs nationaux afin de redynamiser le secteur touristique à Tiébélé.

Erdmute ALBER explore, dans son article, la problématique de la famille étendue sous l'angle de la spatialité de la parenté. Elle considère que l'existence de la famille étendue comme structure principale de la parenté en Afrique est généralement perçue, dans l'anthropologie mais aussi dans des discours de développement ou politique étatique, comme un fait „naturel“. Son article discute cette parenté en Afrique francophone comme un espace relatif, créé et modifié par des actions et imaginations coloniales européennes. Pour elle, la famille ne saurait être simplement perçue comme un « fait naturel », mais aussi comme un produit, non seulement des processus spatiaux et d'imagination des administrateurs coloniaux, mais également des processus bureaucratiques et ses effets épistémologiques.

La deuxième partie comprend quatre articles focalisés sur les spatialités et innovations linguistiques.

Martina DRESCHER esquisse la problématique des spatialités et innovations pragmatico-discursives du français en Afrique de l'Ouest dans le domaine des recherches en sciences du langage. Elle propose une réflexion théorique sur l'espace comme moteur de la variation linguistique en insistant sur l'impact du contact linguistique. Transplanté sur le continent africain vers la fin du 19^e siècle par la voie de la colonisation, le français n'a cessé d'y évoluer. Elle constate une appropriation de la langue du colonisateur par ses locuteurs africains, pour qui le français n'est généralement pas la première langue apprise. Grâce à des processus d'autonomisation, toujours en cours, émerge un français régional marqué par le contact avec les langues coprésentes dans son milieu et caractérisé par de nombreuses innovations à tous les niveaux de la description linguistique. La discussion se concentre sur certaines innovations pragmatico-discursives qui ont leur origine

dans le transfert de techniques d'expression, de patrons communicatifs ou de modes d'énonciation et d'organisation du discours des langues premières vers le français.

La contribution de Adama DRABO s'inscrit également dans le domaine pragmatique-discursif et plus spécifiquement celui des phraséologismes pragmatiques. Pour lui, la prise en compte des innovations pragmatique-discursives permet d'expliquer l'autonomisation des français parlés en Afrique. À travers le français ivoirien, l'auteur décrit l'expression de compassion « yako » empruntée aux langues kwa comme un phraséologisme pragmatique qui rend compte de l'endogénéisation du français en Côte d'Ivoire. Son analyse permet aussi d'établir le lien entre ladite expression avec la morale jugée d'ailleurs à tort comme ne pouvant être objectivement étudiée en sciences du langage. Ce qui lui permet de définir « yako » comme une formule routinière de compassion à travers ses caractéristiques pragmatique-discursives ainsi que ses rapports avec la morale.

Camille Roger ABLOU aborde les marqueurs discursifs du français ivoirien, exprimés sous forme d'emprunts ou de calques venant des langues locales. Pour lui, ces expressions expriment à la fois la vivacité et la dynamique du français en Afrique. Parmi ces marqueurs, c'est la marque KO du dioula tabu-si parlé en Côte d'Ivoire qui a retenu son attention. Ce vocable est mobilisé régulièrement et diversement par nombre d'internautes ivoiriens dans les discours en français ivoirien allant du français populaire au français standard sur les plateformes numériques pour confronter des vues, des visions et des opinions, dénotant ainsi une escalade en territoire aléthique. Il parvient à la conclusion selon laquelle KO apparaît comme un aiguilleur des espaces discursifs de vérité et de contre-vérité, des énoncés de droit et de fait, de l'imaginaire et du réel.

Pour sa part, Oumarou BOUKARI aborde quelques innovations linguistiques dans le français ordinaire de Côte d'Ivoire. D'une part, son objectif est de comprendre les différences, les similitudes, les relations et les innovations langagières issues du contact entre les espaces linguistiques exogènes et endogènes, et d'autre part, de mettre en lumière la possibilité d'une analyse objective de la morale en linguistique en se focalisant sur des usages particuliers de certaines notions spatiales. Il ressort de ses analyses qu'outre leurs caractéristiques structurelles novatrices, la particularité des innovations linguistiques considérées réside aussi dans leur usage métaphorique. Celui-ci les assimile à des indicateurs d'un espace conceptuel moral, sur la base duquel les notions abstraites du bien et du mal sont déduites, délimitées et définies de manière pragmatique.

Dans une dynamique spatio-temporelle, Ousséni SORE interroge la logique qui gouverne l'enseignement/apprentissage du français en Afrique subsaharienne. L'étude réactualise le problème des considérations nouvelles dans la didactique du français en contexte plurilingue

burkinabè. L'objet de son étude est de montrer qu'au regard de l'histoire du français, il y a lieu que son enseignement/apprentissage soit contextualisé pour prendre en compte les diversités linguistiques et culturelles. Le chercheur aboutit à la conclusion selon laquelle les réalités (socio)linguistiques, culturelles et les facteurs liés à la variation du français exigent une reconsidération du français et de son enseignement au Burkina Faso, pour en faire un levier de réussite scolaire pour tous les apprenants.

La troisième partie de l'ouvrage compte trois articles sur les innovations et spatialités agricoles et sanitaires ainsi que la spatialité de la crise sécuritaire au sahel.

Eveline SAWADOGO/COMPAORE traite de l'agroécologie, ses enjeux spatiaux et territoriaux au Burkina Faso. Partant du secteur agricole, sa recherche se donne pour but de comprendre le niveau ou le degré de confiance entre chercheurs et utilisateurs de résultats de recherche et son évolution dans le temps sur les questions de l'agroécologie à la lumière de la chronologie de l'innovation comme approche d'analyse. Les résultats montrent que la perception et l'acceptabilité des utilisateurs des résultats de la recherche dépendent de leur niveau de confiance sur l'identité et la profession du chercheur dans le cas de l'agroécologie.

Yacouba BANHORO et Sié Moïse SIB s'intéressent à la santé globale et aux questions d'innovations dans l'histoire du Burkina Faso. L'objectif de l'article est de comprendre les innovations sanitaires de la santé globale et de la gouvernance sanitaire globale et leurs répercussions dans un pays comme le Burkina Faso. Il est ressorti que la diversité des acteurs autonomes au niveau international a été reproduite dans ce pays, mais dans un cadre plus organisé au sein d'un programme de développement sanitaire piloté par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds. De même, la stratégie du partenariat public privé y est bien associée au travail des acteurs globaux de la santé agissant au Burkina Faso, notamment à travers la contractualisation des services avec de nombreux acteurs du monde associatif, de l'état et du secteur privé. Une des conséquences est la responsabilisation d'acteurs associatifs et la promotion d'un leadership sanitaire en leur sein, mais, aussi, la création d'un mouvement communautaire important dans la lutte contre les maladies. La mise à disposition d'importants financements ainsi que le mode d'organisation des acteurs apparaissent comme des innovations capables d'ancrer des pratiques de lutte contre les maladies au niveau des communautés. Toutefois, le caractère vertical des financements et des actions pose, comme il l'a toujours posé au sein de l'OMS, la question de la durabilité des actions importantes entreprises dans le secteur de la santé.

Désiré Boniface SOME questionne la récurrente question du terrorisme sahélien. Le chercheur essaye de comprendre l'enlèvement du terrorisme dans la zone des trois frontières partagées entre

le Mali, le Niger et le Burkina Faso, ce dernier pays étant considéré, ces dernières années, comme le pays le plus touché par le terrorisme en Afrique depuis l'apparition du phénomène en 2014. Les principaux résultats qui en découlent attestent que les populations du Sahel, au cours de leur histoire, ont connu des tensions, des affrontements, des guerres, des conflits, des pratiques esclavagistes que le partage des langues et de la religion a atténués, voire pacifiés. Mais ils ont resurgi par endroit et en liaison avec les déficits de gouvernance, le chômage, la corruption, etc. Néanmoins, les populations de la zone ont du vécu en matière de mécanismes endogènes de gestion des conflits qui peut être une soupape d'oxygénation pacifique face au terrorisme.

En somme, ce volume permet de passer en revue, sans exhaustivité, les notions de spatialités multiples et innovations dans un espace de recherche francophone. À travers un regard pluridisciplinaire, il esquisse une analyse relationnelle de la triade sociétés-espaces-innovations pour une compréhension large des dimensions spatiales des innovations.

Yacouba BANHORO, Ousséni SORE & Eveline SAWADOGO/COMPAORE

Sommaire

Note éditoriale

Perspectives multiples sur les spatialités et innovations en Afrique de l'Ouest francophone

Spatialités et Innovations Culturelles

01. **Michaela OTT**
Topologies dividualles cinématographiques 02
02. **Thierry BOUDJEKEU & Marie TSOGO**
Le FESPACO et La Route de l'esclave : quand innovations et spatialités interagissent 08
03. **Lassane YAMEOGO, Noël GANSAONRE & Raïcha SIRIMA**
La commune de Tiébélé, une spatialité touristique à l'épreuve de la double crise sécuritaire et sanitaire 26
04. **Alber ERDMUTE**
Les spatialités de la parenté : repenser, réinventer et modifier la famille étendue en Afrique de l'Ouest 42

Spatialités et Innovations Linguistiques

05. **Martina DRESCHER**
Spatialités et innovations pragmatico-discursives du français en Afrique de l'Ouest : Esquisse d'une problématique 64
06. **Adama DRABO**
Eeh yako mon frère. Une innovation pragmatico-discursive du français ivoirien au service de la morale 74
07. **Camille Roger ABOLOU**
Escalade en territoire aléthique : le marqueur ko dans les discours en français ivoirien sur les plateformes numériques 96
08. **Oumarou BOUKARI**
Attends, on est où là ? Les espaces du bien et du mal dans les interactions en français ordinaire ivoirien 112
09. **Ousséni SORE**
Quel(s) français pour quel(s) enseignement(s) du français au Burkina Faso ? 134

Innovations, spatialités agricoles, sanitaires et crise sécuritaire au sahel

10. **Eveline SAWADOGO-COMPAORE**
Innovation agroécologique, spatialité et enjeux Territoriaux au Burkina Faso 146
11. **Yacouba BANHORRO & Sié Moïse SIB**
Approche critique de la santé globale et ses innovations dans l'histoire du Burkina Faso 162
12. **Désiré Boniface SOME**
Burkina Faso : quelques linéaments sociaux du terrorisme au Sahel 180

APPROCHE CRITIQUE DE LA SANTÉ GLOBALE ET SES INNOVATIONS DANS L'HISTOIRE DU BURKINA FASO

Yacouba BANHORO

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

&

Sié Moïse SIB

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

Résumé : Nous avons cherché à comprendre les innovations sanitaires de la santé globale et leurs répercussions au Burkina Faso. Il est ressorti que la diversité des acteurs autonomes au niveau international y a été reproduite, mais dans un cadre plus organisé au sein d'un programme de développement sanitaire piloté par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds. De même, la stratégie du partenariat public privé y est bien associée au travail des acteurs globaux de la santé, notamment à travers la contractualisation des services avec différents acteurs. Il s'en suit la responsabilisation d'acteurs associatifs, la promotion d'un leadership sanitaire en leur sein ainsi que la création d'un mouvement communautaire dans la lutte contre les maladies. L'importance des financements ainsi que le mode d'organisation des acteurs apparaissent comme des innovations dans la lutte contre les maladies au niveau des communautés. Toutefois, le caractère vertical de ces interventions pose la question de leur durabilité.

Mots-clés : santé globale, santé internationale, programme vertical, programme horizontal, sida

CRITICAL APPROACH TO GLOBAL HEALTH AND ITS INNOVATIONS IN THE HISTORY OF BURKINA FASO

Abstract : We have tried to understand the health innovations of global health and their repercussions in Burkina Faso. We find out that the diversity of autonomous actors at international level has been reproduced in this country, but in a more organized way within a health development program ran by the Ministry of Health and donors. In addition, the strategy of public-private partnership is well associated with the work of the global health players operating in Burkina Faso, notably through the contractualisation of services with numerous players. One of the outcomes is the empowerment of associative actors and the promotion of health leadership as well as the creation of an important community movement in the fight against disease. The importance of fundings and the way in which the players are organized appear to be innovations capable of securing disease control practices at community level. However, the vertical nature of funding and actions poses the question of their sustainability.

Keywords: Global Health, Health History, Vertical Program, Horizontal Program, AIDS

Introduction

La santé globale et la gouvernance sanitaire globale ont été surtout conceptualisées après la survenue de la pandémie du VIH/sida¹. Contrairement à la gouvernance sanitaire internationale² quasi-unipolaire partant de l’OMS aux États en passant par les régions, la gouvernance sanitaire globale est multipolaire et complexe, les acteurs ne coordonnant pas au niveau global toutes leurs actions au sein d’institutions intergouvernementales telles que l’OMS ou les Nations Unies³. La nouvelle organisation de la santé internationale, donc, la gouvernance sanitaire globale, est censée être plus efficace en raison de ses nombreuses innovations. La question qui se pose est de savoir comment celle-ci opère au niveau des pays et comment ses innovations s’y présentent. L’étude des interactions des acteurs du niveau global avec les pays permet de comprendre davantage comment la santé s’y globalise. Les travaux de Valery Ridde (2011), Katerini T. Storeg et al. (2014), Kamba André-Marie Soubeiga (2018) y ont déjà apporté une approche ethnographique innovante. La perspective de cet article est dans le champ de l’histoire contemporaine, dans une logique explicative d’un processus de globalisation de la santé ayant commencé au niveau international pour aboutir au niveau national⁴.

L’argument principal de cet exposé est que la gouvernance sanitaire globale s’est progressivement implantée au Burkina Faso et a été une source d’innovations. Les nouvelles initiatives dans la lutte contre les maladies ainsi que le nouveau modèle d’organisation des acteurs permettent d’éviter la reproduction de la fragmentation des acteurs connue au niveau global. Cela permet à ces acteurs de s’intégrer dans le processus de mise en œuvre des politiques nationales de santé et de les influencer.

¹ Voir: Fiona Godlee, 1994, « WHO in crisis », in *BMJ*, 309, p. 1425; Hein, W., Kohlmorgen, L. (eds), 2003, *Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries*, Hamburg; Brown M. Theodore, Marcos Cueta, Elizabeth Fee, 2006, “The WHO and the transition from „International to Global Public Health”, in *American Journal of Public Health*, vol. 96, n°1, pp. 62-72, en ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470434/pdf/0960062.pdf>. (Accès : 10.08.2023); John Iliffe, 2006, *The African AIDS Epidemic: a history*, Ohio, University Press; Yves Beigbeder, 1995, *L’Organisation mondiale de la santé*, Paris, PUF; Kelley Lee, 2007, “Globalization-a new agenda for health?” In Martin Mckee, Paul Garner and Robin Stott (eds), *International co-operation in Health*, p.17; Adrian Flint, 2011, *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa-Politics, Aid and Globalization*, Palgrave Macmillan; Dominique Kerouedan, 2013, « Pour une santé mondiale et partagée » in *Sciences au Sud*, n°68; Randall M. Packard, 2016, *A history of Global Health*, Baltimore, John Hopkins, University Press, pp. 273-288.

² Cette analyse exclue la coopération bilatérale et s’intéresse plus à la coopération multilatérale.

³ Storeng, Katerini T. and Arima Mishra, 2014, “Politics and Practices of global health: Critical ethnographies of health systems”, in *Global Public Health*, Vol. 9, No. 8, pp. 858-864.

⁴ Derek Yach & Douglas Bettchet, 1998, „The Globalization of Public Health: Threats and Opportunities “, *American Journal of Public Health*, Vol. 88, no.5. pp. 755-738, en ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508933/pdf/amjph00017-0025.pdf>. (Accès: 20 août 2023).

Pour ce travail, nous avons adopté la méthode qualitative ayant consisté en une recherche d'informations archivistiques aux sièges - et sur les sites internet - des organisations internationales étudiées (Alliance pour la vaccination et l'immunisation « GAVI », la Fondation Bill et Melinda Gate, l'Organisation mondiale de la santé « OMS », l'Organisation des Nations Unies pour le SIDA « ONUSIDA », le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, etc.) ainsi que dans les archives du ministère de la santé et du ministère de la coopération, à Ouagadougou, au Burkina Faso. Des assistants de recherche constitués d'étudiants en master et de doctorants ont été chargés de la collecte des informations dans les ministères, dans les sièges des organisations internationales et auprès des personnes-ressources identifiées sur la base de plans de travail arrêtés de commun accord. Ils ont produit des rapports de recherche dont les informations, associées aux résultats de recherches bibliographiques antérieures, ont alimenté ce texte.

Dans les lignes qui suivent, nous expliquons, de manière théorique, la santé globale ainsi que ses innovations, ensuite, nous voyons la globalisation de la santé au Burkina Faso avant d'analyser, de manière critique, les innovations apportées par cette globalisation.

1. La santé globale, ses innovations et la globalisation de la santé au Burkina Faso

1.1. *La santé globale et ses innovations dans les relations internationales*

Simplement dit, la santé globale ou «Global health»⁵ se réfère non seulement à « la prise en compte des besoins de santé des gens de toute la planète au-delà des inquiétudes de nations spécifiques », mais aussi, à 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 »⁶ ainsi qu'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 »⁷. La gouvernance sanitaire globale, elle, se réfère à l'organisation et l'interaction complexes des anciens et des nouveaux acteurs dans la résolution des questions sanitaires mondiales.

⁵ Institute of Medicine, 2009, The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the Public and Private Sectors - Committee on the U.S. Commitment to Global Health. En ligne : <http://www.nap.edu/catalog/12642.html> ou <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK23790/>. (Accès: 20. 09. 2023).

⁶ Kelley Lee, *op. cit.* p.17.

⁷ Theodore M. Brown, Marcos Cueta, Elizabeth Fee, 2006, p. 62, *op. cit.*

Les innovations ici se rapportent aux nouveaux changements intervenus dans la santé internationale pour donner naissance à la santé globale. Plutôt que d'être pilotée par une seule organisation intergouvernementale, 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'interventions dans les États (transnationalité), de nouvelles méthodes de levée de fonds (partenariat publics privé ou PPP) et elle favorise une nouvelle organisation des systèmes de santé dans les pays demandeurs d'aide (décentralisation), etc. La santé internationale, qui est le traitement des questions de santé entre les Nations-États, de manière bilatérale ou multilatérale, souvent à travers une organisation intergouvernementale telle l'OMS, continue de fonctionner, mais elle est devenue une partie de la santé globale⁸.

De nombreux arguments, bien résumés par Wolfgang Hein⁹, ont favorisé la naissance de la santé globale. D'abord, la santé est considérée comme la condition fondamentale de la vie humaine et la base de tout développement social. Elle est, par-là, une condition *sine qua non* de la croissance économique, aussi bien au niveau national qu'au niveau international. Un investissement dans la résolution des questions sanitaires qui menacent la sécurité internationale est, de ce point de vue, considéré comme étant utile. Ensuite, la coopération internationale peut profiter aux pays pauvres qui sont confrontés à des problèmes de développement profonds et permanents en raison de l'impact du sida et d'autres problèmes de santé. Aussi, le secteur de la santé dépend autant des services et des réglementations publics, que de l'offre privée et il est, de ce fait, opportun de tenir compte de ces deux secteurs. Enfin, l'évolution des droits de l'homme, qui fait de la santé un droit de l'homme, "la santé pour tous", encourage l'action au niveau mondial.

La santé globale intervient 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

⁸ Voir : Yacouba Banhero, « La lutte contre le VIH/sida comme un instrument de la globalisation », in, Essoham Assima- Kpatcha, & al. (éds.), *Au cœur d'une relecture des sources orales en Afrique : Etudes sur l'histoire africaine en hommage au Professeur Théodore Nicoué Lodjou GAYIBORA*, Presses de l'UL/Karthala, pp. 737-768 ; Yacouba Banhero, 2017, « La contestation du programme de soins de santé primaires d'Alma-Ata et ses répliques sur le rôle de l'OMS dans la lutte contre le VIH/sida (1978-1996) », in *Bulletin du CAMES*, Nouvelles Séries, Sciences Humaines, N° 009- 2nd Semestre, pp. 79-98; Yacouba Banhero, 2014, « Le PEPFAR, signe de la superpuissance américaine et du retour progressif vers Alma Ata ? ». *Trifop* n° 001, pp. 285 – 306.

⁹ Wolfgang Hein, "Global Health Governance and National Health Politics in Developing – Conflicts and Cooperation at the Interfaces" in Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen, (eds.), 2003, *Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing*, Hamburg, DÜI, pp. 33-34.

changement dans la gouvernance sanitaire. Elle apparaît, ainsi, comme un des corollaires de la globalisation économique. Tout comme la globalisation, elle est sous-tendue par le développement de la communication, l'accroissement des mouvements des populations, des biens, des services et des capitaux, etc. De nouveaux acteurs, l'action à l'échelle globale, la transnationalité, les modes d'actions, tels que le partenariat public et privé (PPP), apparaissent comme des caractéristiques particulières dans la gouvernance sanitaire globale. Ainsi, les théories de la globalisation ne sont pas fondamentalement différentes de celles des relations internationales. Cette analyse se situe dans une perspective critique du libéralisme promu dans les relations internationales et qui sous-tend une « ingénierie sociale »¹⁰ (ici, à travers la santé globale).

1.2. *La globalisation de la santé au Burkina Faso*

La lutte contre le sida dans le monde est menée aussi bien dans le cadre de la coopération sanitaire internationale que dans celui de la gouvernance sanitaire globale. La focalisation de l'analyse sur la pandémie du VIH/sida permet de mieux appréhender le passage de la santé internationale (dans le cadre des activités de l'OMS) à la globalisation de la santé au Burkina Faso.

Les rapports entre l'OMS et le Burkina Faso datent d'avant l'explosion du VIH/sida. Toutefois, après la création de l'OMS en 1946, le Burkina Faso n'y était pas membre car il ne constituait pas encore un pays indépendant. Néanmoins, l'OMS y conduisait des actions sanitaires, à travers la puissance coloniale (française), jusqu'à l'indépendance de la république de la Haute-Volta en 1960. À partir de cette date, le pays est devenu membre de l'OMS et a signé avec elle un accord-cadre qui inaugure une ère de coopération qui a continué jusqu'à nos jours. Trois temps d'analyse de la lutte contre le VIH/sida permettent de comprendre le passage de la santé internationale à la santé globale dans le pays.

Le premier temps concerne la lutte contre la pandémie durant l'année 1986, sous la direction de l'OMS. En effet, en début 1986 déjà, l'OMS a envoyé au Burkina Faso ses « Directives OMS pour la prévention du sida et de l'infection par le virus LAV/HTLV-III » qui expliquait les caractéristiques du virus et les moyens de prévention de la maladie. À la suite de ce partage d'information, le Burkina s'est inscrit dans le programme de lutte contre le sida adopté à la 39^e assemblée mondiale de la santé en avril 1986. Celui-ci était composé d'actions

¹⁰ John J. Mearsheimer, 2018, *The great delusion: liberal dreams and international realities*, Yale University Press. pp. 120-1143.

coordonnées et complémentaires aussi bien au niveau international que national¹¹. Dès le 27 octobre 1986, le ministère de la santé a créé en son sein un Comité technique de lutte contre les infections à LAV/MTLV III, appelé Comité national de lutte anti-sida (CNLS). Cette mise en œuvre de la lutte a mis l'accent sur l'interaction entre les Etats à travers le canal traditionnel des relations internationales : OMS – régions-OMS et Etats. Les actions ont été programmées par l'OMS pour qu'elles soient intégrées à l'intérieur des structures de soins de santé primaires des Etats¹².

La deuxième phase de la lutte contre le sida au sein de l'OMS a marqué le début de sa globalisation¹³. Elle va de 1987 à 1995. Le facteur déclencheur de ce processus a été la réception, par la direction de l'OMS, de nouvelles informations présentées lors de la seconde conférence internationale sur le sida tenue à Paris du 23 au 25 juin 1986. Certains experts ont signalé que l'épidémie a progressé plus vite qu'on ne l'a pensé¹⁴. Ces informations ont contraint l'OMS à adopter un programme plus ambitieux en 1987, le Programme global sur le sida ou *Global Programme on AIDS* (GPA). C'est surtout dans la mise en œuvre de ce programme que le caractère transnational de la gouvernance sanitaire globale a commencé à transparaître au sein de l'OMS. La première particularité du GPA a résidé dans la mise en place d'une cellule de gestion autonome au sein de l'OMS, reflétant un programme vertical, alors que le premier programme était logé dans la section des maladies infectieuses de l'OMS. Contrairement au

¹¹ Echange d'information sur l'épidémiologie du VIH ; préparation et distribution de lignes directrices pour le diagnostic, la surveillance, prévention et contrôle du VIH dirigés à l'endroit de la population générale ; évaluation des kits de tests d'anticorps disponibles et stimulation de la recherche dans le but de développer des tests de terrain ; Conseiller les Etats membres sur l'approvisionnement en sang sécurisé et en produits sanguins ; Coordination de la recherche sur les agents thérapeutiques, les vaccins, et les rétrovirus simiens ; coopération avec les Etats membres dans le développement de programmes/actions nationaux pour la prévention et le control du VIH.

¹² WHO Features, November 1986, n°103, "AIDS- An International Perspective" p. 3.

¹³ Dans un article publié en 2015 "la lutte contre le VIH/sida comme un instrument de la globalisation », nous avons suggéré le moment de la naissance de la santé globale au sein de l'OMS avec l'apparition du programme global. En 2016, Randall M. Packard détaille les relations entre le sida et la naissance de la santé globale (*A history of Global Health*, pp. 273-288). L'auteur utilise le concept de « Santé Globale » dans le titre de son ouvrage *History of Global Health*, mais, il reconnaît que la « santé globale », dans son entendement actuel, commence avec la lutte contre le sida - après une nouvelle prise de conscience sur l'absence de frontière dans l'expansion de nombreux dangers sanitaires globaux que le monde a commencé à connaître, à partir du dernier quart du 20^e siècle. Jessica Lynne Pearson a également utilisé le concept de santé globale dans le titre de son ouvrage (*The colonial Politics of Global Health : France and the United Nations in Postwar Africa*, 2018, Harvard University Press). Mais, elle y retrace surtout les tensions entre les Organisations internationales - notamment l'ONU et l'OMS - et la France à propos de la santé dans les colonies françaises avant et après leurs indépendances. Elle montre comment la France a cherché à utiliser la promotion de la santé dans ses colonies, partant, la collaboration avec l'OMS, pour se projeter dans le monde comme une puissance.

¹⁴ Selon le témoignage de J. Mann et K. Kay, des informations venant de différents canaux officiels et non officiels insistèrent auprès de l'OMS sur la rapidité de la progression du VIH/sida et de la nécessité de prendre des actions plus rapides et vigoureuses contre elle. In Jonathan Mann and Kathleen Kay, 1991, "Confronting the pandemic: the WHO global Programme on AIDS, 1986-1989", in *AIDS*, 5 (suppl 2): S221.

premier « Programme SIDA » de 1986 né avec la vision de l'intégrer dans les structures des soins de santé primaires (SSP) issues de la déclaration d'Alma Ata, l'équipe du second programme a amené les États membres de l'OMS à créer des comités nationaux autonomes de lutte contre le sida. Elle a, par ailleurs, tenté de contourner les États, jugés inefficaces, en tissant des relations transnationales avec les ONG et les associations qui, après la conférence de Paris, devraient être considérées comme des actrices importantes 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 les aides à la lutte contre le sida aux populations dans le monde. Elle a représenté, également, le début de la manifestation, dans la lutte contre le VIH/sida, de la vision libérale des relations internationales. Au Burkina Faso, cette nouvelle gouvernance sanitaire s'est manifestée en 1987 par l'élaboration par le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) (créé en 1986 au sein du ministère de la santé) d'un plan à court terme (PCT)¹⁵ avec l'appui du Programme global sur le sida au sein de l'OMS¹⁶. Au cours de l'exécution du PCT, on voit apparaître, dans le journal burkinabè *Sidwaya*, des messages de sensibilisation des populations sur le sida. De même, le GPA et l'OMS commencent à soutenir le gouvernement auprès des organisations internationales dans la levée des fonds pour financer les activités du PCT¹⁷. En 1990, le Gouvernement du Burkina Faso a créé un Comité plus autonome, appelé Comité National de lutte anti-Sida (CNL-SIDA), comme suggéré par le GPA, avec pour objectif « d'élaborer, de mettre en œuvre, de coordonner et d'évaluer toutes les stratégies visant à limiter, voire à enrayer la propagation du sida au Burkina Faso »¹⁸. La présidence du CNL-SIDA est attribuée au ministre de la Santé et de l'action sociale qui était assisté d'autres ministres et des techniciens de différents ministères, ce qui a marqué la fin de la vision médicalisée de la lutte contre le sida et celle du monopole du ministère de la santé dans cette lutte au profit d'une vision de santé publique impliquant plusieurs acteurs différents du ministère de la santé. Le CNL-SIDA a donné les orientations nécessaires à l'élaboration du plan à moyen terme 1 (PMT 1) et du plan à moyen terme 2 (PMT 2). Le premier plan est exécuté entre 1990 et 1992. Il est, après, soutenu par le « Plan à moyen terme 2 » exécuté entre 1993 et 1995. Ces innovations institutionnelles induites par la santé globale ont,

¹⁵ Raabo n°AN IV 062/CNR/M/SG/L, *In* Projet SIDA, Plan à Court Terme Burkina Faso, Ministère de la Santé, août 1987.

¹⁶ Nicolas Méda, *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, p. 3.

¹⁷ *Sidwaya*, « L'OMS, un rôle de coordination dans la lutte anti-sida », in *Sidwaya*, 29 Octobre 1987.

¹⁸ Kiti n°AN VII-219 FP. SAN. AS du 27 février 1990.- portant création d'un comité de lutte contre le SIDA, *In*, *Journal officiel du Burkina Faso*, 8 mars 1990, p. 197.

cependant, tardé à apporter leurs fruits. En effet, sur 100 activités prévues dans les PMT 1 et 2 et qui ont concerné la lutte contre la transmission sexuelle du VIH, seules 19 sont réalisées en 1994, une année avant la fin du programme¹⁹. À l'arrivée à terme du PMT 2 en 1995, l'incidence du sida ainsi que la prévalence du VIH au sein de la population ont augmenté, selon les statistiques officielles dont l'élaboration a comporté de nombreux biais méthodologiques. En réalité, les difficultés de mise en œuvre des plans du CNLS et du CNL-SIDA sont en partie liées à la crise de naissance de la gouvernance sanitaire globale marquée par une crise de confiance et des finances que l'OMS elle-même traversait à cause notamment de son orientation stratégique dans la lutte contre le sida.

En effet, le statut et l'augmentation considérable des ressources du GPA au sein de l'OMS ont créé auprès des dirigeants de l'OMS le sentiment que la lutte contre le SIDA était prioritaire par rapport aux autres programmes de l'OMS, notamment celui des Soins de santé primaires d'Alma Ata. Des désaccords et des conflits de pouvoirs sont nés entre la direction générale de l'OMS et le personnel dirigeant du programme global²⁰. La question qui s'est posée à l'OMS, avec la naissance du GPA en son sein, a été de savoir si la lutte contre le VIH/sida doit continuer dans ce nouveau cadre vertical et globalisant ou s'il faut l'intégrer dans les structures des soins de santé primaires (SSP) déjà existantes. En 1988, l'OMS a décidé non seulement de poursuivre la politique des SSP²¹ qui était désapprouvée par certains de ces gros bailleurs comme les USA et la Banque mondiale, mais aussi, d'intégrer le programme global dans celui des SSP²². Cette réforme est faite à partir de 1992²³, avec le soutien de nombreux pays africains²⁴. Cette réorganisation est désapprouvée par les principaux bailleurs de fonds de l'OMS qui ont commencé à s'abstenir d'injecter des fonds dans la lutte contre le VIH/sida²⁵

¹⁹ Ces structures n'ont leur forme juridique et organisationnelle définitive qu'en 2002, longtemps après la fin du PMT. Arrêté n°2002-004/PRES/CNLS-IST/SP du 5 juin 2002. In, CNLS-IST, septembre 2003, Décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, Manuel d'opération, p. 8.

²⁰ Mann Jonathan, Kay Kathleen, 1991, *op. cit.*

²¹ OMS, 1988, « Dix ans après Alma-Ata », in *OMS Informations*, Mars 18, p. 119 ; OMS, 1988, Riga - La réaffirmation d'Alma-Ata. A 41-19-21. Annexe 7.

²² WHO, Global Programme on AIDS: Review of the Regionalisation process, Item 9 of the Agenda. EB88/5.

²³ La région Europe avait réussi une intégration harmonieuse de la structure du GPA dans « Lifestyles and Health Department ». De même, le staff du GPA était divisé entre le Bureau Régional et les bureaux subrégionaux ou certains de ses éléments sont devenus des conseillers de groupes de pays sur le sida. Voir: World Health Organisation, Regional Office for Europe, The global programme on AIDS in the European Region. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1994-1995. Janvier 1995. Bibliothèque de l'OMS. Genève.

²⁴ Iliffe John, 2006, *op. cit.*

²⁵ Face à l'insuffisance des ressources ordinaires de l'OMS, la lutte contre le sida était surtout financée par des ressources extrabudgétaires octroyées par des volontaires qui ne souhaitaient pas que ces ressources soient utilisées pour autre chose que le travail du GPA.

sous l'égide du GPA/OMS²⁶. À partir des années 1990, des organisations internationales telles que la Banque mondiale (BM), l'UNICEF, le PNUD et l'Union européenne ont commencé à établir leurs propres programmes de lutte contre le sida en dehors de l'OMS et cela a eu des impacts sur les finances du GPA qui ont baissé dès 1991²⁷, créant, ainsi, des manques à gagner dans le financement des programmes nationaux de lutte contre le VIH dans de nombreux pays africains à l'instar du Burkina Faso²⁸. Dans ce pays, en effet, il y a eu une baisse du nombre de contributeurs, subséquemment, une diminution en 1994, puis l'arrêt en 1995, du financement du plan à moyen terme 2 par tous les bailleurs, sauf de l'OMS²⁹. C'est en ce moment que les organisations internationales commencent à intervenir directement dans le pays, avec leur propre programme, au lieu de passer par l'OMS, ce qui a permis à la lutte contre le VIH/sida au Burkina Faso de sortir de la léthargie renforcée par les crises au sein de l'OMS.

En effet, grâce à un plan de financement 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 globalisation de la lutte 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. L'OMS, elle, a continué de son côté la lutte contre le sida dans un cadre diminué du GPA. La Banque mondiale et d'autres pays et institutions internationales ont commencé à supporter directement les pays aux ressources limitées dans la lutte contre le sida. C'est pourquoi le PPLS a offert au gouvernement du Burkina Faso³⁰ beaucoup plus de ressources financières qu'il en a eu au cours des années passées. Cela lui a permis de relancer la lutte contre le VIH/sida dont la prévalence a augmenté³¹. Le PPLS a permis le financement de nombreux volets de la lutte : les

²⁶ Ils avaient rejeté le programme SSP et financé la mise en œuvre par l'UNICEF d'un programme de Soins de santé primaires sélectif (SSPS), différent du premier, mais, qui était un programme vertical.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Yacouba Banhoro, 2007, « Vicissitudes of AIDS policies in Burkina Faso from 1985 to 2001: A historical perspective », in Falola F, Matthew MH (eds.), *HIV/AIDS, Illness, and African Well-Being*, Rochester, University of Rochester Press, Boydell & Brewer, pp. 287-308.

²⁹ Jean-Baptiste Guiard-Schimid, 1994, *Le SIDA au Burkina Faso : Historique, épidémiologie, politique nationale, intervenants de la lutte contre le sida*, thèse de doctorat soutenue le 25 octobre 1994, Université de Limoges, p.138.

³⁰ Puisque la Banque mondiale a continué à participer à la lutte avec d'autres programmes. Voir, Hermann M. Konkobo, 2016, *Intervention du groupe de la Banque Mondiale dans le secteur de la santé au Burkina Faso : exemple de la lutte contre le VIH/SIDA*, Mémoire de maîtrise, Histoire, UJKZ.

³¹ Le financement du PPLS représentait environ 62% des 29 millions de dollars investis dans la lutte contre le sida entre 1986 et 2000. Au cours de la même période, la contribution de l'Etat était estimée à 2% de ce montant.

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 IST, la gestion de l'information stratégique.

En somme, la gouvernance sanitaire est innovée à partir de l'action du Programme global (GPA), par la réévaluation et la diminution du rôle de l'OMS, la création d'une nouvelle institution (l'ONUSIDA) ainsi que par les interventions directes des organisations internationales avec davantage de ressources.

2. Les nouveaux acteurs : organisation et interventions dans la santé

2.1. *La montée des organisations internationales et des associations*

La multiplication des Organisations internationales (OI) dans le domaine de la santé est une des nouveautés de la santé mondiale. On a pu dénombrer, à Ouagadougou, dans le cadre de ce travail, 41 organisations internationales installées entre 1960 et 1995 et 90 entre 1996 et 2019, avec un nombre total de 131 OI présentes en 2019. Ces OI ne sont pas toutes spécialisées dans la santé, mais elles ont intégré une ou des questions sanitaires dans leurs programmes au fil du temps et en fonction de leurs priorités du moment. Certaines OI telles que la Banque mondiale et l'Union européenne sont très généralistes et interviennent uniquement dans le financement de la santé. D'autres telles que l'ONUSIDA, le Fonds mondial et GAVI sont spécialisées sur certaines maladies ou des domaines spécifiques de la santé. Il y a aussi des organisations étatiques (comme le Plan d'urgence du Président américain pour l'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) des USA) ainsi que des Associations et des ONG internationales privées. L'évolution de la fréquence de l'implantation de ces organisations à Ouagadougou montre qu'en termes de nombre, 1 seule OI s'y est installée par an entre 1942 et 1981 et, en moyenne, 2 s'y sont installées par an entre 1989 et 1994. Mais, à partir de 1995, cette fréquence s'est accélérée jusqu'en 2017, avec l'implantation de 9 organisations internationales au cours de certaines de ces années.

La conversion des OI 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. L'accélération de leurs nombres correspond à la période de 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 coparraines : secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNESCO, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, la BM l'ONU-DC, l'OIT, le PAM, le HCR, ONU-femmes. Chacune d'entre 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 par des Associations, des ONG privées, mais aussi et surtout par l'État. Durant la période allant de 1996 à nos jours, la santé globale s'est institutionnalisée au Burkina à travers la multiplication des acteurs globaux, leurs financements, leurs activités, et par conséquent, leurs influences sur les processus d'innovation institutionnelle dans le système de santé.

L'innovation ne consiste pas uniquement en l'accroissement du nombre des OI, mais, également, à renforcer leur potentiel en matière de mobilisation internationale des fonds. Aussi, ces organisations prennent le plus souvent en charge des aspects particuliers de la lutte contre le VIH/sida qui seraient difficilement couverts par des structures purement médicales du ministère de la santé du Burkina Faso. Par exemple, la contribution financière de l'ONUSIDA a représenté une manne financière importante de plus de soixante-dix-neuf milliards de francs CFA injectée de 1996 à 2020 dans divers champs d'actions.

Spécifiquement, la promotion des associations dans la santé est une des manifestations de la gouvernance sanitaire globale. Dès 1987, le programme global (le GPA), tout en incitant les États à mettre en place une structure autonome de lutte contre le sida impliquant plusieurs partenaires, a mis l'accent sur le partenariat avec les ONG et les associations, notamment des associations de personnes vivant avec le VIH. Cette stratégie a eu des implications au Burkina Faso. Par exemple, jusqu'en 1994, il n'y avait pas d'associations travaillant sur le sida ou de personnes vivant avec le VIH/sida. Mais de 1994 à 1997, il y a eu un nombre croissant de nouvelles associations travaillant sur le sida. En 2002, 150 associations avaient été identifiées. Plus de 80% étaient nées entre 1994 et 2000 et 85% étaient en zone urbaine. En 2010, on a dénombré plus de 300 associations dans chacune des deux communes du Sanmatenga et du Bam au Centre-est du Burkina Faso. En effet, presque à chaque carrefour de la ville de Kaya, une des villes moyennes du Burkina Faso, on pouvait rencontrer une pancarte montrant le siège d'une association spécialisée dans la santé (Paludisme, VIH/sida, Tuberculose, etc.)³².

En général, les associations compétissent sur les fonds avec différents bailleurs pouvant être des services publics de santé, des ONG ou d'autres organismes de financement. En dehors des services déconcentrés de la santé et de leurs propres équipes, les ONG s'appuient, également, sur des associations qui mènent, à leurs comptes, des opérations sur la base de contrats de subventions locales. Elles-mêmes sont financées par des bailleurs propres à chaque

³² Voir : Soubeiga, Kamba Andre-Marie, 2018. *Construction et Reconfigurations de l'action publique contre le Sida au Burkina Faso. Acteurs, controverses et dynamiques*. Ouagadougou : l'Harmattan.

type d'ONG. L'ONG Plan Parrainage International (PPI) exécute ses activités avec des financements provenant de dons au compte du parrainage d'enfants (des parrains dans les Pays du Nord prennent en charge des enfants au Sud) et l'ONG Save the Children est financée par l'UNICEF et l'Union Européenne et d'autres bailleurs privés, notamment du Nord.

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 suppléer les structures de l'État qui, en raison de leur nombre, de leur niveau de qualification et de leur sous-financement, ne pouvaient pas conduire tout le travail de santé publique complexe mené par ces organisations. Les subventions accordées par le Fonds mondial sont octroyées à des structures étatiques tel le SP-CNLS-IST (forme définitive de l'organisme autonome de lutte contre le sida au Burkina Faso qui prend en compte l'approche syndromique des maladies sexuellement transmissibles (les infections sexuellement transmissibles ou IST³³), mais aussi à des acteurs privés (Initiative Privée et Communautaire/Burkina Faso), à des programmes autonomes tels que le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) ainsi qu'à des organisations à base communautaire³⁴. C'est tout le sens donné au Partenariat Public et Privé qui a caractérisé l'avènement de la santé globale et qui commence depuis le mode d'acquisition des fonds par les acteurs globaux de la santé (PEPFAR, GAVI, Fonds mondial, ONUSIDA, etc.), jusqu'à la mise en œuvre des programmes sanitaires dans les pays.

2.2. *Le Programme d'appui au développement de la santé, nouvel organe de gouvernance de la santé globale*

La gouvernance sanitaire nationale, à la suite des accords de Paris sur l'efficacité de l'aide, plutôt que de reproduire l'anarchie apparente qui caractérise les acteurs à l'échelle mondiale, est organisée dans le cadre du Programme d'appui au développement de la santé (PADS) qui est un panier commun mobilisant les ressources financières au profit des districts sanitaires, des directions régionales de la santé et de toute autre structure active dans le domaine de la santé.

Historiquement, le PADS est le résultat d'une expérience commencée dans le cadre du financement par la Banque mondiale de plusieurs projets³⁵ entrant dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP adopté en 2000 et révisé en 2004) ainsi que dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Développement pour le Millénaire (OMD) dans lesquels figuraient la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration la santé maternelle, le combat contre le VIH/sida et le paludisme. Il a vu le jour à la suite de la mise en œuvre d'un « projet de développement santé et nutrition » mis en œuvre entre 2000 et 2001 et dont l'issue fut jugée

³³ OMS, Factsheet, en ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. (Accès : 23.12.2015).

³⁴ Fonds mondial, 2021, données de l'atelier de lancement des subventions 2021-2023.

³⁵ PADS, 2014, Le bras financier de la santé, Ouagadougou, p. 5.

positive. Cela amena l'État et la Banque mondiale, après des négociations, à mettre en œuvre un second « projet d'appui aux districts sanitaires et aux directions régionales de la santé » (PADS) durant la période de 2002 à décembre 2004. C'est plus tard que sont intervenus les accords de Paris sur l'efficacité de l'aide préconisant une nouvelle gouvernance pouvant créer un partenariat de confiance dans la mobilisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du financement de l'aide au développement. Comme par coïncidence, le PADS était déjà impulsé par la Banque mondiale au Burkina Faso avec des résultats jugés satisfaisants. Alors, du premier projet PADS, est né le programme PADS (Programme d'appui au développement sanitaire) créé par arrêté du 11 février 2005, pour la période de 2005-2008. Ce programme a soutenu la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (PNDS).

Le PADS est une structure décentralisée autonome placée sous la tutelle technique du ministère de la Santé. Il est supervisé par un comité de pilotage, organe d'orientation et de suivi de la mise en œuvre du programme, présidé par le secrétariat général du ministère de la santé. Les principaux bailleurs de fonds y sont représentés. Une unité de gestion autonome est chargée de la gestion administrative et financière du programme. Celle-ci est chargée de gérer l'ensemble des fonds mobilisés, d'apporter des appuis-conseils aux structures bénéficiaires des financements, d'allouer les fonds aux structures bénéficiaires. Il s'assure de l'exécution physique et financière des marchés et de la capitalisation des expériences du programme qui soutiennent son plaidoyer pour l'agrandissement de son enveloppe financière. Le PADS apparaît comme une innovation institutionnelle participant à la globalisation de la santé au Burkina Faso. En effet, de nombreux bailleurs de fonds ont participé entre 2008 et 2013 à la constitution de ses fonds : Pays-Bas, Suède, KFW, AFD, UNFRA, BM (IDA), PMNCH, GAVI-RSS, UNICEF, PAM, Fonds mondial. Durant cette période, les Pays-Bas et la Banque mondiale ont été les plus grands bailleurs. Grosso modo, l'ensemble des bailleurs a mobilisé pour le financement du PADS durant les trois phases du PADS - 2005 à 2008 ; 2008 à 2013 et 2014 à 2018 - une somme d'environ 501 817 630 660 FCFA³⁶. L'innovation institutionnelle a permis d'aboutir à une innovation financière consistant en la mobilisation et la conduite d'activités qui auraient été hors de portée du budget national.

Avec les fonds mobilisés au cours de sa première phase (2005-2008)³⁷, le PADS a, dans un souci d'efficacité, procédé à d'autres innovations au niveau du système sanitaire burkinabè telles : la mise à disposition de cadres et directives de planification à tous les niveaux du système de santé qui permettent d'intégrer l'ensemble des activités des différents programmes identifiés sur le plan national. Il a procédé à l'élaboration d'un plan d'action annuel au niveau opérationnel, intermédiaire et central prenant en compte la contribution des diverses sources de financement. Il a mis en place une procédure intégrée et concertée d'adoption des plans d'action, favorisant une visibilité et une complémentarité des financements de l'ensemble des intervenants. Il a œuvré à une harmonisation des procédures de gestion et de contrôle grâce à des audits. De même, le PADS a soutenu un suivi semestriel de l'évolution des indicateurs de performance dans les districts et des directions régionales de la santé, à travers les rapports de progrès. Il a procédé à des renforcements des capacités de planification et de gestion par l'appui à la micro-planification, à l'encadrement des structures communautaires et l'intensification des activités de contrôles internes des districts et directions régionales de santé (DRS). Le PADS a également appuyé l'amélioration du plateau technique des systèmes de santé par le renforcement de la chaîne de froid et de la logistique ainsi que par la disponibilisation des intrants de lutte contre le paludisme et la tuberculose. La seconde phase du PADS (2008-2013) a surtout permis l'organisation de la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées

³⁶ Montant cumulé des fonds communs et ciblés du PADS de 2008 à 2018. Sources : Archives du PADS.

³⁷ Ministères de la santé, 2004, *Programme d'Appui au Développement Sanitaire 2005-2008*, Ouagadougou, p. 7.

d'insecticide à longue durée d'action (MILDA³⁸) ainsi que le renforcement en ressources humaines du service financier et comptable du PADS lui-même³⁹. Pour ce qui concerne la troisième phase, de janvier 2014 à juin 2018, selon le rapport annuel de 2017⁴⁰, le PADS a octroyé des ressources financières et du matériel roulant aux structures sanitaires bénéficiaires de cette phase. De janvier 2014 à juin 2018, la Banque mondiale, en collaboration avec le PADS, a mis en œuvre le modèle de financement basé sur les résultats (FBR), pour des prestations de santé de reproduction, dans 4 Centres hospitaliers régionaux et 644 formations sanitaires dans 19 districts sanitaires.

Par ailleurs, les partenaires financiers ont soutenu le PADS dans la lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées (MTN), à travers un projet sous-régional focalisé sur la chimio-prévention du paludisme saisonnier qui a profité à 65 districts sanitaires dont 22 districts sanitaires financés par le projet. Au cours de l'année 2018, de nombreuses campagnes ont été menées contre les maladies tropicales négligées dont la filariose lymphatique, l'onchocercose et la schistosomiase. De même, des financements ciblés ont servi à : la réalisation d'activités liées à la santé de la reproduction dans toutes les régions sanitaires, notamment l'organisation des semaines nationales de planification familiale dans les 70 districts sanitaires, avec l'appui du niveau central du système de santé - la supervision des acteurs sur la planification familiale - la formation des agents de santé sur la planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux. Enfin, les ressources octroyées par GAVI ont permis le financement des activités de supervision des directions régionales de la santé et des districts sanitaires pour ce qui concerne la vaccination, la gestion des données et les formations. Les soutiens financiers participent, ainsi, à un processus de transformation sociale à travers la transformation de l'offre des services de santé qui contribuent à l'amélioration des problèmes de santé à travers un plus grand accès. Le projet fut clos le 30 juin 2018 avec la réalisation de l'évaluation finale qui a montré que ce projet a permis d'améliorer la qualité et l'accès des services et des soins de santé aux populations, particulièrement aux plus vulnérables⁴¹.

Si le PADS est apparu aux yeux de tous les acteurs y participant comme une innovation institutionnelle qui permet de lever d'importants fonds, il porte aussi les contradictions liées aux programmes verticaux promus dans le cadre de la santé globale (qui ont leurs défenseurs, dont Bill Gates⁴², mais aussi qui sont critiqués par différents auteurs⁴³). En effet, le PADS est un programme vertical au sein du ministère de la santé et les bailleurs du PADS sont de grands défenseurs des programmes verticaux, partant, la concentration sur un ou plusieurs problèmes de santé qui les intéressent particulièrement : le paludisme, la tuberculose, la vaccination, la santé de la reproduction, le VIH/sida, la transfusion sanguine⁴⁴. En outre, dans le PADS, les programmes verticaux sont promus pour des raisons de traçabilité, de transparence et de

³⁸ Voir, l'importance des MILDA : OMS, 2013, Lutte contre le paludisme : Lancement de la campagne MILDA, en ligne : <https://www.afro.who.int/fr/news/lutte-contre-le-paludisme-lancement-de-la-campagne-milda>.

³⁹ Ministère de la santé, 2017, *Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2016*, Ouagadougou, p. 32.

⁴⁰ Ministère de la santé, 2018, *Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2017*, Ouagadougou, p. 45.

⁴¹ Ministère de la santé, 2019, *Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2018*, Ouagadougou, p. 22.

⁴² Bill Gates, 2022, *How to prevent the next pandemic*, Grande Bretagne, Edition Allen Lane.

⁴³ D. M. SANDERS, C. TODD, M. CHOPRA, 2005, « Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough », dans *BMJ* (en ligne): Vol. 331, pp. 754-758, disponible en ligne: <http://www.bmj.com/content/331/7519/755>. (Accès: 11. 08. 2023). Dieter HAMPEL, 2003, « Das Primary Health Care-Konzept. Anmerkungen zu einem Universellen wie Visionären Konzept: 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata », in *Curare*, Vol. 26 1+2, éd. Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. e.V. AGEM, pp. 9-16.

⁴⁴ Ministère de la santé, 2004, *PADS 2005-2008*, Ouagadougou, p.14.

redevabilité. Cela a conduit chacun des bailleurs de fonds du PADS à contourner le panier commun de fonds non-ciblés et à privilégier des contributions aux fonds ciblés du PADS qui sont alignés sur ses propres priorités. Cela a entraîné le dépassement, en 2018, du montant des fonds non-ciblés par les fonds ciblés. Le principal avantage d'un tel schéma est qu'il dirige d'importantes ressources financières vers la prise en charge des services de santé périphériques avec la chance de toucher un nombre plus important de la population démunie. En même temps, il rend les services de santé de base plus dépendants de l'aide internationale. En mettant en branle les associations et les ONG, il contribue à créer et renforcer le leadership de nombreuses personnes et organisations de la société civile dans le domaine sanitaire et même politique. Il participe, probablement, à atteindre un des objectifs de la promotion de la santé globale qui est de rompre le cercle vicieux des maladies bloquant la croissance économique, partant, le développement⁴⁵ tant il est vrai que les problèmes de santé dans le pays, comme dans la plupart des pays dits en développement, sont structurels, c'est-à-dire liés à la faiblesse des structures économiques et sociales. L'inconnu ce sont quelle intervention sanitaire (quantitativement et qualitativement) permet de rompre ce cercle vicieux et comment les financements intermittents des organisations internationales pourraient atteindre cet objectif en l'absence d'un système de santé étatique renforcé. Cela, d'autant plus que la verticalité des interventions – même si par leur nombre elles peuvent paraître horizontales - participent plus à résoudre des problèmes de santé ayant une résonance épidémiologique au niveau global qui préoccupe les donateurs de fonds. Après tout, les principaux bailleurs influencent par-là l'orientation des politiques et programmes de santé dans le sens de leurs propres priorités, dans la mesure où leurs financements supplantent très souvent les financements nationaux et mettent les services de santé ainsi que les nouveaux acteurs de la santé (ONG, associations, autres secteurs privés, État, etc.) dans une situation de dépendance aux fonds ayant multiplié les activités à travers la création d'un vaste marché sanitaire.

Conclusion

Le Programme global de l'OMS a commencé à engager ce qui est aujourd'hui appelé la santé globale en quittant partiellement la stratégie intergouvernementale de l'OMS et en incitant à la mise en place des associations, des ONG, des Organisations internationales et d'autres acteurs privés. Cette innovation de la santé globale a fait naître une multitude d'acteurs autonomes sur le plan international. Cela se reflète au Burkina Faso par l'arrivée de nombreuses organisations multilatérales dans le pays, mais aussi par la naissance de milliers d'associations sur place, d'abord, dans le cadre de la lutte contre le sida. Plutôt que de travailler de manière inorganisée comme au niveau global, les acteurs de la santé globale, malgré leurs multitudes, sont organisés dans plusieurs cadres tels que le PADS, mais aussi, la plupart des associations et d'autres ONG travaillent en collaboration avec leurs bailleurs de fonds qui participent à leurs organisations et leurs formations. La stratégie PPP, pilier essentiel de l'action de ces organisations, amène les acteurs de la société civile, qui ont un ancrage dans leurs propres

⁴⁵ Walter Seidel, 2003, "The Report of the Commission on Macroeconomics and Health – A Summary of Findings, Reactions and Follow-up to the "Sachs-Report", In Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen (eds.), *Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries*, Hamburg, pp. 117-126.

sociétés, à créer un mouvement sanitaire avec le développement d'un leadership individuel et collectif important.

Une des grandes innovations de la santé globale est d'avoir mobilisé d'importantes ressources dans le cadre de la lutte contre le sida et le système de santé. Il en est de même de la prise en compte de plusieurs paramètres de la lutte contre le sida. Il s'agit, par exemple, de la prise en compte de la nutrition dans la riposte au VIH ; la prise de mesures de préventions ou de traitement contre le VIH/sida au sein des personnes réfugiées ; l'autonomisation et la protection des femmes vulnérables à la pandémie et étreintes dans des environs aux pratiques socioculturelles défavorables à la compréhension des besoins des malades de VIH/sida.

Il est important de souligner les prouesses des promoteurs de la nouvelle gouvernance sanitaire. Entre 1988 et 1995, des désaccords sur la verticalité du GPA au sein de l'OMS ont entraîné la création de l'ONUSIDA. Il semble qu'au Burkina Faso, les programmes de lutte contre le sida ainsi que beaucoup d'autres programmes sont verticaux, ce qui indique une reproduction du schéma OMS/GPA, mais, avec moins de conflits apparents, probablement, en raison des rapports de pouvoir favorables aux bailleurs de fonds internationaux. Cela donne l'impression que la nouvelle architecture de la gouvernance sanitaire globale a été intelligemment construite pour échapper aux réglementations de l'OMS et répondre aux besoins des bailleurs de fonds en matière de changement social par la santé. Dans tous les cas, elle reproduit bien le clivage Nord-Sud avec une forte dépendance du sud des moyens financiers du Nord. Il se pose, comme pour la plupart des programmes de développement, le problème de la durabilité d'un tel schéma.

Références bibliographie

- Banerjee, Abhijit V. and Esther Duflo, 2011. *Poor economics: A radical rethinking of the way to fight Global Poverty*. New York : Public Affairs.
- Banhoro, Yacouba, 2007, « Vicissitudes of AIDS policies in Burkina Faso from 1985 to 2001: A historical perspective », in Falola F., Matthew MH (eds.), *SIDA, Illness, and African Well-Being*, Rochester, University of Rochester Press, Boydell & Brewer, pp. 287-308.
- Banhoro, Yacouba, 2014, « Le PEPFAR, signe de la superpuissance américaine et du retour progressif vers Alma Ata ? ». Trifop n0 001, pp. 285 - 306.
- Banhoro, Yacouba, 2015, « La lutte contre le VIH/SIDA comme un instrument de la globalisation », in, Essoham Assima- Kpatcha, & al. (éds.), *Au cœur d'une relecture des sources orales en Afrique : Etudes sur l'histoire africaine en hommage au Professeur Théodore Nicoué Lodjou GAYIBORA*, Presses de l'UL/Karthala, pp. 737-768.
- Banhoro, Yacouba, 2017, « La contestation du programme de soins de santé primaires d'Alma-Ata et ses répliques sur le rôle de l'OMS dans la lutte contre le vih/sida (1978-1996), in, *Bulletin du CAMES, Nouvelles Séries, Sciences Humaines, N0 009- 2nd Semestre*, pp. 79-98.

- Beigbeder, Yves, 1995, *L'Organisation mondiale de la santé*, Paris, PUF, 206 p.
- Brown, M. Theodore, Marcos Cueta, Elizabeth Fee, 2006, "The WHO and the transition from „international to global public health“, in *American Journal of Public Health*, vol. 96. N°1, pp. 62-72, en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470434/pdf/0960062.pdf>. (Accès : 10.08.2023).
- Paul Farmer et al., 2013, *Reimagining Global Health- An Introduction*, Berkeley, University of California Press.
- Flint, Adrian, 2011, *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Politics, Aid and Globalization*, Londres, Palgrave Macmillan.
- Gates, Bill, 2022, *How to prevent the next pandemic*. Grande Bretagne, Edition Allen Lane.
- Godlee, Fiona, 1994, « WHO in crisis », in *BMJ* 309, p. 1425.
- Hampel, Dieter, 2003, « Das Primary Health Care-Konzept. Anmerkungen zu einem Universellen wie Visionären Konzept: 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata », in *Curare*, Vol. 26 1+2, éd. Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. e.V. AGEM, pp. 9-16.
- Hein, Wolfgang, Lars Kohlmorgen (eds), 2003, *Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries*, Hamburg.
- Iliffe, John, 2006, *The African AIDS Epidemic: a history*, Ohio, University Press.
- Institute of Medicine, 2009, *The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the Public and Private Sectors - Committee on the U.S. Commitment to Global Health*. En ligne : <http://www.nap.edu/catalog/12642.html> ou <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK23790/>.
- Kerouedan, Dominique, 2013, « Pour une santé mondiale et partagée » in *Sciences au Sud*, n°68-janvier- février-mars.
- Lee, Kelley, 2001, "Globalization-a new agenda for health?", In Martin Mckee, Paul Garner and Robin Stott (eds), *International co-operation in Health*, Oxford, University Press, pp. 13-30.
- Mann, Jonathan, and Kathleen Kay, 1991, "Confronting the pandemic: the WHO global Programme on AIDS, 1986-1989" in *AIDS*, 5 (suppl 2): S221.
- Mearsheimer, J. John, 2018, *The great delusion: liberal dreams and international realities*, Yale, University Press.
- Pearson, Jessica Lynne, 2018, *The colonial Politics of Global Health: France and the United Nations in Postwar Africa*, Harvard, University Press.
- Randall M. Packard, 2016, *A history of Global Health*, Baltimore, John Hopkins university Press.
- Sanders, D. M., C. Todd, M. Chopra, 2005, « Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough », dans *BMJ*, Vol. 331, pp. 754-758, disponible en ligne : <http://www.bmj.com/content/331/7519/755>. (Accès: 11. 08. 2023).
- Soubeiga, Kamba André-Marie, 2018. *Construction et Reconfigurations de l'action publique contre le Sida au Burkina Faso : Acteurs, controverses et dynamiques*, Ouagadougou : l'Harmattan.
- Yach, Derek & Douglas Bettchet, 1998, „The Globalization of Public Health: Threats and Opportunities“, *American Journal of Public Health*, Vol. 88, n°5, pp. 755-738, en ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508933/pdf/amjph00017-0025.pdf>. (Accès: 20 août 2023).

Thèse et Mémoire

- Guiard-Schmid, Jean-Baptiste, 1994, *Le SIDA au Burkina Faso : Historique, épidémiologie, politique nationale, intervenants de la lutte contre le sida*, thèse de doctorat soutenue le 25 octobre 1994, Université de Limoges.

Konkobo Hermann Moussa, 2016, Intervention du groupe de la Banque Mondiale dans le secteur de la santé au Burkina Faso : exemple de la lutte contre le VIH/SIDA, Mémoire de maîtrise, Histoire, UJKZ.

Archives du ministère de la Santé du Burkina Faso et de l'OMS

CNLS-IST, septembre 2003, Décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, Manuel d'opération.

Fonds mondial, 2021, Données de l'atelier de lancement des subventions 2021-2023.

Gouvernement du Burkina Faso, "Kiti n°AN VII-219 FP. SAN. AS du 27 février 1990.- portant création d'un comité de lutte contre le SIDA », In, Journal officiel du Burkina Faso, 8 mars 1990, p. 197.

Méda, Nicolas, 1998, 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.

Ministère de la santé, 2017, Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2016, Ouagadougou, 125 p.

Ministère de la santé, 2018, Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2017, Ouagadougou, 124 p.

Ministère de la santé, 2019, Rapport annuel d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire 2018, Ouagadougou, 50 p.

Ministère de la santé, 2004, Programme d'Appui au Développement Sanitaire 2005-2008, Ouagadougou, 59 p.

PADS, 2014, Le bras financier de la santé, Ouagadougou, 35 p.

Raabo n°AN IV 062/CNR/M/SG/L, In Projet SIDA, Plan à Court Terme Burkina Faso, Ministère de la Santé, août 1987.

OMS, 1988, « Dix ans après Alma-Ata », in OMS Informations, Mars 18, p. 119.

OMS, 2013, Lutte contre le paludisme : Lancement de la campagne MILDA, en ligne : <https://www.afro.who.int/fr/news/lutte-contre-le-paludisme-lancement-de-la-campagne-milda>.

OMS, Riga - La réaffirmation d'Alma-Ata - avril 1988. A 41-19-21. Annexe 7.

WHO Features, November 1986, n°103, "AIDS- An International Perspective" p.3.

WHO, Global Programme on AIDS: Review of the Regionalisation process, Item 9 of the agenda. EB88/5.

World Health Organisation, Regional Office for Europe, The global programme on AIDS in the European Region. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1994-1995. Janvier 1995.

Archives de Sidwaya à l'IRD

Tiendrébéogo, Hilaire, 1988, « Compte rendu de mission : Sommet mondial des Ministres de la santé à Londres », in, *Sidwaya* n°994 du jeudi 31 mars, p. 9.