

DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT

LA MORTALITÉ MATERNELLE
AU BURKINA FASO

LA SANTÉ, C'EST
UN DROIT HUMAIN

AMNESTY
INTERNATIONAL



DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT

LA MORTALITÉ MATERNELLE AU BURKINA FASO

AMNESTY INTERNATIONAL EST UN MOUVEMENT MONDIAL REGROUPANT 2,2 MILLIONS DE PERSONNES DANS PLUS DE 150 PAYS ET TERRITOIRES QUI LUTTENT POUR METTRE FIN AUX ATTEINTES GRAVES AUX DROITS HUMAINS. LA VISION D'AMNESTY INTERNATIONAL EST CELLE D'UN MONDE OÙ CHACUN PEUT SE PRÉVALOIR DE TOUS LES DROITS ÉNONCÉS DANS LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME ET DANS D'AUTRES TEXTES INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS. ESSENTIELLEMENT FINANCÉE PAR SES MEMBRES ET LES DONS DE PARTICULIERS, AMNESTY INTERNATIONAL EST INDÉPENDANTE DE TOUT GOUVERNEMENT, DE TOUTE TENDANCE POLITIQUE, DE TOUTE PUISSANCE ÉCONOMIQUE ET DE TOUTE CROYANCE RELIGIEUSE.

www.amnesty.org

Publié par :
Amnesty International
Secrétariat international
Peter Benenson House
1 Easton Street
Londres WC1X 0DW
Royaume-Uni

© Amnesty International
Publications 2009
Index : AFR 60/001/2009

ISBN : 978-2-8766-6176-9
L'édition originale a été publiée en langue anglaise

Photo de couverture :
Des femmes décortiquent des fruits, entourées par leurs enfants. Bien que l'égalité femmes-hommes soit reconnue par la loi, les femmes sont souvent subordonnées aux hommes et ne peuvent pas prendre de décisions quant à leur propre santé. © Anna Kari

Photo dos de couverture :
Ramatoulaye et sa fille au bord du Nakambé, près de Wonko. Il y a quatre mois, elle a dû accoucher sur la berge du fleuve parce qu'aucun bateau n'était disponible pour la faire passer de l'autre côté. © Anna Kari

Imprimé sur papier 100 % recyclé
Lightning Source
Milton Keynes, Royaume-Uni

Tous droits de reproduction réservés. Cette publication, qui est protégée par le droit d'auteur, peut être reproduite gratuitement, par quelque procédé que ce soit, à des fins de sensibilisation, de campagne ou d'enseignement, mais pas à des fins commerciales. Les titulaires des droits d'auteur demandent à être informés de toute utilisation de ce document afin d'en évaluer l'impact. Toute reproduction dans d'autres circonstances, ou réutilisation dans d'autres publications, ou traduction, ou adaptation nécessitent l'autorisation écrite préalable des éditeurs, qui pourront exiger le paiement d'un droit.

DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT

LA MORTALITÉ MATERNELLE AU BURKINA FASO

Publications Amnesty International



SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| 1/INTRODUCTION | 1 |
| LES OBJECTIFS DE CE RAPPORT | 6 |
| MÉTHODOLOGIE | 7 |
| 2/LE STATUT DE LA FEMME AU BURKINA FASO | 8 |
| LE STATUT DE LA FEMME AU SEIN DE LA FAMILLE | 9 |
| « LA PREMIÈRE DEBOUT LE MATIN ET LA DERNIÈRE COUCHÉE LE SOIR » | 11 |
| MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES | 11 |
| MARIAGES ET GROSSESSES PRÉCOCES | 12 |
| POLYGAMIE ET MARIAGES FORCÉS | 13 |
| ABSENCE DE POUVOIR DE DÉCISION DES FEMMES | 14 |
| 3/POLITIQUE DU GOUVERNEMENT | 16 |
| UN BUDGET EN AUGMENTATION | 16 |
| CADRE POLITIQUE ET STRATÉGIQUE | 17 |
| ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ | 19 |
| ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES ET ACCOUCHEUSES AUXILIAIRES | 21 |
| 4/LE CADRE RELATIF AUX DROITS HUMAINS | 22 |
| LE DROIT À LA SANTÉ | 22 |
| LES CAS DE MORTALITÉ MATERNELLE ÉVITABLES CONSTITUENT UNE VIOLATION DU DROIT À LA VIE | 23 |
| LA SANTÉ MATERNELLE EST UN DROIT | 23 |
| LE DROIT À LA NON-DISCRIMINATION | 24 |
| DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS | 25 |
| 5/PLANIFICATION FAMILIALE | 26 |
| L'USAGE DES CONTRACEPTIFS RESTE FAIBLE | 28 |
| LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION | 28 |
| INSUFFISANCE DE L'INFORMATION SUR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS | 29 |

| | |
|--|-----------|
| DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE INADEQUATS | 30 |
| DES PRODUITS CONTRACEPTIFS PAS TOUJOURS DISPONIBLES | 31 |
| LE PRIX DES CONTRACEPTIFS : UN FREIN A LEUR UTILISATION | 32 |
| LES RÉSISTANCES DES MARIS ET DE LA FAMILLE EN GÉNÉRAL | 33 |
| LE MANQUE DE MOYENS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE | 34 |
| AVORTEMENTS CLANDESTINS ET DANGEREUX | 34 |
| AVORTEMENT : LE CADRE JURIDIQUE | 35 |
| LA POSITION D'AMNESTY INTERNATIONAL SUR L'AVORTEMENT | 37 |
| 6/LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX INFRASTRUCTURES DE SANTÉ | 38 |
| UN LONG ET PÉNIBLE VOYAGE | 38 |
| AUTRES OBSTACLES | 43 |
| 7/LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ : UN OBSTACLE POUR BEAUCOUP | 44 |
| LA POLITIQUE DE SUBVENTION DE 2006 | 46 |
| UNE POLITIQUE DE SUBVENTION QUI SOUFFRE D'UN MANQUE D'INFORMATIONS | 47 |
| ABSENCE DE TRANSPORTS GRATUITS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ | 49 |
| ABSENCE DE CRITÈRES PERMETTANT DE DÉTERMINER QUI PEUT PRÉTENDRE À LA GRATUITÉ DES SOINS | 50 |
| LES PAIEMENTS INFORMELS | 51 |
| LE DÉBAT SUR L'EXEMPTION TOTALE DES COÛTS | 54 |
| PROJETS PILOTES D'EXEMPTION TOTALE DE PAIEMENT | 54 |
| SUPPRESSION DES OBSTACLES FINANCIERS À L'ACCÈS AUX SOINS MATERNELS | 56 |
| LE DROIT À LA SANTÉ ET LES OBSTACLES FINANCIERS | 58 |
| 8/PÉNURIES DE PERSONNEL ET DE MATÉRIEL | 60 |
| UNE INFRASTRUCTURE SANITAIRE INSUFFISANTE | 61 |
| DÉGRADATION ET INSALUBRITÉ DE LOCAUX SANITAIRES | 62 |
| APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITÉ | 63 |
| CONDITIONS DE TRAVAIL | 63 |
| PÉNURIES DE MÉDICAMENTS ET DE MATÉRIEL MÉDICAL | 65 |
| PÉNURIES ET MAUVAIS ÉTAT DU MATÉRIEL | 65 |
| PÉNURIES ET QUALITÉ MÉDIOCRE DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX | 65 |
| PÉNURIES DE MÉDICAMENTS | 66 |
| PÉNURIES FRÉQUENTES DE SANG | 67 |
| MANQUE DE PERSONNEL MÉDICAL QUALIFIÉ | 69 |
| MANQUE D'ACCOUCHEURS QUALIFIÉS | 70 |

| | |
|---|------------|
| 9/DES SOINS D'UN QUALITÉ INSUFFISANTE | 72 |
| DYSFONCTIONNEMENTS DANS LE SYSTÈME D'AIGUILLAGE | 72 |
| DÉCISIONS DE TRANSFERT RETARDÉES | 74 |
| CAPACITÉS INSUFFISANTES DES SERVICES D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX DE DISTRICT ET RÉGIONAUX | 74 |
| PÉNURIES DE SANG DANS LES HÔPITAUX DE DISTRICT ET RÉGIONAUX | 74 |
| MANQUE D'AMBULANCES POUR LE TRANSFERT DES FEMMES ENCEINTES | 75 |
| ABSENCE DE COMMUNICATIONS ENTRE LES CENTRES DE SOINS | 76 |
| LES PATIENTES ET LE PERSONNEL MÉDICAL : DES RELATIONS PARFOIS DIFFICILES | 77 |
| FAIBLE MOTIVATION DU PERSONNEL DE SANTÉ | 77 |
| ATTITUDES NÉGATIVES VIS-À-VIS DES PATIENTES ET DE LEURS FAMILLES | 78 |
| NÉGLIGENCE ET VIOLENCES PENDANT L'ACCOUCHEMENT | 78 |
| 10/OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES | 82 |
| MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES : UN SUIVI INSUFFISANT | 82 |
| PLANIFICATION FAMILIALE : DES BESOINS DE CONTRACEPTION NON SATISFAITS | 83 |
| PÉNURIES ET DÉTOURNEMENTS DE MÉDICAMENTS ET DE MATÉRIEL MÉDICAL | 84 |
| OBLIGATION POUR LE PERSONNEL MÉDICAL DE RENDRE DES COMPTES | 85 |
| CHARTRE DES DROITS DES PATIENTS | 85 |
| LE MANQUE DE SANCTIONS | 85 |
| ENQUÊTES SUR LES MORTS MATERNELLES OU LES NEAR-MISS | 86 |
| ABSENCE DE VOIES DE RECOURS EFFICACES | 87 |
| MANQUE DE VOLONTÉ POLITIQUE DE LUTTER CONTRE LA CORRUPTION | 88 |
| 11/LE RÔLE DES BAILLEURS | 90 |
| SOURCES DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT | 90 |
| APPUI BUDGÉTAIRE GLOBAL | 90 |
| « PANIER COMMUN » DES BAILLEURS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ | 91 |
| AIDE DIRECTE POUR DES PROJETS OU PARTENAIRES SPÉCIFIQUES | 91 |
| UNE APPROCHE FONDÉE SUR L'ÉGALITÉ DE GENRE | 92 |
| FACTEURS RÉDUISANT L'EFFICACITÉ DE L'AIDE INTERNATIONALE | 92 |
| PROBLÈMES DE COORDINATION | 92 |
| INSUFFISANCE DE L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS | 93 |
| 12/CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 94 |
| RECOMMANDATIONS | 95 |
| NOTES | 100 |

SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS DANS CE RAPPORT

| | |
|--------------|--|
| ABBEF | Association burkinabè pour le bien-être familial |
| AQUASOU | Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence |
| ASCE | Autorité supérieure de contrôle de l'État |
| ASMADE | Association Songui Manégré / Aide au développement endogène |
| ASSOG | Attaché(e) soins de santé en obstétrique et gynécologie |
| BAD | Banque africaine de développement |
| BEPC | Brevet d'études du premier cycle |
| CADHP | Charte africaine des droits de l'homme et des peuples |
| CAMEG | Centrale d'achats des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux |
| CCG | Cadre de concertation genre |
| CEDAW | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes |
| Comité CEDAW | Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes |
| CEDEAO | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CEPE | Certificat d'études primaires élémentaires |
| CESCR | Comité des droits économiques, sociaux et culturels |
| Franc CFA | Monnaie commune de 14 pays de l'Afrique de l'Ouest, liée à l'euro (CFA signifie Communauté financière d'Afrique) |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CMA | Centre médical avec antenne chirurgicale |
| CNTS | Centre national de transfusion sanguine |
| COGES | Comité de gestion des services de santé |
| CRC | Convention relative aux droits de l'enfant |
| CSPS | Centre de santé et de promotion sociale |
| DUDH | Déclaration universelle des droits de l'homme |
| ECHO | Office d'aide humanitaire de la Commission européenne |
| EDS | Enquête démographique et de santé |
| EPU | Examen périodique universel |

| | |
|---------|--|
| FASFACO | Fédération des associations de sages-femmes de l’Afrique du Centre et de l’Ouest |
| FIGO | Fédération internationale de gynécologie et d’obstétrique |
| FNUAP | Fonds des Nations unies pour la population |
| GAVI | Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination |
| GTZ | Agence allemande pour la coopération technique |
| HACL | Haute autorité de coordination de la lutte contre la corruption |
| ICM | Confédération internationale des sages-femmes |
| MGF | Mutilation génitale féminine |
| OMD | Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Organisation des Nations unies |
| PADS | Programme d’appui au développement sanitaire |
| PIDCP | Pacte international relatif aux droits civils et politiques |
| PIDESC | Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNUD | Programme des Nations unies pour le développement |
| REN-LAC | Réseau national de lutte anti-corruption |
| RGPH | Recensement général de la population et de l’habitat |
| sida | Syndrome d’immunodéficience acquise |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d’urgence |
| TDH | Terre des hommes |
| UA | Union africaine |
| UE | Union européenne |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l’enfance |
| USAID | Agence américaine pour le développement international |
| VIH | Virus de l’immunodéficience humaine |



© Anna Kari

Des mères et leurs nouveau-nés au centre de santé de Kiembara. Au Burkina Faso, de nombreuses femmes ne peuvent pas accéder aux services de santé indispensables.

1/INTRODUCTION

« UNE FEMME ENCEINTE A UN PIED DANS LA TOMBE ET UN PIED SUR LA TERRE »

Dicton africain

Chaque année, plus de 2 000 femmes meurent au Burkina Faso de complications liées à la grossesse et à l'accouchement¹. La plupart de ces décès auraient pu être évités.

Beaucoup de femmes meurent parce qu'elles n'ont pas pu bénéficier de transfusion sanguine en raison de la pénurie de sang. D'autres meurent des suites d'un travail obstrué, d'infections ou d'hypertension, parce qu'elles n'ont pas eu la possibilité de parvenir à temps dans un centre de santé capable de les traiter, ou parce qu'elles sont arrivées trop tard. Beaucoup d'entre elles perdent la vie parce que leurs proches ne peuvent pas payer les frais demandés par le personnel médical. Un plus grand nombre encore ne parviennent jamais aux centres de santé en raison d'obstacles géographiques, financiers ou culturels.

Au Burkina Faso, de nombreuses raisons empêchent les femmes d'avoir accès aux services de santé dont elles ont besoin. Parmi ces obstacles figurent le manque d'information sur la santé et les droits sexuels et reproductifs ; le statut inférieur de la femme qui porte atteinte à son droit de décider si elle désire des enfants et, si oui, quand et combien ; des obstacles sociaux et économiques, et en particulier le coût des traitements médicaux ; des obstacles géographiques qui empêchent d'accéder aux centres de santé ; et la mauvaise qualité des traitements reçus en raison du manque de fournitures médicales et de la pénurie de personnel qualifié.

La mortalité maternelle² fait davantage de victimes parmi les femmes les plus pauvres et les moins éduquées et celles qui habitent en milieu rural, là où réside 80 % de la population.

Le taux de mortalité maternelle³ demeure élevé même si, selon les statistiques officielles, il a fortement décliné, passant de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 en 1999⁴ et à 307 en 2008⁵.

Les causes médicales directes des décès maternels au Burkina Faso ont régulièrement été identifiées comme suit : hémorragies, infections, ruptures utérines, complications post-avortement, éclampsies (convulsions ou coma associés à une hypertension causée par la grossesse) et rétentions placentaires⁶. Ces complications peuvent être traitées si les femmes ont accès à temps aux moyens permettant d'empêcher les grossesses non désirées, à des services sûrs pratiquant les interruptions de grossesse, à un accoucheur ou à une accoucheuse qualifiés, à un système fonctionnel d'aiguillage vers les services appropriés et à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence adéquats.

Les autorités du Burkina Faso n'ont pas ignoré cette tragédie qui prive des milliers de personnes de leurs épouses, de leurs mères, de leurs filles ou de leurs sœurs. Au cours de la dernière décennie, les autorités, avec l'aide des bailleurs de fonds, ont consacré des efforts et des ressources à la réduction de la mortalité maternelle.

Des stratégies ambitieuses ont été élaborées et partiellement mises en œuvre. En 2006, le gouvernement a adopté une stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (ci-après SONU) en prévoyant de prendre en charge 80 % du coût de ces soins.

Des efforts ont été entrepris afin d'accroître les effectifs du personnel médical qualifié, et notamment des sages-femmes et des infirmiers, et d'améliorer leurs compétences. Afin d'encourager un plus grand nombre de femmes à accoucher dans les centres de santé, et non chez elles, les autorités ont réorienté le rôle des accoucheuses traditionnelles⁷, à qui il a été demandé, au lieu d'assister les femmes enceintes lors de l'accouchement, de promouvoir les accouchements médicalement assistés et d'aider les femmes à avoir accès à ces services. Des centres de soins primaires ont été construits dans tout le pays. Le gouvernement a également adopté une stratégie nationale en matière de planification familiale.

Quoique bien élaborées sur le papier, les politiques visant à combattre la mortalité maternelle souffrent de graves lacunes dans leur mise en œuvre. Bien que le coût des accouchements ait été réduit depuis 2006, l'accès à des soins médicaux adéquats reste un problème et de nombreuses femmes demeurent réticentes à l'idée de se rendre dans les centres de santé pour accoucher. Cela est particulièrement le cas pour les femmes pauvres et vivant en milieu rural qui reçoivent des soins dans des dispensaires offrant souvent des conditions d'hygiène déplorables, avec un personnel médical insuffisant, mal payé, et qui parfois traite les patientes de manière irrespectueuse.

La situation est particulièrement inquiétante dans le domaine de la planification familiale. Bien que les chiffres varient, il est évident que l'usage des méthodes contraceptives reste peu élevé. Malgré le vote, en 2005, d'une loi portant sur la santé de la reproduction, qui reconnaît le droit des couples et des individus de décider librement et en connaissance de cause du nombre d'enfants désirés ainsi que de l'espacement des naissances, le gouvernement continue de ne pas faire suffisamment d'efforts pour que les femmes et les jeunes filles aient un accès sécurisé et confidentiel à l'information et aux méthodes contraceptives modernes. Cela entraîne un grand nombre de grossesses précoces, non souhaitées ou dangereuses pour la santé de la mère, ainsi que des avortements à risques. La planification familiale souffre d'un grave manque de financement, en partie parce que, jusqu'à tout récemment, les bailleurs de fonds internationaux et le gouvernement s'étaient fixé d'autres priorités de santé publique, en particulier la lutte contre la pandémie de sida, la polio et le paludisme.

Plusieurs facteurs structurels continuent d'empêcher les femmes de bénéficier de leur droit à des soins médicaux qui soient disponibles, accessibles, satisfaisants et de bonne qualité :

- La disponibilité des soins est limitée par le manque de centres de santé d'une qualité adéquate ainsi que par la pénurie de matériels et de personnels médicaux.

- L'accessibilité des soins est entravée par des obstacles géographiques et financiers et en raison du manque d'informations et de l'absence de pouvoir de décision des femmes.
- Le caractère satisfaisant des soins est compromis par des attitudes et des comportements irrespectueux et parfois même cruels de la part de membres du personnel médical.
- La qualité des soins est souvent insatisfaisante, car le personnel médical n'est pas correctement encadré ni obligé de rendre des comptes. Il est, de plus, mal payé et pâtit de mauvaises conditions de travail.

L'histoire d'Aïcha illustre, parmi beaucoup d'autres, les obstacles rencontrés par les femmes sur la voie pavée de dangers qui mène de la grossesse à l'accouchement. Ce récit montre également les souffrances endurées par beaucoup de femmes qui entraînent dans bien des cas une mort tragique et évitable.

Aïcha, vingt et un ans, morte en avril 2008 à Ouagadougou

Aïcha était l'unique fille d'une famille de cinq enfants. Elle a rencontré son mari, Abdou, à Ouagadougou, et ils ont été fiancés pendant deux ans avant de se marier. Ni Aïcha ni Abdou n'ont été à l'école. Abdou, qui avait vingt-cinq ans en 2008, travaille de temps en temps comme aide charpentier, mais il n'a eu aucun emploi régulier au cours de l'année passée.

Aïcha vendait du *benga*, un mélange de haricots et de riz, et elle a travaillé jusqu'au tout dernier jour de sa grossesse. Elle devait aller chercher le bois à plusieurs kilomètres de son domicile et se réveillait à cinq heures chaque matin pour faire cuire le *benga*. Ensuite elle partait le vendre sur la route près de chez elle, et revenait à 16 heures pour préparer le repas du soir. « *Elle travaillait tous les jours, sauf lorsqu'elle avait quelque chose d'autre à faire comme la lessive* », a déclaré son mari.

C'était sa première grossesse, et elle a effectué les trois visites prénatales recommandées en se rendant au Centre de santé et de promotion sociale (CSPS, le centre de santé primaire). Son mari Abdou a déclaré à Amnesty International : « *Je ne l'ai jamais accompagnée à ces visites, mais je trouvais que c'était bien qu'elle s'y fasse suivre.* » Au cours de sa grossesse, on a prescrit à Aïcha du fer pour son anémie et de la maloxine pour prévenir le paludisme.

L'infirmier du CSPS dans lequel était traitée Aïcha a déclaré à Amnesty International : « *Elle n'avait pas pu payer pour une seule ordonnance. Nous en avons trouvé quelques-unes dans son dossier, qui n'avaient pas été utilisées.* »

En avril 2008, vers 20 heures, Aïcha a ressenti des douleurs. Un ami l'a conduite au CSPS à 1 km de chez elle sur une mobylette, et son mari suivait à vélo. Elle a donné naissance à un garçon à deux

heures du matin. Après l'accouchement, le personnel médical a demandé à la famille d'acheter de l'eau de Javel pour nettoyer les taches de sang.

Dix minutes après l'accouchement, la sage-femme a dit à la famille d'Aïcha que celle-ci devait être transférée à l'hôpital de district parce qu'elle souffrait d'une hémorragie. Le directeur du CSPS a déclaré à Amnesty International : *« Nous l'avons transférée à l'hôpital de district, à proximité, pour y être transfusée, parce que nous n'avons pas de sang ici ».*

Bien que les transferts entre centres de santé soient censés être gratuits en vertu de la politique de subvention des SONU, la famille a dû payer le transport. Abdou a déclaré : *« On avait déjà appelé une ambulance pour la transporter à l'hôpital. Le chauffeur de l'ambulance a insisté pour recevoir 1 500 francs CFA (environ 2 euros) avant de démarrer son véhicule. Il ne nous a pas donné de reçu. »*

Abdou a déclaré à Amnesty International : *« Quand nous sommes arrivés à l'hôpital, Aïcha saignait toujours. Ses vêtements étaient imbibés de sang, et le brancard aussi. Le chauffeur nous a aidés à la transporter dans la salle de soins. On nous a donné une ordonnance. Nous avons dû payer les gants et l'eau de Javel. Je suis allé les acheter avec un ami. À notre retour, un soignant nous a donné une nouvelle ordonnance et j'ai acheté les médicaments et les cachets qui m'ont coûté en tout 4 500 francs CFA (environ 7 euros). Dix minutes plus tard une troisième ordonnance nous a été remise pour d'autres comprimés et flacons d'une valeur de 3 500 francs CFA (environ 5 euros). »*

Un membre du personnel médical a ensuite indiqué au mari d'Aïcha qu'il fallait faire analyser le sang de sa femme : *« Je suis d'abord allé au laboratoire de l'hôpital où on m'a dit qu'on ne pouvait pas faire l'analyse de sang. On m'a envoyé au laboratoire d'un centre de santé voisin spécialisé dans les analyses de sang. Il était près de trois heures du matin et je n'avais pas de moyen de transport, alors j'y suis allé à pied. Cela m'a pris une heure pour y aller. Quand je suis arrivé au centre de santé, le veilleur dormait. Alors je l'ai réveillé et j'ai dépensé 2 000 francs CFA (environ 3 euros) pour l'analyse. Je suis reparti en taxi à l'hôpital de district : le premier taxi est tombé en panne et j'ai dû en trouver un autre qui m'a pris 1 000 francs CFA (environ 1,50 euro). Le tarif normal est inférieur à 200 francs CFA (environ 0,30 euro), mais quand les taxis voient que les gens sont pressés, ils font payer plus cher. Il était plus de 5 heures du matin quand je suis arrivé à l'hôpital et que j'ai remis les résultats de l'analyse de sang. En arrivant, je n'ai pas trouvé ma mère et mes amis. On m'a dit qu'ils étaient déjà partis. J'ai pensé qu'Aïcha s'était remise et qu'elle était guérie. Puis un docteur est venu. Il m'a parlé français mais quand il a vu que je ne comprenais pas, il s'est adressé à moi en mooré⁸. Il m'a dit que ma femme était très faible et que "son sang était fini". J'ai appris qu'elle était morte à 5 h 18 du matin. »*

Abdou est revenu chez lui à pied avec son nouveau-né. Sa mère, qui habitait un village, est venue vivre avec son fils pour prendre soin du bébé.

Comme le montre cette histoire, même lorsqu'une femme habite à Ouagadougou, près d'un centre de santé, son accès à un traitement vital peut être compromis par le manque de services médicaux essentiels, et notamment de sang, et par des frais illégaux et arbitraires. En pratique, les familles se voient réclamer des sommes importantes pour des médicaments et autres soins médicaux qui devraient être subventionnés en vertu de la politique de subvention de 2006.

Tous les obstacles que rencontrent les femmes enceintes au Burkina Faso mettent en lumière les trois retards critiques⁹ qui augmentent le risque de mortalité maternelle : le retard dans la décision de recourir aux soins, le retard lié à l'accès au centre de soins et le retard lié à la prise en charge dans un centre de santé :

- **Le retard dans la décision de recourir aux soins** : au Burkina Faso, les femmes dépendent généralement de leur mari ou de leur belle-famille pour prendre la décision de se rendre dans un centre de soins.
- **Le retard lié à l'accès au centre de soins** : les obstacles liés à la distance et au coût empêchent de nombreuses femmes de parvenir à temps dans un centre de soins. Dans les zones rurales, les distances entre les lieux d'habitation et les centres de soins sont souvent très importantes et les routes mauvaises. Les vélos et les charrettes tirées par des ânes sont souvent les seuls moyens de transport.
- **Le retard lié à la prise en charge dans un centre de santé** : le nombre insuffisant de centres de santé et un système d'aiguillage fréquemment déficient et trop lent contribuent à retarder l'accès des patients à des soins médicaux vitaux. L'obstacle du coût est souvent déterminant car dans un grand nombre de cas d'urgence, les femmes enceintes et leurs proches se voient contraints de payer des sommes importantes pour des médicaments et des fournitures qui sont officiellement gratuits ou subventionnés.

Si le gouvernement burkinabè s'est efforcé de réduire ces retards, le taux élevé de la mortalité maternelle au Burkina Faso montre que le droit des femmes à la santé est souvent nié, alors même que ce droit est inscrit dans les textes internationaux et la législation nationale et que tous les États sont tenus de le respecter, de le protéger et de le réaliser. Lorsque des femmes meurent durant leur grossesse ou au cours de l'accouchement parce qu'un gouvernement ne s'est pas attaqué aux causes évitables de la mortalité maternelle, ce gouvernement viole le droit des femmes à la vie.

La pauvreté est un facteur essentiel de la mortalité maternelle. Le Burkina Faso se classe parmi les pays du monde les plus pauvres¹⁰, 46,4 % de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté¹¹ et 80 % habitant des zones rurales où les infrastructures sont souvent insuffisantes.

Cependant, ceci ne peut pas justifier le fait que le gouvernement n'assume pas son obligation de prendre toutes les mesures possibles afin de réaliser le droit à la santé (et notamment la santé en matière de sexualité et de reproduction) pour toute sa population, en particulier pour les personnes vivant dans la pauvreté. Dans son rapport de 2008 adressé au Groupe de travail du Conseil des droits de l'homme des Nations unies en vue de l'Examen périodique universel (EPU), le gouvernement du

Burkina Faso a reconnu qu'il avait la responsabilité de respecter et de réaliser les droits fondamentaux économiques, sociaux et culturels, tout en soulignant les contraintes économiques auxquelles il est confronté. Il a ainsi déclaré : « *Même si le sous-développement ne doit pas être considéré comme un prétexte pour l'État de ne pas s'acquitter de ses responsabilités en matière de réalisation des droits humains, il faut reconnaître qu'il constitue un réel frein et une véritable contrainte pour la réalisation de nombreux droits*¹² ».

Dans sa lutte contre la mortalité maternelle, le gouvernement du Burkina Faso est soutenu par les bailleurs de fonds qui contribuent au budget de la santé et financent également des projets spécifiques visant à améliorer l'accès aux soins. Le présent rapport reconnaît les efforts fournis par le gouvernement burkinabè afin de s'attaquer à la mortalité maternelle, avec l'aide des bailleurs de fonds, et souligne l'importance des projets menés par des ONG nationales et internationales.

LES OBJECTIFS DE CE RAPPORT

Ce rapport considère la question des décès évitables dus à la mortalité maternelle comme une violation du droit à la santé et, en fin de compte, du droit à la vie. Il met l'accent sur :

- la nécessité de respecter et de garantir le droit des femmes d'avoir accès aux services en matière de sexualité et de reproduction ;
- la nécessité de lever les obstacles qui entravent l'accès des femmes à des soins de santé adéquats, notamment l'obstacle du coût qui continue à dissuader ou à empêcher les femmes les plus pauvres de bénéficier d'un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié et, si nécessaire, de soins obstétricaux d'urgence ;
- la nécessité d'améliorer la qualité des soins de santé en veillant à ce que les accouchements soient pratiqués par un personnel de santé qualifié, dans un environnement capable d'offrir des soins pour les accouchements normaux et les soins obstétricaux d'urgence en cas de complications ;
- l'obligation pour le gouvernement de rendre des comptes en ce qui concerne son devoir de consacrer le maximum de ressources possibles afin d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible pour toutes les femmes enceintes. Le gouvernement se doit, en particulier, de faire en sorte que les soins obstétricaux d'urgence et l'assistance aux accouchements par un personnel de santé qualifié soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité dans tout le pays, y compris dans les zones rurales et les régions défavorisées.

En conclusion, le rapport présente des recommandations au gouvernement, à la communauté internationale et aux bailleurs de fonds visant à consolider les progrès déjà accomplis, à faire en sorte que la lutte contre la mortalité maternelle soit poursuivie avec une cohérence accrue et que le respect des droits des femmes soit renforcé. Amnesty International demande que soient améliorés l'information et l'accès à la santé et aux services concernant la sexualité et la reproduction ; que les obstacles

financiers, particulièrement pour les plus pauvres, soient levés ; et que la qualité des soins et la formation du personnel médical soient renforcées afin que le droit des femmes à la santé soit pleinement respecté.

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport est basé sur quatre missions de recherche menées par Amnesty International au Burkina Faso depuis juillet 2008 et sur le travail d'une consultante qui a effectué des recherches durant trois mois dans le pays. Amnesty International a visité des centres de soins et a rencontré le personnel médical dans plusieurs villes y compris la capitale, Ouagadougou, ainsi qu'à Bobo-Dioulasso, Ouahigouya et Kaya. Amnesty International a également visité une douzaine de zones rurales dans tout le pays.

Au cours de ses recherches Amnesty International a examiné plus de 50 cas de femmes qui sont décédées pendant la grossesse ou l'accouchement. Ses délégués ont interrogé des membres de la famille, le personnel médical, des membres de la communauté et ont consulté les dossiers médicaux dans les hôpitaux lorsque ceux-ci étaient disponibles. Amnesty International s'est également entretenue avec des ministres et agents des ministères de la Santé, de la Promotion des droits humains, de la Promotion de la femme, de l'Économie et des Finances, avec des représentants des agences de l'ONU, d'ONG nationales et internationales, des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, ainsi qu'avec des chercheurs et spécialistes de la santé publique.

Cette étude se concentre sur les infrastructures sanitaires publiques – il existe également des structures de soins privées opérant dans le pays¹³.

Les statistiques mentionnées dans ce rapport sont tirées principalement de sources officielles, notamment l'enquête démographique et de santé (EDS), publiée tous les cinq ans¹⁴. Chaque année le gouvernement publie des statistiques détaillées sur le secteur sanitaire¹⁵, mais ces chiffres doivent être traités avec prudence car beaucoup de personnes, en particulier dans les zones rurales, n'ont pas recours au système formel de santé lorsqu'elles sont malades et ne déclarent pas les naissances et les décès. Par conséquent les statistiques officielles (y compris celles basées sur les données hospitalières) ne donnent qu'une image partielle de la situation réelle dans le pays. Ce rapport utilise des statistiques de l'ONU uniquement lorsque les chiffres nationaux ne sont pas disponibles¹⁶.

Plusieurs spécialistes indépendants ont lu et commenté ce texte à titre gracieux, y compris Véronique Filippi de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Fabienne Richard de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et Valéry Ridde du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Afin de préserver la confidentialité et de protéger les témoins et contacts, tous les noms des personnes et des localités ont été changés ou omis.

2/LE STATUT DE LA FEMME AU BURKINA FASO

« POUR LES HOMMES, LA FEMME N'EST QU'UN OUTIL DE REPRODUCTION »

Témoignage d'une habitante du village de Gorgaré (juin 2009)

Le gouvernement a adopté de nombreuses lois visant à améliorer le statut de la femme. Il a également ratifié les traités internationaux pertinents en la matière. Cela n'empêche malheureusement pas les femmes du Burkina Faso de continuer à être victimes de discriminations dans tous les aspects de leur vie quotidienne. Dans les zones rurales notamment, la femme n'a guère son mot à dire quand il s'agit de prendre une décision essentielle concernant la famille.

La Constitution et le droit burkinabè interdisent toute forme de discrimination, notamment les discriminations fondées sur le genre. Il n'existe cependant aucun texte juridique donnant une définition de ce qu'est une discrimination à l'égard de la femme. En outre, les dispositions juridiques relatives à l'égalité des sexes n'ont qu'un impact limité en raison, en particulier, de l'influence que conservent les règles religieuses et le droit coutumier¹⁷. La religion et la coutume n'ont pourtant officiellement aucune valeur légale en matière de relations familiales depuis l'adoption, en 1990, du Code des personnes et de la famille. Le gouvernement a toutefois reconnu « *la persistance de certaines pratiques coutumières et religieuses défavorisant les femmes (lévirat, mariage précoce et/ou forcé, excision, réticence d'envoyer les filles à l'école, etc.*¹⁸) ».

Dans ses Conclusions de 2005, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDAW) se disait par ailleurs préoccupé « *par le maintien des attitudes patriarcales et de stéréotypes, coutumes et traditions bien ancrés qui constituent une forme de discrimination à l'égard des femmes, en particulier dans les zones rurales, et constituent des violations de leurs droits fondamentaux*¹⁹ ».

Les femmes sont marginalisées dans de nombreux domaines et n'ont pas accès, dans des conditions d'égalité, à l'enseignement, aux soins de santé et à l'emploi. En 2007, le taux d'alphabétisme n'était que de 21 % chez les femmes, contre 36,7 % chez les hommes²⁰.



Ini Damien, qui a fondé une organisation qui œuvre en faveur de la qualité de vie des femmes dans la région de Gaoua. Cette ONG, qui s'adresse aussi bien aux hommes qu'aux femmes, s'attache à faire connaître les droits en matière de santé et de reproduction par le biais du théâtre.

LE STATUT DE LA FEMME AU SEIN DE LA FAMILLE

Une femme est avant tout considérée comme une épouse et une mère, en particulier dans les zones rurales. Une femme qui n'est pas mariée est perçue comme n'ayant pas eu de chance et n'offrant pas grande valeur personnelle. Une femme mariée, mais qui n'a pas d'enfants, fait l'objet de discriminations et risque d'être abandonnée ou rejetée par son mari et sa belle-famille.

Les femmes sont soumises de la part de la communauté à de fortes pressions d'ordre culturel, qui les poussent à avoir beaucoup d'enfants, ce qui est considéré comme un signe de richesse. C'est particulièrement vrai dans les zones rurales, où le taux de fécondité moyen est de 6,9 enfants par femme, alors qu'il n'est que de 3,7 en ville. La moyenne nationale est de 6,2²¹.



Ramatoulaye et sa fille au bord du Nakambé, près de Wonko. Il y a quatre mois, elle a dû accoucher sur la berge du fleuve parce qu'aucun bateau n'était disponible pour la faire passer de l'autre côté.

Fatou, victime de violences domestiques parce qu'elle n'avait eu que des filles.

Fatou était mère de famille et tenait un petit commerce près de Bobo-Dioulasso. Ses rapports avec son mari étaient très tendus, car ce dernier lui reprochait de ne lui avoir donné que des filles. Sept fois enceinte, elle avait mis au monde cinq filles. Lors de la naissance de l'une d'entre elles, il y a quelques années, Fatou a demandé au personnel médical et aux femmes qui l'accompagnaient de ne pas révéler à son mari le sexe de l'enfant tant que son mari n'aurait pas payé la facture pour les soins. Lorsqu'il a appris qu'il venait d'avoir une fille, celui-ci est parti, très en colère. Il a par la suite pris une deuxième épouse, qui lui a donné un fils. Même si, en vertu du droit coutumier, la première épouse occupe la place la plus importante dans la famille, Fatou a été reléguée au second plan.

En 2007, Fatou s'est de nouveau trouvée enceinte. Elle avait quarante et un ans. L'échographie ayant révélé qu'elle attendait de nouveau une fille, ses conditions de vie dans son foyer ont encore empiré. « *Son mari lui criait sans cesse dessus* », a raconté l'une de ses amies à Amnesty International en mars 2009. « *C'était devenu insupportable et elle a décidé de partir de chez elle et de venir se réfugier chez moi, à Ouagadougou. Le voyage en autocar a duré six heures et elle est arrivée le soir, épuisée et inquiète.* » Fatou est morte en couches, à l'hôpital universitaire de Ouagadougou.

« LA PREMIÈRE DEBOUT LE MATIN ET LA DERNIÈRE COUCHÉE LE SOIR »

Amnesty International a recueilli de nombreux témoignages qui décrivent les conditions de vie très difficiles des femmes, notamment dans les zones rurales, où elles doivent continuer d'effectuer toutes leurs tâches quotidiennes, qu'elles soient enceintes ou en train de se remettre d'un accouchement.

Sarata, morte en couches après avoir travaillé tout au long de sa grossesse.

Sarata vivait dans une zone rurale située non loin de Ouagadougou. Elle s'était mariée à l'âge de dix-sept ans. Elle avait eu quatre enfants, mais aucun n'a survécu au-delà de six mois. Elle s'est de nouveau retrouvée enceinte en 2006. Elle avait alors vingt-six ans et c'était sa cinquième grossesse en l'espace de neuf ans.

« Elle a travaillé jusqu'à la fin de sa grossesse », a expliqué l'une de ses amies à Amnesty International. « Elle aidait son mari à accomplir les travaux des champs, généralement dès 7 heures du matin. Mais avant cela, il fallait qu'elle prépare le petit-déjeuner, vers 6 heures. Quand elle rentrait des champs, aux alentours de 2 heures de l'après-midi, elle déjeunait, puis elle se reposait un peu, avant de repartir travailler la terre, jusqu'à 6 heures du soir. En dehors de la saison des pluies, elle vendait des crêpes sur le marché. Pendant sa grossesse, je lui disais de se reposer, mais elle me répondait qu'elle ne pouvait pas, qu'on allait se moquer d'elle parce qu'elle n'avait pas d'enfants. »

Sarata a travaillé jusqu'à son accouchement et elle n'a pas eu le temps d'aller au CSPS. Un soir, elle a commencé à avoir des douleurs et elle a accouché chez elle un peu plus tard, vers 4 heures du matin. Elle a été conduite en moto au CSPS, avant d'être transférée à l'hôpital universitaire de Ouagadougou, où l'on a diagnostiqué une infection puerpérale (infection survenant après l'accouchement, due à de mauvaises conditions sanitaires), une forme grave de paludisme et une éclampsie. La jeune femme est décédée à son arrivée à l'hôpital, avant d'avoir pu être traitée.

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

La pratique des mutilations génitales féminines (MGF ou excision) est illégale au Burkina Faso depuis 1996 (en vertu des articles 380 à 382 du Code pénal). Il arrive de temps en temps que des femmes accusées d'excision soient poursuivies et condamnées à des peines d'emprisonnement. Cependant, l'emprise de la tradition et de la coutume est telle que l'excision continue d'être réalisée clandestinement, dans des conditions sanitaires déplorables. Cette pratique constitue une cause majeure de mortalité et de handicap chez les femmes et les jeunes filles²².



À la fin du jour, Fatimata va chercher de l'eau avec son vélo. Surtout dans les zones rurales, il semble normal que les femmes continuent à travailler alors qu'elles sont enceintes ou viennent d'accoucher.

Certaines études ont montré que l'excision peut entraîner des problèmes au moment de l'accouchement, ainsi que d'autres complications pendant la grossesse. Le groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical a, par exemple, constaté que, « *chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : césarienne, hémorragie du post-partum, épisiotomie, hospitalisation prolongée, réanimation du nouveau-né, décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation*²³ ».

MARIAGES ET GROSSESSES PRÉCOCES

Les mariages précoces ont des conséquences néfastes pour les jeunes filles. Cette pratique réduit le taux de scolarisation des filles. De plus, elles courent un risque accru de grossesses précoces, qui mettent leur vie en danger.

Le mariage et la famille sont régis depuis 1990 par le Code des personnes et de la famille. Au titre de l'article 238 de ce Code, l'âge minimum pour se marier est d'au moins dix-sept ans pour les jeunes

filles et d'au moins vingt ans pour les garçons, ces limites pouvant être abaissées à quinze et dix-huit ans respectivement²⁴. Dans son rapport de 2004, le Comité CEDAW s'est dit « *préoccupé par le maintien de plusieurs dispositions discriminatoires du Code, concernant en particulier l'âge minimum au mariage*²⁵ ».

Cette disposition ne s'applique en outre qu'au mariage civil. Or, dans les zones rurales, beaucoup de personnes se marient de manière traditionnelle, sans qu'il y ait d'âge minimum. Il n'est pas rare que des petites filles de dix ans soient ainsi contraintes de se marier. Une récente enquête officielle a montré que l'âge du mariage se situait le plus souvent entre dix et dix-neuf ans, la majorité des adolescents vivant en couple s'étant cependant mariés entre quatorze et dix-neuf ans²⁶. Les jeunes femmes vivant dans les zones rurales sont, en outre, plus susceptibles d'avoir des enfants tôt (c'est le cas de 157 adolescentes sur 1 000 en zone rurale, contre 64 sur 1 000 en ville²⁷).

Or, les grossesses précoces comportent un certain nombre de risques. Les jeunes filles qui ont des enfants avant que leur bassin ne soit totalement formé souffrent souvent de complications, notamment un travail obstrué lors de l'accouchement. Lorsque ces complications n'entraînent pas la mort de la mère, elles peuvent être à l'origine de lésions chroniques (d'une fistule par exemple, c'est-à-dire d'une ouverture anormale qui met le vagin en communication avec la vessie ou le rectum²⁸).

POLYGAMIE ET MARIAGES FORCÉS

La polygamie est légale et très répandue au Burkina Faso. L'article 232 du Code des personnes et de la famille dispose que la monogamie est la forme juridique courante de vie conjugale et n'autorise la polygamie que si les époux y consentent d'un commun accord, avant la cérémonie de mariage. Toutefois, dans une société où la femme n'a aucune part dans les décisions importantes sur la vie du couple, c'est en réalité l'homme seul qui choisit si le mariage sera monogame ou polygame.

Le mariage forcé est interdit par la législation. En vertu de l'article 16 du Code des personnes et de la famille, l'homme et la femme ont le droit de choisir leur conjoint. Le gouvernement burkinabè a cependant reconnu lui-même, en 2004, que « *dans la réalité, la pratique du mariage forcé est courante compte tenu de l'ignorance des victimes, des règles en la matière, des pesanteurs des coutumes, des religions, etc.*²⁹ ».

La coutume du lévirat, qui veut qu'une veuve épouse un membre de la famille de son mari décédé (généralement l'un des frères du défunt), est interdite par le Code des personnes et de la famille. Dans la pratique, elle reste pourtant assez répandue au Burkina Faso, surtout dans les zones rurales.

ABSENCE DE POUVOIR DE DÉCISION DES FEMMES

Bien que légalement la femme jouisse d'un statut égal à celui de l'homme³⁰, dans la pratique la plupart des femmes sont soumises au quotidien à la volonté des hommes et ne sont pas en mesure de prendre les décisions importantes concernant, par exemple, le moment où elles souhaitent être enceintes ou la fréquence de leurs grossesses. Privées généralement d'accès à l'éducation et à l'information concernant leurs droits sexuels et reproductifs, les femmes sont prises dans un cercle vicieux qui les condamne au mariage précoce, aux mutilations génitales et à la polygamie, et les contraint de surcroît à des travaux harassants, y compris lorsqu'elles sont enceintes ou qu'elles viennent tout juste d'accoucher.

Les femmes sont parfaitement conscientes des dangers de la grossesse. En effet, au Burkina Faso, tout le monde ou presque connaît une proche ou une amie morte en couches ou alors qu'elle était enceinte, ou qui a été victime de graves complications. Plusieurs femmes ont expliqué à Amnesty International que, dans les zones rurales, les jeunes filles se souhaitaient mutuellement « *de ne pas avoir le malheur d'être enceinte* ». Les femmes burkinabè sont, cependant, très mal informées de leurs droits en matière de reproduction et n'accèdent que difficilement aux services afférents.

Privées de tout pouvoir de décision, en raison notamment de leur dépendance économique et de leur position de subordination aux hommes, les femmes, qui ont besoin de l'autorisation et du soutien financier de leur mari pour se faire soigner, sont obligées de recourir à de véritables marchandages. Dans une étude qualitative parue en 2007, trois chercheurs se sont attachés à repérer les techniques adoptées par les femmes burkinabè. « *Le processus est généralement progressif. Elles commencent par adopter des stratégies qui respectent l'autorité du mari ; ce n'est qu'après les avoir toutes épuisées qu'elles peuvent se résoudre à le défier*³¹. » Ces stratégies de marchandage consistent par exemple, lorsque la femme a des économies personnelles, à contribuer au règlement de la facture des soins, ou bien à demander à sa belle-famille d'intercéder en sa faveur, ou encore à engager la confrontation avec le mari, en lui rappelant ses responsabilités à son égard, voire en le menaçant de repartir chez ses parents. Une femme peut en effet, en dernier ressort, retourner dans sa famille, mais, comme le soulignent les auteurs de cette étude : « *les situations de confrontation se produisent de temps en temps. Il est toutefois rare que la femme retourne chez ses parents*³² ».

Si le gouvernement du Burkina Faso veut vraiment diminuer les risques encourus par les femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, il doit aller au-delà de la simple affirmation officielle de l'égalité juridique des sexes, et consacrer davantage d'efforts à l'information et à l'éducation des femmes, pour leur donner les moyens de revendiquer les droits qui sont les leurs et les faire bénéficier des services publics qui leur sont dus.

Face au manque de détermination de l'action gouvernementale, un nombre croissant de militantes du Burkina Faso ont décidé depuis deux décennies de créer des ONG pour informer les femmes de leurs droits, notamment en matière de sexualité et de reproduction. On trouve parmi ces organisations aussi bien des groupements professionnels d'infirmières et de sages-femmes que des associations de femmes.

Exemples d'ONG cherchant à sensibiliser l'opinion sur les droits sexuels et reproductifs de la femme

Fondée en 1992 par Ini Damien, institutrice de profession, l'Association pour la promotion féminine compte plus de 400 membres qui œuvrent pour améliorer la qualité de vie de la femme. Cette ONG s'attache à faire connaître les droits en matière de santé et de reproduction. Elle s'adresse aussi bien aux hommes qu'aux femmes, qu'elle s'efforce de toucher par le biais du théâtre. « *Les messages de sensibilisation du gouvernement ne passent pas facilement auprès d'une population qui reste profondément analphabète* », expliquait Ini Damien à Amnesty International en juin 2009.

Fondatrice d'une ONG de défense des droits de la femme, Juliette Compaoré a personnellement été confrontée aux coutumes traditionnelles qui restreignent la liberté des femmes. « *Mon oncle voulait m'imposer un mari mais j'ai refusé car ce n'était pas l'homme de mon choix. C'est alors que les problèmes ont commencé, car j'étais "la paysanne qui refuse le prince", comme disait mon oncle. Cela m'a poussée à créer une ONG de promotion des droits des femmes parce que je me suis rendu compte que le ministère de la Santé n'a pas les moyens de mener une politique de communication auprès des populations* ». Juliette Compaoré a donc fondé, en 1994, l'ASMADE³³ qui milite pour sensibiliser les jeunes aux questions de la sexualité et qui s'est mobilisée en faveur de l'adoption de la Loi sur la santé de la reproduction. « *Nous nous battons désormais pour que cette loi soit vraiment appliquée, afin que toutes les femmes aient leur mot à dire sur les questions concernant la santé de la reproduction.* »

3/POLITIQUE DU GOUVERNEMENT

« LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EST UNE PRIORITÉ »

Ministère de la Santé du Burkina Faso, « Feuille de route » de 2006³⁴

Les autorités burkinabè ont accordé une attention particulière à la lutte contre la mortalité maternelle. Leur politique, leurs stratégies et leurs actions ont été élaborées et mises en œuvre dans le cadre du cinquième des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 par les Nations unies³⁵. Celui-ci prévoit une réduction de 75 % de la mortalité maternelle d'ici 2015, ce qui, pour le Burkina Faso, signifierait parvenir à un taux de 142 décès pour 100 000 naissances vivantes³⁶. Toutefois, dans son rapport de 2003 sur les progrès accomplis sur la voie des Objectifs du millénaire, le gouvernement indiquait : « *Cet objectif international semble très ambitieux pour le Burkina Faso qui, au regard des stratégies qu'il souhaite développer, ambitionne obtenir un ratio de 209 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015*³⁷ ».

UN BUDGET EN AUGMENTATION

Depuis une dizaine d'années, les autorités du Burkina Faso ont augmenté les moyens financiers alloués au secteur de la santé. Elles se sont engagées en 2001 « *à augmenter la part du budget de la santé dans le budget de l'État, de 10 % par an jusqu'à atteindre 12 %*³⁸ ». La part du budget consacrée à la santé est passée de 6,3 % en 2001 à 8,42 % en 2008³⁹.

Les chiffres du budget 2006⁴⁰

| | |
|--|--|
| ■ Budget de la santé | 7,8 % du budget total. |
| ■ Budget de la santé de la reproduction ⁴¹ | 5,99 % du budget de la santé, 0,47 % du budget total. |
| ■ Budget de la santé maternelle et de la planification familiale | 4,67 % du budget de la santé de la reproduction, 0,02 % du budget total. |
| ■ Budget pour les SONU | 11,44 % du budget de la santé de la reproduction, 0,05 % du budget total. |



© Anna Kari

Une jeune femme de dix-huit ans attend une césarienne. Une étudiante en médecine s'efforce de la calmer, car elle souffre beaucoup. Sa fille est venue au monde en bonne santé, mais on a constaté que le cordon ombilical était étroitement enroulé autour du cou du bébé. Hôpital Yalgado, Ouagadougou.

Les autorités reconnaissent cependant que la part du budget de la santé « *reste toujours en deçà de la norme OMS (10 %⁴²)* ». Ce pourcentage reste donc très loin de l'objectif de 15 % fixé par les chefs d'État africains lors du sommet de l'UA à Abuja, en 2001⁴³.

CADRE POLITIQUE ET STRATÉGIQUE

La politique de santé actuellement menée par le gouvernement s'inscrit dans le prolongement de la Politique sanitaire nationale adoptée en septembre 2000⁴⁴ et de son plan d'application adopté en juillet 2001, le Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (PNDS). Le but de ce Plan est de réduire la mortalité et la morbidité, en se fixant huit objectifs globaux (élargissement de la couverture sanitaire nationale, amélioration de la qualité, de l'accessibilité financière et de l'utilisation des services de santé, renforcement de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé, etc.⁴⁵).

Buts et résultats officiels (d'après les statistiques du gouvernement)

Le PNDS fixe les buts suivants pour faire reculer la mortalité maternelle. Selon les statistiques officielles, certains de ces buts ont été atteints en 2008.

But : Réduction de 40 % de la mortalité maternelle.

Résultats : Le taux de mortalité maternelle est passé de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 2001 (EDS de 2003) à 307 pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (RGPH 2006), ce qui représente une baisse de 36,5 %.

But : Augmenter de 65 à 90 % le taux de couverture en consultations prénatales.

Résultats : En 2008, 75,25 % des femmes enceintes s'étaient rendues au moins une fois en consultation prénatale.

But : Augmenter de 34 à 60 % le taux de couverture en accouchements assistés.

Résultats : Le taux de couverture en accouchements assistés était de 65,19 % en 2008.

But : Augmenter de 6 à 17 % le taux de prévalence contraceptive.

Résultats : Bien qu'une augmentation ait été relevée en ce domaine, les chiffres divergent grandement quant au taux de prévalence contraceptive (voir Chapitre 5).

On notera que ces statistiques officielles sont incomplètes, en particulier en raison d'un manque de données concernant les zones rurales et de la non-prise en compte des naissances et des décès survenant en dehors des structures médicales.

Dans un souci d'élargissement de la couverture des services de santé, le PNDS prévoit la mise en place d'un Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) dans un rayon de 10 kilomètres dans les zones rurales et - dans les zones à forte densité de population - d'un centre pour 10 000 habitants. Le PNDS comprend également des dispositions visant à améliorer le niveau de compétences du personnel de santé, par un redéploiement de celui-ci, la mise en place de mesures incitatives et de sanctions en cas d'abus, la création de programmes de formation et la constitution d'un comité d'éthique. Ce Plan dispose enfin que les médicaments génériques devront être davantage mis à la disposition du public, par un meilleur contrôle de l'approvisionnement et de la distribution des produits pharmaceutiques dans tous les districts du pays⁴⁶.

Dans une décision historique destinée à réduire les obstacles économiques qui empêchent les femmes de bénéficier des soins auxquels elles ont droit, le gouvernement a adopté en 2006 un plan de

subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), prenant notamment en charge les césariennes. Cette stratégie de subvention – appelée Stratégie nationale de subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence⁴⁷ – a été rendue possible grâce au soutien de la Banque mondiale. Elle constitue l'une des actions prioritaires du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté adopté en 2000 par le gouvernement⁴⁸ et dont l'objectif est principalement de limiter le poids des dépenses médicales sur les budgets des foyers pauvres.

Conformément à cette politique de subvention, les femmes sont censées bénéficier d'une prise en charge à 80 % des coûts d'accouchement. Les femmes « *indigentes* » (c'est-à-dire vivant dans un état de pauvreté extrême) doivent être intégralement prises en charge et le transport entre les différents centres de santé doit être gratuit pour toutes les femmes qui sont en train d'accoucher (voir Chapitre 7).

Dans le cadre de sa politique de santé, le gouvernement du Burkina Faso a privilégié l'extension de la couverture territoriale, faisant passer le nombre de CSPP de 798 en 2000 à 1 352 en 2008⁴⁹. Cela a permis de réduire la distance moyenne à parcourir pour parvenir à un centre de soins de 9,4 kilomètres en 2000 à 7,5 kilomètres en 2008⁵⁰.

Toutefois, il existe encore d'énormes disparités entre les villes et les zones rurales (voir Chapitre 6).

Le gouvernement burkinabè est résolument en faveur de l'utilisation de médicaments exclusivement génériques. Un organisme d'achat et de distribution de médicaments, la Centrale d'achats des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG), a été créé en 1992, avec pour mission de généraliser l'usage des produits génériques, tout en veillant à un meilleur approvisionnement des zones rurales. Ces médicaments, dont la qualité est régulièrement contrôlée, jouent un rôle essentiel dans les efforts entrepris par l'État pour maîtriser les coûts de la santé.

En vertu de cette politique, tous les établissements publics de santé reçoivent des médicaments génériques distribués par la CAMEG. Il leur est interdit de vendre des médicaments brevetés.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé burkinabè est organisé selon des divisions administratives définissant 13 régions et 63 districts sanitaires. Chaque district regroupe entre 150 000 et 200 000 habitants.

Il existe trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Les soins primaires sont dispensés au niveau local par les Centres de santé et de promotion sociale (CSPP) et, au niveau du district, par les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA, hôpital de district). Les CSPP assurent un certain nombre de soins à la mère et à l'enfant, tout en proposant des activités de prévention et de sensibilisation. Les CMA constituent le premier échelon de la prise en charge des femmes enceintes présentant des complications. Il y avait, en 2008, 1 352 CSPP et 42 CMA⁵¹.



La salle de travail au centre de santé de Kiembara. Plus d'un tiers de toutes les naissances se déroulent encore sans assistance médicale.

- Les soins secondaires sont assurés par les Centres hospitaliers régionaux (CHR), vers lesquels les patients sont orientés sur décision du personnel médical.
- Enfin, l'échelon tertiaire est représenté par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Deux de ces hôpitaux, le CHU Yalgado à Ouagadougou et le CHU de Bobo-Dioulasso, la deuxième ville du pays, disposent d'un service de maternité.

Il existe par ailleurs un certain nombre de cliniques et d'établissements de soins privés, surtout dans les villes.

Ce système à trois niveaux a été mis en place grâce à la politique de décentralisation appliquée par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990. Les hôpitaux nationaux et régionaux ont progressivement acquis une plus grande autonomie en termes de gestion de leur budget et de leur personnel. En 1994, les hôpitaux et les centres de santé ont été autorisés à conserver le produit des recettes provenant des honoraires du personnel et de la vente de médicaments. Des Comités de gestion des services de santé (COGES), dont certains membres sont élus, ont été mis en place. Constitués de représentants de la population locale, y compris des femmes⁵², conseillés par des membres du personnel médical, ces organismes sont chargés de gérer l'argent ainsi recueilli. Ils doivent rendre compte de leurs activités deux fois par an à la communauté et font l'objet d'un audit conduit par une équipe de gestion du district, comprenant un expert-comptable et un pharmacien.

ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES ET ACCOUCHEUSES AUXILIAIRES

Le gouvernement a mis en place ces dernières années un nouveau programme destiné à encadrer la fonction des accoucheuses traditionnelles, appelées au Burkina Faso matrones ou accoucheuses villageoises, qui aident les femmes à accoucher au sein de la communauté. En décembre 2007, le ministère de la Santé a indiqué qu'il souhaitait « réorienter » leur rôle, en le limitant à la préparation des femmes en vue de l'accouchement. Les accoucheuses villageoises doivent dorénavant notamment indiquer aux femmes enceintes le lieu où elles doivent se rendre pour accoucher (le CSPS le plus proche) et s'assurer de la disponibilité d'un moyen de transport fiable pour conduire la femme au centre de santé, pour l'accouchement ou en cas de complications⁵³.

Les autorités ont également décidé de doter chaque CSPS d'accoucheuses auxiliaires afin d'améliorer la qualité des soins au niveau local. Ces accoucheuses auxiliaires doivent être titulaires du Certificat d'études primaires élémentaires (CEPE) et avoir reçu une formation de deux ans à l'École nationale de santé publique⁵⁴. Les accoucheuses auxiliaires procèdent aux examens prénataux, au cours desquels elles doivent détecter et traiter les symptômes des problèmes susceptibles d'affecter les futures mères, tels que l'hypertension artérielle, l'anémie ou encore le paludisme. Elles sont en outre chargées d'assurer les accouchements normaux (dits « *eutociques* ») au sein du CSPS. Elles doivent être capables de reconnaître les signes de complications au cours de l'accouchement, afin de pouvoir diriger la patiente le plus rapidement possible vers un établissement de santé d'un échelon supérieur.

En décembre 2007, le gouvernement a également annoncé un nouveau programme destiné à mettre en place, dans certaines zones pilotes, des équipes de gestion des SONU au niveau des villages. Ces équipes, composées de deux ou trois membres de la population locale, seraient chargées de mieux faire connaître les signes inquiétants lors de la grossesse et de l'accouchement et de veiller à une meilleure préparation des naissances par les familles et par l'entourage en général. Elles participeraient également à l'amélioration du dispositif de transfert, en développant les communications et les transports afin de réduire les délais⁵⁵.

Ces initiatives ont permis d'augmenter le nombre d'accouchements médicalement assistés. La proportion de ces accouchements est officiellement passée de 37,7 % en 2005 à 65,19 % en 2008⁵⁶. Il s'agit certes d'une évolution encourageante, mais cela signifie aussi que plus du tiers des accouchements se fait toujours sans assistance médicale, sachant que la proportion est beaucoup plus élevée dans les zones rurales⁵⁷.

4/LE CADRE RELATIF AUX DROITS HUMAINS

« LA SANTÉ EST UN DROIT FONDAMENTAL DE L'ÊTRE HUMAIN, INDISPENSABLE À L'EXERCICE DES AUTRES DROITS DE L'ÊTRE HUMAIN. TOUTE PERSONNE A LE DROIT DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ SUSCEPTIBLE D'ÊTRE ATTEINT, LUI PERMETTANT DE VIVRE DANS LA DIGNITÉ. »

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, para. 1

L'obligation qu'ont les États de parvenir à la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé possible figure dans divers instruments internationaux et régionaux auxquels le Burkina Faso est partie. Parmi les traités ratifiés par le Burkina Faso qui garantissent le droit à la santé, citons notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le Protocole de Maputo).

Le préambule de la Constitution du Burkina Faso se réfère à la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) et réaffirme les engagements pris au titre des traités internationaux et de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP). Les articles 1 et 26 de la Constitution du Burkina Faso garantissent le droit de toute personne à la vie et à la santé.

LE DROIT À LA SANTÉ

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) a précisé que le droit à la santé impliquait la présence d'installations, biens et services de santé publique et de soins de santé qui soient à la fois disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité⁵⁸. Cela signifie que :

- des installations, des professionnels compétents et les médicaments de base sont disponibles en quantités suffisantes ;
- les installations, les biens et les services de santé, ainsi que les informations en matière de santé, sont concrètement et financièrement accessibles (c'est-à-dire à la portée des usagers et à un coût abordable) à tous et sans discrimination ;
- les infrastructures, produits et services de santé sont acceptables, c'est-à-dire conformes à l'éthique médicale, adaptés à la culture locale et répondant aux exigences spécifiques liées au genre ;

■ les infrastructures, produits et services de santé sont scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cette condition implique, entre autres, que le personnel médical soit qualifié, que les médicaments aient fait l'objet d'une homologation scientifique et que leur date de péremption ne soit pas dépassée, et que les hôpitaux soient suffisamment équipés et disposent d'installations sanitaires acceptables.

LES CAS DE MORTALITÉ MATERNELLE ÉVITABLES CONSTITUENT UNE VIOLATION DU DROIT À LA VIE

Le fait de tolérer des cas de mortalité maternelle qui pourraient être évités est considéré comme une atteinte au droit à la vie, tel qu'il est garanti par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). Le Comité des droits de l'homme prie instamment les États de prendre des mesures visant à garantir les individus contre tout danger de mort évitable ou arbitraire⁵⁹. Les États doivent notamment veiller à préserver les femmes de tout risque superflu lors de la grossesse et de l'accouchement⁶⁰, en faisant en sorte que les services de santé soient accessibles⁶¹. De plus, le Comité CEDAW a formulé un certain nombre de recommandations générales visant à étendre ce droit. Il souligne ainsi, dans sa recommandation générale sur la santé, que les femmes doivent impérativement avoir accès à des services de soins, « *en particulier ceux qui concernent la planification familiale et ceux qui doivent être fournis pendant la grossesse et pendant et après l'accouchement*⁶² ». Les recommandations du Comité vont dans le sens d'une confirmation du devoir des gouvernements de garantir à toutes les femmes l'accès aux soins de santé maternelle, aux soins pré- et postnataux, aux services obstétricaux d'urgence et à la planification familiale.

LA SANTÉ MATERNELLE EST UN DROIT

Le droit à la santé maternelle s'inscrit dans le cadre du droit plus général à la santé. La DUDH, le PIDESC, la CEDAW, la CADHP et le Protocole de Maputo obligent, tous, expressément les gouvernements à garantir la santé maternelle des femmes⁶³. Aux termes de ces différents accords, l'État a le devoir immédiat de veiller à ce que le droit à la santé soit une réalité et à ce qu'il soit exercé, sans la moindre discrimination, en permettant aux femmes « *d'accéder à une gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation*⁶⁴ ».

C'est dans le PIDESC que figurent les dispositions les plus précises concernant ce droit. L'article 10-2 du Pacte prévoit ainsi qu'« *une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants* ».

En novembre 2008, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a pour sa part adopté une résolution appelant les États africains à s'attaquer au problème de la mortalité maternelle sur le continent⁶⁵. Cette résolution a reconnu le fait que les cas évitables de mortalité maternelle en

Afrique constituait une atteinte aux droits des femmes à la vie, à la dignité et à l'égalité, tels que les garantissaient la CADHP et le Protocole de Maputo. Elle appelait les gouvernements africains à lutter, individuellement et collectivement, contre le fléau de la mortalité maternelle.

LE DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

La plupart des traités relatifs aux droits humains garantissent le droit à l'égalité des sexes et à la non-discrimination. La grossesse constitue un fardeau inéquitable pour la femme, en particulier dans le domaine de l'accès à l'éducation et à l'emploi. Cet état perpétue la situation d'inégalité dans laquelle se trouve la femme, et qui est aggravée par des pratiques discriminatoires telles que le mariage précoce ou certains stéréotypes cantonnant la femme dans un rôle de mère procréatrice. La CEDAW note pourtant dans son préambule que « *le rôle de la femme dans la procréation ne doit pas être une cause de discrimination* ».

Cette même Convention dispose que les États parties doivent « *éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux*⁶⁶ ». Lorsqu'elles cherchent à se faire soigner, les femmes souffrent de formes de discriminations aussi bien directes qu'indirectes. Certains groupes de la population féminine se heurtent à des discriminations fondées non seulement sur leur genre, mais également sur leur situation économique, leur lieu d'habitation ou leur âge. L'article 14 de la CEDAW dispose pourtant que les États doivent prendre des mesures appropriées pour que les femmes vivant en zone rurale ne soient pas défavorisées en ce qui concerne, notamment, « *l'accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille*⁶⁷ ».

De son côté la CADHP précise bien que « *toutes les personnes bénéficient d'une totale égalité devant la loi* » et exige des États qu'ils veillent « *à l'élimination de toute discrimination contre la femme et [à] assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales*⁶⁸ ». Le Protocole de Maputo appelle également les États à modifier les lois et les pratiques qui se traduisent par des discriminations à l'égard des femmes.

Tous les enfants ont en outre le droit « *de jouir du meilleur état de santé possible*⁶⁹ », au même titre que les adultes⁷⁰, et la Convention relative aux droits de l'enfant garantit à ce dernier le droit de ne pas faire l'objet de discriminations⁷¹. Au nom du principe de non-discrimination, les adolescentes doivent donc avoir les mêmes droits d'accès aux services de santé de la reproduction que les femmes adultes.

DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Les droits sexuels font partie des droits fondamentaux de l'individu et sont reconnus comme tels par les normes internationales relatives aux droits humains⁷². Ils comprennent entre autres le droit de toute personne à jouir, sans la moindre contrainte, discrimination ou violence, du meilleur état de santé sexuelle possible, et notamment de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Tout individu a le droit de :

- rechercher, recevoir et communiquer des informations relatives à la sexualité,
- bénéficier d'une éducation sexuelle,
- bénéficier du respect de son intégrité physique,
- choisir son partenaire,
- choisir d'avoir ou de ne pas avoir d'activité sexuelle,
- avoir des relations sexuelles librement consenties,
- accéder au mariage librement consenti,
- décider d'avoir ou non des enfants,
- mener une vie sexuelle satisfaisante et agréable en toute sécurité.

Les droits reproductifs recouvrent notamment le droit de toute personne de disposer des informations et des moyens lui permettant de décider librement du nombre, de l'espacement et du moment des naissances. Ils garantissent également à tout individu le droit de jouir, sans la moindre contrainte, discrimination ou violence, du meilleur état de santé sexuelle et reproductive possible. Ces droits concernent l'accès aux services et aux informations de santé de la reproduction, la sécurité de la grossesse et de l'accouchement, la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées, ainsi que la garantie pour la personne de ne pas être soumise de force à la stérilisation, à la contraception ou à un avortement.

Les droits en matière de sexualité et de reproduction sont une composante essentielle des droits fondamentaux de toute personne. Le respect de ces droits est indispensable au respect de la dignité humaine et au bien-être physique, affectif, mental et social. Leur satisfaction améliore la vie et les relations personnelles, et contribue à l'égalité des genres et au renforcement des capacités des personnes des deux sexes. Toute personne doit avoir la possibilité de jouir de ses droits sexuels et reproductifs en toute liberté et sans contrainte, discrimination ni violence.

5/PLANIFICATION FAMILIALE

« SI LES BESOINS NON SATISFAITS ÉTAIENT COUVERTS, LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE POURRAIT ATTEINDRE 43 % CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, C'EST-À-DIRE TROIS FOIS PLUS ÉLEVÉE QUE LE TAUX ACTUEL. »

Ministère de la Santé, janvier 2009⁷³

Selon une étude statistique publiée en 2002⁷⁴, plus de 5 000 femmes sont mortes au Burkina Faso, entre 1995 et 2000, des suites de grossesses non planifiées⁷⁵. Il s'agit d'un chiffre très élevé, caractéristique des pays qui, un peu partout dans le monde, ne disposent pas de services de planification familiale efficaces et ne diffusent pas d'informations à ce sujet, et où le mariage précoce ou forcé est une pratique courante. Les grossesses non désirées⁷⁶, survenant trop tôt ou au mauvais moment, sont particulièrement risquées pour la mère comme pour le bébé. Confrontées à une grossesse non désirée, beaucoup de femmes et d'adolescentes, en particulier lorsqu'elles ne sont pas mariées, ont recours à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions sanitaires et au péril de leur vie.

Il est par conséquent crucial, dans le cadre de toute stratégie visant à réduire le taux de la mortalité maternelle, d'assurer l'accès de toutes les femmes à un programme de planification familiale volontaire, sans risque et effectif, et à diverses méthodes de contraception. La CEDAW garantit à la femme, sur un pied d'égalité avec l'homme, le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer ce droit⁷⁷. Le Comité CEDAW a pour sa part souligné l'obligation qu'avaient les États de « *donner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques, et d'assistance prénatale*⁷⁸ ».

Le gouvernement du Burkina Faso reconnaît l'importance pour tout être humain de jouir de ses droits sexuels et reproductifs. Il a adopté en décembre 2005 une Loi sur la santé de la reproduction⁷⁹ qui garantit ces droits. Ce texte dispose que « *le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu* » (Article 8) et que « *les couples et les individus décident librement et avec discernement, du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement de leurs naissances* » (Article 9). Quatre ans après l'adoption de cette loi, le gouvernement a adopté deux décrets, respectivement sur la création de structures privées de santé de la reproduction et sur la production et l'importation de contraceptifs⁸⁰.

Dans la pratique, bien que des méthodes modernes de contraception existent au Burkina Faso depuis la fin des années 1980, leur usage reste très limité, notamment dans les zones rurales.



© Anna Kari

Une femme de quarante-cinq ans, mère de cinq enfants, se repose après avoir subi une césarienne destinée à extraire les jumeaux qu'elle portait, morts au bout de sept mois de grossesse. Hôpital Yalgado, Ouagadougou.

L'insuffisance des services de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso a été relevée en 2005 par le Comité CEDAW, qui a demandé au gouvernement de mettre à disposition « *davantage de services d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction, notamment de planification familiale* », encourageant celui-ci « *à accroître les services de contraception*⁸¹ ».

Le gouvernement burkinabè a adopté, en décembre 2005, un Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015). Ce plan a entre autres pour objectif de rendre l'État plus indépendant des organismes donateurs en matière d'achat de produits contraceptifs, en veillant à ce que ces derniers soient disponibles pour toutes les femmes et en assurant des services de planification familiale de qualité⁸². Un programme plus large, couvrant tous les produits relatifs à la santé de la reproduction, le Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), a été adopté en juin 2009 après évaluation des progrès réalisés et restant à accomplir en ce domaine (voir Chapitre 10). Ce nouveau programme met l'accent sur l'utilisation du préservatif féminin comme moyen d'améliorer la santé reproductive des femmes⁸³. Des campagnes d'information sur l'utilisation de cette méthode de contraception ont donc démarré dans certaines régions (des mannequins destinés à démontrer son utilisation ont notamment été achetés⁸⁴).

L'USAGE DES CONTRACEPTIFS RESTE FAIBLE

Les statistiques concernant l'usage de la contraception varient beaucoup et ne permettent guère de se faire une idée exacte de la réalité. Il n'en reste pas moins que tous les chiffres disponibles montrent que la proportion des femmes qui ont recours à un moyen contraceptif a au moins doublé ces quinze dernières années. Selon l'EDS de 2003, le taux serait passé de 8 % en 1993 à 14 % en 2003. Cette enquête montre que seules 14 % des femmes ayant des relations sexuelles (une sur sept) utilisaient à l'époque une méthode de contraception. Neuf pour cent d'entre elles avaient recours à une méthode moderne – essentiellement les injectables (3 %) et la pilule contraceptive (2 %) –, tandis que 5 % s'en remettaient à des méthodes traditionnelles – en premier lieu l'abstinence périodique (3 %⁸⁵).

Selon des chiffres récemment publiés par l'ONU, la prévalence contraceptive serait de 17 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans⁸⁶.

Ce taux très modeste traduit un véritable déficit face aux besoins contraceptifs de nombreuses femmes. Dans son rapport au Comité CEDAW en février 2004, le gouvernement burkinabè estimait que les besoins non satisfaits en matière de contraception concernaient 42,4 % des femmes mariées⁸⁷.

LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Une accoucheuse auxiliaire en poste dans un CSPS rural a expliqué, en mars 2009, à Amnesty International :

« Le taux de fréquentation des consultations de planification familiale est bas comparé à la population. Dans les zones rurales, les femmes en âge de procréer ne connaissent pas les méthodes de contraception modernes, ou alors elles s'en méfient : elles ont peur de devenir stériles ou de souffrir d'autres effets secondaires. En fait, dans de nombreuses zones rurales, les femmes veulent avoir beaucoup d'enfants, car c'est une bonne chose dans le cadre de l'organisation socio-économique traditionnelle, mais elles souhaitent espacer leurs grossesses. Alors, au lieu de recourir à des moyens de contraception modernes, elles préfèrent pratiquer l'abstinence après l'accouchement ou s'en remettre notamment à la méthode naturelle dite du "collier", qui fait appel à des perles de plastique de différentes couleurs, représentant les jours du cycle où la fécondation est possible ou non. Le coût peut constituer un autre obstacle. Il y a des femmes qui viennent à la première consultation, mais qui ne reviennent pas ensuite parce qu'elles doivent payer les produits et qu'elles n'osent pas demander à leur mari. Le mari est souvent un obstacle, car certains hommes pensent que la contraception incite les femmes à être infidèles. La fécondité d'une femme est un moyen de contrôler sa fidélité. »

Ce témoignage met en évidence certains des obstacles qui se conjuguent pour empêcher les femmes burkinabè d'avoir accès à la contraception. Le manque d'informations, qui fait souvent naître des craintes injustifiées, vient s'ajouter aux blocages culturels, en particulier à l'opposition des maris et à

la condamnation des rapports sexuels extraconjugaux. Lors des discussions de groupe organisées par Amnesty International, aussi bien des femmes mariées que des adolescentes encore célibataires ont qualifié de « *dévergondées* » les jeunes filles qui avaient des relations sexuelles avant le mariage. Il existe également des obstacles d'ordre structurel, comme l'insuffisance des services de planification familiale, le manque de produits contraceptifs ainsi que leur coût, et, du moins jusqu'à une période récente, la faiblesse des sommes consacrées à cette question par le gouvernement et les donateurs qui avaient d'autres priorités.

INSUFFISANCE DE L'INFORMATION SUR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Si l'on en croit les statistiques officielles, la connaissance des méthodes modernes de contraception serait en progression. Selon l'EDS de 2003, alors que 63 % des femmes mariées déclaraient en 1993 être au courant des méthodes modernes de contraception, elles étaient 89,4 % à l'affirmer en 2003 (cette proportion était de 91,1 % chez les hommes⁸⁸). Cela ne signifie pas, néanmoins, que les femmes ont la possibilité de recourir aux dites méthodes, en particulier dans les zones rurales. Ceci est confirmé par l'EDS de 2003 qui indique que « *la prévalence contraceptive, pour l'ensemble des méthodes est 3,4 fois plus élevée en milieu urbain (34 %) qu'en milieu rural (10 %) et, plus de 5 fois plus élevée en ce qui concerne les méthodes modernes (28 % contre 5 %⁸⁹)* ». Il ressort également de cette étude que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont davantage susceptibles de recourir à la contraception⁹⁰.

Les éléments recueillis par Amnesty International montrent toutefois que de nombreuses femmes souffrent toujours d'un manque d'informations, non seulement sur les droits sexuels et reproductifs en général, mais également sur les différentes méthodes de contraception. Nombre de femmes interrogées par Amnesty International, en particulier en zone rurale, n'avaient jamais entendu parler de la Loi sur la santé de la reproduction ou n'en connaissaient pas les principales dispositions, notamment celle qui dispose que les femmes « *décident librement et avec discernement, du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement de leurs naissances*⁹¹ ». Plusieurs personnes ont en outre expliqué à Amnesty International qu'elles avaient du mal à obtenir des informations sur la contraception auprès du personnel médical et des services de planification familiale.

Le droit à l'information sur la planification familiale figure bien dans la Loi de 2005 sur la santé de la reproduction⁹², mais le gouvernement n'a toujours pas lancé la grande campagne nationale de sensibilisation qui pourrait permettre de faire de ce droit une réalité. Le Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015) prévoyait la mise en place d'un programme de communication destiné à sensibiliser la population, notamment masculine, aux avantages de la planification familiale⁹³. Ce programme a démarré en 2007. Une campagne, visant à encourager les populations à recourir à la planification familiale et à mobiliser les acteurs de la société civile sur cette question, a bien été menée, mais elle ne semble pas avoir couvert tout le territoire national.

Le manque d'informations sur les droits sexuels et reproductifs et la contraception est particulièrement criant chez les jeunes rencontrés par Amnesty International. Beaucoup regrettaient de ne pas disposer des renseignements dont ils avaient besoin concernant la planification familiale. Plusieurs jeunes

participantes à une discussion de groupe organisée à Pissy (un quartier de Ouagadougou) ont indiqué à Amnesty International que les cours proposés à l'école étaient insuffisants et trop abstraits. Le caractère inadapté de l'information dispensée aux jeunes a été souligné par le Comité CEDAW qui, en 2005, a recommandé au gouvernement du Burkina Faso de veiller à ce que « *l'éducation sexuelle fasse l'objet d'une large promotion et qu'elle cible les filles comme les garçons, l'État partie veillant tout particulièrement à prévenir les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles*⁹⁴ ». Le rapporteur spécial sur le droit à la santé a, pour sa part, rappelé que « *les femmes devraient bénéficier, en droit et en fait, de l'égalité d'accès à l'information en matière de santé sexuelle et génésique*⁹⁵ ».

Un certain nombre d'ONG locales, comme l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), mènent de leur côté des campagnes de sensibilisation au sein de la communauté, dans le souci de mieux informer le public, en particulier les jeunes.

ABBEF : sensibiliser les jeunes

Dans le cadre de sa campagne de promotion du droit à la santé sexuelle et reproductive, l'ABBEF propose des conseils en matière de planification familiale, des consultations gynécologiques et des entretiens confidentiels dans les 13 régions du pays.

Cette ONG a en outre mis en place des Centres d'écoute pour jeunes. C'est le cas par exemple à Koupela, à 140 kilomètres à l'est de Ouagadougou, où les adolescents et les jeunes sont accueillis et conseillés en toute discrétion. En 2008, le nombre de personnes ayant bénéficié de ce service a augmenté de 27 %, passant de 1 397 à 1 783. Sur les 1 007 adultes accueillis, 826 étaient des femmes, et sur les 776 jeunes, 680 étaient des filles.

DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE INADÉQUATS

Les femmes qui souhaitent avoir des renseignements et des contraceptifs doivent se rendre dans les établissements de santé les plus proches de leur domicile. Un infirmier travaillant dans un CSPS rural a expliqué à Amnesty International en juin 2009 :

« **Les femmes peuvent venir tous les jours. Nous les recevons et nous leur présentons les différentes méthodes de contraception à leur disposition, en pratiquant le cas échéant un examen gynécologique pour voir quelle méthode leur convient le mieux. Au niveau local, nous pouvons leur prescrire la pilule ou des préservatifs, ou nous pouvons leur faire des injections ou leur poser des implants. Nous ne pouvons toutefois pas leur poser de stérilet et nous devons, dans ce cas, les envoyer à l'hôpital de district le plus proche.** »

Les services de planification familiale sont toutefois souvent inadaptés, tant au niveau de la qualité de l'information dispensée que de la confidentialité des rendez-vous. Amnesty International a recueilli un certain nombre de témoignages, émanant de femmes et de plusieurs ONG locales, selon lesquels le personnel chargé d'informer sur les méthodes de contraception avait trop souvent tendance à ne pas

donner suffisamment d'informations sur les différentes méthodes et à ne pas toujours conseiller les femmes d'une manière qui soit adaptée à leurs besoins. Lors de discussions organisées à Ouagadougou en juillet 2009, plusieurs femmes ont regretté que les services publics de planification familiale soient fréquemment tenus par des hommes qui, disaient-elles, cherchaient à les dissuader d'utiliser des contraceptifs. Elles se sont également plaintes d'un manque de confidentialité.

Dans certains cas, des membres du personnel médical auraient refusé de donner des renseignements à des adolescentes, sous prétexte qu'elles étaient « *trop jeunes* ». Une accoucheuse auxiliaire d'un CSPS rural a confié à Amnesty International, en mars 2009, que « *certain membres du personnel médical disent aux adolescentes qui viennent en consultation pour obtenir des moyens de contraception que ce n'est pas pour les filles de leur âge et qu'elles feraient mieux de rentrer chez elles.* »

Plusieurs jeunes participantes à une discussion de groupe organisée dans le quartier de Pissy ont déclaré qu'elles n'avaient pas envie d'aller se renseigner sur les méthodes de planification familiale dans les centres de santé, de crainte d'y rencontrer leurs parents ou leurs voisins. Il s'agit d'un problème particulièrement délicat pour les jeunes célibataires, ainsi que pour les femmes mariées qui ne souhaitent pas que leur mari sache qu'elles cherchent à utiliser des moyens de contraception.

Ce manque de discrétion constitue un facteur très dissuasif qui empêche beaucoup de femmes de se renseigner sur la contraception. La question est encore plus délicate dans les zones rurales où une adolescente ne peut pas se rendre au centre de santé voisin sans que cela se sache immédiatement. Une femme mariée qui a des enfants peut, par contre, éventuellement profiter d'une consultation pédiatrique pour demander discrètement des renseignements.

En ne permettant pas aux femmes de bénéficier de services de santé dans des conditions respectant leur droit à la confidentialité, le gouvernement les empêche en fait d'avoir accès à la contraception.

DES PRODUITS CONTRACEPTIFS PAS TOUJOURS DISPONIBLES

Depuis le lancement du Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015), le gouvernement s'est efforcé, de manière concertée, de rendre les contraceptifs plus disponibles en consacrant une part appréciable du budget à leur achat⁹⁶. Il a également cherché à doter les centres de santé d'un meilleur matériel pédagogique et technique, dans le souci d'améliorer les compétences du personnel⁹⁷.

Dans les CSPS qu'Amnesty International a pu visiter, les contraceptifs étaient manifestement disponibles et les employés de ces centres ont assuré que, en cas de rupture de stock, une commande était immédiatement passée et que celle-ci était satisfaite dans les plus brefs

délais. Amnesty International a toutefois entendu parler de certains endroits, situés généralement dans des zones reculées du pays, où les contraceptifs manquaient parfois pendant de longues périodes. L'organisation a, par exemple, appris qu'il y avait eu une pénurie de préservatifs masculins en 2008 à Koupela et que celle-ci avait considérablement limité la portée des campagnes de planification familiale. Or, les problèmes d'approvisionnement de ce genre ont des conséquences graves (risques accrus de maladies sexuellement transmissibles, entre autres d'infection par le VIH/sida, et de grossesses non désirées). Le Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction reconnaît l'existence de ces problèmes, dénonçant les dysfonctionnements au niveau de la gestion de la logistique et de l'information, qui entraînent des « *risques de rupture de stocks, de péremption, d'avarie ou de surstockage* ». Ce document constate par ailleurs qu'« *il n'existe pas de plan national d'approvisionnement des produits de la santé de la reproduction*⁹⁸ ».

LE PRIX DES CONTRACEPTIFS : UN FREIN À LEUR UTILISATION

Le coût des contraceptifs constitue un obstacle majeur pour les femmes qui ne disposent pas de sources de revenus personnels. Bien que les consultations dans les centres de santé publics soient gratuites et que les contraceptifs soient subventionnés, ces derniers sont quand même vendus à un prix équivalent à 25 % de leur coût. Un préservatif masculin coûte ainsi 10 francs CFA (environ 0,01 euro), un préservatif féminin 100 francs CFA (environ 0,15 euro), la pilule 100 francs CFA la plaquette pour un mois, l'injectable⁹⁹ 500 francs CFA (environ 1 euro, à raison de quatre injections par an), l'implant contraceptif¹⁰⁰ environ 1 000 francs CFA (environ 1,50 euro, renouvelable tous les trois ou cinq ans) et la pose d'un stérilet revient à 800 francs CFA (environ 1,20 euro, valable dix ans).

D'après les éléments qu'a pu recueillir Amnesty International, le prix d'achat des contraceptifs est dissuasif pour de nombreuses femmes, en particulier dans les zones rurales où elles ne disposent pas de revenus propres.

« Pour les populations les plus pauvres, le coût des contraceptifs est un vrai problème », fait observer un infirmier en poste dans un CSPS rural interrogé par Amnesty International. « Il arrive que des femmes qui ont opté pour l'injectable [qui doit être renouvelé tous les trois mois] ne reviennent pas pour la deuxième piqûre parce qu'elles ne trouvent pas l'argent nécessaire. D'autres choisissent la pilule parce que c'est la méthode la moins chère, mais c'est aussi une méthode risquée car elles peuvent oublier de la prendre ou perdre leur plaquette. Celle-ci peut également être découverte par leur mari. »

Pour une jeune fille qui dépend entièrement de sa famille, le prix de la contraception peut s'avérer un obstacle insurmontable. Une adolescente habitant dans une ville située à une centaine de kilomètres au nord de Ouagadougou a confié à Amnesty International : « *Je dois souvent me débrouiller comme je peux pour trouver de l'argent pour acheter des contraceptifs et je dois ensuite les cacher, parce que les gens pensent que [quand vous utilisez une méthode de contraception] vous êtes une fille dévergondée.* »

LES RÉSTANCES DES MARIS ET DE LA FAMILLE EN GÉNÉRAL

Amnesty International a pu constater que, dans bien des cas, les époux ou d'autres membres masculins de la famille s'opposaient à l'usage de la contraception. Lors de discussions organisées dans le quartier de Pissy, une jeune femme de vingt-six ans, mère de quatre enfants, a expliqué qu'elle dissimulait ses pilules contraceptives dans la cuisine de sa maison, parce qu'elle savait que son mari n'y allait jamais. Certaines femmes doivent se cacher pour recourir à la contraception, ce qui peut déterminer le choix de la méthode. « *Beaucoup de femmes préfèrent choisir un contraceptif injectable ou un implant, même si ça coûte plus cher, parce que la pilule implique une contrainte quotidienne et qu'il y a un gros risque que le mari s'en aperçoive* », a expliqué un infirmier qui exerce en milieu rural¹⁰¹. Amnesty International a entendu parler de cas où des maris ont reproché à des membres du personnel médical d'avoir fourni à leurs femmes des informations et des produits de contraception. Lors de leur visite dans un secteur rural du pays, en mars 2009, une accoucheuse auxiliaire a ainsi raconté aux délégués d'Amnesty International qu'un homme était venu la semaine précédente au CSPS pour reprocher durement au personnel médical d'avoir prescrit un contraceptif à son épouse.

L'opposition à la contraception est souvent ancrée dans le rôle traditionnel assigné à la femme et dans le fait que les enfants sont généralement considérés comme une source de richesse. Il est, par conséquent, très difficile à une femme mariée de décider d'avoir ou non un enfant, comme le montre le témoignage de cet homme, dont l'épouse est morte en avril 2008, quinze jours après son accouchement.

« Au début de notre vie de couple, ma femme voulait qu'on utilise des préservatifs, mais j'ai refusé, parce que je voulais qu'on ait un enfant pendant que j'étais encore jeune. Je désirais aussi avoir un enfant parce que je me disais que, quand je serais marié, je m'occuperais bien de ma femme. Je voulais que ma femme ait sa place dans ma famille. Quand une femme a un enfant, elle peut avoir cette place. C'est la tradition. »

Une habitante de Ouagadougou a raconté à Amnesty International :

« Après sept grossesses et cinq enfants vivants, j'ai dit à mon mari que je voulais utiliser des moyens de contraception, mais il a refusé, en me disant que si je faisais ça, je pouvais retourner chez ma mère. Il a bien fallu que je lui obéisse. »

Ces deux témoignages montrent toute la difficulté qu'il y a pour une femme à faire accepter le recours à la contraception, alors que celle-ci est pourtant essentielle au respect de ses droits sexuels et reproductifs.

LE MANQUE DE MOYENS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les différents programmes de planification familiale du Burkina Faso souffrent depuis des années de problèmes de financement. Dans son Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015), le ministère de la Santé constate lui-même que « *les partenaires financiers et le gouvernement qui habituellement assuraient l'approvisionnement des contraceptifs ont diminué considérablement voire interrompu leur assistance au profit d'autres domaines qu'ils jugent prioritaires tels que le paludisme, la tuberculose et le sida*¹⁰² ».

Des représentants des pouvoirs publics et des donateurs ont toutefois indiqué à Amnesty International que, depuis quelques années, la planification familiale était redevenue une priorité et que l'État avait la volonté de devenir financièrement indépendant des donateurs en matière d'achats de contraceptifs. Le gouvernement a par exemple consacré à ces achats 359 millions de francs CFA en 2006, 410 millions de francs CFA en 2007 et 450 millions de francs CFA en 2008 (soit environ 547 000, 625 000 et 686 000 euros)¹⁰³. Le coût des contraceptifs reste cependant couvert à 70 % par des partenaires internationaux (80 % des contributions provenant du Fonds des Nations unies pour la population, ou FNUAP) et pour 30 % seulement par le budget national¹⁰⁴.

AVORTEMENTS CLANDESTINS ET DANGEREUX

Le manque d'informations et les dysfonctionnements qui peuvent se produire dans la mise à disposition des différents moyens de contraception expliquent en partie le nombre élevé d'avortements clandestins pratiqués au Burkina Faso. Ces interruptions de grossesse sont pratiquées en dehors des établissements de santé publique, dans des conditions d'hygiène souvent déplorables et par des personnes n'ayant pas reçu la formation nécessaire.

Bien qu'il soit impossible de donner un chiffre exact, le nombre d'avortements clandestins est manifestement élevé. Selon des statistiques publiées en 2002 par l'ONU, 5 % des femmes admises dans les maternités des hôpitaux du Burkina Faso souffraient de complications graves résultant d'un avortement pratiqué illégalement. Parmi ces femmes, 70 % étaient âgées de seize à vingt-quatre ans et 80 % étaient soit scolarisées, soit sans emploi¹⁰⁵.

D'après des statistiques officielles plus récentes, portant sur l'année 2008, les complications survenant à la suite d'un avortement clandestin représentaient 6,3 % des cas traités par les maternités de district (1 214 patientes sur un total de 19 400) et 11,6 % des cas pris en charge par les hôpitaux régionaux et universitaires (277 patientes sur 2 381¹⁰⁶). Encore faut-il préciser que ces chiffres ne concernent que les femmes qui ont été soignées dans le circuit hospitalier pour des complications consécutives à un avortement.

En réalité, le nombre d'interruptions de grossesse clandestines ayant entraîné des conséquences graves est certainement beaucoup plus élevé. Les chiffres officiels ne prennent pas en compte les femmes qui ne se rendent pas dans un centre de santé après avoir subi un avortement à risques.

De plus, beaucoup de femmes refusent de reconnaître qu'elles ont subi un avortement clandestin et il peut être difficile de distinguer une telle intervention d'une fausse couche spontanée.

Augustine, victime de graves complications à la suite d'un avortement dangereux.

Augustine est âgée de vingt-cinq ans. Elle a passé son enfance en Côte d'Ivoire et est rentrée au Burkina Faso avec sa famille à l'âge de douze ans. Sans ressources, vivant dans la rue, elle s'est retrouvée enceinte et a cherché à se faire avorter. Amnesty International l'a rencontrée en février 2009. Elle était allée voir à trois reprises un « *avorteur clandestin* » et avait ensuite subi trois curetages dans un hôpital de Ouagadougou. Ses jours étaient en danger.

« *Je ne voulais pas garder le bébé* », a expliqué Augustine à Amnesty International. « *Je suis allée voir un homme, qui devait m'aider à m'en débarrasser. Il a pris une barre de fer et a essayé de faire partir le bébé. Mais ça n'a pas marché. Je suis retournée le voir et il a recommencé, en introduisant la barre de fer à l'intérieur. J'y suis retournée une troisième fois, mais après, j'avais trop mal. Je lui ai versé 15 000 francs CFA (environ 23 euros) au total, mais je ne suis pas retournée le voir. Je saignais beaucoup. J'avais très mal au côté droit. J'ai fini par aller à l'hôpital à Ouagadougou. Ils m'ont fait une aspiration, mais tout n'est pas sorti. Il a donc fallu recommencer et il restait encore des résidus après la deuxième aspiration. On m'a également fait deux échographies. Hier matin, j'avais de nouveau très mal au côté droit. Mais je n'avais aucun moyen d'aller à l'hôpital. J'ai dû aller chercher mon frère, pour qu'il m'emmène sur sa moto. L'infirmière m'a dit de prendre du "cytotec" [un produit servant à dilater le col de l'utérus, afin de faciliter l'évacuation des résidus restants].* »

Lorsqu'Amnesty International l'a rencontrée, Augustine souffrait toujours de douleurs persistantes dans le bas-ventre.

AVORTEMENT : LE CADRE JURIDIQUE

Le gouvernement a modifié la législation sur l'avortement en 1996 afin de réduire le nombre de décès induits par cette pratique¹⁰⁷.

L'avortement est une infraction aux termes du Code pénal modifié en 1996. Toute personne effectuant un avortement est passible d'une peine d'un à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 300 000 à 1 500 000 francs CFA (de 460 à 2 290 euros). L'interruption de grossesse est cependant autorisée lorsque la vie de la femme enceinte ou du fœtus est menacée, et en cas de viol ou d'inceste.

L'article 387 du Code pénal dispose : « *L'interruption volontaire de grossesse peut à toute époque être pratiquée si deux médecins dont l'un exerçant dans une structure sanitaire publique, attestent après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. En cas de viol ou d'inceste établis, la matérialité de la détresse est établie par le ministère public et la femme enceinte peut demander à un médecin dans les dix premières semaines l'interruption de sa grossesse.* »

Les conditions permettant à une femme de mettre un terme à sa grossesse dans de telles circonstances sont complexes et difficiles à satisfaire.

Dans le cas d'un avortement thérapeutique, deux médecins doivent attester du danger qu'impliquerait la poursuite de la grossesse. Cette condition peut poser un obstacle insurmontable pour une femme vivant en milieu rural, car il n'y a pas de médecin dans les CSPS et elle doit donc se rendre dans un hôpital, ce qui risque de s'avérer compliqué et onéreux.

En cas de viol ou d'inceste, le parquet doit établir la réalité des faits, ce qui constitue une condition particulièrement intimidante et dissuasive pour des femmes qui risquent d'être en plus rejetées par la société¹⁰⁸.

Le gouvernement semble ne s'être guère mobilisé pour informer le grand public des dispositions juridiques autorisant l'interruption de grossesse sous certaines conditions. La plupart des femmes rencontrées par Amnesty International en zone rurale n'en avaient jamais entendu parler.

Or, comme le rappelle le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé : « *Le droit à la santé, notamment à la santé en matière de sexualité et de procréation, comprend à la fois des libertés (affranchissement de la discrimination) et des droits. Les libertés, s'agissant de la santé sexuelle et génésique, incluent le droit de disposer de son corps et de prendre des décisions concernant sa santé*¹⁰⁹ ».

Le même rapporteur spécial des Nations unies indique par ailleurs : « *Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient se voir proposer une information fiable et des conseils empreints de compréhension, y compris des renseignements concernant la durée de la période pendant laquelle il est possible d'interrompre une grossesse et sur les établissements qui pratiquent une telle intervention. Là où ils sont légaux, les avortements devraient être pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité. Les systèmes de santé publics devraient former les prestataires de services de santé, leur procurer l'équipement adéquat et tout mettre en œuvre pour que les avortements ne soient pas seulement sûrs mais soient aussi accessibles. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Les dispositions qui prévoient des sanctions contre les femmes qui ont recours à l'avortement doivent être abrogées*¹¹⁰ ».

À l'occasion d'une Assemblée extraordinaire qui s'est tenue au Nigeria en octobre 2009, les ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) se sont prononcés en faveur de l'adoption de lois sur « *l'avortement sécurisé* » dans le souci de lutter contre la mortalité maternelle dans la région¹¹¹.

LA POSITION D'AMNESTY INTERNATIONAL SUR L'AVORTEMENT

Amnesty International estime que la difficulté d'accéder à des services d'avortement sûrs et légaux, ainsi qu'à des informations à ce sujet, peut menacer gravement les droits fondamentaux des femmes. Elle appelle par conséquent les États à mettre un terme aux graves atteintes aux droits fondamentaux de la femme qui peuvent être commises en ce domaine, conformément aux obligations qui sont les leurs en vertu des normes internationales relatives aux droits humains. Amnesty International appelle notamment les États à :

- abroger toutes les lois qui prévoient l'emprisonnement ou toute autre sanction pénale à l'encontre des femmes qui cherchent à se faire avorter ou qui subissent un avortement, ainsi que toutes les autres lois qui punissent d'emprisonnement ou d'une autre sanction pénale le fait d'avoir simplement fourni des informations ou une assistance en matière d'interruption de grossesse ;
- permettre à toutes les femmes, quelles que soient les circonstances, de bénéficier de soins médicaux pour les complications consécutives à un avortement, que celui-ci ait été pratiqué de façon légale ou non ;
- prendre toutes les mesures nécessaires pour que des services d'avortement sûrs, légaux, accessibles, acceptables et de bonne qualité soient à la disposition de toutes les femmes qui en ont besoin en cas de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste, ou lorsque la grossesse met en danger la vie ou la santé de la femme.

Amnesty International ne prend pas position sur les autres aspects de l'avortement.

6/LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX INFRASTRUCTURES DE SANTÉ

« LES INSTALLATIONS, BIENS ET SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE PHYSIQUEMENT ACCESSIBLES SANS DANGER POUR TOUS LES GROUPES DE LA POPULATION. »

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, para. 12-b

Les centres de santé sont souvent situés loin du domicile des personnes, en particulier dans les zones rurales, et les transports sont peu fiables et coûtent cher. Bien que le gouvernement ait augmenté le nombre de CSPS ces dernières années, il subsiste d'énormes disparités entre les zones urbaines et les zones rurales. Dans la région Centre, qui comprend notamment la capitale, Ouagadougou, 98 % de la population vit à moins de 10 kilomètres d'un centre de santé, alors que ce n'est le cas que de 50 % des habitants de la région du Sahel¹¹².

La carte officielle des infrastructures de santé en 2007 montrait que les distances moyennes séparant les centres de soins des lieux d'habitation étaient beaucoup plus courtes dans les districts abritant les trois principales villes du pays (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Ouahigouya) que dans les zones reculées de l'est et du nord¹¹³. Qui plus est, en 2008, 11 districts sanitaires du Burkina Faso ne disposaient d'aucun hôpital de district ou régional¹¹⁴. Deux régions situées à la périphérie de la capitale (Centre Sud et Centre Plateau) n'ont ni hôpital régional ni hôpital universitaire et dépendent du CHU de Ouagadougou.

Cette distribution inégale des infrastructures, en particulier des CSPS, le mauvais état des routes et l'absence de réseau de transport se conjuguent pour limiter considérablement l'accès des femmes aux établissements et aux services de santé.

UN LONG ET PÉNIBLE VOYAGE

Amnesty International a enquêté sur un certain nombre de cas de femmes enceintes qui avaient eu beaucoup de mal à atteindre à temps un centre de santé en raison des distances, des conditions météorologiques (notamment pendant la saison des pluies¹¹⁵), de divers obstacles géographiques (fleuves et rivières, par exemple) et de l'absence de moyens de transport fiables et abordables. La politique officielle du gouvernement consiste à réorienter le rôle des accoucheuses traditionnelles, désormais chargées d'indiquer aux futures mères le lieu où elles doivent se rendre pour mettre au



© Anna Kari

Une femme et son fils de sept mois, devant l'arbre au pied duquel elle a accouché. Dans les zones rurales, il est fréquent que les femmes ne puissent pas gagner à temps un centre de santé.

monde leur enfant, et de s'assurer de la disponibilité d'un moyen de transport fiable afin de conduire la femme au centre de santé pour y accoucher ou en cas de complications. Aucun système de transport n'a cependant été mis en place pour l'instant et les familles doivent se débrouiller pour organiser elles-mêmes le transport des femmes enceintes vers les centres de santé. Il n'existe aucun réseau d'ambulances susceptibles d'assurer les transports jusqu'au CSPS le plus proche, même en cas d'urgence. Les ambulances, lorsqu'il y en a, effectuent uniquement les liaisons entre les CSPS et les autres établissements de santé.

En dehors des grandes villes et des principaux axes, les routes sont rarement goudronnées et elles sont mal entretenues. Dans les zones rurales, les femmes ne peuvent généralement compter sur aucun moyen de transport. Elles doivent s'en remettre à leurs maris et à leurs proches, ou à la générosité et la solidarité des habitants de leur village. Elles se rendent le plus souvent au centre de santé le plus proche à pied, en vélo, en moto ou en charrette tirée par un âne. Les déplacements dans ces conditions peuvent être excessivement lents, surtout pendant la saison des pluies où les routes sont boueuses, ce qui fait courir des risques aux futures mères.



Maternité, hôpital régional de Ouahigouya.

Ramatoulaye a dû accoucher seule, sur la rive d'un fleuve.

Ramatoulaye, une jeune mère de famille âgée de vingt-cinq ans, vit dans un village du département de Séguénéga. Elle n'avait que douze ans lorsqu'elle a eu son premier enfant. Elle avait alors accouché chez elle, avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. Elle a expliqué à Amnesty International que, lors de ses grossesses suivantes, on lui avait conseillé d'aller aux consultations prénatales du CSPS de Ramsa, à une douzaine de kilomètres de son village, et d'accoucher dans cet établissement. Pour se rendre à Ramsa, la jeune femme devait notamment prendre un bac, pour traverser un fleuve profond.

Elle nous a raconté comment s'était terminée sa quatrième grossesse, en mars 2009. *« J'ai commencé à avoir les premières douleurs. Mon beau-frère m'a emmenée sur sa moto, tandis que mon mari nous suivait sur une autre moto. Arrivés sur la rive du fleuve, nous sommes partis à la recherche du passeur, mais il n'était pas là, car il travaille aussi ailleurs. Mais sans lui, il est impossible de traverser, car le fleuve est profond et on ne peut pas passer à gué. J'ai donc accouché seule, sur la berge. Ça a été très difficile. Après avoir mis au monde mon bébé, le passeur est arrivé et j'ai pu traverser, pour aller me faire soigner au CSPS de Ramsa. »*

Safiatou, morte en cherchant à atteindre le centre de santé le plus proche, après avoir accouché chez elle.

Safiatou avait vingt-six ans. Elle avait épousé son cousin Hamidou à l'âge de quatorze ans. Le jeune couple vivait dans un village situé à une centaine de kilomètres au sud de Ouagadougou où il vivait de l'élevage. Safiatou avait déjà quatre enfants lorsqu'elle est de nouveau tombée enceinte, en 2007.

Selon un infirmier qui l'a vue en mai 2008, quelques jours avant l'accouchement, la jeune femme n'était pas venue aux consultations prénatales. Elle s'était contentée de se rendre au CSPS, à une douzaine de kilomètres de chez elle, à la fin de sa grossesse. Elle y était restée quarante-huit heures, parce qu'elle était très faible et souffrait d'anémie. Cet infirmier dit avoir insisté auprès de la jeune femme et de son mari pour qu'elle prenne du fer (fourni gratuitement) et pour qu'elle revienne accoucher au centre de santé.

La suite, le mari de Safiatou l'a racontée à Amnesty International : « *Le jour de l'accouchement, elle allait bien et elle a travaillé tout l'après-midi, comme d'habitude, sans problème. Elle a préparé le tô [un plat traditionnel, à base de farine de maïs] pour les enfants et elle est allée chercher du foin pour les bêtes. Elle est partie chez sa mère dans la soirée quand les contractions ont commencé. Sa mère est venue me dire un peu plus tard qu'elle n'allait pas bien et qu'il fallait l'emmener au centre de santé. Je n'ai pas de moto. Il a fallu que j'aie en emprunter une. Ça nous a fait perdre du temps. Je ne savais pas qu'elle aurait dû aller accoucher au CSPS. Quand je suis allé la chercher chez sa mère, elle avait déjà perdu connaissance.* »

Hamidou a emprunté la mobylette d'un voisin, mais le réservoir était vide et la station d'essence la plus proche se trouvait à 10 kilomètres de là. Ils ont d'abord dû pousser l'engin jusqu'à la station. Safiatou a finalement accouché chez elle, mais le placenta n'a pas été expulsé et elle a été victime d'une forte hémorragie.

Son mari a demandé à un ami de l'aider à la conduire au CSPS, mais la jeune femme est morte en route, à quatre kilomètres du centre de santé. « *Quand je suis arrivé, Safiatou délirait* », a expliqué l'ami venu assister le couple. « *Elle ne tenait plus sur ses pieds. Son mari avait peur de l'emmener sur sa moto. Nous l'avons donc mise entre nous sur la selle. Nous sommes partis à deux heures du matin. Il y a trois ravines à traverser pour aller au CSPS. À chaque fois, nous avons dû descendre de moto pour remonter après, et avec Safiatou ce n'était pas facile [...]. À un moment, nous nous sommes aperçus que Safiatou ne bougeait plus et nous avons compris qu'elle était morte. Nous ne sommes pas allés jusqu'au CSPS. Nous avons décidé de rentrer au village avec le corps, en prenant une route plus facile.* »

Safiatou a laissé cinq petits garçons, le nouveau-né et ses frères âgés de onze, neuf, sept et quatre ans. Depuis le décès de leur mère, ils sont gardés dans la journée par leurs grands-parents maternels et rentrent dormir le soir chez leur père. Le père de Safiatou a été très affecté par la mort de sa fille. Les délégués d'Amnesty International ont appris que, depuis le drame, « *il ne se lève plus, il ne dort plus et il ne mange presque plus* ».

Les obstacles, géographiques et autres, que peuvent rencontrer les femmes enceintes expliquent pourquoi, dans les zones rurales, la plupart des accouchements se font sans la moindre assistance médicale. À titre d'exemple, dans le secteur couvert par un CSPS rural du district de Tougan, les accouchements assistés représentaient en 2007, selon les chiffres officiels, 11,22 % des naissances pour les femmes vivant dans un rayon de cinq kilomètres autour du centre et seulement 4,05 % des naissances pour les femmes vivant à plus de 10 kilomètres¹¹⁶.

Confrontées à ces problèmes, nombreuses sont les femmes qui s'en remettent finalement aux accoucheuses traditionnelles, qui ne sont pourtant plus autorisées officiellement à réaliser des accouchements. Amnesty International a ainsi recueilli le témoignage d'une accoucheuse traditionnelle officiant dans un village situé à une trentaine de kilomètres à l'ouest de Ouagadougou.

« Les autorités m'ont demandé d'arrêter de faire des accouchements, mais il n'y a personne pour me remplacer. Il faut bien que je le fasse. Mardi dernier [8 juillet 2008], une femme a commencé à avoir ses douleurs. Il pleuvait à verse et la pluie avait rendu les routes impraticables. Comme la famille n'avait qu'un vélo, il n'était pas question de la conduire au centre de santé. Le mari m'a fait appeler à minuit. J'y suis allée avec mon écharpe, mais je n'avais aucun instrument. La femme hurlait. Je leur ai demandé d'allumer la lumière et ils ont apporté une lampe à kérosène. Je l'ai examinée : elle avait perdu les eaux et tout le liquide amniotique s'était écoulé. Je leur ai demandé de l'allonger sur une nappe. Je l'ai aidée à accoucher à mains nues, sans gants. Tout s'est bien passé. C'était une fille. »

Aux termes de la CEDAW, le Burkina Faso est tenu de permettre aux femmes vivant dans des zones rurales d'avoir accès à des services de santé adaptés, et notamment à une information, à des conseils et à une prise en charge en matière de planification familiale¹¹⁷. Le CESC, comme le Comité CEDAW, insiste sur le fait que la réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé¹¹⁸. Pour le Comité CEDAW, « ces obstacles peuvent prendre la forme de [...] l'éloignement des établissements et l'absence de transports publics pratiques et abordables¹¹⁹ ».

Le CESC souligne par ailleurs l'obligation fondamentale qu'ont les États de veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires, ainsi que de garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans aucune discrimination, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés¹²⁰. Le gouvernement est par conséquent tenu de donner la priorité, lors de l'établissement de son budget, aux groupes qui ont le plus de mal à jouir de leurs droits.

AUTRES OBSTACLES

Les obstacles géographiques ne sont pas les seuls auxquels sont confrontées les femmes enceintes au Burkina Faso. Lorsqu'une femme commence à avoir des contractions, elle est généralement accompagnée jusqu'au lieu de l'accouchement par des membres de sa famille ou par des amis. Il est socialement impensable de laisser une femme accoucher seule. Les personnes qui l'entourent ont d'ailleurs un certain nombre de tâches à accomplir – laver le linge ou nourrir la parturiente par exemple¹²¹. Mais il peut arriver qu'une femme enceinte se présente trop tôt au centre de santé et qu'on lui dise de revenir plus tard. Dans ce cas, les personnes qui l'ont accompagnée peuvent manifester un certain mécontentement et être ensuite moins enclines à refaire le déplacement.

Amnesty International a recueilli le témoignage d'une mère de famille, vendeuse de mil dans un village.

« Il y a deux ans, à la fin de ma quatrième grossesse, j'ai commencé à ressentir des douleurs alors que j'étais sur le marché. C'était un matin, très tôt. Plusieurs de mes amies, qui travaillaient également sur le marché, ont bien voulu m'accompagner en charrette jusqu'au CSPS, à sept kilomètres de là. Il nous a fallu deux heures pour atteindre le centre de santé. Mais quand je suis arrivée, l'accoucheuse auxiliaire m'a dit qu'il était encore beaucoup trop tôt. Sur le chemin du retour, mes amies m'ont fait comprendre qu'elles avaient perdu leur temps et qu'elles m'avaient accompagnée pour rien. J'ai continué à avoir mal, mais je n'osais plus leur demander de venir avec moi. Finalement, un soir, la douleur est devenue intolérable et j'ai été obligée d'accoucher chez moi avec l'aide d'une accoucheuse villageoise. »

7/LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ : UN OBSTACLE POUR BEAUCOUP

« LES INSTALLATIONS, BIENS ET SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE D'UN COÛT ABORDABLE POUR TOUS. »

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, para. 12-b

« C'était trop cher pour quelqu'un de pauvre comme moi »

Albertine, vingt-cinq ans, mère de deux enfants, est morte en janvier 2007 dans un hôpital régional situé à 200 kilomètres au nord de Ouagadougou.

Le beau-frère de la jeune femme, qui est agriculteur pendant la saison des pluies et qui travaille également à la mine, a raconté en juillet 2008 à Amnesty International comment les choses s'étaient passées : « *Son mari n'était pas au village quand elle a eu les premières contractions. Je l'ai donc emmenée en moto jusqu'au CSPS, à 15 kilomètres de là. J'ai payé 5 000 francs CFA (environ 7,50 euros) pour acheter des médicaments, mais le personnel médical m'a dit qu'il ne pouvait rien faire et qu'elle devait être conduite à l'hôpital régional. Comme je leur avais donné tout l'argent que j'avais, j'ai ramené Albertine au village. Mais le lendemain, elle avait toujours des contractions et j'ai emprunté un peu d'argent pour l'emmener à l'hôpital.*

Là, on m'a dit qu'Albertine avait besoin d'être transfusée et on m'a donné une ordonnance pour un montant d'environ 20 000 francs CFA (environ 30,50 euros). Je ne sais pas si cet argent devait servir à acheter du sang ou des médicaments. Après la transfusion, Albertine avait l'air d'aller mieux. Le lendemain, elle a accouché d'un bébé mort-né.

Le troisième jour, elle a soudain eu très froid. On lui a prescrit un traitement et j'ai encore payé 15 000 francs CFA (environ 23 euros) pour des piqûres et des médicaments. Le quatrième jour, elle a fait une rechute. On m'a remis une nouvelle ordonnance, pour un montant de 12 000 francs CFA (environ 18 euros), mais je n'avais plus d'argent. Il a donc fallu que je retourne au village. Le cinquième jour, je suis revenu avec l'argent et j'ai payé les médicaments, mais Albertine était morte entre-temps. J'ai fait ce que j'ai pu pour sauver ma belle-sœur, mais c'était trop cher pour quelqu'un de pauvre comme moi. »



© Anna Kari

Femme en travail dans un nouveau centre de santé. Elle a dix-huit ans et c'est son premier enfant. Ses tantes l'ont accompagnée et attendent dehors. CSPS de Gorgaré.

Dans de nombreuses régions du monde – et en particulier, mais pas seulement, dans les pays en voie de développement –, le coût des soins est reconnu comme un obstacle majeur qui empêche la prise en charge de nombreuses personnes. L'histoire d'Albertine montre bien à quel point le fait que des soins soient payants peut priver une femme enceinte des traitements qui, entrepris à temps, auraient pu lui sauver la vie.

Au Burkina Faso, les soins médicaux sont payants depuis les années 1980. En effet, afin d'augmenter les sommes consacrées à la santé et d'améliorer l'efficacité des services médicaux, les ministres de la Santé des pays africains ont adopté en 1987 l'Initiative de Bamako¹²². Ce texte, qui prône notamment un contrôle décentralisé des paiements directs, a incité le gouvernement burkinabè à mettre en place en 1993 une tarification uniforme valable dans l'ensemble du pays. Parallèlement, les autorités burkinabè, conscientes du fait qu'un tel système de paiement direct créait des problèmes insurmontables pour les plus pauvres, ont adopté une série de mesures visant à accorder dans certains cas des exemptions de paiement ou des aides financières¹²³. Les consultations prénatales sont ainsi gratuites pour toutes les femmes depuis 2003¹²⁴. Le gouvernement a également annoncé son intention d'accorder la gratuité totale aux « *indigents* », conformément à l'un des principes de l'Initiative de Bamako selon lequel les plus pauvres doivent avoir accès aux soins de santé les plus essentiels.

LA POLITIQUE DE SUBVENTION DE 2006

Le gouvernement burkinabè a décidé en 2006 de subventionner les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Cette décision a été prise dans le cadre d'une volonté plus générale de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. Cette mesure a été préparée avec le soutien de la Banque mondiale qui a joué, dans ce domaine, un rôle déterminant¹²⁵. Financée par le budget national, elle prévoit de consacrer aux SONU près de 30 milliards de francs CFA (environ 45,7 millions d'euros) pour la période allant de 2006 à 2015 ; sur cette somme, 5 milliards de francs CFA (environ 7,6 millions d'euros) doivent servir à assurer la gratuité des soins pour les femmes enceintes considérées comme indigentes¹²⁶. Ce programme a commencé à fonctionner en octobre 2006 pour les accouchements par césarienne et en janvier 2007 pour les autres types d'accouchement.

Les principaux éléments de la politique de subvention

- Le coût des accouchements et des césariennes est subventionné à 80 % par l'État, les 20 % restants étant à la charge des femmes. Les paiements versés par les patientes sont destinés à couvrir une partie du coût des services médicaux, des médicaments et des fournitures diverses nécessaires à l'accouchement. Les complications et les soins postnatals au cours de la première semaine suivant l'accouchement sont également couverts par cette subvention.
- Le transport entre un CSPS et un hôpital vers lequel la patiente est transférée est gratuit pour toutes les femmes enceintes.
- Les subventions couvrent l'ensemble des coûts de santé des femmes enceintes indigentes.

En vertu de ce programme, les accouchements sont donc subventionnés à hauteur de 80 %¹²⁷. Les femmes doivent par conséquent acquitter 900 francs CFA (environ 1,50 euro) pour un accouchement se déroulant normalement, 3 600 francs CFA (environ 5,50 euros) en cas d'accouchement difficile, et jusqu'à 11 000 francs CFA (environ 17 euros) lorsqu'il y a césarienne ou administration d'un traitement particulier destiné à prendre en charge une complication. Ces montants correspondent au coût des services médicaux et d'un kit de produits et d'accessoires (gants stériles, seringues, etc.) nécessaires à un accouchement, par voie basse ou par césarienne¹²⁸.

La stratégie de subvention ne s'applique qu'à partir du moment où la femme enceinte arrive au centre de santé. Le coût du transport depuis le domicile, qui peut représenter un sérieux problème pour une femme pauvre, n'est pas pris en compte.

De plus, s'il paraît effectivement bien conçu sur le papier, ce programme souffre de plusieurs carences graves. Dans tous les cas étudiés par Amnesty International depuis la mise en place de cette politique de subvention, les familles affirment avoir payé plus que le montant prévu dans le cadre de ce dispositif. De nombreuses familles disent par exemple avoir été obligées d'acheter des gants car le personnel médical n'en avait plus, ainsi que divers autres articles ou produits. Toutes ou presque affirment avoir dû acheter de l'eau de Javel pour nettoyer la salle de travail.

Un certain nombre de sages-femmes et de médecins continuent en outre de prescrire des médicaments brevetés plutôt que des produits génériques, contrairement à la politique voulue par le gouvernement. Une experte des systèmes de santé a expliqué à Amnesty International :

« Tout le système du kit subventionné contenant les produits et les fournitures nécessaires à l'accouchement repose sur l'utilisation des génériques. Certains médecins continuent cependant de prescrire des médicaments brevetés, pourtant disponibles sous forme générique, ce qui fait que les familles doivent se rendre dans des pharmacies privées situées en dehors des établissements de santé et acquitter une note beaucoup plus élevée. »

Cette pratique va de toute évidence à l'encontre de la politique du gouvernement, en vertu de laquelle les établissements publics de santé reçoivent des médicaments génériques de la CAMEG et n'ont pas le droit de vendre des médicaments brevetés. Les familles des femmes enceintes sont obligées soit d'acheter des médicaments non génériques, soit de renoncer à des traitements d'une importance vitale alors qu'il existe des produits génériques gratuits.

Les familles des femmes enceintes sont donc obligées soit d'acheter des médicaments non génériques, soit de renoncer à des traitements d'une importance vitale alors qu'il existe habituellement des produits génériques gratuits.

Les principaux problèmes auxquels se heurte la mise en œuvre de la politique de subvention sont les suivants :

- l'absence d'informations claires, destinées aux femmes et au personnel de santé, concernant la stratégie menée, et notamment le manque de clarté sur ce qui est subventionné et sur ce qui ne l'est pas ;
- dans certains districts, l'absence d'un service gratuit de transfert entre les différents établissements de santé, due à divers facteurs comme le manque d'ambulances ou de carburant ;
- l'absence de critères permettant de déterminer à partir de quel seuil une femme est considérée comme « *indigente* » ;

Dans la pratique, la politique de subvention est également remise en question par l'attitude de certains membres du personnel de santé, qui exigent indûment des paiements informels en échange de traitements, de produits ou de prestations de transport.

UNE POLITIQUE DE SUBVENTION QUI SOUFFRE D'UN MANQUE D'INFORMATIONS

De nombreux interlocuteurs¹²⁹ ont déclaré à Amnesty International ne pas savoir précisément quels étaient les traitements et les produits médicaux gratuits, partiellement pris en charge ou qui devraient être réglés intégralement.

Il en découle une grande confusion et une certaine méfiance de la part de la population. « *Depuis que la politique de subvention a été adoptée, il y a un conflit permanent entre le personnel médical et les*

patientes, car les gens pensent que tout est désormais gratuit, alors qu'un certain nombre d'actes, comme les analyses sanguines ou les scanners, restent à leur charge », a expliqué une sage-femme à Amnesty International.

« Je ne comprends pas pourquoi j'ai dû payer autant ; on m'avait dit que les soins de santé étaient gratuits maintenant. »

Amnesty International s'est intéressée en mars 2009 au cas d'une femme qui avait failli mourir deux jours plus tôt dans un hôpital de district des environs de Bobo-Dioulasso.

L'organisation a notamment recueilli le témoignage du médecin qui l'avait soignée : *« Cette femme présentait des symptômes d'hypertension artérielle, de pré-éclampsie, d'anémie et de paludisme. Quand elle est arrivée à l'hôpital du district, elle souffrait d'étourdissements. Pendant l'accouchement, elle a souffert d'une hémorragie due à une rupture du col de l'utérus. On peut vraiment dire qu'elle a été sauvée de justesse. »*

Le témoignage du mari de la patiente, qui est vendeur d'étoffes, éclaire un autre aspect de l'affaire : *« J'ai versé 22 500 francs CFA (environ 34 euros) au total. Ma femme est allée aux trois consultations prénatales et à chaque fois on m'a demandé de payer. Il a fallu que je paie successivement 2 000, 1 000 et encore 1 000 francs CFA (environ 3 et 1,50 euro) pour les médicaments, mais on ne m'a pas donné de reçus et je me demande si j'aurais dû payer pour ces produits.*

On m'a ensuite donné deux ordonnances, pour des médicaments que j'ai dû acheter en pharmacie et qui m'ont coûté respectivement 3 875 et 1 750 francs CFA (environ 6 et 2,50 euros). Quand nous sommes arrivés à l'hôpital, on m'a dit qu'il fallait que j'achète des gants et du sérum, ce qui m'a coûté encore 650 francs CFA (environ 1 euro). On m'a ensuite demandé d'acheter de l'eau de Javel pour nettoyer la salle de travail. Puis j'ai acheté un kit d'accouchement, 3 600 francs CFA (environ 5,50 euros). Après la naissance de l'enfant, on m'a donné une nouvelle ordonnance et j'ai dû payer encore 2 250 francs CFA (environ 3,50 euros). Il faut encore que je règle les factures de l'hôpital, qui risquent d'être élevées, parce que ma femme est restée hospitalisée toute une semaine. Je ne comprends pas pourquoi j'ai dû payer autant ; on m'avait dit que les soins de santé étaient gratuits maintenant. »

En réalité, dans le cadre de la politique de subvention, cet homme n'aurait dû payer que 3 600 francs CFA pour l'accouchement de sa femme. Les consultations prénatales et certains des médicaments prescrits lors de ces visites auraient dû être gratuits. Les autres coûts directement liés à l'accouchement, comme l'achat de gants et de médicaments, ainsi que les coûts d'hospitalisation pendant la première semaine suivant la naissance de l'enfant, sont théoriquement couverts par la politique de subvention. Amnesty International n'a pas été en mesure de déterminer si ces paiements étaient dus à une réelle rupture des stocks.

La confusion générale qui règne concernant ce que couvre ou ne couvre pas la stratégie de subvention permet à certains membres du personnel médical de se livrer à des abus relevant de l'extorsion.

Selon une étude récente, *« seulement 2 % des dépenses de ce plan de mise en œuvre [de la stratégie de subvention des SONU] étaient prévus pour la communication au grand public¹³⁰ »*. Cet argent a été en grande partie dépensé en émissions de radio et en réunions locales. Deux ans après le début du programme, des affiches en français, indiquant les prestations subventionnées et les sommes

restant à la charge des patientes, ont été placées dans de nombreux centres de santé. Ces affiches ne mentionnent cependant pas un certain nombre de traitements pour lesquels les patientes doivent encore payer. Il faut savoir par ailleurs qu'une grande partie de la population ne sait pas lire.

ABSENCE DE TRANSPORTS GRATUITS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un autre volet important de la stratégie de subvention porte sur le transport des patientes entre les centres de santé primaires et les hôpitaux de niveau supérieur qui doit être assuré gratuitement. Amnesty International a recueilli des informations concernant un certain nombre de cas où des familles ont été obligées de payer le transfert des femmes enceintes. À plusieurs reprises, il semble que le personnel ambulancier ou médical ait profité de l'urgence de la situation pour exiger des paiements. Il est également arrivé que la famille soit obligée d'acheter du carburant pour l'ambulance.

Ces coûts, qui viennent s'ajouter au prix des médicaments, peuvent entraîner des retards dans le transfert de femmes qui doivent être conduites en urgence à l'hôpital.

Awa, morte en septembre 2007 à l'âge de vingt-six ans

Mariée à dix-sept ans, Awa a accouché dans un CSPS en septembre 2007. C'était sa cinquième grossesse. Elle a ensuite été prise de vives douleurs au ventre. « *Elle a été vue par une accoucheuse auxiliaire qui lui a prescrit des médicaments pour lesquels nous avons payé 11 250 francs CFA (environ 17 euros)* », raconte une autre épouse du mari d'Awa. « Je ne sais pas de quels médicaments il s'agissait. »

« *Après avoir accouché d'un enfant mort-né, elle baignait dans son propre sang* », se souvient une infirmière. « *Nous avons procédé à un examen de l'utérus et elle a été mise en observation. Son mari s'y est opposé, en disant qu'il n'avait pas assez d'argent pour payer les médicaments.* » Awa a donc été ramenée chez elle vers 16 heures.

Sa famille l'a de nouveau conduite au CSPS tôt le lendemain matin. Une ordonnance a été établie, mais les médicaments prescrits n'étaient pas disponibles au centre de santé et la famille a dû payer 5 750 francs CFA (environ 9 euros) pour se les procurer.

En début d'après-midi, vers 14 heures, l'infirmière a annoncé qu'ils ne pouvaient rien faire de plus pour Awa et que la jeune femme allait devoir être évacuée en ambulance vers l'hôpital universitaire de Ouagadougou. Le réservoir de l'ambulance était apparemment vide et le mari d'Awa a été de nouveau mis à contribution. Il a dit qu'il n'avait pas assez d'argent pour payer et l'infirmière a dû longuement parlementer avec lui pour qu'il accepte enfin de donner 5 000 francs CFA (environ 7,50 euros) pour acheter de l'essence. L'ambulance a quitté le CSPS vers 16 heures 30 et est arrivée une heure plus tard à l'hôpital de Ouagadougou.

Comme il n'y avait pas de lit libre à son arrivée, Awa a dû s'allonger sur une natte posée sur le sol. Un lit s'est enfin libéré à 19 heures 30, mais Awa est morte quelques minutes plus tard.

Le dossier médical conservé par l'hôpital fait état d'une infection puerpérale (consécutive à l'accouchement), d'éclampsie et d'une forme grave de paludisme.

ABSENCE DE CRITÈRES PERMETTANT DE DÉTERMINER QUI PEUT PRÉTENDRE À LA GRATUITÉ DES SOINS

La politique de subvention prévoit d'utiliser environ 17 % des fonds disponibles – soit près de 5 milliards de francs CFA (environ 7,6 millions d'euros) sur la période allant de 2006 à 2015 – pour assurer la gratuité des soins aux femmes « *indigentes* ». Ce volet n'a cependant pas encore été appliqué, en grande partie parce que le gouvernement n'a pas défini de critères permettant de savoir quelles seraient les personnes concernées¹³¹.

Lors d'entretiens avec les délégués d'Amnesty International, les représentants des pouvoirs publics ont expliqué qu'il était très difficile d'établir des critères de pauvreté et qu'il fallait à tout prix éviter que des abus puissent être commis. Ils craignaient que certaines personnes ne se fassent passer pour indigentes pour profiter de ce dispositif.

Une expérience menée par des chercheurs en collaboration avec des membres du personnel médical et des représentants de la population du département de Ouargaye a cependant montré qu'il était possible de recenser les personnes susceptibles de bénéficier de la gratuité des soins. Des comités de sélection ont été mis en place dans 124 villages. Ils ont pu, en l'absence de critères préétablis, faire la liste des personnes qui, selon les habitants de chaque village, devaient pouvoir être soignées gratuitement¹³².

Il existe en fait un manque de volonté politique de faire appliquer cet aspect fondamental de la politique de subvention, ce que confirme le silence quasi total observé par les autorités sur ce volet du programme. Selon une étude menée en 2008 « *bien que l'État ait prévu près de 5 milliards jusqu'en 2015 pour les indigentes dans le cadre de la subvention des SONU, la plupart des acteurs rencontrés sur le terrain ainsi que certains au niveau central, n'étaient absolument pas au courant de cette possibilité*¹³³ ».

Dans un pays où, d'après les statistiques officielles, près de la moitié de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté¹³⁴, l'attitude du gouvernement, qui ne fait rien pour identifier les femmes les plus défavorisées et pour répondre aux besoins obstétricaux les plus urgents des personnes qui n'ont pas les moyens de s'offrir les soins les plus élémentaires, fragilise sérieusement toute sa politique de subvention. Cette attitude va également à l'encontre de l'obligation, contractée par le Burkina Faso au titre de la législation internationale relative aux droits humains, de garantir le droit d'accès aux soins de santé, en donnant la priorité, lors de l'établissement de son budget, aux groupes vulnérables ou marginalisés qui ont le plus de mal à jouir de leurs droits.

LES PAIEMENTS INFORMELS

Au cours de ses recherches, Amnesty International a recueilli de nombreux témoignages émanant de proches de femmes enceintes qui avaient dû verser des paiements informels à des membres du personnel médical en échange de soins.

« Si vous êtes pauvre, on vous oublie ; si vous pouvez payer, on vous soigne. »

Mariam est morte à l'âge de vingt-trois ans, en avril 2008, dans un hôpital de Ouagadougou, treize jours après avoir accouché d'un enfant mort-né. La jeune femme vivait à Ouagadougou avec son mari Ali qui est mécanicien pour deux-roues. Le jeune couple avait déjà perdu un enfant âgé de six ou sept mois. Lors de la deuxième consultation prénatale, au CSPS voisin, le couple a appris que Mariam attendait des jumeaux.

Quelques jours plus tard, Ali a appris que sa femme devait subir une prise de sang, ce qui lui a coûté 3 200 francs CFA (environ 5 euros). *« En fait, le personnel nous a dit que ceux qui faisaient les examens n'étaient pas là et j'ai compris qu'il fallait payer »,* raconte Ali. *« Je voulais absolument qu'on fasse ces examens. Dès que j'ai payé, ma femme a pu faire ses examens. »*

L'accouchement a été difficile. L'un des bébés est sorti et a survécu, mais le second est resté à l'intérieur. Mariam a alors été transférée dans un hôpital où elle a passé trois jours.

Une semaine plus tard, la jeune femme a commencé à avoir des étourdissements et de violents maux de tête. Ali l'a ramenée à l'hôpital. *« Mariam gémissait et tremblait énormément »,* a-t-il expliqué à Amnesty International. *« Plusieurs membres du personnel médical m'ont dit qu'il fallait que je paie pour différents produits – je ne sais pas lesquels. J'ai payé plusieurs fois pour un total de plus de 30 000 francs CFA (environ 45,50 euros). »*

Le lendemain, on a dit à Mariam qu'elle pouvait rentrer chez elle. *« Nous étions prêts à partir, mais Mariam m'a dit qu'elle avait envie de dormir »,* raconte son mari. *« Elle a dormi à l'hôpital de sept heures du matin à sept heures du soir. Mais une fois réveillée, Mariam ne se sentait pas bien. Elle s'est mise à trembler et il a fallu la ramener au service des urgences. »* Le personnel médical a de nouveau remis une ordonnance à Ali qui a dû payer 4 500 francs CFA (environ 7 euros) pour une boîte de gants.

« Ils ont ouvert la boîte et m'en ont donné quelques-uns. Ils ne m'ont pas donné les autres. Après deux heures d'attente, je suis allé demander pourquoi ma femme n'avait toujours reçu aucun traitement. On m'a répondu qu'il y avait des gens plus gravement malades à soigner avant elle. J'ai continué à attendre, puis je leur ai demandé pourquoi ils ne s'occupaient toujours pas de ma femme. On m'a répondu : "il faut d'abord que vous vous occupiez de votre malade". J'ai alors compris que je devais payer quelque chose pour qu'on s'occupe de ma femme. J'ai donné 5 000 francs CFA (environ 7,50 euros) et on s'est enfin occupé de ma femme. »

Ali s'est vu remettre une nouvelle ordonnance mais il n'a pas réussi à trouver le produit demandé. « *J'ai demandé à une infirmière de m'aider. Elle m'a proposé de me revendre le produit qu'elle avait elle-même acheté pour sa mère. Elle m'a dit que celui-ci coûtait 7 000 francs CFA (environ 10,50 euros) en pharmacie, mais qu'elle voulait bien me le céder pour 4 720 francs CFA (environ 7 euros). Je lui ai donné 10 000 francs CFA (environ 15 euros) et elle m'a rendu la monnaie, mais il était trop tard. Ma femme n'avait plus besoin du produit, car elle était déjà morte.* »

Au total, l'accouchement et les déplacements à l'hôpital ont coûté à Ali quelque 90 000 francs CFA (environ 137 euros).

« *Ma sœur est morte faute de moyens suffisants et de soins adaptés* », déplore le frère aîné de Mariam. « *L'hôpital, c'est comme une chambre de commerce. Si vous êtes pauvre, on vous oublie ; si vous pouvez payer, on vous soigne.* »

Il est clairement interdit au personnel médical de vendre des médicaments qui ne peuvent être achetés qu'en pharmacie. Un reçu doit être remis pour chaque achat, ce qui est toutefois loin d'être toujours le cas.

Au vu des informations qu'Amnesty International a pu recueillir, il apparaît que deux types de corruption sont particulièrement répandus : on demande aux patients et à leur entourage de payer pour être admis dans un centre de santé ou pour bénéficier de soins ; ou on leur facture des fournitures médicales qui devraient être prises en charge par la politique de subvention et qui ont été détournées par le personnel.

Des paiements informels peuvent notamment être demandés dans les circonstances suivantes :

- des ambulanciers exigent parfois d'importantes sommes d'argent pour transporter une femme depuis un centre de santé jusqu'à un hôpital, alors que ce type de transfert est officiellement couvert par la politique de subvention¹³⁵ ;
- sous prétexte de pénurie, le personnel médical vend des médicaments et des fournitures qui devraient être pris en charge au titre de la politique de subvention ;
- certains médecins prescrivent des médicaments brevetés plutôt que des génériques ;
- le personnel médical exige de l'argent pour faire passer un patient en priorité ou pour libérer un lit d'hôpital.

Plusieurs témoignages recueillis par Amnesty International ont fait état de chacune de ces diverses formes de corruption. Ainsi, un homme, dont la femme a succombé à une hémorragie en août 2007, dans une ville située à 200 kilomètres au nord de Ouagadougou, a raconté :



© Anna Kari

Une femme devant la maternité de Kiembara, avec sa fille et son garçon nouveau-né.

« L'infirmière du CSPS a dit que ma femme devait être conduite à l'hôpital régional. À l'époque, notre secteur n'était pas couvert par le réseau de téléphonie mobile. Il a donc fallu que j'aille en vélo jusqu'à l'hôpital régional, pour demander une ambulance. Le chauffeur a exigé que je lui donne 12 000 francs CFA (environ 18 euros) avant de démarrer son véhicule. Je n'avais pas assez d'argent et j'ai dû en emprunter à un ami, ce qui a retardé notre départ. »

En proie à l'angoisse et à l'incertitude que suscitent les complications survenant lors d'un accouchement, les familles sont alors très vulnérables aux tentatives d'extorsion. De plus, comme le souligne un chercheur qui s'est intéressé au problème de la corruption au Burkina Faso, « *l'asymétrie de l'information qui met un malade analphabète en face d'un médecin mieux informé crée un déséquilibre informationnel qui favorise la corruption*¹³⁶ ».

Les ONG et la presse locales dénoncent régulièrement des cas d'extorsion mettant en cause des membres du personnel médical. Selon le Réseau national de lutte anti-corruption (REN-LAC), le secteur de la santé est considéré par la population depuis des années comme l'un des plus touchés par la corruption. Dans son dernier rapport, paru en décembre 2007, le REN-LAC indiquait que le secteur de la santé était perçu par les gens comme l'un des quatre plus corrompus, après les douanes, le fisc et la justice¹³⁷.

LE DÉBAT SUR L'EXEMPTION TOTALE DES COÛTS

La question de la gratuité des soins obstétricaux est débattue au Burkina Faso depuis plusieurs années. Certains experts, responsables et ONG soutiennent qu'une exemption totale des coûts simplifierait l'ensemble du système et permettrait aux personnes les plus marginalisées, vivant dans la pauvreté, en particulier les femmes, d'avoir accès aux soins ; en outre, cette exemption dissuaderait davantage les personnels de santé d'exiger des paiements informels. Des débats similaires ont également lieu dans d'autres pays, en Afrique et ailleurs¹³⁸.

En juin 2006, lors de l'élaboration de la politique de subvention, le gouvernement a examiné trois options : une subvention de 60 %, une de 80 % ou une de 100 % du coût. Le gouvernement semble avoir exclu l'exemption totale, non pas tant pour des raisons financières, mais à cause de la crainte que la gratuité des services incite la population à en faire un usage irresponsable. Cette position a été confirmée dans un document officiel publié en juin 2007 : « *Plusieurs scénarii ont été envisagés parmi lesquels figure la gratuité. Cependant l'idée de subvention a été retenue car selon des constats la gratuité crée moins de responsabilité de la part du bénéficiaire*¹³⁹. »

Plusieurs responsables gouvernementaux ont répété à Amnesty International cette affirmation selon laquelle la gratuité des soins peut être contre-productive, car elle ne donne pas au public le sens de la valeur des services fournis¹⁴⁰.

PROJETS PILOTES D'EXEMPTION TOTALE DE PAIEMENT

Deux projets pilotes menés respectivement par l'ONG suisse Terre des hommes (TDH) et l'ONG allemande HELP expérimentent, actuellement au Burkina Faso, une exemption totale de paiement pour les soins obstétricaux.

Le projet TDH couvre deux districts situés dans le nord du pays. Lancé en octobre 2008, il assure la gratuité des soins pour les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que pour les enfants de moins de cinq ans. Ce projet, initié à la demande de l'Union européenne, est financé par l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO).

Ce projet fournit une assistance technique aux 47 CSPS et aux deux hôpitaux de districts de Tougan (région Sahel) et Séguénéga (région Nord). Cette assistance coûte près de 25 000 euros par mois.

Depuis le lancement du projet, TDH a noté une nette hausse du nombre de visites aux CSPS. Selon TDH, cette hausse est de 235 % à Tougan, avec une hausse de 18,6 % des accouchements à l'hôpital. La confiance de la population dans le système de santé s'est également améliorée.

En mars 2009, à Ouagadougou, un représentant de TDH a déclaré à Amnesty International :

« Notre action est opérationnelle, elle vise à développer des expériences pilotes pour démontrer que l'exemption totale de paiement des soins pour les jeunes enfants et leurs mères est possible dans l'espoir que cette expérience soit ensuite reprise à plus large échelle ».

TDH a essayé d'accroître la mobilisation locale pour encourager les visites aux centres de soins. L'ONG a mis du personnel infirmier à la disposition du public et nommé un pharmacien à Tougan pour gérer le système d'ordonnance et de remboursement lié à l'exemption des coûts.

TDH a également essayé de résoudre le problème du transport. Une tentative (un « *taxi sanitaire* » tiré par un âne) a échoué, mais une autre (des maisons d'attente de maternité, près des CSPS) a donné de bons résultats.

Le personnel de TDH estime que ce projet est un succès mais craint pour son avenir, comme l'a expliqué un représentant de TDH :

« Ce projet a été conçu dans une perspective urgentiste, il est pour le moment financé pour l'année 2009 et nous espérons qu'il sera reconduit en 2010 mais il n'est pas conçu pour être poursuivi indéfiniment. Il faut donc tirer les leçons de cette expérience et voir comment la pérenniser voire l'étendre. Sinon, les attentes énormes que nous avons créées au sein de la population risquent d'être cruellement déçues. »

Le projet de l'ONG HELP concerne deux districts dans la région du Sahel. Après avoir mené avec succès au Niger une expérience d'exemption totale du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes, HELP a proposé au gouvernement du Burkina Faso de lancer un projet similaire dans une des régions du pays où les services de santé sont les moins utilisés, la région du Sahel¹⁴¹. Cette expérience a démarré en septembre 2007 dans toutes les formations sanitaires des districts de Dori et de Sebba (qui regroupent 450 000 habitants).

Une large campagne d'information a été organisée dans les villages afin d'expliquer les lignes directrices de cette exemption. Prenant en compte les leçons apprises lors de l'expérience au Niger, les comités de gestion (COGES) ont été impliqués très tôt dans le processus. Le système de remboursement des consultations fournies gratuitement aux patients a été intégré au processus des COGES. Après dix mois d'expérience, il a été établi que chaque consultation revenait environ à 1 200 francs CFA (environ 2 euros) par enfant. Pour les accouchements, HELP complétait la politique nationale de subvention des SONU, les femmes ne devant donc plus payer les 900 francs CFA qui sont pris en charge par l'ONG.

Selon un expert qui a étudié l'impact de cette expérience,

« les premiers effets sont fort encourageants. Les populations ont repris confiance dans leur système de santé et les mères amènent leurs enfants malades bien plus tôt qu'avant le lancement de ce projet ».

La fréquentation des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans a plus que doublé et les accouchements assistés par du personnel qualifié ont augmenté de 50 %, en comparant les dix mois précédant et les dix mois suivant le projet.

HELP, en collaboration avec TDH et d'autres ONG, organise une série d'activités visant à étudier les effets de la gratuité des soins afin de promouvoir l'adoption d'une décision d'exemption totale des coûts dans tout le pays.

TDH et HELP ont toutes deux signalé que leurs projets semblent réduire la mortalité maternelle évitable. Amnesty International n'a pas vérifié ces résultats, mais ces modèles doivent être étudiés et débattus plus largement au moment de la révision des politiques de santé.

SUPPRESSION DES OBSTACLES FINANCIERS À L'ACCÈS AUX SOINS MATERNELS

Le gouvernement du Burkina Faso a accompli de réels efforts pour réduire de manière significative le coût des soins maternels, mais les 20 % restant à la charge de la population constituent encore un obstacle pour de nombreuses femmes ayant besoin de soins essentiels et urgents. Tout d'abord, de nombreuses femmes dépendent encore de leur mari ou d'autres membres de leur famille pour payer le coût des soins subventionnés. Ensuite, cette politique n'est pas toujours bien comprise par le public, ce qui crée des confusions et permet au personnel médical d'exiger des paiements informels. Enfin, les femmes pauvres les plus marginalisées ne bénéficient pas en pratique de la gratuité des soins, car il n'existe aucun critère pour identifier les femmes indigentes ayant droit à une exemption totale.

La subvention totale de la santé sexuelle et reproductive contribuerait donc grandement à atteindre l'objectif déclaré du gouvernement : faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès à des accouchements avec assistance médicale. Comme le montrent les projets de TDH et de HELP au Burkina Faso, et d'autres en Afrique, la suppression des coûts accroît la demande de services de santé. Elle clarifie également la politique de santé aux yeux de la population et empêche quelque peu le personnel de santé d'exiger des paiements informels.

Dans un passé récent, le fait de réclamer des frais aux patients était présenté comme une mesure positive permettant le recouvrement des coûts et améliorant l'efficacité des services. La réalité a montré

qu'il s'agit souvent d'un obstacle important à l'accès aux soins. Ces coûts ont souvent eu des effets particulièrement négatifs sur les personnes vivant dans la pauvreté, en particulier les plus pauvres et les plus vulnérables, et tout spécialement les femmes¹⁴².

L'OMS a également souligné ces effets négatifs, déclarant en 2005 dans son rapport sur la santé dans le monde : « *Le problème des frais catastrophiques - qui chaque année ruinent quelque 100 millions de personnes dans le monde - se pose chaque fois que le service de santé réclame un paiement direct, qu'il n'existe aucun mécanisme de répartition des risques financiers et que les ménages ont une solvabilité limitée*¹⁴³. »

Même lorsqu'il existe des exemptions et des dérogations visant à protéger les personnes dans l'incapacité de payer, ces mesures se sont souvent avérées peu fiables, inefficaces, coûteuses, difficiles à administrer et également susceptibles de détournement ; les populations ignorent souvent l'existence même de ces exemptions et leur droit à en bénéficier lorsqu'elles ne peuvent payer les soins nécessaires¹⁴⁴.

Ces coûts sont encore prélevés dans de nombreux pays, mais les ONG, les organes des Nations unies et les gouvernements prêtent beaucoup d'attention depuis ces dernières années aux effets négatifs des coûts liés aux services de santé pour les personnes vivant dans la pauvreté, ainsi qu'à la nécessité gratuite de ces services, lorsqu'elle est indispensable pour l'accès aux soins.

Un rapport publié en juin 2009, intitulé *The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2009 – Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis*, approuvé par plusieurs pays, organes et institutions des Nations unies a précisé : « *Il est de plus en plus manifeste que la mise à disposition d'un ensemble de services de qualité gratuits dans les centres de soins se révèle efficace pour surmonter l'inégalité inévitablement entraînée par les services payants. Cette gratuité est un moyen efficace, pragmatique et équitable d'élargir l'accès aux services de santé à une plus grande partie de la population*¹⁴⁵. »

Un consensus apparaît donc quant à la nécessité de supprimer les coûts qui constituent un obstacle financier à l'accès aux services de santé. Il s'agit là d'un élément fondamental pour parvenir à un accès universel aux soins essentiels ; plusieurs pays en développement ont supprimé ces coûts et des bailleurs se sont engagés à accorder leur assistance technique et financière à ces pays. En septembre 2009, des bailleurs se sont accordés pour encourager six pays à accroître leur accès aux soins gratuits : le Burundi, le Ghana, le Liberia, le Malawi, le Népal et la Sierra Leone¹⁴⁶. Il existe également un consensus croissant sur la nécessité vitale de renforcer les systèmes de santé nationaux afin de prévenir les décès et maladies évitables. Il faut donc accompagner la suppression des coûts à la charge du patient par des mesures supplémentaires visant à améliorer la disponibilité de services de qualité, ce qui nécessite d'accroître le nombre de professionnels de la santé correctement formés et rémunérés, et des centres et fournitures de soins – afin de répondre efficacement à une demande accrue tout en assurant la qualité des soins¹⁴⁷.

Au Burkina Faso, même si la gratuité des soins obstétricaux présente des avantages évidents, de nombreuses personnes estiment qu'une telle politique ne peut réussir que si la gestion des financements et du matériel médical est considérablement améliorée. Comme l'a déclaré un médecin du Burkina Faso à Amnesty International en mars 2009 :

« L'exemption totale des coûts pour les SONU [soins obstétricaux et néonataux d'urgence] peut être une solution, mais le problème est de savoir comment assurer la présence du matériel médical dans le secteur public – en d'autres termes, comment empêcher ce matériel de disparaître et d'être vendu à titre privé. »

Une politique d'exemption totale pour les SONU, si elle est adoptée, devrait donc s'accompagner d'autres mesures, pour être mise en œuvre efficacement et améliorer l'accès à des soins de qualité. Dans ce but, toute mesure visant à supprimer les obstacles financiers aux soins doit être annoncée de manière prompte et efficace tant au personnel des centres de soins qu'aux usagers, et doit être mise en œuvre en même temps que les mesures nécessaires pour renforcer et améliorer les centres de soins – par exemple en augmentant les effectifs du personnel soignant qualifié et en les répartissant de manière équitable, en améliorant ses conditions de travail, en assurant la fourniture du matériel médical nécessaire, en disposant d'un système de transfert efficace et en améliorant les mécanismes de surveillance et de responsabilisation au sein du système de santé.

LE DROIT À LA SANTÉ ET LES OBSTACLES FINANCIERS

L'un des éléments essentiels du droit à la santé est l'accessibilité économique. Le CESCR a souligné qu'en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : « *Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés*¹⁴⁸. »

Lors de l'allocation des ressources, le gouvernement doit aussi accorder la priorité aux groupes les plus vulnérables et marginalisés qui connaissent les plus grandes difficultés à jouir de leurs droits.

En tant qu'État partie au CEDAW, le Burkina Faso a l'obligation de prendre les mesures appropriées « *pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de*

leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux » et pour fournir « aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement » (article 12). Le comité CEDAW a interprété l'article 12 de cette convention pour y inclure une obligation faite aux États de lever les obstacles en matière d'accès aux services de santé, notamment les coûts élevés, et de prendre des mesures adaptées pour garantir aux femmes un accès rapide et peu coûteux à ces services¹⁴⁹. Le comité a souligné que les États ont l'obligation de respecter le droit des femmes à une maternité sans risques et à des services obstétricaux d'urgence, et qu'ils devraient consacrer à ces services le maximum des ressources disponibles¹⁵⁰. Le rapporteur spécial sur le droit à la santé a également déclaré que : « L'accessibilité physique et le coût des services de santé jouent souvent un grand rôle dans la décision des femmes de chercher ou non à se faire soigner. Dans de nombreux pays, on ne parviendra à faire reculer la mortalité maternelle qu'en rendant les services plus accessibles, notamment en les étendant aux zones mal desservies, et en veillant à ce que les interventions pertinentes soient d'un coût abordable¹⁵¹. »

8/PÉNURIES DE PERSONNEL ET DE MATÉRIEL

« IL DOIT EXISTER DANS L'ÉTAT PARTIE, EN QUANTITÉ SUFFISANTE, DES INSTALLATIONS, DES BIENS ET DES SERVICES AINSI QUE DES PROGRAMMES FONCTIONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SOINS DE SANTÉ. LA NATURE PRÉCISE DES INSTALLATIONS, DES BIENS ET DES SERVICES DÉPENDRA DE NOMBREUX FACTEURS, NOTAMMENT DU NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTAT PARTIE. CES INSTALLATIONS, BIENS ET SERVICES COMPRENDRONT TOUTEFOIS LES ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ TELS QUE L'EAU SALUBRE ET POTABLE ET DES INSTALLATIONS D'ASSAINISSEMENT APPROPRIÉES, DES HÔPITAUX, DES DISPENSAIRES ET AUTRES INSTALLATIONS FOURNISSANT DES SOINS DE SANTÉ, DU PERSONNEL MÉDICAL ET PROFESSIONNEL QUALIFIÉ RECEVANT UN SALAIRE DÉCENT PAR RAPPORT AU NIVEAU NATIONAL, ET DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS.

[...] OUTRE QU'ILS DOIVENT ÊTRE ACCEPTABLES SUR LE PLAN CULTUREL, LES INSTALLATIONS, BIENS ET SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ DOIVENT ÉGALEMENT ÊTRE SCIENTIFIQUEMENT ET MÉDICALEMENT APPROPRIÉS ET DE BONNE QUALITÉ, CE QUI SUPPOSE, NOTAMMENT, DU PERSONNEL MÉDICAL QUALIFIÉ, DES MÉDICAMENTS ET DU MATÉRIEL HOSPITALIER APPROUVÉS PAR LES INSTANCES SCIENTIFIQUES ET NON PÉRIMÉS, UN APPROVISIONNEMENT EN EAU SALUBRE ET POTABLE ET DES MOYENS D'ASSAINISSEMENT APPROPRIÉS. »

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale 14, paras. 12-a et 12-d

Malgré d'importants efforts du gouvernement pour améliorer les centres de soins et la formation du personnel médical, la qualité des soins obstétricaux d'urgence reste largement insuffisante et de nombreuses femmes n'ont pas accès à une assistance qualifiée lors de l'accouchement. Ces deux facteurs contribuent à la mortalité maternelle élevée au Burkina Faso.

Le système de santé souffre de plusieurs problèmes récurrents qui ont de graves conséquences sur la mortalité maternelle :

- une infrastructure sanitaire insuffisante
- des pénuries et des interruptions dans l'approvisionnement de médicaments et de matériel médical



© Anna Kari

Une sage-femme examine une jeune femme de dix-sept ans qui attend son premier enfant et dont le travail commence. Lankoué.

- des pénuries récurrentes de sang
- un manque de personnel médical qualifié
- un manque d'accoucheurs qualifiés

UNE INFRASTRUCTURE SANITAIRE INSUFFISANTE

Dans le PNDS de 2001, les autorités ont reconnu que « *les infrastructures sanitaires et les équipements médicaux ont fait l'objet jusque-là de peu d'attention en matière de maintenance* » et qu'il fallait « *définir une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements*¹⁵² ». Lors des quatre missions de recherche effectuées par Amnesty International au Burkina Faso, les délégués ont visité plusieurs centres de soins qui souffraient presque tous de problèmes d'infrastructure.

© Anna Kari



Cette femme de vingt-trois ans a connu un accouchement difficile (trois jours avant que cette photo soit prise) et a été transférée dans un hôpital régional pour y subir une césarienne. Comme elle ne se remettait pas, elle a été envoyée à l'hôpital Yalgado, à Ouagadougou, où un diagnostic d'anémie, d'hypertension et de maladie rénale a été établi. Elle est restée sans connaissance pendant presque tout son séjour à Yalgado, et semblait désorientée lorsqu'elle s'éveillait. Elle est morte huit jours après la date à laquelle cette photo a été prise, le 1^{er} juillet 2009.

DÉGRADATION ET INSALUBRITÉ DE LOCAUX SANITAIRES

La plupart des centres de soins qu'a visités Amnesty International souffraient de problèmes d'infrastructure importants. Certains CSPS étaient très délabrés : fenêtres cassées, trous dans les toits en tôle. Les bâtiments sont inondés lorsqu'il pleut, à cause de leur vétusté ou du manque d'entretien et de réparations.

Ces problèmes peuvent se retrouver à différents degrés à tous les niveaux du système de santé, des CSPS aux hôpitaux universitaires nationaux. Lors d'une visite dans l'un de ces hôpitaux en juin 2009, Amnesty International a observé que les routes d'accès à la zone hospitalière ne sont pas bitumées, et que les couloirs extérieurs menant à la maternité étaient inondés en cas de forte pluie.

Les centres de soins manquent désespérément de place et dans un hôpital universitaire, Amnesty International a vu des femmes près d'accoucher ou venant d'accoucher dormir à même le sol dans les couloirs.

APPROVISIONNEMENT EN ÉLECTRICITÉ

Les centres de soins connaissent des problèmes graves et récurrents d'approvisionnement en électricité, en particulier dans les zones rurales où ces centres dépendent de l'électricité solaire. Dans plusieurs centres ruraux, le personnel médical a déclaré à Amnesty International que les panneaux solaires étaient endommagés et n'avaient pas été remplacés.

Une accoucheuse auxiliaire travaillant dans un CSPS rural a déclaré que les piles solaires ne fonctionnaient que quatre heures par jour, et qu'elle devait régulièrement procéder à des accouchements « *avec une torche électrique coincée entre le cou et l'épaule* ».

L'approvisionnement en électricité est aussi un problème dans plusieurs hôpitaux de district (CMA) à Ouagadougou. Lors d'une mission de recherche en mars 2009, des délégués d'Amnesty International ont appris, que quelques jours plus tôt, le personnel médical d'un de ces CMA avait dû assister une parturiente à la lumière des bougies, car il n'y avait pas d'électricité¹⁵³. Cet hôpital, qui souffre d'un problème d'infrastructure particulièrement grave, peut à peine procéder à des opérations chirurgicales. Lors d'une rencontre avec Amnesty International quelques jours plus tard, le ministre de la Santé Seydou Bouda a reconnu ce problème et déclaré que ce CMA « *était en voie de réhabilitation lourde* ».

CONDITIONS DE TRAVAIL

En raison du manque d'hygiène élémentaire et de ventilation adéquate, le personnel des unités chirurgicales et des salles d'accouchement travaille dans des conditions extrêmement difficiles. Le personnel médical s'est plaint à Amnesty International de ces conditions insalubres, notamment des chambres sales et des toilettes bouchées pendant plusieurs semaines consécutives.

En juin 2009, les délégués d'Amnesty International ont constaté qu'un couloir menant à une unité chirurgicale de l'un des hôpitaux universitaires était inondé et ils ont vu des cafards sur les murs de la salle du personnel de la maternité.

Dans les centres de soins les plus importants du pays qui procèdent à de nombreuses césariennes, le manque de climatisation constitue un problème considérable. Un obstétricien a déclaré à Amnesty International : « *Sans climatisation, il est très difficile d'opérer par des températures aussi élevées, car nous ne pouvons pas ouvrir la fenêtre à cause des microbes.* »

Lors de rencontres avec des responsables gouvernementaux et des parlementaires, Amnesty International a mentionné ses préoccupations concernant l'état des centres de soins qu'elle avait visités, et s'est fait l'écho de l'exaspération du personnel médical. Tous les responsables

gouvernementaux ont reconnu qu'ils étaient au courant de cette situation, et un parlementaire important a déclaré avoir vu certains CSPPS « *dans un état de délabrement inimaginable, avec des trous dans le toit* », expliquant que cela était dû à des restrictions budgétaires.

Problème d'infrastructure et d'approvisionnement dans dix CSPPS

En juillet 2009, Amnesty International a visité dix CSPPS dans les environs de Ouagadougou et s'est entretenue avec le personnel médical.

- Chaque CSPPS disposait d'au moins d'une table d'accouchement et de quatre lits en moyenne. La plupart de ces lits étaient en bon état mais ils n'avaient pas de draps : les personnes accompagnant les patients doivent en apporter.
- Tous les centres disposaient de matériel électrique, mais l'électricité ne marchait que dans un seul CSPPS. De plus, ce dernier n'était pas alimenté en permanence à cause de coupures fréquentes.
- Parmi les CSPPS privés d'accès au réseau électrique, huit possédaient des panneaux solaires et l'un ne disposait d'aucune source de courant. Le personnel médical a déclaré à Amnesty International que l'énergie solaire n'était pas fiable et ne produisait de l'électricité que sur de brèves périodes. En outre, l'installation était défectueuse et ne desservait pas toutes les pièces du centre. Le personnel utilisait des torches et des lampes électriques pour les accouchements, et il était parfois demandé aux personnes accompagnant les patients de fournir ce matériel.
- Tous les CSPPS étaient approvisionnés en eau par des puits appartenant au centre de soins ou au village. Lorsqu'il faut de l'eau chaude, il est demandé aux personnes accompagnant les patients de la faire chauffer.
- Un de ces CSPPS utilisait un stérilisateur à chaleur sèche et les neuf autres stérilisaient leurs instruments à la vapeur d'un autocuiseur ou en utilisant le procédé dit « *désinfection de haut niveau* » (DHN) qui est la norme pour les centres de soins dépourvus d'électricité.
- Six CSPPS ont indiqué qu'ils souffraient régulièrement de pénuries de produits médicaux (pharmacie, fer pour femmes enceintes, balances de pesée, tensiomètres) et de produits de nettoyage (eau de Javel, savon liquide, alcool, gants et matériaux protecteurs). Le personnel médical a précisé que le réapprovisionnement prenait beaucoup de temps.

PÉNURIES DE MÉDICAMENTS ET DE MATÉRIEL MÉDICAL

Dans de nombreux centres de soins visités par Amnesty International, certains équipements essentiels étaient endommagés ou manquants. En outre, de nombreux membres du personnel médical se sont plaints de ruptures d'approvisionnement et de retards dans le réapprovisionnement des médicaments et équipements.

PÉNURIES ET MAUVAIS ÉTAT DU MATÉRIEL

La pénurie de lits et de tables d'accouchement existe à tous les niveaux du système de soins maternels. Dans plusieurs CSPS visités par Amnesty International, les tables d'accouchement étaient rouillées ou abîmées. Un membre du personnel infirmier d'un CSPS rural a déclaré à Amnesty International que *« la table d'accouchement est tellement sale et inconfortable que les femmes préfèrent accoucher à même le sol. »*

De nombreuses femmes interrogées par Amnesty International ont déclaré que les tables n'étaient pas nettoyées entre deux accouchements et que les accompagnatrices des femmes enceintes (sœurs, mère ou amies) devaient nettoyer les lits et enruler les nouveau-nés dans leurs propres étoffes ou dans le linge souillé. Au moins deux femmes vivant dans une zone rurale proche de Ouagadougou ont déclaré avoir été placées sur une table d'accouchement souillée où une autre femme venait d'accoucher. Ce manque d'hygiène fait courir un risque d'infection aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés.

Le manque de tables d'accouchement se fait sentir jusqu'à l'échelon supérieur du système de santé. En mars 2009, des membres du personnel médical de l'hôpital universitaire de Bobo-Dioulasso ont déclaré à Amnesty International qu'il n'y avait que deux tables d'accouchement en bon état ; un médecin a déclaré : *« Si les deux tables sont occupées, la femme qui attend pour accoucher devra avoir de la chance. »*

PÉNURIES ET QUALITÉS MÉDIOCRES DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

Dans de nombreux CSPS visités par Amnesty International, le personnel médical se plaignait de la mauvaise qualité des équipements, en particulier des tensiomètres qui ne duraient souvent pas plus de trois mois. De nombreux membres du personnel ont souligné qu'il leur manquait du matériel essentiel comme des gants et des seringues, parfois pendant plusieurs mois d'affilée. Ce matériel est essentiel pour empêcher la transmission des maladies. Plusieurs membres du personnel infirmier ont déclaré à Amnesty International qu'ils n'avaient qu'une seule paire de ciseaux et un petit nombre de clamps ; ils devaient les stériliser après chaque usage, ce qui provoquait des retards.

PÉNURIES DE MÉDICAMENTS

Amnesty International a visité des pharmacies dans certains CSPS et hôpitaux de district où le personnel se plaignait de pénuries fréquentes de médicaments, par exemple le fer, utilisé contre l'anémie, ou les antipaludéens.

En mars 2009, une sage-femme travaillant à Ouagadougou a déclaré :

« Nous ne pouvons pas travailler comme ça : il manque des produits comme les gants, l'alcool et certains médicaments génériques essentiels pour empêcher les hémorragies. Il n'y a pas assez de gants stériles. Les sages-femmes doivent apporter leurs propres gants dans leurs sacs. Il y a souvent des ruptures d'approvisionnement. Nous avons des kits d'accouchement sans gants stériles, sans Javel, sans alcool [...] Nous demandons sans cesse qu'on refournisse les stocks, mais il n'y a aucune réponse à nos doléances et le personnel ne peut rien faire de plus. »

Les pénuries peuvent résulter d'une pénurie au niveau central ou d'une mauvaise gestion au centre de soins. Comme l'a déclaré une spécialiste du système de soins au Burkina Faso : « *parfois les gens attendent que la dernière ampoule soit épuisée avant de passer commande* », avant d'ajouter :

« Le problème du matériel hors d'usage peut être dû à l'entretien insuffisant, à la négligence ou au mauvais usage. Par exemple, la rouille du matériel d'accouchement est souvent le résultat d'une connaissance insuffisante des solutions de désinfection avant la stérilisation (solution trop concentrée, immersion trop longue, rinçage insuffisant... qui endommagent le matériel). Tous les aspects de la stérilisation sont négligés et font rarement l'objet d'un contrôle de qualité. En outre, dans certains centres de soins, les médecins et les gestionnaires du centre ne donnent les médicaments ou le matériel que sporadiquement, car ils savent que s'ils les donnaient tous en même temps, ils pourraient être cassés ou disparaître pour être revendus illégalement aux patients ou dans des cliniques privées. »

PÉNURIES FRÉQUENTES DE SANG

Dans le monde entier, l'hémorragie est l'une des principales causes de mortalité maternelle. En cas d'urgence, l'accès à une transfusion compatible et sûre est donc essentiel.

Le gouvernement du Burkina Faso a accompli de réels efforts pour améliorer la qualité et la quantité du sang disponible. Une politique nationale de transfusion sanguine¹⁵⁴ a été adoptée pour assurer la collecte et le stockage du sang des transfusions, selon les normes de l'OMS¹⁵⁵. Deux centres nationaux de transfusion sanguine (CNTS) ont été créés en 2005 à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, et deux autres à Fada et Koudougou, en 2008. Le gouvernement a également multiplié par cinq le budget des CNTS, de quelque 200 millions de francs CFA en 2005 à 927 millions de francs CFA en 2009 (de 305 000 à 1,4 million d'euros environ¹⁵⁶).

Ces quatre CNTS sont responsables de l'approvisionnement en sang des hôpitaux régionaux et de district. Cependant, ils sont dans l'incapacité d'assurer une couverture nationale, car ils ne parviennent pas à approvisionner trois régions sanitaires (Nord, Sahel et Sud-Ouest). Même dans les régions couvertes par les CNTS, la fourniture n'est pas toujours régulière. Par exemple, des membres du personnel médical ont déclaré à Amnesty International que le CNTS de Bobo-Dioulasso ne peut fournir du sang « *que de temps en temps* » à l'hôpital régional de Banfora ; il en va de même pour le centre de Koudougou avec l'hôpital régional de Dédougou ; quant au CNTS de Fada, il ne fournit l'hôpital régional de Tenkodogo que « *rarement*¹⁵⁷ ».

Les pénuries de sang sont particulièrement critiques à la saison des pluies, en raison de l'anémie palustre (due au paludisme), et parce qu'elle coïncide avec les vacances scolaires et universitaires (les élèves et étudiants formant le groupe de donneurs le plus important). Pendant cette période, le CNTS de Ouagadougou ne recueille que 60 unités de sang par jour, soit moins de la moitié des 150 nécessaires quotidiennement.

Le fait que les quatre CNTS ne puissent pas fournir tous les hôpitaux régionaux et de district est très grave, car ces centres ne disposent souvent pas de réfrigérateurs et des équipements pour recueillir et conserver le sang dans de bonnes conditions. Selon un spécialiste de la transfusion sanguine au Burkina Faso, les hôpitaux font ce qu'ils peuvent pour pallier les déficiences de cet approvisionnement : « *Le sang est testé ; cependant, ils font des transfusions avec ce qu'ils ont sous la main, sans pouvoir respecter les normes internationales de l'OMS qui soulignent que le sang ne doit pas être donné entier. Il doit être séparé en plusieurs composants (globules rouges, plasma et plaquettes) et seul le composant nécessaire doit être transfusé.* »

Certains centres de soins ne disposent pas d'une banque du sang par manque d'électricité. Par exemple, un hôpital de district situé à 100 kilomètres à l'ouest de Ouagadougou et visité par Amnesty International en juillet 2008 n'avait pas de banque du sang, et n'était pas approvisionné régulièrement en électricité depuis mai 2007. L'un des médecins a déclaré :

« **Quand une femme enceinte a besoin d'une transfusion, nous demandons à la famille de donner du sang. Il y a un problème de compatibilité et même si nous trouvons du sang compatible, il risque d'être en quantité insuffisante. »**

Amnesty International a recensé de nombreux cas où il avait été demandé aux parents d'une femme enceinte de donner leur sang.

Maïmouna, morte en août 2007 d'une hémorragie et d'un manque de sang

Maïmouna vivait dans un village à cinq kilomètres du CSPS le plus proche, dans un district à 200 kilomètres de Ouagadougou. Pendant sa grossesse, elle se rendait régulièrement au CSPS. Après y avoir accouché, Maïmouna a commencé à perdre du sang ; il lui a été déclaré qu'elle avait besoin d'une transfusion et qu'elle devait donc être transférée à l'hôpital régional, à 30 kilomètres de là.

En mars 2009, le mari de Maïmouna a raconté à Amnesty International : « *Quand nous sommes arrivés à l'hôpital régional, le médecin nous a dit que ma femme avait besoin d'une transfusion mais qu'il n'avait pas de sang ; j'ai proposé de lui donner le mien mais il était incompatible. Je suis allé voir mes parents, qui vivent dans cette ville, mais leur sang était aussi incompatible. Le personnel médical a proposé de m'aider, mais leur sang était aussi incompatible. Malgré d'autres recherches dans la nuit de samedi à dimanche, nous n'avons rien trouvé. Vers 7 heures du soir, ma femme est morte sans avoir reçu aucune transfusion. »*

MANQUE DE PERSONNEL MÉDICAL QUALIFIÉ

Au Burkina Faso, les effectifs du personnel médical qualifié se sont accrus ces cinq dernières années, mais ils restent très insuffisants. Le nombre de sages-femmes accréditées est passé de 504 en 2004 à 697 en 2008¹⁵⁸, soit une pour 21 000 habitants, bien loin de la norme établie par l'OMS qui prévoit une sage-femme pour 5 000 habitants. Le nombre de médecins est également passé de 359 en 2004 à 473 en 2008 (dont 70 gynécologues environ), soit un médecin pour 31 000 habitants¹⁵⁹, alors que la norme de l'OMS prévoit un médecin pour 10 000 habitants.

Le manque de personnel médical formé est exacerbé par le fait que l'offre de soins n'est pas répartie également dans tout le pays. Par exemple, en 2007, la région Centre, avec une population de 1 560 049 personnes, avait 44 médecins et 199 sages-femmes au niveau du district, tandis que la région Nord, avec 1 156 207 habitants, ne comptait que dix médecins et 16 sages-femmes¹⁶⁰. Avec de tels effectifs la région Centre comptait, en 2007, une sage-femme pour 3 000 femmes en âge d'avoir des enfants, alors qu'il n'y a qu'une sage-femme pour « *vingt mille femmes et plus* » dans la région Nord¹⁶¹.

L'une des raisons principales de cette répartition inégale du personnel qualifié est liée aux conditions de travail difficiles des personnels de santé dans les zones rurales – où ils travaillent seuls, sans équipements essentiels ni nouvelles technologies. De manière générale, le personnel qualifié est peu disposé à se rendre en zone rurale, et cela est d'autant plus vrai pour les sages-femmes. La plupart d'entre elles n'ont guère envie de travailler en dehors des villes, car elles sont généralement mariées à un homme qui travaille en ville, et les femmes veulent rester avec leurs familles. Face à ce problème, le gouvernement a créé un nouveau corps d'accoucheurs masculins, appelés « *maïeuticiens d'État* », mais ceux-ci sont déployés au niveau du district, ce qui ne laisse que des accoucheuses auxiliaires au niveau des villages.

Le rapporteur spécial sur le droit à la santé a déclaré que le droit à la santé implique que les femmes aient accès à des biens, à des services et à des installations de santé procréative qui soient disponibles et en quantité suffisante : « *Cela implique, entre autres obligations, que les États disposent d'un effectif suffisant de personnel médical qualifié. Dans de nombreux pays, la réduction de la mortalité maternelle suppose une amélioration des politiques en matière de ressources humaines, notamment l'accroissement du nombre de professionnels de la santé et l'amélioration de leurs conditions d'emploi*¹⁶². »

MANQUE D'ACCOUCHEURS QUALIFIÉS

La présence d'une personne qualifiée à chaque accouchement a été identifiée comme l'un des trois principaux éléments de toute stratégie visant à réduire la mortalité maternelle, les deux autres éléments étant l'accès à des services contraceptifs pour éviter les grossesses non désirées et à des soins obstétricaux d'urgence nécessaires.

Soins dispensés à la naissance par un personnel qualifié : définitions ¹⁶³

Un **accoucheur qualifié** est un professionnel de santé accrédité : une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier(ère) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications.

Par **prestation de soins par du personnel qualifié**, on entend les soins prodigués à une femme (et à son nouveau-né) pendant la grossesse, l'accouchement ou immédiatement après l'accouchement par un personnel de santé accrédité et compétent ayant à sa disposition l'équipement nécessaire dans le cadre d'un système de santé fonctionnel, comprenant entre autres des moyens de transport et des centres de référence où transférer les femmes présentant une urgence obstétricale.

Pour garantir des soins dispensés à la naissance par du personnel qualifié, il est essentiel que la formation du personnel médical, notamment des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires, soit d'une qualité suffisante, avec une évaluation et un suivi permanents¹⁶⁴.

Cependant, la formation de ce personnel médical essentiel souffre, de longue date, de graves lacunes. Un expert du système de santé au Burkina Faso a déclaré à Amnesty International :

« L'un des grands problèmes de la formation des sages-femmes est le manque de ressources des écoles professionnelles, le fait que les enseignants sont sous-payés, le manque de matériel pédagogique, et l'absence de moyens logistiques ou financiers permettant aux enseignants de suivre leurs élèves lors de leur formation professionnelle. »

Au niveau des CSPS, les accoucheuses auxiliaires constituent le premier niveau de soins pour presque toutes les femmes enceintes, en particulier dans les zones rurales où les sages-femmes ne sont pas déployées. En l'absence de l'infirmier major, il leur revient de prendre la décision de transférer la femme enceinte en cas de complication.

Le niveau de formation de ces auxiliaires est sujet à débat au Burkina Faso. Selon certains experts, elles peuvent procéder à des accouchements simples et transférer les femmes enceintes souffrant de complication vers des hôpitaux. D'autres, dont plusieurs gynécologues travaillant dans les hôpitaux universitaires de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, estiment que de nombreuses auxiliaires ne sont pas

compétentes pour reconnaître les signes de danger. Un chercheur du centre MURAZ de Bobo-Dioulasso a déclaré aux délégués d'Amnesty International :

« Selon les normes internationales, quand on parle d'assistance qualifiée à l'accouchement, la sage-femme est le professionnel de santé de référence. Au Burkina Faso, 80 à 90 % des formations sanitaires n'ont comme seul personnel que des accoucheuses auxiliaires pour assurer les accouchements. Cette catégorie de professionnelles de la santé n'est pas reconnue au plan international par l'OMS comme pouvant assurer une assistance qualifiée à l'accouchement. Il faudrait procéder à une évaluation complète des compétences de ce personnel médical et augmenter le niveau de formation requis. Cela est d'autant plus préoccupant qu'un défaut dans la pose de diagnostic au niveau du CSPS peut retarder le transfert à temps vers une structure de soins appropriée. »

En outre, il semble que les partographes¹⁶⁵ – l'un des protocoles essentiels en termes de qualité de soins – ne soient pas toujours utilisés. Par exemple, en mars 2009, Amnesty International a pu voir le dossier médical d'une *near-miss* (femme enceinte ayant échappé de peu à la mort, appelée « échappée belle » au Burkina Faso). Le partographe était vierge. Un membre du personnel infirmier dans une zone rurale a déclaré à Amnesty International : « Lors de notre formation, nous apprenons à nous servir des partographes, mais certains membres du personnel ne l'utilisent pas. C'est inquiétant, car il peut s'agir d'un outil essentiel pour décider de transférer une femme vers un centre de niveau supérieur. » Une experte du système de santé au Burkina Faso a déclaré à Amnesty International que « certaines sages-femmes remplissent le partographe après l'accouchement alors que c'est inutile, pour pouvoir l'ajouter au dossier médical et éviter tout blâme. »

Certains responsables du ministère de la Santé rencontrés par Amnesty International en mars 2009 ont reconnu que la formation des accoucheuses auxiliaires était insuffisante, et ont annoncé que pour pallier ces insuffisances, le gouvernement venait de créer une nouvelle catégorie intermédiaire d'accoucheuses brevetées. Le niveau minimum pour suivre cette formation de deux ans correspond à une expérience d'accoucheuse auxiliaire de plusieurs années, en plus du Brevet d'études du premier cycle (BEPC¹⁶⁶). L'un des responsables a dit à Amnesty International que la première promotion d'accoucheuses qualifiées (soit 50 personnes environ) devrait être diplômée à la mi-2009, et qu'elles seraient placées dans des hôpitaux de district. Les CSPS, où se rendent la grande majorité des femmes pour accoucher, ne profiteront donc pas directement ou immédiatement de ce nouveau programme de formation.

9/DES SOINS D'UNE QUALITÉ INSUFFISANTE

« LORS DE LA GROSSESSE LES FEMMES DOIVENT BÉNÉFICIER D'UNE CONTINUITÉ DES SOINS QUI PERMETTE LE MEILLEUR DÉNOUEMENT POSSIBLE POUR ELLES ET LEURS NOUVEAU-NÉS [...] RÉUSSIR LA MISE EN PLACE D'UNE RÉELLE CONTINUITÉ DES SOINS REQUIERT L'EXISTENCE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ OPÉRATIONNEL AVEC DES INFRASTRUCTURES, INCLUANT ENTRE AUTRES UN SYSTÈME DE TRANSPORT, PERMETTANT LE TRANSFERT ENTRE LES STRUCTURES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE. CELA NÉCESSITE AUSSI UNE COOPÉRATION RÉELLE, EFFICACE ET TRÈS ACTIVE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS. »

OMS, Confédération internationale des sages-femmes et Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique ¹⁶⁷

Outre les pénuries de personnel et de matériel, deux problèmes essentiels nuisent à la qualité des soins reçus par les femmes enceintes au Burkina Faso : de graves dysfonctionnements dans le système d'aiguillage et des difficultés relationnelles entre les patientes et le personnel médical.

DYSFONCTIONNEMENTS DANS LE SYSTÈME D'AIGUILLAGE

Le système d'aiguillage constitue le fondement de tout système de santé fonctionnel, permettant aux complications d'être traitées à un niveau supérieur. Il est appliqué au Burkina Faso, où les CSPS ne peuvent procéder qu'à des accouchements normaux et doivent transférer à l'échelon supérieur (hôpitaux de district, régionaux ou universitaires) toute femme enceinte souffrant de complications.

De graves défaillances remettent en cause ce système d'aiguillage, en particulier :

- les retards dans la décision de transfert
- les capacités insuffisantes des services d'urgence dans les hôpitaux de district et régionaux



© Anna Kari

Une femme sur le point d'accoucher de son premier enfant est couchée dans le couloir de la maternité. La salle de travail ne peut accueillir que six parturientes et les femmes doivent donc attendre pour y être admises que la naissance soit imminente. Hôpital Yalgado, Ouagadougou.

- les pénuries de sang
- le manque d'ambulances pour le transfert des femmes enceintes
- l'absence de communications entre les centres de soins

En raison de ces problèmes, de nombreuses femmes sont transférées vers les centres hospitaliers universitaires de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, ce qui entraîne des retards potentiellement fatals. Certains médecins travaillant dans ces deux hôpitaux universitaires ont déclaré à Amnesty International que de nombreuses femmes sont transférées trop tard. Un obstétricien de l'hôpital Yalgado, à Ouagadougou, a déclaré : « *Certaines femmes arrivent dans un état désespéré ; parfois, elles sont déjà mortes*¹⁶⁸ ».

DÉCISIONS DE TRANSFERT RETARDÉES

Les retards dans la décision de transférer un patient peuvent être dus au personnel du CSPS qui n'a pas reconnu à temps l'urgence de la situation ou résulter de difficultés à trouver un transport adéquat.

Parfois, le personnel capable de prendre la décision est absent. Le mari d'une femme décédée en août 2007 a raconté à Amnesty International :

« Une nuit, ma femme a eu des douleurs, alors je l'ai mise sur ma motocyclette pour me rendre au CSPS, à 12 kilomètres de chez nous. Nous avons passé la nuit de vendredi au centre de santé et le lendemain, samedi, vers 11 h 30 du matin, ma femme a donné naissance à un garçon, avec l'aide d'une accoucheuse auxiliaire. Juste après la naissance, ma femme a commencé à trembler et se sentir mal. Nous avons dû attendre l'arrivée de l'infirmier major pour que soit prise la décision de la transférer. Il est revenu six heures plus tard et dès qu'il l'a vue, il a dit qu'il fallait la transférer immédiatement à l'hôpital régional. »

Cette femme est finalement arrivée à l'hôpital régional à 7 heures du soir ; là, un médecin a dit qu'il lui fallait une transfusion. Comme il n'y avait pas de banque du sang dans cet hôpital et qu'aucun des membres de la famille n'était donneur compatible, elle aurait dû être transférée immédiatement à l'hôpital universitaire Yalgado, mais il était trop tard. Elle est décédée quelques minutes après.

CAPACITÉS INSUFFISANTES DES SERVICES D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX DE DISTRICT ET RÉGIONAUX

Certains de ces hôpitaux transfèrent des patientes vers des hôpitaux universitaires pour la simple raison qu'ils n'ont pas la capacité d'opérer des femmes enceintes présentant des complications. Parfois le chirurgien est absent, ou la salle d'opération ne fonctionne pas parce que le générateur est en panne ou qu'il y a un problème de stérilisation. Ainsi, à Ouagadougou, sur quatre hôpitaux de district urbains, seul l'un d'eux (le CMA du Secteur 30) fonctionne jour et nuit. Les urgences arrivant dans les autres hôpitaux de district sont partiellement gérées par l'hôpital du Secteur 30 et surtout par l'hôpital universitaire Yalgado qui, pour cette raison, est gravement engorgé¹⁶⁹.

PÉNURIES DE SANG DANS LES HÔPITAUX DE DISTRICT ET RÉGIONAUX

Le système d'aiguillage connaît des problèmes parce que les hôpitaux universitaires de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso reçoivent de nombreuses femmes qui ne peuvent pas être soignées dans des hôpitaux de district ou même régionaux, en raison d'un manque de sang compatible (voir Chapitre 8). Un médecin travaillant dans un hôpital régional a déclaré à Amnesty International :

« Lorsque'une femme enceinte a besoin d'une transfusion, nous demandons à ses proches de donner leur sang. Si nous ne trouvons pas de donneur compatible, nous transférons la patiente à Ouagadougou, ce qui entraîne des retards potentiellement fatals. »

MANQUE D'AMBULANCES POUR LE TRANSFERT DES FEMMES ENCEINTES

Le manque d'ambulances constitue un autre problème sérieux : il entraîne des retards potentiellement fatals lors des transferts. Tous les hôpitaux de district visités par Amnesty International disposaient d'une ou deux ambulances, mais dans certains centres, l'une des ambulances ne fonctionnait pas, ce qui posait de réels problèmes lorsque deux urgences se déclaraient en même temps.

Assetou, morte en janvier 2008 à l'âge de vingt-cinq ans alors qu'elle essayait de se rendre dans un centre de soins

Assetou a été mariée à vingt et un ans, lorsque ses parents ont organisé son mariage avec Alassane, né en 1964 et père de quatre enfants nés d'une première épouse. Assetou n'est jamais allée à l'école. Sa famille vit dans un village doté d'un CSPS, situé à 16 kilomètres environ de l'hôpital régional.

Pendant sa grossesse, Assetou a effectué des visites prénatales au CSPS. En janvier 2008, elle a éprouvé des douleurs et s'est rendue au centre, où il lui a été répondu de revenir plus tard. Le lendemain, elle a de nouveau eu des contractions, et a été raccompagnée au centre par des femmes du village. Assetou a accouché vers 3 heures du matin mais le bébé n'a pas survécu. Six heures plus tard, elle est retournée chez elle avec son mari. Elle s'est mise au repos, mais deux jours plus tard, elle a cessé de s'alimenter. Une voisine qui s'occupait d'elle a déclaré à Amnesty International : « *Assetou disait qu'elle avait l'impression d'avoir de la brasse dans le ventre* ». Le lendemain, cette voisine a accompagné Assetou au CSPS, où elle a reçu une ordonnance que son mari a payée.

Assetou a passé la nuit au CSPS puis un membre du personnel infirmier a dit qu'elle devrait être évacuée vers l'hôpital régional mais que l'ambulance était « *gâtée* » ; le personnel a dit à la famille que c'était à eux de « *se débrouiller pour y aller* ». Le plus jeune frère d'Alassane a emmené Assetou sur sa mobylette. Alassane a raconté à Amnesty International : « *Elle se tenait à lui et par précaution, nous l'avons attachée à mon frère avec un morceau de tissu. Je roulais en mobylette à côté d'eux.* »

Le frère d'Alassane a ajouté : « *À un moment, j'ai remarqué un déséquilibre. J'ai senti Assetou me lâcher, et je ne portais plus son poids. Je me suis arrêtée et j'ai compris qu'elle avait rendu l'âme. Il y avait du sang sur ma mobylette.* »

ABSENCE DE COMMUNICATIONS ENTRE LES CENTRES DE SOINS

Un autre problème soulevé par plusieurs médecins est l'absence de tout système de communication entre centres de soins, à différents niveaux. Un obstétricien de l'hôpital universitaire Yalgado a déclaré :

« Nous ne sommes jamais informés de l'arrivée d'un cas urgent. Cela faciliterait notre tâche, car nous pourrions nous préparer à l'accueillir. Nous devrions introduire une "flotte", c'est-à-dire un système de communications pour maintenir des liens téléphoniques entre les différents centres de santé. »

© Anna Kari



Les tantes d'une jeune femme en travail attendent patiemment à la porte de la salle de travail du nouveau CSPS de Gorgaré.

LES PATIENTES ET LE PERSONNEL MÉDICAL : DES RELATIONS PARFOIS DIFFICILES

Lors de ses quatre missions de recherche, Amnesty International a noté le professionnalisme et le dévouement du personnel médical, à la fois en zone urbaine et rurale. Cependant, les délégués ont aussi recueilli un certain nombre de témoignages illustrant des attitudes négatives inquiétantes vis-à-vis des femmes enceintes et de leurs familles. Ces comportements s'expliquent en partie par le manque de motivation et la surcharge de travail que supportent de nombreux membres du personnel médical.

FAIBLE MOTIVATION DU PERSONNEL DE SANTÉ

Tous les membres du personnel de santé qui ont parlé à Amnesty International ont souligné que les bas salaires du secteur public nuisaient à la qualité des soins et provoquaient le départ d'une partie ou de la totalité des professionnels compétents et formés vers le secteur privé. Un professeur de médecine à Bobo-Dioulasso a déclaré à Amnesty International que le salaire de départ pour un infirmier est de 50 000 francs CFA par mois (environ 76 euros). « *Pour joindre les deux bouts, les gens travaillent dans le secteur public le matin et dans le privé l'après-midi.* » Un gynécologue a dit à Amnesty International que les médecins pouvaient doubler leurs revenus en passant deux après-midi dans le secteur privé.

Certains organes internationaux ont souligné la nécessité d'offrir des salaires compétitifs au personnel médical pour qu'il reste dans le service public. Le CESCR a déclaré : « *Il doit exister [...] en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. [...] Ces installations, biens et services comprendront [...] des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels*¹⁷⁰ ».

Une sage-femme interrogée par Amnesty International en juillet 2008, dans une ville située à 100 kilomètres au nord de Ouagadougou, a souligné un autre facteur qui explique pourquoi les sages-femmes expérimentées quittent la profession : « *Le salaire de base des sages-femmes oscille entre 75 000 et 80 000 francs CFA (de 114 à 122 euros environ). Pour vivre confortablement, il faut se spécialiser. Cependant, il n'existe pas de spécialisation en obstétrique. Beaucoup de sages-femmes et de maïeuticiens expérimentés passent donc des examens pour se spécialiser en chirurgie, anesthésie, ORL ou en pédiatrie. À cause de cela, nous perdons les personnes les plus expérimentées et les plus compétentes et nous devons constamment former de nouvelles recrues.* »

Cette situation va évoluer, dans la mesure où un nouveau programme vient d'être créé pour permettre aux sages-femmes de progresser dans leur carrière¹⁷¹.

ATTITUDES NÉGATIVES VIS-À-VIS DES PATIENTES ET DE LEURS FAMILLES

De nombreuses familles interrogées par Amnesty International ont critiqué l'attitude des infirmières, sages-femmes et accoucheuses auxiliaires, qui les traitaient grossièrement et parfois violemment. Lorsqu'une femme meurt en couches, le personnel médical révèle rarement la cause du décès et dans certains cas, traite les familles avec rudesse, en particulier celles des femmes vivant dans la pauvreté ou peu instruites.

Dans presque tous les cas de mortalité maternelle qu'Amnesty International a étudiés, le personnel médical n'a pas révélé à la famille la cause du décès. Souvent, les familles pauvres n'osent pas interroger le personnel, mais de nombreux maris en deuil ont regretté de ne pas savoir comment leur femme était morte. Un agriculteur a déclaré à Amnesty International :

« **Ma femme était suivie dans le CSPS où elle se rendait pour des visites prénatales. Ils ne nous ont jamais dit qu'il y avait un problème pendant la grossesse. Elle prenait des médicaments, mais je ne savais pas quoi... Je suis allé avec elle au centre de santé pour la naissance. Ils m'ont dit d'attendre. Puis l'infirmier est venu et m'a dit que ça ne se passait pas bien. Il m'a demandé si ma femme avait une maladie. Je lui ai dit qu'elle était en bonne santé, puisqu'elle était allée au centre de santé et qu'il n'y avait eu aucun problème. Il est revenu un peu plus tard et m'a dit simplement que ma femme était morte. Je ne sais pas pourquoi elle est morte. Personne ne me l'a dit. Je n'ai pas osé demander, mais j'aimerais vraiment savoir. »**

Il existe également des cas de manque de respect du personnel vis-à-vis des familles en deuil. Un mécanicien, dont la femme était soignée dans un centre de Ouagadougou avant de mourir en avril 2008, a déclaré à Amnesty International :

« **Ma femme a donné naissance à deux enfants. L'un a survécu, l'autre est mort. Un infirmier m'a demandé d'acheter un carton vide. Je suis revenu à la maternité avec. Quelques minutes plus tard, l'infirmier est revenu avec le carton ; dedans, il y avait le bébé mort-né. Il m'a dit d'enterrer le bébé, et puis de revenir. »**

NÉGLIGENCE ET VIOLENCES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Amnesty International a recueilli un certain nombre de témoignages de mères qui ont déclaré avoir été victimes de désinvolture, de négligence et même de violence dans des centres de soins. Des femmes ont rapporté avoir été insultées et pincées aux cuisses, giflées ou frappées pour les forcer à obéir pendant le travail. Certaines ont affirmé aussi avoir été laissées seules pendant des heures. D'autres femmes décrivent des traitements brutaux, douloureux et dégradants pendant les examens médicaux et l'accouchement, ainsi que des insultes du personnel médical si elles exprimaient leur crainte ou leur souffrance.

Aïcha, âgée de vingt-cinq ans, injuriée et giflée pendant le travail

Aïcha vend des bijoux au marché. Mère d'un garçon de deux ans, elle a raconté à Amnesty International comment elle avait été traitée lors de son premier accouchement, en mai 2005. Elle a finalement subi une césarienne et donné naissance à un bébé mort-né :

« C'était mon premier accouchement. Je suis arrivée à l'hôpital de district vers 17 heures avec ma belle-mère, et j'ai appris que j'accoucherais vers 21 heures. Le lendemain, le bébé n'était toujours pas arrivé. On nous avait dit de faire une échographie à l'hôpital, alors mon mari m'y a ramenée. Sur la table d'accouchement, la sage-femme m'a dit de crier mais j'ai répondu que je n'y arrivais pas car j'étais trop fatiguée. Alors, tout le personnel de la maternité est parti, en me disant qu'ils devaient se rendre à un baptême. Je me sentais abandonnée. Il n'y a plus eu de personnel médical cet après-midi. Nous avons donc dû attendre leur relève, à minuit. Soudain, j'ai vu le cordon ombilical sortir et j'ai cru que c'était mes organes internes. J'ai cru que j'allais mourir. Une sage-femme est arrivée et m'a dit "Tu ne dois pas pleurer" ; "Quand tu faisais la chose avec ton mari, tu étais bien contente", et elle m'a giflée. »

Un certain nombre de femmes ont dit à Amnesty International que les sages-femmes, en particulier les accoucheuses auxiliaires, se montraient très impatientes et les insultaient parfois lorsqu'elles souffraient et demandaient leur aide. En mars 2009, lors d'une discussion de groupe à Ouagadougou, une femme a déclaré à Amnesty International qu'en accouchant dans un CSPS de la capitale, elle avait entendu une sage-femme lui déclarer d'un ton agressif : *« Je suis une femme, je sais ce que c'est d'accoucher, ouvre-toi, écarte les jambes, ça ne fait pas mal. »*

Certaines femmes ont signalé que des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires ne prêtaient pas attention à elles et vaquaient à d'autres tâches, du tricot, par exemple, tandis qu'elles souffraient sur la table d'accouchement.

Plusieurs médecins ont reconnu être au courant de telles pratiques. L'un d'eux a vu plusieurs sages-femmes insulter des patientes. *« J'ai vu une sage-femme dire à une femme en travail : "Tu es incorrigible, tu es insupportable, tu es sale, va te laver avant de venir." Si la femme en travail est accompagnée, elle est protégée. »* En juillet 2008, un infirmier a reconnu devant Amnesty International qu'il *« devait parfois gifler ou pincer des femmes enceintes qui ne veulent pas pousser, parce que cela peut entraîner la mort du bébé. »*

Il est difficile d'évaluer la fréquence de ces cas. Le personnel travaille dans des conditions difficiles et peut être provoqué par la famille. Une sage-femme travaillant à Ouagadougou a déclaré à Amnesty International :

« Les gens qui accompagnent les femmes enceintes essaient toujours d'intervenir indûment dans notre travail ; ils font pression pour que leur parente ou amie soit soignée en premier alors qu'il y a d'autres cas de femmes plus urgents, et ils veulent souvent assister à l'accouchement, ce qui cause beaucoup de troubles. Une fois, j'ai été giflée par une femme parce que son amie n'était pas soignée immédiatement alors que d'autres femmes avaient besoin de soins plus urgents et qu'il n'y avait pas assez de personnel pour s'occuper d'autant de femmes enceintes en même temps. »

Cependant, quelle que soit la provocation, les actes de violence verbale ou physique du personnel médical ne sauraient être ni justifiés ni approuvés.

Lorsqu'Amnesty International a évoqué ces cas auprès des autorités et du personnel médical, leur réponse a été qu'il s'agissait de cas isolés, même s'il a été reconnu qu'ils pouvaient se produire, en raison de la pression subie par le personnel. Amnesty International reste préoccupée par le manque de contrôle sur le comportement du personnel et le fait que ces pratiques ne soient pas soumises à des sanctions disciplinaires, ce qui ne peut que les perpétuer.

Projet pilote d'amélioration des soins : Secteur 30 à Ouagadougou

Un projet pilote – Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, AQUASOU – a été lancé en 2003 à l'hôpital de district du Secteur 30 à Ouagadougou, avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères. L'un des objectifs de ce projet était d'améliorer la qualité des soins obstétricaux ; la qualité technique mais aussi relationnelle, car l'analyse de la situation a mis en lumière les attentes déçues et le manque de compréhension tant des usagères que des fournisseurs de soins. Les usagères se plaignaient d'un mauvais accueil et parfois de mauvais traitements, et le personnel se plaignait des femmes arrivant trop tard et d'un manque de respect des heures de visite de la part des amis et de la famille.

Plusieurs initiatives ont été lancées pour améliorer la relation soignants-patients :

- Des visites à domicile pour les femmes ayant subi une césarienne, pour que les sages-femmes puissent voir les conditions de vie de ces femmes et leur donnent les informations dont elles ont besoin ;
- Des réunions usagères-soignants pour améliorer les relations interpersonnelles ;
- Une meilleure formation des sages-femmes, dans le but de « *développer chez les professionnels de santé une plus grande attention à la connaissance des vécus des populations afin de délivrer des prestations davantage centrées sur le patient*¹⁷² ».

Lorsque le projet s'est terminé en 2006, plusieurs objectifs essentiels semblaient avoir été atteints, notamment en termes de relations soignants-patients. Les questionnaires remplis à la fin du projet ont montré que la majorité des femmes étaient satisfaites des soins reçus. Beaucoup ont déclaré « *Nous avons été rapidement soignées* », « *Ils nous respectent* ». Les personnes accompagnant les patientes étaient mieux informées et les visites mieux organisées¹⁷³.

Les responsables du Secteur 30 ont néanmoins souligné que ces réussites avaient des implications financières. Comme l'un des médecins de cet hôpital l'a fait remarquer à Amnesty International en mars 2009 : « *Nous sommes victimes de notre succès. Certaines femmes enceintes qui ne sont pas originaires de notre secteur viennent accoucher ici. Comme nous pratiquons beaucoup d'accouchements et de césariennes, le matériel s'abîme rapidement et nous devons faire en sorte qu'il soit promptement renouvelé. L'aide du gouvernement français s'est arrêtée en 2006 et celle du gouvernement italien en 2007. Sans soutien de l'extérieur ou de l'État, nous pourrions rapidement être déclarés insolvables.* »

10/OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

L'obligation de rendre des comptes est un facteur essentiel de tout système de santé fonctionnel. Cette obligation incombe au gouvernement en ce qui concerne notamment la mise en œuvre de ses politiques de santé. Les patients ont également le droit de demander des comptes au personnel médical susceptible d'avoir commis des abus ou des malversations, comme d'avoir exigé des paiements informels. Le public doit aussi disposer de voies de recours. Cependant, au Burkina Faso, il est rare que des individus ou le gouvernement rendent des comptes.

MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES : UN SUIVI INSUFFISANT

Malgré les nombreux plans stratégiques et politiques adoptés par le gouvernement burkinabè pour lutter contre la mortalité maternelle et plus généralement afin d'améliorer la qualité des soins de santé, certains aspects essentiels restent encore à mettre en œuvre.

Pendant la période de dix ans du PNDS (2001-2010), le gouvernement a publié une série de rapports d'évaluation indiquant les progrès accomplis et les lacunes à combler. En mars 2004, les autorités ont reconnu et identifié très clairement certains problèmes qui entravaient l'accès aux soins pour les femmes enceintes :

- accessibilité et disponibilité limitées des soins maternels et néonataux ;
- qualité médiocre des soins ;
- coordination et collaboration insuffisantes à l'intérieur et au dehors du secteur de la santé ;
- engagement insuffisant des acteurs à tous les niveaux¹⁷⁴.

Ces problèmes ont de nouveau été soulignés deux ans plus tard dans un plan adopté en 2006 par le ministère de la Santé, le Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso, également appelé la « *feuille de route*¹⁷⁵ ».

Nombre de ces obstacles ne sont pas encore résolus.



© Anna Kari

Quand une femme meurt en couches, ses proches parents sont privés, qui d'une fille, qui d'une sœur, qui d'une épouse, qui d'une mère. Voici la maison de Sawadogo Mousa, à Wonko. Son épouse est morte en accouchant.

Au moment de la rédaction de ce rapport, une évaluation du PNDS (2001-2010) était en cours. Les termes de référence de cette évaluation ont été adoptés en juin 2009, des consultants locaux et internationaux ont été engagés et le rapport d'évaluation devait être prêt à la fin de l'année 2009. En novembre 2009, lors d'un entretien avec des responsables du ministère de la Santé, Amnesty International a appris qu'un atelier était prévu en janvier 2010 pour consulter les représentants de la société civile, les partenaires du gouvernement et le secteur privé.

PLANIFICATION FAMILIALE : DES BESOINS DE CONTRACEPTION NON SATISFAITS

Malgré les efforts menés dans le cadre du Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015) afin de donner accès aux contraceptifs à toutes les femmes concernées, l'utilisation des contraceptifs reste limitée et les besoins contraceptifs de beaucoup de femmes demeurent insatisfaits. Le Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015) reconnaît la faiblesse de l'approvisionnement et du stockage des produits contraceptifs. Dans ce document, les autorités ont souligné que : « *La gestion logistique présente des insuffisances en termes de disponibilité*

d'informations fiables et à temps pour l'estimation des besoins à tous les niveaux. D'où des risques de rupture de stocks, de péremption, d'avarie ou de surstockage. Le système de collecte des informations est [...] non fonctionnel pour la planification familiale¹⁷⁶ ».

PÉNURIES ET DÉTOURNEMENTS DE MÉDICAMENTS ET DE MATÉRIEL MÉDICAL

La gestion des stocks de médicaments et de matériel médical constitue un problème très préoccupant dans de nombreux pays, notamment au Burkina Faso. Ainsi qu'un médecin burkinabè a déclaré à Amnesty International en mars 2009 : « *Toutes les politiques d'exemption des coûts doivent s'accompagner d'un mécanisme de contrôle des stocks et de sanctions pour les personnes qui volent ou détournent l'argent ou le matériel médical appartenant au service public.* » Ces mécanismes n'existent pas ou ne fonctionnent pas efficacement au Burkina Faso.

La question des pénuries de stock a été prise en compte dans le PNDS. Afin de faciliter l'accès aux médicaments, ce document prévoit certes que le ministère de la Santé doit « *superviser l'approvisionnement et la distribution des médicaments génériques essentiels dans les districts sanitaires afin d'éviter les ruptures de stock¹⁷⁷* ». En pratique, cela ne semble guère être la réalité dans l'ensemble du système de santé.

Par exemple, des informations recueillies par Amnesty International montrent que les kits d'accouchement, préparés par une personne responsable de la gestion des stocks, sont souvent indisponibles ou incomplets, et qu'aucun système réel de gestion des stocks ne semble exister. Cet état de fait permet le détournement du matériel médical, et peut entraîner une pénurie présumée, ce qui implique que les familles des patients doivent payer pour les « *produits manquants* ».

Le gouvernement doit prendre des mesures plus énergiques pour améliorer la fourniture et le contrôle des médicaments et des équipements médicaux nécessaires, afin qu'ils soient disponibles et ne puissent pas faire l'objet de détournements.

OBLIGATION POUR LE PERSONNEL MÉDICAL DE RENDRE DES COMPTES

Dans de nombreux centres de soins, le travail, l'assiduité et l'attitude du personnel soignant font rarement l'objet de contrôles de la part des médecins ou des directeurs. Toutes les informations recueillies par Amnesty International montrent que le personnel soignant responsable d'abus ou de fautes à l'encontre des patients ne rend que rarement des comptes – voire jamais.

CHARTRE DES DROITS DES PATIENTS

Les recherches d'Amnesty International ont montré que les relations entre le personnel médical et les patients et leurs familles peuvent être tendues. Il arrive souvent que les parents ne soient pas en mesure de connaître la cause des complications graves ou du décès liés à l'accouchement. Une Charte des patients a été adoptée en 2007 par le ministère de la Santé ; ce texte souligne que « *l'utilisateur des services de santé a droit à un bon accueil et à des soins de qualité*¹⁷⁸ ». Cependant, cette charte n'est pas affichée dans les hôpitaux et autres centres de soins, et n'est guère connue des patients ou du personnel soignant. Il existe une charte régionale relative aux devoirs et au comportement des sages-femmes¹⁷⁹, mais aucun texte similaire n'a été adopté au niveau national.

De fait, tous les témoignages recueillis par Amnesty International indiquent que les patients ne connaissent pas leurs droits, y compris le droit à l'information et le droit à être traité correctement et avec respect par le personnel médical.

LE MANQUE DE SANCTIONS

Le PNDS a souligné la nécessité de « *sanctionner les fautes*¹⁸⁰ » du personnel médical. L'ordre des médecins dispose d'une procédure disciplinaire, mais Amnesty International n'a trouvé aucune trace d'une sanction effectivement appliquée à des membres du personnel médical accusés de corruption ou de comportement incorrect, notamment d'atteintes physiques ou verbales, vis-à-vis de patientes.

Amnesty International a interrogé plusieurs médecins qui ont reconnu que de telles violences se produisaient, et que rien n'avait été fait pour sanctionner les responsables. En mars 2009, un médecin travaillant près de Bobo-Dioulasso a déclaré à Amnesty International :

« Il n'y a pas longtemps, j'ai appris qu'un infirmier demandait de l'argent en disant aux femmes enceintes : "Donne-moi de l'argent, je vais le donner au médecin pour le motiver". Quand j'ai entendu ça, ça m'a rendu furieux. J'ai fait venir l'infirmier. Il s'est excusé mais il n'y a eu aucune sanction. »

Un autre médecin a cité le cas d'un gardien d'hôpital qui a mis une patiente dans le couloir d'un hôpital à Ouagadougou en disant à la famille de cette femme enceinte : « *Si vous ne payez pas*

2 500 francs CFA (environ 4 euros), je la laisse là. » Le médecin a ajouté : « Tout le monde connaît des cas comme celui-là, mais personne ne veut les dénoncer, car cela pourrait créer des problèmes dans le centre de soins. »

Des responsables du ministère de la Santé ont reconnu qu'il y avait des « *brebis galeuses* » au sein du personnel médical, mais ont répété qu'il s'agissait de cas isolés et qu'une fois ces cas connus, « *tout revenait à la normale* ». En novembre 2009, ces interlocuteurs ont déclaré à Amnesty International que si un patient estime que ses droits ne sont pas respectés, ou qu'il a payé une somme injustifiée, il peut demander réparation par le biais de différents services, au niveau médical ou administratif. Cependant, ces responsables ont reconnu qu'« *il y a en fait très peu de plaintes, en raison d'obstacles culturels*¹⁸¹ ».

ENQUÊTES SUR LES MORTS MATERNELLES OU LES NEAR-MISS (ÉCHAPPÉES BELLES)

Au niveau national, toute mort maternelle doit faire l'objet d'une enquête par une équipe du ministère de la Santé. En novembre 2009, un responsable du ministère de la Santé a écrit à Amnesty International pour l'informer que des audits de décès maternels étaient organisés au niveau du centre de soins de référence, et que des lignes directrices relatives à la tenue de ces enquêtes avaient été communiquées aux centres de soins en 2008¹⁸². Cependant, cette pratique n'est pas mise en œuvre dans tous les hôpitaux de district et aucune enquête n'est menée sur les décès maternels au niveau des villages. En outre, Amnesty International ignore comment ces enquêtes sont menées et quelles en seraient les conséquences.

Au niveau du centre de soins, plusieurs centres médicaux organisent un audit mensuel, soit sur un cas de mortalité maternelle (hôpital universitaire Yalgado) soit sur un cas de grave complication maternelle ou d'un bébé mort-né (hôpital de district Secteur 30). Un dossier est choisi au hasard et tout le personnel médical concerné (gynécologues, sages-femmes et infirmiers) analyse ce cas. L'objectif est de tirer des leçons des erreurs commises et de faire des recommandations en évitant la stigmatisation suivant le principe : « *pas de dénonciation, pas d'accusation, pas d'humiliation.* »

Ces audits sont importants car ils peuvent être utilisés pour déterminer les facteurs de mortalité maternelle et pour établir les mesures prioritaires pour changer la situation. Les audits ne sont pas destinés à désigner les responsables de décès maternels, mais à faciliter à l'avenir la prévention des décès et à gérer sans retard les complications graves¹⁸³.

Audits : tirer les leçons des erreurs passées

En mars 2009, le directeur de la maternité Yalgado a invité la délégation d'Amnesty International à participer à un audit mensuel de décès maternels. Pendant plus de trois heures, le cas d'une femme décédée un mois plus tôt a été examiné. Les délégués ont été impressionnés par le sérieux et la transparence des débats, ainsi que par la qualité du compte rendu des discussions retranscrit sur ordinateur et présenté sur vidéoprojecteur.

Lors de cet audit, toutes les erreurs possibles ont été analysées et discutées, notamment les retards de transfert, les difficultés de transport, ainsi que les défaillances des soins, tels que les retards, les diagnostics erronés, le manque de sang ou l'attention insuffisante portée au patient. L'ensemble du groupe a émis des recommandations destinées à tel ou tel membre du personnel, à un moment donné.

Les audits des décès maternels ne sont pas toujours faciles à mener. Sans un niveau minimum de ressources matérielles et humaines, les audits ne peuvent guère améliorer la qualité des soins. Le personnel médical doit avoir le désir de changer ses pratiques et être prêt à révéler des erreurs devant un groupe de pairs. La confidentialité ne peut être garantie au sein d'équipes qui se connaissent bien ; en effet, les membres du personnel peuvent identifier le cas même si le nom des patients n'est pas révélé. Si les recommandations ne sont pas mises en œuvre, elles sont inutiles et peuvent même démotiver le personnel¹⁸⁴.

ABSENCE DE VOIES DE RECOURS EFFICACES

Selon le CESCR, quiconque est victime d'atteintes au droit à la santé doit avoir accès à une réparation adéquate, judiciaire ou autre, au niveau national comme international. « *Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition.* » Le CESCR stipule également que « *sur le plan national, ce sont les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions de cette nature qu'il faut saisir des atteintes au droit à la santé*¹⁸⁵ ».

Au Burkina Faso, les femmes et leurs familles victimes d'atteintes à leur droit à la santé disposent de voies de recours extrêmement limitées pour porter plainte ou demander une réelle réparation, que ce soit devant les tribunaux ou par d'autres moyens.

Le droit à la santé est l'un des droits sociaux reconnus dans l'article 18 de la Constitution du Burkina Faso. Cependant, le système judiciaire et administratif normal demeure quasiment le seul moyen dont disposent les victimes d'atteintes au droit à la santé pour porter plainte et cette voie de recours est très intimidante. Les victimes ne peuvent pas saisir la Commission nationale des droits de l'homme du Burkina Faso, car cet organe n'a pas le pouvoir de recevoir et d'étudier des plaintes individuelles. En outre, cette Commission manque d'indépendance vis-à-vis des autorités de l'État ; cette lacune a été

soulignée lors de l'examen périodique universel (EPU) du Burkina Faso en janvier 2009 au cours duquel il a été demandé au gouvernement de « *veiller à ce que le mandat de la Commission nationale des droits humains soit conforme aux Principes de Paris, afin qu'elle soit pleinement opérationnelle [...] ; et assurer son indépendance, en particulier dans la définition de ses compétences et l'adoption de son financement*¹⁸⁶ ».

En cas de plainte impliquant un responsable, il existe officiellement une procédure qui consiste à faire appel au médiateur de la République. Cependant, cette procédure n'est guère connue, en particulier en zone rurale, et à la connaissance d'Amnesty International, aucune affaire liée à la mortalité maternelle n'a été soumise à ce médiateur.

MANQUE DE VOLONTÉ POLITIQUE DE LUTTER CONTRE LA CORRUPTION

La corruption du personnel médical, notamment les paiements informels, a été identifiée comme l'un des principaux facteurs mettant en danger l'ensemble du système de santé, et en particulier la politique de subvention. Il est donc très inquiétant que, malgré certains engagements et la création d'organes anti-corruption, le gouvernement du Burkina Faso ne semble guère s'attaquer à ce problème crucial.

Le gouvernement burkinabè a fait des déclarations et s'est acquitté d'obligations juridiques au niveau national, régional¹⁸⁷ et international afin de lutter contre la corruption. Aux termes du Code pénal, la corruption et le trafic d'influence dans le secteur public sont pénalisés, entraînant des sanctions comme l'emprisonnement avec amende et la suppression des droits civiques¹⁸⁸.

Le gouvernement a créé plusieurs organes pour évaluer et combattre la corruption et la fraude, et, en novembre 2007, les autorités ont établi l'Autorité supérieure de contrôle de l'État (ASCE), dont l'objectif est de rationaliser et d'intensifier les efforts pour lutter contre la corruption¹⁸⁹. L'ASCE a le mandat de publier des rapports annuels des organes audités et a l'autorité pour recevoir des plaintes du public, étudier et poursuivre des manquements à la déontologie dans le secteur public, y compris les fonctionnaires d'État, les autorités locales et publiques, les compagnies étatiques et toutes les organisations nationales chargées d'un service public¹⁹⁰.

Cependant, l'indépendance de cette nouvelle entité est gravement compromise par le fait qu'elle ne comprend que des responsables gouvernementaux et qu'elle est dirigée par un fonctionnaire nommé par le gouvernement et travaillant sous l'autorité du Premier ministre. Un membre important de la société civile a déclaré à Amnesty International :

« Les gens n'ont aucune confiance dans cet organe d'État et craignent que toute dénonciation d'un fonctionnaire ne soit immédiatement retransmise à la personne mise en cause, qui pourrait vouloir se venger. Pour être efficace, un organe de contrôle doit comprendre des membres de la société civile, du secteur privé, de la presse, ainsi que des responsables de l'État ; cet organe doit bénéficier des structures de l'État comme les juges et les policiers pour mener des enquêtes et engager des procédures judiciaires. »

Des membres de la société civile s'inquiètent également du fait que la nouvelle ASCE a rejeté toutes les affaires de corruption identifiées par les précédents organes anti-corruption et qui auraient dû être déferées à la justice.

Ce climat général d'impunité est régulièrement dénoncé par le Réseau national de lutte anti-corruption, le REN-LAC. Dans son rapport de 2006, le REN-LAC rappelait : « *la persistance de cette absence de volonté politique et le règne de l'impunité qui font que corrupteurs et corrompus gagnent en grades, narguent les populations et compromettent dangereusement le développement et le processus démocratique*¹⁹¹ ».

La Convention des Nations unies contre la corruption, ratifiée par le Burkina Faso en octobre 2006, s'inquiète du fait que la corruption mette en danger l'état de droit ; dans son article 34, elle exige de chaque État partie qu'il prenne « *conformément aux principes fondamentaux de son droit interne, des mesures pour s'attaquer aux conséquences de la corruption*¹⁹² ».

Le gouvernement a l'obligation de lutter contre les paiements informels et illégaux exigés par le personnel médical et d'autres individus pour les services, le transport, les médicaments et les fournitures ; le gouvernement doit veiller à ce que les ressources limitées dont dispose effectivement le Burkina Faso soient correctement réparties et parviennent à leurs destinataires. En ne prenant pas de mesures adéquates pour lutter contre le problème de la corruption, le gouvernement contribue à de graves atteintes au droit à la santé, notamment la persistance des décès maternels évitables.

11/LE RÔLE DES BAILLEURS

Au cours de la dernière décennie, les bailleurs bilatéraux et multilatéraux ont joué un rôle important en soutenant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé du pays, aux termes du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté du Burkina Faso.

SOURCES DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

La contribution des bailleurs de fonds du Burkina Faso au financement de la politique nationale de santé émane de plusieurs sources :

- Un « *appui budgétaire global* » fourni afin de soutenir le Cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté.
- Un financement du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) 2008-2012, appelé également « *panier commun* ».
- Des appuis directs à des projets ou à des partenaires spécifiques.

APPUI BUDGÉTAIRE GLOBAL

Cet appui budgétaire fournit une aide au développement qui n'est pas destinée à des projets ou postes de dépense spécifiques et qui est décaissée via le système financier propre au gouvernement, en lien avec les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté élaborées par le gouvernement. Le Burkina Faso a reçu, et continue de recevoir, un appui budgétaire de ce type de divers bailleurs bilatéraux et multilatéraux, principalement l'Allemagne, la Banque africaine de développement, la Bande mondiale, le Danemark, la France, les Pays-Bas, la Suède, la Suisse et l'Union européenne¹⁹³. En termes de volume, la Banque mondiale et l'Union européenne¹⁹³ se placent au premier rang, suivies par les Pays-Bas.

Les contributions effectuées via l'appui budgétaire global sont versées directement au compte du Trésor national et intégrées au revenu propre du pays. Ces contributions font donc partie des allocations budgétaires des ministères, dans le respect des priorités décidées par le gouvernement burkinabè dans son cadre stratégique de réduction de la pauvreté ; les bailleurs et le gouvernement s'accordent sur les allocations minimales à chaque secteur, y compris celui de la santé.

« PANIER COMMUN » DES BAILLEURS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Selon les dernières données officielles disponibles, le financement des bailleurs a contribué en 2006 à 37,69 % des dépenses de santé de la reproduction, ce qui comprend la santé maternelle et la planification familiale¹⁹⁴.

Le PADS est un mécanisme de financement mutualisé destiné à appuyer le plan national de développement. Le PADS est défini comme « *une initiative conjointe du ministère de la Santé et de certains partenaires du développement sanitaire pour une meilleure coordination et une gestion rationnelle des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PNDS*¹⁹⁵ ». En septembre 2009, les bailleurs soutenant ce mécanisme de financement mutualisé étaient les Pays-Bas (faisant fonction de bailleur principal pour la coordination du mécanisme de financement), la Suède, la France, la Banque mondiale¹⁹⁶, le FNUAP, l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce « *panier commun* » est géré par le ministère de la Santé.

AIDE DIRECTE POUR DES PROJETS OU PARTENAIRES SPÉCIFIQUES

Les bailleurs fournissent également des aides directes pour certains projets. Par exemple, la Banque africaine de développement (BAD) soutient des prêts à des taux préférentiels pour le développement de l'infrastructure sanitaire : bâtiments hospitaliers, centres de soins, matériel et formation des personnels de santé. La BAD soutient aussi le plan d'action national sanitaire dans les régions Est et Nord du pays, en construisant deux hôpitaux régionaux.

Les agences des Nations unies financent également des projets spécifiques. L'UNICEF fournit une aide technique à la sécurité maternelle et aux interventions en soins pédiatriques et il intervient également via la Fondation Bill et Melinda Gates en faveur du programme de santé maternelle, néonatale et infantile dans deux régions. Le FNUAP soutient l'accès à la planification familiale et fournit une assistance technique pour la santé sexuelle et reproductive. En juin 2009, un porte-parole du FNUAP a déclaré à Amnesty International que FNUAP contribuait à hauteur de 200 000 dollars USD (environ 135 000 euros) aux dépenses liées à la planification familiale et qu'elle subventionnait des produits contraceptifs jusqu'à 80 %. L'OMS offre une assistance technique dans de nombreux domaines, notamment la santé maternelle et le VIH/sida.

D'autres bailleurs financent également certains projets spécifiques qui ont un lien direct avec la réduction de la mortalité infantile. Par exemple, l'Agence allemande pour la coopération technique (GTZ) se concentre en particulier sur la planification familiale qu'elle estime essentiel pour lutter contre la mortalité maternelle. En juillet 2008, lors d'un entretien avec Amnesty International, des responsables de GTZ ont déclaré que leur action, qui est concentrée sur les régions du sud-ouest et de l'est, soutient un programme sur la santé sexuelle et les droits humains portant principalement sur la planification familiale, la santé sexuelle et le VIH/sida¹⁹⁷.

UNE APPROCHE FONDÉE SUR L'ÉGALITÉ DE GENRE

Certains bailleurs soutiennent également l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique du genre pour promouvoir l'égalité. Ceci représente une priorité pour de nombreux bailleurs internationaux comme l'Allemagne, le Canada, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Depuis 2002, une vingtaine de bailleurs soutiennent un cadre de concertation genre (CCG) visant à promouvoir l'égalité des sexes au Burkina Faso, à partir de thèmes comme les droits sanitaires et reproductifs des femmes, le genre et le VIH/sida, et la lutte contre la violence domestique.

FACTEURS RÉDUISANT L'EFFICACITÉ DE L'AIDE INTERNATIONALE

Lors d'entretiens avec des représentants de bailleurs et du gouvernement burkinabè, il a été déclaré à Amnesty International que l'aide au développement perd de son efficacité à cause d'une coordination insuffisante entre les bailleurs et d'une évaluation inadéquate de l'impact de l'aide au développement dans le secteur de la santé.

PROBLÈMES DE COORDINATION

Il existe plus de 80 différentes sources de financement pour le secteur de la santé au Burkina Faso : il y a donc un risque manifeste que certains de ces projets soient des doublons, ou qu'ils laissent de côté des zones géographiques entières. Certains interlocuteurs d'Amnesty International ont déclaré que la coordination entre bailleurs dans le domaine de la santé était insuffisante au Burkina Faso.

En mars 2009, lors d'un entretien avec Amnesty International, le ministre des Finances burkinabè a déclaré qu'« *il serait bon de rationaliser et d'améliorer la coordination des interventions des bailleurs, car chaque bailleur veut avoir son projet et certaines zones d'intervention sont privilégiées par rapport à d'autres.* »

Un représentant de l'un des principaux bailleurs a confirmé l'existence de ce problème et déclaré à Amnesty International en juillet 2009 :

« **Même si la plupart des bailleurs sont signataires de la Déclaration de Paris et du Programme d'Action d'Accra¹⁹⁸, ces textes restent lettre morte sur le terrain. Trop d'énergie se perd dans des transactions à haut niveau, au lieu d'utiliser les capacités humaines, qui sont très limitées, pour des actions concertées en faveur des pauvres.** »

INSUFFISANCE DE L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Le gouvernement du Burkina Faso et les bailleurs ont établi une série de mécanismes pour surveiller et contrôler les financements fournis par les bailleurs. Un audit financier des financements du PADS a lieu chaque année depuis 2005.

Cependant, comme l'a déclaré à Amnesty International un expert du système de santé au Burkina Faso :

« Les bailleurs comme le gouvernement hésitent à faire pression en faveur d'une évaluation des résultats ("outcome evaluation") qui pourrait révéler l'impact réel du travail accompli sur le terrain. Le gouvernement procède régulièrement à des évaluations des activités ("output evaluation") financées par les bailleurs et leur envoie ses rapports pour que l'aide continue à être fournie. Mais il n'existe aucune évaluation véritable et générale de la situation sur le terrain susceptible de mettre en lumière les besoins et lacunes. »

Amnesty International a appris que le problème de l'évaluation serait abordé avec l'introduction d'un système d'analyse du secteur sanitaire qui aboutira, en mars 2010, au premier examen annuel de cette question. Les conclusions de cette analyse nourriront l'étude annuelle portant sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en avril 2010.

Certaines ONG ont également souligné des lacunes dans la mise en œuvre du PNDS. Par exemple, selon GAVI, il est à noter « une évaluation et un suivi insuffisants des programmes sanitaires » et une « planification et un suivi insuffisants au niveau périphérique¹⁹⁹ ».

Dans ce domaine, certains bailleurs ont déclaré à Amnesty International que l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS (2001-2010), qui doit avoir lieu en 2010, pourrait être l'occasion d'une véritable évaluation de l'utilisation des ressources allouées à la mise en œuvre du PNDS.

12/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Burkina Faso a consacré des ressources importantes à la réduction de la mortalité maternelle. Avec l'aide des bailleurs internationaux et dans le cadre de plans soigneusement préparés, les autorités ont concentré leurs efforts sur les centres de santé primaires dans le but déclaré d'augmenter le nombre d'accouchements médicalement assistés.

Selon les chiffres officiels, des progrès ont été accomplis, notamment en termes de réduction du taux de mortalité maternelle, d'augmentation de la couverture des consultations prénatales et d'accroissement du nombre de naissances assistées.

Cependant, il demeure très difficile pour un grand nombre de femmes enceintes d'obtenir à temps les soins dont elles ont besoin. Elles doivent surmonter de nombreux obstacles : le manque d'autonomie des femmes, les obstacles géographiques et financiers, l'état défectueux de nombreux dispensaires, le manque de personnel et de matériel médical, les attitudes négatives de certains membres du personnel ainsi que les sommes injustifiées exigées par certains membres du personnel médical. Pour les personnes les plus marginalisées vivant dans la pauvreté, en particulier en milieu rural, les grossesses se terminent trop souvent de manière tragique.

La planification familiale est une composante essentielle pour toute stratégie visant à réduire la mortalité maternelle. Les autorités du Burkina Faso doivent améliorer l'information concernant la santé en matière de sexualité et de reproduction et garantir que les services afférents sont plus facilement accessibles et disponibles. Beaucoup de femmes, et notamment d'adolescentes, ont encore des difficultés à avoir accès à la planification familiale.

La politique de subvention des SONU, en place depuis 2006, représente un réel progrès vers l'affranchissement des obstacles financiers qui empêchent les femmes enceintes d'accéder aux soins auxquels elles ont besoin. Cependant, des problèmes significatifs persistent. Les femmes vivant dans la pauvreté la plus extrême continuent à être confrontées à des obstacles financiers qui mettent gravement en péril leur vie et celle de leur enfant. La politique de subvention des SONU n'est pas claire : peu de gens savent exactement ce qu'elle couvre et quels traitements restent à leur charge. Cette confusion crée une situation dans laquelle le personnel médical peut exiger des paiements illégaux pour des médicaments et des services qui devraient être gratuits ou subventionnés. Amnesty International estime, par conséquent, que le fait de rendre les services obstétricaux gratuits, notamment les services d'urgence, améliorerait l'accès à ces soins pour toutes les femmes enceintes, et tout particulièrement les plus pauvres.

Enfin, les autorités doivent améliorer la qualité des soins en prenant des mesures pour lutter contre la pénurie de personnel et de matériel médical, en améliorant la formation du personnel médical et en mettant en place un véritable système d'obligation de rendre des comptes qui puisse répondre aux défaillances internes du système de santé, notamment les ruptures de stock et les attitudes déplacées de la part de membres du personnel médical.

Les bailleurs de fonds ont la responsabilité de soutenir les efforts des autorités du Burkina Faso dans leur lutte contre la mortalité maternelle. L'aide internationale doit être coordonnée de sorte que le gouvernement et les ONG locales et internationales puissent conduire leurs projets de manière coordonnée. Cette aide doit être cohérente et stable afin de ne pas faire naître au sein de la population des attentes qui ne pourront pas être satisfaites en raison d'une réduction brutale des financements.

Si le gouvernement, les bailleurs de fonds et tous les autres acteurs, y compris les ONG, sont en mesure d'agir de façon coordonnée et responsable, les progrès déjà réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle seront pérennisés et un bien plus grand nombre de décès de femmes enceintes pourront être évités.

RECOMMANDATIONS

Amnesty International appelle les autorités du Burkina Faso, et en particulier le ministère de la Santé, à faire en sorte que l'État remplisse les obligations, tant nationales qu'internationales, qui lui imposent de respecter, protéger et promouvoir le droit à la santé. L'État se doit notamment de garantir une répartition équitable des centres de soins et des produits et services de santé, en protégeant le droit d'accès à ces services et en éliminant les obstacles économiques et matériels. Amnesty International appelle également les autorités du Burkina Faso à garantir l'accès à l'information sur les droits en matière de sexualité et de reproduction. L'organisation demande aussi aux bailleurs de fonds de coopérer étroitement avec le gouvernement burkinabè dans une stratégie à long terme visant à assurer l'accès de toutes les femmes à des soins adéquats en matière de santé de la reproduction, y compris les soins obstétricaux d'urgence.

1. S'ATTAQUER À LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES ET AUX PRATIQUES NUISIBLES

Le gouvernement a l'obligation de prendre toutes les mesures appropriées pour mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, notamment en éliminant les pratiques traditionnelles qui sont nuisibles pour les femmes, ou qui se fondent sur des rôles stéréotypés des hommes et des femmes et renforcent la subordination de ces dernières. Le gouvernement doit :

- Modifier la législation nationale en vue d'interdire les mariages précoces et de supprimer la discrimination entre hommes et femmes en matière d'âge légal du mariage.
- Faire en sorte d'éradiquer les pratiques traditionnelles comme les mutilations féminines génitales (MGF) - qui sont interdites par la loi - ainsi que les mariages précoces ou forcés.

2. DÉVELOPPER ET AMÉLIORER LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Permettre l'accès à la planification familiale et aux méthodes contraceptives est essentiel à toute stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Par conséquent, le gouvernement doit :

- Veiller à ce que la loi de 2005 portant sur la santé de la reproduction soit une réalité afin que toutes les femmes aient connaissance de leurs droits en matière de reproduction.
- Entreprendre des efforts d'information et d'éducation, dirigés aussi bien vers les femmes que vers les hommes, pour apporter une information précise, globale et rigoureuse sur la contraception en vue de corriger les idées fausses très répandues. Ces efforts doivent notamment viser à améliorer l'éducation sexuelle destinée spécifiquement aux adolescents et à mieux faire connaître les dispositions de la loi de 2005 sur la santé de la reproduction.
- Investir dans le développement de l'information et des services de planification familiale pour toutes les femmes, en prenant des mesures pour garantir l'accès à cette information et à ces services en toute confidentialité pour toutes les femmes et jeunes filles.
- Prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte que des services d'avortement sûrs et légaux soient effectivement disponibles, accessibles, acceptables et de qualité adéquate pour toutes les femmes qui le demandent, dans les cas prévus par la législation nationale.
- Abroger les dispositions du Code pénal prévoyant une peine d'emprisonnement pour quiconque effectue un avortement.

3. LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS QUI ENTRAVENT L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MATERNELLE

Malgré l'adoption de la politique de subvention des SONU, les coûts relatifs aux soins de santé continuent de constituer un obstacle à l'accès des femmes aux services de santé en matière de reproduction et, en particulier aux soins obstétricaux d'urgence. Les autorités doivent donc par conséquent :

- Appliquer immédiatement et pleinement la politique de subvention des SONU à tous les centres de santé et créer des procédures efficaces de contrôle obligeant à rendre des comptes. Mettre en place un système centralisé de perception des recettes et un système rendant obligatoire la délivrance d'un reçu pour tout paiement demandé pour des services, fournitures, transport et médicaments.
- Envisager d'adopter pour toutes les femmes une exemption totale des coûts prévus pour les services, médicaments et matériels destinés à la santé de la reproduction, y compris les services obstétricaux d'urgence.
- Faire connaître ces dispositions de manière claire et accessible dans toutes les régions du pays pour que les exemptions prévues par cette politique de subvention soient bien connues. Mettre en

place des points d'information au sein des centres de santé pour informer les populations des droits qui leur sont accordés en vertu de cette politique de subvention.

- Appliquer de manière prioritaire la politique de subvention des SONU pour les femmes ayant droit à une exemption totale des coûts liés aux services de santé par l'identification et la publication de critères définissant les personnes qui ont droit à cette exemption totale. Mettre en place au niveau local un système transparent et accessible permettant aux femmes de réclamer cette exemption de coûts.
- Faire connaître la politique de mise à disposition de médicaments génériques et créer un système de contrôle pour veiller à ce que les patientes ne se voient pas réclamer des sommes pour le paiement de médicaments essentiels.

4. AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCÈS AUX INSTALLATIONS, BIENS ET SERVICES SANITAIRES

La plupart des centres de soins, notamment en milieu rural, sont incapables de faire face aux complications liées à la grossesse et ne disposent pas des ambulances adaptées au transfert des parturientes vers les centres de référence. Le manque de moyens de communication adéquats entre les centres de soins primaires et les hôpitaux régionaux et universitaires entraîne de graves dysfonctionnements dans le système d'aiguillage. De plus, il existe d'importantes disparités dans la distribution des centres de soins entre différentes parties du pays. Les autorités doivent donc :

- Assurer une répartition équitable des installations, biens et services sanitaires sur l'ensemble du territoire. Lors du choix des emplacements de nouveaux centres de soins et de nouvelles banques de sang, donner la priorité aux secteurs les plus marginalisés de la population qui rencontrent le plus d'obstacles dans l'accès aux centres de santé.
- Renforcer le recrutement de personnel qualifié, inciter celui-ci à s'installer et demeurer dans les zones rurales et s'assurer qu'il bénéficie de la formation et des ressources adéquates. Veiller à ce que ces mesures incitatives fassent la promotion d'une distribution équitable du personnel médical qualifié dans tout le pays.
- Mettre en place un système permettant aux accoucheuses traditionnelles, aux parturientes et à leur famille d'avoir accès à des modes de transports fiables leur permettant de se rendre dans des structures sanitaires, en particulier en cas d'urgence.
- Créer et renforcer les relations entre les différents centres de soins, par l'amélioration des infrastructures de communication et de transport.
- Veiller à ce que les centres de soins soient équipés de façon à assurer les soins obstétricaux d'urgence et disposent des systèmes de ventilation efficaces, de fourniture en courant électrique et de générateurs, ainsi que des médicaments, des réserves de sang et autres éléments nécessaires aux soins qu'ils doivent fournir dans le cadre du système de santé.

- Veiller à la disponibilité des approvisionnements et équipements nécessaires au maintien des conditions d'hygiène et à la stricte application des normes en la matière.

5. AMÉLIORER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION ET ASSURER LA REDDITION DES COMPTES

Il incombe au gouvernement de lutter contre la corruption et la mauvaise gestion qui sévissent au sein du système de santé en créant des institutions et des structures fonctionnelles qui soient tenues de rendre des comptes. La société civile a un rôle important à jouer dans le suivi et l'évaluation du système de santé.

- Le ministère de la Santé doit contrôler les pratiques en cours dans les centres de soins afin de s'assurer qu'aucun paiement informel ou injustifié n'y est exigé.
- Le ministère de la Santé doit renforcer les normes et procédures visant à s'assurer que les installations sanitaires accueillent et respectent toutes les femmes et jeunes filles.
- La mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) doit être contrôlée par des mécanismes qui assurent l'implication et la participation des femmes utilisant les services de santé maternelle et de la reproduction ainsi que d'autres membres de la communauté et de la société civile dans les processus d'élaboration, de suivi et d'évaluation de ce Plan.
- Les mécanismes de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes doivent être renforcés, notamment dans le cadre de la lutte contre la corruption et la mauvaise gestion en matière de fourniture, de conservation et de distribution de médicaments et autres. Les mécanismes d'examen de plaintes doivent être effectifs, facilement accessibles et être portés à la connaissance du public.
- Des efforts concertés doivent être faits au niveau de chaque district, de chaque région et du pays, pour mettre en place un mécanisme chargé d'évaluer de manière exacte le nombre de femmes qui meurent des suites d'une grossesse et les raisons de ces décès, que ceux-ci se produisent dans les lieux d'habitation ou dans les centres sanitaires. Le ministère de la Santé doit prendre ces informations en considération lorsqu'il définit des politiques et stratégies de réduction de la mortalité maternelle. Le personnel de santé concerné doit être formé à la collecte de données et un système doit être mis en place pour garantir le caractère fiable et permanent de cette collecte d'informations.
- Le gouvernement doit s'assurer que le personnel médical reçoit la formation appropriée lui permettant de se conduire de manière convenable avec les patients et que les mauvais comportements sont sanctionnés.
- Le gouvernement doit signer et ratifier le Protocole additionnel au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels accordant aux individus le droit de déposer une plainte.
- Le gouvernement doit encourager la Commission nationale des droits de l'homme et d'autres organismes de suivi à s'intéresser dans le cadre de leur travail aux violations du droit à la santé, et veiller à ce que les systèmes permettant de soumettre des informations sur ces violations soient accessibles et connus de la population.

- Le gouvernement doit s'efforcer, en étroite collaboration avec les bailleurs de fonds et les agences internationales, de réformer l'administration, renforcer le rôle moteur et la capacité de gestion du ministère de la Santé, au niveau central comme au niveau des districts, contribuer à la mise en place de systèmes efficaces d'approvisionnement en médicaments et, à plus long terme, améliorer l'information en matière sanitaire.
- Le gouvernement doit, avec toutes les parties prenantes y compris la société civile, les ONG nationales et internationales et les chefs traditionnels, mener dans les médias une campagne nationale d'information visant à sensibiliser les populations sur l'importance de la planification familiale, de la prévention des complications, de la nécessité d'accoucher dans des centres de soins et de bénéficier à temps d'interventions médicales et, de manière plus générale, sur le droit à la santé.

6. CONFORMÉMENT AUX ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT, LES DONATEURS DOIVENT :

- Aider le gouvernement du Burkina Faso, sous forme d'une aide technique et financière garantie sur le long terme et de manière prévisible, à lever les obstacles financiers qui limitent l'accès aux services de santé maternelle et entravent la disponibilité et l'accessibilité des services de santé en matière de reproduction. Cette aide devrait notamment contribuer à mettre en place une exemption totale des coûts pour les soins obstétricaux d'urgence, pour toutes les femmes sur l'ensemble du territoire.
- Continuer à soutenir les efforts du gouvernement du Burkina Faso pour assurer la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé en matière de sexualité et de reproduction pour tous, notamment les adolescentes.
- Aider le gouvernement du Burkina Faso à procéder à une évaluation des résultats du PNDS, afin d'identifier et de faire disparaître les obstacles qui continuent d'empêcher les femmes et les jeunes filles de bénéficier des soins en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment des soins obstétricaux d'urgence.
- Soutenir les efforts de formation, de recrutement, de fidélisation et de conditions de travail des personnels de santé, tout particulièrement dans les zones rurales.
- Fournir au gouvernement du Burkina Faso une coopération et une aide internationales afin que soit respecté, dans tout le pays, le droit aux normes de santé les plus élevées possibles, par le renforcement du système de santé et pour faire en sorte que soit défini comme une priorité l'accès aux soins essentiels des personnes les plus marginalisées et les plus vulnérables.
- Veiller à ce que l'assistance technique soit destinée, parmi d'autres priorités, à l'amélioration de la collecte des données au sein du système de santé, notamment par la conduite d'audits de décès maternels, afin d'orienter la planification, les politiques et les pratiques concernant la santé sexuelle et reproductive.

NOTES

- 1** Selon un document publié en 2007 par le ministère de la Santé du Burkina Faso, « *environ 2783 femmes meurent chaque année en voulant donner la vie, soit 232 décès maternels par mois ou 58 décès maternels par semaine ou encore huit décès maternels par jour.* » Voir ministère de la Santé, *Projet d'expérimentation de l'utilisation de prestataires communautaires dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso*, novembre 2007, p. 1. D'après le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006, la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants, et les femmes constituaient 51,7 % de la population.
- 2** L'OMS définit la mortalité maternelle comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.* » Voir la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^e révision, volume 2, 2^e édition, 2004, disponible en anglais sur http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf (consulté le 5 novembre 2009).
- 3** Le taux de mortalité maternelle correspond au nombre de femmes qui décèdent en raison d'une grossesse ou d'un accouchement pour 100 000 naissances vivantes. Voir le site de l'International Planned Parenthood Federation, disponible sur <http://www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm?g=M> (consulté le 5 novembre 2009).
- 4** Ministère de la Santé, *Annuaire statistique Santé 2005*, juin 2006, p. 8. Ces chiffres sont basés sur les Enquêtes démographiques et de Santé (ci-après EDS).
- 5** Le chiffre de 484 pour 100 000 naissances vivantes a été utilisé comme référence par les autorités lors des entretiens avec Amnesty International en 2008 et 2009. Cependant, dans un document officiel publié en juin 2009, le chiffre de 307,3 est donné, mais il est basé sur le RGPH de 2006 qui utilise une méthode différente de l'EDS. Voir Ministère de la Santé, *Annuaire statistique Santé 2008*, juin 2009, p. 3.
- 6** Ministère de la Santé, *Tableau de bord Santé 2008*, juin 2009, p. 23.
- 7** Les accoucheuses traditionnelles (appelées au Burkina Faso accoucheuses villageoises ou matrones) sont des femmes médicalement non formées qui aident les femmes à accoucher dans la communauté.
- 8** Le mooré est la langue de l'ethnie mossi, le plus grand groupe ethnique au Burkina Faso.
- 9** Pour les travaux de recherche ayant identifié les trois retards, voir notamment Sereen Thaddeus et Deborah Maine, *Too far to walk: Maternal mortality in context*, Social Science & Medicine, avril 1994, volume 38(8), pp. 1091-1110.
- 10** Le Burkina Faso est classé 177 sur 182 pays dans le Rapport sur le Développement humain 2009 du PNUD, disponible sur http://hdrstats.undp.org/fr/countries/data_sheets/cty_ds_BFA.html (consulté le 5 novembre 2009).
- 11** Voir le Rapport sur le Développement humain 2009 du PNUD.
- 12** Conseil des droits de l'homme, *Rapport national : Burkina Faso*, 21 août 2008, para 95, A/HRC/WG.6/3/BFA/1, disponible sur http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session3/BFA/HRC_WG6_3_BFA_1_BurkinaFaso_F.pdf (consulté le 5 novembre 2009).
- 13** L'Enquête démographique et de Santé pour l'année 2003 indique que seulement 0,8 % des accouchements ont lieu dans le secteur privé. Voir EDS 2003, p. 123.
- 14** Le ministère de l'Économie et du Développement, en partenariat avec l'Institut national de la statistique et de la démographie, publie une EDS tous les cinq ans. Ce document, qui est financièrement soutenu par l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale, est considéré comme la source la plus fiable de statistiques. L'EDS la plus récente date de 2003. D'après des informations recueillies par Amnesty International, les résultats d'une enquête conduite en 2008 devraient être publiés « bientôt ».
- 15** Le ministère de la Santé publie chaque année un *Annuaire statistique Santé* et un *Tableau de bord Santé*, les plus récents, couvrant l'année 2008, ayant été publiés en juin 2009. Une carte sanitaire a par ailleurs été publiée en 2007.
- 16** Les chiffres de l'ONU sont essentiellement basés sur les statistiques nationales mais utilisent des méthodes d'évaluation différentes, notamment la pondération.
- 17** Le droit coutumier contient des règles traditionnelles et non écrites qui régissent notamment des questions telles que le mariage, l'héritage, le divorce et la propriété.

- 18** Comité CEDAW, Quatrième et cinquième rapports périodiques combinés des États parties : Burkina Faso, 9 février 2004, p.32, CEDAW/C/BFA/4-5, disponible sur [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/e121f32fbc58faafc1256a2a0027ba24/121c3f22a97df115c1257287004f04f3/\\$FILE/NO367820.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/e121f32fbc58faafc1256a2a0027ba24/121c3f22a97df115c1257287004f04f3/$FILE/NO367820.pdf) (consulté le 5 novembre 2009).
- 19** Comité CEDAW, *Conclusions : Burkina Faso*, 22 juillet 2005, para 27, CEDAW/C/BFA/CO/4-5, disponible sur http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw33/conclude/burkina_faso/0545037F.pdf (consulté le 5 novembre 2009).
- 20** Institut national de la statistique et de la démographie, *Annuaire statistique 2008*, avril 2009, p. 57.
- 21** EDS 2003, p. 48.
- 22** L'EDS de 2003 indique que « *la pratique de l'excision est très répandue au Burkina Faso puisque 77 % des femmes ont déclaré avoir subi cette pratique.* » Cette enquête indique également que 65 % des filles âgées de quinze à dix-neuf ans ont été excisées et que la proportion des femmes ayant subi cette forme de mutilation génitale féminine est globalement similaire en zones rurale et urbaine (77 et 75 % respectivement). Voir EDS 2003, pp. 204-205.
- 23** Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*, Lancet, 3 juin 2006, volume 367(9525), pp. 1835-1841. Version traduite en français disponible sur <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-fr.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).
- 24** Cet article prévoit que l'âge du mariage peut être réduit pour « motif grave » par le tribunal civil.
- 25** Comité CEDAW, *Conclusions : Burkina Faso*, 22 juillet 2005, para 25.
- 26** Joëlle Palmieri, « Burkina: intensifier la lutte contre les mariages précoces », 5 mars 2009, disponible sur <http://genre.francophonie.org/spip.php?article519> (consulté le 5 novembre 2009).
- 27** EDS 2003, p. 48.
- 28** Pour un lien entre les grossesses précoces et le risque de fistule, voir par exemple FNUAP, *Evaluation des besoins : Constatations dans neuf pays africains*, 2003, disponible sur <http://www.unfpa.org/fistula/docs/> (consulté le 5 novembre 2009).
- 29** Comité CEDAW, *Quatrième et cinquième rapports périodiques combinés des États parties : Burkina Faso*, 9 février 2004, p. 48.
- 30** L'article 1 de la Constitution du Burkina Faso prohibe les discriminations fondées notamment sur l'ethnie, la région, et le sexe.
- 31** Béatrice Nikiéma, Slim Haddad, Louise Potvin, *Women bargaining to seek health care: norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso*, World Development, avril 2008, volume 36(4), p. 615.
- 32** *Idem.*
- 33** Association Songui Manégré / Aide au Développement Endogène.
- 34** Ministère de la Santé, Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso (Feuille de route), octobre 2006, p. 9, disponible sur <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/dsf/feuille-route-mmn.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).
- 35** Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) – qui vont de la réduction de l'extrême pauvreté à l'interruption de la progression du sida et à la fourniture d'une éducation primaire universelle, le tout à la date cible de 2015 – constituent un plan d'action adopté par tous les pays et les principales institutions mondiales de développement.
- 36** Ce chiffre correspond à une réduction de 75 % par rapport au taux de mortalité maternelle pour l'année 1993 (566 décès pour 100 000 naissances vivantes). En 2004, le gouvernement du Burkina Faso a reconnu que « *si ces efforts sont maintenus, les niveaux de réduction par rapport à 1998 pourraient atteindre 50 % en 2015 (soit 283 décès pour 100 000 naissances vivantes) et se rapprocher de l'objectif de développement du millénaire appliqué au Burkina Faso qui est de 142 décès pour 100 000 naissances vivantes.* » Voir Ministère de l'Économie et du Développement, Burkina Faso : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, janvier 2004, p. 38, disponible sur <http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Burkina%20Faso/PRSP/Burkina%20PRSP%20Fre.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).
- 37** Voir Burkina Faso et PNUD, *Rapport pays : Suivi des objectifs du millénaire pour le développement*, décembre 2003, p. 21, disponible sur <http://www.pnud.bf/docs/RAPOMD.PDF> (consulté le 5 novembre 2009). Le PNUD considère que pour la

mortalité maternelle, l'objectif national serait probablement atteint en 2015 (209 décès pour 100.000 naissances vivantes) mais restera plus élevé que celui fixé par la communauté internationale (142 décès). Voir le site du PNUD, disponible sur <http://www.pnud.bf/FR/OMD.HTM> (consulté le 5 novembre 2009).

38 Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire (2001-2010), p. 19, disponible sur http://www.cohred.org/HRWeb/CMS/pdf/PlanNationalDeveloppementSanitaire_Burkina_2001_2010.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

39 Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. 4.

40 Pour le chiffre concernant le budget de la santé, voir Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. 4. Pour tous les autres chiffres figurant dans l'encadré, voir Ministère de la Santé, Comptes nationaux de la santé de la reproduction Burkina Faso 2005-2006, juin 2008, pp. 25-26.

41 Le budget pour la santé de la reproduction comprend notamment les soins (accouchements, visites prénatales, aide psychologique, traitement de l'infertilité, analyses médicales...), les médicaments, les salaires et formations du personnel, l'équipement, la construction de centres de soins et la recherche médicale. Voir Ministère de la Santé, Comptes nationaux de la santé de la reproduction Burkina Faso 2005-2006, juin 2008, pp. 25-26.

42 Ministère de la Santé, Tableau de bord Santé 2008, juin 2009, p. 54.

43 Lors d'un sommet à Abuja (Nigeria) en avril 2001, les chefs d'État africains se sont engagés « à fixer un objectif de 15 % au moins [du] budget annuel ... à l'amélioration du secteur de la santé. » Voir la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, para 26, disponible sur http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/abuja_declaration_2001_f.doc (consulté le 5 novembre 2009).

44 Ministère de la Santé, Politique sanitaire nationale, disponible sur <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/plans/psn.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).

45 Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire (2001-2010), p. 5.

46 *Ibid.*, pp. 30, 37-38 et 48-49.

47 Ministère de la Santé, Plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso, avril 2006.

48 À la fin des années 90, la Banque Mondiale et le Fond monétaire international ont encouragé l'adoption de Stratégies de lutte contre la pauvreté dans beaucoup de pays du Sud. L'élaboration de ces stratégies était clairement annoncée comme une pré-condition pour des allègements de dettes et pour l'accès au financement concessionnel provenant des deux institutions.

49 Ministère de la Santé, Tableau de bord Santé 2005, novembre 2006, p. 27 et Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. VII. La décision de donner la priorité aux soins primaires se situe dans la lignée de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 qui a souligné pour la première fois l'importance au niveau international des soins primaires et qui a été acceptée par les États membres de l'OMS comme un élément-clé pour attendre l'objectif de « *la santé pour tous* ».

50 Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2005, juin 2006, p. 8 et Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. 28.

51 Pour tous les chiffres concernant le nombre de centres de soins au Burkina Faso, voir Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, pp. 24-25.

52 Le décret de 1995 sur le fonctionnement des COGES ne comprend aucune disposition sur la participation active des femmes. Lors d'une mission en novembre 2009, Amnesty International a appris qu'un nouveau texte sur les COGES était en cours d'élaboration et que des experts avaient proposé que chaque comité compte au moins une femme parmi ses membres. Dans une correspondance du même mois, un agent du Ministère de la Santé a déclaré qu'il était difficile d'évaluer la participation des femmes, celle-ci variant d'un COGES à l'autre, mais qu'en moyenne il y avait deux femmes sur six membres élus.

53 Ministère de la Santé, Guide d'orientation pour la mise en œuvre du nouveau rôle des accoucheuses villageoises, décembre 2007, pp. 2 et 10.

54 Pour plus de détails sur ce programme, voir École de Santé publique, Programme de formation des agents de première ligne, février 1999.

55 Ministère de la Santé, Guide pour la mise en place et le fonctionnement de cellules de gestion des urgences obstétricales et néonatales au niveau village, décembre 2007, p. 8.

56 Ministère de la Santé, Tableau de bord Santé 2007, juin 2008, p. 50 et Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. 2.

- 57** En 2007 par exemple, 68,33 % des accouchements dans la région Centre étaient médicalement assistés, alors que seulement 25,64 % l'étaient dans la région du Sahel au nord du pays. Voir Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2007, juin 2008, pp. 55-56.
- 58** CESCRC, Observation générale n°14, para 12. Les Observations générales du CESCRC sont disponibles sur http://www1.umn.edu/humanrts/esc/french/general_comments/index_gc.html (consulté le 5 novembre 2009).
- 59** Comité des droits de l'homme, Observation générale n°6, para 5. Les Observations générales du Comité des droits de l'homme sont disponibles sur http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/french/hrc_oms-f.html (consulté le 5 novembre 2009).
- 60** Comité des droits de l'homme, Observation générale n°28, para 10.
- 61** Comité des droits de l'homme, Observations finales : Mali, 16 avril 2003, para 14, CCPR/CO/77/MLI, disponible sur <http://www.universalhumanrights.org/documents/825/457/document/fr/text.html> (consulté le 5 novembre 2009).
- 62** Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 2. Les recommandations du Comité CEDAW sont disponibles sur <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm> (consulté le 5 novembre 2009).
- 63** L'Article 25 de la DUDH énonce que « *la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales.* » Voir aussi l'Article 12 du PIDESC qui définit le droit à la santé ainsi que l'Article 12(2) de la CEDAW.
- 64** CESCRC, Observation générale n°14, para 21.
- 65** Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Résolution 135 sur la mortalité maternelle en Afrique, 24 novembre 2008, disponible sur http://www.achpr.org/francais/resolutions/resolution135_fr.html (consulté le 5 novembre 2009).
- 66** CEDAW, Article 12-1.
- 67** CEDAW, Article 14-2-b.
- 68** CADHP, Article 18-3.
- 69** CRC, Article 24-1.
- 70** PIDESC, Article 12.
- 71** CRC, Article 2.
- 72** Voir OMS, « Le genre et les droits de l'homme : la santé sexuelle », disponible en anglais sur http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html (consulté le 5 novembre 2009).
- 73** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2009-2015, janvier 2009, p. 28.
- 74** Voir Nils Dauilaire et al., *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*, Global Health Council, 2002, p. 42, disponible sur <http://www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf> (consulté le 5 novembre 2009). Dans cette étude, l'expression « *grossesse non planifiée* » englobe à la fois les naissances non prévues et les avortements.
- 75** Une grossesse non planifiée est une grossesse qui est considérée par la femme au moment de la conception soit comme non désirée, soit comme arrivant plus tôt que voulu.
- 76** Une grossesse non désirée est une grossesse que la femme ou la fille enceinte n'a pas décidée de sa propre volonté.
- 77** CEDAW, Article 16-1-e.
- 78** Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 31(c).
- 79** Loi n°049-2005/AN portant santé de la reproduction, disponible sur http://www.legiburkina.bf/jo/jo2006/no_06/Loi_AN_2005_00049.htm (consulté le 5 novembre 2009).
- 80** Voir le décret n°2009-676/PRES/PM/MS portant conditions de création et d'ouverture d'une structure privée de santé de la reproduction et le décret n°2009-720/PRES/PM/MS/MEF portant sur les conditions de fabrication et d'importation des produits contraceptifs au Burkina Faso, octobre 2009.
- 81** Comité CEDAW, Conclusions : Burkina Faso, 22 juillet 2005, para 36.
- 82** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015), p. 16.
- 83** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), p. 17.
- 84** Information fournie à Amnesty International par un agent du ministère de la Santé.
- 85** EDS 2003, p. 69.

- 86** Voir le taux de prévalence contraceptive fourni par UN Data, basé sur le State of the World's Children 2009 publié par l'UNICEF, disponible sur <http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%3A34> (consulté le 5 novembre 2009).
- 87** Comité CEDAW, Quatrième et cinquième rapports périodiques combinés des États parties : Burkina Faso, 9 février 2004, p. 41.
- 88** EDS 2003, pp. 64 et 65.
- 89** EDS 2003, p. 73.
- 90** L'EDS de 2003 précise que 11 % des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque (6 % pour les méthodes modernes et 5 % pour les méthodes traditionnelles). Chez les femmes alphabétisées ou ayant un niveau d'instruction primaire, ces proportions sont de 19 % (13 % pour les méthodes modernes et 5 % pour les méthodes traditionnelles). C'est chez les femmes les plus instruites que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec plus de la moitié des femmes qui utilisent une méthode (52 %), deux femmes sur cinq qui ont recours aux méthodes modernes (43 %) et une sur dix qui utilise les méthodes traditionnelles (9 %). Voir EDS 2003, p. 74.
- 91** Loi n°049-2005/AN portant santé de la reproduction (Article 9).
- 92** L'Article 11 de la Loi portant santé de la reproduction souligne que « *tout individu y compris les adolescents et les enfants, tout couple a droit à l'information, à l'éducation concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances.* »
- 93** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015), p. 18.
- 94** Comité CEDAW, *Conclusions : Burkina Faso*, 22 juillet 2005, para 36.
- 95** Commission des droits de l'homme, Rapport du rapporteur spécial Paul Hunt sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, 16 février 2004, para 28, E/CN.4/2004/49, disponible sur [http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/e06a5300f90fa0238025668700518ca4/1f8773eec5d36c5fc1256e610035cd95/\\$FILE/G0410934.pdf](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/e06a5300f90fa0238025668700518ca4/1f8773eec5d36c5fc1256e610035cd95/$FILE/G0410934.pdf) (consulté le 5 novembre 2009).
- 96** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), p. 29.
- 97** Au total 850 prestataires des 13 régions et 54 acteurs du privé en planification familiale clinique ont été formés. Voir Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), pp. 30-31.
- 98** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), p. 36.
- 99** Les injectables sont administrés par une injection intramusculaire profonde dans le muscle du bras ou de la fesse. Ils permettent de maintenir un niveau d'hormones permettant d'assurer la contraception pendant un à trois mois en fonction du type.
- 100** Un implant contraceptif est un petit tube placé sous la peau sous anesthésie locale. Chaque implant dure trois à cinq ans.
- 101** D'après les chiffres officiels, les méthodes modernes les plus utilisées au Burkina Faso sont les injectables (56,86 %), la pilule (28,25 %), les implants (7,27 %) et les préservatifs (5,75 %). Voir Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, p. 52.
- 102** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015), p. 14.
- 103** Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), p. 29.
- 104** Entretien avec un représentant du FNUAP, juin 2009.
- 105** Division Population des Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, *Abortion Policies: A Global Review*, 2002, p. 76, disponible en anglais sur <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm> (consulté le 5 novembre 2009).
- 106** Ministère de la Santé, Tableau de bord Santé 2008, juin 2009, p. 23.
- 107** D'après un document de l'ONU datant de 2002, « *la motivation principale [du gouvernement] est le souci pour la santé maternelle.* » Voir Division Population des Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, *Abortion Policies: A Global Review*, 2002, p. 76.
- 108** Les limites de cette loi ont été soulignées par des ONG internationales dans leur rapport au Conseil des droits de l'homme soumis avant l'Examen périodique

universel du Burkina Faso de 2008. Elles rappellent que l'interdiction légale des avortements non thérapeutiques « *augmente la proportion des avortements clandestins. En effet, les difficultés économiques, les grossesses précoces et surtout l'hostilité des parents d'accepter une grossesse avant le mariage, le fait que la sexualité soit souvent considérée comme un tabou sont autant des facteurs qui favorisent les avortements clandestins.* » Voir Conseil des droits de l'homme, Groupe de travail sur l'Examen périodique universel, 15 septembre 2008, para 32, A/HRC/WG.6/3/BFA/3, disponible sur http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session3/BF/A_HRC_WG6_3_BFA_3_F.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

109 Commission des droits de l'homme, Rapport du rapporteur spécial Paul Hunt sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, 16 février 2004, paras 24-25.

110 Ibid., para 30.

111 Voir le site de l'International Planned Parenthood Federation, « West African health ministers call for passage of abortion laws », disponible sur <http://www.ippf.org/NR/exeres/2B9BBD89-88D4-4940-90CD-950916B1B129.htm> (consulté le 5 novembre 2009).

112 Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2007, juin 2008, pp. 19-20.

113 Dans certaines de ces régions reculées, les populations sont très dispersées et vivent dans des zones désertiques.

114 Les districts sanitaires sans CMA ou CHR sont : Mangodara (région Cascades); Bittou, Garango et Pouytenga (région Centre-Est); Réo et Sapouy (région Centre-Ouest); Manni et Gayéri (région Est); Kvigué et Léna (région des Hauts Bassins); Gourcy (région Nord). Voir Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2008, juin 2009, pp. 24-25.

115 La saison des pluies au Burkina Faso commence en juin et finit en octobre.

116 Ce chiffre a été donné à Amnesty International par l'infirmier en charge de ce CSPPS.

117 CEDAW, Article 14-2-b.

118 CESCR, Observation générale n°14, para 21 ; Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 31(b).

119 Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 21.

120 CESCR, Observation générale n°14, para 43.

121 Une étude sur la qualité des soins conduite dans un CMA de Ouagadougou souligne l'importance pour une femme d'être accompagnée. « *Les femmes qui viennent seules, sans accompagnants, ont pu être qualifiées de "délinquantes" ou de "cas sociaux" ... être seule veut dire a priori vraisemblablement que l'on n'a pas d'argent (ce sont les accompagnants qui payent le matériel et les ordonnances, et donc il va falloir trouver une solution pour la femme démunie) ; cela veut dire également qu'il y a un certain nombre de tâches normalement dévolues aux accompagnants qu'il va falloir "gérer" : laver les linges souillés, gérer le placenta, nourrir la parturiente, etc.* » Voir Charlemagne Ouédraogo, David Bazié, Marc-Eric Gruénais, Fatoumata Ouattara, Dominique Pobel, Cyril Wissocq, Dominique Dubourg, Vincent De Brouwere, Fabienne Richard, *Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement, Analyse situationnelle Secteur 30 Ouagadougou*, p. 66.

122 L'initiative de Bamako a été adoptée en 1987 par les ministres de la Santé de l'OMS pour la région Afrique. D'après un expert sur la question de l'équité et des paiements directs en Afrique de l'Ouest, « *l'initiative [de Bamako] diffère de la politique nationale sur les paiements directs, dont l'objectif principal est de générer des revenus, dans le sens où son adoption devrait améliorer la qualité des services et assurer l'équité dans l'accès aux soins... Un stock de médicaments génériques essentiels est fourni par des donateurs aux comités de gestion des dispensaires (composés de représentants de la population). Les médicaments doivent ensuite être vendus aux utilisateurs à profit. Ce profit, ajouté aux paiements des utilisateurs pour des consultations (paiements directs) servent à racheter le stock initial de médicaments et à améliorer l'accès aux soins et la qualité des services (primes pour le personnel, réparations, etc.).* » Voir Valéry Ridde, Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative, Bulletin of the World Health Organization, 2003, volume 81(7), p. 532.

123 Le gouvernement a supprimé les paiements pour les personnes souffrant de la tuberculose ou de la lèpre (1984), du VIH/sida (1991) ainsi que pour les soins préventifs pour les groupes vulnérables (consultations pour les femmes enceintes et qui allaitent) et pour les personnes ayant la méningite (2002) et pour les personnes ayant une forme aigue de paludisme (2005).

124 Une circulaire du secrétaire général à la Santé en février 2002 a exigé des centres de soins qu'ils dispensent certains traitements préventifs gratuitement, y compris les médicaments contre l'anémie (fer) et le paludisme (chloroquine). En mars 2003, les visites prénatales ont été rendues gratuites pour toutes les femmes enceintes.

125 En 2004, des représentants de la Banque mondiale ont travaillé avec le gouvernement lorsque le cadre de référence de cette politique a été élaboré. Par la suite, ils ont pris part aux sessions de travail au cours desquelles la stratégie a été élaborée. À la connaissance d'Amnesty International, la décision de fixer le taux de subvention à 80 % a été prise par le gouvernement burkinabé ; la Banque mondiale n'a plus joué de rôle dans les discussions et décisions.

126 Ce budget a été calculé en prenant en compte le nombre estimé et le coût des interventions médicales. Voir Ministère de la Santé, Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso, 2006. Pour une analyse détaillée sur l'origine et l'application de cette stratégie de subvention, voir l'étude financée par l'UNICEF et coordonnée par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Valéry Ridde, Abel Bicaba, *Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, 16 janvier 2009.

127 La subvention est seulement de 60 % lorsque les femmes enceintes vont directement aux centres de référence sans passer d'abord par le CSPS. Ceci a pour but de prévenir les engorgements aux différents niveaux d'aiguillage.

128 Il existe une liste officielle de ce qui doit être inclus dans les kits pour les accouchements normaux et pour les césariennes, mais un expert a expliqué à Amnesty International en août 2009 que « en réalité, le contenu de ces kits varie de manière significative d'une région à l'autre ce qui peut poser de réels problèmes. »

129 Amnesty International a reçu cette information des patients et des membres de leur famille habitant à la fois en milieu urbain et rural. Cette information a également émergé lors d'entretiens individuels et de discussions de groupe.

130 Valéry Ridde, Abel Bicaba, *Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, 16 janvier 2009, p. 19.

131 Il existe un système permettant obtenir un « certificat d'indigence » du ministère de l'Action Sociale, mais les populations doivent le réclamer aux bureaux des districts, ce qui signifie que la plupart des populations rurales n'y ont pas accès. D'après un expert sur le système de santé au Burkina Faso, « ces certificats sont données au compte-gouttes par des agents du ministère de l'Action Sociale qui sont seulement présents dans les villes et qui utilisent des critères qui ne sont pas uniformes dans tout le pays. »

132 Des comités de sélection villageois ont fait des listes des personnes considérées comme indigentes, en utilisant leur connaissance des populations et parfois en effectuant des visites à leur domicile. La liste est ensuite validée par le chef du village, le maire et finalement par le COGES qui prend la décision finale. Les COGES n'ont validé que 47,53 % des personnes sélectionnées. La moitié des indigents étaient des femmes. Voir Valéry Ridde, Maurice Yaogo, Yamba Kafando, Omarou Sanfo, Norbert Coulibaly, Abdouaye Nitiema, Abel Bicaba, *A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso*, J. Epidemiol. Community Health, 19 août 2009.

133 Valéry Ridde, Abel Bicaba, *Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, 16 janvier 2009, p. 20.

134 L'EDS de 2003 précise que 46,4 % de la population vit en dessous de seuil de pauvreté.

135 Lors de discussions de groupe à Ouagadougou en mars 2009, plusieurs femmes ont également dit à Amnesty International que les chauffeurs de taxi demandent des tarifs plus élevés que d'habitude lorsque des femmes enceintes ont besoin de rejoindre rapidement un centre de soin. Une femme a dit : « Les chauffeurs de taxi n'ont aucune pitié pour nous, quand ils voient que l'on est sur le point d'accoucher, ils prennent avantage de la situation et demandent des tarifs plus élevés. »

136 Boubacar Kaboré, *Étude des déterminants de la corruption passive*, 2005, disponible sur http://www.memoireonline.com/07/08/1194/m_etude-des-determinants-de-la-corruption-passive-chr-ddg.html (consulté le 5 novembre 2009).

137 REN-LAC, *État de la corruption au Burkina Faso : rapport 2006*, décembre 2007, p. 29.

138 Certains pays d'Afrique comme l'Ouganda et l'Afrique du Sud ont adopté des politiques qui mettent

fin aux paiements directs. Voir Valéry Ridde, Florence Morestin, *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*, janvier 2009, disponible sur http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/pdf/synthese_abolition_finale.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

139 Ministère de la Santé, Rapport de synthèse de la rencontre du Comité national de suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 1^{er} juin 2007, p. 3.

140 Il semble que le refus de délivrer des produits contraceptifs gratuitement dérive de cette même idée. Un représentant du FNUAP a dit à Amnesty International en juin 2009 que « *le coût des produits contraceptifs crée un obstacle pour les femmes les plus pauvres, mais le gouvernement a fait le choix de ne pas offrir des contraceptifs gratuits pour ne pas leur donner un avantage par rapport au reste de la population.* » Pour une discussion sur les paiements directs dans les pays en développement, voir David de Ferranti, *Paying for health services in developing countries: a call for realism*, World Health Forum, 1985, volume 6.

141 En 2006 au Niger, l'ONG allemande HELP, financée par l'ECHO, a testé l'exemption totale des paiements pour les enfants en dessous de l'âge de cinq ans et les femmes enceintes ou qui allaitent dans deux districts. Le gouvernement nigérien a, par la suite, pris la décision d'en faire une politique nationale et l'a étendue à tout le territoire en 2007. Voir Valéry Ridde, Aissa Diarra, *A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa)*, BioMed Central Health Services Research, 3 juin 2009, disponible sur <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/MUMA-7SP7XZ?OpenDocument> (consulté le 5 novembre 2009).

142 Par exemple une étude au Nigéria a révélé que « *le nombre d'accouchements dans un des principaux hôpitaux régionaux a chuté de 46 % après l'introduction des paiements directs.* » Voir Centre for Reproductive Rights et Federation of Women's Lawyers, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities*, 2007, p. 51, disponible sur <http://www.fidakenya.org/publication/failure%20to%20deliver.pdf>. Voir aussi Overseas Development Institute, *Alternative Social Health Protection in West and Central Africa: Achieving Equitable Access to Health Care and Reducing Child and Maternal Mortality* ; Save the Children, *An Unnecessary Evil? User Fees for Health Care in Low-income Countries*, 2005,

disponible sur http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf et Save the Children, *Rendre les soins de santé gratuits : Un guide pour supprimer les frais d'utilisation des services de santé*, 2008, disponible sur [http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/Freeing_Up_Healthcare_\(French\)_3rd_pp.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/Freeing_Up_Healthcare_(French)_3rd_pp.pdf) (consultés le 5 novembre 2009).

143 OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, p. 158, disponible sur <http://www.who.int/whr/2005/fr/> (consulté le 5 novembre 2009).

144 Save the Children, *Paying With Their Lives: The Cost of Illness for Children in Africa*, 2006, disponible sur http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/paying_with_their_lives.pdf (consulté le 5 novembre 2009). Voir aussi Centre for Reproductive Rights et Federation of Women's Lawyers, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities*, 2007, p. 54.

145 Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2009, *Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis*, p. 53, disponible sur http://www.ausaid.gov.au/publications/pdf/lead_by_example.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

146 Voir International Health Partnership, « *Leaders commit new finance to tackle women's and children's health in the developing world* », disponible sur <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce> (consulté le 5 novembre 2009).

147 D'après l'OMS, « *Globalement, la mise en place d'un système de paiement par l'utilisateur ne constitue pas une réponse viable au sous-financement du secteur sanitaire : en effet, ce système institutionnalise l'exclusion des plus pauvres et n'accélère pas la progression vers un système caractérisé par l'accès universel aux soins et la couverture financière des prestations. Néanmoins, l'abolition du paiement par l'utilisateur là où ce système existe n'est pas non plus la panacée : elle doit s'accompagner, dès le premier jour où il y est mis fin, d'une modification des structures et d'un refinancement des services sanitaires. [...] Si les autres réformes de structure nécessaires ne sont pas entreprises – disponibilité des services 24 heures sur 24, amélioration des sources d'information et des possibilités de recours, accroissement des moyens techniques et changement de l'attitude vis-à-vis des patients –, les gains obtenus par la seule levée des obstacles financiers risquent de ne pas être suffisants.* » Voir OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2005*, p. 157. Voir aussi Save the Children, *Rendre les soins de santé gratuits : Un guide pour supprimer les frais d'utilisation des services de santé*, 2008.

- 148** CESC, Observation générale n°14, para 12(b).
- 149** Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 21.
- 150** Comité CEDAW, Recommandation générale n°24, para 27.
- 151** Assemblée Générale de l'ONU, Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 13 septembre 2006, para 17(b), A/61/338, disponible sur <http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/special/GA-reports.htm> (consulté le 5 novembre 2009).
- 152** Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire (2001-2010), p. 32.
- 153** Un obstétricien travaillant à Ouagadougou a rapporté à Amnesty International en juin 2009 que l'un des CMA de la capitale « *n'avait pas de générateur électrique de secours en cas de coupure d'électricité durant une opération dans l'unité chirurgicale* ».
- 154** Décret n° 2000-449/PRES/PM/MS du 6 octobre 2000 portant création du Centre National de Transfusion Sanguine. Sa mission inclut « *l'approvisionnement de toutes les formations sanitaires du pays en produits sanguins dont il assure le prélèvement, le traitement [...] le conditionnement et la distribution* » ainsi que « *la garantie de la sécurité transfusionnelle* ».
- 155** OMS, Aide-mémoire pour les programmes nationaux de transfusion sanguine, 2002, disponible sur http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/en/Blood_Safety_French.pdf (consulté le 5 novembre 2009).
- 156** Entretien avec un agent chargé du système de transfusion sanguine au niveau national en juin 2009.
- 157** *Idem*.
- 158** Ministère de la Santé, Tableau de bord Santé 2008, juin 2009, p. 50.
- 159** *Ibid.*, p. 6.
- 160** Ministère de la Santé, Annuaire statistique Santé 2007, juin 2008, pp. 27-29.
- 161** Ministère de la Santé, Carte sanitaire 2007, p. 79.
- 162** Assemblée Générale de l'ONU, *Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 13 septembre 2006, para 17(a).
- 163** OMS, Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), *Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié*, 2004, p. 1, disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242591696.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).
- 164** Au Burkina Faso, les sages-femmes ont un niveau de qualification plus élevé que les accoucheuses auxiliaires. Les apprenties sages-femmes ont besoin d'un Certificat d'études primaires élémentaires (CEPE) et Brevet d'études du premier cycle (BEPC). Les accoucheuses auxiliaires ont besoin d'un simple CEPE. La formation des sages-femmes dure trois ans alors que celle des accoucheuses auxiliaires dure seulement deux ans, et les sages-femmes étudient davantage la théorie et ont plus de cours sur les accouchements normaux et les complications. Par exemple les sages-femmes ont 30 heures de formation sur les soins obstétricaux d'urgence, alors que les accoucheuses auxiliaires n'en ont que 15. Pour plus de détails, voir Charlemagne Ouédraogo, David Bazié, Marc-Eric Gruénais, Fatoumata Ouattara, Dominique Pobel, Cyril Wissocq, Dominique Dubourg, Vincent De Brouwere, Fabienne Richard, *Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement, Analyse situationnelle Secteur 30 Ouagadougou*, pp. 88-91.
- 165** Un partographe est un outil utilisé pour surveiller toutes les étapes du travail de la femme enceinte. Il est essentiel pour le bien-être de la femme et du nouveau-né et permet une réponse rapide en cas de complications. Les normes de l'OMS disposent que tous les accouchements doivent être suivis à l'aide d'un partographe. Voir OMS, *Le Partographe*, 1988, disponible sur http://whqlibdoc.who.int/hq/1988/WHO_MCH_88.4_fre.pdf (consulté le 5 novembre 2009).
- 166** Pour des informations détaillées sur le programme de cette formation, voir le document publié par l'École de Santé publique, Programme de formation des accoucheuses brevetées, juillet 2008.
- 167** OMS, Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), *Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié*, 2004, pp. 1-2.
- 168** Amnesty International a appris que régulièrement les femmes qui décèdent pendant leur transfert ne sont pas comptées comme des décès maternels

puisqu'aussi bien l'équipe médicale qui a transféré la femme que celle qui l'a reçue refusent d'être considérées comme responsables du décès. Les statistiques officielles sur la mortalité maternelle sont donc significativement moins élevées que la réalité.

169 Un obstétricien à Ouagadougou a, par exemple, raconté à Amnesty International en juin 2009 que, puisque l'un des CMA de la capitale n'avait pas de générateur électrique de secours qui pourrait garantir un approvisionnement continu en électricité, « *les personnes en charge de la maternité ne veulent pas prendre de risques qui ne sont pas nécessaires avec les patients. Elles préfèrent simplement les transférer vers d'autres centres de soins.* » Après les inondations de septembre 2009, plusieurs services du CHU Yalgado ont été transférés dans d'autres centres, rendant la situation d'autant plus critique.

170 CESC, Observation générale n°14, para 12.

171 Ce programme a créé une nouvelle catégorie de sages-femmes appelées Attaché(e)s Soins Santé en Obstétrique et Gynécologie (ASSOG). Le premier concours vient d'avoir lieu et la formation dure deux ans.

172 Fatoumata Ouattara, *Amélioration de la Qualité et l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en développement (AQUASOU)*, disponible sur <http://www.ird.bf/activites/ur002.htm> (consulté le 5 novembre 2009).

173 Voir *Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement, Composante 2 – Burkina Faso, Rapport final d'activités, 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2006*, p. 48, disponible sur <http://www.uonn.org/uonn/Aquasou/Rapport%20%20Final%20Aquasou%20BF%202006-09-05.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).

174 Ministère de la Santé, Plan stratégique pour une maternité à moindre risque 2004-2008, mars 2004, p. 13, disponible sur <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/dsf/plan-strategie-mmr.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).

175 Ce document souligne la faible disponibilité des soins maternels et néonataux, la faiblesse de l'accès des femmes aux soins maternels et néonataux, la faiblesse de l'investissement dans les soins maternels et néonataux au niveau des communautés et le manque d'engagement des acteurs à tous les niveaux. Voir Ministère de la Santé, Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso (Feuille de route), octobre 2006, p. 14.

176 Ministère de la Santé, Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (2009-2015), p. 36.

177 Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire (2001-2010), p. 38.

178 Arrêté n°2007-240/MS/CAB Portant Charte de l'Utilisateur des Services de Santé, Article 5.

179 Au niveau régional, la Fédération des Associations de Sages-femmes de l'Afrique du Centre et de l'Ouest (FASFACO) a adopté en 2005 une charte africaine de la sage-femme.

180 Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire (2001-2010), p. 49.

181 Amnesty International a appris que dans un cas en 2008, des sanctions administratives ont été prises contre le personnel médical impliqué dans des ventes de médicaments et de vaccins dans un hôpital de référence, et que des poursuites judiciaires sont en cours.

182 Ministère de la Santé, Guide pour les audits de décès maternels, néonataux et des échappées belles, novembre 2008.

183 OMS, Au-delà des Nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse, 2004, pp. 49-50, disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242591831.pdf> (consulté le 5 novembre 2009).

184 Voir Fabienne Richard, H. Filali, Vincent De Brouwere, Les erreurs en médecine : Pourquoi et comment en parler?, Revue d'épidémiologie et de santé publique, juin 2005, volume 53(3), pp. 315-335.

185 CESC, Observation générale n°14, para 59.

186 Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Groupe de travail sur l'Examen périodique universel : Burkina Faso*, 7 janvier 2009, para 98, A/HRC/10/80, disponible sur http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session3/BF/A_HRC_10_80_BurkinaFaso_F.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

187 Au niveau régional, le Burkina Faso a ratifié la Convention de l'Union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption en novembre 2005. L'Article 12 prévoit que les États parties doivent « *créer un environnement favorable qui permet à la société civile et aux médias d'amener les gouvernements à faire preuve du maximum de transparence et de responsabilité dans la gestion des affaires publiques.* » Voir la Convention de l'Union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption, adoptée à Maputo le 11 juillet 2003, disponible sur http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/Convention%20sur%20la%20lutte%20contre%20la%20corruption.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

188 L'Article 156 du Code pénal définit la corruption active comme l'acte de « *tout agent ou préposé de l'Administration ... qui agréé des offres ou promesses, qui reçoit des dons ou présents, pour faire un acte de ses fonctions ou de son emploi, même juste, mais non sujet à salaire* ».

189 Ce nouvel organe fusionne trois corps dont le mandat était de combattre la corruption et la fraude : la Haute Autorité de Coordination de la Lutte Contre la Corruption (HACLC), l'Inspection générale de l'Etat et la Commission nationale pour la lutte contre la fraude.

190 Voir ASCE, *Rapport général annuel d'activités 2008 de l'Autorité supérieure de contrôle de l'État*, p. 6, disponible sur http://www.gouvernement.gov.bf/IMG/pdf_ASCE_Rapport_2008.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

191 REN-LAC, *État de la corruption au Burkina Faso : Rapport 2006*, décembre 2007, p. 10.

192 Convention des Nations Unies contre la corruption, adoptée par l'Assemblée Générale dans sa résolution 58/4 du 31 octobre 2003, disponible sur http://www.unodc.org/documents/treaties/UNCAC/Publications/Convention/08-50027_F.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

193 Voir le Cadre général d'organisation des appuis budgétaires en soutien à la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CGAB-CSLP), 2005.

194 Ministère de la Santé, Comptes nationaux de la santé de la reproduction Burkina Faso 2005-2006, juin 2008, p.19. Ce document indique que pour l'année 2006, pour un budget total de 12 millions de francs CFA (18 300 euros), les trois sources de financements pour la santé de la reproduction venaient respectivement pour 37,69 % des bailleurs internationaux, pour 30,81 % de l'Etat et pour 28,9 % des ménages.

195 Ministère de la Santé, Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) 2008-2012, p. 10.

196 La contribution de la Banque Mondiale au PADS prend la forme d'un soutien au secteur sanitaire et d'un projet VIH/sida multisectoriel qui se concentre sur la lutte contre le VIH/sida et le paludisme. Ce projet fournit en partie des financements non affectés par le biais du PADS, en partie des financements affectés pour des activités de nutrition dans six régions ainsi qu'un approvisionnement en moustiquaires et médicaments contre le paludisme. D'après un représentant de la Banque Mondiale, ce financement « *donnera au Burkina la flexibilité nécessaire pour*

déterminer ses priorités sur la base du fardeau local de la maladie tout en s'assurant que les interventions clef – y compris pour le paludisme, la santé maternelle et infantile, la nutrition, et la prévention et le traitement du VIH/sida – reçoivent le financement nécessaire. »

Voir le communiqué de presse de la Banque Mondiale, 27 avril 2006, disponible sur <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEIL/EXTN/NEWSFRENCH/0,,contentMDK:20910445~menuPK:1082263~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074931,00.html> (consulté le 5 novembre 2009).

197 Entretien avec un représentant de GTZ à Ouagadougou en juillet 2008.

198 La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement a pour but d'améliorer la manière dont l'aide est fournie et de la rendre plus effective pour réduire la pauvreté. Elle définit une série d'objectifs qui doivent être atteints par les bailleurs et leurs partenaires d'ici 2010, qui se concentrent autour de cinq principes clés pour améliorer la fourniture de l'aide : l'appropriation par l'État, l'alignement sur les systèmes du pays partenaire, l'harmonisation et la coordination des efforts des bailleurs, la gestion des résultats et l'obligation réciproque de rendre des compte sur les objectifs à atteindre. Les progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris ont été évalués lors du Troisième Forum de Haut Niveau sur l'efficacité de l'aide à Accra au Ghana en septembre 2008. Le Programme d'Action d'Accra, qui a été approuvé par les ministres des pays en développement et des pays bailleurs ainsi que par les directeurs des institutions multilatérales et bilatérales de développement, a pris des engagements supplémentaires pour permettre d'accélérer les progrès et d'améliorer l'efficacité de l'aide.

199 GAVI Alliance, *Health System Strengthening*, mai 2009, disponible sur http://www.gavialliance.org/resources/HSS_Burkina_Faso_Round_5_final.pdf (consulté le 5 novembre 2009).

JE VEUX AIDER

LES CAMPAGNES D'AMNESTY INTERNATIONAL S'EFFORCENT D'OBTENIR LA JUSTICE, LA LIBERTÉ ET LA DIGNITÉ POUR TOUS ET DE MOBILISER L'OPINION PUBLIQUE POUR UN MONDE MEILLEUR, QUE CE SOIT LORS DE CONFLITS TRÈS MÉDIATISÉS OU DANS DES ENDROITS OUBLIÉS DE LA PLANÈTE

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

Dans le monde entier, des militants font la preuve qu'il est possible de résister aux forces qui bafouent les droits humains. Rejoignez ce mouvement mondial. Rejoignez la lutte contre les marchands de peur et de haine.

- Adhérez à Amnesty International et participez, au sein d'un mouvement mondial, à la lutte contre les atteintes aux droits fondamentaux. Vous pouvez nous aider à changer les choses.
- Faites un don pour soutenir l'action d'Amnesty International.

Ensemble, nous ferons entendre notre voix.

Je désire recevoir des renseignements complémentaires sur les conditions d'adhésion à Amnesty International

Nom

Adresse

Pays

Courrier électronique

Je désire faire un don à Amnesty International
(merci de faire des dons en livres sterling, en dollars US ou en euros)

Somme

Veuillez débiter ma carte Visa Mastercard

numéro

Date d'expiration

Signature

Veuillez retourner ce formulaire au siège d'Amnesty International de votre pays. Vous trouverez une liste des sièges d'Amnesty International dans le monde entier à l'adresse suivante : www.amnesty.org/en/worldwide-sites

Si Amnesty International n'est pas présente dans votre pays, faites parvenir ce formulaire à : **Amnesty International**, Secrétariat international, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni

www.amnesty.org





DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT

LA MORTALITÉ MATERNELLE AU BURKINA FASO

Chaque année, au Burkina Faso, plus de 2 000 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La plupart de ces décès pourraient être évités.

Certaines femmes meurent parce qu'elles ne peuvent pas rejoindre un établissement où des soins pourraient leur être dispensés, ou parce qu'elles y arrivent trop tard. Dans bien des cas, des femmes perdent la vie parce que leur famille ne peut pas payer les frais demandés par le personnel médical. D'autres subissent les conséquences d'un manque de sang, de médicaments, d'équipement ou de personnel médical qualifié. La mortalité maternelle fait surtout des ravages parmi les femmes les plus pauvres, les moins instruites, et celles qui vivent dans des zones rurales (ce qui est le cas de 80 % de la population).

Les autorités du Burkina Faso ont consacré des efforts et des ressources à la réduction de la mortalité maternelle, avec l'aide des pays donateurs. Mais de nombreuses femmes enceintes ne peuvent toujours pas obtenir à temps les soins dont elles ont besoin. Trop souvent, les grossesses se terminent par une tragédie.

Amnesty International recommande l'amélioration de l'information et des services de planification familiale, et exhorte le gouvernement à supprimer les barrières financières aux soins de santé maternelle et à faciliter l'accès aux soins. Si ces mesures minimales ne sont pas prises, il y aura violation du droit à la santé des femmes du Burkina Faso.



AMNESTY
INTERNATIONAL



www.amnesty.org