Revue des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN
(E) 2958-2814
(P) 3006-306X

Volume 3, Numéro 4, Octobre 2025

Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société

revue.akiri-uao.org

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

DOI: https://dx.doi.org/10.4314/akiri

Site web: https://revue.akiri-uao.org/

E-mail : revueakiri@gmail.com

Editeur

UFR Communication, Milieu et Société

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue ***AKIRI***, consultez les bases de données ci-dessous :

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/2958-2814

https://www.ajol.info/index.php/akiri

https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

https://olddrji.lbp.world/IndexingCertificate.aspx?jid=14086

http://oaji.net/journal-detail.html?number=14071

Impact factor : SJIF 2025 : 6.586

REVUE ELECTRONIQUE

AKIRI

Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

E-ISSN 2958-2814 (Online ou en Ligne)
I-ISSN 3006-306X (Print ou imprimé)

Equipe Editoriale

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob
Directeur de publication : MAMADOU Bamba
Rédacteur en chef : KONE Kiyali
Chargéde diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert
Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

Comité Scientifique

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,
ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly
SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix HouphouëtBoigny
BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
M'BRA Kouakou Désiré, Maître conférences, Université Alassane Ouattara

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
BAKAYOKO Mamadou, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,
SANOGO Tiantio, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle
ETTIEN N'doua Etienne, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny
DJIGBE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara

Comité de rédaction

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
KONÉ Kiyali, Maître-Assistant, Histoire, Université Péléforo Gon Coulibaly
BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférences, Philosophie, Université Alassane Ouattara
OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara
MAMADOU Bamba, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Alassane Ouattara,
ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny,
KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Espagnol, Université Alassane Ouattara
SIDIBÉ Moussa, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara
ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara
KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny
MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny
BALDÉ Yoro Mamadou, Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
MAWA Miraille-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Contacts

Site web: **https://revue.akiri-uao.org/**
E-mail : revueakiri@gmail.com
Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

Indexations internationales :

Auré HAL : https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

Mir@bel : https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

Sjifactor: http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

AJOL: https://www.ajol.info/index.php/akiri

IPIndexing: https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

DRJI: https://olddrji.lbp.world/IndexingCertificate.aspx?jid=14086

OAJI: http://oaji.net/journal-detail.html?number=14071

Impact factor : SJIF 2025 : 6.586

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « ***AKIRI*** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

AKIRI est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. 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.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI

La revue ***AKIRI*** n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :
Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («…. »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de …

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2nde éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
  Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
  Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
  Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Les articles sont la propriété de la revue.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

Anglais

1. **Analysing Advertising Discourse in Côte d'Ivoire: The case of Advertising in Baoulé and Malinke**
Koffi Malthus KOUASSI & Kouadio Ignace N'DRI..... **1-15**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.1

2. **Trust in Crisis in John Osborne's Play: a case study in Look Back in Anger**
DRAMANE OUATTARA **16-32**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.2

3. **Inaugural Commonwealth Peace Prize: Spotlighting Faith-based Peacebuilders in Nigeria**
Mahamadi OUEDRAOGO & Djamal Dine DIASSO..... **33-45**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.3

4. **Analyzing english language learning needs of geography students at Alassane Ouattara University (AOU)**
Kidaté KAMBIRE & Kouamé Alexandre N'DRI..... **46-58**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.4

5. **Cultural Source of Pain in No Longer at Ease and The Joys of Motherhood**
Rodrigue Judicaël ELE..... **59-68**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.5

6. **Islamophobia and the Search for a British Muslim Identity in The Road from Damascus**
Mamadou OUATTARA..... **69-85**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.6

7. **Rethinking project-based assessment in the age of ai: the case of elt learners' projects authenticity**
Diallo KIERNON..... **86-102**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.7

8. **Genetic relationship between Yoruba and Ifɛ spoken in Togo: a comparative approach**
Tarek Mohamed SALAOU..... **103-118**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.8

9. **Rewriting the self: Virginia Woolf's unconventional meta-life narrative**
Adama BAMBA & Sitionbe Boniface KONE..... **119-132**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.9

10. **Issues and Perspectives in Sign Language Interpreting in Benin**
Rissikatou MOUSTAPHA BABALOLA &
Oba-Nsola Agnila Léonard Clément BABALOLA..... **133-149**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.10

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

11. Lexico-Semantic Analysis of Borrowings in Dogon Spoken in Sangha, Mali
Aldiouma KODIO…….... **150-164**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.11

Espagnol

12. El mal político en dos novelas de dictadura: el señor presidente y yo el supremo
Kouassi Abraham PALANGUE…….. **165-183**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.12

Etude germanique

13. Arbeitskraft aus den Drittstaaten in Deutschland seit 2015: wirtschaftlicher Nutzen versus Migrationsangst
Kouassi Félix N'GUESSAN……... **184-196**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.13

Lettres Modernes

14. La mutation des Halles en « fauve urbain » dans Le Ventre de Paris d'Émile Zola : Interprétation discursive et transposition
Joëlle Fabiola NSA NDO…… **197-212**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.14

15. La spirale du désordre : esthétique du chaos et critique sociale dans la vie en spirale d'Abasse Ndione
Yambaïdjé MADJINDAYE……..…….. **213-223**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.15

16. L'enseignement du théâtre en milieu universitaire : quelles nouvelles orientations didactiques pour l'université Peleforo Gon Coulibaly ?
Thely Innocent Bossé OPI & Bla Mireille N'GUESSAN…… **224-242**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.16

17. Pouvoir du discours et discours du pouvoir dans andromaque de racine
Mathilde GOGO…… **243-259**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.17

18. Le personnage âgé et l'urgence du développement dans Le Sorcier blanc et l'usine maudite de Ferdinand Ndinda Ndinda
Pierre Olivier EMOUCK…….... **260-275**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.18

19. Le polar diasporique comme dé-canonisation et miroir des identités postcoloniales fragmentées dans un monde en mutation
Dame Kane…….. **276-286**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.19

20. D'une éthique en sourdine dans les romans d'anticipation et les polars de René-Charles Rey
Baffétégué DIARRASSOUBA……..... **287-297**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.20

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

21. Jeu(x) et enjeu(x) dramatiques des catégories culturelles dans la couronne aux enchères d'Amon d'Aby et Sikasso ou la dernière citadelle de Djibril Tamsir Niane
Zibé Nestor YOKORE & Jean-Marie GNAHORE…….. **298-316**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.21

COMMNUNICATION, SCIENCES DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

22. Le participe passé employé avec les auxiliaires « être » et « avoir » dans un contexte scolaire bilingue
Oumar LINGANI……..... **317-330**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.22

23. Les archives, un outil de régularité, transparence et de continuité de procès judiciaires
Aboubacar 1 SYLLA & Abdoulaye Bountou BANGOURA……... **331-345**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.23

24. L'offre de formation en journalisme en République du Congo : inadéquation entre enseignements académiques et besoins des entreprises de presse
Antonin Idriss BOSSOTO …….. **346-361**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.24

25. Réintégration des ex-réfugiés ivoiriens du Libéria, de la crise post-électorale de 2010 à 2011
Oyéyémi AMOS…….. **362-387**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.25

26. Politique et sport en Côte d'Ivoire : de l'usage du sport comme moyen de communication électorale
Kobenan Parfait KOUADIO……..... **388-400**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.26

27. Enjeux communicationnels liés à la promotion des applications mobiles en santé maternelle dans la commune de Bouaké
Moussa COULIBALY……..... **401-414**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.27

28. Inertie comportementale et résistance des pathologies cardiovasculaires au dispositif communicationnel ivoirien
N'GUESSAN CLEMENT KOUASSI…… **415-433**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.28

29. Contribution de la communication pour l'acquisition des permis de conduire face au défi de l'incivisme routier à Bouaké
Aya Carelle Prisca KOUAME KONATE…… **434-448**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.29

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

30. Le triangle de la dramaturgie politique dans la construction des discours électoraux ivoiriens
N'dah Éric ANNET & Katcha Richmond KOUACOU …….. **449-461**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.30

31. Genre et plateformes numériques : quels usages des femmes en Côte d'Ivoire
Kadohofanan Fatoumata DAGNOGO OUATTARA…….. **462-478**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.31

32. Problématique de l'image de marque des partis politiques ivoiriens en contexte électoral chez les jeunes en Côte d'Ivoire
Khan KOUAME & Julien Anonkpo ADJUE…….. **479-496**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.32

33. Analyse morphosyntaxique des séries verbales en Nghlwa (Mbatto)
Diane Laure KESSIÉ - OUATTARA & Yao Maxime DIDO……..... **497-513**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.33

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Histoire

34. Contribution à l'histoire du commerce entre la gold Coast et l'Europe (XVe-XVIIIe siècles)
Kouamé Kossonou Frédéric SECRE……... **514-534**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.34

35. Management féminin en entreprise. Une approche du genre en Côte d'Ivoire (2011- 2020)
Adja Doubia Angèle KOUAKOU……... **535-554**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.35

36. La migration dans le cercle de Ouahigouya de 1920 à 1958
Windpouiré Isidore KONSEIBO & Rasmané Konseimbo…….. **555-570**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.36

37. Compte rendu du séminaire sur le thème : « Les politiques de jeunesse au Sénégal (XIXe-XXIe s.) »
Saliou Dit Baba Diallo, Amadou Dramé,
El Hadji Amadou Ba Ndiaye & Ambroise Djéré Mendy……. **571-584**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.37

38. La révolte des Sénoufo fodonon et Kufruo dans le second empire de Samory Touré, 1895 – 1896
OUATTARA Yacouba…… **585-600**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.38

39. Félix Houphouët-Boigny et la construction de l'unité nationale, de 1951 à 1980
BAKAYOKO Abou & COULIBALY Youssouf…… **601-614**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.39

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

40. Sahara occidental : prolongation du conflit et dérives sécuritaires (1991-2021)
Marcel Koko KAMBIRÉ…… **615-627**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.40

41. Domitien, l'empereur mal-aimé de l'intelligentsia romaine
Moussa Aleyri Salam SY…… **628-642**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.41

42. Les troubles internes en Égypte, du règne de Ptolémée III à la bataille d'Actium
BOUSSOU Koffi Arcel…….... **643-656**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.42

43. L'approche contestataire de la diplomatie ouest africaine : de sa conception à sa résurgence
Bamba ABDOULAYE & Abou DAPPAH…… **657-676**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.43

44. Le palais royal du moogo central : entre loyauté et duplicité des tãsobẽn-damba
Gérard TAPSOBA……... **677-691**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.44

45. Politique de santé post coloniale au Burkina Faso : un essai manqué de démocratisation de la santé (1960-2000)
ZABSONRE Moussa…….. **692-709**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.45

46. Réactions des Askia face å la menace marocaine au Songhay au XVIe siècle
Massandjé FADIKA KANO & KOFFI Kouamé Charles Landry…… **710-725**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.46

47. La traite du binôme café-cacao à Bocanda, 1930-1975
Yao Alain HAMIEN & N'Goran Alphonse BROU …… **726-743**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.47

48. L'ouverture commerciale du Burkina Faso : les défis liés au Développement des infrastructures de transport (1990-2015)
Windlassida Roberto SAVADOGO……... **744-762**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.48

49. La riziculture urbaine à Korhogo de 1974 à 2012 : entre recul et résilience
Ladji Mory TOURE…… **763-781**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.49

50. ONG humanitaires occidentales et leurs assistances au Tchad (région de l'Est), 1965-2023
PONRA KOYANBELE…… **782-799**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.50

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

51. Ferme-école de Bouaké : une stratégie de reconstitution et d'amélioration de l'élevage dans la colonie ivoirienne : (1910-1927)
Kan Raymond KOUAMÉ…….... **800-817**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.51

52. La L'impact des inondations sur la sécurité alimentaire au Burkina Faso (1960-2020)
LYDO Issaka……... **818-828**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.52

53. L'agriculture sénégalaise de 1960 à 1975 : une analyse de la performance du « Programme agricole » à partir des statistiques de la production
Abdou Karim TANDJIGORA……..... **829-844**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.53

Archéologie

54. La sidérurgie ancienne dans le Grand Ouest de la Côte d'Ivoire : Inventaire et analyse des sites
TIÉ BI Galla Guy-Roland, YAO Kouamé Junior & Koya Emmanuel ……... **845-863**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.54

Géographie

55. Espaces publics de la commune d'Adjamé (Abidjan, Côte d'Ivoire) à l'épreuve de la prolifération des gares informelles
AKA Assalé Félix…… **864-877**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.55

56. Transformation du paysage urbain et pressions environnementales sur le fleuve Casamance : une approche géospatiale à Kolda
Oumou BALDE & Mohamed Lamine NDAO …… **878-895**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.56

57. Analyse spatiale du potentiel en eau souterraine dans le bassin versant du N'zi (centre-est de la Côte d'Ivoire)
Kan Alexis KOFFI, Kouakou Charles KONAN,
Kouamé Fulgence KOUAME & Béh Ibrahim DIOMANDE…….. **896-915**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.57

58. Risques environnementaux et sanitaires des huiles alimentaires usagées dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi
Comlan Irené Eustache Zokpénou QUENUM…… **916-934**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.58

59. Le numérique dans le département de Toulepleu : catalyseur ou mirage du développement local ?
GAHIÉ Gnantin Mathias, KONE Kapiéfolo Julien,
LOUKOU Alain François & KOFFI Brou Émile……... **935-950**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.59

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

60. Stratégies de prévention des conflits fonciers aux frontières benino-nigerianes : cas de Tchaourou au Benin
M'po Abraham KOUAGOU N'TCHA & Comlan Julien HADONOU…….. **951-967**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.60

61. Organisation spatiale des zones criminogènes et initiatives communautaires de sécurisation dans la ville de Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire)
Atsé Calvin YAPI …….... **968-986**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.61

62. Activité cotonnière et recomposition de l'espace dans la commune rurale de Diaramana
Arouna DEMBELE, Sory Ibrahima FOFANA & Sina COULIBALY…… **987-999**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.62

63. Tendance climatique et évolution du calendrier culturale dans le Sud du V-Baoulé (le centre de de la Cote d'Ivoire)
Kouamé Casimir DJE & Beh Ibrahim DIOMANDE……... **1000-1015**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.63

64. Dynamiques métropolitaines et gouvernance du service des déchets à Dakar
Ibrahima Diombaty, Abdou Kadry Mané, Momar Diongue,
Papa Sokho & Dramane Cissokho…….. **1016-1029**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.64

65. La vie Impact des recommandations du séminaire de Grand-Bassam (2017) sur la performance des services de remorquage du port d'Abidjan
Koulai Hervé YRO…….. **1030-1039**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.65

66. Les commerçants du marché de gros de Bouaké dans l'approvisionnement en produits vivriers
Tokou Innocent ASSOUMOU, Ini Odette SOM épse KOSSONOU,
Dhédé Paul Eric KOUAME & Arsène DJAKO……... **1040-1059**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.66

67. Dynamiques résidentielles et disparités du cadre de vie á Port-Bouët (Abidjan)
Ohomon Bernard EVIAR…… **1060-1079**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.367

68. Utilisation d'internet et surcharge pondérale chez les adolescentes dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest
Bruno Yempabou Lankoandé……..... **1080-1093**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.68

Philosophie

69. Prospective et démocratie en Afrique : bilan et défis d'avenir
OUMAR MBOUP……... **1094-1107**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.69

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

70. Ebenezer Njoh-Mouelle et la reconstruction de l'identité africaine : une lecture philosophique de la subjectivation postcoloniale
Théodore HONBA…….. **1108-1122**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.70

71. Éducation à la citoyenneté et développement durable en Afrique
Dalhi Eliot Francis SEABA…… **1123-1133**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.71

72. Politisation de la recherche et problématique de l'objectivité scientifique chez Kuhn et Lakatos
Djibril ZIGUI……..... **1134-1145**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.72

73. L'archétype du grand homme : spécificités distinctives ou puissance d'incarnation ?
Baba Hamed OUATTARA…… **1146-1159**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.73

74. Les métamorphoses de la métaphysique : résilience d'un savoir contesté
Fernand Kouassi GNAHOUE……..... **1160-1175**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.74

75. Crises politiques et populisme en Afrique de l'ouest : quel avenir pour la démocratie ?
TANOH Kouassi Thomas & AGBRA Kouassi Marcelin…… **1176-1191**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.75

76. Jacques Ellul et la critique des acceptions de la révolte chez Albert Camus : l'actualité de l'approche camusienne
Laragnon Silué…… **1192-1207**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.76

77. La figure de l'etranger à travers la distinction entre sens et référence chez frege : penser l'altérité comme puissance de résistance dans le langage logique
Kiyopoh Frédéric OUATTARA……..... **1208-1226**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.77

78. Qualité de vie liée à la santé et changement climatique en Afrique : la justice environnementale en question
Affoué Marie-Laure KOUASSI & Kouadio Victorien EKPO……. **1227-1238**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.78

79. De l'universalité à la contextualisation africaine du compromis
Baoudé NATOINGAR…… **1239-1262**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.79

80. La vie philosophique chez Socrate, un vecteur de développement humain
Bi Gooré Marcellin GALA …… **1263-1275**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.80

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Anthropologie et sociologie

81. La constitution : instrument de conquête et de conservation du pouvoir au Togo
Adoté Akué AKPABIE……..... **1275-1298**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.81

82. Précarité alimentaire et engagement associatif : un champ des dynamiques verticales et horizontales à Badan (Cameroun)
Catherine NGONO & Valentin TAOUGA MANA……..... **1299-1316**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.82

83. Personnes déplacées internes (PDI) de la ville de Ouagadougou : perspectives de retour et de réinstallation
SAWADOGO Honorine Pegdwendé…….…… **1317-1333**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.83

84. La double journée des femmes actives au Gabon : entre responsabilités professionnelles et domestiques
Steeve-Thierry BALONDJI…… **1334-1350**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.84

85. Groupements féminins et relations de genre dans un contexte de crise sanitaire à Lola
Karamo CONDE…….…… **1351-1366**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.85

86. Stratégies et pratiques communautaires de prévention du paludisme chez les enfants de 0-5 ans
Laurent Gnimian KOUDOUGOU, Isso GANAMÉ,
Léa PARÉ/TOÉ & Patrice TOÉ……..... **1367-1383**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.86

87. Ressources sociales et intégration professionnelle des jeunes diplômés à Abidjan (Côte d'Ivoire)
Dhaibout Romuald N'DRIN……..... **1384-1398**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.87

88. Education au développement durable en Côte d'Ivoire : propositions et implémentations de pratiques innovantes
Hamidou TRAORE ……..... **1399-1414**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.88

89. Artificial intelligence and houphouëtist propaganda in ivorian daily general news
N'GUESSAN Djemis Jean Elvis Ghislain……... **1415-1429**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.89

90. Insalubrité bioécologique et facteurs anthropiques à Abidjan : Une analyse paléoanthropologique du quartier Ouassakara (Yopougon)
Adijatu Abeni ALAYO, Koffi Alexandre YAO & Yao Célestin AMANI…... **1430-1446**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.90

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

91. Déterminants de la performance des productrices d'oignon de la coopérative des femmes de Komborodougou (Côte d'Ivoire)
Ségbé Guy Romaric BALLE…….. **1447-1462**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.91

92. Genre et réussite universitaire : dynamiques de performance académique à l'Université Gaston Berger de Saint-Louis (Sénégal)
Bambado BALDE…….. **1463-1479**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.92

Psychologie

93. Déterminants psychosociaux de l'attitude des filles envers les filières scientifiques au Lycée Antoine Gauze Daloa
Yemou Jeanne N'TAIN…….. **1480-1496**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.93

94. Influence des attributs individuels sur les comportements de santé chez des femmes de Yopougon (Abidjan-ci)
Gnenekan Kassoum YEO…… **1497-1514**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.94

Science de l'éducation

95. Feminisation de l'encadrement de la petite enfance : quels enjeux pour le développement de l'éducation préscolaire au Burkina Faso ?
Joseph BEOGO……..... **1515-1534**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.95

96. Enjeux de l'intégration des TICE par la classe inversée et amélioration des performances scolaires : étude de cas sur la perception des enseignants
Ibou DIENG & Babacar BITEYE…….. **1535-1547**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.96

97. Disparités en éducation : quelles stratégies pour la remédiation
Charlotte ESSEBE-EKWELGEN…….. **1548-1559**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.97

Criminologie

98. Jeunes filles convoyeuses dans le transport interurbain du groupe Camille Sarl à Bonoua
Dago Pierre FEGBO & Aka Célestin ABOUDOU……..... **1560-1578**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.98

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

REVUE AKIRI
Revue des Sciences Humaines et Sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Politique de santé post coloniale au Burkina Faso : un essai manqué de démocratisation de la santé (1960-2000)

ZABSONRE Moussa
Université Abdoulaye Yembila TOGUYENI,
Fada Gourma - Burkina Faso,
Email: zabsmous@yahoo.fr

Date de soumission : 15-09-2025
Date de publication : 31-10-2025
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i4.45

Résumé

La Haute-Volta a été prise en compte dans les politiques de santé mises en place pour assurer la santé des populations pendant la période coloniale. Ces politiques s'intéressaient prioritairement aux grandes endémies. À l'entame de sa souveraineté en 1960, la Haute-Volta va poursuivre l'œuvre coloniale sans grande mutation avec deux grands tournants à partir de la fin des années 1970 : les soins de santé primaire et l'initiative de Bamako. Le Burkina Faso va tenter de s'y accommoder avec des résultats mitigés. Les évolutions dans le domaine de la santé ont-elles permis l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 ? Cette étude qualitative, par le croisement des sources (bibliographiques, archivistiques, orales etc), s'incruste dans les méandres des différentes politiques dans ce pays depuis 1960 jusqu'à l'an 2000 pour déterminer le rendez-vous manqué d'une démocratisation de la santé telle que souhaitée par l'initiative de Bamako (IB).

Mots clés : Primaire ; politiques ; santé ; soins ; système

Post-colonial health policy in Burkina Faso: A failed attempt at democratising health care (1960-2000)

Abstract

Upper Volta was taken into account in the health policies implemented to ensure the health of the population during the colonial period. These policies focused primarily on major endemic diseases. At the dawn of its sovereignty in 1960, Upper Volta continued the colonial work without much change, with two major turning points from the late 1970s onwards: primary health care and the Bamako Initiative. Burkina Faso attempted to adapt to these changes, with mixed results. Did developments in the field of health enable the goal of health for all to be achieved by the year 2000? This qualitative study, which draws on a variety of sources (bibliographics, archivals, orals etc.), delves into the intricacies of the various policies implemented in this country from 1960 to 2000 to determine why the democratisation of healthcare, as envisaged by the Bamako Initiative (BI), failed to materialise.

Keywords: Primary; policies; health; care; system

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Introduction

La problématique de la santé des populations vivant sur l'actuel Burkina Faso est aussi vieille que l'humanité[1]. Elle remonte aux temps préhistoriques. L'avènement de la colonisation ouvre de nouvelles perspectives sur la gestion de la santé des populations. À l'instar des autres territoires d'Afrique noire francophone, le Burkina Faso a connu l'introduction de la médecine occidentale avec l'avènement de la colonisation. Cette médecine s'occupa de la santé des populations à travers les actions curatives et préventives mises en œuvre par les services de santé mobiles et fixes. De l'organisation administrative au système de santé en passant par les structures de lutte contre les grandes endémies, la politique de santé à partir de 1960 se présentait comme une continuité de l'action coloniale. Dès 1960, la création de l'O.C.C.G.E. qui avait fédéré les pays de l'ex AOF nouvellement sortis de la colonisation, devait s'attaquer aux grandes endémies comme la trypanosomiase, l'onchocercose, la lèpre etc. De même, chaque pays devait prendre ses responsabilités politiques afin de relever le défi du développement. C'est ainsi que la question de la santé a fait l'objet de réflexions et d'actions diverses de la part des nouvelles autorités. Celles-ci ont mis en œuvre des plans de développement qui intégraient nécessairement la question de la santé[2]. Dès lors on assiste à une succession de politiques nationales de santé s'inscrivant dans la dynamique internationale fondée sur les soins de santé primaires et de l'Initiative de Bamako (IB). En s'inscrivant dans cette dynamique, peut-on considérer que l'évolution des politiques de santé postcoloniales du Burkina Faso a-t-elle permis l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 ?

Pour répondre à cette interrogation, nous avons fait le choix d'une approche méthodologique fondée sur le croisement, le recoupement, la confrontation des informations recueillies des sources orales et imprimées, des ouvrages et travaux scientifiques et des articles de presse sur la thématique abordée. Le traitement de ces données a permis d'obtenir deux axes de réflexion : l'un qui qui revisite la politique sanitaire de 1960 à 1979 et l'autre qui analyse la problématique de l'inclusion dans système de santé.

[1] Dans son œuvre Histoire de la médecine, Jean-Charles Sournia s'interroge sur les origines de la médecine. Pour lui, le désir d'être soigné est justifié par une douleur, une anomalie dans l'apparence ou le fonctionnement du corps. La médecine commence au moment où l'homme a exercé un geste sur ses semblables pour le soulager d'une douleur ou le guérir d'un mal. (Sournia Jean-Charles, 2004, p. 5)

[2] -Après la rédaction du document sur les perspectives décennales de développement économique, social et culturel 1960-1970, la Côte d'Ivoire a conçu des plans quinquennaux de 1971 à 1985.
- Au Niger, on a assisté à l'élaboration d'abord d'un Plan intérimaire de développement économique et social 1961-1963 suivi du Plan intérimaire 1964 à l'issue desquels fut élaboré Perspectives décennales de développement 1965-1974.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

1. La politique sanitaire de 1960 à 1979

Après l'indépendance, la Haute-Volta va hériter d'un système sanitaire colonial axé sur les actions beaucoup plus agrégées avec pour ligne de mire les grandes endémies. Cependant, la communauté internationale va insuffler un vent nouveau en révisant les échelons et les acteurs de soins.

1.1. Un système de santé aux stigmates de la colonisation

La Haute-Volta connaissait après son indépendance une situation sanitaire qui n'était pas du tout reluisante. Elle est marquée par une importance des maladies transmissibles et des endémo-épidémies. Du fait de sa situation géo-climatique, le pays est frappé par les maladies inféodées à la zone tropicale. Outre l'onchocercose et la trypanosomiase, plusieurs maladies y ont sévi comme la lèpre, le paludisme. Les unes de façon permanente, et les autres de façon endémique. Dans l'ensemble, deux types de pathologies sont prédominantes : d'une part, les maladies dites transmissibles et d'autre part, celles non transmissibles. Ces deux types de pathologies renferment une pléthore de maladies pouvant faire chacune l'objet d'étude particulière. La note officielle n°320 S/I du 1er mars 1937 du Gouverneur général qui envisageait déjà la construction « des formations hospitalières spécialement conçues et spécialement outillées pour le traitement des malades curables et l'isolement humain des malades dangereux (Sénégal, Bamako, Bobo-Dioulasso, Bas-Dahomey) »[3]. Et le territoire était organisé en secteurs sanitaires qui correspondaient à des régions administratives où sévissait la trypanosomiase (J-H. Ricossé et J-A. Husser, 1982 : 151). Au Burkina Faso, le système de santé n'a pas connu une évolution significative dans les premiers moments de la période postcoloniale. En effet, le schéma d'organisation du système de santé varie selon l'évolution de l'organisation administrative (M. Zabsonré, 2020 : 124). Le Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales a institué administrativement deux principales directions en 1966 : la direction de la santé urbaine et la direction de la santé rurale[4]. Chacune constituait un maillon de la chaîne de mise en œuvre de la politique de santé. En tant que composante des politiques de développement économique, le plan-cadre de 1960-1979, avait mis l'accent sur l'application et le renforcement des campagnes de lutte contre les maladies transmissibles (D.G.I.S.S., 2010 :10).

La direction de la santé urbaine était circonscrite aux deux principales villes du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Elle se chargeait des questions administratives et techniques

[3] Dakar, Archives Nationale du Sénégal (A.N.S.), 1H74, 1938.
[4] Décret 277/PRES/SPP du 06 août 1966 portant attribution et réorganisation d'ensemble du Ministère de la santé publique de la population et des affaires sociales et son modificatif du 67/267/ PRES/SPP du 07août 1967

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

destinées à promouvoir la protection et la santé des populations urbaines. Placée sous l'autorité directe du cabinet du Ministre, la direction de la médecine urbaine a sous sa coupe l'hôpital de Ouagadougou[5] et les services sanitaires de Ouagadougou, puis l'hôpital de Bobo-Dioulasso et les services sanitaires de Bobo-Dioulasso. Les services de cette direction se limitent aux dispensaires urbains, aux maternités urbaines, aux services d'hygiène et aux inspections médicales des écoles.

La direction de la santé rurale était chargée d'assurer tous les actes techniques et administratifs en matière de santé, de concevoir et d'organiser tous les programmes entrant dans le cadre de la promotion de la santé en milieu rural. Cette direction regroupait à partir de janvier 1967 toutes les fonctions et missions qui étaient dévolues au service des Grandes Endémies. Ses objectifs étaient entre autres de développer des programmes de lutte contre les maladies transmissibles prioritaires comme le paludisme, la lèpre, la trypanosomiase, l'onchocercose et d'organiser la distribution des soins médicaux et chirurgicaux dans les formations sanitaires statiques des zones rurales (C. Paes-Leme Sa, 1967 : 125). Les différentes activités de soin étaient assurées par des médecins, des infirmiers, des sage-femmes au nombre assez réduit. C'est pourquoi, on comptait en plus des nationaux quelques étrangers dans les diverses catégories.

À l'occasion de l'inauguration de l'hôpital Yalgado Ouédraogo, en décembre 1961, le ministre de la santé, Paul Lambin affirmait dans son discours que « la France aujourd'hui lui [Haute-Volta] offre cet hôpital avec son directeur, ses médecins, son économe, et une partie du personnel infirmier de haute qualification »[6]. En 1967, sur un total de 1172 agents (Ministère de la santé publique, 1967 : 134), on dénombrait 55 agents toutes catégories confondues de nationalités étrangères. Pour la seule catégorie des médecins, 74% soit 44 médecins sur les 60 étaient de nationalités étrangères. En effet, au lendemain de l'indépendance, la Haute-Volta a signé des accords de partenariat ou d'assistance technique avec ses pays partenaires dont principalement la France

[5] C'est dans un contexte d'urbanisation de la ville de Ouagadougou que HESLING envisagea la construction de l'hôpital de Ouagadougou appelé « ambulance de Ouagadougou ». Entre juin et juillet 1923, il fit construire ledit hôpital. Sa situation était plus au centre à peu près de l'actuel emplacement de la Maison du peuple. Pour une capacité de 200 lits, on comptait 8 lits européens et 36 lits africains. Plus tard, en 1952 fut lancé le projet de construction du second hôpital de Ouagadougou eu égard à la vétusté de l'ambulance. La construction fut réalisée en 1958 avec 700 lits. Lire BANHORO (Y.), 2017, « Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, un exemple des hôpitaux émergents au Burkina Faso au XIXe siècle », in Lɔŋgbowu, Revue des Lettres – Langue et Sciences de l'Homme et de la Société, n° 004, Décembre, pp. 659-682.
[6] Pierrefitte sur-Seine, Archives nationales de France (A.N.F.), 199403555/52, 1961

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

À titre d'exemple, en 1967, les 44 médecins étrangers se composent de : 41 fournis par le FAC, deux par la République Fédérale d'Allemagne et un par l'Israël. Cette faiblesse du nombre de médecins nationaux s'explique par l'absence de structure de formation sur place. Il fallut attendre 1974 pour que le pays se dote d'une Université. Quant aux infirmiers, leur formation était assurée sur place pour la plus grande part à travers les différentes écoles comme l'Ecole d'application JAMOT[7] créée en 1969, l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières d'État (ENIIE), l'Ecole Inter-états de Lutte Anti Tsé-tsé (ELAT). Cette dernière école a été créée à Bobo-Dioulasso en mai 1975 et avait pour but de former des techniciens de niveau moyen, aptes à diriger sur le terrain les différentes phases d'un programme de lutte contre la glossine. Elle accueillit sa première promotion en octobre 1976. En plus de ces formations internes, des formations étaient assurées par des écoles, des centres et instituts à l'extérieur du pays comme le Sénégal, la France, etc.

La mise en œuvre de la politique de santé nécessite un budget conséquent. Ce budget prend en compte les questions de fonctionnement, du personnel, des infrastructures, du matériel…La part de la santé dans le budget national laisse percevoir un secteur qui au fil du temps, demeure peu financé Ce tableau n° XIII indique une sensible augmentation du budget de la santé pour la seule année de 1961. Cette part de 15% constitue le pic de la contribution de l'État dans ce secteur. Le budget de la santé était d'au moins 10% du budget national pour les trois premières années. À compter de 1964 ce pourcentage est passé à moins de 10%, et ce jusqu'en 1979. Dans l'ensemble le budget alloué à la santé vacillait entre 9 et 5% de 1964 à 1979. Il est de ce fait difficile de parler d'une volonté politique manifeste de la part de l'État dans le domaine de la santé. En effet, pendant que le tableau n° VII indique une persistance des grandes endémies sur l'ensemble du territoire, le budget quant à lui est stagnant sinon régressif.

1.2. Une dynamique internationale pour une « santé pour tous d'ici l'an 2000 »

La « santé pour tous d'ici l'an 2000 », tel était en 1978, le slogan de l'OMS., important partenaire en matière de santé pour les pays en développement. Ce slogan fait suite à l'engagement de la communauté internationale de promouvoir d'ici à l'an 2000 la santé pour toutes les populations quelle que soit leur origine sociale. En effet, en 1977, les gouvernements des pays du sud ont résolu d'une santé pour tous en l'an 2000, gage d'un système de santé

[7] Cette école est née de la transformation de l'école dite Ecole JAMOT qui a été créée dans un contexte colonial en 1932 par Eugène JAMOT, preuve de son engagement dans la lutte contre la maladie sommeilleuse. D'abord installée à Ouagadougou à sa création, elle est transférée à Bobo-Dioulasso en 1944. Elle est transformée en 1969 pour devenir l'Ecole d'application JAMOT qui avait pour mission d'assurer la spécialisation "Grandes Endémies" du personnel infirmier diplômé des écoles nationales des pays membres de l'O.C.C.G.E. Ses élèves sont recrutés au sein des infirmiers d'état nationaux. Il leur était délivré un diplôme "d'infirmier des Grandes Endémies".

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

équitable. C'est pourquoi la communauté internationale a adopté une nouvelle façon de répondre aux besoins des populations en matière de santé. En 1978, s'est tenue à Alma-Ata au Kazakhstan (Union soviétique), la conférence internationale sur les SSP assortie d'une déclaration dont la Haute-Volta en était signataire : c'est « la déclaration d'Alma-Ata ». Les SSP conçus comme des soins de santé essentiels de base, reposent sur des méthodes et des techniques pratiques et rendues universellement accessibles à toutes les personnes et à toutes les familles gérées par les communautés à la base (OMS-UNICEF, 1978 : 38). Les SSP comprennent plusieurs composantes dont l'éducation concernant les problèmes de santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris le planning familial, la prévention et le contrôle des endémies locales, etc[8].

La participation communautaire à la santé constitue une option pour l'atteinte des objectifs en santé. D'inspiration principalement latino-américaine, étasunienne (D. Jourdan et al. 2012 : 166) et même chinoise (OMS, 1987 : 9), la santé communautaire était alors centrée sur une approche multidisciplinaire et participative de la dispensation des services fondée sur une vision holistique englobant le sanitaire et le social. La Chine est un exemple de réussite d'une telle innovation. Elle a enregistré des progrès spectaculaires de sa situation sanitaire grâce à une approche devenue les SSP. L'un des principes directeurs en était le recours à des agents de santé communautaires (ASC) ayant une triple mission :

- Apporter les services de santé à l'endroit même où les gens vivent et travaillent ;
- Aider les communautés à reconnaître leurs propres besoins de santé ;
- Aider la population à résoudre ses propres problèmes de santé[9].

En Afrique, le concept s'est vulgarisé depuis 1978 et considéré comme une approche « locale et participative ». La santé communautaire a été préférée à la santé publique plus ancienne qui serait « collective et administrative » (A. Seck et D. Valea, 2011 : 25). Au Burkina Faso les terminologies sur la question ont varié selon les programmes, leurs fonctions ou les initiatives de santé communautaire qu'elles renferment. On distingue la santé à base communautaire (SBC) qui comprend les agents de santé villageois (ASV) et les accoucheuses villageoises (AV) ; les distributeurs à base communautaire ; les animateurs communautaires. Une dénomination commune de tous ces acteurs a été proposée dans le document de stratégie d'interventions

[8] Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (ANBF), 37V300.
[9] Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (ANBF), 37V300

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

intégrées à base communautaire dans le domaine de la santé élaboré en 2008. Ainsi, ils sont appelés agents de santé à base communautaire (ASBC).

2. Le leurre d'un système national de soins plus inclusif

Pour tendre vers l'inclusion, le système de santé postcolonial, sans avoir fait sa mue en s'intéressant principalement aux grandes endémies, va devoir à partir des années 80, garantir un accès équitable à la santé et aux soins de santé à tous.

2.1. La communautarisation des soins à travers la mise en œuvre des SSP

Au Burkina Faso, la politique des SSP a été adoptée en 1979 comme une stratégie de développement de la santé. Selon Zêba Saïdou, « le poste de santé primaire est le premier niveau de soins au niveau communautaire. Deux (2) agents concessionnaires ont été choisis par la communauté pour être formé en fin d'animer ce poste »[10]. La participation communautaire y a connu des évolutions diverses selon le contexte sociopolitique du pays. Sa prise en compte comme moyen de responsabiliser les communautés bénéficiaires à la prise en charge de leurs problèmes de santé a constitué l'une des pierres angulaires du processus de développement sanitaire (A. Seck et D. Valea, 2011 : 20). La santé communautaire a ainsi fait la preuve de son utilité. Parmi ces expériences, on peut citer : la formation, l'équipement et le suivi des accoucheuses de villages réalisés dès 1979 dans les zones d'accès difficile. Le but était de réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA dans les districts de Kombissiri, Dori, Sebba et Diapaga (A. Seck et D. Valea, 2011 : 20). En 1985, les postes de santé primaire (PSP) sont installés et animés par les agents de santé communautaires (ASC) dans les villages. Ces postes étaient sous la responsabilité d'un agent PSP pour les petits soins. Il y avait aussi des matrones[11]. Ils ont connu un attrait selon Neya Béféladié « parce qu'il n'y avait pas plus que ça. l'offre de santé était faible d'autant qu'il n'existait pas de privé, ni de pharmacie »[12]. En effet, le gouvernement du CNR avait pris la décision d'installer 7 500 postes de santé primaires (SSP) sur l'ensemble du territoire, soit un poste de santé primaire pour chacun des villages du pays[13]. Le PSP consiste en un bâtiment rudimentaire, une case par exemple peinte en blanc et frappée d'une croix rouge ; d'un agent de santé villageois et d'une accoucheuse villageoise formés sur le tas et dotés de

[10] Zêba Saïdou 58 ans, Attaché de santé, Ougadougou, le 14 oct. 2025
[11] *Doyé Eric, 57 ans, Coordonnateur du programme national de lutte contre le tabac et les autres addictions, Ouagadougou, 17 oct. 2025*
[12] Neya Befeladié, 70 ans, Retraité, Laba le16 oct. 2025
[13] Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (ANBF), 37V300.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

trousses[14] assurent les soins. Les auxiliaires médicaux ou agents communautaires devaient assurer la fourniture de soins de base sous la supervision des professionnels de santé des CSPS. À ce propos Abdoul Salam Kaboré, Commandant pharmacien et ministre de la santé précise que : « Sous la révolution, nous avons rapproché les soins aux populations. Il s'agissait d'une case peinte en blanc sans agent de santé mais avec des agents de santé communautaires et quelques cinq médicaments essentiels comme la chloroquine, la quinine, le paracétamol… »[15]

La prise en charge des ASC comprend des rémunérations en espèce, en nature et en service. L'ASC bénéficie d'une certaine somme d'argent dont les modalités de recouvrement sont clairement définies et acceptées par tout le village. En nature, il reçoit des dons définis par les villageois. Enfin, il bénéficie des services des autres exécutés, au bon moment[16]. Les agents de santé communautaire communément appelées ASC bénéficie que les paysans se mobilisent pendant la saison hivernale pour venir cultiver le champ de ASC[17]

Le SSP a été adopté dans un contexte de lutte contre l'onchocercose. Au lancement des activités de ce programme de lutte contre l'onchocercose en 1974, les pays devaient s'engager à élaborer un plan de dévolution. Le Burkina Faso s'inscrit dans cette logique. Le plan de dévolution s'est inscrit dans la politique sanitaire du pays axée sur les soins de santé primaires (SSP) en intégrant certaines activités de l'OCP à des programmes de surveillance et de lutte contre d'autres affections préoccupantes. Le SSP, pouvait jouer un grand rôle à travers les ASC :

> …dans la lutte contre les endémies, son [l'ASC] rôle peut être important. Il pourra remarquer et notifier l'augmentation de certains symptômes dans la population : fréquence de piqûres d'insectes, démangeaisons, apparition de nodules qui peuvent orienter vers la recherche de l'onchocercose. L'observation d'autres signes peut orienter vers la maladie du sommeil ou la schistosomiase L'expérience a montré qu'il est possible de le charger de la capture de simulies, poser et relever des pièges, de même que pour la capture de glossines » (Comité national de lutte contre l'onchocercose -Burkina Faso, 1985 : 7).

Or, ces ASC ont été préparés pour assurer le traitement des affections bénignes et pour entreprendre l'éducation sanitaire dans leur village, ainsi que la prévention de certaines maladies. Ces maladies sont pourtant difficiles à diagnostiquer par des profanes. Même les spécialistes de la santé ont par moment fait des confusions.

---

[14] Les trousses comprenaient une bicyclette, du matériel technique médical, du matériel d'assainissement (brouette, pioche, pelle), des accessoires (lames, fils de tresse, savon, des médicaments essentiels pour l'agent de santé villageois ; et du matériel technique médical, des accessoires, des médicaments pour l'accoucheuse villageoise.
[15] KABORE Abdoul Salam (Commandant pharmacien, ministre de la santé), in Coffré d'Archive d'Afrique 1re Partie sur TVZ le 06/09/2015
[16] Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (ANBF), 37V300, 1987
[17] Zêba Saïdou 58 ans, Attaché de santé, Ougadougou, le 14 oct. 2025

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Dans la dynamique de la santé pour tous, l'OMS avait réuni du 17 au 21 novembre 1986, 212 délégués, venus de 38 pays différents à Ottawa pour une conférence internationale pour la promotion de la santé. Cet événement a vu le jour en réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde (M. Tetreault, (2015 : 9). Il a été question d'échanger les connaissances et les expériences en matière de promotion de la santé. Même si cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions du monde (OMS, 1986 : 4), elle a accordé une place non négligeable à la participation communautaire à la santé. Elle a à cet effet, retenu que : « …la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. » (OMS, 1986 : 4)

Les résultats d'une décennie de mise en œuvre des soins de santé primaires ont révélé aux yeux de la communauté internationale que la politique de santé des pays en développement avait besoin d'un souffle nouveau et c'est à Bamako que l'impulsion fut lancée.

2.2. L'Initiative de Bamako (IB) : le prix de la santé !

En 1987, l'OMS faisait le constat mitigé sur les résultats de vingt-sept années de politique de santé postcoloniale dont dix années de mise en œuvre des SSP. Certes, tous les pays ont fait l'effort de mettre en place des services de santé et assurer la formation des personnels nécessaires, mais rares sont les pays où les services de santé ont assuré une couverture complète de la population nationale. Dans bien des cas, les grands hôpitaux absorbent la majeure partie du budget national de la santé, ne laissant que des miettes pour les soins de santé primaires. Bien souvent, ils bénéficient principalement aux populations urbaines. Les agents de santé qui ont reçu leur formation en ville ont tendance à y demeurer et sont souvent peu disposés à aller s'établir dans une zone rurale pour y assurer les soins de santé primaires (OMS, 1987 : 9). Ce fait trouve bien son explication dans le grand retard d'urbanisation des villes qui pousse de nombreuses populations à se ruer vers les grands centres urbains qui offrent plus de commodités.

En 1987, lors d'une réunion régionale des ministres africains de la santé à Bamako, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, il fut lancé l'Initiative de Bamako (IB). Il s'agissait d'une évaluation des 10 ans de mise en œuvre de la déclaration d'Alma-Ata. Au bilan, force a été de constater « une dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en voie de développement » (J-L Duponchel, 2004 : 534). L'IB constituait une formalisation de la participation communautaire pour les actions de santé pour assurer la pérennité de l'offre des soins avec la participation des

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

bénéficiaires[18]. Il s'est agi d'un ensemble de réformes stratégiques élaborées en réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en développement pendant les années 1970 à 1980. Elle avait pour but d'assurer, à l'ensemble de la population, l'accès universel aux services de soins de santé primaires à un coût abordable et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé, en améliorant la qualité des prestations. Elle a été l'une des meilleures stratégies pour rendre disponible accessible les soins à la grande majorité des nos populations surtout en milieu rural[19]. Selon Valéry RIDDE, l'IB peut se traduire techniquement par le processus suivant :

> Au départ, un stock de médicaments essentiels génériques est offert gratuitement par les bailleurs de fonds au comité de gestion (issu de la population) du dispensaire. Ces médicaments doivent ensuite être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations, permet de racheter le stock initial de médicaments et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services (primes au personnel, réfections des bâtiments…) » (V. Ridde., 2004 : 6).

Elle vise une amélioration de la stratégie des SSP, en se focalisant sur le curatif tout en dégageant du bénéfice. De ce bénéfice doit constituer un fonds de financement du préventif. Selon Miningou Patonsongo Zakaria :

> J'ai eu l'honneur de d'ouvrir des CSPS dans le ganzourgou, le zoundweogo et à l'ouest du Burkina, district de Hounde, les agents de santé étaient formés chaque année sur les médicaments essentiels génériques (MEG) la prescription rationnelle des médicaments. Avec le bénéfice généré par la vente des MEG, nous avons mis des plaques solaires à la maternité, construis deux logements pour le personnel[20].

L'IB devait alors améliorer de façon conséquente la santé des populations. Mais au fil du temps, elle se présenta comme une anticipation. Dans un contexte où le Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays d'Afrique, était confronté à des difficultés économiques majeures accentuées par une croissance de la dette extérieure, le financement de la santé était alors une préoccupation majeure. Il fallut donc un moyen pour sauver la mise en œuvre des SSP. C'est bien là le fondement de l'IB et P. Abdoulaye soutenait que :

> L'Initiative de Bamako a été mise en place pour répondre aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) dans les années 1980, ainsi qu'à leurs conséquences néfastes sur la situation sanitaire, et pour faire face aux difficultés rencontrées par la politique

[18] Sorgho Arzouma Robert, 47 ans, Ingénieur en SIO Option Épidémiologie, Boromo, le 14 oct. 2025
[19] Miningou Patonsongo Zakaria, 50 ans, Ingénieur en sciences infirmières et obstétricale anesthésie réanimation, Fada N'Gourma le14 oct. 2025
[20] Miningou Patonsongo Zakaria, 50 ans, Ingénieur en sciences infirmières et obstétricale anesthésie réanimation, Fada N'Gourma le14 oct. 2025

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

de « soins de santé primaires » dans sa phase de mise en œuvre (P. N. Abdoulaye et al., 2003 : 238).

L'IB recommande à chaque pays :

- « D'encourager les initiatives de mobilisation sociale pour la participation de la communauté dans les politiques de médicaments essentiels et de la santé de la mère et de l'enfant, au niveau des districts ;
- D'assurer l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité au prix le plus bas, afin d'appuyer la mise en œuvre des SSP ;
- Définir et mettre en œuvre un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du district, en utilisant notamment les dotations en médicaments essentiels comme fonds de roulement » (OMS, 1987 : 12).

La réforme comprend deux composantes : d'une part, la composante financière appelée « recouvrement des coûts » constitué par la tarification et, d'autre part, la composante organisationnelle axée sur la participation communautaire. L'IB vise particulièrement à renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, à promouvoir la participation communautaire et à améliorer les capacités de gestion locale. Aussi, vise-t-elle à renforcer les mécanismes d'approvisionnement, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels, et enfin à assurer les sources permanentes de financement nécessaire au bon fonctionnement des unités de soins. Il s'agit donc d': « …un processus économique et social qui, en transférant le pouvoir décisionnel du gouvernement central vers une collectivité locale, doit induire un changement de comportement au sein de la communauté, en termes d'évaluation et de satisfaction des besoins, et aboutir à l'autosuffisance sanitaire par la mise en œuvre et le suivi d'un système de recouvrement des coûts » (S.Tizio et Y-A. Flori.), 1997 : 845).

Les principes qui sous-tendent l'IB sont : la revitalisation et l'extension des services de santé périphériques, l'accessibilité à des médicaments de qualité à des prix abordables, le financement communautaire et le contrôle communautaire (UNICEF, 1995 : 20)[21]. Même si déjà à Alma-Ata, il était inscrit que la santé est un droit pour tout être humain, il y avait été rappelé le devoir de celui-ci de « participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » (OMS-UNICEF, 1978 : 3).

Il convient de rappeler que dans le contexte du Burkina Faso, le paiement des soins n'a pas été une nouveauté mais plutôt un recadrage d'une pratique qui a existé. En effet, c'est dans les années 1970 que le paiement direct a été introduit pour la première fois dans le pays au niveau des hôpitaux, des maternités urbaines et des centres médicaux. En 1984, ces fonds issus de ces paiements sont reversés au trésor public suivant une clé de répartition dont 25% sont intégrés

[21] UNICEF, 1995, L'initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé. Unicef, 20 p.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

dans les recettes générales et 75% pour la Caisse Maladie gérée par le Ministère de la santé (V. Ridde, 2005 : 163).

L'implémentation de l'IB au Burkina Faso a commencé par un projet-pilote dès 1988 à Garango situé à 180 kilomètres de Ouagadougou . Après une évaluation, il s'est avéré que : « …les recettes issues de la vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et de la tarification des actes s'élevaient à 45% des dépenses de fonctionnement des CSPS sans prendre en compte les salaires des fonctionnaires et les investissements nécessaires » (V. Ridde, 2005 : 163).

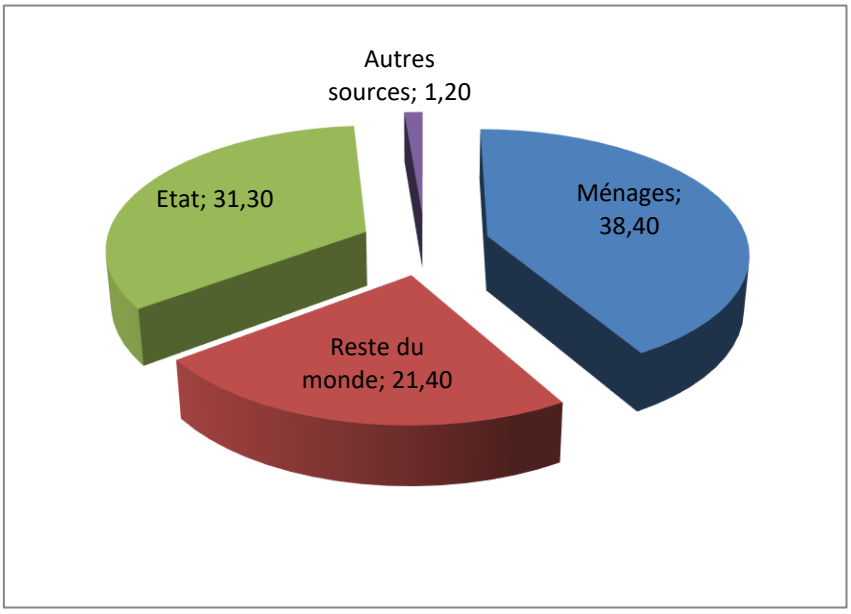
En juin 1988, un séminaire du Ministère de la santé a fait des propositions sur les mécanismes d'opérationnalisation de l'IB au Burkina Faso. C'est ainsi qu'il fut décidé en avril 1989, d'étendre l'expérimentation à six provinces pilotes à savoir les provinces du Ganzourgou, Mouhoun, Tapoa, Houet, Poni et Séno. Dès les années 1990, le Burkina Faso s'est inscrit dans la dynamique internationale de la promotion de la santé à travers la mise en œuvre de l'IB. Après avoir capitalisé les expériences acquises des différentes phases pilotes, un atelier a été tenu à Bobo-Dioulasso du 5 au 8 mai 1992 afin de dégager une véritable programmation en matière de santé dans ce pays. La mise en œuvre de cette initiative a permis de faire de cette période sus-indiquée, celle d'une grande décentralisation des services de santé. Cette mise en œuvre commence par l'adoption le 21 juillet 1993, du document national sur le renforcement des soins de santé primaires. C'est ainsi que furent créés les onze directions régionales de la santé et les cinquante-trois districts sanitaires pour mailler le territoire national et mieux capitaliser les données et informations sanitaires. Le district sanitaire devient l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé[22]. À partir de cette date, le poste de santé primaire ne constituant plus le premier échelon de la pyramide sanitaire du pays, est remplacé par le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS). Dès 1993, le ministère de la santé s'engage sur le chemin de la privatisation des pharmacies, l'érection des hôpitaux nationaux (HN) et des hôpitaux régionaux (HR) en établissements publics à caractère administratif (EPA). Ces structures qui jouissent de l'autonomie de gestion, doivent réaliser des bénéfices d'où la forte contribution du patient ou du client pour ses soins. Le constat qui se dégage est une faible réalisation des offres de soins principalement en qualité. On assiste alors une forte augmentation des structures de base que sont les CSPS avec une offre qui passe de 16 200 habitants par CSPS en 1994 à 11 500 en 2002 (S. Haddad, 2004 : 200)

[22] Article 2 de l'Arrêté n° 93/146/SASF/SG du 30 novembre 1993 portant organisation, attribution et fonctionnement des districts sanitaires

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Le financement de la santé laisse apparaître une forte contribution des ménages par rapport aux autres sources de financement que sont l'État, les partenaires financiers et les organisations œuvrant dans le domaine de la santé.

Figure n° 1 : Les contributions au financement de la santé au Burkina Faso en 2008



Source : YAMEOGO (S. P.), 2011, *Etude sur le financement de la santé au Burkina Faso*, Ouagadougou, Direction générale de la santé et de la famille, p.10.

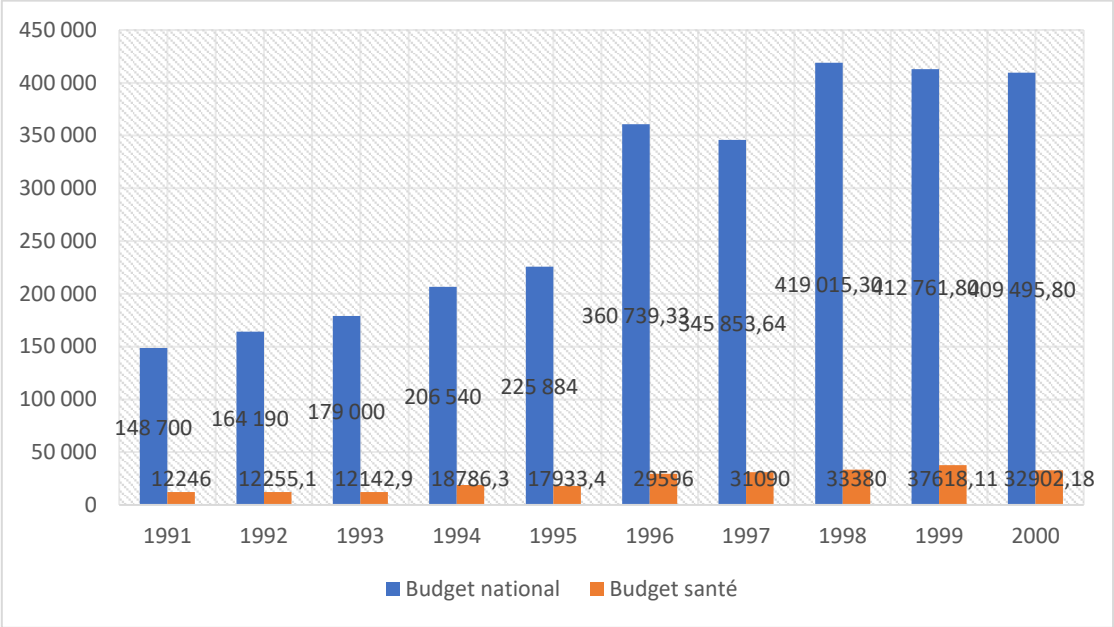
Il se dégage vite de ce graphique que la plus grande part contributive au financement de la santé est assurée par les ménages, soit 38,4%. Ces dépenses concernent les aspects spécifiques comme les consultations, les examens, les évacuations et l'achat des médicaments. En effet, depuis la mise en œuvre du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) en 1991, l'État devait améliorer la gestion de ses finances publiques à travers, entre autres, la restructuration des dépenses budgétaires. Depuis lors, les populations ont vu augmenter leurs dépenses en santé, car chaque citoyen doit payer pour sa santé. Depuis l'indépendance du pays, en dépit de l'augmentation des besoins des populations en santé, la contribution de l'État au niveau de la santé est restée sans évolution majeure. Les investissements publics sont alors orientés vers les domaines dits productifs avec une priorité de réhabilitation de l'existant que de création de nouveaux projets (M. Diouf, 1991, 306). Les secteurs sociaux de base comme l'éducation et la santé reçoivent de moins en moins de financements.

Dans la dernière décennie du XXe siècle, les différentes mutations intervenues dans le monde économique à savoir l'adoption du PAS et plus tard, la dévaluation du FCFA en 1994, vont impacter profondément le Burkina Faso, principalement ses secteurs sociaux. Selon l'esprit du PAS, les pays en développement, devaient avoir une gestion plus efficace du secteur public par

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

la mise en marche du processus de privatisation par une libéralisation de nombreux domaines longtemps restés régaliens (M. Diouf, 1991, 306). L'État va donc montrer son faible engagement, sinon son essoufflement pour le financement de ce secteur (figure n° 1) ; en témoignent les budgets qui lui ont été alloués depuis 1991. De plus en plus, on relève un manque d'intérêt pour les secteurs sociaux comme la santé.

Figure n° 2 : Évolution du budget de la santé par rapport au budget national de 1991 à 2000



***Source** : DEP /Ministère de la santé, Annuaire statistique 2004 (Voir les données en Annexe 15, tableau n° IV)*

L'écart entre le budget national et celui de la santé est bien perceptible sur ce graphique. De l'observation dudit graphique, ce budget n'a pas évolué conséquemment en une décennie. Cependant, le budget national a évolué à grands pas. Un tel budget dérisoire est un puissant facteur d'inégalité et d'iniquité en santé. Pour l'OMS les inégalités en santé ne pourront être surmontées que si l'on s'attaque entre autres aux inégalités économiques. Or, en 1994 et en 1998, les résultats de l'enquête qui jauge la pauvreté indiquent une incidence en milieu rural supérieur à 50% (Ministère de l'économie et du développement, 2004 : 15). On comprend donc que l'inégalité socioéconomique dans l'accès aux services publics soit la plus manifeste en milieu rural. Cette donne est la preuve de l'échec d'une politique qui visait l'inclusion de toutes les couches sociales dans un système de santé. C'est pourquoi certains auteurs pensent que « la tarification pénalise de toutes les façons l'équité et les seuls moyens d'assurer l'égalité d'accès aux soins restent la gratuité ou l'assurance sociale » (S. TIZIO et Y.-A. FLORI, 1997 : 843). Et là aussi, toutes les expériences n'ont pas été porteuses.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Conclusion

Après son indépendance le Burkina Faso a hérité d'une administration et d'un système sanitaire de la période coloniale. La première décennie va être marquée par une prolongation des actions entreprises sous la colonisation. Au lendemain de la conférence sur les soins de santé primaires de 1978, le pays va s'inscrire dans la dynamique internationale avec pour leitmotive « santé pour tous à l'an 2000 ». Il s'agit là de lever tous les obstacles qui freinent l'accessibilité aux soins par une amélioration des offres de soins en qualité et en quantité. L'initiative de Bamako, qui conçoit la prise en charge de toutes les activités de soins de santé primaires dont l'hospitalisation a bien aussi implémentée à travers la mise en place d'une centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG) dès 1994 ; d'une politique pharmaceutique en 1996 et d'une loi hospitalière en 1998 (S. Haddad, 2004 : 200). En dépit de cette batterie de mesures, bon nombre de prestations de soins ne sont pas offertes au niveau des formations sanitaires à cause de l'insuffisance de personnel en nombre et en compétence (Ministère de l'économie et du développement, 2004 : 51).

À l'évaluation des résultats des politiques de paiement des soins par les populations qui a produit dont les impacts sont peu louables, une nouvelle tendance s'est présentée aux autorités de la santé : faire l'expérience de l'équité en santé à travers la gratuité des soins à l'issue d'études minutieuses.

Sources et bibliographie

Sources orales

N°	Nom et prénom(s)	Age	Fonction	Résidence de l'enquêté	Date de l'enquêté
1	DOYE Eric	57 ans	Coordonnateur du programme national de lutte contre le tabac et les autres addictions	Ouagadougou	17/10/2025
2	KABORÉ Lassané	50 ans	Infirmier	Bittou	15/10/2025
3	MININGOU Patonsongo Zakaria	50 ans	Ingénieur en sciences infirmières et obstétricale anesthésie réanimation	Fada N'Gourma	14/10/2025
4	NEYA Befeladié	70 ans	Retraité	Laba	16/10/2025
5	SORGHO Arzouma Robert	47 ans	Ingénieur en SIO Option Épidémiologie	Boromo	14/10/2025
6	ZEBA Saïdou	58 ans	Attaché de santé	Ouagadougou	14/10/2025

Sources écrites

Dakar, Archives Nationale du Sénégal (A.N.S.), 1H74, 1938.

Pierrefitte sur-Seine, Archives nationales de France (A.N.F.), 199403555/52, 1961.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (A.N.B.F.), 37V300, 1987.

Ouagadougou, Archives nationales du Burkina Faso (A.N.B.F.), 37V300.

Décret 277/PRES/SPP du 06 août 1966 portant attribution et réorganisation d'ensemble du Ministère de la santé publique de la population et des affaires sociales et son modificatif du 67/267/ PRES/SPP du 07août 1967

Article 2 de l'Arrêté n° 93/146/SASF/SG du 30 novembre 1993 portant organisation, attribution et fonctionnement des districts sanitaires

Source audiovisuelle

KABORE Abdoul Salam (Commandant pharmacien, ministre de la santé), in Coffré d'Archive d'Afrique 1re Partie sur TVZ le 06/09/2015

Bibliographie

ABDOULAYE P. Nitièma et *al.,* 2003, « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review* , Vol 24, n° 2, p.237-256.

BANHORO Yacouba, 2017, « Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, un exemple des hôpitaux émergents au Burkina Faso au XIXe siècle », *Lɔŋgbowu, Revue des Lettres – Langue et Sciences de l'Homme et de la Société,* n° 004, Décembre, p.659-682.

Comité national de lutte contre l'onchocercose (Burkina Faso), 1985, *Plan d'opération de la dévolution au Burkina Faso*, Genève, OCP, 11 p.

DIOUF Makhtar, 1991, *Economie politique pour l'Afrique*, Dakar, MEAS, *op. cit*., 309 p.

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS), 2010, *La santé d'après les enquêtes statistiques nationales, une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance du Burkina Faso*, Ouagadougou, Ministère de la santé, 27 p.

DUPONCHEL Jean-Luc, 2004, « Quels systèmes de santé ? Bilan des soins de santé primaires », *Médecine Tropicale*, 64, p. 533-538.

HADDAD Slim et al., *2004, «* Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé, Société et Solidarité, n°2, Inégalités sociales de santé*. p.199-210.

JOURDAN Didier et *al.* 2012, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique,* 2, Vol. 24, p.166.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Ministère de l'économie et du développement, 2004, *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ouagadougou, Ministère de l'économie et du développement, 131 p.

Ministère de la santé publique, 1967, *Rapport sur la santé publique en Haute-Volta*, Ouagadougou-Genève, Ministère de la santé publique- OMS, 178 p.

OMS, 1986, *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*, Ottawa, 6 p.

OMS, 1987, « AFR/RC37/R6 : Santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des communautés : Initiative de Bamako », *Rapport du comité régional de la trente-septième session*, Bamako 9-16 septembre 1987, p. 12-14

OMS, 1987, *L'agent de santé communautaire. Guide pratique-Directives pour la formation-Directives pour l'adaptation*, Genève, OMS, 507 p.

OMS-UNICEF, 1978, *Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du Directeur Général de l'Organisation mondiale de la Santé et du Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.* (Conférence internationale sur les soins de santé primaires du 6 au 12 septembre 1978 à Alma-Ata en URSS), Genève, OMS, 88 p.

PAES-LEME SA (C.), 1967, *Rapport sur la santé publique en Haute-Volta*, Ouagadougou-Genève, Ministère de la santé publique- OMS, 168 p.

RICOSSE Jean-Henri et HUSSER Jean-Alain, 1982, « Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone », *Cahiers d'études africaines*, vol. 22, n°85-86, p.145-168.

RIDDE Valery, 2004, *L'initiative de Bamako : 15 ans après, un agenda inachevé*, Washington D.C., The World Bank, 40 p.

RIDDE Valery, 2005, *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso*, Thèse en santé communautaire, Université Laval, 661 p.

SAMB Oumar Mallé, 2014, *La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capabilités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso,* Thèse de médecine de l'Université de Montréal, 200 p.

SECK Awa et VALEA Dieudonné, 2011, *Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport final,* Ouagadougou, Ministère de la santé, 105 p.

SOURNIA Jean-Charles, 2004, « Histoire de la médecine », *Collection Poche / Sciences humaines et sociales, La Découverte*, 364 p.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

TETREAULT Marise, 2015, « La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà », *L'inhalo*, Vol. 32, n° 2, p.8-15.

TIZIO Stéphane et FLORI Yves-Antoine, 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Tiers-Monde*, tome 38, n°152, p.837-858

UNICEF, 1995, *L'initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé*. Unicef, 20 p.

ZABSONRE Moussa, 2020, *Politiques de santés et lutte contre les maladies tropicales au Burkina Faso : cas de l'onchocercose et la trypanosomiase (1960-2012)*, Thèse de doctorat en histoire, Université Joseph KI-ZERBO, 473 p.