

# SANTÉ ET SIDA EN AFRIQUE

YOLANDE VANRAET \*

*L'accès généralisé aux soins est encore un vœu pieux dans de nombreux pays d'Afrique. La fragilité et l'instabilité économiques du continent ainsi que l'absence de volonté politique des gouvernements en place sont souvent évoquées pour expliquer la lenteur des progrès et le décalage entre les déclarations d'intention des Institutions Internationales et les résultats sur le terrain. Interrogeons-nous sur ce qui semble être une incapacité collective à mettre en place une politique sanitaire efficace sur le continent africain.*

Lors d'une réunion d'experts de l'OMS et de l'Organisation de l'Union Africaine en 2008 à Addis-Abeba, le directeur des Affaires Sociales de l'OUA expose que la santé demeure un des principaux problèmes dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne<sup>1</sup>. Le constat est que, même si d'importants progrès ont été effectués, des franges entières de populations ont été délaissées.

La situation économique mondiale redonne enfin le droit de critiquer le système financier. Sera-t-elle aussi l'occasion d'interroger les logiques de l'Aide internationale, ses liens avec les grandes Institutions Financières Internationales, les États aidés et le secteur privé? Malgré les progrès constatés, force est d'admettre que les gouvernements africains peinent à mettre en place des politiques sanitaires efficaces et équitables. Comment décoder cette absence de connexion entre les volontés affichées et déclarations d'intention des grands programmes internationaux et l'accès aux soins pour tous qui n'est toujours pas un droit sur le continent africain?

Il s'agit donc de s'interroger sur les raisons de ce qui semble être une incapacité collective à mettre en place des plans d'action efficaces sur ce continent.

---

\* DOCTORANTE À L'UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais, Disponible sur [http://www.who.int/entity/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_fr.pdf)

Dans un premier temps, une étude des caractères généraux des politiques de santé et leur impact sur la situation sanitaire du continent permettra d'en mesurer les limites et les insuffisances. Dans un second temps, nous observerons comment la lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda peut servir de révélateur des dysfonctionnements des systèmes sanitaires africains et mettre en questionnement les logiques poursuivies par les Institutions Financières Internationales et les programmes de l'Aide. D'autres modes d'action sont-ils possibles pour peut-être un jour atteindre l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement : l'accès aux soins de santé pour tous.

### **Les Politiques de Santé Publiques en Afrique : caractères généraux et limites**

En 1977, lors de la trentième Assemblée mondiale de la santé, les gouvernements des pays du Sud se fixent un objectif commun : la santé pour tous en l'an 2000. Une année plus tard, la Conférence Internationale d'Alma Ata décrète les soins de santé primaire comme étant le concept le mieux adapté pour atteindre cet objectif.

L'OMS et ses États membres définissent alors les fondements de cette politique, sans pourtant s'attacher aux stratégies d'application.

Durant les années 80, le contexte économique des pays africains ne favorise pas la mise en place de politiques nationales de Santé Publique. La chute des cours des matières premières à l'exportation, la crise de la dette et la hausse importante des taux d'emprunts et d'intérêts font que le continent ne fait plus face à ses échéances. C'est l'arrivée des Plans d'Ajustement Structurel<sup>2</sup>. Les politiques nationales africaines sont alors décidées par des experts internationaux imposant austérité budgétaire et réduction des secteurs non productifs comme la santé ou l'éducation.

Les systèmes de santé souffrent de manque de moyens et sont peu efficaces. La gratuité des soins censée être financée par les États est mise à mal et conduit au délabrement des structures de soins publiques. C'est dans ce contexte que la réflexion sur le financement de la santé conduit à proposer le principe de recouvrement de ses coûts par les usagers, connu sous le nom d'Initiative de Bamako (IB). Elle est adoptée en 1987 par les

---

<sup>2</sup> Mesures élaborées par le FMI visant la réduction des budgets des États.

ministres de la Santé africains réunis sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF. Il s'agit d'un ensemble concret de principes et de mesures qui visent l'objectif ultime de l'accès aux soins de santé primaires pour tous. Techniquement l'Initiative de Bamako peut se traduire comme suit : les bailleurs offrent un stock de Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) aux dispensaires des districts, qui seront ensuite vendus aux usagers. Le bénéfice ajouté aux paiements des consultations devra permettre de racheter le stock initial et d'améliorer la qualité des services. L'exonération du coût des soins pour les couches les plus démunies des populations est prévue dans les principes directeurs de l'IB.

L'adhésion effective des pays d'Afrique subsaharienne se fait progressivement tout au long des années 90. À titre indicatif, en 1995, 15 des 20 pays anglophones et 13 des 16 pays francophones l'avaient mis en œuvre aussi bien au niveau des centres de santé réalisant le paquet minimum des soins qu'au niveau des hôpitaux<sup>3</sup>.

La politique de recouvrement des coûts par les usagers vise l'autonomie des centres de santé dès la fin du soutien des bailleurs de fonds (initialement prévue en 1993). Dans le contexte économique de crise de la dette, l'enthousiasme des gouvernements africains à adhérer à cette Initiative se conçoit comme rendant possible la réduction des budgets alloués à la santé. La mobilisation des ressources est l'outil indispensable pour la mise en œuvre de politiques de soins efficaces et l'engagement financier est la traduction d'une volonté politique. Il peut être objecté que l'instauration d'une telle politique de santé démontre une volonté de désengagement des États, mais comment analyser cette nouvelle orientation sans la resituer dans le contexte économique du continent ? Il semble que l'Initiative de Bamako ait permis aux différents gouvernements africains d'appliquer de nouvelles politiques de soins tout en se pliant aux directives du FMI et de ses politiques libérales, qui seul acceptait encore de prêter aux pays débiteurs, sous conditionnalité. L'IB s'est donc mis en place sur le continent africain sous le signe de l'austérité budgétaire et de la dégradation des politiques sociales favorisant l'instabilité et l'augmentation de la pauvreté. Elle n'a pu se concevoir en dehors de l'Aide internationale. Le dernier rapport de l'OMS sur l'état de santé du continent ne cache pas l'ampleur des progrès sanitaires restant à accomplir.

---

<sup>3</sup> Van Lerberghe W, De Brouwere V. « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, pp. 175-190.

## Une photo sanitaire de l'Afrique

Les maladies infectieuses et parasitaires ont régressé dans le monde entier. Ces fléaux, qui font grimper les taux de mortalité infantile, répondent à des traitements efficaces, peu onéreux et à des vaccins. En Afrique subsaharienne, elles représentent encore 50% de la charge de la maladie. Le paludisme est de loin la plus importante des maladies parasitaires tropicales. Selon l'OMS, 300 à 500 millions de personnes sont infectées dans le monde et chaque année 1 à 3 millions de personnes en décèdent. L'Afrique paie le plus lourd tribut à la maladie : un enfant y meurt du paludisme toutes les 30 secondes et près de 90% des nouveaux cas d'infection y ont lieu. Le médicament le plus utilisé est aussi le moins cher : la chloroquine. La résistance à cette molécule s'est développée sur le continent, atteignant 80% dans certaines régions. La solution efficace est le recours au traitement dit ACT (Artemisinin-Combination-Therapy), mais son coût est près de dix fois plus élevé et il est très peu utilisé par les programmes de développement.

Un enfant né aujourd'hui dans un pays en développement a une espérance de vie plus longue qu'un enfant né il y a 35 ans (62 ans contre 46). Mais cette moyenne cache des évolutions très diverses. Alors que dans les années 60, les dynamiques des PVD convergeaient toutes vers un rattrapage à court terme des pays développés, les décalages d'évolution se renforcent depuis deux décennies. Deux indicateurs photographient remarquablement l'état sanitaire des populations :

– *L'indicateur de mortalité infantile.* Sa pertinence tient à sa sensibilité aux conditions de vie et à l'efficacité des systèmes de soins. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, entre 1960 et 1998, le taux de mortalité infantile a été divisé par 4 en Asie de l'Est, du Sud-Est, Pacifique et dans les pays arabes, par 3 en Amérique Latine et Caraïbes, mais n'a baissé que de 17% en Afrique subsaharienne. L'Afrique subsaharienne est distancée et depuis deux décennies les écarts n'ont fait que se renforcer.

– *L'espérance de vie à la naissance.* Cet indicateur démographique mesure la durée d'existence en fonction des conditions de vie des populations. Parmi les 50 pays où l'espérance de vie est la plus faible, 42 sont situés en Afrique subsaharienne. Dans les pays qui connaissent une forte prévalence du VIH, l'espérance de vie à la naissance a chuté, parfois de manière spectaculaire. En Afrique australe, elle est maintenant inférieure à 50 ans, c'est-à-dire à des niveaux qui n'avaient pas été vus depuis les années 1950. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus

affectée au monde par le SIDA. Le rapport ONUSIDA 2008 estime à 33 millions le nombre de personnes infecté par le virus. 33 % des personnes vivant avec le virus et 72 % des décès dus au SIDA sont en Afrique Subsaharienne. Le pourcentage de personnes contaminées tend à être relativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 60 % des adultes de plus de 15 ans vivant avec le virus sont des femmes. Dans le monde, le nombre d'enfants de moins de 15 ans porteurs du virus est passé de 1,6 million en 2001 à 2 millions en 2007, et près de 90 % d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne.

Faire face à la maladie signifie avoir des systèmes de santé opérationnels réagissant de manière appropriée aux besoins de toutes les couches de population. En 2000, les pays membres de l'ONU se sont rassemblés en assemblée extraordinaire et ont fixé les huit objectifs à atteindre d'ici 2015 pour réduire la pauvreté dans le monde : ce sont les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Trois de ces objectifs concernent la santé :

- Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et autres maladies endémiques

Pour réaliser ces objectifs, un certain nombre d'interventions essentielles en matière de santé est nécessaire afin de combattre les maladies meurtrières qui menacent notamment les enfants : les diarrhées, pneumonies, le tétanos néonatal, le paludisme, la rougeole et la transmission du VIH/SIDA par la mère.

Valery Ridde, chercheur en Santé Publique de l'Université de Montréal, propose dans ses travaux<sup>4</sup> des indicateurs de mesure de l'efficacité des politiques de soins. Il s'agit des indices de couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans, des taux de fréquentation des consultations prénatales et services curatifs.

### ***La couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans***

Le BCG est habituellement considéré comme un vecteur d'accessibilité aux vaccinations et sa couverture reste la plus élevée au monde. Néanmoins, selon l'OMS, cinq pays de la Région Afrique n'atteignent pas les 50 % de couverture : Tchad, RDC, Libéria, Niger, Nigeria

---

<sup>4</sup> V. Ridde, « Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso », *Études africaines*, 2007, pp 41-43.

Pour la diphtérie, tétanos et coqueluche, là encore c'est en Afrique que les taux régionaux de couverture sont les plus bas avec dix pays n'atteignant pas les 50% de couverture (Angola, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, RDC, Libéria, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda).

Le nombre de décès dus à la rougeole en Afrique a diminué de 90% entre 2000 et 2006<sup>5</sup>. Cette baisse est due à une nette amélioration de la couverture vaccinale chez les enfants de moins de cinq ans. Toutefois certains pays africains ayant une bonne couverture vaccinale signalent des poussées épidémiques chez des enfants dépassant les tranches d'âges ciblées et ne pouvant donc bénéficier des programmes de vaccination.

La volonté d'éradiquer la poliomyélite est également très forte en Afrique. L'Organisation de l'Union Africaine a plaidé pour la mise en place de campagnes de vaccination itinérantes couplées à une planification intégrée dans les centres de santé. Le résultat est que sur les 46 pays de la région Afrique, 37 ont signalé en 2006 des taux de couverture systématique par le vaccin d'au moins 70%. Pourtant plusieurs pays demeurent à la merci d'importation de poliovirus venant de pays voisins où la couverture par la vaccination systématique est faible et la qualité de surveillance laisse à désirer. En 2006, des transmissions du poliovirus consécutives à des importations ont été signalées en Éthiopie, en Namibie, au Niger et en République du Congo. Une transmission du poliovirus de très forte intensité continue d'être enregistrée au Nigeria, seul pays endémique de la région qui représente à lui seul 80% de la charge mondiale de morbidité poliomyélite.

Même si des progrès ont été réalisés, le calendrier minimum recommandé par l'OMS est loin d'être appliqué à toutes les régions : les vaccins les plus anciens (BCG, DTC et rougeole) bénéficient à moins de la moitié des enfants de moins de cinq ans et ceux plus récents et plus onéreux, comme l'hépatite B ou la fièvre jaune, sont difficilement disponibles, voire indisponibles, dans la plupart des pays africains.

### ***Consultations prénatales***

La période prénatale constitue un moment stratégique pour informer la femme sur ce qui améliorera sa santé, son bien-être, sa survie et celle de son nourrisson.

---

<sup>5</sup> Communiqué de presse OMS/UNICEF de novembre 2007.

L'UNICEF et l'OMS recommandent au moins quatre visites médicales prénatales pendant la grossesse afin de fournir les services les plus importants comme le traitement intermittent du paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la préparation à l'accouchement, la vaccination contre le tétanos et le traitement de l'hypertension pour éviter l'éclampsie.

D'après les données OMS, nous constatons qu'en Afrique de l'Ouest et centrale 67 % des femmes reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Cette moyenne couvre de profonds écarts allant de 39 % des femmes au Tchad à 99 % au Cap-Vert. Parallèlement, seulement 44 % des femmes ont accès aux quatre consultations prénatales préconisées par l'OMS, et ce chiffre cache lui aussi de profondes disparités car au Burkina Faso par exemple, si 85 % des femmes accèdent à une première consultation, seulement 18 % effectuent les quatre visites requises.

Le paludisme est endémique sur le continent qui abrite 60 % des 50 millions de femmes enceintes exposées chaque année. Dans la plupart des zones endémiques, les femmes en période de grossesse représentent le principal groupe d'adultes exposés à la maladie. Elles encourent deux à trois fois plus de risque de développer une pathologie grave découlant de l'infection palustre. La prévention du paludisme et la lutte contre la maladie durant la grossesse prévoient trois axes d'action : le traitement préventif intermittent, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la prise en charge de la maladie proprement dite. Les faibles taux de consultations prénatales montrent que les femmes n'ont pas suffisamment accès aux programmes antipaludiques, mais il est à noter que ces instruments de lutte sont encore loin d'être disponibles dans chaque dispensaire.

En 2007, selon les estimations OMS/UNICEF, 11 % des femmes enceintes séropositives d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont eu accès au traitement prévenant la transmission du VIH à l'enfant. Ce chiffre est directement lié à la faiblesse du taux de fréquentation des consultations prénatales mais induit aussi le problème du dépistage et du traitement des nourrissons qui ne sont pas disponibles dans tous les centres de santé. Lors de la consultation régionale organisée par l'UNICEF le 25 mai dernier à Nairobi (Kenya), des experts en PTME <sup>6</sup> membres d'ONG et des

---

<sup>6</sup> PTME: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.



Nations Unies ont conclu que l'administration continue d'une dose unique de néviparine lors de la grossesse en lieu et place des thérapies combinées, plus efficaces mais plus coûteuses et moins disponibles, comptait parmi les principaux facteurs limitant les retombées des programmes PTME. Le diagnostic et le traitement tardif des nourrissons qui ont contracté le VIH sont également d'importantes lacunes.

Le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le nombre de décès pour 100 000 naissances, est un indicateur fort du suivi des femmes enceintes. Ce taux de mortalité indique le risque de décès auquel une femme est confrontée à chaque grossesse. En Afrique subsaharienne où le taux de fécondité est élevé, la femme est confrontée à ce risque de nombreuses fois dans sa vie. En Afrique de l'Ouest et du Centre, seulement 46% des femmes accouchent sous surveillance d'un soignant de centre de santé.

Les chiffres publiés en octobre 2007 par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale concernant la mortalité maternelle montrent une baisse de seulement 0,1% entre 1995 et 2005 en Afrique subsaharienne où plus de la moitié des décès maternels de la planète a été enregistrée. Dans ce même rapport, la probabilité pour qu'une jeune fille de 15 ans ait une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement au cours de sa vie est la plus forte en Afrique où elle atteint 1 pour 26 naissances. Le Niger a le risque estimé le plus élevé avec 1 sur 7 naissances. Un suivi régulier de la grossesse et de l'accouchement permettrait de réduire drastiquement le pourcentage de risques.

### ***Utilisation des services curatifs***

Des efforts ont été faits dans la construction d'infrastructures de prestations de soins. Certaines zones rurales sont désormais mieux couvertes. En Ouganda par exemple, la proportion de la population vivant dans un rayon de cinq kilomètres autour d'un établissement de santé est passée de 49% au début des années 90 à 72% en 2004. D'importants progrès ont également été enregistrés dans des pays comme la Tanzanie, le Kenya, la Zambie et l'Afrique du Sud qui ont établi des partenariats avec des structures privées y compris des ONG et des organisations confessionnelles, ce qui a permis là aussi d'étendre le réseau de soins. La fréquentation des services de soins ne peut se réduire à un problème d'accessibilité géographique. L'étude du parcours de santé permet de dégager des points expliquant la sous-fréquentation des structures existantes.



## Des écueils sur le parcours de santé

Dans la plupart des pays du continent, le système de santé est construit de manière pyramidale avec à la base le CSP<sup>7</sup>, puis l'hôpital de référence du district et enfin le Centre Hospitalier Régional. Le principe de recouvrement des coûts par les usagers reposait initialement sur la disponibilité et la vente à bas prix de Médicaments Essentiels et Génériques dans les CSP afin de financer l'application du paquet minimum des soins<sup>8</sup>. Le principe s'est étendu, visant parfois à couvrir l'ensemble du budget de fonctionnement des CSP. Rapidement, les hôpitaux ont eux aussi adopté le principe du recouvrement des coûts par les usagers. Les ressources des services de santé proviennent donc en partie du budget de l'État, de l'Aide extérieure publique et privée et des usagers. Au Tchad, en 1997, trois ans après l'introduction du recouvrement des coûts, l'Aide extérieure représentait 72% des dépenses de santé et la part des ménages 7% alors que pour le Mali, entré dans le système du recouvrement des coûts en 1986, la répartition était de 25% pour l'Aide extérieure et de 57% pour la part des ménages<sup>9</sup>. On a pu observer que les budgets de fonctionnement de certains centres de santé ont augmenté plus vite que leurs recettes. Pour faire face à cet accroissement des dépenses, les comités de gestion appliquent alors des marges bénéficiaires dépassant celles recommandées par les différents ministères de la Santé. Une évaluation dans un district du Burkina Faso a montré des variations de marges de 13% à 37%<sup>10</sup>. Cette variation des marges a donc une répercussion directe sur le coût des consultations supporté par les usagers.

Des études<sup>11</sup> montrent que les coûts de participation aux soins demandés aux usagers sont parmi les critères principaux influant sur la décision de consulter ou pas et constatent une

<sup>7</sup> Centre de Santé Primaire.

<sup>8</sup> Le paquet minimum des soins est défini par l'OMS en fonction des priorités/pays mais comprend souvent la vaccination et les consultations prénatales.

<sup>9</sup> Richard V., «Financement de la santé en Afrique subsaharienne», *Médecine Tropicale*, 2004, volume 64, n° 4, pp. 337-340.

<sup>10</sup> Simon Kaboré, Coordinateur du réseau RAME Burkina Faso.

<sup>11</sup> Gilson L., «Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?», London, England, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Évaluation and Planning Centre for Health Care, 1988 Spring, 75 p. (EPC Publication n° 15).

diminution importante des consultations suite à l'introduction du système de recouvrement des coûts <sup>12</sup>.

Il est particulièrement important de rappeler que parmi les huit principes fondateurs et directeurs de la politique de recouvrement des coûts figure l'obligation de mettre en place des systèmes d'exonération des frais de soins pour les couches sociales les plus démunies. Ce système d'exonération n'est pourtant pas rationalisé. Il n'existe ni cadre ni outils formels qui permettraient d'identifier les personnes en difficulté. Chaque centre de soins établit sa méthode et les critères d'obtention sont le plus souvent laissés à la discrétion de l'agent social.

Une observation de terrain au Burkina Faso, au Service Social d'un Centre Hospitalier Régional, a permis de suivre le travail de l'agent social chargé de délivrer les exonérations. Sa première tâche est de recevoir les personnes vulnérables et, au travers d'entretiens, de mesurer le « niveau d'indigence » ouvrant droit ou pas aux exonérations. Charles Sorgo explique ainsi sa tâche : « Au regard du peu de moyens dont nous disposons et du niveau de pauvreté des populations, il s'agit de trier parmi les pauvres les plus constamment pauvres d'entre eux, car exonérer toutes les personnes nécessiteuses ne pourrait être supporté par le budget de l'hôpital. » Les personnes dites « constamment pauvres » sont celles qui n'ont aucun bien personnel (terres, logements, petites activités commerciales) ni aucune parenté pouvant prendre en charge leurs frais médicaux. Ce qui équivaut à dire que le budget de l'hôpital ne permet pas de prendre en charge la totalité des personnes économiquement vulnérables et qu'une partie d'entre elles n'a pas accès aux soins hospitaliers. Afin de pallier le manque de personnel soignant, le malade doit être accompagné d'un proche qui l'assiste le temps de l'hospitalisation pour la toilette, les repas <sup>13</sup>, l'achat des médicaments nécessaires aux soins durant le séjour, les frais des éventuels examens biologiques. Le secteur économique informel ne prévoit bien évidemment pas de rémunération lors des jours non travaillés. Ce secteur informel est dominant dans la majorité des pays du continent. L'accompagnant qui se rend disponible n'a alors plus d'activité donc plus de revenu, mais doit pourtant continuer à se nourrir. L'agent social a un peu de riz, de savon et de vêtements destinés

---

<sup>12</sup> Haddad S., Fournier P., « Quality, Cost and Utilization of Health Service in Developing Countries : Evidence from Zaïre », *Social Science & Medicine*, 1995, volume 40, issue 6, pp. 743-753.

<sup>13</sup> Distribués une fois par jour.

aux besoins des accompagnants. Les bons d'exonération sont pris sur le budget de l'hôpital ou sur des fonds donnés par le réseau associatif local. Lorsqu'il ne peut plus délivrer de bons, il oriente les patients vers le réseau associatif. L'agent social précise lors de cette enquête qu'il reçoit aussi des patients venant de villages éloignés qui, après un long et coûteux trajet, ne trouvent parfois aucun médecin à l'hôpital. La multiplication des programmes et des bailleurs implique un nombre considérable de réunions et de formations pour le personnel soignant qui n'est alors pas remplacé. Le patient attend inutilement de longues heures et, s'il peut, revient les jours suivants!

Les causes de sous-fréquentation des centres de soins ne peuvent se réduire au seul obstacle du coût des consultations. L'éloignement des centres de santé, les transports chers et difficiles, la confiance accordée aux centres de soins, l'accueil des soignants, les facteurs culturels et de discrimination sexuelle sont autant de facteurs à prendre en compte.

Une évaluation<sup>14</sup> de programmes de lutte contre la malnutrition dans la province Nord du Burkina Faso analyse le parcours de soins d'enfants vivant en zones rurales reculées et souffrant de maux nécessitant une consultation hospitalière. Cette étude met en évidence la complexité du parcours, lourd facteur d'aggravation des pathologies qui peut compromettre le diagnostic vital. Les observations montrent que l'enfant malade est très souvent d'abord montré au guérisseur local et soigné avec des remèdes à faible coût. Lorsque les symptômes persistent, le souhait des mères est de se diriger directement vers l'hôpital de référence, sans passer par le centre de santé le plus proche. Leur explication est que, très souvent, les centres de santé orientent vers l'hôpital les patients présentant des symptômes moins courants car ils n'ont ni les moyens ni les compétences pour intervenir. Pour autant, elles doivent payer la consultation plus celle de l'hôpital. On constate qu'entre le moment où les symptômes de l'enfant sont reconnus inquiétants et celui où il arrive dans la structure de soins où il pourra être pris en charge s'écoule un laps de temps pouvant aller jusqu'à plusieurs jours. Ce temps requis est celui nécessaire à la mère pour, premièrement obtenir l'accord de la famille pour le déplacement, puis trouver le moyen de transport et réunir les fonds du voyage, ceux nécessaires à la nourriture sur place le temps des soins et la somme permettant de payer

---

<sup>14</sup> Chifflet M., *Évaluation de programmes des femmes burkinabé: lutte contre la malnutrition*, Université de Savoie, 2007.

la consultation et les médicaments. Dans le cas de figure où cette dernière somme ne peut être réunie, la mère et l'enfant se présentent alors au service social de la structure de référence lorsqu'il existe et demandent une exonération. Démarre toute une série de questions destinées à discerner le « niveau d'indigence » de la famille et ses réseaux d'appartenance révélant ses capacités d'emprunt. Lorsque le bon d'exonération est accordé, l'enfant est vu en consultation. Le médecin pose son diagnostic et établit la liste des médicaments et consommables nécessaires aux soins. La mère se rend avec le bon d'exonération à la pharmacie de l'hôpital. S'il s'agit de Médicaments Essentiels et Génériques, ils lui seront délivrés, à condition qu'ils soient en stock. S'il s'agit de Spécialités ne figurant pas sur la liste nationale des MEG, son seul recours sera le réseau associatif qui se substituera à elle, dans la mesure de ses moyens, pour leur achat. Alors seulement l'enfant pourra être pris médicalement en charge. Il n'est pas rare de rencontrer dans l'enceinte des hôpitaux des enfants en attente de soins, pendant que leur mère se débat pour rassembler les remèdes prescrits.

La majorité des personnes rencontrées lors d'études ne remettent pas en question le fait de payer pour accéder aux soins et aux médicaments. Le constat est pourtant que, pour nombre d'entre eux, face aux sacrifices que cela induit, les consultations dans les centres de santé sont vraiment le dernier recours. Le temps écoulé entre le début des symptômes et l'arrivée en structure de soins explique l'état souvent trop avancé de la maladie et donc le coût plus élevé des traitements et leur complexité.

Dans plusieurs pays, des liens de cause à effet ont été établis entre le niveau de vie des populations et la baisse de fréquentation des CSP. Les gouvernements du Niger et plus récemment du Soudan, du Kenya, de la Sierra Leone, du Ghana, de la Zambie et de Madagascar ont décidé d'aménager des modalités de financement afin d'introduire la gratuité pour un paquet minimal de soins primaires à destination des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. Dans ces six pays, une augmentation de la fréquentation des services de santé a été observée. Le Niger a démarré un programme de gratuité en octobre 2006, suite à une enquête de population menée par Médecins du Monde. 45% des personnes interrogées affirmaient ne pas avoir accès aux soins par manque d'argent. Médecins du Monde, qui est intervenu dans la mise en œuvre technique de cette nouvelle politique de gratuité, témoigne que ce programme s'est fait à ressources humaines constantes. L'État devenu « tiers payant » recherche désormais davantage d'efficacité dans la

gestion. Le bilan de l'étude MdM<sup>15</sup> sur les trois districts sanitaires de Mayari, Tera et Keita au Niger fait état d'une hausse globale de fréquentation des consultations payantes et exemptées de 147%. Le nombre des consultations d'enfants de moins de cinq ans a été multiplié par quatre, les visites prénatales ont doublé et la précocité des recours a entraîné une prise en charge de pathologies moins complexes et donc moins onéreuses, ce qui participe à une rationalisation des coûts et devrait, à terme, aboutir à leur réduction.

### **Des objectifs non tenus**

Vingt ans après la réunion de Bamako, le principe du recouvrement des coûts par les usagers qui devait résoudre les problèmes sanitaires de l'Afrique, lui permettre de mettre en place le paquet minimum de soins et ainsi générer des profits afin de soigner les populations et d'autofinancer les structures, n'a pas atteint ses objectifs. Près de 80% de la population africaine a recours à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires<sup>16</sup>. Les centres de santé, qui devaient être la porte d'accès aux soins et les garants de l'amélioration du niveau sanitaire, souffrent de sous-fréquentation.

L'état sanitaire du continent et l'important travail de plaidoyer reposant sur de multiples études de terrain des ONG internationales ne permettent plus d'ignorer les problèmes générés par ce système.

Les bilans, évaluations et réorientations des nombreux plans d'action internationaux se succèdent mais mettent toujours en évidence les trop lents progrès sanitaires du continent.

La Banque Mondiale a publié en 2002 une étude conjointement menée avec la société civile<sup>17</sup> qui reconnaît « que les effets des Politiques d'Ajustement Structurel ont débouché sur de graves détériorations des dépenses de santé des États alors que les obligations envers les créanciers continuaient d'être respectées ».

---

<sup>15</sup> *Médecins du Monde*, « L'accès gratuit aux soins de santé primaires, Une stratégie payante, Appel au G8 », Édition MDM France, 2008, pp. 11-14.

<sup>16</sup> Données OMS 2008.

<sup>17</sup> Étude SAPRIN avril 2002, « The Policy Roots of Economic Crisis and Poverty » [www.saprin.org/SAPRIN\\_findings.pdf](http://www.saprin.org/SAPRIN_findings.pdf)

Le rapport plaide pour que les budgets sociaux soient exclus des réductions budgétaires en période de crise. Ce constat est resté à l'état de plaidoyer.

Les gouvernements africains souhaitent pourtant prendre davantage de responsabilités financières dans la prise en charge des problèmes de santé de leurs populations. Mais tenir des engagements visant à la mise en place des prémices d'un État Providence dans un contexte de difficultés économiques et de perte constante de souveraineté, sans oublier les problèmes de mal gouvernance alimentés par des enjeux d'intérêts internationaux, constitue un lourd défi à relever, d'autant que le constat global s'apparente à un décalage constant entre les déclarations d'intentions et leur traduction en actes concrets. La société civile africaine en mesure désormais l'ironie, s'organise et fait savoir qu'il va aussi falloir composer avec elle. Le réseau régional pour l'équité en santé en Afrique australe (EQUINET) est un exemple. Il regroupe des membres de la société civile, du secteur santé et de la recherche. Ensemble, ils se sont donné comme mission d'influer sur les politiques nationales et régionales des 14 États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDA) afin de favoriser l'équité en matière de santé et de soins.

Ainsi, les revendications pour un accès pour tous aux soins ont commencé à se faire clairement entendre en 2003, à travers la lutte contre le VIH/SIDA. La pandémie qui sévit sur le continent semble être un révélateur possible des dysfonctionnements des politiques de soins.

### **Le SIDA, révélateur des dysfonctionnements des systèmes de santé africains et des politiques de l'Aide internationale**

Aucun pays d'Afrique subsaharienne n'est épargné par le virus du SIDA, et l'Afrique australe est de loin la région la plus touchée au monde. Le cas de l'Ouganda, gravement touché par la pandémie dans les années 80 où son taux de prévalence s'approche des 9% et atteint même 30% sur certains sites, est une référence autant pour sa maîtrise de la prévalence que pour sa volonté à rendre les médicaments AntiRétroviraux (ARV) accessibles à sa population. Dans les années 90, l'épidémie est en pleine expansion dans toute l'Afrique Subsaharienne et cependant elle se stabilise en Ouganda. En 2005 son niveau de prévalence est redescendu à 6,7%.

## L'exemple de l'Ouganda

Le socle sur lequel se sont ancrées les actions de lutte contre le VIH est un véritable maillage de tous les acteurs de la société ougandaise coordonnés par un message et une volonté politique clairement affichée de combattre la pandémie par tous les moyens. A noter que l'Ouganda est alors en guerre et qu'il est fondamental pour le président Museveni, récemment élu, d'être efficace dans la lutte contre le VIH pour ne pas affaiblir le pays et maintenir sa légitimité.

Des groupes associatifs de malades se créent dès le début de la pandémie et en 1986, la première association voit le jour et effectue un travail intense contre la stigmatisation et pour le droit au dépistage, aux traitements et au suivi médical et psychosocial. Elle est rapidement reconnue des ONG internationales puis des bailleurs et reçoit le soutien du gouvernement qui lui alloue 3% du budget santé.

Au nom de la responsabilité collective, le nouveau président inclut pleinement la population et incite chacun à tenir son rôle dans ce combat. Des familles et des communautés, affectées directement ou indirectement, s'organisent financièrement et suppléent là où se trouvent les besoins.

Les entités administratives sont mobilisées depuis le gouvernement central jusqu'aux comités de village afin d'assurer le dialogue, les campagnes d'information et les distributions de préservatifs. Le ministère de l'Éducation met en place des campagnes de prévention dans les écoles.

À défaut de pouvoir assumer les coûts des traitements, mais aussi par tradition, 80% des Ougandais ont recours à la médecine traditionnelle. Des médecins s'unissent aux guérisseurs et créent le projet « Traditional and Modern Health Practitioners Together Against Aids » en 1992. Les tradipraticiens reçoivent une formation au pré-test et post-test, à l'utilisation du préservatif et à l'éducation des communautés. Les remèdes traditionnels sont utilisés pour stimuler le taux immunitaire, pour diminuer les effets secondaires des ARV lorsque la personne est sous traitement et pour soigner les maladies opportunistes.

Les leaders religieux s'impliquent et entre 1995 et 1998, 6750 chefs spirituels catholiques, protestants et musulmans sont formés sur le VIH/SIDA et engagés dans des campagnes de prévention avec les ONG confessionnelles.

Le pays dépend principalement de l'Aide financière internationale et a été le premier à bénéficier de l'initiative



PPTE<sup>18</sup>. Le budget du ministère de la Santé est à 40 % composé de l'Aide internationale<sup>19</sup>. Les principaux fonds proviennent du Fonds mondial, de la BM et du PEPFAR<sup>20</sup>.

En 1996, le pays a été choisi par l'ONUSIDA pour bénéficier du programme d'Initiative d'Accès aux Traitements du VIH/SIDA et peut ainsi acheter à prix réduit les médicaments aux entreprises pharmaceutiques et les revendre aux centres de soins. L'Ouganda n'a d'abord accès qu'à d'anciennes bithérapies puis aux trithérapies en 2000, après que leurs prix ont sensiblement baissé.

Ce plan unifié a encouragé les donateurs. Le prix des traitements baisse et, grâce à l'Aide internationale, le nombre de personnes sous traitement augmente. L'impact positif des politiques de lutte contre le virus génère une nette augmentation des demandes de dépistage et de soins. Face à l'explosion des besoins, le pays se heurte à ses limites logistiques et financières. Les centres de soins sont insuffisants pour atteindre tous les patients, des problèmes surviennent dans l'approvisionnement des traitements dont l'importation s'est complexifiée depuis l'accord OMC du 30 août 2003<sup>21</sup>. Ces ruptures ont des conséquences chez les patients et créent des résistances au virus. Les molécules de seconde intention permettant de dépasser ces résistances sont encore trop chères.

A cela s'ajoutent les problèmes de personnel qu'il faut maintenant mobiliser plus largement. Il est établi par l'OMS que le ratio pour réaliser les objectifs du millénaire est de 2,5 agents de santé pour 10 000 habitants. En Afrique, il est de 0,8/10 000, en Ouganda de 0,55/10 000.

Pour l'année fiscale 2002-2003, le ministère de la Santé a voulu augmenter son budget afin de répondre à l'augmentation des besoins des populations: développer les infrastructures sanitaires, augmenter le ratio de soignants et subventionner les traitements ARV. Rappelons qu'en vertu des Programmes d'Ajustements Structurels souscrits dans le cadre de l'Initiative PPTE et permettant un allègement de la dette, les budgets des

---

<sup>18</sup> Allègement de la Dette pour les Pays Pauvres Très Endettés.

<sup>19</sup> PIOT P., *L'épidémie SIDA et mondialisation des risques*, Éd. Labor, Paris, 2005.

<sup>20</sup> Système d'aide bilatéral mis en place par le président Bush.

<sup>21</sup> Procédé des Licences Obligatoires pour l'approvisionnement en médicaments génériques.

secteurs jugés non concurrentiels comme la Santé ou l'Éducation sont soumis à plafonnement par le FMI. Le ministère ougandais des Finances, du Plan et du Développement économique est garant de la gestion économique des fonds alloués par l'Aide internationale et ne peut tolérer aucun dépassement budgétaire du ministère de la Santé. La demande du gouvernement ougandais d'augmenter son budget santé pour faire face à l'élargissement de la lutte contre le virus est donc rejetée!

### **Les enseignements à tirer de l'expérience ougandaise**

Le cas de l'Ouganda démontre comment une volonté politique clairement affichée et doublée d'une mobilisation concertée de tous les acteurs peut faire reculer la maladie. Mais l'Ouganda a aussi expérimenté les limites d'une telle mobilisation et révèle combien il est urgent que l'Aide prenne en compte les difficultés structurelles des États et cesse d'ignorer que nombre de ces difficultés sont aussi les conséquences des grandes lignes politiques définies par les institutions du Nord telle que l'OMC, où les pays du Sud n'ont aucun poids, le FMI et la BM.

Le succès des politiques décentralisées de sensibilisation et de dépistage a mis en exergue les défis majeurs à relever pour une systématisation de l'accès aux soins : augmenter le nombre des infrastructures accessibles, équipées et disposant de traitements et de personnels qualifiés.

Cette analyse des besoins, essentiel pour la réussite des politiques nationales de traitement du VIH/SIDA à grande échelle sur le continent africain, interroge sur la cohérence des politiques d'Aide internationale et leurs limites d'action face aux intérêts économiques occidentaux.

– Le Conseil de Coordination de l'ONUSIDA a toujours affiché nettement sa priorité à consacrer davantage de fonds à l'appui aux « grandes initiatives » qu'à l'amélioration des structures de soins. Dès le début des indépendances, ces structures de soins se sont révélées inadaptées et insuffisantes. Elles ont ensuite subi de plein fouet la crise économique des années 80, les restrictions budgétaires des PAS et le manque d'intérêt et la corruption de certains gouvernements maintenus en place notamment grâce à l'influence occidentale. D'autre part, dans le cas ougandais, le ministère de la Santé est dans l'impossibilité de planifier une augmentation budgétaire et ainsi d'investir dans l'amélioration de ses infrastructures sanitaires, en vertu des engagements pris dans le cadre de l'Initiative d'allègement de la dette. Cette

Initiative, destinée aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), met en valeur une certaine volonté d'agir pour une plus grande capacité financière des pays endettés. Elle concerne les pays ayant atteint un niveau insoutenable en terme de remboursement (ratio entre la valeur actuelle de la dette et le montant annuel des exportations). Mais cette stratégie de réduction des pauvretés repose en fait sur les mêmes logiques que les Plans d'Ajustements Structurels : les PPTE doivent adopter un Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté proposé par la Banque Mondiale et le FMI, et s'engagent à continuer à réduire les budgets des secteurs non productifs comme l'éducation et la santé. Une plus large prise en charge des malades du SIDA implique d'envisager ses conséquences logistiques et ne pourra se faire dans un contexte quasi général de sous-investissement structurel et fonctionnel des centres de soins.

- Le SIDA, lorsqu'il n'est pas mortel, est une maladie chronique qui requiert des traitements à vie. Environ la moitié des financements internationaux de la lutte contre le VIH/SIDA est consacrée à l'achat de médicaments. Le 30 août 2003, les États membres de l'OMC ont signé un accord transitoire établissant les procédures à suivre pour importer des versions génériques des médicaments brevetés. Dans le cas des thérapies contre le SIDA, ces médicaments coûtent en moyenne 80 fois moins cher que les molécules brevetées. La possibilité d'importer des médicaments génériques constitue un besoin vital pour la plupart des pays en développement puisque seul un petit nombre d'entre eux est économiquement capable de fabriquer ce genre de médicaments. Cette procédure d'importation est fortement rejetée par ceux qui sont censés l'utiliser : les industriels du médicament générique. Au-delà de la complexité des formulaires à déposer à l'OMC pour demander l'octroi d'une Licence Obligatoire et des obstacles juridiques, la mise en place des importations parallèles nécessite, par exemple, de changer les emballages des médicaments à chaque nouvelle commande. Ce qui demande une organisation et des moyens dont les pays concernés ne disposent pas. Face à ce constat, les pays africains ont déposé à l'OMC une demande de simplification en avril 2005. Ils n'ont pas obtenu gain de cause. L'Union européenne, soutenue par les États-Unis, a refusé la modification du système initial, cédant ainsi à la pression des lobbies pharmaceutiques et à leur argumentaire selon lequel le revenu des brevets est primordial pour le financement de la Recherche et du Développement de nouvelles molécules. Pourtant il apparaît que cette industrie investit trois fois plus

dans le marketing que dans ce domaine <sup>22</sup>. La seule avancée en la matière est que ce texte provisoire rendant légal l'importation de génériques est entériné et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2007.

Les conséquences sont une utilisation massive des médicaments brevetés à coûts élevés, qui compromet la fabrication des génériques et diminue les mécanismes de compétitivité des prix. Il en résulte une incapacité matérielle des PVD à s'approvisionner correctement en génériques et à fournir un traitement suivi, gratuit ou même à bas coût, à leurs populations. Se pose alors la question de la perfusion financière constante dans laquelle on accuse parfois l'Afrique de se complaire. Le budget du Fonds Mondial et, avec lui, les interventions de l'ONUSIDA et de l'OMS dépendent des contributions volontaires des pays membres de l'ONU. Le Fonds mondial, comme l'OMS, ne peut donc pas se permettre d'agir sans l'accord de ses bailleurs de fonds. L'Union européenne et les États-Unis sont au premier rang pour privilégier leurs industries nationales comme les grandes firmes pharmaceutiques, au détriment des industries génériques. Les intérêts économiques des grandes puissances occidentales ont-ils déjà supplanté les idéaux d'un développement équitable au Nord comme au Sud ?

– La faiblesse du ratio « soignants par habitants » est aussi une caractéristique de l'Afrique. Les taux de migration des agents de santé publique hors du continent varient de 8 à 60%. Les pays développés, à travers la constante réduction d'offre de formation et le Numerus Clausus, créent une véritable incitation à employer du personnel étranger déjà diplômé pour des salaires minimums. Les organisations internationales et les « projets de développement » sont également de grands recruteurs de personnels soignants locaux, pour des salaires et avantages jusqu'à 10 fois supérieurs aux salaires en vigueur. En Ouganda par exemple, le personnel des structures publiques s'est déplacé vers des centres de santé VIH d'ONG où ils sont mieux payés, créant un déficit supplémentaire dans les institutions qu'ils quittent. De manière générale, on peut observer que les médecins et les divers cadres de santé sont souvent plus présents dans les administrations et les séminaires que sur le terrain des dispensaires de zones rurales et des hôpitaux de district. Le gel

---

<sup>22</sup> Demenet P., « Ces profiteurs du SIDA », *Le Monde Diplomatique*, février 2002, pp. 22-23.

des salaires imposé par les PAS rend le secteur de la santé peu attractif et les conditions et la charge de travail y sont lourdes. Il faut aussi aborder certaines dérives qui portent une responsabilité dans le mauvais fonctionnement des structures de soins. Les courses aux Per Diem <sup>23</sup> distribués par les programmes d'Aide sont monnaie courante et servent davantage à améliorer le salaire qu'à acquérir des compétences. Elles nourrissent l'absentéisme et raréfient encore l'offre de consultation par un soignant. Le clientélisme et la propension à tout faire pour ses proches et peu pour ceux qui n'en sont pas, le manque de respect et de considération envers les plus vulnérables sont malheureusement des attitudes que l'on rencontre <sup>24</sup>et qui participent à la mauvaise réputation des soignants.

L'incroyable mobilisation médiatique, les presque onze milliards de dollars investis par le Fonds mondial depuis sa création et les multiples autres formes d'aide n'ont pas réussi à enrayer l'avancée du SIDA. La pandémie qui sévit en Afrique doit servir de révélateur des dysfonctionnements des systèmes de santé dans leur ensemble et des mécanismes de l'Aide internationale. Étrangement, le monde des grandes Institutions Internationales affiche d'un côté une détermination sans faille à avancer en rangs serrés contre l'ennemi qui ravage la santé africaine, et de l'autre se comporte comme si l'ennemi était le malade lui-même. Comment entendre autrement les règles imposées par l'OMC sur l'importation des médicaments génériques, l'attitude des grandes firmes pharmaceutiques et le silence complice qui les entoure ?

L'objectif principal de l'initiative «3 millions en 2005», lancée le premier décembre 2003 conjointement par l'OMS et l'ONUSIDA avec le soutien du Fonds Mondial, était d'assurer l'accès aux médicaments AntiRétroviraux à 3 des 6 millions de personnes vivant avec le VIH. Ce programme était destiné aux pays les plus touchés par l'infection. La cible a donc été mise sur l'Afrique subsaharienne où, selon l'OMS, seul 8% des besoins en ARV sont couverts. En réponse à cette initiative, un collectif d'experts en santé, d'économistes et d'acteurs politiques réunis au sein du «Free by 5» s'organise et affirme que la gratuité est un préalable incontournable à la généralisation des soins.

---

<sup>23</sup> Indemnités contre présence aux réunions.

<sup>24</sup> Jaffre Y. et Olivier de Sardan J.P., *Une médecine inhospitalière*, Karthala, Paris, 2003.

L'objectif du « 3 millions en 2005 » n'a pas été atteint. La gratuité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH non plus, même si quelques pays africains ont pris des mesures de prise en charge partielle. Seulement 17% des personnes nécessitant une mise sous traitement l'ont effectivement reçu <sup>25</sup>.

L'initiative « 3 millions en 2005 » aura surtout permis à l'OMS et à l'ONUSIDA de mettre en évidence les dysfonctionnements qui freinent une prise en charge efficace des PVVIH et l'arrêt de la propagation du virus.

La déclaration d'Abuja illustre les choix ubuesques auxquels doivent faire face les dirigeants africains. En 2001, les chefs d'États et ministres de la Santé africains se réunissent pour un Sommet sur le VIH/SIDA à Abuja. Face à l'avancée constante de la pandémie, ils adoptent une déclaration dont un des principaux points connus est l'engagement à consacrer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé.

En mai 2006, le rapport de l'Union Africaine concernant le bilan des déclarations d'Abuja montre que seulement un tiers des pays a consacré 10% de son budget annuel au secteur santé. Le Nigeria, le Burundi et l'Éthiopie ont consacré respectivement quatre, trois et deux pour cent de leur budget annuel.

Richard Feachem <sup>26</sup>, ancien directeur du Fonds Mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, affirme que les dirigeants africains ne prennent pas le secteur santé aussi sérieusement en compte qu'ils le devraient. La Coordinatrice des programmes VIH/SIDA de l'ONG Action Aids International répond qu'il conviendrait de s'interroger sur les capacités qu'ont les États à résister aux pressions exercées par les Institutions Financières Internationales qui leur demandent irréductiblement, comme un prérequis à toute idée de développement, de réduire leurs dépenses sociales considérées comme non lucratives.

## **Quelles perspectives, quelles alternatives ?**

Partout au Nord, l'État revendique un rôle d'acteur majeur, le secteur privé implorant parfois l'aide des États pour sortir de la crise où l'a mené le système du « toujours plus de profits ». Les Institutions Financières Internationales vont-elles poursuivre leur doxa économique sur le continent africain, réduisant toujours le

---

<sup>25</sup> *Transcriptases*, Revue de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les hépatites, n° 126 fev/mars 2006.

<sup>26</sup> Richard Feachem a été directeur du Fonds jusqu'en 2007.

rôle des États, induisant de manière subliminale qu'il ne fait pas vraiment partie du monde réel et compromettant ainsi l'émergence d'une solution africaine aux problèmes de santé africains ?

L'aspiration à un développement africain endogène est au cœur de l'action des sociétés civiles du continent qui s'organisent et fournissent des services là où l'action de l'État et de l'Aide internationale est inexistante ou inefficace. Ces mouvements associatifs lancent le défi d'un autre développement, relaient les voix des marginalisés et revendiquent leurs rôles dans la construction démocratique d'un État-providence. Leur pouvoir va grandissant, et il faudra désormais compter avec eux.

L'Aide internationale est destinée à soutenir les gouvernements pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé de leurs populations. Selon un rapport sur l'efficacité de l'Aide au développement établi par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en novembre 2003, quelque 40 donateurs ont exécuté 2000 projets distincts en Tanzanie durant les années 90. Cette multitude de petits projets a généré une situation de chaos. L'argent de l'Aide transite par des associations locales qui ensuite mettent en œuvre des actions suivant les directives des bailleurs. Chaque bailleur a sa propre vision du type d'action qu'il souhaite financer. Il ne s'agit pas pour les associations de proposer des actions basées sur leur propre analyse des besoins mais de se décliner suivant ce que souhaitent financer les bailleurs, leurs conditions et leurs rythmes de décaissement. Le fossé qui sépare les initiateurs de programmes de ceux qui ont la responsabilité de leur mise en œuvre est encore creusé par la complexité des procédures à suivre. Le suivi administratif des projets est fondamental, mais le nombre important de dossiers longs et complexes à remplir, les nombreux bilans intermédiaires à envoyer aux multiples bailleurs sont autant de procédures nécessitant temps et logistique. Ce travail se fait souvent au détriment des actions de terrain, finissant par bureaucratiser les initiatives et chroniciser la notion d'engagement. La multiplication des bailleurs en recherche de porteurs de projets à financer a aussi tendance à favoriser la concurrence entre les associations locales à travers une « course aux financements » et porte atteinte au tissu social.

Les associations locales, conscientes des besoins mais aussi de la pauvreté de leur trésorerie, n'ont pas les moyens de refuser l'argent de l'Aide et pas encore vraiment la légitimité à imposer leur vision du développement. L'amélioration de la coopération entre donateurs permettrait de réduire le gaspillage, le double emploi et les dépenses administratives qui grèvent les budgets



de l'Aide et entravent son efficacité. Une meilleure coordination entre les pays donateurs et les gouvernements africains rendrait sans doute les politiques d'Aide plus cohérentes et permettrait de renforcer les actions de l'État déjà existantes plutôt que de multiplier les programmes isolés. Le mode d'action isolé et non coordonné n'est pas propre aux petites ONG. Les États-Unis, sous l'Administration Bush, ont ainsi accordé 90% des fonds de l'UNAIDS au PEPFAR contre 10% au Fonds Mondial. Il s'agissait d'un programme bilatéral avec conditionnalités d'éligibilité. Pour pouvoir bénéficier des fonds, les pays devaient se joindre à la lutte contre le terrorisme et appliquer la stratégie ABC (abstinence, fidélité et usage de préservatifs seulement dans le cas de « pratiques déviantes »). Douze pays africains<sup>27</sup> y ont souscrit. Ces programmes ont été menés sur le terrain, parallèlement à ceux de l'ONUSIDA, et témoignent de la mosaïque des financements de l'Aide internationale.

Le travail du réseau burkinabé RAME, en étroite collaboration avec des membres de la société civile, illustre parfaitement la volonté africaine à concevoir et à conduire d'autres stratégies dans le domaine des politiques de santé et de développement. Les multiples programmes d'aide prévoient que seront prises des mesures pour permettre l'accès des populations vulnérables aux services de santé. Le Réseau RAME constate que l'intention ne se décline pas encore concrètement au sein des politiques nationales. Les actions restent isolées et par « population cible » déterminées par les différents programmes d'aide. Le réseau se forme aux techniques de plaidoyer en matière politique, incluant une meilleure connaissance des participants sur la problématique de l'accès des populations vulnérables aux soins de santé. Leur objectif est d'influer le gouvernement afin d'asseoir dans la politique nationale des mesures qui prennent réellement en compte les personnes vulnérables.

Le directeur exécutif de l'ONUSIDA a déclaré début février 2009 à travers un communiqué officiel que le grave ralentissement qui touche actuellement l'activité économique dans le monde pèsera sur la capacité des donateurs à maintenir leurs budgets consacrés au développement et rendra plus difficile le maintien par les pays en développement du financement intérieur consacré à la santé. L'ONG internationale OXFAM, dans son

---

<sup>27</sup> Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie.

récent rapport sur les soins de santé dans les PVD <sup>28</sup>, pointe la stratégie de plus en plus affirmée des Institutions Financières Internationales à privilégier le soutien aux programmes de santé privés. Depuis plus de vingt ans, la BM et autres organismes internationaux dénoncent l'échec de la Santé Publique dans les PVD et préconisent une solution basée sur l'investissement et la croissance du secteur privé de la santé. L'échec de l'État africain est presque toujours présenté comme inévitable et comme sa faute exclusive. Si les problèmes de mal gouvernance et de corruption peuvent être des facteurs importants du dysfonctionnement des politiques publiques, il serait très constructif que les Institutions Internationales reconnaissent que leurs politiques, menées depuis plus de deux décennies, n'ont pas permis aux gouvernements africains de prendre pleinement leurs responsabilités. Depuis peu, la Banque Mondiale reconnaît le rôle clé des gouvernements dans les soins de santé mais considère davantage l'État comme administrateur que comme prestataire de services.

Sans une augmentation globale de l'aide, ce qui ne semble pas être d'actualité, augmenter l'aide au secteur privé ne peut se faire qu'au détriment des sommes allouées au secteur public. Le secteur privé a un rôle à jouer dans la dynamisation des économies et la création d'emplois, mais on peut s'interroger sur sa pertinence dans le secteur de la santé. Sa ligne d'action, encore davantage que le principe du recouvrement des coûts par les usagers, induit une logique de rentabilité et de profit. Quid de ceux qui n'ont pas les moyens de se soigner? Quid de la prévention, axe fondamental de la santé, qui n'a jamais eu vocation à s'inscrire dans les logiques de la rentabilité?

La corrélation entre pauvreté et difficulté d'accès aux soins est aujourd'hui démontrée <sup>29</sup> pour qui veut l'entendre. Michel Sibidié, premier Africain à prendre la tête de l'ONUSIDA, a clairement mis en avant les obstacles identifiés à l'avancée de la lutte contre la pandémie du SIDA. Le bilan peut être ainsi formulé : comment imaginer une lutte efficace contre les maladies qui ravagent l'Afrique dans un contexte de pauvreté récurrente? Réduire les problèmes de santé de l'Afrique à une maladie du mal développement nierait les efforts de ceux qui luttent au quotidien pour apporter des réponses sociales adaptées. Mais la

---

<sup>28</sup> Oxfam International, « Optimisme aveugle », 2009. [www.oxfam.org/fr/policy/bp125-optimisme-aveugle](http://www.oxfam.org/fr/policy/bp125-optimisme-aveugle)

<sup>29</sup> Programme Commun des Nations unies sur le VIH/SIDA 2008. Rapport annuel 2008, p. 12.

définition de la santé telle qu'elle est énoncée dans le préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé invite à repenser la santé en Afrique de manière plus globale. Selon l'OMS, «la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie». Le travail de Thomas McKeown<sup>30</sup>, historien anglais de la médecine (1912-1988) a mis en évidence le rôle des déterminants sociaux comme le revenu, le logement, l'alimentation, dans la diminution de la mortalité infantile ou la lutte contre la tuberculose. S'attaquer à «l'origine des causes» d'un état sanitaire précaire fait partie du challenge des Objectifs du Millénaire et doit obliger les grands programmes d'aide à prendre en compte l'ensemble des facteurs influant sur l'état de santé des populations.

Au moment où le néolibéralisme connaît des difficultés, il faut remettre au questionnement les logiques du marché international.

La flambée spéculative des prix mondiaux du riz, du blé, du maïs ou du mil condamne à toujours plus de misère ceux qui, nombreux sur le continent, consacrent près de 80% de leurs ressources à tenter de satisfaire leurs besoins fondamentaux. La malnutrition est bien davantage un problème d'accès financier à la nourriture que de disponibilité des denrées sur le marché. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, sur les 36 pays aux prises avec une crise de sécurité alimentaire, 21 sont en Afrique. La malnutrition affaiblit le corps et permet une progression rapide de la maladie. Dans le cas de personnes séropositives, le sous-alimentation fait évoluer rapidement vers le SIDA déclaré.

En Afrique subsaharienne, les maladies que l'on peut attribuer directement à des sources d'eaux polluées tuent plus d'un enfant par minute. La privatisation des services d'eau et d'assainissement devait assurer une distribution de meilleure qualité. L'effet le plus marquant est surtout une hausse générale des coûts de l'eau domestique et une difficulté d'accès accrue pour les populations économiquement vulnérables.

## Conclusion

En réduisant la souveraineté des gouvernements, les PAS ont confisqué les pouvoirs décisionnels des populations au profit

---

<sup>30</sup> Mckeown T., «Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles : le comportement, l'environnement et la médecine, Les années 80, pp. 173-180.

des bailleurs de fonds, ce qui constitue un déficit démocratique. Le bilan de ces politiques ne montre aucun progrès significatif de la réduction de la pauvreté ou de l'accès aux soins pour tous en Afrique. Pourtant ces politiques sont toujours légitimes à mettre en œuvre leurs programmes. Certes, le FMI et la BM parlent davantage maintenant d'élaboration de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (SRP) que de Plans d'Ajustements Structurels (PAS). La réunion du G20 organisée à Londres en avril 2009 a octroyé au FMI un surcroît de financement qui lui permettra de tripler ses capacités de prêts aux pays en difficulté. Face aux critiques formulées à l'encontre de leurs politiques, les institutions de Bretton Woods ont décidé d'organiser la concertation avec les Organisations de la Société Civile (OSC). Passé l'effet d'annonce, lorsque l'on se penche sur le programme de ces consultations, on découvre bien vite qu'il s'agit d'inviter les mouvements sociaux à se prononcer sur l'attribution de quelques fonds modestes, mais en aucun cas de leur laisser la possibilité de remettre en question l'organisation générale de l'économie.

Additionner les multiples décisions prévues dans les non moins multiples plans d'actions internationaux visant l'éradication de la pauvreté, de la faim, l'inversion de la pandémie SIDA, l'accès aux soins pour tous... équivaut à une somme de promesses non tenues. Leur point commun ? Le refus d'analyser les causes de la non-application des moyens nécessaires à la réussite de ces programmes et les enjeux d'intérêts économiques qu'elles sous-tendent.

Lors du Forum ministériel international pour la recherche sur la santé organisé par l'OMS à Bamako en novembre 2008, des représentants d'organisations de la société civile africaine ont déclaré être trop souvent perçus comme une menace par les gouvernements. Leur indépendance et leur persévérance à divulguer au public les décisions et actions des hommes politiques au pouvoir rendent ces derniers peu enclins à les associer aux recherches et à l'élaboration des politiques sanitaires.

Jusqu'où les gouvernements et les différentes institutions internationales pourront-ils continuer à ne pas tenir leurs engagements et ainsi leurrer l'opinion publique quant à la réalité de leurs desseins sans rencontrer la colère des citoyens ?