

Chapitre 6

Investir dans les ressources humaines, sans laissés-pour-compte

Résumé

Pour que le développement humain progresse de manière réelle et durable, un changement fondamental s'impose. Ce changement ne se produira que si les femmes et les hommes y participent pleinement. Le monde a pris des engagements prometteurs, dont le programme Éducation pour tous et la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU. Il est essentiel d'honorer ces engagements pour atteindre les OMD. Mais, pour cela, rien ne sert d'adopter encore d'autres initiatives concurrentes. Pour accomplir des progrès soutenus, il faut un financement qui s'aligne sur les systèmes de santé et d'éducation nationaux et qui soit harmonisé avec les autres types d'assistance et les complète. Pour utiliser de manière efficace ces nouvelles ressources importantes, il faudra accorder une attention toute particulière aux mécanismes de mise en œuvre et de surveillance des résultats et à la reddition de comptes aux communautés pauvres bénéficiaires.

Parmi les mesures pratiques envisageables, citons :

- financer une **éducation gratuite de base** pour tous les garçons et filles d'Afrique subsaharienne, qui leur soit utile dans l'Afrique d'aujourd'hui. Accorder à l'enseignement secondaire, supérieur et professionnel, ainsi qu'à la formation continue et à la formation des enseignants, l'importance qu'ils méritent dans le système éducatif global ;
- renforcer les systèmes de santé en Afrique de façon à ce que tous les citoyens aient accès aux **soins de base**. Ceci supposera des investissements considérables dans les ressources humaines, dans les services de santé génésique et sexuelle, dans le développement de nouveaux médicaments, ainsi que dans le soutien à la gratuité des soins. Grâce à des stratégies cohérentes et intégrées, cette approche pourrait effectivement permettre **d'éradiquer les maladies qui foudroient les pauvres**, comme la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies parasitaires ;
- appliquer d'urgence la **Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU** et, en tant que priorité première, veiller à ce que les services appropriés soient accessibles à tous. Mobiliser et intégrer la réponse internationale derrière des stratégies nationales cohérentes, complètes et pourtant audacieuses qui tiennent compte des rapports de force et des problèmes d'inégalité des sexes ;
- permettre aux familles et aux communautés de continuer à protéger **les orphelins et les enfants vulnérables**, par des apports de financement prévisibles aux stratégies nationales de protection sociale ;
- honorer les engagements du **Plan d'action sur l'eau** du G8 par l'augmentation du financement alloué au programme Vision de l'eau en Afrique en vue de réduire de

75 % le nombre de personnes qui n'ont pas accès à de l'eau salubre et à des sanitaires de base d'ici à 2015, avec une évaluation des progrès accomplis en 2007.

De toutes les questions abordées dans ce rapport, la santé, l'éducation et l'inclusion sociale sont celles qui nécessitent le plus de ressources. Nous recommandons que ces ressources soient apportées de manière prévisible, à long terme, avec une augmentation régulière soigneusement planifiée en fonction de l'amélioration de la capacité des gouvernements africains de fournir des services efficaces.

1 La sécurité humaine englobe l'ambition des hommes et des femmes de ne pas se trouver dans le besoin, d'échapper à la peur, à la maladie et à l'ignorance, et d'avoir la liberté de mener leur vie comme ils l'entendent¹. Pour y parvenir, le développement humain cherche à étendre les possibilités qui sont offertes aux personnes, afin de les aider à construire leur vie et à réaliser leur potentiel avec dignité. Le développement humain possède une valeur intrinsèque. Chacun y a droit. Mais il s'agit également d'une question d'intérêt public : le développement a une valeur pour les autres. Le développement humain est également essentiel pour le développement économique et politique de l'ensemble de la société. La santé, l'éducation et la protection sociale sont des investissements productifs non seulement pour l'individu mais également dans le capital de base d'un État, c'est-à-dire ses ressources humaines et, notamment, les enfants et les jeunes qui sont son avenir. La justice sociale exige que nous travaillions ensemble afin que ces droits de base soient une réalité en Afrique.

2 Les défis sont immenses. Au rythme actuel, les objectifs du Millénaire pour le développement (la réduction de la pauvreté de moitié, l'enseignement primaire universel et l'élimination de la mortalité infantile évitable) seront atteints en Afrique subsaharienne non pas en 2015 mais avec entre 100 et 150 ans de retard². En 2004, le SIDA a fait plus de 2 millions de victimes en Afrique subsaharienne et plus de 3 millions de personnes ont été infectées cette année-là³. La crise n'a pas encore atteint son plus haut niveau. En Afrique subsaharienne, les trois quarts des jeunes qui vivent avec le VIH/SIDA sont des femmes. Pendant ce temps, les systèmes d'éducation et de santé se sont dégradés après des années de négligence et il existe des pénuries énormes de médecins, d'infirmières et d'enseignants. Se maintenir en bonne santé est particulièrement coûteux pour les pauvres, un tiers de leurs dépenses mensuelles étant consacrées au seul traitement de la paludisme⁴.

3 Pour que le développement humain progresse réellement, un changement fondamental s'impose. Le monde a pris des engagements prometteurs, dont les objectifs du Millénaire pour le développement et le programme Éducation pour tous en 2000 et la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA à l'assemblée générale des Nations unies en 2001. Il faut honorer ces engagements. Mais pas en adoptant de nouvelles initiatives. Au lieu de cela, il faut un financement qui soutienne des stratégies cohérentes de renforcement des systèmes d'éducation et de santé adoptées par les pays concernés. Le financement des donateurs a été de courte durée, irrégulier et largement lié à l'utilisation des ressources humaines et des produits des pays donateurs. Les initiatives exclusivement axées sur des problèmes précis ont abouti à l'établissement de systèmes parallèles se faisant concurrence, ce qui amoindrit davantage encore la capacité gouvernementale. Dans des États fragiles, la coordination de l'assistance est encore plus essentielle. Nous ne demandons pas seulement une augmentation notable du financement, nous demandons également un financement prévisible et à plus long terme. Nous demandons que ces investissements augmentent à un rythme soigneusement étudié, afin que la capacité gouvernementale d'absorber le financement et d'obtenir des résultats s'améliore progressivement. Surtout, nous préconisons que l'investissement vienne à l'appui des engagements nationaux d'amélioration des services, soutienne le leadership africain et repose sur des partenariats authentiques entre les gouvernements, la société civile et la communauté internationale.

4 Mais il y a beaucoup plus à faire, et les gouvernements africains doivent continuer à montrer qu'ils sont résolus à fournir des services de qualité. Si les incitations n'ont pas pour but d'améliorer les résultats – de meilleurs services d'éducation et de santé – l'augmentation du financement n'aura qu'un impact limité. Pour améliorer la qualité de ces services et l'efficacité des investissements, il est essentiel d'obliger les services à rendre des comptes aux communautés, en les faisant participer à la conception et à la prestation des services, ou par l'intermédiaire des hommes politiques. En outre, les gouvernements doivent également, par la surveillance désagrégée, axer leur gestion sur l'obtention de résultats, afin d'améliorer davantage encore l'efficacité et d'intégrer les plus pauvres dans les services. Mais l'allocation des ressources doit être effectuée en réponse aux besoins et en fonction du potentiel d'obtention de résultats – et pas seulement en fonction des performances passées ou des relations d'aide précédentes. Les questions de responsabilité, de transparence et de capacité de prestation de service sont traitées plus en détail au chapitre 4.

5 Dans ce chapitre, nous présentons les mesures urgentes et audacieuses que la communauté internationale doit prendre pour que les choses changent réellement, ainsi que les réformes que les gouvernements africains doivent entreprendre. Nous commençons par les mesures de soutien à la nouvelle vision de l'Afrique pour l'éducation : une éducation utile et intégrant les filles comme les garçons. Nous expliquons pourquoi il importe que le soutien soit équitablement équilibré dans tout le secteur, du primaire au secondaire, sans oublier l'enseignement supérieur, l'instruction des adultes, la formation professionnelle et la formation des formateurs. Les mesures visant à renforcer l'enseignement supérieur sont décrites au chapitre 4. Dans un deuxième temps, nous présentons les mesures qui s'imposent pour consolider les systèmes de santé et éradiquer les maladies évitables. L'harmonisation et l'intégration des initiatives derrière des stratégies nationales cohérentes jouent un rôle majeur à cet égard. Dans un troisième temps, nous indiquons les mesures qui s'imposent pour parvenir à ce que trois ménages sur quatre aient l'eau et des sanitaires en 2015, par l'intégration des efforts derrière des stratégies nationales uniques et des stratégies de gestion des bassins fluviaux uniques. Tout au long de ce rapport, nous insistons sur le fait que la pandémie du VIH/SIDA appelle une réponse urgente, mais nous indiquons, dans une quatrième section, les principales mesures nécessaires pour que la campagne contre le VIH/SIDA soit cohérente et globale. Ceci suppose que les donateurs travaillent ensemble derrière les Africains afin de soutenir pleinement des stratégies locales appropriées aux rapports de forces et aux relations entre les sexes. Dans une cinquième section, nous envisageons les mesures supplémentaires qui s'imposent pour lutter contre l'exclusion et la vulnérabilité et mettre fin à ces cycles interdépendants afin de permettre aux familles et aux communautés de protéger les orphelins et les enfants vulnérables. Ces interventions devraient également réduire les inégalités entre les groupes et ainsi atténuer une des sources d'instabilité politique et de conflit. Là encore, les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à une plus grande intégration sont également envisagés dans d'autres chapitres. La protection des droits des femmes et des enfants et la reconnaissance de l'impact énorme de la pandémie du VIH/SIDA constituent les fondements de cette analyse.

6.1 Une éducation et des compétences répondant aux besoins de l'Afrique contemporaine

6 L'éducation est un droit de l'homme fondamental⁶. Il s'agit d'un moyen permettant aux personnes de se réaliser et de transmettre des valeurs d'une génération à l'autre. Elle joue également un rôle essentiel dans la croissance économique et la santé des populations. Les pays qui sont mal partis pour atteindre l'objectif de développement du Millénaire d'égalité des sexes dans l'éducation (près de la moitié de ces pays se trouvent en Afrique) auront des taux de mortalité infantile de 1,5 % plus élevés que les pays dotés de meilleurs systèmes

d'éducation et ils auront également 2,5 % plus d'enfants trop maigres⁶. D'après une étude de la Banque mondiale menée dans 17 pays d'Afrique subsaharienne, il existe une corrélation nette entre l'éducation et des niveaux d'infection au VIH/SIDA inférieurs⁷. De toute évidence, l'éducation devrait jouer un rôle puissant dans la prévention du VIH/SIDA. Prolonger la scolarisation des filles d'une année augmente leurs revenus futurs de 10-20 %⁸. Plus les enfants, les filles en particulier, restent longtemps à l'école et suivent des études plus élevées, plus ces bienfaits augmentent⁹. L'éducation présente des avantages indubitables – en termes de sécurité humaine et en tant qu'investissement de rendement très élevé.

7 « L'éducation pour tous » est le titre d'une des promesses les plus fabuleuses jamais faites par la communauté internationale¹⁰. Au Forum mondial de l'éducation qui s'est tenu à Dakar, au Sénégal, en 2000, les nations réunies se sont engagées à offrir une éducation primaire gratuite et obligatoire à tous les enfants du monde et à faire reculer de moitié l'analphabétisme des adultes d'ici à 2015¹¹, et à éliminer l'inégalité des sexes dans l'éducation primaire et secondaire d'ici à 2005¹². La qualité de l'éducation devait s'améliorer, ainsi que la puériculture et l'éducation des petits enfants et la formation en dynamique de la vie des jeunes. Les pays du monde entier se sont également engagés à ce « qu'aucun pays sérieusement déterminé à réaliser l'éducation pour tous ne soit freiné dans la réalisation de cet objectif par le manque de ressources »¹³. En 2002, l'initiative « Fast Track »¹⁴ a été lancée dans le but de fournir les ressources nécessaires pour tenir cette promesse. Fast Track est un partenariat de donateurs qui se sont mutuellement engagés à accélérer les progrès dans l'éducation primaire. Cette initiative permet de disposer d'un cadre pratique, non seulement pour l'harmonisation des fonds des donateurs visant à soutenir les stratégies d'éducation des gouvernements africains, mais également pour la définition commune de la réussite des résultats obtenus.

6.1.1 Le moment est venu de tenir nos promesses

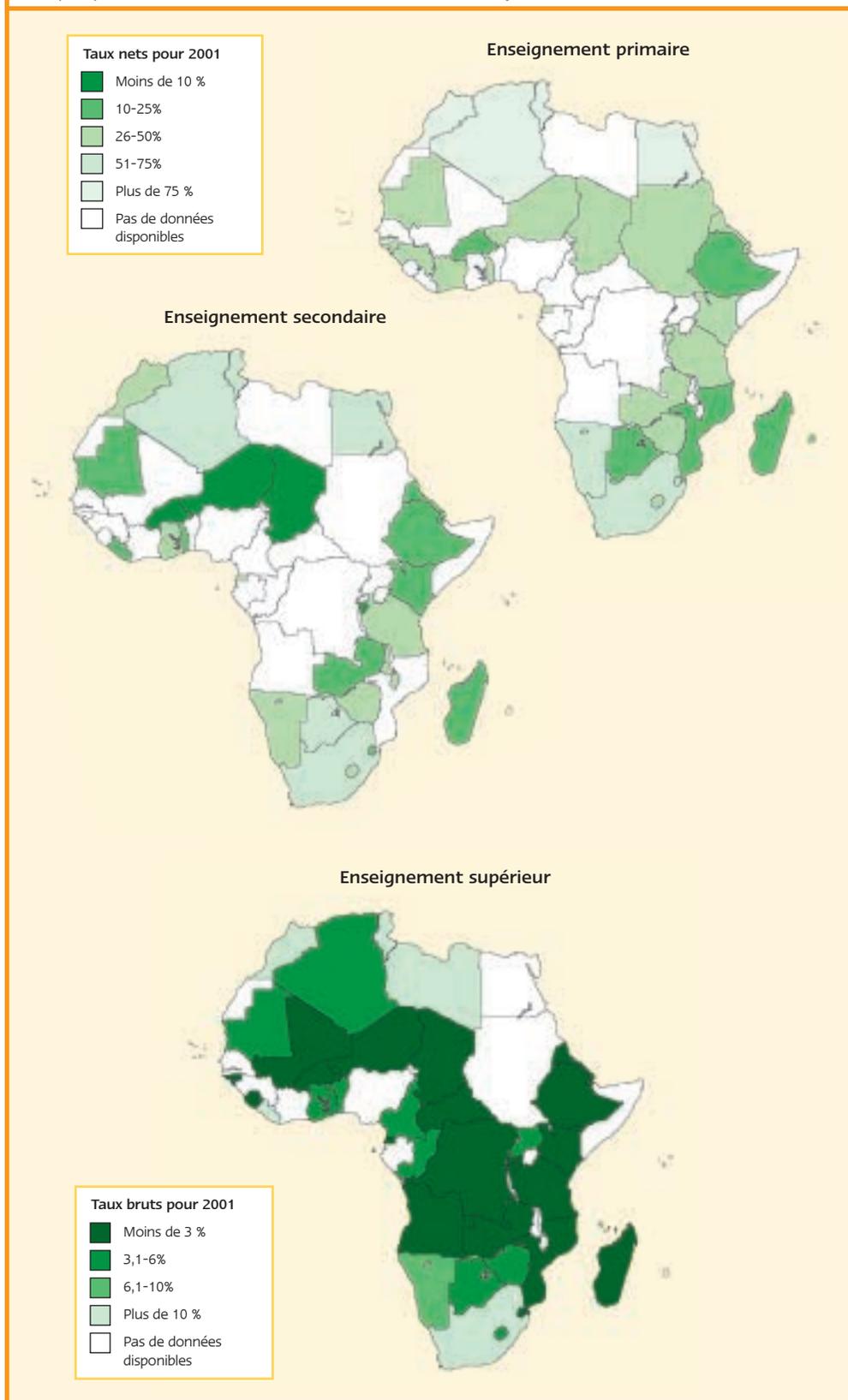
8 Six domaines nécessitent une intervention prioritaire de la communauté internationale en partenariat étroit avec les gouvernements et les acteurs non étatiques africains : l'amélioration de la planification et de l'équilibrage des ressources dans tout le secteur de l'éducation – du primaire au secondaire, sans oublier l'enseignement supérieur, l'instruction des adultes et la formation professionnelle ; le respect des engagements pris en matière d'aide et l'amélioration du leadership international et de la coordination de l'aide ; l'égalité des sexes ; la formation et la fidélisation des enseignants ; la participation des communautés et l'élaboration de programmes d'étude adaptés aux besoins actuels.

Mieux investir les ressources dans tout le secteur de l'éducation

9 L'éducation primaire s'améliore actuellement dans certains des pays les plus pauvres, au Burkina Faso, au Bénin et en Érythrée par exemple¹⁵. Ainsi, le nombre total d'enfants allant à l'école primaire en Afrique subsaharienne a augmenté de 48 % entre 1990 et 2001¹⁶. Mais les progrès de la scolarisation universelle sont irréguliers (cf. graphique 6.1). Les niveaux de scolarisation sont généralement les plus bas dans les zones rurales¹⁷ et certains groupes, tels que les filles, les enfants handicapés et les orphelins, sont marginalisés. Certaines stratégies donnent de très bons résultats, ce qui est le cas de la gratuité de l'école primaire, laquelle peut considérablement améliorer les taux de scolarisation. Mais une planification minutieuse est nécessaire pour maintenir la qualité de l'éducation afin que ces améliorations aboutissent effectivement à de meilleurs résultats éducatifs. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'un engagement politique marqué existe¹⁸, ce qui montre que le changement doit venir des Africains.

10 Mais il faut faire plus pour parvenir à ce que les 40 millions d'enfants d'Afrique subsaharienne actuellement hors du système éducatif aillent à l'école¹⁹. Le soutien doit cibler les pays présentant un risque élevé de ne pas atteindre les objectifs d'éducation

Graphique 6.1 Les taux de scolarisation en Afrique



Source : Rapport de suivi mondial, UNESCO, 2004

primaire universelle et d'égalité des sexes en 2015 : au Niger, au Burkina Faso et en Angola, le nombre d'années de scolarisation escompté est en moyenne inférieur à cinq ans et, au Tchad, en Guinée équatoriale, en Guinée-Bissau, à Madagascar et au Rwanda, plus de 60 % des enfants abandonnent l'école²⁰.

11 Dans les pays où plus d'enfants vont à l'école primaire, la demande d'éducation secondaire ou de formation professionnelle est plus élevée. Dans ces cas-là, la compétition pour l'obtention de places dans les établissements d'enseignement secondaire sous-financés devient un problème²¹. Les places sont accordées de préférence aux garçons et aux enfants aisés dans les zones urbaines²². La participation à l'enseignement supérieur est également très faible : la plupart des pays ont des taux d'inscription bruts de moins de 10 % et, dans certains cas, de moins de 1 % (Tchad, Guinée-Bissau et Tanzanie). Là encore, les places sont généralement offertes à quelques privilégiés. Il importe d'élargir l'accès à l'enseignement supérieur non seulement pour faciliter l'obtention d'un emploi administratif ou l'exercice d'une autre profession (et la formation des enseignants et des administrateurs dont le système éducatif a besoin à tous les niveaux), mais également pour avoir des citoyens responsables dans toute la société. En dehors de l'éducation formelle, l'apprentissage des adultes tout au long de la vie joue un rôle important dans le développement des valeurs et des compétences des sociétés. De même, il existe un rapport entre l'instruction des mères par le biais de programmes d'alphabétisation des adultes et l'amélioration de la scolarisation des enfants et de leurs résultats scolaires²³.

12 Par conséquent, en plus de la priorité de l'éducation de base, qui donne les résultats les plus équitables, l'éducation au sens large ne doit pas être négligée, fait reconnu dans le programme Éducation pour tous et ressortant de nos consultations²⁴. Nous approuvons le passage du concept conventionnel d'éducation « primaire » à celui d'éducation « de base » – définie dans la stratégie éducative du NEPAD/UA comme un cycle de neuf ans d'école primaire et de premier cycle du secondaire²⁵. Le deuxième cycle du secondaire, la formation professionnelle et l'enseignement supérieur adaptés aux besoins du marché du travail de chaque pays, constituent ainsi le prolongement logique de l'éducation de base. Tous les éléments font partie d'un système complémentaire et se renforcent mutuellement. Ceci suppose une planification répandant aux priorités propres à chaque pays, mettant les réformes en place de manière progressive en fonction des besoins et allouant les ressources à l'ensemble du secteur de l'éducation.

Honorer les engagements pris et améliorer le leadership international et la coordination de l'aide

13 En dépit de la rhétorique audacieuse de la déclaration Éducation pour tous, la communauté internationale ne verse pas les fonds promis. L'aide n'a que peu augmenté. En 2001-2002, 1,2 milliard d'USD seulement a été versé par les donateurs pour financer l'éducation primaire dans le monde, dont seulement un tiers pour l'Afrique subsaharienne²⁶. Les estimations des sommes requises pour financer l'éducation primaire universelle en Afrique varient considérablement. D'après les estimations de la Banque mondiale, il faudra 1,9 milliard d'USD de plus pour 33 pays d'Afrique subsaharienne²⁷, mais ce chiffre ne tient pas compte des besoins des 15 autres pays, ni des interventions plus globales nécessaires pour améliorer la qualité que nous recommandons ci-dessous – y compris une éducation soucieuse d'intégrer les filles, tenant systématiquement compte du VIH/SIDA, qui investit dans ses enseignants, qui développe des programmes d'études adaptés et qui va au-delà du primaire. Pour l'enseignement secondaire uniquement, il faudrait 2,3 milliards d'USD par an, au bas mot²⁸.

14 Nous estimons donc qu'il manquera 7 à 8 milliards d'USD chaque année pour parvenir à un équilibre équitable dans l'offre d'éducation en Afrique subsaharienne, mais que cette somme devrait être versée sous forme d'augmentation mesurée régulière, dont le but serait

de remettre la structure de base en état dans un premier temps, de manière, par exemple, à avoir suffisamment d'enseignants et une offre équitable, ainsi que des gouvernements capables d'obtenir des résultats. **Recommandation : les donateurs et les gouvernements africains devraient honorer leurs engagements en ce qui concerne l'Éducation pour tous, afin que chaque enfant d'Afrique aille à l'école. Les donateurs devraient verser 7 à 8 milliards d'USD de plus par an, alors que les gouvernements africains développent des plans nationaux complets en vue d'offrir une éducation de qualité.** Ceci amènerait les dépenses d'éducation à une moyenne de 6 % du PIB dans chaque pays²⁹. Cela serait suffisant pour renforcer les systèmes éducatifs de manière globale et permettre à tous les enfants d'avoir une éducation de base et à la moitié de passer au secondaire. Ce financement passera en partie par l'initiative Fast Track. Il faut 1,4 milliard d'USD cette année pour les pays qui ont des plans approuvés prêts à être mis en œuvre immédiatement. Les fonds devront augmenter progressivement à mesure que l'élargissement de l'initiative Fast Track à d'autres pays d'Afrique subsaharienne s'accéléra³⁰, comme convenu à la réunion annuelle d'Éducation pour tous de 2004 et approuvé par le projet Millénaire de l'ONU. Certains de ces pays ont des plans qui attendent d'être approuvés, mais d'autres ont besoin d'un soutien supplémentaire, notamment les pays qui ne reçoivent pas un financement suffisant des donateurs³¹, les pays touchés par des conflits et ceux qui présentent des disparités importantes sur le plan de l'éducation mais qui n'ont pas de structures de bonne gouvernance³². Le droit à l'éducation devrait être reconnu même dans les États fragiles. L'équilibrage du financement global se fera par le biais des budgets nationaux.

15 Ceci ne sera efficace que si les gouvernements africains ont l'initiative et agissent vigoureusement. Le financement dépendra donc des plans d'éducation globaux adoptés pour veiller à ce que les investissements soient répartis de manière équitable et progressive dans tout le secteur. L'importance accordée à chaque élément du plan sectoriel dépendra de la situation actuelle dans chaque pays³³. Les plans devraient être axés sur la gestion en vue de résultats, ce qui suppose d'obtenir des informations permettant d'évaluer ce qui marche et d'allouer les ressources de manière appropriée. Les plans devraient être liés à des stratégies de lutte contre la pauvreté, accorder la priorité à l'éducation de base et insister fortement sur l'éducation des filles. Les gouvernements doivent également élaborer des mécanismes en vue d'augmenter la responsabilité envers les communautés, point sur lequel nous reviendrons plus loin.

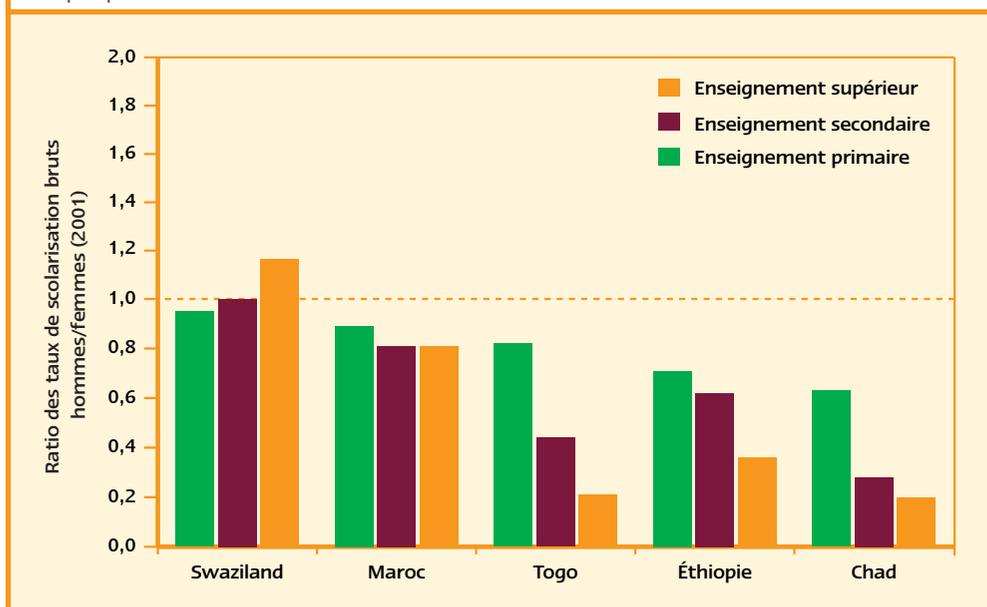
16 De même, des mesures vigoureuses de la part des donateurs s'imposent. Le financement des donateurs doit s'aligner sur les priorités nationales³⁴, dans le cadre de partenariats avec les gouvernements africains. Pour être plus efficaces, les investissements doivent également être plus souples. Comme nous l'avons vu au chapitre 4, les donateurs doivent apporter un financement prévisible et soutenu pour permettre aux gouvernements d'investir dans des plans à long terme ainsi que dans leurs dépenses courantes (salaires des enseignants, etc.).

17 Mais cela n'est pas encore suffisant. Pour rendre les investissements efficaces, la communauté internationale doit améliorer sa coordination sous un leadership plus vigoureux de l'UNESCO et de l'initiative Fast Track afin de parvenir à une délimitation plus claire des rôles et d'éviter ainsi la duplication d'activités. L'initiative Fast Track devrait également renforcer la représentation africaine dans ses groupes de travail ainsi que dans ses processus de planification et d'analyse.

L'égalité des sexes

18 L'éducation est un droit autant pour les filles que pour les garçons. En outre, comme nous l'avons vu plus haut, l'impact de l'éducation sur le développement est plus marqué lorsque les filles sont instruites. En particulier, l'éducation des filles contribue à la réduction de la propagation du VIH/SIDA. Elle a été vue comme un facteur essentiel de la baisse des

Graphique 6.2 Ratio de scolarisation hommes/femmes



Des ratios de scolarisation supérieurs à 1 indiquent un niveau de scolarisation des femmes supérieur à celui des hommes. Des ratios de scolarisation inférieurs à 1 indiquent un niveau de scolarisation des hommes supérieur à celui des femmes

Source : Rapport de suivi mondial, UNESCO, 2004.

niveaux de prévalence en Ouganda³⁵. L'éducation des filles constitue également un investissement indirect dans l'éducation de la génération suivante³⁶. Il est donc inacceptable qu'il y ait encore des inégalités prononcées entre les sexes dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne (cf. graphique 6.2). Nos consultations ont montré à quel point le problème est préoccupant et son importance a également été soulignée dans le projet Millénaire de l'ONU³⁷. En dépit de progrès rapides et notables accomplis dans certains pays, qui montrent ce qui est possible³⁸, le premier objectif des OMD – éliminer les inégalités entre les sexes dans l'éducation primaire et secondaire d'ici à 2005 – ne sera de toute évidence par atteint à la date prévue.

19 Des initiatives ont été lancées au niveau africain et international en vue de remédier au problème. La démarche adoptée consiste à faire connaître et à propager ce qui marche³⁹. Des investissements supplémentaires en faveur des filles s'imposent pour parvenir à l'égalité dans le domaine de l'éducation. Parmi les interventions ayant un impact notable, citons : la réduction des obstacles financiers tels que les frais de scolarité, l'offre de repas scolaires gratuits ou de subventions de scolarisation⁴⁰ et la création d'un environnement scolaire plus favorable aux filles. Ceci suppose de s'attaquer au problème de l'abus sexuel de la part des enseignants, problème d'une fréquence préoccupante⁴¹, d'installer des toilettes et d'engager plus d'enseignants. Le Niger est en train de mettre en place une stratégie innovante dans le but de favoriser la scolarisation des filles. L'objectif est de veiller à ce qu'il y ait une école et un puits dans chaque village. Ainsi, la distance que les filles doivent parcourir pour aller à l'école et le poids que certaines tâches ménagères telles que la collecte d'eau font peser sur elles diminueront. Les hommes qui épousent des mineures seront légalement contraints de verser une amende aux pouvoirs publics pour dédommager l'État de son investissement dans leur éducation⁴². **Recommandation : dans leurs plans nationaux, les gouvernements africains doivent identifier des mesures en faveur de la scolarisation des garçons comme des filles, avec l'allocation des ressources qui s'imposent. Les donateurs devraient prendre ces frais supplémentaires à leur charge.**

20 Recommandation : les gouvernements africains devraient s'engager à abolir les frais de scolarité dans l'éducation de base, ce que les donateurs devraient financer jusqu'à ce que les pays soient en mesure de régler ces frais eux-mêmes. Une telle mesure devrait s'inscrire dans le cadre d'une stratégie cohérente pour l'éducation, séquencée de manière telle que la qualité de l'éducation ne soit pas compromise par l'augmentation considérable du niveau de scolarisation probable. L'impact de ces mesures bénéficiera à tous les enfants et en particulier aux filles : en Ouganda, la scolarisation des filles les plus pauvres a doublé lorsque les frais de scolarité ont été abolis.

Former et fidéliser les enseignants

21 Recommandation : afin d'offrir une éducation de qualité, les gouvernements africains doivent investir dans la formation des enseignants, dans la fidélisation du personnel et dans le développement professionnel. Les ratios enseignant/nombre d'enfants doivent être amenés à moins de 1 pour 40 dans l'éducation de base. Les donateurs devraient s'engager à apporter un financement à long terme prévisible à cette fin. De toute évidence, l'objectif de l'éducation pour tous ne sera jamais atteint sans investissements importants dans le recrutement, la formation, la fidélisation et le développement professionnel des enseignants, afin de lutter contre la pénurie actuelle due aux pertes occasionnées par le VIH et les démissions. Le Lesotho a seulement un cinquième des enseignants dont il a besoin et il faudrait au Ghana quatre fois plus d'enseignants pour que tous les enfants aillent à l'école⁴³. En Namibie, seulement 40 % des enseignants des écoles rurales du nord du pays sont qualifiés contre 92 % dans la capitale⁴⁴. Bien qu'il existe peu d'informations sur l'impact du VIH/SIDA sur les enseignants, les données disponibles sont préoccupantes : en Zambie, la mortalité serait de 70 % plus élevée chez les enseignants que dans l'ensemble de la population, bien que les décès ne soient pas officiellement attribués au SIDA⁴⁵. L'élargissement de la scolarisation doit impérativement s'accompagner d'une augmentation du nombre d'enseignants, à défaut de quoi les classes seront encore plus grandes et la qualité de l'éducation en pâtira.

22 Pour que le nombre d'enseignants augmente, le nombre de personnes entreprenant des études supérieures doit augmenter. Il est donc nécessaire de reconnaître l'importance d'investir dans les établissements d'enseignement supérieur en Afrique. C'est en effet dans ces établissements que les compétences et les connaissances nécessaires pour obtenir de bons résultats éducatifs seront développées. Mais, en raison de l'ampleur du problème, des mesures radicales et pragmatiques s'imposent d'urgence. Les pays dont les gouvernements sont résolus à s'attaquer au problème ont déjà adopté de telles mesures.

23 Au Burkina Faso, la pénurie d'enseignants a été déclarée une « urgence nationale ». Les pouvoirs publics sont obligés de rechercher des enseignants dans tout le secteur public tout en recrutant et formant parallèlement des enseignants de plus haut niveau⁴⁶. Au Malawi, la gratuité de l'éducation primaire déclarée en 1994 a créé une demande de nouveaux enseignants sans précédent, ce qui a également obligé les pouvoirs publics à prendre des mesures radicales. Un programme de formation des enseignants a été mis sur pied. Ce programme remplace la formation universitaire conventionnelle par un programme d'études de quatre mois suivis d'une formation sur le lieu de travail de 20 mois. Ainsi, des volumes élevés d'enseignants ont pu être formés à des coûts relativement faibles : 590 USD par enseignant formé en deux ans contre une moyenne de 2 100 USD pour un enseignant formé en trois années d'études universitaires au Ghana⁴⁷. La qualité des enseignants formés dans le cadre de ces programmes est peut-être moins bonne au départ, mais les résultats montrent qu'en ayant recours à la formation sur le lieu de travail et à des programmes d'enseignement à distance, il est possible d'innover. Les investissements directs dans la formation continue des enseignants et dans les incitations jouent également un rôle essentiel, comme nous l'avons vu au chapitre 4.

Faire participer les communautés

24 Les acteurs non étatiques, y compris les organisations religieuses, la société civile, le secteur privé et les communautés ont traditionnellement beaucoup contribué à l'éducation en Afrique. Dans certains cas, les services offerts sont excellents, mais dans d'autres (services visant souvent les personnes qui n'ont pas les moyens de régler les frais de scolarité des écoles publiques) les services offerts ne sont pas réglementés et sont de qualité inférieure⁴⁸. Afin d'améliorer la qualité de l'éducation, il est essentiel que les institutions rendent compte des résultats obtenus aux communautés et que ces dernières participent à la surveillance et à la gestion des processus d'enseignement et d'apprentissage. Au Malawi, les parents, les enseignants, les enfants et les responsables de des communautés travaillent ensemble à l'amélioration des écoles locales. L'absentéisme – des enseignants comme des élèves – a baissé. Le harcèlement sexuel des filles de la part des enseignants a également diminué, ainsi que la quantité de travail que les parents confient à leurs enfants, notamment pendant les heures d'école⁴⁹. Pour que les plans nationaux se traduisent effectivement par une offre d'éducation de qualité, il est essentiel que des mécanismes soient mis en place pour assurer la participation des communautés et des acteurs non étatiques en partenariat avec l'État.

Développer des programmes scolaires utiles à l'Afrique

25 Un autre problème qui a été régulièrement soulevé au cours de nos consultations en Afrique est le manque de programmes scolaires appropriés. Les systèmes éducatifs reposent souvent sur des programmes établis de longue date, qui sont limités aux matières théoriques conventionnelles. Ces programmes ont en général tendance à n'accorder que peu d'importance à la transmission de valeurs ou de compétences utiles dans la société de demain et ne visent pas à former des adultes en mesure de faire concurrence dans une économie mondiale en évolution constante ou de faire face à la pandémie actuelle du VIH. Un tel enseignement s'impose pourtant si l'on souhaite élever la qualité de l'éducation et augmenter le nombre de ceux qui vont jusqu'au bout de leur cursus.

26 Pour rendre les jeunes plus facilement employables, il est nécessaire de renforcer leurs compétences utiles dans le monde du travail, à savoir leurs compétences professionnelles, administratives, agricoles et informatiques, ainsi que leurs compétences créatives et analytiques⁵⁰, afin de les aider à s'adapter à l'évolution de la demande sur le marché⁵¹ (cf. chapitre 7). Mais les programmes éducatifs n'ont pas seulement pour but de favoriser les progrès économiques : les droits et les responsabilités des citoyens doivent également être enseignés. De même, il convient d'éduquer les jeunes dans un esprit d'intégration et de la lutte contre les préjugés et la discrimination. Les techniques de résolution des conflits et de réconciliation devraient être enseignées dans les programmes éducatifs, comme dans l'initiative de retour à l'école post-conflit menée par l'UNICEF au Libéria⁵². Les programmes d'enseignement devraient être conçus en tenant compte de l'histoire, des cultures et des langues de chaque région.

27 Il est essentiel de dispenser un enseignement en dynamique de la vie qui aborde des questions telles que le VIH/SIDA et l'inégalité des sexes de manière claire et globale. Les comportements à risque devraient être enseignés tôt aux enfants et il convient de développer leur aptitude à communiquer avec assurance dès un jeune âge. La jeune génération pourrait se voir offrir de grandes possibilités de lutter contre la pandémie et de s'attaquer aux préjugés si des connaissances personnalisées et adaptées et directement utiles dans la vie des enfants étaient communiquées. En Ouganda, au Kenya et au Sénégal, les problèmes du VIH/SIDA sont maintenant intégrés dans les tronc communs. L'éducation sanitaire, hygiène comprise, réduit nettement la maladie. En outre, une éducation appropriée offrira un soutien psychologique aux orphelins et aux enfants vulnérables qui connaissent la souffrance et des circonstances difficiles chez eux. Une éducation appropriée est également importante pour l'apprentissage post-scolaire. En effet, quel que soit l'âge, les compétences

utiles dans la vie professionnelle, dans la vie de tous les jours et dans la vie d'un citoyen sont essentielles⁵³.

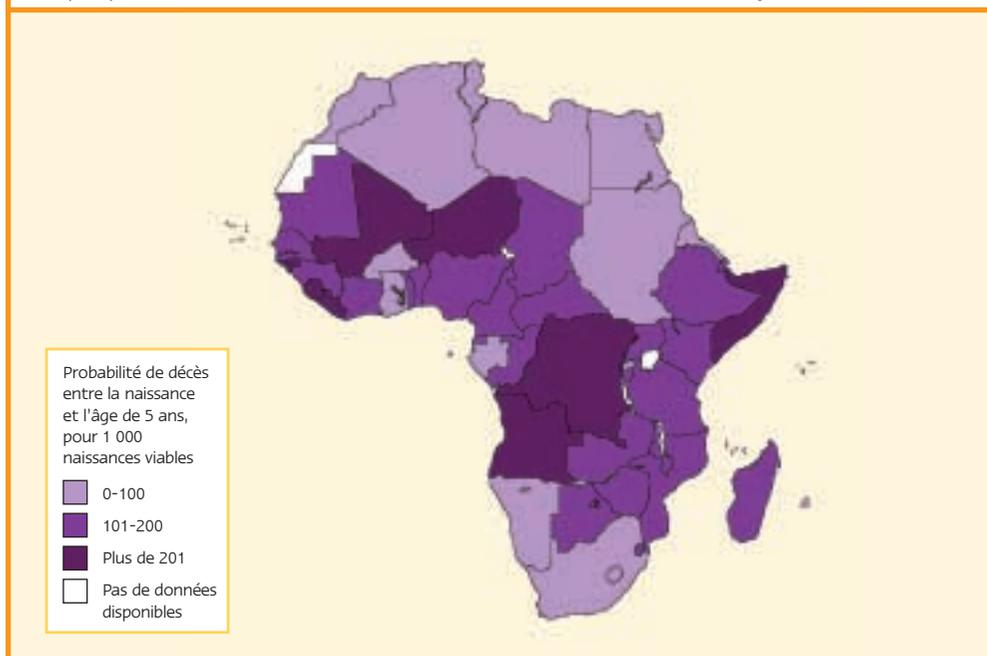
28 Afin de mieux adapter les programmes scolaires, l'Afrique devra apporter des changements à la formation des enseignants et aux méthodes d'enseignement, en mettant l'accent sur l'apprentissage actif et sur la résolution des problèmes, tout en fournissant des outils pédagogiques de qualité (manuels scolaires, ressources en ligne, etc.). Il s'agit là d'un programme ambitieux qui nécessite des investissements afin d'éviter de surcharger le système éducatif. Il y a eu de nombreuses réussites dans l'adoption d'un contenu pédagogique et de méthodes d'enseignement innovants dont il serait possible de s'inspirer. Le programme d'alphabétisation et d'éducation à distance de la Somalie, lancé en 2002, a touché plus de 10 000 personnes (dont 70 % de femmes) dans des zones rurales reculées touchées par les conflits, grâce à l'apprentissage assisté par radio. Le programme enseigne les rudiments de la lecture et de l'écriture et aborde des questions de santé communautaire, de droits de l'homme et de protection de l'environnement⁵⁴.

29 Recommandation : l'éducation devrait viser à développer des compétences utiles à l'Afrique contemporaine. Les donateurs devraient financer des réseaux régionaux en vue de soutenir les gouvernements africains dans le développement de programmes plus appropriés à tous les niveaux. Le financement devrait être utilisé pour établir et soutenir des réseaux régionaux d'apprentissage mutuel et de mise en commun efficace des matériaux en collaboration avec l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique, l'Association des universités africaines, des établissements de formation des enseignants et l'UNESCO. Un budget d'environ 2 milliards d'USD serait nécessaire à cette fin au cours des cinq prochaines années⁵⁵. Le développement des programmes d'études devrait être mené par les initiatives et les experts actuels en Afrique, tout en faisant participer d'autres réseaux et établissements d'enseignement⁵⁶ d'Afrique et d'ailleurs⁵⁷. Grâce à leur connaissance et leur compréhension des réalités locales, ces réseaux peuvent également adapter de manière appropriée les outils pédagogiques internationaux⁵⁸ afin de les rendre plus facilement accessibles aux pays en voie de développement, réfléchir à des méthodes d'enseignement innovantes (apprentissage en ligne, par radio, etc.) et adapter les outils pédagogiques dans les langues locales. Le programme pilote d'apprentissage « en ligne » du NEPAD/UA devrait être soutenu dans ce domaine⁵⁹. Les réseaux régionaux devraient également soutenir les gouvernements africains dans le développement de systèmes d'accréditation et d'assurance qualité dans l'éducation, la formation professionnelle et la formation des enseignants.

6.2 L'éradication des maladies évitables

30 Tout comme l'éducation, l'accès à des soins médicaux de base est depuis longtemps vu comme un droit de l'homme fondamental. Le nombre d'hommes, de femmes et d'enfants qui souffrent et qui meurent de maladies évitables en Afrique est tout simplement inacceptable. Un enfant sur six meurt avant son cinquième anniversaire (cf. graphique 6.3), contre 1 sur 150 dans les pays à hauts revenus⁶⁰. Des interventions peu coûteuses, comme des suppléments en vitamine A, des moustiquaires traitées avec un insecticide et des sels de réhydratation permettraient d'éviter les deux tiers de ces décès. Un million et demi d'enfants meurent chaque année de maladies évitables par la vaccination⁶¹. La polio pourrait être éradiquée du continent en 2005. Nombre de personnes pourraient mener une vie plus saine grâce à des aliments de base enrichis et des suppléments en micronutriments tels que le fer, la vitamine A et le zinc⁶². Ces 20 dernières années ont également été marquées par l'émergence d'une menace considérable pour la société africaine, et pourtant évitable : le VIH/SIDA.

Graphique 6.3 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (2003)



Source: UNICEF, 2005. The state of the world's children: Childhood Under Threat

31 Le poids de la maladie et la croissance économique sont intimement liés. Des gens en bonne santé sont plus productifs et ont plus de chance de mieux s'occuper de leurs enfants, de bénéficier de l'éducation et d'apporter une contribution à la société. Par exemple, il a été montré la vermifugation des enfants réduit l'absentéisme scolaire des élèves d'un quart⁶³. Les niveaux de revenus des pays sérieusement touchés par le paludisme équivalent au tiers des pays équivalents non concernés par le paludisme et augmentent de 1,3 % de moins par personne par an. Au Kenya, cela se serait traduit par une augmentation des revenus de 50 % depuis 1970⁶⁴.

32 Pourquoi ne fait-on donc pas plus ? Parce que les sous-investissements énormes, alliés à des réponses non systématiques à certaines maladies et à un financement imprévisible, ont amené les services médicaux au bord de la faillite. Les pauvres sont les plus touchés. Soit les centres médicaux sont trop loin, soit ils n'ont pas de personnel. Bien souvent, le personnel médical n'a pas de moyen de transport pour se rendre chez les patients⁶⁵. Souvent, les fonds disponibles ne sont pas équitablement répartis entre les services qui touchent les personnes pauvres et ceux qui touchent les personnes aisées⁶⁶.

33 Pour s'attaquer à ce problème, il est urgent d'investir dans la remise en état et le développement des systèmes médicaux. Les dirigeants africains ont indiqué leurs priorités dans une stratégie relevant du NEPAD/UA⁶⁷. Grâce à un effort concerté de renforcement des systèmes médicaux et aux bonnes ressources, nombre de maladies⁶⁸ pourraient être effectivement éradiquées en dix ans et la progression de la tuberculose et du VIH pourrait se stabiliser. Mais tout cela nécessite un renforcement des services médicaux par un financement adéquat des stratégies africaines, à un rythme prévisible, en vue de gérer la crise des ressources humaines, de développer les systèmes d'information et de gestion et d'avoir un approvisionnement prévisible et abordable en médicaments et d'autres infrastructures physiques. Cela suppose également une plus grande cohérence dans la manière dont les donateurs et les partenariats médicaux globaux (coalitions internationales s'attaquant à une maladie ou un groupe de maladies) soutiennent les services médicaux dans les pays, une intégration des initiatives, un partenariat avec les gouvernements

africains et des investissements dans la prévention. Cela suppose une harmonisation dans le cadre des stratégies nationales, par des accords de financement et de surveillance communs par exemple.

34 Dans la section suivante, nous nous intéressons tout d'abord aux signes de progrès. Dans un deuxième temps, nous examinons les quatre priorités de la reconstruction du système médical, avant d'aborder la nécessité d'augmenter le financement et d'en améliorer la qualité en vue de soutenir les pays dans le renforcement de leurs systèmes médicaux. Enfin, nous nous penchons sur l'intégration des initiatives visant des maladies précises.

6.2.1 Qu'est-ce qui donne des résultats ?

L'engagement politique de l'Afrique

35 L'engagement politique de l'Afrique en faveur de la santé augmente et doit être soutenu. En 2001, les chefs d'État africains se sont engagés à allouer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé⁶⁹. Entre 2001 et 2002, 45 % des pays africains ont augmenté leurs budgets de santé, la RDC, la Gambie, la Mauritanie, le Sénégal et le Burkina Faso ayant procédé à des augmentations impressionnantes qui amènent leurs dépenses de santé à plus de 10 % des dépenses publiques⁷⁰. Cependant, comme nous le verrons plus en détail ci-dessous, même le fait d'atteindre cet objectif ne génère pas suffisamment de ressources pour le système médical à l'heure actuelle, car les économies sont réduites et les recettes fiscales faibles – une moyenne de 2,5 % du PIB est consacré à la santé publique en Afrique subsaharienne, contre une moyenne mondiale de 5,4 %⁷¹. Il est toutefois essentiel d'accompagner une augmentation du financement de l'amélioration de la qualité des services médicaux par un engagement en faveur de l'amélioration de la gestion des services, en obligeant ces derniers à rendre compte de leurs actes aux citoyens – soit directement soit par l'intermédiaire des hommes politiques. Ces deux avantages résultent de la surveillance des progrès accomplis et de l'évaluation de l'efficacité de l'augmentation des ressources⁷².

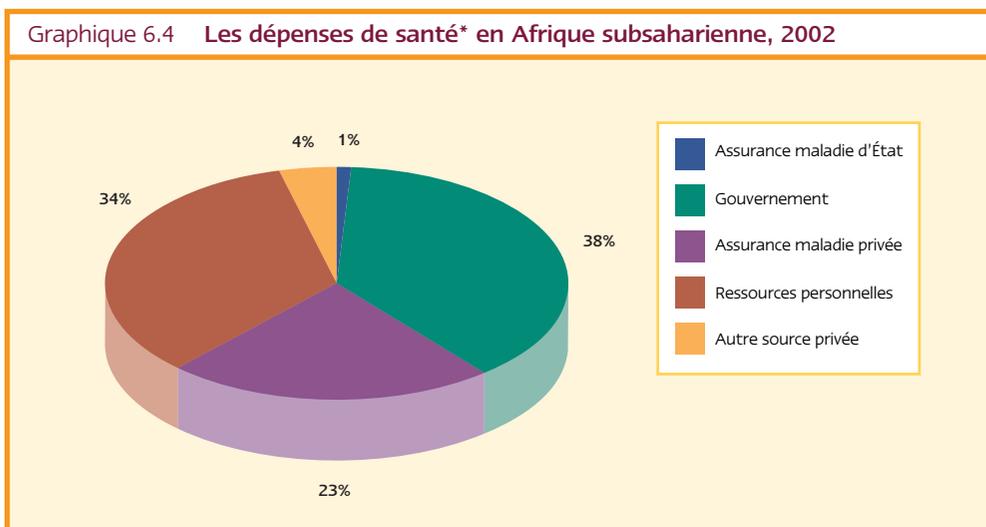
36 Les chefs d'État africains et leurs ministres de la Santé ont adopté la Stratégie pour la santé du NEPAD/UA en 2003, laquelle énonce les priorités pour l'établissement d'un système de santé robuste et soumet la performance des différents pays et des communautés économiques régionales à une surveillance dans le cadre du processus de contrôle par les pairs (présenté au chapitre 4). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est dite favorable à cette démarche et travaillera en partenariat avec le NEPAD/UA en vue d'offrir une assistance technique. Le maintien d'un leadership marqué sera essentiel à la mise en œuvre de cette vision africaine de systèmes de santé plus robustes.

L'engagement des communautés

37 Les programmes qui confèrent aux citoyens un plus grand pouvoir dans l'amélioration des systèmes médicaux locaux se sont avérés très prometteurs. Les organisations non gouvernementales ont joué un rôle central dans le développement de la participation des communautés. Cependant, l'impact est le plus grand dans les pays procédant à une intégration avec les systèmes de santé publique. La radio, la télévision et d'autres modes de communication publique (cf. chapitre 4) peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention de la maladie ainsi que dans l'augmentation de la demande de soins de santé, par exemple en encourageant les jeunes à obtenir des soins de santé sexuelle et génésique. Citons par exemple le Forum des jeunes Zambiens qui a fait campagne sur les questions de santé génésique et obtenu une place au Conseil national du SIDA⁷³ et le développement des programmes touchant à la santé sur les radio FM en Ouganda, qui a été lié à la baisse de la prévalence du VIH⁷⁴. Les gouvernements africains devraient permettre aux communautés de participer à l'amélioration des services de santé et pousser ces derniers à rendre davantage compte de leurs actes.

6.2.2 Les priorités de santé

38 Un aspect important de la construction de systèmes de santé est de les rendre capables d'innover dans le but d'améliorer l'efficacité des traitements et des soins⁷⁵. Une analyse plus poussée de la meilleure manière de soutenir le développement des systèmes de santé s'impose. De nouvelles stratégies seront nécessaires en réponse à l'évolution des tendances des maladies infectieuses⁷⁶. Des mesures radicales s'imposent. En effet, la crise du SIDA dans certaines parties d'Afrique augmente la demande de soins médicaux tout en semant la maladie et la mort chez les professionnels chargés de dispenser ces soins. Le renforcement de l'ensemble des systèmes de santé tourne autour de quatre priorités :



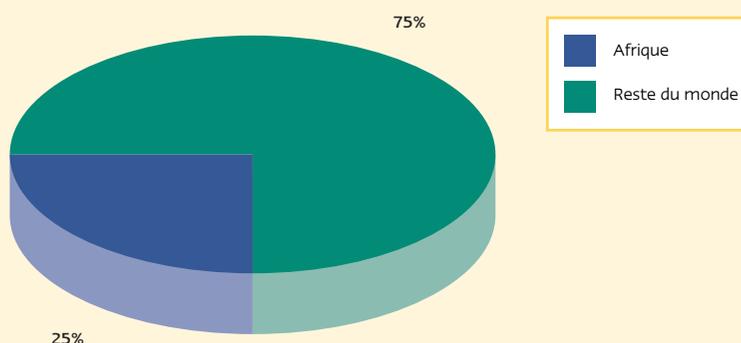
*Les dépenses totales se sont élevées à 21,6 millions d'USD, dont 1,456 million d'USD de sources extérieures. Les taux de change annuels moyens ont été utilisés dans l'estimation des valeurs en USD.

Source : bureau Comptes de santé nationaux, service du Financement des systèmes de santé, OMS

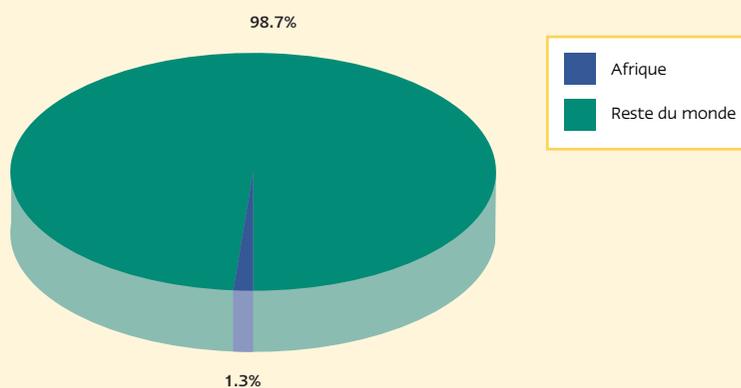
39 Les systèmes de santé risquent de se désagréger irrémédiablement. Dans les pays à hauts revenus, les dépenses de santé s'élèvent à plus de 2 000 USD par personne par an⁷⁷. En revanche, en Afrique en 2001, elles se sont en moyenne situées entre 13 et 21 USD par personne⁷⁸, dont 38 % seulement étaient des dépenses publiques⁷⁹ (cf. graphique 6.4). 34 % correspondaient aux dépenses personnelles des malades. Ces frais font plonger certains dans la pauvreté. La Commission pour la macro-économie et la santé a recommandé que les dépenses passent à 34 USD par personne d'ici à 2007 et à 38 USD d'ici à 2015 en Afrique subsaharienne et que cette augmentation soit principalement le fait des dépenses publiques⁸⁰. Il s'agit du montant minimum pour fournir les soins et les traitements de base pour les principales maladies contagieuses (VIH/SIDA, tuberculose et malaria), ainsi que pour les maladies de la mère et des jeunes enfants. Une telle augmentation est nécessaire parce que les gouvernements n'ont pas, dans le passé, accordé la priorité au secteur de la santé ou parce que les dépenses n'ont pas augmenté avec la population. Les pays africains doivent continuer à accorder la priorité aux dépenses de santé et à augmenter le niveau de leurs dépenses à long terme. Si la croissance se poursuit au niveau actuel et que l'assiette fiscale s'élargit, les pouvoirs publics pourront se permettre ce niveau de dépenses à long terme⁸¹. En attendant, les donateurs devraient accorder des niveaux de financement nettement supérieurs, en concluant des partenariats avec les gouvernements, à un rythme prévisible, en vue de réparer les systèmes de santé qui sont en train de s'effondrer. Les programmes axés sur la lutte contre des maladies précises devraient également être intégrés au niveau national et s'aligner sur les priorités nationales.

Graphique 6.5 Le personnel médical en Afrique

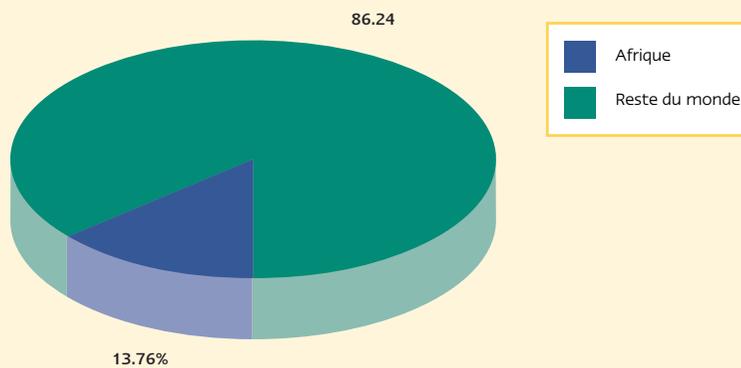
Graphique 6.5a Part de l'Afrique dans le fardeau des maladies du monde



Graphique 6.5b Part de l'Afrique dans le personnel médical mondial



Graphique 6.5c Part de l'Afrique dans la population mondiale



Source : OMS 2004

La crise du personnel médical

40 La formation et la fidélisation des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé ont été très négligées dans le développement des systèmes de santé⁸² (cf. graphique 6.5). Il ne s'agit pas seulement d'une pénurie d'effectifs. Il y a en effet tout lieu de penser que la qualité et la productivité du personnel médical se sont détériorées dans le temps. Nombre des professionnels les plus compétents ont été attirés à l'étranger. D'après l'UA, les pays à bas revenus perdent 500 millions d'USD par an d'investissements dans la formation du personnel médical⁸³. Certains de ceux qui sont restés en Afrique ont quitté le service public et le secteur de la santé. Non seulement les emplois sont meilleurs ailleurs, mais aussi certains facteurs rendent leur travail comparativement moins intéressant⁸⁴. Les conditions de travail leur semblent toujours plus pénibles. Ils ont souvent l'impression de ne pas avoir la formation, le soutien, les médicaments ou l'équipement dont ils ont besoin pour bien travailler. Ils ont l'impression que les salaires proposés ne sont pas à la hauteur de leurs compétences ou de leurs efforts. Il n'est donc guère étonnant qu'ils se sentent frustrés et décident de partir. Mais il y a d'autres contraintes. Le SIDA fait peser un poids supplémentaire sur le personnel médical tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle. De nombreux pays ont aboli les règles empêchant le personnel moins qualifié de réaliser certaines tâches dont ils peuvent se charger en toute sécurité.

La construction des systèmes d'information et de gestion

41 La capacité de l'Afrique de mesurer la santé des pauvres est extrêmement limitée, tout comme sa capacité de mesurer ce qui marche. Le développement de systèmes d'information et de gestion de la santé est essentiel pour que les services soient en mesure de rendre des comptes aux communautés, ainsi que pour l'amélioration des résultats (gestion en vue de résultats de développement), mais a été faussé par le fait que les donateurs surveillent séparément les différents programmes non coordonnés de lutte contre des maladies précises⁸⁵. En outre, les priorités définies par les donateurs et par les organisations multilatérales ne correspondent pas toujours aux réalités locales. Il est essentiel que les initiatives s'alignent sur les priorités africaines. Il en va de même pour le développement de la capacité d'utiliser les technologies de l'information, qui peut réduire le coût des soins médicaux de 30 à 40 %⁸⁶. En Tanzanie, un projet de participation communautaire axé sur la gestion en vue de résultats grâce à de meilleurs systèmes d'information a abouti à une baisse de 46 % de la mortalité infantile⁸⁷. Le développement de processus de surveillance, par exemple par le biais de l'initiative ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau), en vue de prévenir l'accroissement de la résistance virale est également important. De nombreux services médicaux étant fournis en dehors du secteur public et payés par les patients eux-mêmes, les gouvernements africains ont besoin d'informations fiables pour améliorer la coordination et définir des normes de partenariat médical. Cela est également nécessaire pour développer la capacité des principales sources de soins médicaux : les dispensaires et les guérisseurs traditionnels. Le recours aux médecines traditionnelles est très fréquent, mais on dispose de peu d'informations sur leur efficacité et il reste beaucoup à faire pour mieux les comprendre et les réglementer⁸⁸.

Le renforcement des infrastructures : les médicaments et les produits essentiels

42 L'accès fiable à des tests de diagnostic, à des médicaments, à des vaccins et à des produits de santé génésique (préservatifs, etc.) sûrs, efficaces et abordables, ainsi que leur bonne utilisation, sont essentiels à la santé et constituent une fonction essentielle d'un système de santé efficace. D'après les estimations, près de la moitié de la population d'Afrique n'a pas régulièrement accès aux médicaments essentiels⁸⁹. La distribution et la gestion efficaces des produits de santé sont indispensables pour améliorer l'accès et font partie du processus de renforcement du système de santé. Le prix peut constituer un autre

obstacle majeur à l'accès. L'amélioration des systèmes d'achat, y compris la plus grande disponibilité des informations sur les prix et la référence à des listes de médicaments essentiels régulièrement mises à jour, peuvent avoir un impact considérable. Nombre de personnes obtiennent des médicaments par le biais du secteur privé. Il convient donc d'adopter des stratégies en vue de limiter les majorations de prix excessives et de promouvoir de bonnes pratiques de prescription. Un plus grand soutien s'impose pour accroître la capacité des autorités réglementaires nationales de surveiller et de garantir l'utilisation de médicaments de qualité.

43 Ce n'est pas tout. À bien des égards, l'Afrique se trouve confrontée à un manque d'options de diagnostic, de prévention ou de traitement efficaces. L'Afrique représente seulement 1,1 % de la valeur totale du marché mondial des produits pharmaceutiques⁹⁰. Ceci explique pourquoi un grand nombre de sociétés pharmaceutiques n'accordent pas la priorité aux besoins médicaux des Africains. Un plus grand financement public s'impose pour soutenir la recherche et le développement pour les maladies qui affectent l'Afrique. La Commission pour la macro-économie et la santé a estimé qu'il faudra consacrer 3 milliards d'USD de plus dans le monde à la recherche et au développement pour lutter contre les maladies des pauvres.⁹¹ Il faudrait par exemple développer la capacité africaine en travaillant directement avec les établissements de recherche africains, par exemple dans le cadre du Partenariat de recherche et de développement de produits pour l'Afrique. Cela devrait s'inscrire dans une stratégie d'investissement plus large dans la capacité scientifique, d'ingénierie et technologique de l'Afrique (cf. chapitre 4). Les sociétés pharmaceutiques possèdent des compétences et une expertise essentielles et devraient être associées à ces efforts. Il faudrait inciter le secteur privé à investir dans la lutte contre les maladies qui affectent l'Afrique. Des incitations fiscales peuvent réduire le coût de la recherche pour les entreprises et des engagements d'achat par anticipation de certains produits prioritaires futurs, une fois qu'ils seront développés, peuvent garantir un marché et la rentabilité des investissements dans la recherche.⁹² Les gouvernements africains devraient amener leurs dépenses nationales dans le domaine de la recherche et du développement à au moins 2 % des budgets nationaux⁹³.

Recommandation : les donateurs devraient créer des incitations pour favoriser la recherche médicale adaptée aux besoins de l'Afrique. Ils doivent établir des contrats d'achat anticipé de médicaments. Ils devraient augmenter le financement direct de la recherche effectuée par l'Afrique, sous la coordination des communautés économiques régionales et en collaboration avec les partenariats médicaux mondiaux.⁹⁴ Parmi les priorités, citons : le développement de microbiocides, de diagnostics et de médicaments pour la tuberculose, de vaccins contre le SIDA et le paludisme, ainsi que des incitations pour la production de moustiquaires durables traitées contre le paludisme, de médicaments antirétroviraux pédiatriques et de médicaments contre le paludisme, sans oublier des médicaments pour les maladies parasitaires.

44 Les brevets sont importants pour l'innovation parce qu'ils protègent les investissements réalisés dans la recherche et le développement. Mais l'Afrique n'a pas les moyens d'acheter des médicaments chers. L'accord ADPIC de l'Organisation mondiale du commerce (OMC)⁹⁵ prévoit des dispositifs importants qui peuvent être utilisés pour accéder aux médicaments, y compris par le biais d'une licence obligatoire⁹⁶ permettant aux producteurs locaux de fabriquer des médicaments protégés par des brevets. En août 2003, l'OMC a accepté de permettre aux pays qui ne sont pas en mesure de fabriquer ces médicaments sur leur territoire d'obtenir une licence les autorisant à les faire fabriquer dans un autre pays doté de cette capacité⁹⁷. Bien que l'impact de cette mesure ne soit pas encore connu, elle devrait faciliter l'accès à des médicaments moins chers. Cependant, certains reprochent à ce système de licences d'être compliqué et source de pertes de temps. Il convient donc d'étudier plus soigneusement la question. Nous recommandons que le G8 et les autres donateurs aident les pays en voie de développement à faire un usage efficace de ADPIC et de ses dispositifs par un soutien

financier, technique et politique. En outre, les pays développés devraient s'engager à ne pas faire pression au niveau bilatéral pour obtenir des mesures allant au-delà de ADPIC.

45 Étant donné l'étroitesse des marchés africains et la capacité limitée des pays africains, une « approche régionale » pourrait répondre aux difficultés de mise en œuvre des dispositifs ADPIC ainsi qu'aux autres obstacles à un plus grand accès aux médicaments. Nous recommandons que les donateurs soutiennent les pays en voie de développement dans leurs efforts visant à recourir aux groupements régionaux pour améliorer la capacité de réglementation et de fabrication de médicaments et de gestion de la propriété intellectuelle.

46 Les sociétés pharmaceutiques peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement. À long terme, il est impératif de développer des marchés viables dans les pays en voie de développement. Les sociétés pharmaceutiques peuvent y contribuer en établissant une tarification différentielle pour les médicaments, selon laquelle les médicaments seraient vendus pratiquement à prix coûtant, avec des conditions limitées⁹⁸. Nous recommandons que le G8 et les autres donateurs soutiennent les efforts de développement d'un cadre mondial facilitant une tarification différenciée volontaire généralisée, durable et prévisible de la part des sociétés pharmaceutiques.

6.2.3 Une autre manière de travailler

47 L'approche globale des donateurs est une des causes de la mauvaise gestion dans le domaine de la santé. Certains donateurs financent des médicaments génériques, d'autres des médicaments de marque. Par conséquent, les pays sont obligés d'établir des règles de prescription pour deux médicaments en parallèle. Nombre de partenariats médicaux mondiaux exigent le recours à une approche différente et à un organisme de coordination différent. Pourtant, s'ils travaillaient ensemble, ils pourraient jouer un rôle majeur dans l'harmonisation du financement des donateurs. Certains donateurs préférant ne pas financer les pouvoirs publics, les pays africains voient les agences d'aide et les ONG établir des systèmes parallèles et attirer le personnel le plus qualifié au détriment du secteur public. Il n'y a pas suffisamment d'incitations réelles pour amener la communauté internationale à se mettre d'accord sur des solutions stratégiques rapides. Les progrès s'accomplissent donc lentement. Cela coûte des vies sur le terrain. Mais les donateurs créent d'autres problèmes aussi. Ils ne tiennent pas leurs promesses de financement. Par exemple, ils n'ont décaissé que 11 milliards d'USD sur les 17 milliards d'USD promis en 2000 pour les services de santé sexuelle et génésique. En outre, ils apportent des fonds à court terme, ce qui empêche les gouvernements de prendre des engagements à long terme parce qu'ils savent qu'ils ne seraient pas en mesure de se charger des dépenses courantes si le financement cessait au bout d'un ou deux ans. Bien que les pays aient besoin d'assistance technique dans le domaine de la santé, les donateurs ne versent toujours pas à l'Organisation mondiale de la santé le financement des activités de base prévisible qui lui permettrait de faire son travail efficacement. Elle a besoin de 150 millions d'USD de plus par an.

48 Cette Commission est convaincue que tant que des systèmes médicaux de qualité ne seront pas en place, il ne sera pas possible de gérer correctement les problèmes du VIH/SIDA et d'autres maladies graves telles que la tuberculose et le paludisme. La communauté internationale devrait soutenir des mécanismes intégrés et coordonnés de financement des stratégies africaines d'amélioration des systèmes de santé. Il en découle trois grandes recommandations, à savoir :

49 **Recommandation : tout d'abord, les gouvernements africains devraient investir dans la reconstruction des systèmes de prestation de services de santé publique. Les donateurs devraient apporter 7 milliards d'USD sur cinq ans à cette fin, dans le cadre de la Stratégie pour la santé et du Programme initial d'action du NEPAD de l'Union**

africaine. Initiative africaine, le Programme initial d'action est un plan catalyseur à court terme, destiné à construire et rénover les bases des systèmes de santé de manière cohérente. Son objectif est de remédier aux années de négligence et d'approches conflictuelles décrites plus haut. Comme l'initiative Fast Track adoptée dans le domaine de l'éducation, qui repose sur les principes du partenariat entre les donateurs et les pays à bas revenus, la responsabilité mutuelle et la gestion en vue des résultats, le Programme initial d'action cherchera à soutenir les priorités des gouvernements en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé et l'harmonisation de l'aide, ce qui augmentera l'efficacité de l'utilisation des ressources futures. Le Programme initial d'action sera coordonné dans le cadre d'un partenariat formel entre le NEPAD/UA et l'Organisation mondiale de la santé et cherchera à rallier d'autres agences en vue d'intégrer et d'harmoniser les approches. Le partenariat développera des lignes directrices pour les partenariats médicaux mondiaux et les donateurs veilleront à s'aligner sur les priorités de santé nationales définies par les États africains, avec un processus de surveillance commun. D'après le NEPAD/UA, la construction de ces bases coûtera environ 7 milliards d'USD sur cinq ans. 85 % des fonds seraient versés directement aux pays et le reste serait consacré à des projets régionaux et continentaux, tel qu'un « observatoire des systèmes de santé africains », en vue de suivre les progrès accomplis, de diffuser les meilleures pratiques et de définir les priorités en matière de recherche dans le domaine de la santé. Les programmes de consolidation des systèmes de santé de certains pays bénéficient déjà d'un soutien direct de la part des donateurs. Le partenariat entre le NEPAD/UA et l'OMS sera axé sur les pays qui ne bénéficient pas d'un soutien suffisant de la part des donateurs, y compris par un mécanisme de décaissement rapide des fonds. L'engagement réciproque des gouvernements sera d'augmenter leurs niveaux de financement, d'atteindre les objectifs de gestion de la santé et d'élaborer des mécanismes pour travailler avec les prestataires non étatiques, financement et réglementation compris. Dans les États fragiles, une approche unifiée et cohérente serait également développée. Ce partenariat travaillera également avec les unités de santé des communautés économiques régionales en vue de développer la capacité régionale africaine de réglementation et de production de médicaments et d'achat en gros de médicaments et de gérer ADPIC aux niveaux régionaux.

50 Recommandation : deuxièmement, les donateurs et les gouvernements africains devraient investir d'urgence dans la formation et la fidélisation du personnel afin de pouvoir disposer d'un million de professionnels de la santé en plus en 2015. Les gouvernements africains et les donateurs devraient veiller à ce que le personnel médical de l'Afrique subsaharienne triple, en formant et en fidélisant un million de professionnels de plus en dix ans⁹⁹. Ceci supposera des efforts soutenus des deux côtés¹⁰⁰, de la part des gouvernements africains qui devront développer des programmes d'investissement radical comme de la part des donateurs qui devront apporter un financement prévisible d'environ 0,5 milliard d'USD en 2006 puis environ 6 milliards d'USD chaque année d'ici à 2011¹⁰¹. L'OMS devrait diriger ces efforts au niveau mondial afin d'assurer la coordination et de veiller à ce que toutes les parties prenantes agissent de manière efficace. Ceci suppose une collaboration marquée en vue de veiller à ce que l'assistance technique dans cet effort soit harmonisée avec le renforcement global du système de santé (comme décrit dans la recommandation ci-dessus) et avec la réforme générale du secteur public. Si les pays ont déjà adopté des plans dans le domaine des ressources humaines, ces derniers devraient être identifiés et recevoir un soutien immédiat de la part des donateurs, par le biais des mécanismes de financement en place, y compris le soutien budgétaire et les partenariats médicaux mondiaux. Mais des stratégies doivent également être adoptées pour les États fragiles, en tenant compte des problèmes créés par le manque de responsabilité des prestataires de services envers les usagers du fait des schismes ethniques, religieux, linguistiques et sexuels. Les plans de ressources humaines devraient également prévoir une amélioration des salaires et des conditions d'emploi du personnel de gestion et de santé du secteur public dans le but de

fidéliser le personnel et de lui donner accès à des possibilités de développement professionnel. Le NEPAD/UA réfléchit actuellement à des méthodes innovantes de formation et d'accréditation du personnel médical¹⁰². Les stratégies régionales et nationales doivent reconnaître le rôle majeur du secteur privé et du secteur bénévole dans la prestation des services de santé et prévoir les mouvements naturels des professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur du secteur public. Enfin, les pays donateurs doivent indiquer avec plus de transparence où leurs professionnels de santé ont été formés. Mais, au lieu de limiter l'embauche, ils devraient encourager la réciprocité en soutenant la formation et la fidélisation dans les pays d'origine.

51 Ces deux propositions de financement consolideront les bases des systèmes de santé et permettront aux financements supplémentaires d'accélérer la réalisation des OMD dans le domaine de la santé.

52 Recommandation : troisièmement, les gouvernements africains devraient affecter 15 % de leurs budgets annuels à la santé, comme ils s'y sont engagés, et adopter des stratégies pour la prestation efficace des services de santé. Afin de régler les sommes manquantes, les donateurs devraient augmenter les fonds qu'ils allouent au soutien de ces stratégies de 10 milliards d'USD par an immédiatement et augmenter leur contribution de manière à atteindre 20 milliards d'USD par an d'ici à 2015. Les fonds devraient être principalement versés aux budgets nationaux. Ce niveau de financement permettrait d'offrir des services de santé de base, dont le traitement et la prévention de la tuberculose et de le paludisme, et d'effectuer des interventions au niveau de la santé maternelle et des maladies de l'enfance. La Commission pour la macro-économie et la santé donne l'estimation la plus récente et la plus complète des fonds manquants dans le domaine de la santé en Afrique subsaharienne. Ce chiffre est de 18,7 milliards d'USD par an d'ici à 2007 puis de 27,5 milliards d'USD par an d'ici à 2015. Nous avons toutefois dû apporter quelques changements à cet égard. Le coût du VIH/SIDA est considéré séparément et ce chiffre a été réduit en conséquence. En plus de cela, ces estimations ne tiennent pas compte d'un certain nombre de coûts, par exemple le coût total du personnel médical supplémentaire, des incitations à la recherche, de la propagation des services de santé sexuelle et génésique et du traitement de la tuberculose eu égard à la pandémie du VIH/SIDA, des développements récents du traitement et de la prévention de le paludisme, de la propagation de la prévention des maladies parasitaires et des déficiences en micronutriments ainsi que du financement insuffisant alloué à la vaccination. Le coût de chacune de ces interventions supplémentaires se situe à entre 1 et 3 % du total nécessaire – personnel médical exclu – qui, comme indiqué sur ci-dessus, s'élève à entre 1 et 6 milliards d'USD. Par conséquent, l'investissement total recommandé pour la santé s'élève à 20 milliards d'USD de plus par an – ce qui, là encore, ne tient pas compte du coût de la réponse à la crise du VIH/SIDA.

53 Ce financement devrait s'ajouter au renforcement des systèmes de santé décrit ci-dessus et progresser en même temps que lui. Ainsi, il sera possible de construire des fondements solides pour les systèmes de santé de base et de réduire nettement la mortalité et la maladie d'ici à 2015. De toute évidence, pour atteindre ces niveaux, les ministères de la Santé et des Finances devront prendre des engagements à long terme pour augmenter les dépenses actuelles¹⁰³. Pour ce faire, ils devraient être en mesure de compter sur les engagements à long terme des donateurs et sur la prise en compte des budgets nationaux globaux par le FMI et la Banque mondiale dans leurs discussions. À mesure que les systèmes gouvernementaux et la capacité des pouvoirs publics se développeront, une stratégie cohérente, estimations de coût à l'appui, constituera la base de financement et de gestion en vue de résultats du développement. Lorsque les gouvernements seront disposés à adopter des mesures pour renforcer la transparence et la responsabilité, nous préconisons que 90 % de ce financement supplémentaire soient fournis par le biais du soutien budgétaire direct, y compris par les partenariats médicaux mondiaux.

Autres interventions dans les systèmes de santé

54 Recommandation : lorsque les gouvernements africains adoptent un système de gratuité des soins dans le cadre de la réforme, les donateurs devraient s'engager à long terme à apporter le financement manquant jusqu'à ce que les pays puissent prendre ces frais à leur charge. De nombreux gouvernements d'Afrique ont essayé de développer des programmes d'assurance collective pour la santé, en vue de réduire le poids financier pour l'État. Il s'est avéré très difficile de mettre en place les modalités institutionnelles de ces programmes pour les rendre équitables. Le ticket modérateur est un autre système qui a été essayé pour partager les coûts. Dispenser les plus pauvres du règlement des frais s'est avéré un échec. Afin de réduire le poids de la maladie à long terme, il importe de toucher l'ensemble de la population. Cette Commission recommande donc que les gouvernements optent pour la gratuité des soins. En Ouganda, la gratuité des soins s'est traduite par une augmentation de 120 % de l'utilisation des services médicaux et a permis de réduire les dépenses de santé des plus pauvres de 13 %, qui ont également récupéré 50 % du bénéfice¹⁰⁴. En outre, un nombre élevé d'utilisateurs recourant aux services, une dynamique de changement et de réforme est en train de naître¹⁰⁵. Mais, afin de rendre les gouvernements africains en mesure d'adopter un tel système, les donateurs devront garantir un financement compensatoire prévisible à long terme jusqu'à ce que les pays soient en mesure de se charger eux-mêmes des frais supplémentaires. La gratuité des soins a coûté 8,9 millions d'USD en Zambie, 32,8 millions d'USD au Kenya et 31,3 millions d'USD en Tanzanie. Cela permettrait de couvrir le service actuel. Cependant, une fois la gratuité des soins adoptée, la demande augmentera et le système médical aura besoin de ressources supplémentaires, notamment pour les transferts directs aux établissements médicaux.

55 Recommandation : les donateurs devraient financer entièrement le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les donateurs devraient canaliser une partie suffisante du nouveau financement pour la santé par le biais du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, en vue d'apporter les ressources manquantes au cycle de financement de 2005 et de verser l'intégralité des 3,2 milliards d'USD nécessaires en 2007¹⁰⁶. Le Fonds mondial estime que, d'ici à 2010, il sera en mesure de canaliser efficacement 7-8 milliards d'USD de financement pour la santé, dont 60 % iraient à l'Afrique. En outre, il est essentiel d'apporter un financement suffisant à l'OMS pour ses activités de base, afin de la rendre en mesure d'apporter une assistance technique aux pays africains. Les donateurs devraient, au cours des trois années qui viennent, passer du système actuel de réapprovisionnement du Fonds mondial, qui permet aux donateurs de verser des sommes de manière irrégulière, à un système plus prévisible. Le Fonds mondial devrait augmenter la représentation africaine au sein de son comité d'examen des propositions de projet et faire appel à des experts en santé publique pour améliorer le travail qu'il a entrepris dans le domaine de la santé. Il devrait également décaisser les fonds plus rapidement et amener son cycle de subventions à 10 ans. Enfin, le Fonds mondial et les autres principaux donateurs, y compris la Banque mondiale, doivent indiquer clairement aux bénéficiaires potentiels qu'ils financeront les dépenses courantes afin de soutenir le renforcement des systèmes de santé, les salaires du personnel médical par exemple. Le Fonds mondial devrait veiller à adopter des modalités de financement appropriées afin d'améliorer les soins de santé dans les États fragiles.

56 Recommandation : les donateurs devraient s'engager à financer entièrement l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) par le biais de la Facilité de financement internationale pour l'immunisation¹⁰⁷. Ils devraient également honorer les engagements pris dans le cadre de l'initiative d'éradication de la polio afin d'éradiquer la polio d'ici à 2005. Un investissement important en faveur de l'Afrique de 500 millions d'USD par an pendant 10 ans par le biais de GAVI aura un impact immédiat sur la mortalité infantile, stimulera le processus de renforcement des

systèmes de santé mené par les pays tout en accélérant le développement des vaccins nécessaires à l'avenir. Ce niveau d'investissement sauverait la vie de plus de cinq millions d'enfants et pourrait empêcher la mort de plus trois millions d'adultes¹⁰⁸. L'Initiative d'éradication de la polio estime qu'il manquera 0,6 milliard d'USD sur quatre ans pour éradiquer la polio en 2005 et empêcher sa réémergence.

57 Nous recommandons que les agences d'aide et de développement veillent à ce qu'il existe des centres de services médicaux fiables dans les situations d'urgence et de conflit, y compris des services de santé sexuelle et génésique. Le droit à la santé devrait être reconnu même dans les États fragiles. La guerre et les conflits créent des conditions favorables à la violence sexuelle et à la propagation du VIH/SIDA¹⁰⁹ (cf. chapitre 5).

6.2.4 Intégration des réponses au poids de la maladie

58 Les problèmes spécifiques associés au contrôle et à l'éradication efficace d'une maladie ont abouti à l'adoption d'un certain nombre d'initiatives mondiales dans le domaine de la santé, qui ont chacune mis en place de nouveaux mécanismes de coordination, de financement et de surveillance. Comme expliqué plus haut, ceci n'a pas été sans créer de nouveaux problèmes, ces systèmes parallèles se faisant concurrence. Nous examinons ci-dessous la difficulté que suppose l'intégration des diverses réponses aux maladies dans les systèmes de santé.

Le VIH/SIDA

59 La nécessité urgente d'avoir des systèmes de santé en bon état de fonctionnement est particulièrement visible dans le contexte de la crise du VIH/SIDA. La pandémie du SIDA a un impact énorme et elle affecte l'Afrique de manière disproportionnée. L'ampleur de la crise est telle que nous avons décidé de lui consacrer une section séparée dans ce chapitre (section 6.4). Mais, en termes de réponse médicale, il est essentiel que le traitement et les soins liés au VIH/SIDA soient fournis par les systèmes de santé et non pas par d'autres systèmes parallèles qui nuiront aux soins de santé en Afrique¹¹⁰. Nous réfléchissons ci-dessous à la manière de mettre fin à la séparation actuelle entre les services consacrés au VIH/SIDA et ceux consacrés à la tuberculose et à la santé sexuelle et génésique.

La tuberculose

60 Environ 70 % des 14 millions de personnes au monde qui ont le VIH et la tuberculose (lesquels sont souvent liés) se trouvent en Afrique, où la tuberculose progresse au rythme de 4 % par an et constitue désormais l'infection la plus souvent contractée par les sujets séropositifs. L'intégration du traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose permettrait de réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes atteintes du VIH/SIDA et de réduire l'impact du VIH chez les tuberculeux¹¹¹. Les gouvernements africains doivent veiller à adopter des programmes participatifs de lutte contre la tuberculose et le VIH. **Recommandation : la stratégie « deux maladies, un patient » de l'Organisation mondiale de la santé devrait être soutenue dans le but de prodiguer des soins intégrés dans le traitement de la tuberculose et du VIH.** L'allocation de 0,25 milliard d'USD par an aux programmes participatifs de lutte contre la tuberculose et le VIH permettrait d'assurer que tous les tuberculeux se voient offrir des examens et des conseils non obligatoires et que tous les séropositifs subissent des examens et se fassent soigner contre la tuberculose.

Le paludisme

61 En dépit de certains progrès, le paludisme continue à présenter un défi réel : on dénombre en effet 400-500 millions de crises chez les enfants chaque année en Afrique. Le paludisme est la maladie parasitaire mortelle la plus fréquente chez les enfants africains bien

qu'elle soit largement évitable et pour ainsi dire complètement soignable. Les frais liés à le paludisme et le manque à gagner en termes de PIB privent l'Afrique de 12 milliards d'USD chaque année¹¹². Les nouvelles technologies (médicaments à base d'artémisinine, etc.) se sont avérées avoir un impact réel et puissant. Une impulsion forte en vue de contrôler les porteurs de maladies telles que le paludisme est à la fois rentable et soutenable, notamment lorsque la fourniture de moustiquaires est intégrée dans le cadre d'autres programmes de santé publique tels que la vermifugation¹¹³, la vaccination et l'amélioration de l'écoulement des eaux. Soutenir la capacité de l'Afrique de développer et de produire ses propres moustiquaires traitées avec un insecticide durable augmenterait l'offre et renforcerait les économies locales. La garantie d'achat de moustiquaires du Fonds mondial en Tanzanie a encouragé les investissements externes dans la fabrication de moustiquaires. D'après Roll Back Malaria, il faudra 1,8 milliard d'USD chaque année pour le traitement et la prévention des femmes enceintes et des enfants. Ces coûts sont compris dans le chiffre de financement total indiqué ci-dessus. **Recommandation : les gouvernements africains et les donateurs devraient travailler ensemble afin de faire en sorte que chaque femme enceinte et chaque enfant disposent d'une moustiquaire traitée avec un insecticide durable et de des médicaments efficaces pour soigner le paludisme.**

Les autres maladies de la pauvreté

62 D'autres maladies parasitaires causent des souffrances généralisées, réduisent la productivité économique et empêchent les enfants d'aller à l'école¹¹⁴. La schistosomiase, un parasite intestinal, affecte 164 millions de personnes en Afrique¹¹⁵. Il existe des solutions simples et rentables pour de nombreuses maladies parasitaires, qui touchent largement les pauvres (la schistosomiase se soigne avec des médicaments qui coûtent 25 cents US par enfant¹¹⁶), mais elles ne sont pas employées. De même, la réduction de la déficience en vitamines et en minéraux par des suppléments et fortifiants revient peu cher mais a un impact énorme. Pour le Consensus de Copenhague (2004) et le projet du Millénaire de l'ONU (2005), il s'agit là d'une solution rapide et rentable. À elle seule, la supplémentation en vitamine A peut réduire la mortalité infantile de 23 %¹¹⁷. Les gouvernements africains et les partenariats médicaux mondiaux doivent veiller à ce que le traitement et la prévention des maladies parasitaires et la supplémentation en micronutriments soient intégrés aux campagnes de santé publique. Par exemple, la vermifugation organisée dans les écoles pourrait être étendue aux enfants qui ne vont pas encore à l'école et aux femmes enceintes par le biais de traitements réguliers, de l'amélioration de l'alimentation en eau et de l'assainissement, ainsi que par des stratégies de contrôle vectoriel. **Recommandation : les donateurs devraient veiller à ce que le traitement et la prévention des maladies parasitaires et des carences en micronutriments soient suffisamment financés. Les gouvernements et les partenariats médicaux mondiaux devraient veiller à ce que cela soit intégré dans les campagnes de santé publique d'ici à 2006.** Le coût des programmes de chimiothérapie nécessaires pour les 500 millions de personnes (d'après les estimations) souffrant d'une ou plusieurs de cinq maladies parasitaires¹¹⁸ s'élèverait à 0,2 milliard d'USD par an, pendant cinq ans. Ce chiffre passerait ensuite à 0,1 milliard d'USD par an à titre de maintien. L'enrichissement en micronutriments coûterait aux donateurs 0,2 milliard d'USD par an pour la protection complète contre les carences en vitamines et en minéraux de 380 millions de femmes et enfants africains à risque – y compris par le soutien aux programmes d'alimentation scolaire¹¹⁹.

La santé sexuelle et génésique et les droits

63 Les niveaux de mortalité maternelle en Afrique sont les plus élevés au monde. Plus de 250 000 femmes meurent chaque année des complications d'un accouchement ou d'une grossesse, contre 1 500 en Europe¹²⁰. Jusqu'à 19 % d'entre elles meurent des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité¹²¹, ce qui ne fait qu'augmenter

les risques d'infection au VIH. Au cours des 10 années qui viennent, l'Afrique aura atteint son nombre record de femmes enceintes. Sans un plus grand accès à la contraception, aux soins prénataux, à des maternités professionnelles, à des services d'avortement sans risque et à des soins post-avortement, le nombre de décès augmentera. En dépit de cela, moins de la moitié des engagements financiers internationaux pris en faveur du droit à la santé sexuelle et génésique au Caire en 1994 ont été suivis d'effet¹²². Ceci a de sérieuses conséquences sur l'amélioration de la santé publique et sur la lutte efficace contre le VIH/SIDA.

64 Les gouvernements africains doivent accorder la priorité à la santé sexuelle et génésique dans leur vision des systèmes de santé¹²³ et intégrer les traitements et les soins relatifs au VIH/SIDA dans cette vision, comme indiqué dans l'appel à engagement de New York de l'ONU¹²⁴. En effet, certains donateurs ne sont pas en mesure de financer ces services. Ceux qui le sont devraient compenser et compléter leur financement de manière telle que des services de santé sexuelle et génésique soient offerts et que le traitement du VIH/SIDA y soit intégré. Par exemple, il faudrait augmenter la disponibilité des préservatifs, des accouchements assistés, des soins obstétricaux d'urgence et des systèmes d'aiguillage vers les services appropriés et améliorer les services d'avortement sans risque¹²⁵. Pour tout complément d'information sur la réponse au VIH/SIDA, prière de se reporter à la section 6.4. Le Fonds des Nations unies pour la population (FNUP) devrait travailler en étroite collaboration avec le NEPAD/UA et l'OMS pour veiller à ce qu'une stratégie de santé sexuelle et génésique claire soit intégrée au Programme initial d'action du NEPAD/UA. **Recommandation : les gouvernements africains doivent donner la preuve concrète de leur détermination à promouvoir le droit des femmes et des hommes à la santé sexuelle et génésique.** Les gouvernements doivent assumer la responsabilité de mettre fin aux préjudices et à la discrimination sexuelle associés aux services de santé sexuelle et génésique. Cela supposera de travailler en partenariat avec la société civile, en particulier les chefs religieux et traditionnels. **Recommandation : les donateurs devraient faire le maximum pour permettre l'accès universel à des services de santé sexuelle et génésique.** D'après le FNUP, il faudra 300 millions d'USD de plus par an pour combler les lacunes en termes de produits de santé génésique. Les frais supplémentaires liés à la prévention du VIH sont couverts au point 6.3 ci-dessous.

6.3 Étendre l'alimentation en eau et l'assainissement

65 L'accès à l'eau est un droit et un besoin fondamental. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies a récemment déclaré que « le droit de l'homme à l'eau est indispensable pour vivre dans la dignité humaine. Il s'agit d'une condition préalable à la réalisation de tous les autres droits de l'homme »¹²⁶. Il fait systématiquement partie des trois ou quatre priorités des pauvres en Afrique, en particulier des femmes et des filles qui assument la responsabilité d'aller chercher l'eau dont les ménages ont besoin et de la gérer.

66 Parmi les engagements internationaux pris à cet égard, citons les objectifs du Millénaire pour le développement dont le but est de réduire de moitié le nombre de personnes sans accès durable à de l'eau salubre et à des sanitaires de base d'ici à 2015. Le problème de l'eau et de l'assainissement a également été souligné dans l'appel urgent à une amélioration des bidonvilles lancé au Sommet mondial sur le développement soutenable en 2002. Les dirigeants africains ont également développé la Vision de l'eau en Afrique, projet plus ambitieux qui vise à réduire de 75 % le nombre de personnes qui n'ont pas accès à de l'eau salubre et à des sanitaires d'ici à 2015 et de 95 % d'ici à 2025. Cependant, en dépit de l'insistance sur l'eau au forum de Kyoto et au sommet d'Évian du G8, si les niveaux d'engagement actuel se maintiennent, l'objectif de développement du

Millénaire relatif à l'eau ne sera pas atteint avant 2050 et celui relatif à l'assainissement ne le sera qu'en 2100 au plus tôt.

67 La raison à cela est que le secteur d'eau, dont l'assainissement relève, a été négligé dans le passé par rapport à d'autres secteurs. Le problème n'a pas été abordé de manière suffisamment sérieuse ou régulière dans les documents de stratégie de lutte contre la pauvreté¹²⁷. La responsabilité de l'eau est souvent partagée entre plusieurs ministères, ce qui rend difficile l'adoption d'une approche stratégique cohérente dans ce secteur. L'aide en faveur de ce secteur a baissé de 25 % depuis 1996 et elle est mal ciblée¹²⁸. Le coût de la négligence, qui est cumulatif, est maintenant mieux compris que dans le passé.

68 Une alimentation en eau pratique et sans risque, ainsi qu'un assainissement amélioré, sont des conditions préalables à l'amélioration de la productivité et de la qualité de vie des pauvres. L'eau est essentielle pour atteindre les autres OMD, tels que la lutte contre la pauvreté, l'éducation et l'égalité des sexes. Le consensus de Copenhague (2004) a indiqué que les projets d'alimentation en eau et d'assainissement font partie des dix manières les plus rentables de faire progresser le bien-être mondial. Par exemple, doter les écoles de toilettes appropriées est une condition préalable à l'éducation des filles dans certains pays ; porter de l'eau sur de longues distances et attendre au point d'eau fait perdre du temps et de l'énergie, notamment pour les femmes et les enfants, au détriment des activités familiales, de l'éducation et du travail productif, et l'irrigation est et sera de plus en plus une condition préalable à l'augmentation de la production alimentaire nécessaire pour nourrir la population croissante de l'Afrique¹²⁹.

69 Les bienfaits pour la santé de l'accès à de l'eau salubre et à des sanitaires adéquats et l'attention accordée au traitement des eaux usées sont également clairs. L'eau insalubre et les sanitaires de mauvaise qualité sont à l'origine de vers intestinaux, du choléra, de la cécité par trachome et de diarrhées (cf. section 6.3). Se laver les mains réduit les cas de diarrhée de 40 %, ce qui est positif sur le plan de la santé comme sur celui de l'éducation¹³⁰. Sans eau propre, le traitement antirétroviral des personnes atteintes du VIH/SIDA est moins efficace. L'ONU estime à 22 milliards d'USD les avantages économiques annuels totaux de la réalisation de l'objectif de développement du Millénaire relatif à l'alimentation en eau et à l'assainissement en Afrique¹³¹.

70 La gestion efficace des ressources en eau est essentielle à la fourniture soutenable des services d'alimentation en eau et d'assainissement en Afrique. La variabilité climatique extrême associée à la demande croissante en eau, à la détérioration de la qualité de l'eau et aux problèmes transfrontaliers créés par la plupart des bassins fluviaux d'Afrique présentent des défis considérables. En même temps, dans la plupart des villes d'Afrique, plus de 50 % de l'alimentation en eau est gaspillée ou non comptabilisée. Une approche stratégique globale du secteur de l'eau axée sur la gestion intégrée des ressources en eau s'impose donc. Cela suppose une coopération régionale à propos des ressources en eau transfrontalières, une amélioration de la gestion de l'eau en vue de répondre à des besoins concurrents, ainsi qu'un accroissement et une meilleure gestion des investissements portant sur les infrastructures d'eau (cf. chapitre 7). Tous ces problèmes ont été pris en compte dans le Plan d'action sur l'eau du G8 arrêté à Évian en 2003.

71 Les organisations des bassins fluviaux d'Afrique ont besoin du soutien des donateurs. L'Initiative du bassin du Nil est un bon exemple de coopération dans le domaine du développement des ressources en eau d'un bassin fluvial qui joue également le rôle de catalyseur dans l'intégration régionale. Son but est de réduire la pauvreté par l'utilisation équitable des eaux du Nil. Parmi ses avantages, citons la préservation de l'environnement, la prévention des inondations, l'accroissement de la production alimentaire, la disponibilité énergétique et la réduction des tensions politiques. Nous demandons aux donateurs de soutenir davantage les organisations des bassins fluviaux en Afrique. Nous recommandons

que les donateurs financent le développement des capacités dans tous les bassins et la préparation d'une première série de programmes d'investissement dans l'initiative du bassin du Nil. Dans un premier temps, un financement de 60 millions d'USD sera nécessaire. Grâce à ce financement, l'intégration économique sera soutenue, ce dont il pourra résulter des avantages importants en termes de stabilité politique.

72 L'année 2005 marque le début de la deuxième Décennie de l'eau de l'ONU. Un renouvellement de l'engagement en faveur de l'alimentation en eau et de l'assainissement s'impose. **Recommandation : à partir de 2005, les donateurs doivent inverser le déclin de l'aide consacré à l'eau et à l'assainissement, afin de permettre aux gouvernements africains d'atteindre l'objectif Vision de l'eau en Afrique, à savoir réduire de 75 % le nombre de personnes qui n'ont pas accès à de l'eau salubre et à des sanitaires d'ici à 2015. Le G8 devrait, d'ici à 2007, présenter son rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action sur l'eau du G8 arrêté en 2003.** Le financement du secteur de l'eau fait partie du financement des infrastructures de 10 milliards d'USD proposé au chapitre 7. La conférence de Paris prévue en mars 2005 fournit aux donateurs une occasion immédiate de donner la preuve de leur engagement dans ce secteur. Mais il importe de veiller à ce que les gouvernements et les donateurs travaillent ensemble en vue d'harmoniser les activités futures et de se concentrer sur les pays qui en ont le plus besoin. Les fonds et la capacité sont actuellement répartis dans une variété d'initiatives en faveur de l'eau¹³², ce qui augmente les frais de transaction. Le Conseil des ministres africains de l'eau (AMCOW) est le mieux placé pour coordonner ces efforts et pourrait présenter son rapport officiel sur les progrès accomplis au Forum des partenaires de l'Afrique. Afin d'améliorer l'efficacité au niveau des pays, les donateurs doivent adopter une approche sectorielle et renforcer la coordination sectorielle globale. Cela devrait se faire par le biais du soutien budgétaire en faveur d'une seule stratégie nationale, avec un seul organisme coordinateur et un seul cadre de surveillance¹³³. Les gouvernements africains doivent veiller à faire participer un grand nombre de parties prenantes, y compris des membres des secteurs ruraux et urbains, des pauvres, des femmes et des hommes, différents niveaux et services de l'administration, la société civile et le secteur privé. Ils devraient également veiller à ce que la stratégie d'alimentation en eau et d'assainissement soit entièrement intégrée aux politiques de développement et de protection de l'environnement plus larges au niveau des pays, avec une allocation de fonds en vue de maximiser les résultats.

6.4 Le VIH/SIDA : honorer les promesses

73 Contrairement à toutes les autres épidémies de l'histoire, le SIDA est une des crises les plus violentes que le monde ait jamais connu. Plus dévastateur que la peste et que la grippe espagnole, le SIDA est unique en ce que les victimes ne sont pas sélectionnées au hasard. Cette épidémie porte le visage d'une jeune femme, ce qui n'est nulle part aussi vrai qu'en Afrique, où près de 60 % des personnes atteintes du VIH/SIDA sont des femmes.

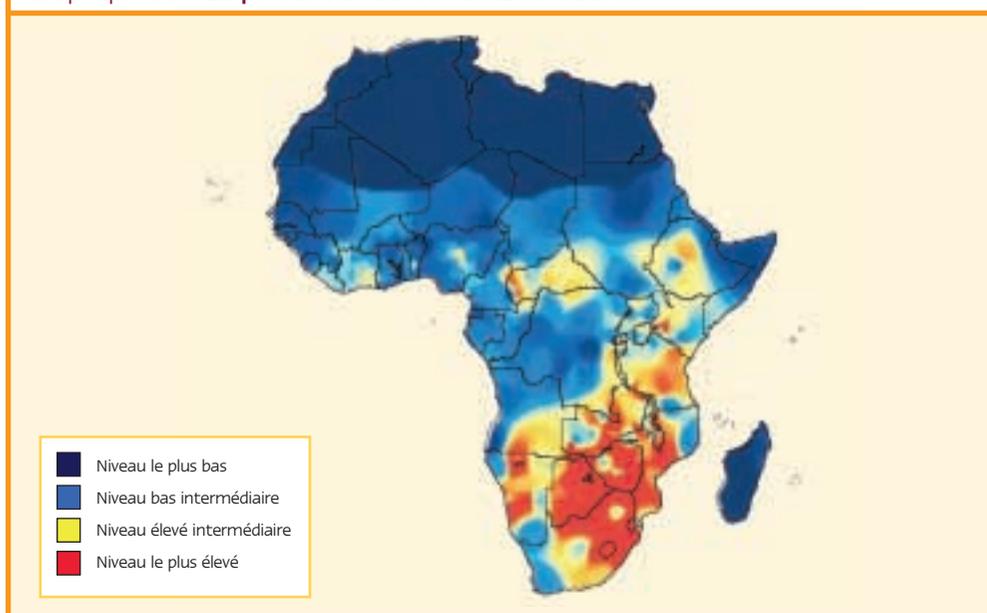
74 Seulement une personne sur sept dans le monde vit en Afrique et c'est pourtant là que vivent les deux tiers des personnes atteintes du VIH/SIDA (cf. graphique 6.6). En outre, en dépit des efforts accomplis à ce jour, les taux de prévalence continuent à augmenter globalement. Avec plus de trois millions d'infections l'année dernière seulement, la pandémie n'a pas atteint son point culminant. Aussi tragique que le tsunami de l'Asie du Sud de 2004 ait été, le bilan du SIDA en Afrique subsaharienne l'an dernier a été aussi élevé que celui de huit tsunamis de l'Asie du Sud combinés (2,3 millions de victimes). L'an dernier, le nombre d'enfants morts du SIDA en Afrique a atteint le demi-million et le nombre d'orphelins du SIDA augmente : les projections pour 2010 permettent de penser que le nombre va plus que doubler par rapport à ses niveaux de 2000 et atteindre près de 19 millions. La crise des

orphelins du SIDA en Afrique augmente le nombre déjà considérable d'orphelins sur le continent et fait peser un poids de plus sur les ménages, et les grands-parents en particulier.

75 Le silence qui entoure la maladie parce qu'elle est sexuellement transmissible et parce que les symptômes n'apparaissent pas immédiatement crée des difficultés uniques (cf. graphique 6.7). Le SIDA est une menace exceptionnelle en Afrique aujourd'hui et appelle une réponse mondiale sans précédent.

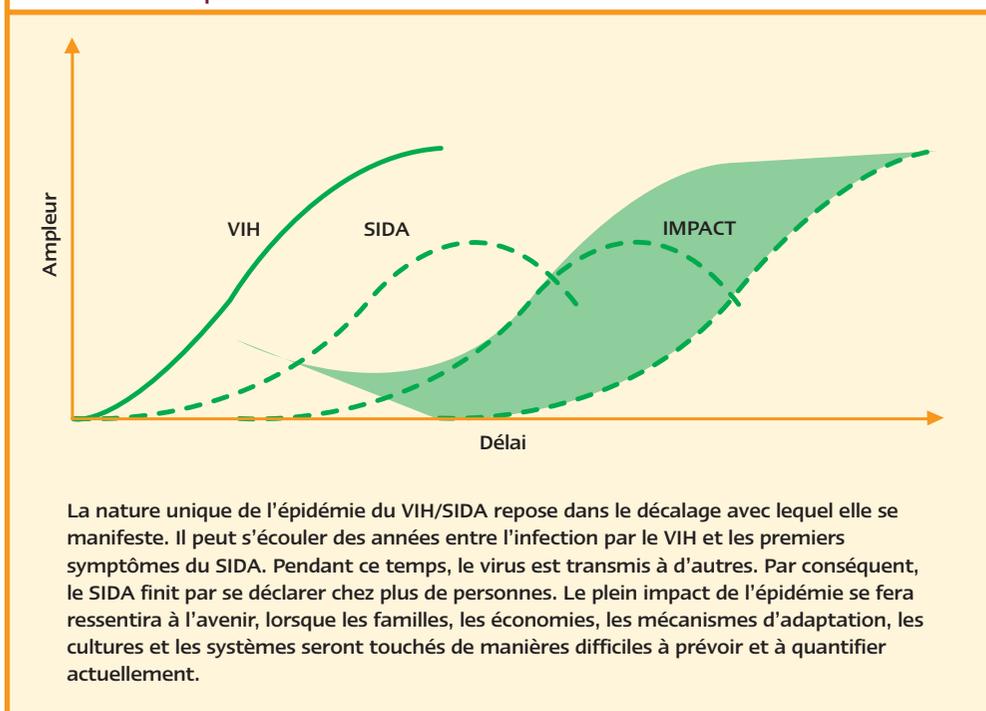
76 La prise en main de la situation sur le continent a été variable, mais dans certains pays les dirigeants ont pris des mesures radicales inspirées. La réponse progressiste du Sénégal a permis d'arrêter la propagation du SIDA avant qu'elle n'atteigne des proportions épidémiques exponentielles. Les principaux facteurs qui expliquent la réussite sénégalaise sont les suivants : un système politique stable, l'adoption rapide d'une législation sur l'industrie du sexe et la détermination du gouvernement à maintenir les taux de prévalence au-dessous de 2 %. L'Ouganda est probablement parvenu à maîtriser la propagation et la généralisation de l'épidémie grâce à la poigne de ses dirigeants, une éducation globale faisant passer un message clair (ABC – Abstain or delay sex, Be faithful, use a Condom : Abstenez-vous ou attendez, soyez fidèles et portez le préservatif) et incitant chacun à en tenir compte dans ses activités quotidiennes.

Graphique 6.6 La prévalence du VIH chez les adultes



Source : Adapté de ESRI/CIA

Graphique 6.7 Morbidité et mortalité du SIDA et délai d'impact après l'infection par le VIH



77 Le leadership panafricain s'est manifesté avec l'Initiative présidentielle de l'UA, AIDS Watch Africa, et la stratégie de lutte contre le SIDA du NEPAD/UA. Ces deux initiatives bénéficient du soutien des chefs d'État africains et sont susceptibles de devenir des éléments d'une seule et même stratégie menée sous les auspices de l'Union africaine. Avec le soutien et les campagnes de l'UA et des autres organisations panafricaines, les chefs politiques et religieux de l'Afrique ont de réelles possibilités de définir et de diriger la réponse exceptionnelle nécessaire pour arrêter la progression de ce virus dévastateur – en rompant le silence et en mettant fin aux préjugés.

78 Dans cette section, nous nous intéressons à certains des défis créés par la pandémie et à la manière dont elle est inextricablement liée à la pauvreté et à l'impuissance. La réponse globale qui s'impose est esquissée dans les différents chapVtres de ce rapport et dans les autres sections de ce chapVtre. Ici, nous mettons en avant les mesures nécessaires pour accélérer le progrès : premièrement, afin de faire parvenir les ressources à tous les intervenants sur le terrain, deuxièmement, pour une coordination plus efficace des mesures et, troisièmement, pour suivre le progrès de différents acteurs. La réaction à la pandémie du VIH/SIDA a été jugée être une priorité première dans toutes nos consultations, par les jeunes comme les entreprises, en Afrique et ailleurs.

6.4.1 La nature de la pandémie

79 Le SIDA n'attaque pas qu'une personne. Il attaque trois générations : la personne atteinte du VIH/SIDA, les enfants en vie et les enfants qui naîtront avec le virus, sans oublier les grands-parents qui se trouvent contraints de s'occuper des enfants et d'assurer une production alimentaire plus importante, ce pour quoi leur âge avancé ne les prédispose guère¹³⁴. Il inverse le développement et détruit le tissu social. Ce faisant, il a des répercussions aujourd'hui et à l'avenir qui sont actuellement difficiles à prévoir ou quantifier.

82 La transmission sexuelle du VIH nous amène inévitablement à tenir compte des traditions et des rapports de force ancrés (y compris les hommes qui ont plusieurs partenaires, le recours des routiers et des combattants à des travailleurs sexuels, ainsi que l'héritage des femmes). La lutte contre la maladie dépend de la capacité des cultures et des religions de faire face aux questions de sexualité – en Afrique et chez les donateurs. Les stratégies sont inefficaces lorsqu'elles ne tiennent pas compte de l'importance de l'accouchement dans le statut d'adulte des femmes ou de la virilité chez les hommes. Elles ne le seront pas non plus si elles ne s'attaquent pas au problème de l'impuissance des femmes à exiger des rapports sexuels protégés : elles ne peuvent pas garantir la fidélité de leur mari ni négocier le port du préservatif ou l'abstinence. Le taux d'infection est actuellement dix fois plus élevé chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires au Kenya et en Zambie et, dans les zones rurales de l'Ouganda, 88 % des jeunes femmes séropositives/sidéennes sont mariées¹⁴⁰.

83 L'impact du VIH/SIDA se fait sentir au cœur même d'un pays – par la perte des adultes productifs. Si le traitement ne s'étend pas nettement, 19 pays perdront 10 % de leur main-d'œuvre d'ici à 2015. Dans quatre pays, la perte sera de plus de 30 %¹⁴¹. Le fonctionnement de certains États commence à être perturbé – par la perte de soldats, de personnel médical, d'enseignants et de planificateurs. Lorsqu'ils tombent malades, les adultes actifs deviennent de plus en plus dépendants et, parallèlement, le commerce et la productivité agricole s'en ressentent. Le SIDA ajoute des charges sur les bulletins de salaire et chaque fois que le SIDA fait une victime, les excédents alimentaires baissent d'environ 60 %¹⁴². L'économie est affectée par une réduction du PIB de jusqu'à un point chaque fois que 10 % de la population adulte est infectée¹⁴³. D'après une étude récente, dans les pays où les taux de prévalence des adultes sont supérieurs à 20 %, le PIB baisse de 67 % au bout de 20 ans en raison de l'impact du SIDA¹⁴⁴. La performance économique stagnera et sera dépassée par le coût accru de la pandémie du SIDA.

84 Le SIDA nuit également aux stratégies d'adaptation traditionnelles des ménages, ce qui rend l'ensemble de la population plus vulnérable¹⁴⁵. Par exemple, ceux qui font une bonne récolte prêtent à ceux qui en font une mauvaise, mais lorsque la productivité baisse, les excédents baissent et les prêts baissent. Les ménages touchés par le VIH économisent et investissent moins et les enfants sont retirés de l'école¹⁴⁶. Comme indiqué plus haut, la crise des orphelins s'accroît et, en Zambie, un enfant sur trois sera orphelin en 2010¹⁴⁷. 90 % des orphelins sont – encore – pris en charge par la famille étendue, mais il est peu probable que les familles soient en mesure d'absorber le problème qui s'aggrave sans soutien. Certains enfants ont moins de chances d'aller à l'école et risquent beaucoup plus d'être exploités en tant que prostitués, enfants soldats, enfants de la rue et travailleurs domestiques¹⁴⁸. La section suivante (6.5) identifie la façon d'atténuer les impacts du VIH/SIDA et d'aider les familles et les communautés à s'occuper des orphelins et des enfants vulnérables.

6.4.2 Les réponses inefficaces au SIDA

85 Cela fait un quart de siècle que le SIDA fait des ravages, mais le monde n'a pas agi suffisamment tôt, suffisamment rapidement ni à une échelle suffisamment grande face à ce défi grandissant. Il devient donc de plus en plus urgent d'adopter des mesures coordonnées et rapides. En effet, l'ampleur du problème posé par le SIDA a été jugée par certains égale aux problèmes des armes nucléaires et du réchauffement de la planète¹⁴⁹. Mais il y a eu des retards et la prise en main globale aux niveaux les plus élevés du gouvernement et de la société civile fait défaut. Cela est en partie dû aux préjugés associés à la maladie. Le silence prévaut alors même que des discussions ouvertes et des interventions sont tellement nécessaires.

86 Jusqu'à il y a peu, le traitement du VIH/SIDA ne figurait pas haut dans la liste des priorités des donateurs, mais les niveaux de financement globaux ont triplé en trois ans¹⁵⁰.

D'après les estimations de l'OMS, 4 millions de personnes avaient besoin de traitement en Afrique et seulement 1 % étaient soignées en 2002. L'objectif de 3x5 a été établi afin de créer un élan : le but était de parvenir à fournir un traitement antirétroviral à trois millions de personnes dans le monde d'ici à 2005, dont deux millions en Afrique. Les progrès ont été limités : 8 % de ceux qui avaient besoin d'un traitement le recevaient à la fin de l'année 2004. Il faut faire beaucoup plus. Pourtant, cet effort risque de faire passer le traitement pour la principale réponse et de « médicaliser excessivement » le SIDA. Pour s'attaquer au VIH/SIDA, une réponse holistique au traitement, à la prévention et aux soins tenant compte du contexte social et culturel au sens large et soutenue par des systèmes de santé opérationnels s'impose. En effet, lorsque les normes culturelles ne sont pas prises en compte dans les stratégies de prévention du VIH/SIDA, le taux de prévalence continue à augmenter¹⁵¹.

87 Des engagements par étapes ont été pris dans le cadre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA à la session spéciale de l'assemblée générale des Nations unies (SSAGNU) sur le VIH/SIDA en 2001¹⁵², mais ce ne sont pas suivis d'actions efficaces. Il est essentiel que la communauté internationale apporte un financement suffisant dans les pays afin d'atteindre les objectifs fixés, et que le rôle des agences soit défini et que ces dernières adoptent des procédures communes. Surtout, il devrait y avoir une complémentarité des politiques entre elles. Ainsi, si certains donateurs ne sont pas en mesure de financer les services de santé sexuelle, d'autres devraient s'en charger. Et si certains donateurs préfèrent financer par le biais des ONG plutôt que par le biais des gouvernements, leur contribution devrait s'inscrire dans un programme global de manière à ce qu'ils ne financent que les ONG s'inscrivant dans une stratégie plus large, sans essayer de tout financer par les ONG ni nuire aux systèmes nationaux de santé et d'éducation.

6.4.3 Une meilleure méthode

88 Nous pouvons changer le cours des choses. Nous pouvons progresser dans la lutte contre le SIDA. Mais pour parvenir à la réponse stratégique globale nécessaire, les donateurs doivent changer la manière dont ils interviennent et les gouvernements africains doivent multiplier leurs efforts. **Recommandation : la communauté internationale doit parvenir à un accord mondial en 2005 en vue d'harmoniser la réponse actuellement disparate au VIH/SIDA, en soutenant des stratégies audacieuses, complètes et tenant compte des rapports de forces entre les hommes, les femmes et les jeunes adoptées par les gouvernements africains.** Ces efforts devraient être menés sous les auspices du programme sur le VIH/SIDA des Nations unies (ONUSIDA) et en collaboration étroite avec l'Union africaine et prendre la forme d'actions claires, concrètes, de haut niveau, avec un calendrier à l'appui pour donner un sens à la politique des « Trois Un » arrêtée au plan national (une agence de coordination, une stratégie et un cadre de surveillance). Le « quatrième un », un fonds commun, devrait également être mis en pratique. Ce cadre établirait une répartition du travail entre les agences de développement en vue de réaliser les aspirations de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU. Pour cela, il faudrait un plan d'action dont la mise en œuvre serait suivie et établir des objectifs pour des agences spécifiques¹⁵³. L'ONUSIDA devrait être chargé de travailler avec des agences de premier plan à l'élaboration d'un état d'avancement de l'harmonisation et de la réponse au VIH/SIDA devant être présenté dans le cadre du processus de communication des résultats annuels de la SSAGNU.

89 La nature sans précédent et l'ampleur de l'urgence signifient que les dépenses consacrées au VIH/SIDA devraient être considérées comme s'ajoutant à l'aide officielle au développement normale. **Recommandation : comme prévu dans la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU, les gouvernements africains et la communauté internationale devraient travailler ensemble, d'urgence, en vue de faire du droit à la prévention, au traitement et aux soins une réalité. Les donateurs devraient répondre aux besoins immédiats et augmenter leur contribution d'au moins 10 milliards d'USD par an**

pendant cinq ans. À l'heure de la mise sous presse¹⁵⁴, l'ONUSIDA estime que les besoins financiers non satisfaits pour les programmes de prévention, de traitement et de soin dans toute l'Afrique subsaharienne entre 2005 et 2007 se situent entre 5,2 milliards d'USD et 11,3 milliards d'USD. Ce chiffre ne couvre pas le soutien plus large aux orphelins et aux enfants vulnérables, qui est indiqué ci-dessous¹⁵⁵. Le coût actuel de l'offre d'un ensemble de services de prévention, de traitement et de soins appropriés s'élèverait à environ 10 milliards d'USD en 2007. Ce chiffre augmentera en même temps que la demande en traitement antirétroviral¹⁵⁶. Surmonter le problème de la capacité d'absorption afin d'offrir des services appropriés pour le traitement du VIH/SIDA doit être la première priorité des gouvernements et des donateurs. Pour cela, les gouvernements devront investir dans les systèmes de santé et d'éducation, rendre davantage compte de leurs actes et développer leur capacité de jouer leur rôle. Pour leur part, les donateurs devront accroître l'harmonisation, la complémentarité et la prévisibilité du financement. Cette Commission prend note du rôle de meneur joué par l'OMS et d'autres pour aider les pays d'Afrique les plus pauvres à développer leurs capacités d'absorption. Les coûts indiqués ne comprennent pas les frais nécessaires pour augmenter les incitations en faveur de la recherche dans le domaine des vaccins et des microbiocides et de la production d'antirétroviraux pédiatriques (cf. section 6.2), lesquelles devraient être accélérées – comme convenu par les ministres des Finances du G7 en février 2005¹⁵⁷.

90 Grâce à ce financement supplémentaire, les gouvernements africains, la société civile et les agences de développement seront mieux en mesure de faire du droit des Africains à la prévention, au traitement et aux soins une réalité¹⁵⁸. Les efforts déployés dans ces trois domaines doivent être correctement équilibrés. En outre, la priorité doit être accordée à l'intégration des personnes les plus touchées : les enfants, les jeunes et les femmes¹⁵⁹. Grâce à ce financement, des programmes pourraient être lancés à une échelle suffisante pour stabiliser l'épidémie et freiner l'augmentation du nombre d'orphelins. Cependant, même si les niveaux d'infection de la population croissante de l'Afrique stagnent, le nombre réel de séropositifs/sidéens augmentera. Par conséquent, une intervention urgente et durable est d'une importance capitale.

91 Cela suppose de développer les services de santé sexuelle et génésique chargés du dépistage et du traitement antirétroviral, de lutter contre les infections opportunistes, d'offrir des soins palliatifs, de lutter contre les infections sexuellement transmissibles et contre la malnutrition¹⁶⁰. Cela suppose de proposer régulièrement des dépistages du SIDA au lieu de seulement répondre à la demande¹⁶¹. Cela suppose d'atteindre l'objectif 3x5 puis d'étendre le traitement à tous ceux qui en ont besoin d'ici à 2010 (grâce à l'augmentation du financement¹⁶²) afin de freiner l'augmentation du nombre d'orphelins et de donner aux gens plus de raisons de connaître leur statut. Cela suppose de s'attaquer rapidement aux problèmes de l'utilisation et de la disponibilité de préservatifs pour hommes et pour femmes. À l'heure actuelle en Afrique, moins de 10 préservatifs sont disponibles pour chaque homme sexuellement actif par an. Ce chiffre doit être amené à 250¹⁶³. Cela suppose de diffuser les interventions dont l'efficacité est prouvée afin d'amener le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 2 % seulement¹⁶⁴. Cela suppose de répondre aux besoins uniques des 3 millions d'enfants séropositifs, tant en leur dispensant des soins médicaux et des conseils qu'en développant d'urgence des traitements antibiotiques et antirétroviraux pédiatriques. Cela suppose également d'investir dans de meilleures manières de prévenir la transmission – en accordant la priorité au développement de gels et de crèmes microbiocides pour les femmes, en accélérant la recherche d'un vaccin contre le VIH et en mettant à disposition des préservatifs pour femmes de meilleure qualité et moins chers.

92 Cela suppose également que les messages de prévention des campagnes de sensibilisation au SIDA abordent les questions essentielles de l'identité, du pouvoir et des préjugés et touchent les groupes exclus¹⁶⁵. La réponse doit être axée sur les personnes les plus touchées, à savoir les jeunes et les femmes. Il convient de saisir chaque occasion d'atteindre et de surpasser l'objectif de la SSAGNU de réduire de 25 % le nombre d'infections chez les

jeunes d'ici à 2010. La Coalition mondiale des femmes contre le SIDA doit être soutenue dans ses priorités, qui sont de réduire la plus grande vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection et d'alléger le fardeau des soins qui pèse sur elles. Les partenariats avec des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels ont permis d'obtenir des résultats dans le développement de réponses efficaces reposant sur une compréhension des contextes culturels, des rapports de forces et des relations entre les sexes¹⁶⁶ (cf. chapitre 3). Il convient d'insister tout particulièrement sur la participation des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, des veuves et des orphelins du SIDA, des enfants, des personnes plus âgées, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et des autres groupes vulnérables¹⁶⁷ dans l'élaboration de politiques de lutte contre le VIH/SIDA, de messages de santé et de stratégies de lutte contre les préjugés. Le sport, la radio, le cinéma et d'autres médias populaires auprès des jeunes devraient être largement utilisés pour les inciter à se mobiliser.

93 Dans de nombreux endroits, les dirigeants africains ont élaboré des réponses au VIH/SIDA et il convient de soutenir leurs efforts. Ceux qui ne l'ont pas encore fait devraient s'y atteler de suite. Nous recommandons que les donateurs apportent un soutien budgétaire à l'initiative présidentielle AIDS Watch Africa de l'UA et à la stratégie de lutte contre le SIDA du NEPAD/UA afin de définir et de mobiliser la réponse dans les domaines de la prévention, du traitement et des soins et d'atténuer l'impact du VIH/SIDA. Ces réponses devraient être financées par le soutien budgétaire à l'UA. La Commission sur la gouvernance et le VIH/SIDA de la CEA¹⁶⁸ présentera son rapport en 2005 et ses recommandations devraient également être intégrées dans cette stratégie. Les pays d'Afrique peuvent également travailler ensemble en vue de promouvoir la production, l'achat et la distribution de médicaments à l'échelon régional, d'interpréter les ADPIC (cf. section 6.1) et de mettre les informations et les enseignements tirés de l'expérience en commun.

94 Afin que la réponse au VIH/SIDA soit intégrée aux autres stratégies, nous recommandons d'aider l'ONUSIDA à développer des systèmes d'accréditation des compétences en matière de VIH/SIDA au sein des agences internationales, des entreprises et des pays. L'ONUSIDA doit veiller à ce que tous les acteurs, tant au sein du gouvernement, de la société civile que du secteur privé, luttent activement contre la pandémie¹⁶⁹. Grâce à un système d'accréditation tel qu'ISO ou Investors In People, l'ONUSIDA peut encourager la diffusion et l'adoption des bonnes pratiques et veiller à ce que les réponses individuelles soient conformes aux stratégies globales, par exemple en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale. La surveillance des résultats sera essentielle. L'encouragement de programmes de lutte contre le VIH/SIDA jouera un rôle crucial à cet égard dans toutes les moyennes et grandes organisations, comme nous le verrons plus en détail au chapitre 7¹⁷⁰. Ceci aura pour effet de consolider des processus tels que le Document de consensus pour une action commune.

6.5 Lutter contre l'exclusion et la vulnérabilité

95 Beaucoup de personnes sont vulnérables aux périodes de pauvreté. Il suffit d'une crise pour qu'elles passent de la survie à la faim et la destitution. Il peut s'agir d'une crise générale causée par un changement environnemental ou économique ou par la mauvaise gouvernance. Les conflits et l'instabilité des cours des produits agricoles en sont deux exemples fréquents en Afrique. Il peut également s'agir d'une crise personnelle due à la maladie, la vieillesse, le handicap ou un décès dans la famille. Le VIH/SIDA constitue de plus en plus une source de crise. Une personne sur six est chroniquement pauvre, ce qui veut dire qu'elle ne peut pas s'en sortir grâce à ses propres ressources¹⁷¹. En outre, ce type de pauvreté se transmet d'une génération à l'autre, lorsque les parents ne peuvent pas investir dans la nutrition, la santé ou l'éducation de leurs enfants.

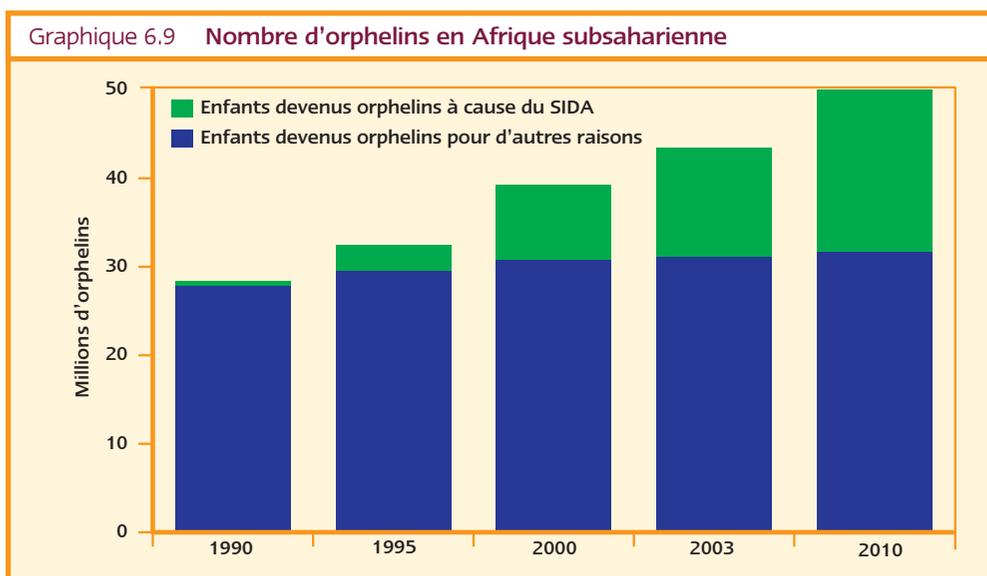
96 Mais certains groupes particuliers souffrent plus que les autres, parce qu'ils ne sont pas en mesure d'accéder aux services officiels ou au soutien informel. Certains ne sont pas en mesure de faire valoir leurs droits, voire de demander réparation par le biais du système de la justice. Cette discrimination a des conséquences sur leur bien-être général et leur productivité ainsi que sur la cohésion d'une société. De telles différences peuvent créer des tensions, voire être sources de violence, comme cela a été le cas lors du conflit rwandais¹⁷². Certains groupes excluent les autres des processus de décision et des services sciemment, en vue de renforcer leur pouvoir. D'autres sont exclus lorsque ceux qui sont au pouvoir ne remettent pas en cause les traditions, en ce qui concerne les relations entre les sexes par exemple. L'inversion de cette tendance au moyen de politiques d'intégration – mesures vigoureuses, investissements régionaux ou campagnes d'information sur les droits – a été tentée en vue de renforcer la cohésion sociale et de faire en sorte que chacun puisse réaliser son potentiel. La déclaration des naissances est une étape essentielle pour bénéficier de la citoyenneté et des droits qui en découlent. Pourtant, deux naissances sur trois ne sont pas déclarées en Afrique subsaharienne¹⁷³.

97 L'importance des politiques d'intégration des femmes, des jeunes, des handicapés et d'autres groupes est ressortie à plusieurs reprises au cours de nos consultations. La protection sociale est nécessaire pour permettre aux hommes et aux femmes souffrant de pauvreté chronique ou d'exclusion d'investir dans leur santé ou leur éducation, voire dans leur entreprise. Elle complète les investissements dans la santé et l'éducation, en ce qu'elle aide les plus pauvres à supporter les frais liés à ces services. Elle rend les citoyens mieux en mesure de gérer le risque et de faire face aux chocs. Dans les pays d'Afrique où l'impact du VIH/SIDA renforce chaque jour la pauvreté, le fondement même de la société africaine – la famille, la communauté ou le clan – est surchargé au point de ne plus pouvoir faire face¹⁷⁴. La protection sociale est nécessaire pour alléger le poids de ces problèmes et garantir la survie de ces systèmes. Si les familles ne peuvent plus s'occuper des orphelins, l'impact sur les sociétés de la non-transmission des connaissances, des valeurs et des croyances sera prononcé et durable¹⁷⁵. La protection sociale peut favoriser la cohésion sociale en offrant aux personnes un bénéfice tangible de leurs relations avec l'État et en réduisant l'exclusion dont certains groupes font l'objet. Elle rend davantage de personnes en mesure de devenir des citoyens épanouis et productifs.

98 Nous examinons ci-dessous quelques-uns des groupes dont la vie pourrait être transformée par la protection sociale. Dans un deuxième temps, nous présentons des interventions de protection sociale particulièrement réussies. Enfin, nous identifions des mesures permettant de soutenir le développement de stratégies nationales d'intégration sociale.

6.5.1 Qui est exclu et qui est vulnérable ?

99 Deux groupes particulièrement importants, les femmes et les jeunes, ne constituent pas des minorités. Les femmes sont à la tête d'un ménage sur cinq. Elles assurent 80 % de la production agricole et l'intégralité de la production des ménages¹⁷⁶. Pourtant, elles sont systématiquement exclues des institutions et ont moins de possibilités de toucher des revenus¹⁷⁷. Elles consacrent plus de leur temps à s'occuper des autres et ont moins de chances d'aller à l'école. Elles font l'objet de harcèlement et de violence et perdent leurs biens en cas de veuvage¹⁷⁸. L'émancipation de la femme est leur droit. Il s'agit également d'une condition préalable au développement et à la croissance, comme nous l'avons vu ailleurs dans ce rapport. Les femmes ont un rôle fondamental à jouer dans l'investissement dans les enfants. Les femmes ont tendance à consacrer une partie plus importante des revenus placés sous leur contrôle aux besoins du ménage, ceux des enfants notamment, que les hommes¹⁷⁹. Les études montrent que, en Afrique du Sud,



Source : UNICEF, 2004. *Children on the Brink*

une pension « améliore la situation nutritionnelle des enfants (en particulier les filles) lorsqu'elle est touchée par une femme et non pas par un homme »¹⁸⁰.

100 L'Afrique est également le continent ayant la plus grande proportion de jeunes. Des économies stagnantes, avec un taux de chômage élevé et le fléau du VIH/SIDA, ont laissé cette grande génération particulièrement vulnérable. Et cette vulnérabilité est particulièrement évidente dans les bidonvilles, où le taux de chômage des jeunes s'élevait à 38 % en Éthiopie en 1999 et à 56 % en Afrique du Sud en 2000¹⁸¹. La question de la création de possibilités pour les jeunes est envisagée au chapitre 7. L'urbanisation rapide fait également apparaître un nombre grandissant d'enfants des rues. Par exemple, à Nairobi, ils sont passés de 4 500 à 30 000 en l'espace de trois ans¹⁸². Beaucoup d'entre eux sont également orphelins¹⁸³. La crise grandissante des orphelins est un des défis les plus difficiles qui surviennent. On dénombrait 43 millions d'orphelins en Afrique en 2003, soit un tiers de plus qu'en 1990. Beaucoup deviennent orphelins à la suite d'un conflit et de plus en plus en raison du SIDA. Ils seront 50 millions en 2010¹⁸⁴ (cf. graphique 6.9).

101 À côté des femmes et des jeunes, d'autres groupes sont particulièrement vulnérables ou exclus. Les 25 millions d'adultes et d'enfants séropositifs/sidéens en 2004 sont vulnérables à la pauvreté et, en raison des préjugés attachés à la maladie, sont exclus du soutien local¹⁸⁵. Les personnes âgées représentaient 5 % de la population en 2000, chiffre qui se situera à environ 10 % en 2050. Dans les pays touchés par le VIH/SIDA, de plus en plus de personnes âgées s'occupent de leurs petits-enfants¹⁸⁶.

102 On recense 50 millions de handicapés en Afrique subsaharienne¹⁸⁷. En Ouganda, les handicapés ont 38 % plus de chances d'être pauvres que les autres, ce qui ne tient pas compte des frais supplémentaires liés au fait d'être handicapé¹⁸⁸. Les handicapés ont besoin qu'on les aide à faire valoir leur droit de participation à la société et à mener une vie productive. D'après la Fédération tanzanienne des organisations de handicapés, « les gens sont handicapés par leur société et non pas par leur handicap. C'est la société qui leur ôte leurs capacités, pas les choses »¹⁸⁹. Parmi les autres personnes souvent considérées comme exclues, citons : les peuples indigènes et les groupes de minorités ethniques, à tel point parfois qu'ils sont considérés ne pas avoir de droits, comme cela est le cas des Batwa des Grands Lacs¹⁹⁰.

6.5.2 Les interventions de protection sociale

103 La protection sociale préemptive coûte moins cher que la réaction à une crise. Par exemple, en Zambie, 19 millions d'USD par an sont nécessaires pour distribuer des subventions dans tout le pays aux personnes qui s'occupent des enfants vulnérables. Il s'agit de personnes âgées dans la majorité des cas. Frais administratifs compris, cela représente un total de 100 USD par ménage par an, ce qui est plus économique que les 250 USD par ménage qui seraient nécessaires pour offrir une aide alimentaire de valeur inférieure aux 6 USD par mois¹⁹¹. Si la protection sociale protège les biens d'une famille au lieu de les éroder en cas de choc, le ménage sera en mesure de reprendre une activité productive plus rapidement une fois la crise passée. De nombreux mécanismes d'adaptation ont des conséquences à long terme : opter pour des activités à moindre risque et à moindre rendement, vendre des biens de production ou réduire l'alimentation au point d'entraîner une réelle malnutrition et ne pas aller à l'école ou à l'hôpital pour des raisons de coût¹⁹². En Ouganda, au Kenya, en Tanzanie et au Malawi, les plus pauvres optent pour des cultures à moindre risque qui sont trois à six fois moins productives que celles choisies par les personnes plus aisées¹⁹³.

104 Bien que certaines formes de protection sociale ne soient pas coûteuses, d'autres peuvent faire pression sur les finances publiques et doivent donc être examinées avec soin, car il existe des différences énormes entre les options et les implications de chaque besoin ont besoin d'être comprises et débattues. Cela dit, même celles qui nécessitent plus de ressources s'avèrent très rentables, car à long terme elles réduisent les coûts et augmentent la croissance. Elles méritent plus d'attention que celle qui leur a été accordée dans les analyses passées du développement en Afrique. Cela n'a jamais aussi vrai qu'à la lumière de la pandémie du VIH/SIDA, où il convient de veiller tout particulièrement à alléger le fardeau des femmes et à ce que les orphelins et les enfants vulnérables reçoivent un soutien approprié.

105 Chaque pays doit prendre l'initiative et élaborer son propre ensemble d'interventions en fonction de son contexte, mais il existe cinq catégories de protection sociale qui peuvent s'avérer efficaces lorsqu'elles appuient des stratégies familiales et communautaires constructives¹⁹⁴ :

La protection des droits

106 La protection des droits des citoyens peut transformer leur vie et leur permettre de saisir des possibilités et d'amoinrir l'impact du VIH/SIDA. L'amélioration des droits de propriété de la femme et de l'enfant lorsqu'ils deviennent veufs ou orphelins peut réduire la destitution et par conséquent leur éviter de se retrouver dans des bidonvilles et de recourir à la prostitution. En Namibie, près de la moitié des veuves ont perdu du bétail et du matériel agricole à la suite de litiges avec leurs beaux-parents après la mort de leur mari¹⁹⁵. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les veuves perdent tous leurs droits de cultiver la terre de leurs maris¹⁹⁶. Les droits de propriété confèreraient également aux femmes un plus grand contrôle sur les moyens de production (chapitre 7). Le Rwanda est à l'avant-garde dans le domaine des droits d'héritage des femmes¹⁹⁷.

107 De plus grands progrès sont accomplis lorsqu'une législation renforcée est alliée à des campagnes de sensibilisation à l'assistance juridique et à l'aide judiciaire¹⁹⁸. La violence envers les femmes est beaucoup trop répandue. L'Afrique du Sud réalise des progrès notables par, par exemple, l'application de lois imposant le renvoi des enseignants qui abusent sexuellement des filles. La simplification de la déclaration des naissances, alliée à des campagnes de déclaration rétrospective, permettrait à tous les hommes et à toutes les femmes de faire valoir leurs droits en tant que citoyens. La décriminalisation du travail sexuel favoriserait la prévention, la détection et le traitement du VIH¹⁹⁹.

Les tremplins

108 Les programmes visant à aider les pauvres à trouver un emploi donnent de bons résultats lorsque les bénéficiaires savent clairement qu'ils y ont droit. Il peut s'agir de programmes qui garantissent un certain nombre de jours d'emplois dans le développement des infrastructures, à un niveau légèrement moins élevé que le marché. Citons par exemple le programme de garantie d'emploi de Maharashtra, en Inde, qui met également une crèche à disposition, ce qui permet aux femmes de participer sur un pied d'égalité avec les hommes²⁰⁰. Les programmes qui développent les compétences des citoyens les rendent plus facilement employables. Les programmes peuvent également servir à renforcer les institutions communautaires, comme cela est le cas au Mali²⁰¹, et à sensibiliser les nations aux droits ou aux risques du VIH, comme en Zambie²⁰². Au Sénégal, certains programmes aident les enfants des rues à évaluer leurs propres besoins d'éducation et d'emploi²⁰³. L'entrée sur le marché du travail est également couverte au chapitre 7.

Les transferts de fonds

109 Les subventions pour garde d'enfant, les prestations d'invalidité, les pensions et autres transferts directs peuvent être utilisés même dans les pays dotés d'infrastructures insuffisantes et n'ayant pas une grande capacité de fournir des services ou ne souhaitant pas se lancer dans des réformes. En Zambie, les subventions pour garde d'enfant susmentionnées permettent aux personnes (des personnes âgées pour la plupart) qui s'occupent d'enfants vulnérables de toucher 6 USD par mois. Ce programme a eu pour effet d'amener le taux de scolarisation à 90 % et d'améliorer la nutrition²⁰⁴. Les subventions pour garde d'enfant conditionnelles, c'est-à-dire imposant la scolarisation ou des consultations médicales (PROGRESA, Bolsa Escola, PETI, etc.), ont eu un impact considérable en Amérique latine : le taux de scolarisation a augmenté, la maladie et la malnutrition ont reculé²⁰⁵. Les pensions sociales (universelles et non contributives) ont augmenté les investissements dans l'éducation et la nutrition des enfants en Namibie et en Afrique du Sud, où environ un tiers des pensions sont consacrées à l'éducation des petits-enfants. Sans pensions, le fossé entre les plus pauvres et le seuil de pauvreté en Afrique du Sud serait de 81 % plus important²⁰⁶.

Les transferts en nature

110 La gratuité de l'éducation et de la santé de base est possible. Il en va de même pour les repas scolaires. Il a été prouvé que le passage à la gratuité de la santé et de l'école primaire (cf. sections 6.1 et 6.2) augmente le nombre de pauvres ayant recours à ces services. Dans le domaine de l'éducation, par exemple, la gratuité de l'école primaire peut presque doubler la participation des filles les plus pauvres²⁰⁷. Les repas scolaires, avec des rations à emporter à la maison, préparés à l'aide de produits achetés localement²⁰⁸, augmentent la participation des filles et des garçons, améliorent leur nutrition et réalisent le droit de l'enfant à la nourriture. L'enrichissement des denrées alimentaires et leur commercialisation permettraient de réduire la maladie chez les femmes et les enfants (cf. section 6.2). Les suppléments alimentaires pour les personnes atteintes du VIH/SIDA constituent également un élément important de leur traitement.

Le soutien communautaire

111 Les programmes visant à faire participer les communautés à la protection et à l'autonomisation des familles vulnérables se sont avérés très efficaces dans toute l'Afrique. Il peut s'agir de soins pratiques, d'informations à propos des droits ou de soutien psychosocial aux orphelins²⁰⁹. En Tanzanie et en Ouganda, les « comités de l'enfance vulnérable » stimulent le soutien communautaire en faveur des enfants vulnérables et de leurs familles. Au Kenya et en Éthiopie, les groupes communautaires ont travaillé avec les chefs religieux et traditionnels dans le cadre de campagnes réussies en faveur de l'élimination de la violence à l'égard des

femmes. Au Kenya et en Ouganda, des volontaires communautaires aident les familles en crise à identifier les réseaux de soutien plus larges.

6.5.3 Élaboration de stratégies de lutte contre l'exclusion et la vulnérabilité

112 Tous ces mécanismes, y compris la prestation de services de santé et d'éducation de base dont nous avons traité dans les sections précédentes, augmentent les investissements dans les actifs des ménages. Ils réduisent la vulnérabilité et l'exclusion en mettant fin aux processus qui font plonger les gens dans la pauvreté et les excluent de l'économie, de la politique ou de la société. Ces stratégies peuvent avoir pour objectif d'atténuer les impacts du VIH/SIDA, de réduire les conflits et d'atténuer la vulnérabilité aux chocs économiques ou naturels. Ces aspects sont également couverts aux chapitres 5, 7, 8 et 9.

113 Ces interventions ont reçu moins d'attention en Afrique qu'en Asie ou en Amérique latine. Chaque pays doit élaborer sa propre stratégie d'intégration sociale, processus qui est maintenant éjecté. Les parlementaires africains et européens ont, dans la déclaration de Cape Town (septembre 2004), pris l'engagement de plaider en faveur de la protection des orphelins et des enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA²¹⁰. La Tanzanie, l'Ouganda et le Ghana ont déjà entrepris des analyses détaillées de la vulnérabilité et de l'exclusion dans leur pays et les résultats de ces analyses sont actuellement utilisés pour l'élaboration de stratégies nationales de lutte contre la pauvreté et autres politiques. Seize pays d'Afrique ont également développé des stratégies nationales en faveur des enfants orphelins ou vulnérables. Nombre d'autorités locales ont adopté des stratégies communautaires pour la prise en charge des orphelins. Ces initiatives africaines doivent être soutenues. Un bilan des prestations de services dans les pays en conflit et sortant d'un conflit souligne que ce type d'analyse désagrégée s'impose dans les États fragiles aussi. Les solutions peuvent être très simples. Citons par exemple le positionnement des toilettes à des endroits centraux bien éclairés dans les camps de réfugiés ou dans les bidonvilles afin de réduire l'abus sexuel des filles.

114 Mais, à ce jour, les donateurs ont eu tendance à financer des projets de protection sociale à court terme, de petite échelle et souvent complexes. Pour que la protection sociale ait un impact réel, ces projets doivent être à une échelle suffisante et par conséquent simples. Ils doivent avoir un impact élevé et par conséquent être audacieux. Les gouvernements africains ont besoin de soutien à long terme prévisible de la part des donateurs afin de pouvoir se charger de ce type de dépenses courantes.

115 Il doit y avoir une meilleure coordination et un accord clair sur les rôles en Afrique et au plan international. L'UA, son programme NEPAD et la CEA ont tous des initiatives dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les relations entre les sexes. Le PNUD pourrait être bien placé pour assumer la coordination d'agences internationales telles que l'UNICEF, l'OIT, la Banque mondiale, UN HABITAT, et, par le biais de leur fonds de lutte contre la pauvreté, soutenir le financement dans les pays qui ne bénéficient pas d'un soutien bilatéral suffisant.

116 **Recommandation : les donateurs devraient soutenir le programme NEPAD de l'Union africaine en ce qui concerne le développement d'un cadre de promotion des droits et de l'intégration et aider les pays à élaborer des stratégies de protection sociale d'ici à 2007.** Si peu a été accompli dans le domaine de la protection sociale en Afrique à ce jour qu'il s'agit de la priorité première. Grâce à une subvention de 2 millions d'USD en tant que capital de lancement, il serait possible d'acquérir une plus grande expérience et compréhension de l'Afrique, ce qui permettrait d'adopter des stratégies nationales de protection sociale en connaissance de cause. En collaboration avec d'autres institutions panafricaines, telles que la Commission des affaires sociales de l'UA et l'Institut du développement et de l'égalité des sexes en Afrique de la CEA, le NEPAD/UA développera un cadre de promotion de l'intégration et des droits s'inspirant d'autres analyses et bonnes

pratiques pertinentes²¹¹. Le NEPAD/UA dirigera l'élaboration d'une position commune sur ce qui est nécessaire pour atteindre les OMD en Afrique en 2005 – y compris les interventions de protection sociale. En collaboration avec les agences internationales compétentes, le NEPAD/UA aidera les pays africains à entreprendre une analyse de vulnérabilité et d'exclusion et à élaborer des stratégies nationales d'intégration, en les guidant pour parvenir à des interventions simples et audacieuses qui donnent des résultats. Les stratégies nationales actuelles en faveur des enfants orphelins et vulnérables devraient s'inscrire dans le cadre de ce travail.

117 Recommandation : les gouvernements africains devraient développer des stratégies de protection sociale pour les orphelins et les enfants vulnérables, en soutenant leurs familles étendues et leurs communautés. Les donateurs devraient s'engager à apporter un financement à long terme prévisible pour ces stratégies en versant 2 milliards d'USD par an immédiatement, puis 5-6 milliards d'USD par an d'ici à 2015. Suite à la recommandation qui précède, les donateurs devraient financer ces stratégies nationales de protection sociale dans la mesure où elles sont crédibles. Ces stratégies doivent comporter des mécanismes clairs de transfert des ressources aux ménages et aux communautés afin de soutenir la protection de l'enfant, avec des droits clairement définis et des processus garantissant la transparence et la responsabilité envers les communautés. Les stratégies nationales devraient également être structurées de manière à ce que le financement augmente progressivement à mesure que leur mise en œuvre et leur efficacité deviendront manifestes, afin de renforcer la confiance des gouvernements comme des donateurs. Le financement des donateurs devrait être fourni de manière bilatérale par le biais d'un fonds commun et de manière multilatérale par le biais du fonds pour la pauvreté du PNUD afin de soutenir les États fragiles et d'autres pays qui ne bénéficient pas d'un soutien suffisant de la part des donateurs. Les agences doivent travailler en coordination afin de garantir que des mesures harmonisées sont prises dans le domaine de la protection sociale en s'alignant sur les stratégies nationales et en utilisant le cadre de promotion des droits et de l'intégration du NEPAD/UA pour la surveillance commune.

118 Nous recommandons un versement initial de 2 milliards d'USD par an d'ici à 2007, passant à 5-6 milliards d'USD par an d'ici à 2015, car nous ne pensons pas qu'un financement de cette importance puisse être utilisé efficacement immédiatement. Il s'agit de montants indicatifs et le financement devrait augmenter avec les preuves des résultats obtenus et de l'impact des ressources supplémentaires. Les résultats potentiels des interventions simples et audacieuses mentionnées ci-dessus comprendraient 40 millions de subventions de 6 USD par mois par enfant et par personne handicapée, ce qui coûterait 3 milliards d'USD par an. Il en résulterait une amélioration de la nutrition, un recul de la maladie et un plus grand recours aux services éducatifs²¹². D'après l'UNICEF, avec 1,7 milliard d'USD par an, les 5 millions d'enfants les plus vulnérables d'Afrique bénéficieraient de tous les services de base : la santé, l'éducation, l'alimentation ainsi que le soutien psychosocial et communautaire²¹³. Avec 4,4 milliards d'USD, l'UNICEF estime que les 15 millions d'enfants identifiés comme orphelins ou sur le point de le devenir et se trouvant dans le besoin pourraient être soutenus. Les premiers 500 millions d'USD supplémentaires destinés à l'accroissement progressif de ces services constituent une priorité essentielle en 2005²¹⁴. Des engagements à long terme s'imposent également immédiatement pour les 16 plans nationaux en faveur des enfants orphelins et vulnérables déjà élaborés, qui coûteraient en moyenne 30 à 40 millions d'USD par an chacun. Ces plans sous-estiment probablement ce qui sera nécessaire, mais constituent un point de départ important. **Recommandation : les donateurs et les gouvernements africains devraient appuyer et mettre en œuvre le cadre de protection, de soin et de soutien des orphelins et enfants vulnérables des Nations unies.**

119 Recommandation : les donateurs et les gouvernements africains devraient offrir un soutien budgétaire direct aux organisations panafricaines afin de les aider dans leur

travail de protection des droits de la femme et de l'enfant. Les gouvernements africains doivent honorer les engagements progressistes et prometteurs pris dans la déclaration solennelle des chefs d'État africains sur l'égalité des sexes, ce qui inclut la mise en œuvre de la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. La société civile africaine et les gouvernements ont également identifié des mesures spécifiques au cours de la réunion Pékin+10 de 2004 tenue en Afrique. Les donateurs et les gouvernements africains devraient accorder un soutien financier et non financier à la Direction du développement et de l'égalité des sexes de l'UA, au NEPAD/UA et au Centre africain du développement et de l'égalité des sexes de la Commission économique pour l'Afrique.

6.6 Conclusion

120 Le bien-être et le développement de toutes les personnes possède une valeur intrinsèque. La déclaration du Millénaire présente l'engagement ferme de la communauté internationale de travailler ensemble en vue de réaliser le droit à un niveau de vie de base pour tous. Les progrès sont mesurés au moyen d'un certain nombre d'objectifs, dont : l'éducation primaire pour tous, l'élimination de l'inégalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de moitié du nombre de personnes sans accès à de l'eau salubre, la réduction de la mortalité maternelle et infantile et l'interruption et le début de l'inversion de la propagation du VIH. Ces objectifs ne seront pas atteints sans un renforcement des systèmes gouvernementaux ni sans leur dotation en ressources afin que les services de base puissent être fournis. Les mesures indiquées dans ce chapitre nécessitent des ressources supplémentaires importantes. Mais, pour les utiliser efficacement, un changement fondamental dans la manière dont les donateurs et les gouvernements africains travaillent ensemble s'impose.

121 Six thèmes reviennent constamment dans ce chapitre. Premièrement, les gouvernements africains doivent développer des stratégies cohérentes intégrant différentes initiatives et ressources afin de maximiser leur impact. Deuxièmement, les donateurs et les partenariats mondiaux doivent harmoniser et coordonner leurs procédures, afin d'alléger la charge administrative pour les gouvernements africains et d'éviter la duplication. Troisièmement, les donateurs et les partenariats mondiaux doivent apporter un financement à long terme prévisible, et dans l'idéal versé dès maintenant, sous forme de soutien budgétaire. Quatrièmement, un cadre de surveillance s'impose pour permettre aux gouvernements africains d'améliorer leurs prestations ainsi que pour permettre aux gouvernements comme aux donateurs de voir l'impact des fonds mis en jeu. Cinquièmement, une augmentation réfléchie mais marquée du financement s'impose, étalée dans le temps de manière à assurer le renforcement des fondements des systèmes gouvernementaux et augmentant à mesure que l'efficacité des ressources sera démontrée. Enfin, il y a l'obligation primordiale de la responsabilité envers les pauvres.

122 Le développement n'aura pas lieu si les femmes et les groupes vulnérables ne sont pas équipés de la capacité de réduire leur pauvreté et de participer pleinement à la société, à la politique et à l'économie. Il existe beaucoup d'informations sur les réformes qui donnent des résultats et à quel moment – mais des innovations s'imposent toujours ainsi que des efforts supplémentaires pour garantir que les services touchent les plus pauvres et les exclus.

123 Les recommandations faites dans ce chapitre auraient des impacts profonds :

124 Dans le domaine de l'éducation, une augmentation annuelle totale de 7 à 8 milliards d'USD par an pour l'ensemble des recommandations permettrait à tous les enfants d'Afrique subsaharienne, les garçons comme les filles, de recevoir une éducation de base les dotant des compétences nécessaires dans le monde d'aujourd'hui. La moitié de ces enfants passeraient au secondaire. En outre, l'enseignement supérieur et la formation

professionnelle, ainsi que l'instruction des adultes et la formation des formateurs, bénéficieraient du soutien approprié dans le système éducatif global (l'enseignement supérieur est couvert au chapitre 4). Grâce à cet investissement dans tout le secteur, non seulement les OMD relatifs à l'éducation et à l'égalité des sexes seraient atteints et les autres auraient plus de chances de l'être, mais en outre les engagements du programme plus large et plus progressiste Éducation pour tous seraient honorés.

125 Les résultats du programme d'action audacieux proposé dans le domaine de la santé seraient considérables. Grâce aux 20 milliards d'USD supplémentaires par an, la gratuité des systèmes médicaux serait en place d'ici à 2015 et permettrait d'atteindre 60 à 70 % des OMD relatifs à la mortalité infantile et 70 à 80 % de ceux relatifs à la mortalité maternelle. De tels systèmes sont une nécessité absolue si l'on veut atteindre les OMD relatifs au traitement de la tuberculose, de le paludisme et du VIH/SIDA²¹⁵. L'immunisation permettrait de sauver la vie de 5 millions d'enfants et de 3 millions d'adultes. Cinq cent millions de personnes cesseraient de vivre sous la menace de maladies parasitaires. Tous les hommes et toutes les femmes d'Afrique auraient accès aux services de planning familial et de santé génésique dont ils ont besoin. Les scientifiques accéléreraient la recherche de vaccins contre le paludisme et le VIH/SIDA. La polio serait éradiquée en 2005. Il sera possible d'atteindre tous ces objectifs si les donateurs apportent un financement à long terme prévisible et si les gouvernements africains adoptent des stratégies intégrées cohérentes.

126 Les résultats de l'inversion de la diminution de l'aide en faveur de l'alimentation en eau et de l'assainissement seraient également considérables. Au chapitre 7, nous indiquons nos recommandations en vue de combler l'insuffisance du financement d'infrastructure en Afrique. D'ici à 2015, cela permettrait à 75 millions de personnes d'accéder au service d'eau et à des sanitaires. En apportant un financement suffisant pour atteindre les OMD relatifs à l'alimentation en eau et à l'assainissement en Afrique, 173 millions de cas de diarrhée seraient évités chaque année, 456 millions de journées productives seraient gagnées chaque année, 1,6 milliard d'USD de frais de traitement seraient évités chaque année et 99 milliards de journées d'écoles serait gagnées²¹⁶.

127 En consacrant au moins 10 milliards d'USD de plus chaque année au VIH/SIDA d'ici à 2010, des progrès réels seraient accomplis dans le respect de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU, en ce qui concerne le droit des Africains à la prévention, au traitement et aux soins. Toutes les personnes ayant besoin d'un traitement le recevraient et un traitement antirétroviral pédiatrique pourrait être offert à 3 millions d'enfants atteints du VIH/SIDA. Faire reculer la date à laquelle les enfants perdent leurs parents permettrait de réduire les niveaux d'orphelins escomptés de 5 %. Mais, en plus des ressources, les donateurs et les agences internationales devraient travailler de manière harmonisée et complémentaire afin de veiller à ce que tous les aspects d'une stratégie nationale de lutte contre le SIDA soient correctement soutenus. En outre, les gouvernements africains devraient élaborer des stratégies d'intégration de la réponse au VIH/SIDA dans les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale, avec des messages de prévention appropriés remettant en question les rapports de forces et les relations entre les sexes.

128 Les interventions de protection sociale transformeraient la vie des femmes et des enfants grâce aux droits de propriété et d'héritage et à la protection contre la violence. Les 5 millions d'enfants les plus vulnérables et les 40 millions de ménages chroniquement pauvres qui s'occupent d'orphelins et d'autres enfants vulnérables seraient soutenus au moyen de programmes communautaires et de subventions, lesquelles pourraient être liées à des conditions de scolarisation et de consultation médicale. Grâce aux 5 à 6 milliards d'USD, les cycles interdépendants de pauvreté et d'exclusion dans lesquels des millions de personnes se trouvent pris seraient rompus, ce qui empêcherait le transfert de la pauvreté des parents à l'enfant et ce qui atténuerait les répercussions profondes du SIDA et des conflits.

Recommandations sur l'intégration : investir dans les ressources humaines

Rien ne peut remplacer l'augmentation importante des ressources qui s'impose après des années de sous-investissement chronique dans l'éducation, la santé et la protection sociale.

Pour que ces nouvelles ressources importantes soient utilisées de manière efficace, il faudra des plans complets de mise en œuvre et de suivi des résultats. À cette fin, les gouvernements africains doivent continuer à renforcer la gouvernance et veiller à faire participer les citoyens ordinaires et les communautés locales aux décisions de développement. Pour sa part, la communauté internationale doit tenir ses promesses. Les gouvernements africains comme les donateurs internationaux doivent faire en sorte que les possibilités soient ouvertes à tous.

Éducation

- Les donateurs et les gouvernements africains devraient honorer leurs engagements en ce qui concerne l'éducation pour tous afin que chaque enfant d'Afrique aille à l'école. Les donateurs devraient verser 7-8 milliards d'USD de plus par an, alors que les gouvernements africains développent des plans nationaux complets en vue d'offrir une éducation de qualité.
 - Dans leurs plans nationaux, les gouvernements africains devraient identifier des mesures en faveur de la scolarisation des garçons comme des filles, avec l'allocation des ressources qui s'impose. Les donateurs devraient prendre ces frais supplémentaires à leur charge.
 - Les gouvernements africains devraient s'engager à abolir les frais de scolarité dans l'éducation de base, ce que les donateurs devraient financer jusqu'à ce que les pays soient en mesure de régler ces frais eux-même.
 - Afin d'offrir une éducation de qualité élevée, les gouvernements africains devraient investir dans la formation des enseignants, la fidélisation du personnel et le développement professionnel. Les ratios enseignants/nombre d'enfants devraient être amenés à moins de 1:40 dans l'éducation de base. Les donateurs devraient s'engager à apporter un financement à long terme prévisible à cette fin.
 - L'éducation devrait viser à développer des compétences utiles pour l'Afrique contemporaine. Les donateurs devraient financer des réseaux régionaux en vue de soutenir les gouvernements africains dans le développement de programmes plus appropriés à tous les niveaux.

Santé

- Les gouvernements africains devraient investir dans la reconstruction des systèmes de santé publique. Les donateurs devraient apporter 7 milliards d'USD sur cinq ans à cette fin, dans le cadre de la Stratégie pour la santé et du Programme initial d'action du programme NEPAD de l'Union africaine.
- Les donateurs et les gouvernements africains devraient investir d'urgence dans la formation et la fidélisation du personnel afin de pouvoir disposer d'un million de professionnels de la santé en plus en 2015.

- Les gouvernements africains devraient affecter 15 % de leurs budgets annuels à la santé, comme ils s'y sont engagés, et adopter des stratégies d'amélioration de l'efficacité de la prestation des services de santé. Afin de régler les sommes manquantes, les donateurs devraient augmenter les fonds qu'ils allouent au soutien de ces stratégies de 10 milliards d'USD par an immédiatement et de 20 milliards d'USD par an d'ici à 2015. Les fonds devraient être principalement versés aux budgets nationaux.
- Lorsque les gouvernements africains adoptent un système de gratuité de soins dans le cadre de la réforme, les donateurs devraient s'engager à long terme à apporter le financement manquant que cela suppose jusqu'à ce que les pays puissent prendre ces frais à leur charge.
- Les donateurs devraient financer entièrement le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Les donateurs devraient s'engager à financer entièrement l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) par le biais de l'instrument de financement de l'immunisation. Les donateurs devraient également honorer les engagements pris dans le cadre de l'initiative d'éradication de la polio afin d'éradiquer la polio en 2005.
- La stratégie « Deux maladies, un patient » de l'Organisation mondiale de la santé devrait être soutenue dans le but de prodiguer des soins intégrés dans le traitement de la tuberculose et du VIH.
- Les gouvernements africains et les donateurs devraient travailler ensemble pour parvenir à ce que chaque mère enceinte et chaque enfant disposent d'une moustiquaire traitée avec un insecticide durable et de médicaments efficaces pour soigner la paludisme.
- Les donateurs devraient veiller à ce que le traitement et la prévention des maladies parasitaires et des carences en micronutriments soient suffisamment financées. Les gouvernements et les partenariats médicaux mondiaux devraient veiller à ce que cela soit intégré aux campagnes de santé publique d'ici à 2006.
- Les gouvernements africains doivent donner la preuve concrète de leur détermination à promouvoir le droit des femmes et des hommes à la santé génésique et sexuelle. Les donateurs devraient faire le maximum pour permettre l'accès universel aux services de santé génésique et sexuelle.
- Les donateurs devraient créer des incitations pour favoriser la recherche médicale adaptée aux besoins de l'Afrique. Ils doivent établir des contrats d'achat anticipé de médicaments. Ils devraient augmenter le financement direct de la recherche effectuée par l'Afrique, sous la coordination des communautés économiques régionales et en collaboration avec les partenariats médicaux mondiaux.

Eau et assainissement

- À partir de 2005, les donateurs doivent inverser la déclin de l'aide consacrée à l'eau et à l'assainissement afin de permettre aux gouvernements africains d'atteindre l'objectif de la Vision de l'eau en Afrique, à savoir réduire de 75 % le nombre de personnes qui n'ont pas accès à de l'eau salubre et à des sanitaires d'ici à 2015. Le G8 devrait, d'ici à 2007, présenter son rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action sur l'eau du G8 arrêté en 2003.

VIH/SIDA

- La communauté internationale doit parvenir à un accord mondial en 2005 en vue d'harmoniser la réponse actuellement disparate au VIH/SIDA, en soutenant les stratégies audacieuses, complètes et tenant compte des rapports de forces entre les hommes, les femmes et les jeunes adoptées par les gouvernements africains.
- Comme convenu dans la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la SSAGNU, les gouvernements africains et la communauté internationale devraient travailler ensemble, d'urgence, en vue de faire du droit à la prévention, au traitement et aux soins une réalité. Les donateurs devraient répondre aux besoins immédiats et augmenter leur contribution d'au moins 10 milliards d'USD par an avant cinq ans.

Protection des plus vulnérables

- Les gouvernements africains devraient élaborer des stratégies de protection sociale pour les orphelins et les enfants vulnérables, en soutenant leurs familles étendues et leurs communautés. Les donateurs devraient s'engager à offrir un financement à long terme prévisible pour ces stratégies en versant 2 milliards d'USD par an immédiatement, puis 5-6 milliards par an d'ici à 2015.
- Les donateurs devraient soutenir le programme NEPAD de l'Union africaine en ce qui concerne le développement d'un cadre de promotion des droits et de l'intégration et aider les pays à élaborer des stratégies de protection sociale d'ici à 2007.
- Les donateurs et les gouvernements africains devraient appuyer et mettre en œuvre le Cadre de protection, de soin, et de soutien des orphelins et des enfants vulnérables des Nations unies.
- Les donateurs et les gouvernements africains devraient offrir un soutien budgétaire direct aux organisations panafricaines afin de les aider dans leur travail de protection des droits de la femme et des enfants.