

Dans l'intérêt du public

santé, éducation, eau et assainissement pour tous



Kate Raworth/Oxfam

 **Oxfam**
International

 **WaterAid**

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Bethan Emmett, avec des contributions de Duncan Green, Max Lawson, Belinda Calaguas (WaterAid), Sheila Aikman, Mohga Kamal-Yanni et Ines Smyth.

Remerciements particuliers à Belinda Calaguas, Nina Andrade-Henderson, Tom Noel, Kate Raworth, Arry Fraser et Swati Narayan.

Première publication par Oxfam International en 2006, en association avec WaterAid.

© Oxfam International 2006

ISBN: 978 0 85598 589 9

Cette publication est archivée au catalogue de la British Library.

Publié par
Oxfam International
Oxfam International Secretariat
Suite 20, 266 Banbury Road
Oxford OX2 7DL
Royaume-Uni

Tous droits réservés. Cette publication est protégée par le droit d'auteur, mais peut être reproduite par quelque moyen que ce soit, sans frais, à des fins de plaidoyer, de campagne ou pédagogiques, et non à des fins commerciales. Le détenteur du droit d'auteur exige que tout usage commercial lui soit déclaré afin d'évaluer l'impact. En ce qui concerne la reproduction dans d'autres circonstances que celles expressément stipulées ici, la réutilisation dans d'autres publications, ou la traduction ou adaptation du texte, une permission écrite doit être obtenue de l'éditeur, et des frais pourront s'appliquer.

Couverture :

De fiers parents, après un examen médical de routine à la clinique du district de Machaze, Province de Manica, Mozambique. La mère et le bébé sont en bonne santé.
Kate Raworth/Oxfam

Quatrième de couverture :

Le monde a besoin de 4,25 millions de travailleurs de santé supplémentaires.
Helen Palmer/Oxfam

Cette publication est distribuée pour l'éditeur par Oxfam GB et peut être obtenue en s'adressant à :

Oxfam Publishing
Oxfam House
John Smith Drive
Cowley
Oxford OX4 2JY
Royaume-Uni
Email : publish@oxfam.org.uk

Pour obtenir plus d'information sur les agents locaux, les distributeurs et représentants à travers le monde, veuillez visiter le site internet (en anglais):
www.oxfam.org.uk/publications

Des copies de ce rapport et des informations supplémentaires peuvent être téléchargées à partir du site
www.oxfam.org.uk

Oxfam GB est une organisation caritative britannique enregistrée sous le numéro 202918 et est membre d'Oxfam International.

Table des matières

Avant-propos 3

Acronymes et abréviations 4

Résumé 5

Succès public : des gouvernements qui assurent des services essentiels pour tous 6

Echec public : des gouvernements qui échouent et n'agissent pas 7

Société civile : colmater quelques brèches 8

Face à la faillite de l'Etat, le marché n'est pas la solution 9

Ce qui doit être fait 11

Recommandations 15

1. Des services essentiels qui peinent à répondre aux besoins essentiels 19

Eau et assainissement : encore loin du compte 24

Santé : des inégalités qui persistent 24

Education : des signes encourageants 25

2. Quelle solution ? L'argument en faveur de services publics universels 29

Si les revenus comptent, la qualité des politiques compte tout autant 29

Lorsque les gouvernements font le bon choix : apprendre à partir des succès 32

Les leçons à tirer du succès de certains pays en développement 35

3. Lorsque les choses tournent mal : négligence gouvernementale au Sud et promesses non tenues au Nord 45

La pénurie de médecins, infirmières, enseignants et administrateurs se chiffre en millions 48

Accès payant fatal 51

Le manque d'argent 54

Au service des riches 58

4. Les gouvernements des pays riches : ils favorisent l'intervention du secteur privé et ne respectent pas leurs engagements 65

La fourniture privée de services est lucrative mais inéquitable 65

Ce que les pays riches se gardent bien d'essayer chez eux 72

Débaucher le personnel des pays pauvres 74

L'aide des pays riches toujours insuffisante 75

5. Passer à l'action : comment les pays en développement et les pays riches peuvent développer des services publics efficaces 89

Ce que les pays en développement doivent faire 89

Ce que les pays riches doivent faire 106

Conclusion 113

Notes 114

Références 128

Liste des tableaux

- Tableau 1 : L'aide non coordonnée est impossible à utiliser 81
- Tableau 2 : Trop technique — Pays riches dépensant plus de 75 % de leur aide en assistance technique 83

Liste des graphiques

- Graphique 1 : Manquer la cible : progrès mondiaux vers la réalisation des OMD 22
- Graphique 2 : Le Sri Lanka : moins de revenus que le Kazakhstan, mais une population en meilleure santé et mieux éduquée 30
- Graphique 3 : Des niveaux de revenus plus élevés ne signifient pas nécessairement de bons résultats 31
- Graphique 4 : Des salaires en chute libre 48
- Graphique 5 : La pénurie du personnel enseignant 49
- Graphique 6 : La pénurie du personnel soignant 50
- Graphique 7 : Dépenses de santé minimum : certaines régions sont très en retard 55
- Graphique 8 : Un déficit énorme : pas assez de financement pour réaliser les OMD 56
- Graphique 9 : Des armes et pas d'écoles — les dix élèves les moins bons 57
- Graphique 10 : Accoucher, riches et pauvres 59
- Graphique 11 : Certains Etats à la traîne retardent l'Inde toute entière 60
- Graphique 12 : Des promesses non tenues en matière de financement des services essentiels 76
- Graphique 13 : Les gouvernements agissent, l'aide des donateurs se fait attendre 78
- Graphique 14 : Certains pays riches progressent sur le terrain de l'aide budgétaire, la plupart d'entre eux peut mieux faire 84
- Graphique 15 : Abolir les frais de scolarité replace l'éducation au cœur des priorités et envoie les enfants à l'école 95

Liste des encadrés

- Encadré 1 : Les héros du secteur public 47
- Encadré 2 : Payer, ou rester à l'écart 52
- Encadré 3 : En Inde, la croissance n'a pas bénéficié aux populations démunies 60
- Encadré 4 : Sans assurance et sans soins en Chine 66
- Encadré 5 : La Banque mondiale et le secteur privé 69
- Encadré 6 : La collaboration ONG-Gouvernement — renforcer les services en Angola 74
- Encadré 7 : Prendre, prendre, prendre 75
- Encadré 8 : Le mal hollandais, ou 'l'aide est-elle mauvaise pour vous ?' 80
- Encadré 9 : Assurance de santé communautaire — une alternative à court terme à la tarification aux usagers 97
- Encadré 10 : S'impliquer — participation publique à Porto Alegre, Brésil 100
- Encadré 11 : Programme gouvernemental d'urgence centré sur les ressources humaines — Malawi 104
- Encadré 12 : Comment soutenir les gouvernements locaux et renforcer leurs capacités à planifier 107

Avant-propos

Par Mary Robinson

Présidente de Realizing Rights : The Ethical Globalization Initiative

Présidente honoraire d'Oxfam International

Il y a encore quelques générations, l'espérance de vie des populations les plus démunies dans les pays industrialisés n'était guère plus élevée que celle des personnes vivant aujourd'hui en Afrique subsaharienne. Ce n'est qu'avec la mise en place d'un accès universel à des services publics de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement que l'espérance de vie et ce que l'on appelle aujourd'hui les indicateurs de développement humain, se sont nettement améliorés.

L'accès généralisé à ces services sociaux a été un élément clé pour garantir la sécurité et la prospérité des populations des pays riches. Mais nous oublions parfois à quel point la notion de service public en tant que valeur fondamentale de la société est une idée récente. Il y a bientôt 60 ans, la déclaration universelle des droits de l'Homme affirmait qu'un niveau de vie décent, comprenant l'accès à la santé et à l'éducation, constituait un droit humain fondamental. Plusieurs traités internationaux sont venus par la suite créer une obligation légale pour les gouvernements de réaliser progressivement les droits sociaux dont le droit à l'eau.

C'est une véritable avancée de voir qu'en l'espace d'une seule génération, des pays pauvres comme le Botswana ou le Sri Lanka, ont pu obtenir des résultats significatifs dans la mise en œuvre de services publics de base ; résultats que les pays européens ont mis plus d'un siècle à réaliser. Comment cela a-t-il été possible? Par la promotion des droits à la santé, à l'éducation et à l'eau potable à travers l'approvisionnement gratuit de services publics. Cette approche a profité à tous, en particulier aux femmes et aux filles, et a permis une réelle amélioration des indicateurs sociaux accompagnée d'un plus grand respect des droits civils et politiques.

Assurer des services publics pour tous est largement à notre portée : ni l'argent ni l'expertise ne manquent à l'appel. C'est plutôt de volonté politique dont nous avons besoin pour sortir du status quo. Nous devons recruter des millions de personnel soignant et enseignant supplémentaires et éliminer les mesures de tarifications aux usagers qui privent les populations les plus pauvres de leurs droits. Dans les pays en développement, nous avons besoin avant tout de leadership politique, d'action gouvernementale et de services publics efficaces. Parallèlement, la meilleure façon pour les pays riches d'apporter leur soutien est de fournir une aide prévisible sur le long terme accompagnée d'annulations de dettes conséquentes.

Nous savons qu'un environnement propre, des familles en bonne santé et des enfants scolarisés constituent des pré-requis indispensables pour sortir de la pauvreté. Tous les gouvernements doivent prendre leur part de responsabilité pour promouvoir les droits humains, non seulement à travers des systèmes politique et judiciaire efficaces, nécessaires pour assurer le respect des droits civils et politiques fondamentaux, mais aussi à travers la mise en place de services publics renforcés et accessibles à tous ; instrument vital pour la jouissance des droits à la santé, à l'éducation et à l'eau. Alors que nous nous rapprochons de l'année 2015, date butoir pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, c'est sur ce terrain que nous devons engager nos actions concertées.

Acronymes et abréviations

AGCS	Accord général sur le commerce des services
AMGI	Agence multilatérale de garantie des investissements (Banque mondiale)
APD	Aide publique au développement
ARV	Anti-rétroviraux
CAD	Comité d'aide au développement (de l'OCDE)
CME	Campagne mondiale pour l'éducation
EPT	Education pour tous
EPU	Education primaire universelle
FAWE	Forum des femmes africaines pour l'éducation
FMI	Fonds monétaire international
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FSNG	Fournisseur de services non gouvernemental
FTI	Fast Track Initiative - Initiative de mise en œuvre accélérée
OCDE	Organisation pour la coopération économique et le développement
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PEPFAR	(Etats-Unis) President's Emergency Plan for AIDS Relief
PPTE	Pays pauvres très endettés
SFI	Société financière internationale (Banque mondiale)
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, les sciences et la culture
VSO	Voluntary Services Overseas (Services Bénévoles d'Aide à l'Etranger)

Résumé

« L'instauration de l'accès gratuit à l'éducation primaire a été un vrai miracle pour nous. Sans cela, John [11 ans] serait encore à la maison ».

Jane Nzomo, Kenya

« La liberté, cela veut dire avoir suffisamment d'eau potable, être capable de vivre dans une maison décente et avoir un bon travail ; c'est aussi avoir accès à des soins de santé. Quel est l'intérêt d'avoir fait cette transition si la qualité de vie de ces personnes n'est pas améliorée ? Si ce n'est pas le cas, le vote est inutile ! »

Desmond Tutu, 1999

Des salles de classe avec des enseignants ; des cliniques avec des infirmières ; de l'eau courante et des toilettes qui fonctionnent : pour des millions de personnes dans les pays en développement, ces choses ne sont encore qu'un rêve distant. Et pourtant, l'accès à ces services publics vitaux – santé, éducation, eau et assainissement – est absolument indispensable pour transformer la vie des personnes qui vivent dans la pauvreté.

Mettre sur pied de bons services publics, ce n'est pas réellement une idée nouvelle : ce sont les fondations sur lesquelles les sociétés des pays riches d'aujourd'hui se sont construites. Plus récemment, d'autres pays en développement ont suivi cette voie, avec des résultats impressionnants. Par exemple le Sri Lanka, la Malaisie et l'Etat de Kerala en Inde ont fait, en l'espace d'une génération, des progrès en terme de santé et d'éducation que les pays industrialisés ont mis 200 ans à réaliser. Mettre sur pied de bons services publics n'est pas une idée nouvelle, mais c'est une idée qui a fait ses preuves. Elle devrait être la pierre angulaire de toute politique visant à ' faire de la pauvreté une histoire ancienne '.

Au XXI^{ème} siècle, il est scandaleux que des gens puissent vivre sans avoir accès à ces droits humains les plus élémentaires. C'est pourtant le cas pour des millions de familles. Aujourd'hui :

- 4 000 enfants vont mourir de diarrhée, une maladie causée par l'eau insalubre
- 1 400 femmes mourront pendant leur grossesse ou leur accouchement
- 100 millions d'enfants en âge d'aller à l'école, des filles pour la plupart, ne seront pas scolarisés

Ce rapport montre que les populations des pays en développement pourront être éduquées et en bonne santé seulement si leurs gouvernements assument la responsabilité de fournir des services essentiels. Les organisations issues de la société civile et les entreprises privées peuvent apporter des contributions importantes mais elles doivent être correctement régulées et intégrées dans des systèmes publics efficaces plutôt que perçues comme des substituts à ces systèmes. Seuls les gouvernements sont capables d'avoir la portée nécessaire pour fournir un accès universel à des services gratuits – ou suffisamment subventionnés – pour les plus pauvres, et adaptés aux besoins de tous les citoyens – y compris les femmes et les filles, les minorités et les personnes les plus défavorisées. Mais alors que certains gouvernements ont fait de grands pas en avant, d'autres, encore trop nombreux, manquent d'argent, de capacités ou de volonté d'agir.

Pour atteindre ces objectifs dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau et l'assainissement, il faudrait 47 milliards de dollars supplémentaires par an ; montant qu'il faut mettre en perspective avec les dépenses militaires mondiales qui s'élèvent à 1000 milliards de dollars, ou encore avec les 40 milliards de dollars dépensés dans le monde en nourriture pour les animaux domestiques.

Les gouvernements des pays riches et les institutions internationales comme la Banque mondiale devraient être des partenaires cruciaux pour aider à soutenir ces systèmes publics. Mais bien trop souvent, ils freinent au contraire les avancées lorsqu'ils tardent à octroyer les remises de dettes et les aides prévues destinées à les soutenir. Ils freinent également le développement en favorisant des solutions qui impliquent le secteur privé et qui ne bénéficient pas aux individus les plus pauvres.

Il n'y a aucun doute, le monde a les moyens d'agir. Les dirigeants de la planète se sont mis d'accord sur une série de cibles à atteindre connues sous le nom d'objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). D'après les prévisions d'Oxfam, pour atteindre ces objectifs dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau et l'assainissement, il faudrait 47 milliards de dollars supplémentaires par an ; montant qu'il faut mettre en perspective avec les dépenses militaires mondiales qui s'élèvent à 1000 milliards de dollars, ou encore avec les 40 milliards de dollars dépensés dans le monde en nourriture pour les animaux domestiques.

Succès public : des gouvernements qui assurent des services essentiels pour tous

Afin d'évaluer la performance des gouvernements des pays en développement, Oxfam a mis au point un Index des Services Essentiels. Cet Index classe les pays dans quatre zones sociales – taux de survie des enfants, scolarisation, accès à l'eau potable, accès à des installations sanitaires – et compare les performances avec le revenu national par personne. Cette comparaison montre que certains gouvernements ont fait bien plus que ce qui était attendu d'eux vu leurs capacités. Bien que plus d'un tiers de la population au Sri Lanka vive actuellement en dessous du seuil de pauvreté, le taux de mortalité maternelle dans ce pays compte parmi les plus bas du monde. Lorsqu'une femme accouche au Sri Lanka, elle a 96% de chance d'être suivie par une sage-femme qualifiée. Si cette femme ou sa famille a besoin de soins médicaux, ils y auront accès gratuitement dans une clinique publique où ils pourront se rendre à pied

depuis chez eux. Les soins seront par ailleurs délivrés dans cette clinique par une infirmière qualifiée. Les enfants de cette femme pourront aller à l'école gratuitement et l'éducation des filles sera gratuite jusqu'au niveau universitaire. Comparons maintenant ces résultats avec ceux du Kazakhstan. Même si le Sri Lanka dispose d'un revenu par habitant inférieur de 60% à celui du Kazakhstan, il n'en reste pas moins qu'un enfant au Kazakhstan a pratiquement cinq fois plus de chances de mourir pendant ses cinq premières années. Il est également beaucoup moins probable qu'il soit scolarisé, boive de l'eau potable ou ait accès à des latrines.

Le cas du Sri Lanka n'est pas unique. Tout récemment, l'Ouganda et le Brésil ont doublé le nombre de leurs enfants scolarisés. Ils ont diminué le nombre de décès dus au sida et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement a été étendu à des millions de personnes. Dans l'Etat de Pulau Penang, en Malaisie, la compagnie de service public de l'eau fournit l'eau à plus de 99% de la population et fixe un prix subventionné pour les 20 000 premiers litres d'eau utilisés par les familles tous les mois.

Certains gouvernements ont obtenu des résultats en fournissant des services essentiels universellement disponibles et qui fonctionnent également pour les femmes et les filles. Ils ont aboli les frais de santé et d'éducation et ont subventionné les services d'eau et d'assainissement. Ils ont réussi à renforcer sur le long terme la capacité de l'Etat à fournir des services et ont étendu ces services aux zones rurales. Ils ont investi dans les enseignants et les personnels soignants. Et enfin, ils ont renforcé le statut des femmes et leur autonomie en tant qu'usagers et fournisseurs de services.

Echec public : lorsque les gouvernements échouent et n'agissent pas

« Au centre de santé, ils sont mécontents quand ils doivent vous soigner. Si vous n'avez pas d'argent, ils ne vous prennent pas. Que se passe-t-il alors ? Eh bien, on vous laisse mourir. »

Marta Maria Molina Aguilar, mère d'un enfant malade, Nicaragua

Pour chaque Sri Lanka, il y a d'autres pays pauvres où des millions de personnes ne peuvent pas payer le prix de la consultation pour voir un médecin ; où les filles ne sont jamais allées à l'école et où les maisons n'ont ni robinet d'eau ni toilettes. Au Yémen, une femme n'a qu'une chance sur trois de savoir lire et écrire. Si elle a un bébé, elle n'a qu'une chance sur cinq d'être suivie par une sage-femme. Si elle et son enfant survivent à l'accouchement, son enfant aura une chance sur trois d'être mal nourri et une sur neuf de mourir avant d'avoir atteint son cinquième anniversaire. Si cette femme vit dans une zone rurale, il est probable que sa famille n'aura pas les moyens d'obtenir des soins médicaux, de l'eau potable ou d'avoir accès à des installations sanitaires de base.

Le Yémen est non seulement un exemple de pauvreté dévastatrice, mais une illustration des inégalités profondes sous-jacentes qui existent entre les sexes : il y est normal que les services

soient inopérants pour les femmes et les filles. Pourtant, investir dans le bien-être des femmes est la pierre angulaire du développement – car cela augmente à la fois leurs chances de vivre et celles de leurs enfants. Partout dans le monde en développement, les femmes ont plus de probabilité de tomber malades mais moins de probabilité de recevoir un traitement médical. On attend d'elles qu'elles s'occupent des membres de la famille qui sont malades, mais bien souvent elles sont les dernières que l'on envoie à l'école et les premières à en être retirées lorsque l'argent vient à manquer. Et c'est presque toujours elles qui perdent une grande partie de leur journée à transporter des seaux d'eau sur de longues distances.

Afin de garantir l'accès universel aux soins de santé de base et à l'éducation primaire, le monde a aujourd'hui besoin de 4,25 millions personnels de santé supplémentaires et de 1,9 millions instituteurs formés de plus.

La réalité pour une vaste majorité de personnes dans les pays en développement est que les services publics ne sont simplement pas disponibles ou sont avant tout destinés à répondre aux besoins des riches et sont extrêmement chers. Cela ne sert qu'à augmenter encore l'inégalité sociale. Les enfants doivent encore payer pour aller à l'école dans 89 pays en développement sur 103 ; ce qui signifie que de nombreux enfants pauvres sont forcés d'abandonner leur éducation. La plupart de ces enfants sont des filles. Dans un district du Nigéria, le nombre de femmes mortes en couche a doublé après que les services de santé maternelle ont cessé d'être gratuits. Privés de service public d'eau potable, les consommateurs pauvres doivent acheter de l'eau auprès de marchands privés et dépensent jusqu'à cinq fois plus pour un litre d'eau que les consommateurs riches qui ont accès à l'eau courante. Dans de nombreux endroits, la corruption est un problème majeur à la fois dans les services publics et privés. La corruption et l'inefficacité impliquent une couverture aléatoire, l'absentéisme des employés et des frais à payer pour des services de mauvaise qualité.

Les services publics qui existent sont maintenus en état de fonctionner par un personnel minimal d'enseignants et de travailleurs de santé mal payés, surchargés de travail et peu considérés. Les salaires des instituteurs dans les pays les moins développés ont baissé de moitié depuis 1970. Et ces héros du secteur public sont bien trop peu nombreux pour faire face aux besoins. Afin de garantir l'accès universel aux soins de santé de base et à l'éducation primaire, le monde a aujourd'hui besoin de 4,25 millions personnels de santé supplémentaires et de 1,9 millions instituteurs formés de plus.

Société civile: colmater certaines brèches

Lorsque leurs gouvernements ne fournissent pas de services, la plupart des personnes pauvres n'ont pas accès à l'éducation, aux soins médicaux, à l'eau potable et à une hygiène de base. Ceux qui y parviennent se ruinent pour payer des services privés ou doivent se tourner vers des fournisseurs issus de la société civile comme les mosquées, les églises, les groupes caritatifs ou communautaires. Ces différents groupes prennent en charge des communautés éloignées et marginalisées et fournissent des services basés sur la communauté – comme par exemple, les soins à domicile pour les personnes atteintes du sida qui ont été développés dans certains pays

africains durement touchés, comme le Malawi. La prestation informelle de soins de santé et d'éducation par l'intermédiaire de réseaux locaux, qui est pratique courante dans de nombreux pays et particulièrement dans le cas de groupes marginalisés et vulnérables, repose souvent sur le travail non payé des femmes.

Les organisations de la société civile peuvent également développer et introduire pour la première fois des approches novatrices en terme de prestation de service et peuvent soutenir les citoyens lorsqu'ils cherchent à faire valoir leurs droits à la santé, à l'éducation et à l'eau potable. Mais leur couverture est partielle, leurs services sont difficilement extensibles et la qualité de ce qu'elles ont les moyens d'offrir peut varier grandement. En Zambie, par exemple, des communautés se sont réunies pour construire des écoles mais certaines d'entre elles ne disposent même pas du matériel éducatif et des installations sanitaires les plus élémentaires. Les indices recueillis tendent à montrer que ces types d'initiatives citoyennes fonctionnent mieux si elles sont intégrées à un système dirigé par l'Etat dans lequel leur contribution est officiellement reconnue et soutenue par le gouvernement. Dans l'Etat de Kerala en Inde, en Malaisie et à la Barbade, les gouvernements ont établi des points de rencontre avec la société civile, par exemple en finançant les frais de fonctionnement des écoles religieuses et en les contrôlant régulièrement pour vérifier que le niveau scolaire est maintenu.

Les solutions reposant sur le marché ont souvent miné la prestation des services essentiels et ont eu un impact négatif sur les communautés les plus pauvres et les plus vulnérables.

Face à la faillite de l'Etat, le marché n'est pas la solution

Confrontés à des services gouvernementaux en faillite, nombreux sont ceux qui se sont tournés vers le secteur privé pour trouver des réponses. Cela a parfois fonctionné. Des pays comme la Corée du Sud et le Chili ont obtenu des gains impressionnants en terme de bien-être social avec un niveau élevé d'implication privée dans la prestation des services. Mais de tels services tendent à créer des inégalités, entraînent des coûts élevés et excluent souvent les plus pauvres qui ne peuvent s'offrir de tels services, les prestataires privés étant notoirement difficiles à réguler. Les solutions reposant sur le marché ont souvent miné la prestation des services essentiels et ont eu un impact négatif sur les communautés les plus pauvres et les plus vulnérables. La privatisation de l'eau en est l'exemple le plus notoire même s'il faut aussi noter que l'investissement peu contrôlé du secteur privé dans les systèmes de santé des pays en développement s'étend également très rapidement.

- Lorsque la Chine a progressivement abandonné les soins de santé gratuits au profit d'hôpitaux à but lucratif et de l'assurance maladie, les frais de santé des familles sont devenus quarante fois plus élevés et les avancées dans la lutte contre la mortalité infantile ont été freinées. Des services qui autrefois étaient gratuits sont maintenant payés par le biais d'une assurance maladie qui ne couvre qu'une personne sur cinq dans la Chine rurale.
- Le Chili a été l'un des premiers pays à impliquer le secteur privé dans son système de soins de santé. Il a également le taux le plus élevé de naissances par césarienne au monde

(40% en 1997), principalement parce que les hôpitaux privés cherchent à maximiser leurs profits grâce aux coûts supplémentaires associés aux actes chirurgicaux et à un taux supplémentaire d'occupation des lits.

- Réguler les prestataires de service privés, particulièrement lorsqu'il s'agit de compagnies multinationales puissantes, peut s'avérer plus difficile pour des Etats faibles que de fournir directement ces mêmes services. Le marché mondial de l'eau est dominé par une poignée de compagnies américaines, françaises et britanniques comme Bechtel, Suez et Biwater. Les contrats qu'elles négocient trient sur le volet les segments de marché les plus profitables et elles exigent une garantie de leurs marges de profit qui de plus sont calculées en dollars. Si les gouvernements essaient de mettre fin à ces contrats, ils risquent d'être attaqués en justice, comme les cas récents de la Tanzanie et de la Bolivie viennent de le démontrer.

Les gouvernements des pays pauvres ont besoin d'une aide bien coordonnée, prévisible et distribuée à travers des systèmes publics et des budgets nationaux.

Les pays riches : ils soutiennent le secteur privé, rompent leurs promesses d'aide et débauchent les enseignants et personnels soignants des pays pauvres

Les gouvernements des pays riches et les agences internationales comme la Banque mondiale peuvent avoir une influence majeure sur les politiques adoptées par les pays pauvres. Pour certains d'entre eux, l'aide des donateurs équivaut à la moitié de leur budget national. Les conseils des experts extérieurs, financés par l'aide ont une influence énorme quand il s'agit de déterminer le type de réformes qu'un gouvernement va adopter.

Au lieu d'aider à la construction des services publics, les gouvernements des pays riches et les institutions comme la Banque mondiale ont trop souvent utilisé leur influence pour pousser en avant des solutions faisant appel au secteur privé. Ils considèrent l'augmentation de l'implication du secteur privé comme un élément clé pour accroître l'efficacité et améliorer les services. Des indices de plus en plus nombreux démontrent pourtant que ces solutions fonctionnent rarement dans l'intérêt des plus pauvres. La Banque mondiale et le FMI insistent souvent pour que les gouvernements introduisent la privatisation et augmentent la part du secteur privé dans la fourniture de services en échange d'aide ou de remises de dettes. Une étude menée en 2006 sur 20 pays recevant des prêts de la Banque mondiale et du FMI a montré que la privatisation était une condition pour 18 d'entre eux, ce qui constitue une tendance à la hausse par rapport aux années précédentes.

Les gouvernements des pays pauvres *ont besoin* d'une aide bien coordonnée, prévisible et distribuée à travers des systèmes publics et des budgets nationaux. Mais ce que les pays pauvres *reçoivent* en général, c'est une aide insuffisante, imprévisible et remise par l'intermédiaire d'une multitude de projets différents qui concurrencent directement les services publics dans un contexte marqué par des ressources humaines et financières déjà peu nombreuses. Jusqu'à 70% de l'aide pour l'éducation mondiale est dépensée en assistance

technique, qui pour une très grande partie consiste en consultants occidentaux payés bien trop chers. Une étude sur l'assistance technique au Mozambique a démontré que les pays riches dépensaient 350 millions de dollars par an pour s'attacher les services d'experts techniques, alors que l'enveloppe salariale pour la totalité du secteur public du Mozambique était seulement de 74 millions de dollars. Dans le secteur de la santé, les demandes des donateurs concernant de nombreuses initiatives 'verticales' font perdre un temps précieux aux fonctionnaires, affaiblissent la fourniture des soins et faussent les priorités de santé. Par exemple, l'Angola et la République Démocratique du Congo ont chacun dû mettre en place quatre organes différents de 'coordination' dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida.

Les plafonds imposés par le FMI sur les salaires du secteur public et sur le recrutement empêchent les gouvernements d'étendre les services de santé et d'éducation. S'il est normal que le FMI veille à ce que les pays gèrent leur économie avec précaution, son attitude par trop rigide est incompatible avec tout espoir d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, d'éducation, d'eau et d'hygiène. Il se peut également que l'Organisation mondiale du commerce et les Accords de libre échange bilatéraux et régionaux menacent les services publics en limitant la manière dont les gouvernements peuvent réglementer les fournisseurs étrangers.

Dans le même temps, alors qu'ils pressent les pays en développement pour qu'ils remplissent les OMD pour la santé et l'éducation, les pays riches aggravent encore la pénurie de compétences en débauchant des milliers de leurs travailleurs qualifiés. Sur les 489 étudiants infirmiers qui sont sortis diplômés de l'école de médecine du Ghana entre 1986 et 1995, 61% d'entre eux ont quitté le pays. Plus de la moitié sont allés en Grande-Bretagne et un tiers aux Etats-Unis.

Ce qui doit être fait

Le changement est possible. Mais il implique une action concertée de la part des pays en développement, soutenus plutôt que bridés par les pays riches, et devant rendre compte à des citoyens actifs revendiquant le respect de leurs droits.

Changer les priorités politiques

L'engagement politique et la volonté de réformer sont des éléments clés pour obtenir des services efficaces. Pour cela, les gouvernements doivent être mis sous pression afin qu'ils dépendent plus et mieux en faveur des services essentiels. Dans l'Etat de Kerala en Inde et au Sri Lanka, des citoyens politiquement avertis ont exigé la mise en œuvre de services performants. Partout dans le monde, les organisations de la société civile se battent pour que les services essentiels soient débattus dans les journaux et qu'ils figurent sur les listes de priorité des politiciens. Au Kenya, la coalition nationale pour l'éducation, Elimu Yetu

Les travailleurs du secteur public doivent être considérés comme les héros qu'ils sont et doivent être placés au centre de l'expansion des services pour tous.

(Notre Education) a joué un rôle crucial dans la promotion de l'éducation primaire gratuite comme thème électoral central, garantissant qu'elle soit introduite en 2002. Ainsi 1,2 millions d'enfants sont allés à l'école pour la première fois. En 2005, la plus grosse coalition anti-pauvreté au monde a été formée, l'Action mondiale contre la pauvreté (Global Call to Action against Poverty – GCAP). Le GCAP a vu plus de 36 millions de personnes agir dans plus de 80 pays différents. Les demandes clés relayées par le GCAP incluent l'accès universel à des services publics de qualité et la fin de la privatisation là où elle est la cause de privations et de pauvreté.

Faire en sorte que les services fonctionnent pour les femmes

Investir dans les services de base qui soutiennent et restituent du pouvoir aux femmes et aux filles signifie promouvoir les femmes en tant que travailleurs, soutenir les femmes et les filles en tant qu'usagers des services, les protéger contre les abus et combiner toutes ces mesures avec des réformes légales qui améliorent le statut et l'autonomie des femmes dans la société. Au Botswana, à l'île Maurice, au Sri Lanka, au Costa Rica et à Cuba, la proportion élevée de femmes parmi les enseignants et les travailleurs de santé a été un élément fondamental pour encourager les femmes et les filles à utiliser ces services. Des progrès sont souvent atteints en travaillant simultanément avec des groupes de femmes, en changeant les lois et en remettant en question des convictions néfastes. Au Brésil, les organisations de femmes qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement ont réussi à garantir que la Constitution de 1988 reflète l'importance de la santé reproductive des femmes. Les mouvements de femmes ont continué à influencer la politique de santé publique du Brésil : un programme de santé intégrée pour les femmes a été établi (Programa de Assistencia a Saude da Mulher – PAISM) et des services spéciaux de santé sont maintenant disponibles pour les victimes de viol.

Résoudre la crise des ressources humaines

'Tant qu'il y aura un souffle de vie dans mon corps, je continuerai à enseigner. Je n'enseigne pas à cause du salaire mais parce que j'adore ce travail et que j'adore les enfants'.

Viola Shaw-Lewis, institutrice de 76 ans, école publique de Kingsville, Liberia

Les travailleurs du secteur public doivent être considérés comme les héros qu'ils sont et doivent être placés au centre de l'expansion des services pour tous. Tous les pays qui ont obtenu de bons résultats en la matière ont bâti ce succès sur une philosophie du service public dans laquelle les travailleurs du secteur public sont encouragés à être fiers de leur contribution à la nation et à la société, leur conférant en retour statut et respect.

Le salaire seul ne suffit pas toujours à augmenter la motivation, mais c'est la première priorité lorsque la rémunération est trop faible. Un meilleur salaire doit aller de paire avec de meilleures conditions. Le logement est un problème majeur pour la plupart des enseignants, particulièrement pour les femmes institutrices dans les zones rurales. Les gouvernements

doivent travailler avec les syndicats pour améliorer les salaires et les conditions de travail en les accompagnant de codes de conduite permettant aux travailleurs de poursuivre leur activité.

Augmenter de manière significative le nombre des enseignants et des travailleurs de santé est une tâche énorme qui demande une planification stratégique coordonnée entre les gouvernements des pays pauvres et les bailleurs d'aide. Les gouvernements doivent investir dans des gestionnaires et des planificateurs compétents afin de produire des plans accompagnés de budgets clairs et se donner les capacités de les mettre en œuvre. Au Malawi, plusieurs donateurs financent actuellement une augmentation de salaire pour les travailleurs de santé du service public, ceci afin d'endiguer l'exode de médecins et d'infirmières et pouvoir ainsi améliorer la qualité des soins donnés dans les hôpitaux.

Combattre la corruption et établir le sens de la responsabilité

Dans de nombreux cas, une amélioration des salaires, du statut et des conditions des travailleurs du secteur public a contribué à réduire la corruption à petite échelle. Au niveau de la société toute entière, une bonne éducation dans le service public et des campagnes de sensibilisation du public peuvent jouer un rôle important pour promouvoir une culture de confiance, d'honnêteté et de respect de la loi. Il faut également résoudre le problème de la corruption au niveau politique. La démocratie multipartite, l'émergence d'une société civile et d'une presse libre sont également des éléments centraux de ce combat. Au Costa Rica et au Kenya, par exemple, des scandales dévoilés dans la presse ont conduit à la mise en accusation de hauts fonctionnaires.

La société civile joue également un rôle de plus en plus important et se fait entendre lorsqu'il s'agit de demander des comptes aux dirigeants politiques, de suivre les dépenses du gouvernement pour les services essentiels et de mettre en lumière les cas de détournement d'argent. Les citoyens ont besoin d'un rôle officiellement reconnu dans le contrôle public. WaterAid a mis en place un mécanisme de 'feedback' entre les groupes d'utilisateurs de l'eau et les gouvernements locaux au Népal, en Inde, au Bangladesh, au Ghana et en Éthiopie. Au Malawi, des organisations citoyennes pour l'éducation vérifient les dépenses du gouvernement et les suivent jusqu'au niveau de chaque école primaire. Le réseau international Social Watch réunit des groupes de citoyens dans plus de 60 pays afin de contrôler régulièrement la performance des gouvernements dans la fourniture des services essentiels

La gratuité de l'école met l'éducation à l'ordre du jour et les enfants à l'école

La gratuité de l'école primaire et des soins de santé primaire peut avoir un impact immédiat sur l'utilisation des services. En ce qui concerne l'eau, dont personne ne peut se passer, le problème n'est pas la demande mais l'amélioration de l'accès pour les personnes pauvres et la garantie qu'une ressource qui n'est pas illimitée soit partagée équitablement.

La gratuité de l'école primaire et des soins de santé primaire peut avoir un impact immédiat sur l'utilisation des services.

Les frais doivent donc être structurés de manière à garantir qu'un minimum quotidien soit gratuit ou abordable pour les personnes les plus défavorisées.

Les pays riches doivent soutenir les services publics

Les pays riches doivent aider les gouvernements des pays en développement et leurs populations à mettre en place le type de mesures décrites plus haut. Ils doivent cesser de contourner et de miner les gouvernements en favorisant l'expansion de prestataires privés de services. Ils doivent remplir leur engagement, pris il y a maintenant 36 ans, de consacrer 0,7% de leurs revenus à l'aide publique au développement. Cette aide doit être fournie sur le long terme, prévisible et ciblée afin de bénéficier aux pays qui démontrent leur engagement à augmenter leur couverture en service sociaux de qualité. L'aide devrait être consacrée plus particulièrement aux salaires et aux coûts de fonctionnement des systèmes publics. Elle devrait également être canalisée, autant que possible, à travers un soutien budgétaire sectoriel et direct. Ces mesures doivent être encore soutenues par une remise complète des dettes de tous les pays qui en ont besoin. Les gouvernements riches doivent également réduire le recrutement actif de professionnels qualifiés dans les pays pauvres à destination de leurs propres services de santé et d'éducation.

Conclusion

En l'espace d'une génération et pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, tous les enfants du monde pourraient enfin avoir accès à l'école. Chaque femme pourrait accoucher avec les meilleures chances possibles de survie pour elle et son bébé. Tout le monde pourrait boire de l'eau sans risque pour sa santé. Des millions de nouveaux personnels soignants et enseignants pourraient sauver des vies et former les esprits des générations futures.

Nous savons comment y parvenir : volonté politique, action gouvernementale et services publics, soutenus par une aide flexible fournie sur le long terme et par une annulation des dettes. Nous savons que le marché est incapable de faire tout cela tout seul. La société civile peut colmater certaines brèches mais les gouvernements doivent agir. Il n'y a pas de raccourci et pas d'alternative.

Pour atteindre ces objectifs, les gouvernements des pays en développement doivent prendre leurs responsabilités, leurs citoyens doivent faire pression sur eux pour qu'ils agissent et les pays riches doivent soutenir et non pas miner leurs efforts. Comme le dit Nelson Mandela

‘ La pauvreté n'est pas naturelle. Elle est créée par les hommes et elle peut être vaincue et éradiquée par l'action humaine. Et vaincre la pauvreté n'est pas un geste de charité. C'est un acte de justice. Il s'agit de la protection d'un droit humain fondamental ; le droit à la dignité et à une vie décente.

Tant que la pauvreté persistera, il n'y aura pas de liberté ’

Discours prononcé lors du lancement de la campagne 'Make Poverty History', Trafalgar Square, 3 Février 2005

Recommandations

Les gouvernements des pays en développement doivent :

- Investir de manière durable dans les systèmes publics d'éducation, de santé, d'eau et d'assainissement. Plus spécifiquement, ils doivent mettre l'accent sur les politiques de santé reproductive préventive et combattre activement la pandémie du VIH/Sida.
- Rendre l'éducation de base et les soins de santé de base gratuits, et subventionner l'eau pour les pauvres.
- Renforcer l'équité en assurant un fonctionnement efficace des services pour les femmes et les filles et en améliorant le statut social de ces dernières.
- Travailler avec la société civile et le secteur privé dans le cadre d'un système public unique et intégré.
- Former, recruter et retenir les travailleurs de santé et les enseignants dont ils ont désespérément besoin.
- Améliorer les salaires et les conditions des travailleurs déjà en poste.
- Bâtir une philosophie du service public dans laquelle les fonctionnaires sont encouragés à être fiers de la contribution qu'ils apportent à la société.
- Garantir la représentation des citoyens et assurer leur supervision et leur contrôle sur les services publics. Garantir également la participation de la société civile dans les processus de planification et de préparation des budgets au niveau local et national, y compris en ce qui concerne les accords et les contrats signés avec les donateurs, la Banque mondiale et le FMI.
- Prendre position publiquement et agir contre la corruption.

Les pays riches, la Banque mondiale et le FMI doivent :

- Mettre un terme aux réformes libérales inappropriées des services publics imposées par le biais de l'assistance technique, de conditions à l'aide et d'accords commerciaux injustes.
- Tenir leur promesse de consacrer 0,7% de leurs revenus nationaux à l'aide publique au développement et d'allouer au moins 20% de cette aide aux services sociaux de base.
- Appliquer entièrement tous les engagements internationaux visant à améliorer la qualité de l'aide, y compris les engagements de Paris sur l'efficacité de l'aide. Garantir que cette aide soit coordonnée, prévisible, allouée sur le long terme et qu'elle comprenne de nouvelles remises de dettes et une augmentation de l'aide budgétaire et sectorielle.
- Soutenir financièrement la gratuité des soins de santé de base et de l'éducation primaire ainsi que la subvention des factures d'eau pour les personnes pauvres.

- Financer entièrement le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que l'Initiative de mise en oeuvre accélérée pour une éducation pour tous, tout en veillant à ce que ces initiatives soutiennent les gouvernements et les systèmes publics plutôt que de les concurrencer.
- Travailler avec les pays pauvres pour recruter, former et retenir 4,25 millions de travailleurs de santé supplémentaires et 1,9 millions d'enseignants supplémentaires, et investir dans les compétences d'utilité publique et les ressources humaines des gouvernements locaux responsables de la fourniture d'eau et de l'assainissement.
- Réduire le recrutement actif de personnels soignants et autres professionnels qualifiés venus de pays pauvres.

La société civile doit:

- Agir de manière concertée pour exiger des services publics de qualité, y compris la gratuité des soins de santé et de l'éducation ainsi que des services d'eau et d'assainissement subventionnés.
- Continuer à construire des mouvements citoyens à l'échelle mondiale invitant les gouvernements à l'action, telle que la Campagne mondiale pour l'éducation, l'Action mondiale contre la pauvreté ou encore les mouvements féministes.
- S'impliquer dans les processus locaux et nationaux de planification.
- Travailler avec les parlements nationaux afin de contrôler les dépenses budgétaires, garantir que les services sont bien accessibles aux plus pauvres, s'assurer que la corruption n'est pas tolérée.
- Remettre en cause les gouvernements des pays riches, la Banque mondiale et le FMI lorsque leurs politiques impactent de manière négative sur les services publics.
- Travailler en collaboration étroite avec les gouvernements et les autres fournisseurs non étatiques afin de garantir plus d'innovation, de formation, de coopération, et de redevabilité dans la prestation de services essentiels.

1

**Des services
essentiels
qui peinent à
répondre aux
besoins essentiels**



1.

Des services essentiels qui peinent à répondre aux besoins essentiels

« Nous réussissons tout juste à faire cours, parce que nous ne recevons aucune ressource du ministère de l'éducation. Nous ne recevons même plus la documentation pédagogique que nous recevions auparavant, comme des cahiers et des crayons ou de la craie, ou des livres pour les enfants »

Directeur d'école, Jose Madriz Ecole Autonome, Nicaragua

« Je n'oublierai jamais combien j'ai souffert à cause du manque d'eau. Il n'y avait pas d'eau pour me laver ou laver mon bébé. J'avais honte de sentir mauvais, particulièrement lorsque mes voisins me rendaient visite ».

Misra Kedir, se rappelant la naissance de son enfant, Hitosa, Ethiopie

Des classes avec des instituteurs. Des cliniques avec des infirmières. Des robinets d'eau courante et des toilettes qui fonctionnent. Les services essentiels transforment la vie des gens. Il est scandaleux que quiconque doive s'en passer en 2006. C'est la pénurie de services essentiels qui crée le piège de la pauvreté : les gens sont incapables d'y échapper s'ils ne savent ni lire ni écrire, s'ils sont affaiblis par des maladies ou s'ils passent une grande partie de leur journée à chercher de l'eau.

S'il doit y avoir un moment propice à la réalisation de ces droits humains les plus élémentaires – des services décentés de soins de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement pour tous – c'est bien maintenant. Ces droits découlent des traités internationaux¹ et la communauté internationale s'est fixé des objectifs pour les réaliser. Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, les gouvernements s'engagent, d'ici à 2015 à :

- Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim, en réduisant de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour et celle souffrant de la faim.
- Assurer l'éducation primaire universelle pour les garçons et les filles.
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes en éliminant les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, et à tous les niveaux d'ici à 2015.
- Réduire la mortalité infantile en diminuant de deux tiers le taux de mortalité des moins de cinq ans.
- Améliorer la santé maternelle en réduisant de trois quarts le taux de mortalité maternelle.

page opposée

Collecte de l'eau au village de Shibantai, Tadjikistan. Saodat et Osuda Hasanova vont chercher de l'eau deux à trois fois par jour :
« C'est vraiment éprouvant car les seaux d'eau sont très lourds... J'ai entendu dire qu'ailleurs les gens n'ont qu'à tourner un robinet dans leur maison pour avoir de l'eau. J'aimerais beaucoup avoir un robinet comme ça à la maison. »

- Combattre le VIH/Sida, la malaria et les autres maladies et juguler la propagation du VIH/Sida.
- Assurer un environnement durable, réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas accès à de l'eau potable, et améliorer les conditions de vie de 100 millions de personnes qui vivent dans des bidonvilles.
- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement, augmenter le volume de l'aide et améliorer l'accès au marché.

Le monde en a certainement les moyens. D'après les prévisions d'Oxfam, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'eau et l'assainissement, il faudrait 47 milliards de dollars supplémentaires par an.² Il convient de comparer ce chiffre avec celui des dépenses militaires mondiales annuelles qui atteignent 1000 milliards de dollars, ou encore avec les 40 milliards de dollars que le monde consacre chaque année à l'alimentation des animaux domestiques.³ Mais si rien ne change, la plupart de ces objectifs de développement ne seront pas atteints. L'année 2005 s'est soldée par l'échec du premier objectif visant à garantir l'égalité de la scolarisation des filles et des garçons ; un objectif non réalisé dans deux pays en développement sur trois.⁴



Centre de santé
de Chipapa, Zambie
Investir dans la santé des
femmes et des filles est la
pierre angulaire du
développement humain.

Les gouvernements ont une responsabilité indéniable envers la réalisation de ces objectifs et le bien-être de leurs citoyens. Les populations ont le droit d'accéder à des soins de santé décents, d'apprendre à lire et à écrire, de boire de l'eau potable et de bénéficier de services d'assainissement pour l'élimination hygiénique des déchets humains. Mais dans de trop nombreux pays, les gouvernements ne réussissent pas à remplir leurs engagements par manque d'argent, de capacités ou de volonté politique. Trop souvent les gouvernements des pays riches ont contribué à ces problèmes en revenant sur leurs promesses financières envers les pays pauvres, ou en les obligeant à entreprendre des réformes basées sur l'économie de marché qui contribuent au démantèlement des systèmes publics et à la faillite des responsabilités publiques.

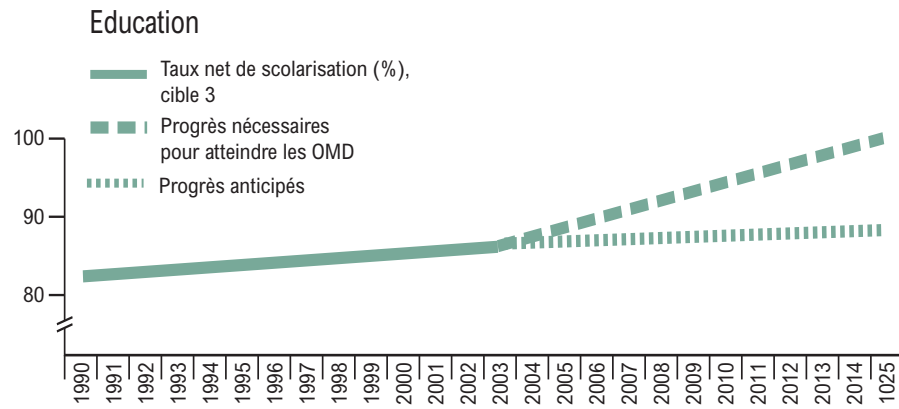
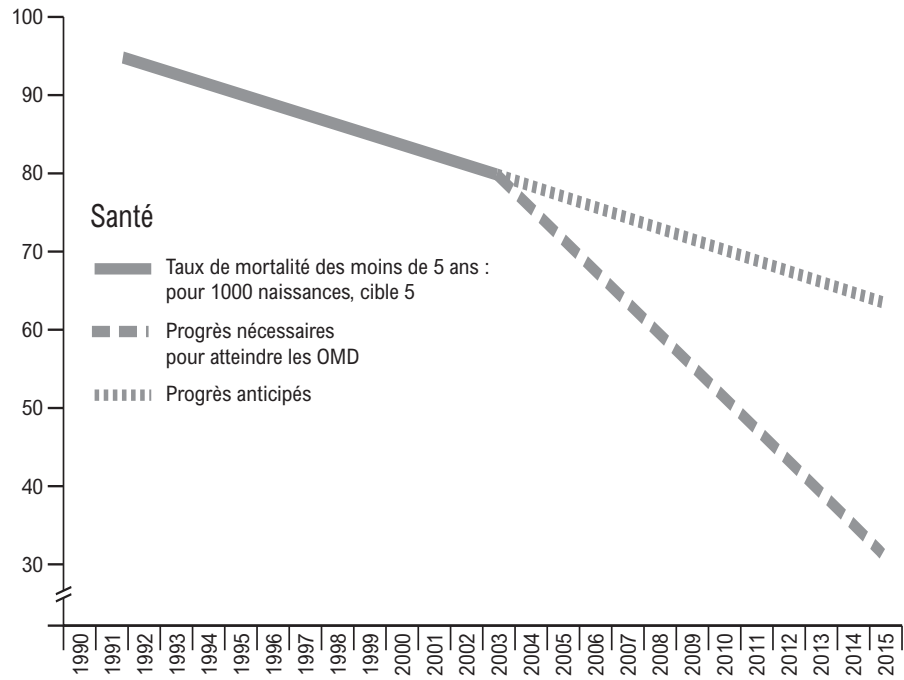
L'échec le plus flagrant est l'incapacité des services à répondre aux besoins des femmes et des filles. Un niveau décent de prestations sociales est la première mesure à mettre en place si l'on veut améliorer les conditions et le statut des femmes dans la société. Investir dans les femmes et les filles est également la pierre angulaire du développement humain : envoyer une fille à l'école et lui fournir des soins de santé élémentaires réduit le nombre d'enfants qu'elle sera susceptible d'avoir tout au long de sa vie, améliore ses chances et celles de son enfant de survivre à l'accouchement et ouvre à ce dernier de meilleures perspectives lorsqu'il grandit. Cela augmente également les chances de sa famille de gagner de l'argent et renforce sa participation à la vie politique. Peu d'investissements offrent des dividendes aussi lucratifs.

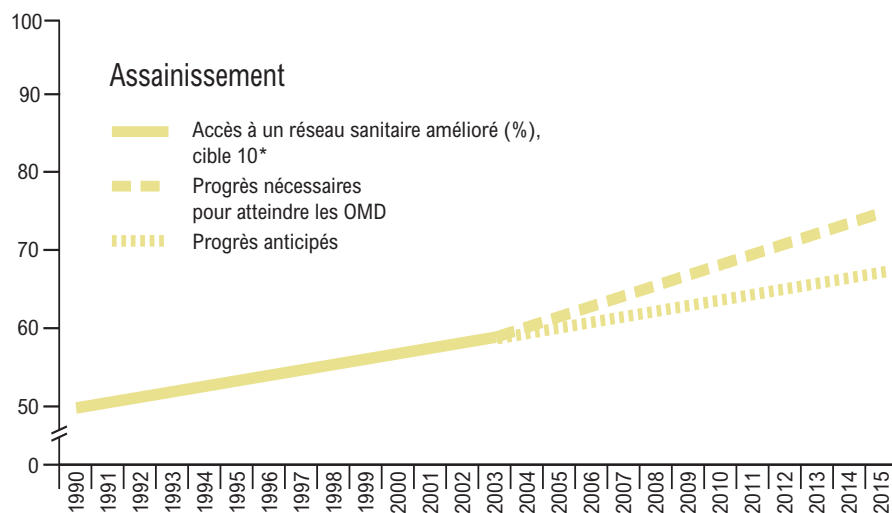
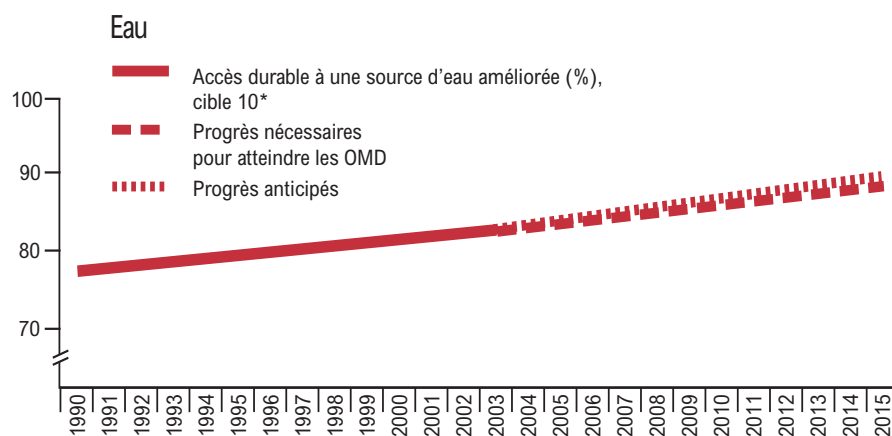
Malgré cela – et malgré la multiplication des déclarations et des conférences internationales ces dernières années – les services essentiels ne sont toujours pas adaptés aux besoins des femmes et dans ce sens, c'est la société toute entière qui en pâtit. Partout dans le monde en développement, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de tomber malades mais moins susceptibles de recevoir un traitement médical. On attend d'elles qu'elles soient 'disponibles, prêtes et moralement obligées'⁵ à soigner les autres membres de leur famille lorsqu'ils sont malades. Les fillettes sont bien trop souvent les dernières à être envoyées à l'école et les premières à en être retirées quand l'argent fait défaut, ou elles ne peuvent tout simplement pas y aller parce que l'école n'est pas équipée de latrines. Et c'est – presque toujours, et presque partout – les filles et les femmes qui passent une grande partie de leur journée à transporter des seaux d'eau sur de longues distances.

Cet échec généralisé à assurer la prestation de services essentiels décents, qui puissent bénéficier aux femmes et aux filles tout autant qu'aux hommes et aux garçons, sabote fondamentalement toute perspective de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (voir Graphique 1).

Partout dans le monde en développement, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de tomber malades mais moins susceptibles de recevoir un traitement médical.

Graphique 1: manquer la cible : progrès mondiaux vers la réalisation des OMD





(Source: Division des statistiques des Nations unies, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp).

Les sources d'eau et l'assainissement sont considérés comme 'améliorés' selon une liste de critères fixés par les Nations unies (par exemple s'il existe dans les foyers une connexion directe au système d'adduction d'eau ou si une latrine a été creusée).

Plus d'un milliard de personnes vivent toujours sans eau potable.

Eau et assainissement : encore loin du compte

Les engagements internationaux envers la réalisation des OMD perdent toute crédibilité lorsqu'on les compare à la situation actuelle en matière d'approvisionnement en eau et d'installations sanitaires. Dans la plupart des régions, l'engagement international visant à réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable est loin d'être atteint. Au total, 210 millions de personnes en resteront privés.⁶ Sur la base des progrès actuels, l'Afrique ne réussira pas à atteindre cet objectif avant 2105. Une personne sur trois dans le monde n'a pas accès à des toilettes ou des latrines et, contrairement aux promesses internationales, ce nombre est en augmentation.⁷ Aujourd'hui plus d'un milliard de personnes vivent toujours sans eau potable.⁸

Les maladies hydriques font trois millions de victimes par an,⁹ et les jeunes enfants sont les plus touchés : la diarrhée, une maladie provoquée par l'eau insalubre, est le plus grand tueur d'enfants de moins de cinq ans dans les pays pauvres, causant la mort de 4000 enfants chaque jour.¹⁰ Les femmes et les filles sont particulièrement touchées par le manque d'eau potable et de latrines : elles sont nombreuses à devoir faire plus de 6 km par jour pour aller chercher de l'eau,¹¹ ou à devoir attendre toute la journée pour pouvoir faire leurs besoins dans les champs ou les bois, où elles courent le risque d'être harcelées sexuellement.

Atteindre l'OMD en matière d'accès à l'eau potable coûterait 4 milliards de dollars par an pendant dix ans – c'est-à-dire plus ou moins l'équivalent des dépenses mensuelles en eau minérale en Europe ou aux Etats-Unis.¹² Et cela pourrait en outre représenter une économie d'argent : pour chaque dollar investi, ce sont 3 ou 4 dollars qui seront économisés en dépenses de santé ou en gains de productivité.¹³ Ne pas fournir l'eau et l'assainissement nécessaires représentera pour les pays en développement, une perte de 84 milliards de dollars par an en vies humaines, en perte de productivité, en augmentation des coûts de santé et en réduction des chances de scolarisation.¹⁴

Santé : des inégalités qui persistent

Au cours des dix dernières années, les progrès pour atteindre les objectifs internationaux en matière de santé, ont été lents et isolés. Pourtant, des technologies peu coûteuses pourraient sauver la vie des 11 millions d'enfants qui chaque année meurent en raison de la malnutrition ou encore de maladies pourtant évitables comme la rougeole et la diarrhée.¹⁵

Au même moment, le VIH/Sida a infligé des revers sans précédent au développement humain – 40 millions de personnes sont maintenant séropositives. 3 millions de morts lui ont été imputables en 2005, ainsi que des millions d'orphelins,¹⁶ et les systèmes de santé ont des difficultés à faire face à l'afflux de patients, les femmes prenant de plus en plus le relais dans les communautés. En Afrique subsaharienne, 57% des adultes qui vivent avec le VIH/Sida sont

des femmes¹⁷ et ce sont également les jeunes femmes qui représentent une part particulièrement élevée des nouveaux cas d'infections par le VIH. Dans certains contextes, le mariage représente un risque accru d'infection – en Thaïlande, 75% des femmes malades du VIH/Sida ont probablement été contaminées par leur mari.¹⁸

Certains progrès ont été accomplis : en 1990, seulement 41% des femmes des pays en développement étaient suivies pendant leur accouchement par une infirmière ou une sage-femme qualifiée. En 2003, ce pourcentage est passé à 57%¹⁹ mais ce progrès exclut malheureusement les jeunes mères d'Afrique subsaharienne. De manière générale, les mauvaises nouvelles l'emportent sur les bonnes. Les femmes dans les pays en développement ont toujours une chance sur 61 de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Dans les pays développés, le ratio est de une chance sur 2800.²⁰

Environ 100 millions d'enfants ne sont toujours pas scolarisés – 18% de la population mondiale en âge d'aller à l'école primaire.

Education: des signes encourageants

S'il y a des raisons d'espérer en ce qui concerne les services essentiels, il faut les chercher dans les progrès réalisés au cours des 15 dernières années dans la scolarisation des jeunes enfants. Toutes les régions (à l'exception de l'ex-Union Soviétique) ont vu une augmentation significative de la scolarisation dans le secteur primaire, en particulier en Amérique Latine, aux Caraïbes et en Afrique du Nord.²¹ En Afrique subsaharienne également, le taux de scolarisation a rapidement augmenté. Même certains pays parmi les plus pauvres d'Afrique – l'Erythrée, la Guinée, le Malawi et le Tchad – ont réussi à augmenter de plus de 50% leur taux de scolarisation, alors même que leur point de départ était extrêmement bas.²²

L'élan international a été crucial pour aboutir à ces résultats. Le droit à l'éducation primaire universelle et gratuite, inscrit dans les déclarations depuis de nombreuses décennies,²³ est enfin devenu une réalité grâce à une vision mondiale concertée à l'égard de la scolarisation universelle : l'initiative 'éducation pour tous'.²⁴ Cette initiative a bénéficié d'un soutien important – bien que partiel – qui a été mobilisé à la fois par les gouvernements des pays pauvres qui ont donné une place plus prépondérante à l'éducation dans leurs budgets nationaux, et par les pays donateurs, qui ont réussi à mieux coordonner l'aide au développement grâce à l'Initiative de mise en oeuvre accélérée.²⁵ Les campagnes menées par de nombreuses coalitions de la société civile partout dans le monde se sont avérées indispensables pour garantir la transposition de ces plans et ces ressources financières en éducation universelle et gratuite pour les enfants.

Il reste toutefois des enjeux considérables. Environ 100 millions d'enfants ne sont toujours pas scolarisés – 18% de la population mondiale en âge d'aller à l'école primaire²⁶ – et les OMD relatifs à l'éducation primaire universelle ne seront pas atteints si la tendance actuelle se poursuit. Beaucoup de ces jeunes sont des filles qui vivent à la campagne et qui doivent

travailler dans les champs ou aider à la maison, ou qui se retrouvent brusquement à la tête de leur famille quand leurs parents décèdent du sida. Certains de ces enfants appartiennent à des communautés indigènes ou des minorités ethniques qui ne comprennent pas toujours la langue parlée pendant les cours. D'autres peuvent avoir un handicap qui demande un équipement que l'école est incapable de fournir. Tous ont droit à une éducation, et de ce fait droit aux politiques qui rendront l'éducation accessible pour eux.

Pourtant, même dans les pays où la majorité des enfants a commencé à aller à l'école, les gouvernements ont du mal à les y faire rester. Les taux d'achèvement – c'est-à-dire le pourcentage d'enfants allant au bout de la dernière année de l'école primaire – sont désespérément bas dans de nombreux pays. Seule la moitié des garçons et encore moins de filles terminent leurs études primaires en Afrique subsaharienne. Ceci signifie qu'une fille de 16 ans en Afrique a normalement à son actif moins de trois ans de scolarité.²⁷

L'une des raisons est souvent la qualité de l'éducation qui leur est offerte. De nombreuses écoles manquent de livres et d'instituteurs pour s'occuper de tous les enfants ou utilisent des programmes scolaires qui ne sont pas adaptés aux besoins des communautés locales. Trop d'instituteurs démoralisés enseignent de manière mécanique plutôt que d'impliquer les enfants dans un apprentissage actif. Les filles rapportent souvent qu'elles se sentent intimidées ou humiliées par la culture qui prévaut dans les salles de classe. Un tel environnement scolaire ne peut pas doter les élèves des compétences dont ils auront besoin dans leur vie adulte et n'offre guère d'attrait aux enfants qui doivent marcher pendant des heures tous les jours pour aller à l'école. Seule une nette amélioration de la qualité des systèmes d'éducation pourra augmenter et stabiliser les taux de scolarisation et d'achèvement.

L'ampleur des progrès accomplis dans la scolarisation des enfants dans le secteur primaire montre qu'ils sont possibles lorsque l'engagement politique est soutenu par un financement national et international. Mais quelles sont les solutions exactes à mettre en œuvre et pourquoi ne sont-elles pas systématiquement appliquées ?

2.

Quelle solution ?

**L'argument en
faveur de services
publics universels**



2.

Quelle solution ? L'argument en faveur de services publics universels

« Mon fils avait de la température et une diarrhée. Il n'arrêtait pas de vomir, mais à la Mascota, ils ne voulaient pas l'aider, ils m'ont renvoyée. C'est pour ça que je suis venue directement ici et le docteur l'a immédiatement hospitalisé, sinon mon fils serait mort. Ici nous n'avons pas besoin de payer. C'est un hôpital public spécialement pour les enfants et les femmes enceintes ».

Julisa Ramirez, Service de santé infantile et maternelle, Hôpital Fernando Velez Paiz, Nicaragua

« La fourniture d'une éducation de base, la présence d'installations médicales élémentaires, la disponibilité de ressources [comme l'eau]... ces facilités qui n'ont rien à voir avec le marché demandent une action publique circonspecte et déterminée ».

Amartya Sen, Development as Freedom

Plus d'un tiers de la population du Sri Lanka vit avec moins de deux dollars par jour, mais les taux de mortalité maternelle dans ce pays sont parmi les plus bas du monde. Au cours des années 1990, le nombre des décès maternels a diminué de moitié, passant de 520 à 250 par an, pour une population de 18 millions d'habitants. Aujourd'hui, plus de 96% des accouchements sont suivis par une sage-femme qualifiée et plus de 90% d'entre eux ont lieu dans un centre de santé. Comment ce pays y est-il parvenu? En fournissant des services publics de santé accessibles gratuitement – ce qui est indispensable pour en ouvrir l'accès aux personnes démunies – et en créant un nombre important de centres de soins : presque chaque habitant se trouve aujourd'hui à moins de 1,5km du centre de santé le plus proche. Ces mesures ont été fortement appuyées par des politiques éducatives qui financent la gratuité de l'éducation pour les filles jusqu'au niveau universitaire, conduisant à une augmentation de la moyenne d'âge de mariage et du taux d'alphabétisation des femmes adultes actuellement à 88%.²⁸

Si les revenus comptent, la qualité des politiques compte tout autant

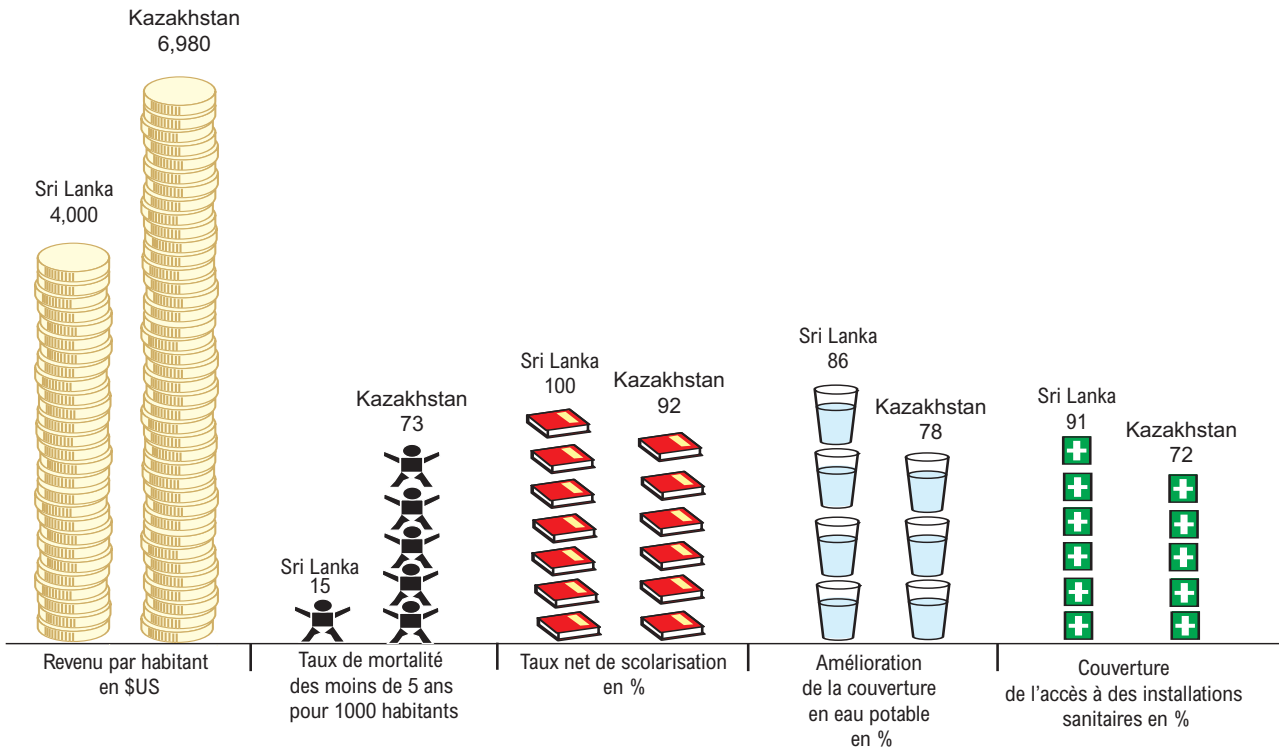
De nombreux autres pays – y compris des pays pauvres – ont fait d'énormes progrès en terme de bien-être social. Afin de parvenir à évaluer la performance des gouvernements en terme de fourniture des services essentiels, Oxfam a mis au point un Index des Services Essentiels. Cet index classe les pays en fonction de leurs performances dans quatre domaines sociaux – taux de survie des enfants, scolarisation, accès à l'eau potable et accès à des installations

Page opposée

Hoang Zuan (sept ans) lisant à haute voix pendant la classe à l'école primaire de Ky Hai, Vietnam

sanitaires – et compare cette performance à leur revenu national par habitant.²⁹ Les comparaisons effectuées montrent que certains gouvernements obtiennent systématiquement des résultats qui excèdent de loin leurs moyens. Le Sri Lanka dispose d'un revenu par habitant qui ne représente que 60% de celui du Kazakhstan (4 000 dollars par an comparés à 6 980) mais un enfant du Kazakhstan a pratiquement 5 fois plus de chances de mourir au cours de ses cinq premières années qu'un enfant au Sri Lanka, et il est beaucoup moins susceptible d'aller à l'école, de boire de l'eau potable ou de pouvoir utiliser des latrines (voir Graphique 2).

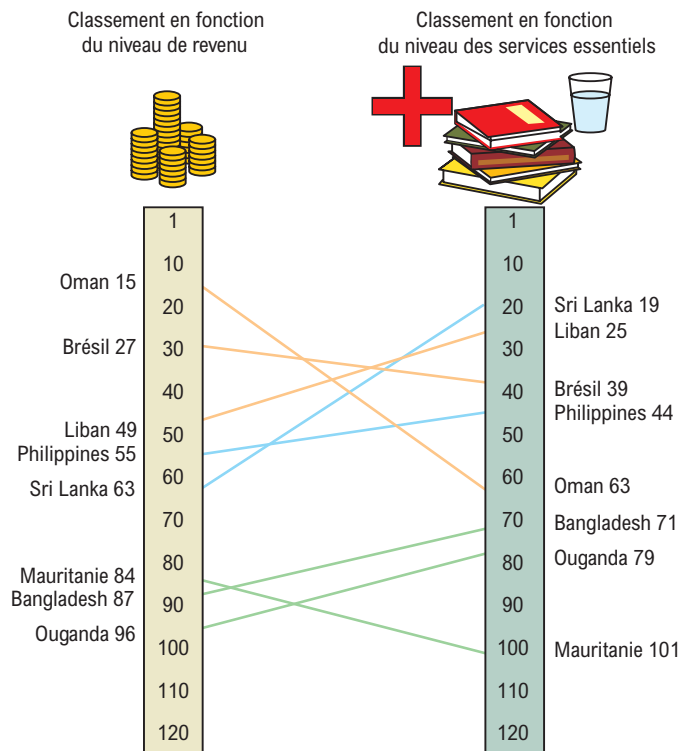
Graphique 2 : le Sri Lanka : moins de revenus que le Kazakhstan, mais une population en meilleure santé et mieux éduquée



(Source: Essential Services Index, Oxfam²⁹)

Ces variations du rapport performance/revenu se retrouvent à tous les niveaux de revenus. Comme le montre le Graphique 3, la performance des pays tels que le Sri Lanka, les Philippines, l'Ouganda et le Bangladesh est bien supérieure à celle que l'on était en droit d'attendre de leur part, alors que les niveaux de bien-être social dans des pays comme le Brésil, Oman et la Mauritanie sont bien inférieurs à ce que pouvaient faire espérer leurs revenus par habitant. Sans aucun doute, la richesse compte, mais l'action des gouvernements également.

Graphique 3 : des niveaux de revenus plus élevés ne signifient pas nécessairement de bons résultats



(Source: Essential Services Index, Oxfam²⁹)

La croissance économique ne détermine pas non plus la performance – même si elle est certainement nécessaire sur le long terme. Les pays performants n’ont pas attendu d’être riches pour investir dans les services essentiels. En effet, il est notoire que les économies des ‘tigres’ en Asie de l’Est ont investi dans leurs services essentiels *avant* leur décollage économique.

Lorsque les gouvernements font le bon choix : apprendre à partir des succès

Il convient d’étendre considérablement la prestation des services essentiels au cours de la prochaine décennie si l’on veut réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Il faut embaucher des millions d’enseignants et de personnels soignants supplémentaires dans les centaines de milliers d’écoles et de centres de santé qui seront construits dans le monde entier. Il faut également installer des systèmes de tout à l’égout, des puits, des robinets et des toilettes, avec les ingénieurs pour s’en occuper.

La question cruciale est de savoir comment il est possible de réaliser au mieux cette extension. Pour répondre à cette question, nous avons besoin de nous pencher sur les expériences des pays – développés et en développement – qui ont réussi l’expansion de leurs services essentiels. Cette partie du rapport s’attache à démontrer que la clé du succès réside dans l’action gouvernementale quant au financement, la coordination et la prestation de ces services essentiels. Les gouvernements doivent agir parce que la prestation des services laissée à l’initiative du marché ne peut être une solution pour les populations démunies.

L’argument en faveur d’une action gouvernementale

Il existe des arguments sociaux et économiques très convaincants pour laisser la responsabilité de l’organisation des services essentiels aux gouvernements plutôt que de s’en remettre à l’initiative des particuliers ou les financer par l’entremise du marché.³⁰

Premièrement, des gens en bonne santé et instruits contribuent au bien-être social et économique de toute la population, en plus des bénéfices qu’en retirent les particuliers sur le plan de la santé et du statut économique. Guérir une maladie contagieuse comme la tuberculose ne bénéficie pas seulement au patient, mais à tous ceux qui auraient pu être contaminés. Améliorer le niveau d’éducation des filles profitera à la prochaine génération. Le marché et les mécanismes des prix ne reflètent pas la valeur réelle de ces ‘biens publics’ dans la mesure où ils encouragent les particuliers à financer des services qui leur profitent personnellement plutôt qu’à la société toute entière.

Deuxièmement, les citoyens ne disposent pas toujours de toutes les informations indispensables pour faire des choix éclairés quant aux services dont ils ont besoin et aux

fournisseurs qui devraient en assurer la prestation. C'est un point particulièrement important dans le secteur de la santé où il est facile à un prestataire de services d'induire en erreur les patients et de les faire payer pour des soins inappropriés ou superflus. L'action gouvernementale est nécessaire pour informer les gens sur les bienfaits des précautions sanitaires, même élémentaires comme le lavage des mains.

Troisièmement, les habitants des pays pauvres, particulièrement en milieu rural, ont rarement le choix du prestataire, qu'il s'agisse d'écoles, de centres de santé ou d'approvisionnement en eau. Bien souvent le simple fait d'avoir accès à ces services est une chance. Ce qui veut dire que la concurrence, moteur de l'efficacité dans une économie de marché, est absente. Les gouvernements en général peuvent bénéficier de taux d'emprunts plus avantageux que ceux offerts au secteur privé, ce qui facilite le financement d'investissements en capital importants comme un réseau urbain d'assainissement.

Abandonner à la loi du marché les services essentiels comme l'éducation, creuse les inégalités dans la mesure où les personnes démunies sont moins à même de payer ces services. Compte tenu de la forte corrélation qui existe entre l'éducation et les revenus futurs, ces inégalités sont transmises de génération en génération, les familles démunies ne pouvant offrir à leurs enfants des conditions de vie plus décentes pour démarrer dans la vie.

Finalement, l'accès à des services essentiels de bonne qualité est un droit humain dont personne ne devrait être privé uniquement parce que l'argent lui fait défaut. Les gouvernements sont les porteurs de responsabilité et c'est à eux qu'il incombe de garantir que leurs citoyens jouissent pleinement de leurs droits humains.

Ces arguments démontrent la nécessité d'une action publique pour organiser les services essentiels, sans préciser qui devraient les fournir. Cependant, comme la section suivante se chargera de l'expliquer, les expériences passées et actuelles montrent que l'intervention publique est un élément-clé des services essentiels.

L'intervention de l'Etat a été un élément incontournable des progrès accomplis dans les pays développés

Au XIX^{ème} siècle, les gouvernements des pays riches ont dû intervenir pour faciliter le développement des services publics.³¹ En Grande Bretagne, l'inefficacité, les coûts et la corruption qui sévissaient dans le secteur privé de l'approvisionnement d'eau a conduit à la création de systèmes publics de distribution d'eau et d'assainissement.³² En Allemagne, le système national de santé a regroupé une multitude de régimes d'assurance sous un seul système équitable. L'instruction publique obligatoire a été étendue à l'ensemble de l'Europe, de l'Amérique du Nord et du Japon au début du XX^{ème} siècle et ces Etats-providence ont connu un nouvel essor après la deuxième guerre mondiale.

A l'aube du XX^{ème} siècle, le Royaume Uni était au premier rang des nations industrialisées. Cependant à cette époque, l'espérance de vie y était comparable à celle qui s'observe en Afrique aujourd'hui. De larges programmes publics ont été des facteurs déterminants de la rapide amélioration de l'espérance de vie au cours du siècle dernier.

A l'aube du XX^{ème} siècle, le Royaume Uni était au premier rang des nations industrialisées. Cependant à cette époque, l'espérance de vie y était comparable à celle qui s'observe en Afrique aujourd'hui. De larges programmes publics, particulièrement dans le domaine sanitaire mais aussi de la santé et de la nutrition ont été des facteurs déterminants de la rapide amélioration de l'espérance de vie au cours du siècle dernier.

Les conséquences de l'inaction gouvernementale sont manifestes aux Etats-Unis, seul pays riche à ne s'être toujours pas doté d'un système universel d'assurance maladie. Son système, un mélange de régimes privés d'assurances gérés par les employeurs et de services de santé publics limités, produit des inégalités extrêmes. En 2003, un tiers de la population américaine se trouvait en dessous du seuil de pauvreté et sans assurance maladie. L'Institut de médecine³³ estime que 18 000 Américains meurent prématurément chaque année parce qu'ils ne sont pas pris en charge par une assurance maladie. C'est un système qui non seulement est injuste mais également très inefficace : les dépenses de santé des Etats-Unis représentent un pourcentage de leur PNB plus élevé que pour toute autre nation, et pourtant le taux de mortalité infantile y est plus élevé que dans beaucoup d'autres pays industrialisés.³⁴

L'intervention de l'Etat a également contribué à étayer les succès dans les pays en développement

Au cours des dernières décennies, de nombreux pays en développement ont accompli des progrès extraordinaires. En l'espace d'une génération, ils ont enregistré des avancées dans les domaines de la santé et de l'éducation que les pays industrialisés ont mis 200 ans à réaliser. Ces 'percées' ont permis au Botswana, au Zimbabwe, à l'île Maurice, au Sri Lanka, à la Corée du Sud, à la Malaisie, à la Barbade, au Costa Rica, à Cuba et à l'Etat de Kerala en Inde³⁵ de réduire la mortalité infantile de 40 à 70%, suivant les cas, en l'espace d'une dizaine d'années.³⁶ Dans tous ces pays, les taux de scolarisation des filles et des garçons approchent les 100%, et cela avec des dizaines d'années d'avance sur d'autres pays en développement.³⁷ Ces progrès ont depuis été sapés au Zimbabwe par la crise économique et politique, et au Botswana par les ravages du VIH/Sida. Mais ces exemples montrent qu'il est quand même possible aux pays pauvres de faire des progrès rapides.

Avant le démantèlement de l'Union soviétique, les services publics comme les soins médicaux gratuits avaient considérablement augmenté la qualité de vie, en particulier dans les républiques les plus pauvres d'Asie centrale.³⁸ Dans les pays de l'Asie de l'Est, l'importance d'une corrélation entre l'accès équitable aux prestations sociales, la réduction de la pauvreté et la croissance économique a été reconnue très tôt. Le gouvernement indonésien, par exemple, a procédé à une expansion massive de l'éducation publique dans les années 1970 et gère maintenant 150 000 écoles primaires, représentant 85% des enfants scolarisés.³⁹

Au début des années 1980, le Nicaragua faisait passer l'alphabétisation des adultes de 47 à 87% et l'accès des soins de santé de 25 à 70% de la population, dans le cadre d'un programme

majeur d'investissement public entrepris dans le sillage de la révolution sandiniste.⁴⁰ De la même manière, en 1982 une enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur les services de santé au Mozambique, révélait que 81% des enfants étaient suivis par un travailleur de santé à la suite de l'augmentation massive des centres de santé publique en zone rurale supervisée par le gouvernement du Frelimo (24 ans plus tard, ce chiffre représente toujours une réussite exceptionnelle en Afrique).

Les leçons à tirer du succès de certains pays en développement

L'étude des différentes politiques qui étaient les succès des pays en développement montre que malgré des différences d'approches, les mesures adoptées révèlent de nombreuses similarités.⁴¹ Le facteur déterminant a été l'action concertée des gouvernements dans l'organisation et la prestation des services publics universels ; qu'il s'agisse du régime socialiste de Cuba ou capitaliste de la Corée du Sud.⁴² Les gouvernements ont mis sur pied des services essentiels financés par des impôts progressifs et des dépenses prioritaires, et assurés par des systèmes publics bien structurés, gratuits ou fortement subventionnés pour les personnes les plus vulnérables – et dans tous les cas orientés vers les besoins des femmes et des filles.

Dans les pays qui sont parvenus à assurer la prestation des services essentiels, la grande majorité de la population a utilisé les services fournis par l'Etat.

Pression de la société civile et volonté politique affirmée

Les pays en développement performants ont tous compté sur un degré élevé d'engagement politique de la part de leurs élites au pouvoir et des classes moyennes pour améliorer le bien-être général de la population et notamment des plus pauvres. Combattre la pauvreté était devenu un enjeu politique. La population de la Barbade par exemple, a commencé à revendiquer le progrès social dès les années 1930. Les services de santé et d'éducation sont devenus un enjeu électoral pour les différents partis politiques dès la mise en place d'élections multipartites dans les années 1950. Au Nicaragua et au Mozambique, l'expansion des services publics a tenu une place importante dans la révolution et la lutte d'indépendance dans ces pays. Les raisons de l'engagement des classes moyennes et des élites varient d'un pays à l'autre et peuvent être d'ordre moral ou idéologique, ou provenir d'un intérêt éclairé. Cependant, les grandes revendications populaires auxquelles les dirigeants se sont efforcés de répondre, constituent le fil rouge que l'on retrouve en filigrane à l'origine de la plupart des grandes réussites en matière de progrès social.

Universellement accessibles, publiquement fournis

Dans les pays qui sont parvenus à assurer la prestation des services essentiels, la grande majorité de la population a utilisé les services fournis par l'Etat et seuls les plus riches ont opté pour des soins de santé ou des écoles privés. L'Etat assurait l'éducation primaire et l'universalité des services de santé non ciblés, financés par les deniers publics.⁴³ Ces politiques étaient logiques du point de vue économique (et elles le sont toujours aujourd'hui) dans des

L'enseignant
Richard Machibya
et sa classe
de mathématique en
élémentaire 2
à Shinyanga,
Tanzanie



Jenny Matthews/Oxfam

pays où la pauvreté était tellement répandue que les personnes démunies constituaient la majorité de la population.

Dans de nombreux pays, l'amélioration des services dans les secteurs de la santé et de l'éducation s'est traduite par la consolidation d'une offre alors fragmentée entre prestataires publics et privés à but lucratif ou non. Typiquement, les gouvernements performants ont cherché à intégrer les fournisseurs non étatiques aux systèmes de prestation publics afin que ces acteurs privés s'inscrivent dans la complémentarité des services publics plutôt que de s'y substituer. Dans l'Etat de Kerala (Inde), en Malaisie et à la Barbade, les gouvernements ont financé les coûts d'exploitation des écoles privées et des écoles religieuses et les ont régulièrement inspectées et contrôlées afin de garantir le maintien des normes de qualité.⁴⁴

Un accès gratuit

« Je pense que nous avons beaucoup de bonnes choses dans notre pays. Les écoles sont totalement gratuites ; l'éducation à Cuba est à la fois gratuite et de bonne qualité. Nous ne payons absolument rien ».

Leonor Diaz, mère d'un enfant d'âge scolaire, Cuba

L'abolition de la tarification aux usagers dans le secteur de la santé et de l'éducation a conduit à une augmentation massive de la scolarisation et de la demande des services de santé dans tous les pays. Pour des pays qui venaient de gagner leur indépendance, il s'agissait également d'une

déclaration politique, une manière de signaler que l'accès aux services essentiels était un droit humain fondamental. L'introduction de l'éducation gratuite en Tanzanie et dans de nombreux autres pays africains dans les années 1960 a joué un rôle important dans la définition des droits des citoyens, après que les pays se furent libérés du joug colonial. De la même façon, dans la majorité de ces pays, l'accès aux services de santé était gratuit – ou pratiquement – pour les personnes défavorisées.

Une étude financée par le gouvernement britannique comparant les systèmes de santé à travers l'Asie⁴⁵ a révélé que dans les pays à faible revenu, les systèmes de santé qui répondaient le mieux aux besoins des démunis étaient ceux qui fournissaient des services universels gratuits ou pratiquement gratuits. Lorsque la tarification aux usagers a été réintroduite au Zimbabwe dans le cadre de la politique d'ajustement structurel, les conséquences sur l'accès des personnes démunies aux services ont été catastrophiques. Certains pays avaient introduit des subventions additionnelles pour réduire la facture des ménages, comme des repas scolaires gratuits à Kerala, au Sri Lanka, au Zimbabwe, à la Barbade, au Costa Rica et à Cuba.

Eau et assainissement : abordable et disponible

Les pays performants ont fait de la prestation des services d'eau et d'assainissement une priorité.⁴⁶ Au Costa Rica par exemple, l'approvisionnement en eau, la construction de latrines et la promotion des pratiques hygiéniques sont allés de pair avec l'extension des services de santé ruraux. Le gouvernement du Botswana a investi dans un programme majeur de forage des nappes souterraines et de construction d'un réseau de distribution peu de temps après l'indépendance en 1966 ; ce qui lui a permis de réaliser, dès les années 1990, l'accès quasi universel à l'eau potable. Le gouvernement a financé la construction de latrines familiales en milieu rural et investi dans des programmes d'éducation et de promotion de l'hygiène.

Investir dans les personnels enseignants et soignants, et desservir les zones rurales

Des augmentations massives en ressources humaines ont été au cœur d'une bonne prestation des services publics dans les pays pauvres. Les pays qui y sont parvenus ont investi des sommes considérables pour former et embaucher des travailleurs de première ligne – instituteurs, personnels soignants, techniciens de l'approvisionnement en eau. Le Brésil a encore beaucoup de chemin à parcourir pour améliorer la santé des enfants. Mais il a réussi à approcher le taux net de 100% de scolarisation des filles et des garçons dès 1997 en instituant des réformes nationales de grande envergure afin d'améliorer les qualifications et la formation des enseignants tout en leur offrant des primes liées à la performance et des augmentations salariales assorties de généreuses prestations de retraite.⁴⁷ Le fait que l'Ouganda ait réussi à pratiquement doubler son taux de scolarisation net, passant de 54% en 1991 à plus de 90% en 2000, s'explique par la mise en oeuvre de réformes fondamentales parmi lesquelles une augmentation du salaire des enseignants qui est passé de 8 à 72 dollars par mois dès 1997.⁴⁸

Dans les pays à faible revenu, les systèmes de santé qui répondaient le mieux aux besoins des démunis étaient ceux qui fournissaient des services universels gratuits ou pratiquement gratuits.

Les gouvernements sont également parvenus à doter en effectifs les écoles situées en zone rurale, souvent en imposant aux personnels formés par l'Etat d'aller y travailler. Au Sri Lanka, tous les instituteurs sont obligés d'enseigner 3 à 4 ans dans les « écoles difficiles ». Par ailleurs, un projet de déploiement des enseignants a mis en place un « plan d'égalisation des effectifs » qui pénalise les provinces employant un nombre excessif d'enseignants et fournit des ressources aux provinces confrontées à la pénurie de personnel.⁴⁹ En Gambie, le gouvernement est en train de construire de nouveaux logements dans les endroits isolés et de mettre en place un « plan de crédit logement » pour le corps enseignant afin d'aider les enseignantes à se loger dans des conditions décentes.⁵⁰

Le Nicaragua, la Chine, le Zimbabwe et Cuba ont formé des milliers de personnels soignants et de « médecins aux pieds nus » pour fournir des soins de santé préventive et une éducation sur l'hygiène dans les villages. Au Nicaragua, des milliers de bénévoles ont participé à une campagne nationale d'alphabétisation qui a remporté un grand succès. Au Zimbabwe, des logements ont été fournis aux travailleurs de santé ruraux, ce qui a eu pour effet de réduire radicalement le nombre des postes vacants en milieu rural pour couvrir les services essentiels. Kerala et le Sri Lanka ont énormément compté sur le recrutement et l'embauche de sages-femmes dans leurs communautés d'origine.

Renforcer la capacité de l'Etat à fournir des services essentiels sur le long terme

Tous les pays performants ont fortement investi dans le développement de l'infrastructure et dans l'amélioration des capacités publiques à planifier, réaliser et coordonner les réformes. Les dépenses publiques ont financé en priorité les services essentiels tandis que les gouvernements poursuivaient une fiscalisation progressive en mobilisant les ressources auprès des secteurs les plus riches de la société en vue de financer des services pour les plus démunis. A l'exception de la Corée du Sud, les pays performants ont consacré aux secteurs de la santé et de l'éducation⁵¹ des montants supérieurs à la dépense moyenne constatée dans les autres pays de la région. Les budgets gouvernementaux ont financé en priorité les programmes sociaux : au Costa Rica, ces programmes commandaient jusqu'à 50% du budget, et à Kerala, les dépenses des secteurs de la santé et de l'éducation représentaient environ 40% du budget de l'Etat. Les services de base étaient prioritaires, comme l'éducation primaire par exemple, recevant entre un quart et la moitié du total des dépenses d'éducation.

L'amélioration des services dans les pays hautement performants a exigé une expansion considérable des infrastructures financées par les deniers publics, particulièrement dans les zones rurales. Le Botswana et l'île Maurice, par exemple, avaient tous deux hérité à leur indépendance de structures sanitaires s'articulant autour de petits hôpitaux. Mais les constructions publiques et les programmes de formation ont permis de doubler le nombre de centres de santé si bien que dans les années 1980, au moins 80% de la population se trouvaient à moins de 15 km d'un centre de santé.

Cet investissement a été soutenu par l'aide internationale. Pratiquement toutes les routes, les écoles et les centres de santé construits au Botswana durant les années 1960 et 1970 ont été financés en grande partie par des donateurs, dans le cadre d'un plan de développement national coordonné. Le Costa Rica a reçu 3,4 milliards de dollars entre 1970 et 1992, principalement des Etats-Unis, et c'est cet argent qui lui a permis de financer ses dépenses sociales pendant la crise économique des années 1980. La Corée du Sud et Cuba ont bénéficié d'une aide étrangère directe des Etats-Unis et de l'Union soviétique. Elle n'a pas toujours été directement investie dans les secteurs de la santé et de l'éducation, mais a permis de libérer des ressources sur d'autres lignes budgétaires ensuite réinvesties dans les services essentiels. Il est important de noter que cette aide n'a pas affaibli la capacité décisionnaire des pays récipiendaires et ne les a pas empêché de prendre leurs propres décisions quant au meilleur moyen de fournir les services publics.

Investir dans les femmes rend les services plus équitables et la société plus égalitaire

Dans les pays performants, la prestation des services publics a contribué à l'instauration d'une société plus équitable, en tentant de répondre particulièrement aux besoins des femmes et des filles. Les gouvernements ont poursuivi l'équité de genre à la fois dans les niveaux d'éducation et dans les conditions d'emploi : au Botswana, au Zimbabwe, à l'île Maurice, au Sri Lanka, en Corée du Sud, en Malaisie, à la Barbade, au Costa Rica, à Cuba et en Inde dans l'Etat de Kerala, le nombre de femmes et de filles qui ont bénéficié d'une éducation était plus élevé que la moyenne régionale. Un nombre important de femmes dans le corps enseignant et parmi le personnel soignant a encouragé d'autres femmes à utiliser ces services. Toutes ces mesures ont été étayées par des actions gouvernementales destinées à renforcer le statut social des femmes et leur autonomie. A l'île Maurice, à Cuba et en Afrique du Sud, une nouvelle législation a garanti les droits fonciers des femmes à la propriété ou l'héritage ainsi que leur protection contre les violences et la discrimination.

Des efforts particuliers pour répondre aux besoins des plus pauvres

Les pays performants ont fait des efforts particuliers pour atteindre les personnes démunies en élargissant les services primaires dans les communautés rurales. Dans tous ces pays, l'enseignement primaire se faisait dans la langue maternelle afin de faciliter l'apprentissage. Le Costa Rica a mis en place des programmes communautaires de vaccination des enfants, distribution de lait, construction de latrines, et a utilisé des critères géographiques de ciblage pour donner la priorité à la construction de centres de santé dans les zones défavorisées. Le gouvernement de l'Etat de Kerala en Inde a multiplié les facilités de soins dans la région déshéritée du Malabar en vue de réduire les inégalités régionales en matière de santé et implanter la moitié de ses lits d'hôpitaux en milieu rural. La Malaisie a mis en place un système à trois niveaux comprenant les centres de santé, les dispensaires, et les consultations

Le gouvernement de l'Etat de Kerala en Inde a multiplié les facilités de soins en vue d'implanter la moitié de ses lits d'hôpitaux en milieu rural.

assurées par des sages-femmes pour garantir un accès direct aux services de santé à la population rurale.

Les succès récents ont suivi une formule similaire

Les avancées accomplies plus récemment dans le domaine des services publics révèlent qu'une formule similaire à celle employée par les pays performants et que l'on vient de voir, avait été utilisée. Ces réussites sont basées sur de robustes systèmes publics, capables de garantir aux personnes démunies un accès universel et gratuit aux soins de santé, à l'éducation, et un accès subventionné aux services d'eau et d'assainissement, tout en étant mieux adaptés aux besoins des femmes et des filles.

En 2005, 160 000 Brésiliens avaient reçu des ARV, les taux annuels de mortalité imputable au Sida avaient diminué de plus de 50% et les taux d'hospitalisation de plus de 75%.

Ouganda : élargir l'accès aux écoles et aux cliniques

En Ouganda, le taux de scolarisation dans le secteur primaire a pratiquement doublé en dix ans, passant de 54% en 1991 à plus de 90% en 2000.⁵² Les écarts entre les sexes ont pratiquement été éliminés : une réussite époustouflante dans un pays à faible revenu émergeant à peine d'une guerre civile. Comment cela s'est-il passé ? En 1997, le gouvernement introduit la gratuité de l'école pour quatre enfants par famille. Il a augmenté le salaire des instituteurs, a intégré la problématique du genre au programme scolaire national et a encouragé les écoles à acheter des livres neufs et de meilleure qualité. Comment cela a-t-il été financé ? En réduisant le budget de la défense et en augmentant d'au moins 50% les fonds destinés à l'éducation.⁵³

Au cours des années 1990, les Ougandais payaient cher des services de santé fragmentés. Mais au cours de la campagne présidentielle de 2001, le président Yoweri Museveni a aboli l'accès payant dans tous les centres de santé gouvernementaux. La réponse publique a été phénoménale avec une augmentation de 84% des consultations dans toutes les cliniques du pays.⁵⁴ Les dispensaires des missions ont également été intégrés au système public et renforcés avec des fonds publics. Les plus grands bénéficiaires ont été les populations démunies des zones rurales pour qui les soins médicaux étaient hors de portée.⁵⁵

Brésil : améliorer l'accès à l'eau potable et fournir des traitements gratuits contre le VIH/Sida

Le Brésil a encore un long chemin à parcourir s'il veut redresser les considérables inégalités d'accès aux services qui existent dans le pays. Mais certaines initiatives gouvernementales commencent à faire bouger les choses. La Banque mondiale prédisait en 1994, qu'1.2 millions de Brésiliens seraient séropositifs en 2000.⁵⁶ Six ans plus tard, la prévalence de la maladie n'atteignait que la moitié de cette prévision, grâce à la promptitude de l'action gouvernementale. En 1996, le gouvernement brésilien a assuré la gratuité des traitements anti-rétroviraux (ARV) pour tous ceux qui en avaient besoin.⁵⁷ En 2005, 160 000 Brésiliens avaient reçu des ARV, les taux annuels de

mortalité imputable au Sida avaient diminué de plus de 50% et les taux d'hospitalisation de plus de 75%. Le budget annuel de ce programme se chiffre à 395 millions de dollars mais il a permis d'économiser plus de 2 milliards de dollars en coûts de santé depuis le début de l'épidémie.⁵⁸

Le taux de mortalité infantile le plus bas du Brésil se trouve dans la ville de Porto Alegre qui n'est pas, et de loin, la ville la plus riche. Comment cela s'est-il produit dans un pays où s'observe des inégalités considérables ? C'est largement dû au fait que le Service municipal de l'eau et de l'assainissement approvisionne en eau potable 99,5% des familles à un prix des plus bas dans le pays et qu'il traite 84% des eaux usées. Près de 70% de l'opération est sous-traitée à des entreprises privées qui utilisent des compteurs d'eau pour prélever les paiements. Les contrats que ces entreprises ont passé avec la municipalité garantissent l'équité sociale : les personnes démunies peuvent utiliser jusqu'à 10 000 litres d'eau par mois, mais payent seulement un forfait équivalent à une consommation de 4 000 litres.⁵⁹

Assainissement en Inde et eau potable en Malaisie

Récemment, en Inde, l'assainissement s'est amélioré grâce à la campagne « Assainissement Total » du gouvernement dont l'objectif est de mettre fin à la pratique de la défécation en plein air d'ici à 2010.⁶⁰ Le programme enregistre de réels succès en mettant en place de petites unités de production pour la fabrication des latrines, en offrant des mesures incitatives aux familles démunies pour la construction de toilettes et en dispensant une éducation sur l'hygiène en milieu scolaire.

En Malaisie dans l'Etat de Pulau Penang, la compagnie publique des eaux, PBAPP, parvient à approvisionner en eau 100% des résidents en milieu urbain et 99% des résidents en milieu rural (4 millions de personnes au total). Et cet approvisionnement est équitable : la compagnie a fixé un forfait de consommation familiale mensuelle pour les premiers 20 000 litres d'eau, ce qui permet un accès abordable à l'eau potable pour les consommateurs les plus pauvres. PBAPP est une compagnie nationalisée à responsabilité limitée et elle s'efforce d'allier l'efficacité commerciale aux objectifs sociaux.⁶¹ Elle emploie un personnel qui recherche l'excellence en terme de service public et se hisse aujourd'hui au niveau des meilleurs standards internationaux en matière de gestion qualitative, de respect du consommateur et de prise en compte du développement durable et de l'environnement.

Conclusion

Les expériences des pays performants sont une fenêtre d'espoir et une inspiration pour l'avenir. Elles montrent qu'il est possible d'obtenir des gains rapides et durables en terme de bien-être humain pour les personnes les plus pauvres, même lorsqu'un pays se trouve dans les premières phases de son développement. Elles démontrent également que la clé de ce succès réside dans des systèmes publics capables de garantir l'accès universel et gratuit aux services de santé et d'éducation et un accès subventionné aux services des eaux et de l'assainissement pour

les personnes démunies, tout en étant mieux adaptés aux besoins des femmes et des filles. Dans les pays les plus performants en la matière, les Etats sont les principaux prestataires de services. Même dans les cas où une part importante de la prestation des services est assurée par le secteur privé, le système ne peut fonctionner que si le gouvernement se charge de la coordination, du financement et de la réglementation des services. Il faut du temps pour développer les institutions, former le personnel et construire les infrastructures visant à assurer une prestation universelle des services essentiels. Mais avec un financement adéquat et prévisible, la volonté politique et le soutien technique, la réalisation de cet objectif vital est à la portée des pays les plus pauvres.

3.

**Lorsque les
choses tournent
mal :
négligence
gouvernementale au
Sud et promesses
non tenues au Nord**



3.

Lorsque les choses tournent mal : négligence gouvernementale au Sud et promesses non tenues au Nord

« Nous devons traverser trois criques pour rejoindre nos écoles. Ces criques se remplissent d'eau, jusqu'à 1 mètre 20 pendant la saison des pluies. Lorsque les pluies arrivent, nos mères craignent pour nos vies. »

Elèves d'école primaire à Kimarayag, Philippines⁶²

« Au centre de santé, ils sont énervés quand ils doivent vous soigner. Si vous n'avez pas d'argent, ils ne s'occupent pas de vous. Et si vous n'avez pas d'argent, alors quoi ? Eh bien, on vous laisse mourir ».

Marta Maria Molina Aguilar, mère d'un enfant malade, Nicaragua

« Après avoir payé l'électricité et l'eau et après avoir acheté à manger, il ne reste plus rien. Je ne peux pas survivre avec mon salaire. C'est pour ça que je fais des gardes de remplacement dans un hôpital privé à Lilongwe. Mais ce n'est pas une bonne chose. Nos méthodes de survie tuent le système ».

Dr. Matias Joshua, Hôpital du District de Dowa, Malawi

La section précédente cherchait à tirer un enseignement des réussites observées dans plusieurs pays. Mais pour chaque réussite comme celle du Sri Lanka, il existe bien d'autres pays pauvres où des millions de personnes ne peuvent pas payer une consultation médicale, où les filles de la famille n'ont jamais été à l'école et où les logements sont dénués de robinets ou de toilettes. Des pays comme le Yémen. Une femme au Yémen n'a qu'une chance sur trois de pouvoir apprendre à lire et à écrire.⁶³ Si elle a un bébé, elle n'a qu'une chance sur cinq d'être suivie par une sage-femme.⁶⁴ Si elle et son enfant survivent à l'accouchement, l'enfant aura une chance sur trois d'être mal nourri et une chance sur neuf de mourir avant son cinquième anniversaire.⁶⁵ Si cette femme vit dans une zone rurale, il est fort probable que sa famille ne puisse pas accéder aux services de base en matière de santé, d'eau potable et d'assainissement.⁶⁶

Les gouvernements dans les pays pauvres ont clairement l'obligation de fournir à leurs citoyens des services de santé, d'éducation, d'eau potable et d'assainissement. Ils devraient le faire non seulement parce qu'ils ont le devoir et la responsabilité de réaliser les droits humains de leurs citoyens, mais aussi parce que cela relève à long terme de l'intérêt national et économique. De nombreux gouvernements des pays pauvres ne sont simplement pas capables de le faire. La réalité pour la vaste majorité des personnes défavorisées vivant dans les pays en développement est que les services publics sont inexistantes ou excessivement chers ou encore souffrent d'une pénurie chronique d'effectifs. Les fonds dont disposent les gouvernements sont investis de façon

Toby Adamson/Oxfam



Il y a seulement une chance sur trois pour que Fatima, à Al Samsarah au Yémen, sache lire et écrire quand elle sera plus grande.

Page opposée

Chulucanas, Pérou.
Creuser pour avoir accès à l'eau.

« L'eau convient pour se laver mais elle n'est pas bonne à boire »

Juana Yorleque

disproportionnée dans des services comme les hôpitaux et les universités qui bénéficient principalement aux classes moyennes.

Le manque d'argent explique en partie ces échecs, mais l'absence d'engagement politique est aussi à blâmer. Les gains résultant après l'indépendance d'un investissement dans les services essentiels ont été progressivement entamés par les crises économiques qui se sont succédées dans les années 70 et 80. La dynamique des gouvernements pour une amélioration de la fonction publique s'est brisée, dans certains cas à jamais, et le contrat social a commencé à se distendre lui aussi lorsque les citoyens ont commencé à ne plus espérer grand chose de leurs gouvernements et à obtenir encore moins. Ce chapitre du rapport analyse tout d'abord les conséquences de cette négligence pour ensuite en aborder les causes.

Les héros du secteur public

« La pénurie d'infirmières est vraiment grave. On doit continuer à travailler même lorsqu'on est terriblement fatiguée. Mon poste dure de 16h à 7h30 le matin suivant. Cela fait 16 heures d'affilées. Nous sommes cinq dans le service de pédiatrie, et nous avons habituellement 200 à 300 enfants. Et je fais des remplacements pendant la journée quand il n'y a pas assez de personnel. Nous travaillons dur ; nous travaillons à la sueur de notre front . Et nous continuons – que pouvons-nous faire d'autre ? »

Sage-femme à l'hôpital de Lilongwe, Malawi⁶⁷

Dans de nombreux pays, lorsque les fonds ou l'engagement gouvernemental fait défaut, les services publics sont maintenus à flot grâce à un petit noyau d'enseignants, de médecins, d'infirmières, d'administrateurs, d'ingénieurs et autres fonctionnaires qui sont débordés de travail et sous payés. Dans ces conditions consternantes, de nombreux fonctionnaires font mal leur travail ou ne viennent tout simplement pas travailler. Pourtant, beaucoup d'autres sont déterminés à poursuivre leur mission de service public, travaillent de longues heures avec peu de ressources pour un salaire de misère. Dans le cas des personnels soignants, ces conditions peuvent mettre leur vie en danger – la pénurie de gants à usage unique par exemple en exposent beaucoup à des risques d'infection au VIH. Dans de telles circonstances, leur engagement n'est rien moins qu'héroïque.

Encadré 1: Les héros du secteur public

Dans de nombreux endroits du monde, des instituteurs, des médecins et des infirmières font de longues heures de travail dans des conditions terribles en étant payés une misère. Ce sont les héros méconnus qui travaillent dur pour faire de leur mieux dans des services publics qui s'effritent.

Toby Adamson/Oxfam



Arménie

« Jusqu'en 2000, il n'y avait rien. Pas de salaires, pas de médicaments et pas d'installations. Depuis lors, nous avons des dettes pour pouvoir payer les salaires. Je n'ai toujours pas d'équipement et de matériel de diagnostic ; j'ai été formé mais je n'ai

pas les outils. Mais je suis un médecin qualifié et je devrais travailler. C'est mon devoir moral. Si les gens sont malades, je dois trouver le moyen de les aider d'une manière ou d'une autre, même s'il n'y a pas de médicaments disponibles. Il y a de nombreux héros mais leurs salaires ne sont pas adaptés à ce qu'ils font en tant que médecins. »

Aregar Baghdasaryan, un médecin à la polyclinique de Vayk

Bangladesh

« Je m'occupe de 100 à 150 patients par semaine et ils viennent pour se faire soigner pour la tuberculose, pour le planning familial ou une diarrhée. Je viens d'ici et je connais les gens qui sont ici. Je passe mes journées à m'en faire à cause de mes problèmes financiers. Je ne fais pas payer les patients. La première raison d'être un travailleur de santé est de vouloir être au service des gens. »

Beauty Mandal, travailleur de santé

Nicaragua

« Je connais des gens qui maintenant sont qualifiés, et cela me rend heureux de voir ce que j'ai contribué à faire. Ils me disent, « Madame l'institutrice, si vous n'aviez pas fait ci ou ça, je n'aurais jamais réussi à apprendre quoi que ce soit ». Et cela me fait plaisir. C'est ma mission et ma vocation. J'aime enseigner et c'est ce qui me fait continuer. J'ai maintenant 60 ans et chaque année, lorsque je me désespère parce que personne ne veut m'aider et que j'ai l'impression de me noyer, je dis que je vais prendre ma retraite. »

Martha Ruiz, directrice d'une école primaire à Leon, au Nicaragua

Libéria

« L'école a besoin de tellement de choses. Il n'y a pas de manuels, pas de chaises ou de bancs – vous pouvez le constater par vous-mêmes. Mais je suis satisfaite du travail que je fais. Je n'enseigne pas à cause du salaire mais parce que j'adore ce travail et que j'adore les enfants. Tant qu'il me restera un souffle de vie, je continuerai à enseigner. »



Mère Viola Shaw-Lewis, institutrice de 76 ans à l'école publique de Kingsville, Libéria

Kenya

« Je suis devenu médecin parce que je voulais aider les miens. Je suis Turkana et j'ai grandi en ayant les mêmes problèmes. C'est pourquoi je veux changer les choses grâce à mon travail en tant que médecin. A cause des conditions climatiques rudes, beaucoup de professionnels refusent de travailler ici, et cela limite les services à la population. Cela ne me gêne pas de travailler ici parce que j'ai grandi dans cet environnement et aussi parce qu'avant tout, j'ai le devoir de servir les miens. »

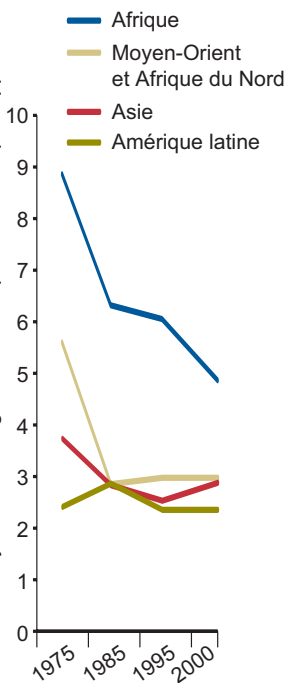
Dr Yakish Eyapan, Hôpital de District, Lodwar



Oxfam

Andy Aitchison/Oxfam

**Graphique 4 :
des salaires en
chute libre**



(Source : UNESCO, Rapport 2005 sur le Suivi de l'Education Pour Tous)

Des salaires de misère

A une époque, les enseignants des pays les moins développés gagnaient bien leur vie, mais les salaires ont diminué de moitié depuis 1970 (voir Graphique 4). Ce qui veut dire que les salaires des enseignants et autres fonctionnaires ne leur suffisent pas pour vivre.

« Je peux vous dire que je paie 300 cordobas (18 dollars) pour l'électricité, 250 (14,50\$) pour l'eau, 300 pour le téléphone ; et c'est déjà la moitié de mon salaire. Je dépense le reste pour acheter du riz et des haricots, et il ne reste donc rien pour acheter un morceau de viande ou quoique ce soit d'autre. »

Directeur d'école, Ecole José Madriz, Nicaragua

Dans le secteur public, ce sont les femmes qui occupent les postes les moins bien payés et les moins gratifiants. Il s'agit parfois de vrais salaires de misère. En Zambie, le Collège Jésuite de Réflexion Théologique a calculé, en mai 2006, que la somme nécessaire pour garantir la survie d'une famille de 6 personnes s'élevait à 1,4 millions de kwacha (410 dollars). Or, le salaire moyen d'un instituteur se chiffrait à 660 000 kwacha (191 dollars) et celui d'une infirmière à 1,2 millions de kwacha (351 dollars).⁶⁸

La faiblesse des salaires, la mauvaise gestion et la corruption sont des facteurs qui dissuadent l'embauche dans la fonction publique. En 2001, le gouvernement du Kenya a publié une annonce d'embauche pour 100 médecins, à laquelle seulement 8 personnes ont répondu.⁶⁹

La pénurie des médecins, infirmières, enseignants et administrateurs se chiffre en millions

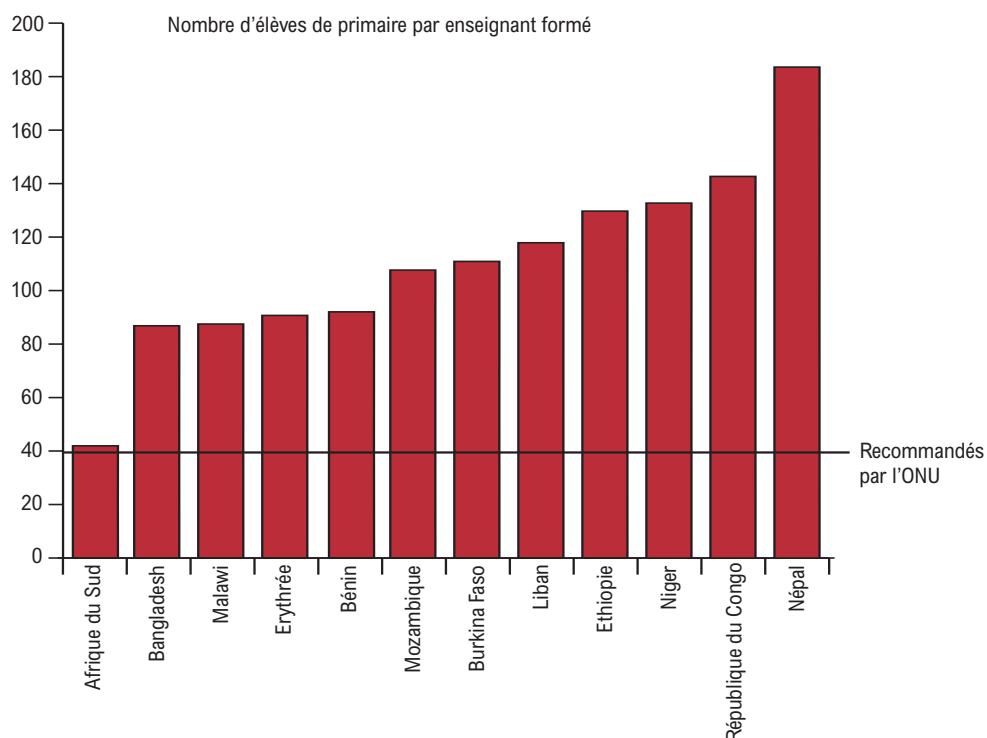
Le legs des 30 dernières années est celui de la négligence. De nombreux gouvernements n'ont aujourd'hui pas assez d'argent dans les caisses publiques et pas assez de personnel qualifié pour mettre en place les services publics qui puissent satisfaire l'ampleur des besoins et la qualité requise. Au niveau mondial, la pénurie des personnels soignants se chiffre à 4,25 millions⁷⁰ et celle des enseignants à 1,9 millions⁷¹ et c'est l'obstacle majeur à l'expansion des services essentiels et à la lutte contre VIH/Sida.⁷² Certains pays souffrent plus que d'autres. Au Népal, il y a en moyenne un enseignant qualifié pour 180 enfants. Oxfam a calculé les données suivantes :

Instituteurs

Sur la base d'un instituteur qualifié pour 40 enfants en âge d'aller à l'école (indicateur retenu dans le cadre de l'initiative 'éducation pour tous') :⁷³

- Au moins 30 pays dans le monde n'ont pas suffisamment d'instituteurs qualifiés pour assurer l'éducation de leurs enfants.
- Dans 11 de ces pays, il n'y a pas suffisamment d'instituteurs pour plus de la moitié des enfants en âge d'être scolarisés.

Graphique 5 : la pénurie du personnel enseignant



(Source: calculs effectués par Oxfam, données fournies par l'UNESCO 2005)



Madame Mwabuga enseigne à l'école primaire de Uhuru dans la ville de Shinyanga, Tanzanie.

« Quand j'ai commencé à enseigner dans les années 70, je faisais la classe à 45 élèves. Maintenant cela peut grimper jusqu'à 180 ou 200. C'est comme une conférence publique. On fait un discours mais ce n'est pas de l'enseignement. »

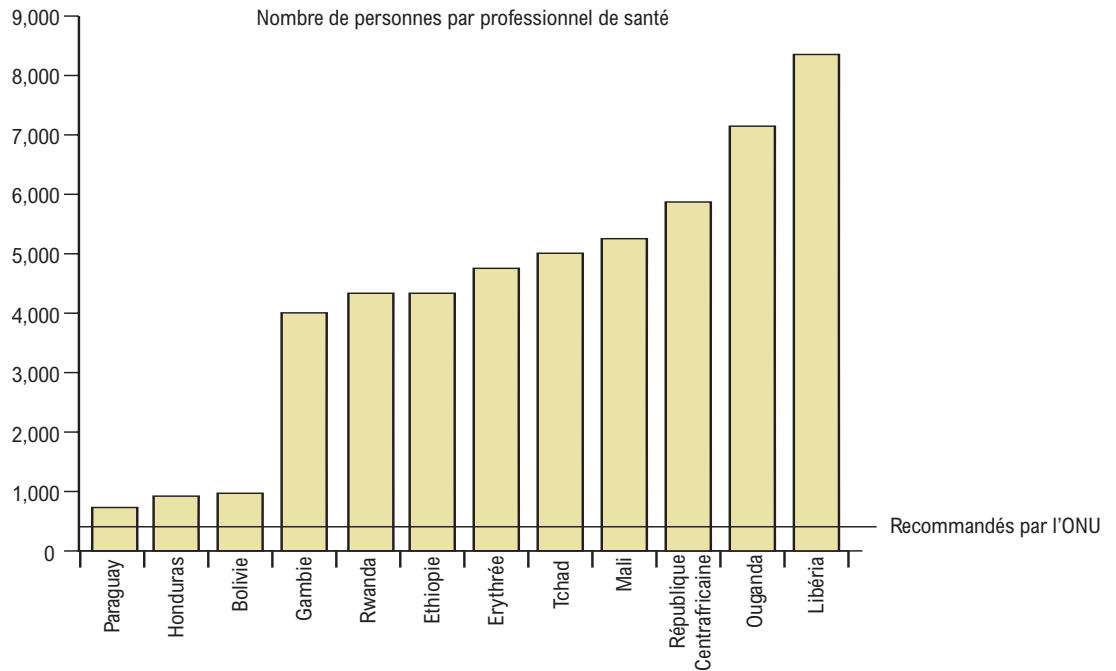
Personnels soignants

Sur la base d'une norme minimale de 2,5 travailleurs de santé pour 1000 habitants :⁷⁴

- Au moins 75 pays n'ont pas assez de personnels soignants qualifiés pour couvrir leurs besoins.
- Parmi ces pays, 53 disposent de moins de la moitié des travailleurs de santé nécessaires.
- Dans 10 de ces pays,⁷⁵ le nombre de personnels soignants qualifiés ne suffit à couvrir que 10% de la population.

L'enjeu est décuplé par le VIH/Sida. L'Afrique accusera probablement, à cause de ce fléau, une perte de 20% de ses personnels soignants au cours des prochaines années, tandis que le reste devra faire face à une charge de travail supplémentaire et à des niveaux de stress plus élevés.⁷⁶ Au Malawi, 25 à 30% des professionnels de santé vont mourir du sida au cours de la prochaine décennie – « et avant qu'ils ne meurent, ils seront malades et ne pourront pas travailler »⁷⁷.

Graphique 6 : la pénurie du personnel soignant



« Même si nous voulons étendre le nombre de bénéficiaires des traitements, nous n'avons personne pour le faire » a déclaré Biwick Mwale, chef de la Commission nationale contre le sida du Malawi. « Nous ne pouvons pas transposer cet argent en action s'il n'y a personne pour faire le travail »

(Source: calculs effectués par Oxfam, sur la base des données de l'initiative d'Apprentissage Mixte 2004)

Et, comble d'ironie, cette situation va fragiliser les efforts du pays visant à étendre la prestation des traitements ARV aux personnes qui vivent avec le VIH et le Sida. « *Même si nous voulons étendre le nombre de bénéficiaires des traitements, nous n'avons personne pour le faire* » a déclaré Biwick Mwale, chef de la Commission nationale contre le sida du Malawi. « *Nous ne pouvons pas transposer cet argent en action s'il n'y a personne pour faire le travail* »⁷⁸.

Partir pour une vie meilleure

De nombreux fonctionnaires ont quitté la fonction publique pour aller travailler dans le privé ou à l'étranger. Environ 50% des médecins diplômés en Afrique partent à l'étranger dans les cinq années qui suivent la fin de leurs études.⁷⁹ La plupart s'oriente vers l'Europe ou les Etats-Unis, qui abritent seulement 20% de la population mondiale, mais où pratiquent presque 50% des médecins et 60% des infirmières.⁸⁰ Cette question est développée dans le chapitre 4.

Accès payant fatal

« Nous sommes, mon mari et moi, au chômage, nous n'avons pas de revenus. Je dois supplier le responsable de l'infirmierie pour qu'il me soigne gratuitement parce que je ne peux pas payer. Je vais rarement à l'hôpital parce que je n'en ai pas les moyens. »

Oumy Thiam (enceinte de quatre mois) Dakar, Sénégal

« En ce qui concerne les enfants, notre plus gros problème est qu'ils n'ont pas de livres scolaires ou de vêtements. Bien que le gouvernement se soit engagé en faveur de l'éducation gratuite universelle, les enfants des familles démunies ne peuvent toujours pas aller à l'école. Ils tapent à toutes les portes pour demander l'argent qui leur servira à acheter les livres scolaires et à retourner à l'école ».

Justin Zimba, directeur adjoint de l'école communautaire ouverte de Makangwse, Zambie

Si l'Etat n'a pas les moyens ou la volonté de financer les services, ce sont alors aux personnes démunies de payer eux-mêmes. La tarification aux usagers représente une question de vie ou de mort pour les habitants de nombreux pays, de l'Ethiopie à la Géorgie (voir Encadré 2). Obliger les familles à payer entraîne l'exclusion des femmes et des filles qui sont en général les dernières à pouvoir accéder aux services.⁸¹ Bien que les frais assumés par les usagers eux-mêmes ne couvrent rarement plus de 5% des coûts d'exploitation des systèmes de santé et d'éducation,⁸² ils ont tout de même proliféré dans toutes les régions du globe. Malgré les gains largement reconnus obtenus par les pays qui avaient aboli l'accès payant dans le secteur primaire, 89 pays sur les 103 évalués par la Banque mondiale à la demande de l'UNESCO, imposent toujours des frais de scolarisation, que ce soit de manière officielle ou non.⁸³ Le Botswana et l'Afrique du Sud, dans une volte-face bien décevante, ont récemment réintroduit les frais de scolarisation dans l'éducation. De nombreux autres pays font payer les uniformes et les manuels, ce qui représente un fardeau similaire pour les personnes démunies. Dans les pays les plus pauvres, les dépenses de santé des usagers peuvent se chiffrer à deux ou trois fois la somme investie par le gouvernement dans le secteur.⁸⁴

Quand aux services des eaux, à l'inverse de la santé et de l'éducation, il est nécessaire d'imposer une tarification aux usagers pour encourager la consommation durable d'une ressource limitée. Il est cependant crucial que la structuration des tarifs garantisse aux personnes les plus pauvres l'approvisionnement d'une quantité minimale quotidienne d'eau gratuite ou à un prix abordable.



Oumy Thiam, au centre de soin de Deggo, Dakar, Sénégal

« Je suis enceinte de quatre mois et jusqu'à maintenant je n'ai consulté ni médecin ni sage-femme parce que je n'en ai pas les moyens. Heureusement, l'infirmière a accepté de me soigner. A mon avis, c'est le gouvernement qui a la responsabilité de garantir que nous ayons accès aux services de santé. Si les autorités sont vraiment engagées, alors elles devraient fournir aux gens comme moi un accès gratuit aux soins. »

Encadré 2: Payer, ou rester à l'écart

L'accès payant ne fonctionne pas : il exclut les personnes démunies des services dont elles ont le plus besoin.

Ce sont les femmes qui sont les plus pénalisées par la tarification aux usagers. Leur rôle reproductif les oblige à recourir plus souvent aux services publics, mais dans de nombreuses sociétés leur condition sociale et leur manque de revenus en font les dernières à bénéficier des services de santé ou d'éducation. Et cette situation est exacerbée lorsque les services sont payants. Les études réalisées suggèrent que le paiement par les usagers pourrait conduire à une augmentation des taux de mortalité maternelle et infantile - dans un district nigérian, le nombre de femmes mortes en couche a doublé après l'introduction de l'accès payant dans les services de santé maternelle, et le nombre d'enfants nés à l'hôpital a baissé de moitié.⁸⁵ Des résultats similaires ont été observés en Tanzanie et au Zimbabwe⁸⁶

Clémentine, une jeune fille de 18 ans de Cibitoke au Burundi, nous a parlé de l'impact que les frais d'utilisateurs ont eu sur elle et son nouveau né : « *Après avoir accouché, on m'a présenté une facture de 30 900 Francs [environ 30\$]. Comme je n'avais rien pour la payer, j'ai été emprisonnée dans le centre de santé... Ils m'ont gardée là pendant une semaine en détention, sans soins et sans nourriture. Je souffrais d'anémie et mon bébé souffrait de troubles respiratoires et digestifs.* »⁸⁷

Le Burundi a introduit en 2002 l'accès payant afin de couvrir les honoraires des consultations et le coût des médicaments – avec le soutien de la Banque mondiale et du FMI. Deux ans plus tard, une évaluation a révélé que moins de 1% des patients étaient exemptés et que la moyenne des frais excédait le montant de deux semaines de salaire d'un travailleur agricole. En conséquence, quatre patients sur cinq avaient contracté des dettes ou avaient dû vendre une partie de leur récolte pour financer leur traitement. Lorsque les patients étaient dans l'incapacité de payer, les cliniques les emprisonnaient ou confisquaient leur carte d'identité. Il n'est pas surprenant dans ses conditions que l'introduction des frais médicaux ait conduit à une augmentation du taux de mortalité maternelle.⁸⁸

Révérien nous a parlé de leurs répercussions sur sa famille : « *Ma femme est morte il y a quelques mois. Très probablement de paludisme parce qu'elle avait beaucoup de fièvre et qu'elle vomissait aussi. Mais je ne sais pas, parce qu'elle n'est jamais allée au centre de santé. Nous n'avions pas assez d'argent. Je n'ai pas assez d'argent pour nourrir mes deux enfants, alors comment j'aurais pu payer le prix de la consultation ? J'ai pensé qu'elle allait s'en remettre. Mais cela n'a pas été le cas. Après quatre mois dans cet état, elle est morte.* »⁸⁹

En février 2006, le gouvernement du Burundi a aboli les frais dans les services de santé maternelle et infantile, mais il lui reste encore à élargir la gratuité des soins aux autres services de santé de base.

En Géorgie, l'introduction de frais pour tous les traitements exceptés les traitements les plus élémentaires, a dissuadé beaucoup de personnes de se faire soigner. « *Je n'ai qu'une petite retraite et pas d'autres revenus, c'est donc pratiquement impossible* » dit Gvinianidze Taili, une femme de 75 ans de Tbilisi, « *C'est sûr, j'irais à la clinique plus souvent si c'était gratuit* ». Les taux d'admission hospitaliers ont accusé une baisse de deux tiers entre 1990 et 1999, et ceux des services ambulatoires de quatre cinquième, suite à une réduction draconienne du financement des services de santé.⁹⁰ Le nombre d'usagers du service de santé, qui était comparable à celui observé dans les pays de l'Europe de l'Ouest, a tellement chuté qu'il se rapproche maintenant davantage de celui de l'Afrique subsaharienne.

La tarification aux usagers a également pour effet de fausser la pratique médicale. « *En ce moment, nous avons deux patients qui ont besoin d'une opération urgente et ils ne peuvent pas l'avoir* » dit Nana Kkhadadic, un médecin à la clinique de Tbilisi. « *C'est une situation difficile pour un médecin. Vous devez diagnostiquer non seulement la maladie mais aussi la capacité du patient à payer les soins, et ensuite essayer d'adapter cela en fonction des traitements gratuits qui sont offerts par les programmes de l'Etat. Tout ce qui peut vaguement ressembler à une maladie cardiovasculaire est diagnostiqué comme telle parce qu'il s'agit d'une maladie prise en charge par le programme d'Etat. C'est pourquoi tout devrait être gratuit* ». ⁹¹

Les frais d'usagers peuvent également saper les acquis dans d'autres domaines. Une étude de la Banque mondiale sur les succès récents en terme de réduction de la mortalité maternelle en Bolivie, en Chine, en Egypte, au Honduras, en Indonésie et au Zimbabwe, a montré que la présence de sages-femmes formées dans les centres de santé communautaires était un élément déterminant de ces succès. Mais l'étude a également conclu que la réduction de la mortalité infantile dans ces pays ne serait probablement pas aussi rapide qu'au Sri Lanka ou en Malaisie en raison de l'imposition des frais d'usagers « qui s'avèrent être en soi un obstacle majeur à l'utilisation des services ». ⁹²

Sources: Médecins Sans Frontières (2004) et Belli, P., Shahriari, H. et Curtio Medical Group (2002)

Les acteurs non gouvernementaux colmatent quelques brèches

Les fournisseurs de services non gouvernementaux (FSNG) colmatent en partie les brèches quand la prestation étatique des services essentiels est inégale. Les FSNG peuvent englober les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales (ONG), les églises, les mosquées, les organisations communautaires et les entreprises commerciales. La palette de ces fournisseurs s'étend des commerçants de rues aux multinationales. Certains fournisseurs de services de santé et d'éducation cherchent à occuper le créneau lucratif du marché en ciblant les familles les plus aisées tandis que d'autres tentent de répondre aux besoins des familles à faible revenu.

Les services fournis par les FSNG – à la fois les fournisseurs privés et les organisations sans but lucratif – sont cruciaux pour des millions de personnes. En prenant l'exemple de dix villes en Afrique, 47% des familles se ravitaillent en eau auprès d'un petit fournisseur ou vont la puiser au puits traditionnel.⁹³ Dans les villes du Sud Est de l'Asie, les petits fournisseurs d'eau desservent 20 à 45% des familles.⁹⁴ Au Nigéria, les organisations religieuses assurent 60% des soins médicaux, tandis qu'au Malawi, les ONG en assurent plus de 30%.⁹⁵

L'éducation primaire est habituellement assurée par le service public mais les écoles gérées par les communautés et les ONG occupent une place importante dans plusieurs pays. Les deux tiers des écoles primaires du Malawi appartiennent à l'église. Au Bangladesh, environ un enfant sur quatre est scolarisé dans une école primaire non gouvernementale (60% de ces écoles sont sous la tutelle d'une seule organisation, BRAC, le Comité bangladais pour le développement rural).⁹⁶

Les fournisseurs sans but lucratif ont une valeur ajoutée particulière. Certains d'entre eux pilotent et promeuvent des pratiques originales qui peuvent ensuite être adoptées par l'Etat, comme par exemple, dans le domaine de la violence liée au sexe où il est crucial qu'il y ait une étroite coordination des services de santé, de police et des autorités judiciaires. Ces organisations sont capables de toucher des communautés éloignées et marginalisées ou de fournir des services communautaires comme des soins à domicile pour les personnes atteintes du sida. En outre, de nombreuses organisations de la société civile aident les citoyens à faire valoir leurs droits à la santé et à l'éducation – par exemple, grâce à des programmes de radio communautaire – et aussi en appuyant l'émancipation des filles et le développement du leadership parmi les femmes.

Lorsque les services font défaut, de nombreuses communautés se lancent dans la construction de leurs écoles, de leurs puits, et elles s'occupent de leurs malades du mieux qu'elles peuvent. La contribution en nature des communautés peut s'avérer utiles – comme la main d'œuvre et les matériaux pour la construction des écoles ou la réparation des points d'eau communautaires. Mais pallier la pénurie de services publics représente une lourde charge pour les communautés et la grande majorité d'entre elles ne dispose pas des ressources

Au Nigéria, les organisations religieuses assurent 60% des soins médicaux, tandis qu'au Malawi, les ONG en assurent plus de 30%.

indispensables à la prestation de services de bonne qualité – comme l’explique Jennifer Chiwela, la Présidente de la coalition nationale zambienne pour l’éducation:

«Depuis le milieu des années 1990, le gouvernement n’a plus été capable de faire face à sa responsabilité d’éduquer nos enfants. Les communautés ont cherché à pallier les besoins et ont commencé à rassembler leurs enfants afin de leur fournir une certaine forme d’éducation. Ces écoles prennent différentes formes et les conditions qu’elles offrent varient énormément. Certaines sont de bonnes écoles, mais d’autres, la grande majorité, laissent beaucoup à désirer. Elles ne disposent pas de suffisamment de matériel éducatif, de manuels, de crayons. Dans certains cas, elles n’ont même pas d’installations sanitaires décentes ».

Dans les pays où n’existe pas de cadre de politiques gouvernementales pour travailler avec les FSNG, le résultat est souvent un patchwork de prestations.

Ailleurs, la forte implantation des prestataires privés produit des inégalités au niveau de l’accès et de la qualité des services ; inégalités fondées sur la capacité de chacun à payer. Les habitants déshérités d’Accra et de Dar es-Salaam paient le litre d’eau jusqu’à cinq fois plus cher que d’autres usagers du fait qu’ils soient obligés de l’acheter à de petits vendeurs privés dont les prix et la qualité du service ne sont pas réglementés par le gouvernement.⁹⁷

La réglementation gouvernementale des différents FSNG existe principalement sur le papier. En outre, elle ne porte souvent que sur la réglementation de l’entrée dans le secteur et le contrôle des matériaux utilisés plutôt que sur la qualité des services fournis.⁹⁸ Dans les pays où n’existe pas de cadre de politiques gouvernementales pour travailler avec les FSNG, le résultat est souvent un patchwork de prestations – une loterie pour les citoyens, selon l’endroit où ils vivent et les moyens dont ils disposent.

Les principales causes de cette terrible situation sont décrites ci-dessous – mais en bref, il s’agit du manque de ressources financières, de ressources mal dépensées et de systèmes trop souvent affaiblis par la corruption.

Le manque d’argent

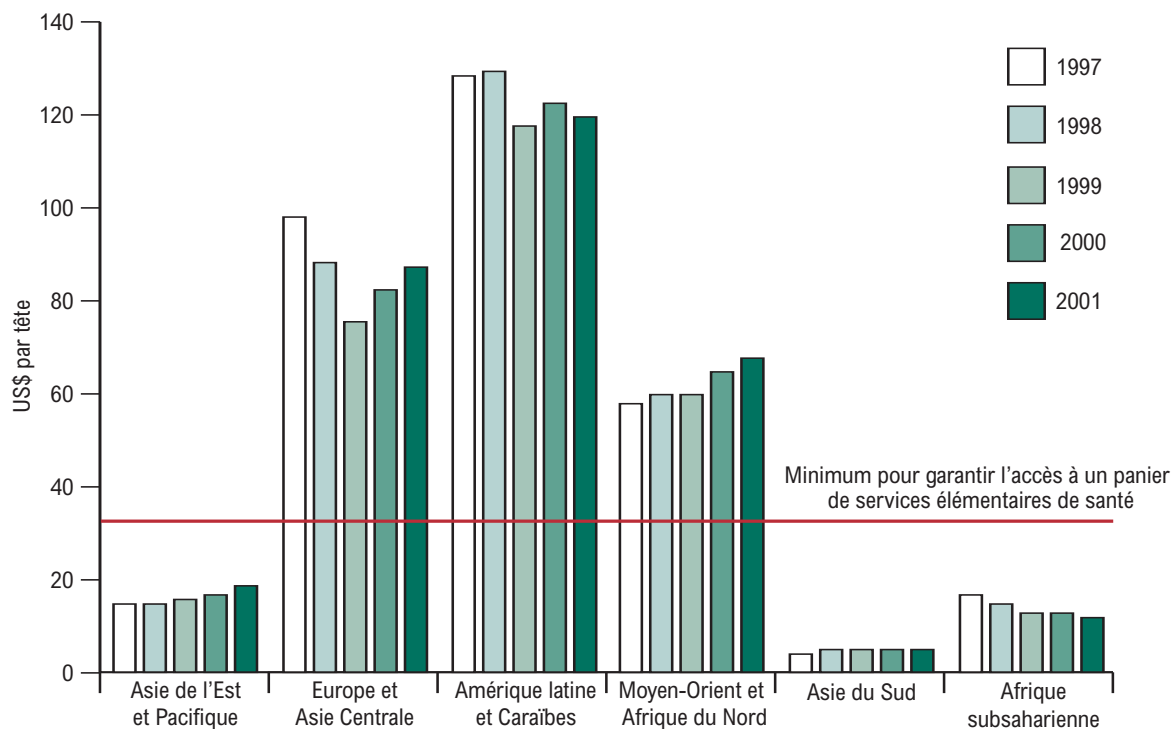
Même s’il est possible de faire beaucoup avec peu de moyens si les fonds sont dépensés judicieusement, il est incontestable que la crise actuelle est en partie imputable à une pénurie chronique de financement dans les pays en développement. Les dépenses pour les services essentiels ont augmenté ces dernières années mais pour la plupart des pays, cette augmentation n’a pas été suffisamment rapide pour leur permettre de réaliser les OMD. Avec la croissance démographique et l’impact du VIH/Sida, la demande ne cesse d’augmenter – mais la croissance économique est faible dans de nombreux pays et les gouvernements n’arrivent simplement pas à suivre.

Parmi les services de base, l’éducation a reçu la priorité sur le plan financier ces dix dernières années, avec une augmentation annuelle des dépenses dans pratiquement chaque pays.⁹⁹

La moitié des pays africains investissent actuellement une part plus élevée de leur budget dans l'éducation que les pays à haut revenu de l'Amérique du Nord et de l'Europe.¹⁰⁰ Néanmoins, au niveau mondial il faudrait encore environ 17 milliards de dollars supplémentaires par an pour scolariser tous les enfants dans une école primaire décente – dont au moins 10 milliards devront provenir des pays riches d'ici à 2010.¹⁰¹

Dans les pays pauvres, les dépenses de santé ont également augmenté au cours des dix dernières années grâce aux nouveaux financements mobilisés pour lutter contre le VIH/Sida. Mais de l'argent neuf est également nécessaire pour s'attaquer à des problèmes de santé primaire comme la rougeole et la diarrhée qui font beaucoup de victimes parmi les enfants. Les dépenses de santé gouvernementales dans les pays à faible revenu ont augmenté au cours des dix dernières années – en partant d'un niveau très bas ¹⁰² – mais de nombreux pays vont avoir besoin d'une assistance extérieure substantielle afin d'atteindre le minimum recommandé de 34 dollars par personne par an (voir graphique 7).¹⁰³

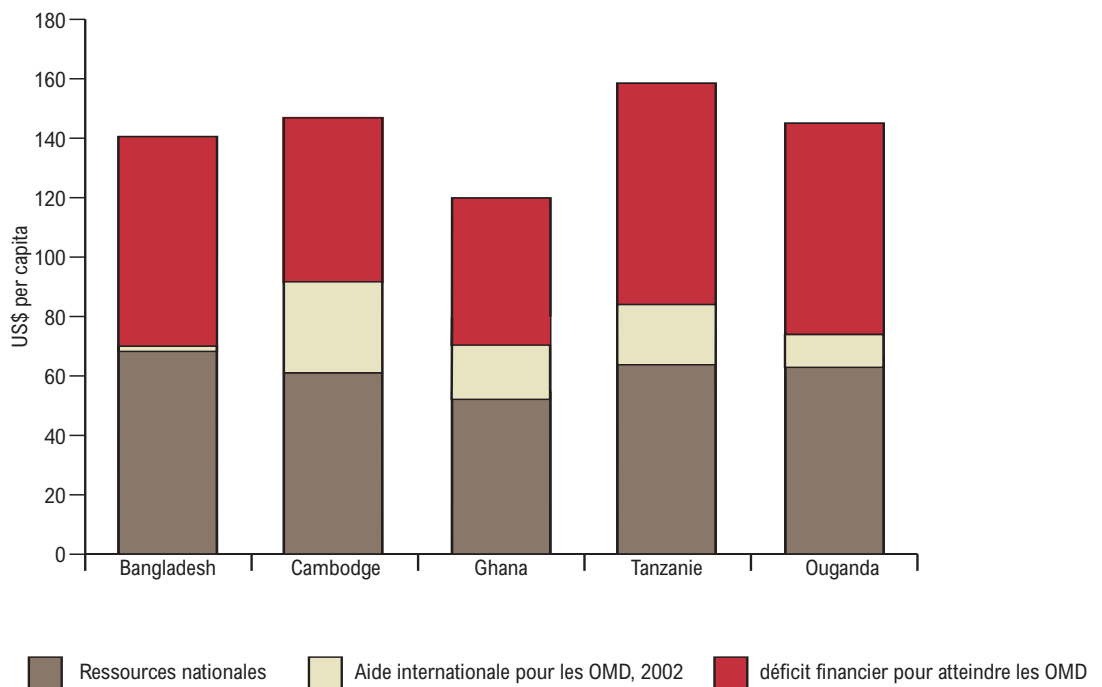
Graphique 7 : dépenses de santé minimum : certaines régions sont très en retard



(Source : OMS 2004 dans le Rapport Mondial de Suivi 2005)

Les investissements dans les services des eaux et d'assainissement des pays en développement se chiffrent actuellement entre 14 et 16 milliards de dollars par an. Il faudra au moins doubler cette somme pour réaliser les OMD et consacrer encore beaucoup plus si l'on veut atteindre des objectifs plus globaux de gestion durable de l'eau et de l'assainissement.¹⁰⁴ Dans l'ensemble, comme le montre le graphique 8, de nombreux pays devront doubler les sommes allouées actuellement par les gouvernements et les pays donateurs afin d'atteindre les OMD. Il est impossible aux gouvernements des pays les plus pauvres d'y arriver seuls – la seule prestation d'un ensemble minimum de soins de santé épuiserait pratiquement tous leurs revenus fiscaux.¹⁰⁵

Graphique 8 : un déficit énorme : pas assez de financement pour réaliser les OMD

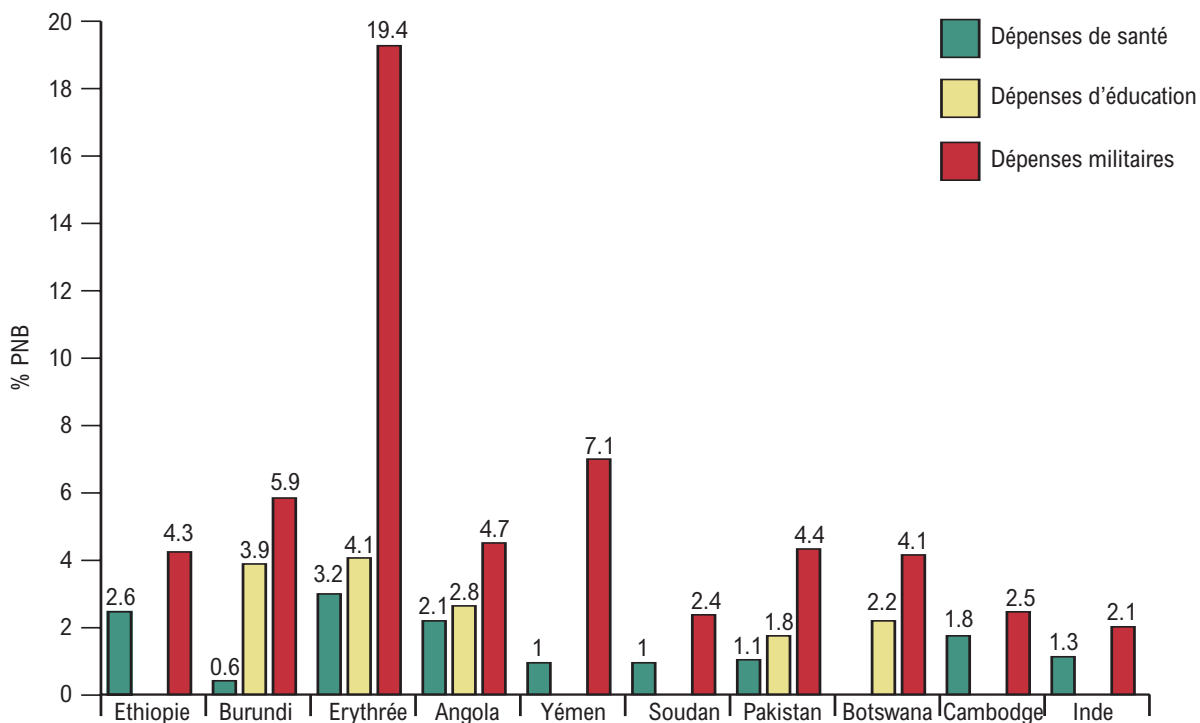


(Source : Projet du Millénaire des Nations unies 2005b)

Certains gouvernements pourraient faire beaucoup plus avec l'argent dont ils disposent. A Abuja, au Nigéria en 2001, les pays africains se sont engagés à consacrer une plus grande part de leurs revenus à la santé – au moins 15% de leurs budgets. Cependant, à ce jour, seuls le Mozambique et la République Démocratique du Congo ont tenu cet engagement. Dans les faits, les dépenses de santé ont baissé dans sept de ces pays africains (Seychelles, Namibie, Lesotho, Zimbabwe, Madagascar et Botswana).

Et bien que leurs préoccupations sécuritaires soient légitimes, certains gouvernements dépensent beaucoup trop en matériel militaire de pointe comparé à ce qu'ils investissent pour sauver la vie de leurs citoyens. 36 pays dans le monde consacrent plus d'argent à leur force militaire qu'à la santé ou l'éducation. Le Graphique 9 montre l'importance des dépenses militaires dans dix pays qui affichent des résultats de développement humain parmi les plus bas.¹⁰⁶

Graphique 9: des armes et pas d'écoles — les dix moins bons élèves



(Source : calculs effectués par Oxfam sur la base de données du PNUD 2005)

La pénurie de fonds pour financer les services essentiels est encore exacerbée par l'inégalité et l'inefficacité de leur emploi.

Au service des riches

Au Népal, plus de 60% des investissements dans le service des eaux et d'assainissement financent des services qui desservent seulement 6% des habitants.

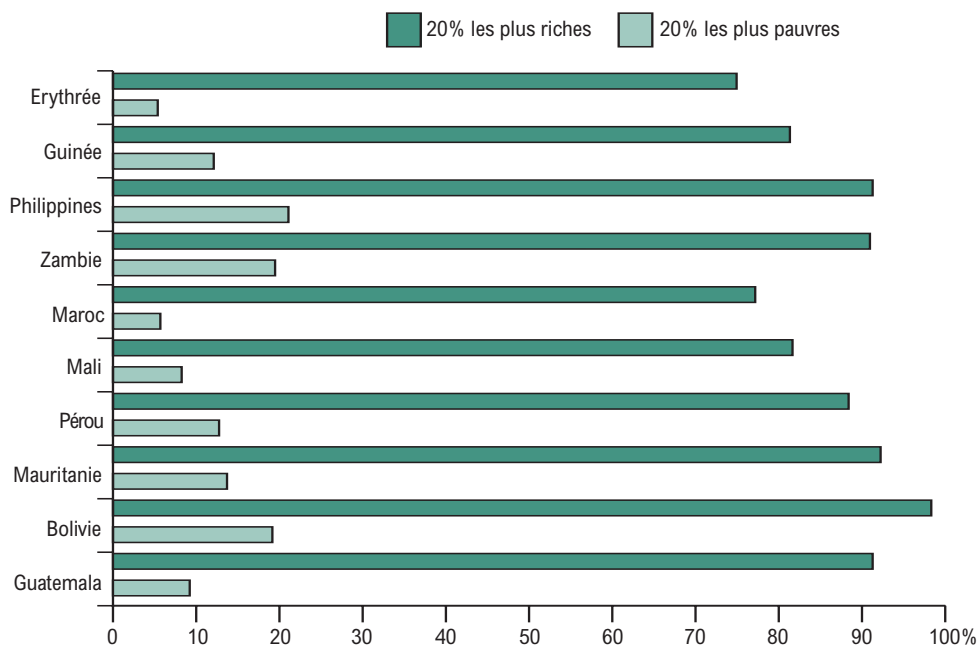
Les pays performants investissent principalement dans les services primaires et en milieu rural où vit la majorité de la population. Malheureusement, de nombreux pays investissent davantage dans les services desservant les classes aisées, comme des universités prestigieuses, des hôpitaux urbains ou des systèmes de conduites d'eau qui n'alimentent jamais les quartiers pauvres ou les zones rurales.¹⁰⁷ Une étude de la Banque mondiale portant sur 35 pays en développement a révélé que seule une poignée de pays était parvenue à consacrer autant sinon plus de moyens à l'accès aux services essentiels pour le cinquième de la population le plus pauvre qu'à l'accès pour le cinquième le plus riche.¹⁰⁸

De nombreux pays en Amérique latine ont disparu du radar des OMD parce que les chiffres consolidés en matière de développement supportent la comparaison avec les autres régions. Cependant, cela masque des inégalités profondes dans ces pays. Le fossé en terme d'éducation entre les enfants des zones rurales et urbaines au Nicaragua et au Honduras est plus large que dans des pays beaucoup plus pauvres comme le Kenya, le Vietnam et la Guyane.¹⁰⁹ En Equateur, 25% des enfants de six ans issus des milieux les plus pauvres ont accusé un retard tellement marqué dans les tests de simple reconnaissance de vocabulaire, par rapport aux autres enfants de leur âge issus de milieux plus aisés, « *qu'on n'est pas sûr qu'ils puissent jamais combler ce retard* ». ¹¹⁰ Les populations indigènes des milieux ruraux sont trop souvent ignorées lorsqu'il s'agit de services publics. La moitié des chefs de famille dans les campagnes du Guatemala n'ont aucune éducation, comparé à seulement un cinquième dans les milieux urbains.¹¹¹

Au Népal, plus de 60% des investissements dans le service des eaux et d'assainissement financent des services qui desservent seulement 6% des habitants. La raison est en grande partie le projet entrepris pour équiper la capitale Katmandou d'un système d'alimentation en eau ; projet très onéreux qui revient à 312 dollars par habitant alors que seulement 16 dollars par habitant sont dépensés dans les zones rurales.¹¹²

Dans des pays comme le Pérou, le Guatemala, le Mali, le Maroc et les Philippines, les femmes issues des familles du cinquième le plus aisé de la société ont environ sept fois plus de chance d'être suivies par un personnel soignant qualifié pendant leur accouchement, comparé aux femmes issues des familles du cinquième le plus défavorisé. De ce fait, elles sont beaucoup moins susceptibles de mourir en couche ou de perdre leur enfant (voir Graphique 10).

Graphique 10: accoucher, riches et pauvres

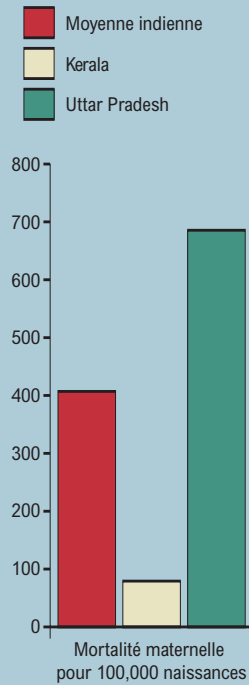


Pourcentage des naissances suivies par un personnel soignant qualifié, pour le cinquième le plus aisé et le cinquième le plus défavorisé de la société

(Source : données du Rapport de Développement Humain 2005, <http://hdr.PNUD.org/statistics/data/indicators.cfm?x=69&y=3&z=2>)

Ce problème est chronique en Inde – qui abrite un tiers de la population la plus pauvre dans le monde – où des millions de personnes n’ont aucun accès à des services essentiels. La Chine et l’Inde sont au premier rang des pays émergents avec un taux de croissance élevé. Pourtant les progrès dans la réduction des taux de mortalité infantile ont ralenti dans ces deux pays, à tel point que des pays à faible revenu comme le Vietnam et le Bangladesh les ont dépassés dans ce domaine.¹¹³

Encadré 3: En Inde la croissance n'a pas bénéficié aux populations démunies



Malgré la récente croissance économique et les promesses gouvernementales d'augmenter les dépenses de santé et d'éducation et de réduire la mortalité infantile, l'Inde reste un pays où sévissent de profondes inégalités et marqué par ses échecs passés à investir globalement dans le développement rural.

L'Inde compte le plus grand nombre d'illettrés, et pourtant le pays forme des médecins et des ingénieurs parmi les plus qualifiés. Les filles qui naissent dans l'Etat de Uttar Pradesh ont cinq fois plus de chance de mourir avant leur cinquième anniversaire. Elles ont 50% de chance de rester analphabètes et leur vie sera probablement écourtée de 20 ans par rapport aux filles nées dans l'Etat de Kerala où le gouvernement de l'Etat a fait des services essentiels une priorité.¹¹⁴ Le gouvernement indien continue de dépenser deux fois plus pour son armée que pour la santé de sa population.¹¹⁵

Graphique 11 :
certain Etats à la traîne retardent l'Inde toute entière

(Source: Indian National Health Policy, 2002)

La malédiction de la corruption

« La corruption est monnaie courante. De nombreux abus sont commis comme le vol de médicaments et d'équipements qui sont dérobés des centres de santé et se retrouvent dans les cliniques privées. Nous n'avons pas suffisamment de ressources humaines pour mettre en place les contrôles nécessaires. Nos systèmes sont terriblement faibles. »

Conseiller technique, ministère de la santé, gouvernement africain¹¹⁶

La corruption est un problème majeur dans la prestation des services essentiels. C'est un problème qui touche aussi bien les pays riches que les pays pauvres. Aux Etats-Unis, le Procureur Général a déclaré qu'en ce qui concerne les problèmes criminels dans le pays, la fraude liée aux soins de santé venait en deuxième position après les crimes violents et qu'elle coûtait des milliards chaque année. Au Cambodge, les compagnies privées paient fréquemment des pots-de-vin substantiels pour obtenir des contrats gouvernementaux.¹¹⁷ Partout dans le monde en développement, des 'frais' informels sont imposés pour les services d'eau, d'éducation et de santé.¹¹⁸

Ce sont les personnes les plus pauvres qui sont le plus touchées par la corruption, parce qu'elles sont les premières à souffrir de l'indisponibilité des services. En Roumanie, une étude de la Banque mondiale a montré que le tiers des familles les plus pauvres dépensent 11% de leurs revenus en pots-de-vin tandis que ce chiffre n'est que de 2% pour les familles les plus riches.¹¹⁹

La corruption peut être un problème touchant les services essentiels, qu'ils soient publics ou privés,¹²⁰ mais le type de corruption diffère selon le système. Dans les cas où les fournisseurs sont privés mais financés par les caisses publiques, la corruption consiste principalement à gonfler la facture gouvernementale et à fournir des services de qualité inférieure. C'est particulièrement vrai lorsque le gouvernement en question ne dispose que de moyens limités pour contrôler et faire respecter les contrats. Le Nicaragua a accusé une perte de plus de 600 000 dollars après avoir passé des contrats mal réglementés avec des entreprises sous-traitantes privées pour la construction et l'entretien des écoles.¹²¹

Lorsque le secteur public est prestataire, la corruption prend différentes formes : honoraires illégaux et pots-de-vin pour des services ; absentéisme et un deuxième travail dans le privé pour les fonctionnaires ; fonds qui disparaissent lorsqu'ils sont transférés entre le gouvernement central et le gouvernement local ; pots-de-vin pour garantir un emploi ou une promotion ; création de « travailleurs fantômes » à des fins de détournement de salaires. Au Honduras, une étude de la Banque mondiale a découvert que 7,6% des employés du secteur public n'existaient pas ou avaient changé de postes.¹²²

Dans les cas les plus graves, s'installe un cercle vicieux où la dégradation des systèmes publics imputables aux pots-de-vin et détournements est encore aggravée par la culture d'impunité qui y règne. Une population privée d'informations et sans possibilité de porter plainte ou d'obtenir un redressement finit par se résigner face à la pénurie ou la médiocrité des services qui lui sont offerts.

Conclusion

Les gouvernements ont le devoir de fournir des soins de santé, une éducation, de l'eau et des installations sanitaires à leur population. Mais de trop nombreux gouvernements faillissent à ce devoir – que ce soit par manque de fonds, de moyens ou de volonté. Face à cet échec, de nombreuses personnes démunies sont obligées de s'adresser à des fournisseurs privés ou à des entreprises commerciales de qualité très variable, ou encore ils s'efforcent tant bien que mal de fournir eux-mêmes ces services. Les gouvernements doivent développer des systèmes publics suffisamment solides pour fournir des services de bonne qualité à leurs citoyens. Dans de nombreux pays, pour s'acquitter de ce devoir, le gouvernement devra travailler avec les fournisseurs non gouvernementaux en vue de les intégrer et de les réguler dans le cadre des systèmes publics. Face à cet enjeu, le rôle des partenaires du développement est essentiel. Mais dans quelle mesure les gouvernements des pays riches soutiennent-ils les services publics ?

4.

**Les gouvernements
des pays riches :
ils favorisent
l'intervention du
secteur privé et ne
respectent pas leurs
engagements**



4.

Les gouvernements des pays riches : ils favorisent l'intervention du secteur privé et ne respectent pas leurs engagements

Si les gouvernements des pays pauvres sont les premiers à pouvoir faire ou défaire les avancées dans le domaine de la fourniture de services décentes de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement, les gouvernements riches ont aussi souvent une influence importante voire décisive en la matière. Pour certains pays les plus pauvres, l'aide des donateurs représente la moitié du budget gouvernemental. Dans d'autres pays, l'assistance technique financée par les donateurs peut influencer sur l'agenda des réformes. Mais au lieu d'utiliser leur influence pour revitaliser les services publics, les gouvernements des pays riches préfèrent pousser pour les solutions du secteur privé afin de répondre aux échecs de la fonction publique ; ceci en dépit du constat d'échec avéré de cette approche. Par ailleurs, de nombreux pays riches débauchent le personnel soignant et enseignant qui travaille dans les pays pauvres. L'aide dévolue aux pays en développement est aussi insuffisante, trop tardive et n'est pas distribuée de manière pertinente. Ce chapitre passe brièvement en revue les faits établis concernant la fourniture privée de services et explore le rôle des gouvernements des pays riches, de la Banque mondiale et du FMI.

La fourniture privée de services est lucrative mais inéquitable

Plusieurs pays sont parvenus à améliorer considérablement le bien-être social de leur population avec une participation élevée du secteur privé dans la prestation des services. La Corée du Sud et le Chili sont tous deux dotés de systèmes privés d'assurance maladie et c'est le gouvernement qui assure la prise en charge des soins de santé des personnes les plus démunies. Au Chili, les sociétés privées des eaux desservent en eau potable 97% de la population urbaine et assurent les services d'assainissement à 90% de cette même population.¹²³ Dans les deux cas, l'Etat est loin d'avoir abdiqué sa responsabilité.

Une réglementation draconienne par les pouvoirs publics a été un facteur déterminant de leur succès. Cependant, même dans de tels pays dotés d'une fonction publique efficace, la prestation des services essentiels a tendance à être inégale, à coûter cher et à être faussée en raison de la difficulté notoire à réglementer les fournisseurs privés.

Page opposée

Une nouvelle journée bien remplie pour Béatrice Mkandawire, infirmière à l'hôpital central de Kamuzu, Malawi.

« *Le ratio infirmière/patient est beaucoup trop important. Les médicaments sont aussi un gros problème. C'est très difficile. Mais je ne pars pas. Si l'on part tous, qui va s'occuper de toutes ces femmes et ces enfants ?* »

Au Chili, les inégalités d'accès aux soins de santé se sont creusées dans les années 1980 lorsque la crise économique a mis un frein au financement public.¹²⁴ Le Chili a le taux le plus élevé au monde de naissances par césarienne (40% en 1997) parce que le prix de la prestation et des actes chirurgicaux comme les taux plus élevés d'occupation des lits sont lucratifs pour les cliniques privées.¹²⁵ La prestation privée des services peut tourner mal quand l'objectif de rentabilité met les services hors de portée des personnes défavorisées et lorsque les compagnies imposent les termes du contrat face à des gouvernements qui n'ont aucun dispositif efficace de réglementation.

L'exclusion des personnes pauvres

Les services privés sont habituellement hors de prix pour les personnes démunies. Pendant la décennie 90 en Chine, dans les régions où les hôpitaux étaient gérés de manière lucrative, jusqu'à 40% de la population rurale n'avait jamais consulté un médecin faute de moyens – ce qui est encore le sort de millions de Chinois aujourd'hui (voir Encadré 4).¹²⁶

Des contrats lucratifs pour les compagnies

Lorsque les multinationales passent des contrats avec des gouvernements ne disposant que de faibles moyens et revenus, le déséquilibre des forces en présence peut facilement mener à des abus de pouvoir. Le marché mondial de l'eau est dominé par une poignée de compagnies américaines, françaises et britanniques comme Bechtel, Suez et Bewater. Lorsque ces compagnies négocient des contrats dans des pays en développement, elles trient souvent sur le volet les secteurs les plus profitables du marché et exigent la garantie d'une marge bénéficiaire, calculée en dollars.¹²⁷ Il arrive également que les compagnies insistent sur la récupération intégrale des coûts, ce qui entraîne inévitablement une augmentation de la facture pour les personnes pauvres.

Encadré 4 : Sans assurance et sans soins en Chine

Jin Guilian est hospitalisé dans une clinique sans chauffage et mal équipée. Il souffre d'une maladie cardiaque congénitale et il a un bras tout noir et suppurant. Son seul traitement est de l'oxygène et une perfusion pour le réhydrater. C'est un ouvrier migrant, dont l'employeur n'a pas payé l'assurance maladie comme il était censé le faire. C'est donc sa famille qui doit maintenant payer son traitement médical. Sa famille a fait plus de 700 km en bus pour le faire hospitaliser près de chez lui dans la clinique la moins chère qu'ils aient pu trouver. « S'il meurt, il mourra ici. S'il guérit, il guérira ici » a déclaré son frère. « Nous n'avons pas d'autres moyens à notre disposition ».

En Chine, les réformes du secteur de la santé ont obligé les hôpitaux à faire des bénéfices, en faisant payer les médicaments et les opérations aux prix du marché. Des services qui étaient gratuits auparavant sont maintenant pris en charge par les assurances maladie – mais 80% de la population rurale, comme Jin Guilian, n'est pas assurée. Le résultat ? Les coûts de santé des familles ont été multipliés par 40 entre 1989 et 2002. Les conséquences dévastatrices de ces réformes sont évidentes pour des gens comme Jin Guilian.

Source : French, H. 'En Chine, la richesse s'accroît, mais les soins de santé périclitent' *New York Times*, 14 janvier 2006

Lorsque les gouvernements tentent de résilier ces contrats, ils risquent d'être poursuivis en justice. A la fin des années 1990, la Banque mondiale et le FMI ont exigé la privatisation du service des eaux à Cochabamba en Bolivie, en contrepartie d'une remise de dette et de nouveaux emprunts.¹²⁸ Le consortium impliqué AdT – dont la majorité des parts étaient détenues par la compagnie Bechtel basée aux USA et Edison en Italie¹²⁹ – avait passé avec le gouvernement un contrat qui lui garantissait des bénéfices sur une période de 40 ans.¹³⁰ Sous la gestion d'AdT, le prix de l'eau est monté en flèche,¹³¹ pour atteindre jusqu'à 25% du salaire mensuel d'un ménage moyen rémunéré au SMIC.¹³² Ces prix inabordables ont été à l'origine d'une vraie révolte populaire ;¹³³ ce qui a conduit le gouvernement bolivien à résilier le contrat. Les entreprises ont alors poursuivi le gouvernement en réclamant 25 millions de dollars de compensation.¹³⁴ Sous la pression publique et confronté à une publicité négative, Bechtel a finalement laissé tomber l'affaire.¹³⁵

La privatisation de l'eau est l'exemple le plus notoire, mais l'influence du secteur privé dans la prestation des services de santé s'accroît aussi rapidement. Et le plus souvent dans un environnement très peu réglementé. Les expériences des pays qui ont été les premiers à mettre en œuvre des réformes de ce genre font écho à celles vécues dans le secteur de l'eau. Le Chili a été l'un des premiers pays à introduire la privatisation dans son système de santé. Il est rapidement apparu que le secteur privé opérait un « partage des risques » très restreint en se concentrant sur les besoins des jeunes et des personnes en bonne santé et en ne fournissant des services qu'à seulement 2% de la population âgée de plus de 65 ans. Le secteur privé a clairement montré où se trouvait son intérêt lorsqu'un assureur privé a exclu de sa couverture les femmes entre 18 et 45 ans après que le gouvernement ait décidé de supprimer les allocations de maternité.¹³⁶ Une loi a été votée en 2002 pour essayer de redresser ce type d'injustices en donnant au gouvernement plus de pouvoirs pour réglementer le secteur privé et pour développer la capacité du secteur public.

Bien que la Banque mondiale soit l'un des plus fervents partisans des solutions faisant appel au secteur privé, ses propres recherches ont révélé la faiblesse des approches manichéennes « privé bon, public mauvais ». Une étude menée par la Banque mondiale en 2002 sur les compagnies des eaux opérant en Asie et dans le Pacifique a démontré qu'« *il n'y a pas de différence significative en terme d'efficacité entre les compagnies privées et publiques* ». ¹³⁷

Une évaluation plus récente de la Banque a abouti aux mêmes conclusions, à savoir que la notion de propriété privée ou publique était moins importante que certains l'affirmaient : « *La plupart des documents sur les services dans plusieurs pays montrent qu'il n'y a pas de différence statistique entre les fournisseurs privés et publics sur le plan de l'efficacité* ». ¹³⁸ Ce qui est important est la facturation des services aux personnes démunies. Mais une autre étude financée par la Banque sur la fourniture privée de services a démontré que : « *les gains en efficacité se faisaient au dépens des populations à plus faible revenu à qui l'on impose une charge plus importante* ». ¹³⁹ En d'autres termes, en faisant payer plus cher aux pauvres.

Comme le démontre l'exemple du Chili, le facteur déterminant d'une prestation efficace des services par le secteur privé, est la capacité régulatrice de l'Etat. Mais c'est bien souvent ce qui fait défaut. Et le prix à payer pour cette lacune est souvent très élevé : la faiblesse des contrôles mis en place par le gouvernement guinéen par exemple a permis à un prestataire privé du service des eaux de recevoir le double du montant qu'il aurait dû recevoir à titre de compensation.¹⁴⁰ L'ironie de la situation est que lorsque les services étatiques sont déficients, la capacité régulatrice de l'Etat l'est aussi – c'est pourquoi miser sur le secteur privé plutôt que le service public n'est pas la solution.

Le facteur déterminant d'une prestation efficace des services par le secteur privé, est la capacité régulatrice de l'Etat. Mais c'est bien souvent ce qui fait défaut.

Encourager l'intervention du secteur privé

La préférence des bailleurs d'aide pour les solutions du marché fait directement écho aux débats qui se déroulent actuellement dans les pays riches. Au départ, ce débat s'était principalement concentré sur l'entière privatisation des services. Mais il s'est récemment déplacé vers le concept plus nuancé de partenariats public/privé (PPP). Il s'agit dans ce cas de sous-traiter une partie de la prestation des services à des entreprises privées ou à des organisations caritatives, des églises ou des ONG ; ou de mettre en place des mécanismes pour introduire une approche commerciale dans la gestion des services publics, par exemple en donnant plus d'autonomie aux hôpitaux ou aux écoles et en les mettant en concurrence. On appelle cette démarche la Nouvelle Gestion Publique (NGP ou New Public Management –NPM). En Nouvelle Zélande, pays où cette démarche a été introduite pour la première fois, les conséquences ont été jugées alarmantes en terme de coûts, de délai d'attente et d'accès aux services pour les plus pauvres.¹⁴¹ L'un des principaux artisans de cette politique, Allen Shick, a instamment demandé aux pays en développement de ne pas entreprendre ce type de réformes.¹⁴²

Etant donné le nombre de fois qu'historiquement les gouvernements ont dû intervenir dans la prestation des services publics pour pallier les échecs du marché (voir section 2), ce devrait être aux défenseurs des solutions du marché qu'il incombe de prouver leur efficacité, et non le contraire. Pourtant, le marché et les prestataires privés sont toujours considérés comme plus efficaces et efficients tandis que le secteur public est présumé coupable d'inefficacité et d'inaptitude incurables.

En réalité, les faits sont beaucoup plus nuancés. Si selon plusieurs études sur l'efficacité, la fonction publique faillit à sa mission dans de nombreux pays, une reddition inconditionnelle aux forces du marché n'offre qu'une bien pauvre garantie de succès. Un document récent du FMI sur les partenariats public/privé dans les services publics a abouti à la conclusion suivante : « l'argument en faveur des PPP réside dans l'efficacité relative du secteur privé. Même si la documentation est abondante à ce propos, la théorie est équivoque et les preuves mitigées. »¹⁴³

Encadré 5 : La Banque mondiale et le secteur privé¹⁴⁵

L'influence de la Banque mondiale est la plus prononcée dans le domaine de la politique d'aide internationale, et son rapport phare annuel – le Rapport sur le développement mondial en est la publication la plus importante. L'inclination de la Banque mondiale pour le marché et les solutions du secteur privé pour réformer le service public est apparue au grand jour quand elle a publié son Rapport sur le développement mondial en 2004, *Mettre les Services de Base à la portée des Pauvres*.

Le rapport part du principe que le problème de redevabilité de l'Etat est à l'origine de l'échec généralisé de la prestation des services de base aux personnes démunies, et que seules une réduction du pouvoir de l'Etat et la commercialisation de cette prestation peuvent en venir à bout. Ce principe est illustré par les « huit formules applicables à tous » du rapport,¹⁴⁶ préconisant l'introduction à des degrés différents d'innovations en matière de sous-traitance des services à des fournisseurs privés ou non commerciaux.

Le problème avec cette approche est qu'elle ignore d'autres causes, également importantes, de l'échec des services et qu'elle privilégie fortement des réformes fondées sur le marché qui n'ont pas fait leurs preuves et qui ne conviennent pas à de nombreux pays, ne serait-ce que pour améliorer la redevabilité.

Il est vrai que l'absence de redevabilité est un obstacle majeur à l'amélioration de l'accès, de la qualité, de l'équité et de l'efficacité de la prestation publique aux personnes démunies. Mais dans la prestation des services, le manque d'argent et de

moyens est un facteur tout aussi important. A l'amélioration des mécanismes de redevabilité et de participation dans la prestation des services doit s'ajouter un engagement politique de haut niveau de la part du gouvernement ; des systèmes progressistes et stables de fiscalisation; des niveaux décents d'investissements publics ; des fonctionnaires et gestionnaires motivés et bien payés ; et des citoyens qui font valoir leurs droits à des services publics performants. La sous-traitance, les systèmes de coupons et autres mesures pour introduire une responsabilisation de type commercial, sont de pauvres solutions de substitution qui peuvent même aller à l'encontre du but recherché.

En fin de compte, le rôle de la Banque mondiale et d'autres institutions internationales devrait être de renforcer l'efficacité des services publics plutôt que de chercher à les contourner en fragmentant les responsabilités gouvernementales pour les distribuer au secteur privé.

Il est important de reconnaître que le débat au sein de la Banque mondiale est loin d'être consensuel – les opinions de ses employés varient largement quant aux mérites du secteur privé comparés à ceux du public et la Banque a sans aucun doute tiré quelques leçons des échecs de ses anciens programmes d'ajustement structurel. Cependant, il y a peu d'indications que la Banque mondiale en tant qu'institution veuille renoncer à ses positions idéologiques les plus rigides et il y a souvent un décalage marqué entre les débats relativement nuancés qui se tiennent au siège de Washington et son approche musclée sur le terrain.

Une évaluation récente de la participation du secteur privé dans les secteurs de l'éducation et de la santé avait abouti à des conclusions similaires.¹⁴⁴ Des réformes inspirées du secteur privé ou de l'économie de marché ont uniquement démontré leur efficacité dans la prestation des services dans un contexte de réglementations efficaces et répressives, de marché compétitif et de consommateurs bien informés – trois éléments dont l'absence est notoire dans la plupart des pays en développement.

Malgré le fait que le succès des pays performants à assurer la prestation universelle des services est attribuable à l'action gouvernementale et non pas à l'économie de marché, la Banque mondiale et son organisation sœur, le Fonds monétaire international (FMI), ainsi que de nombreux autres bailleurs bilatéraux, semblent déterminés à adopter par défaut la politique d'un élargissement de la prestation privée des services essentiels.

Des prêts conditionnés

La privatisation reste toujours une condition de contrepartie aux nombreux emprunts consentis aux pays les plus pauvres.

Une évaluation en 2006 sur 20 pays recevant des prêts du FMI et de la Banque mondiale a révélé que pour 18 d'entre eux, une condition imposée était la privatisation.

- Une étude en 2005 sur les prêts d'ajustement structurel les plus récemment consentis par la Banque mondiale, les crédits de soutien à la réduction de la pauvreté – CSRP, a montré qu'il y avait des conditions attachées à 11 des 13 projets étudiés, entre autres la privatisation du service des eaux au Nicaragua et un élargissement de la participation du secteur privé à la prestation des soins de santé au Sénégal.¹⁴⁷
- Une évaluation en 2006 sur 20 pays recevant des prêts du FMI et de la Banque mondiale a révélé que pour 18 d'entre eux, une condition imposée était la privatisation, ce qui représente une augmentation par rapport aux années précédentes.¹⁴⁸
- Une étude en 2006 sur l'annulation de la dette a montré que la privatisation, sous une forme ou une autre, était un préalable à l'annulation de la dette dans plus de la moitié des pays qui s'étaient qualifiés pour une remise de dette dans le cadre de l'initiative¹⁴⁹ en faveur des Pays Pauvres Très Endettés.¹⁵⁰

Tous ligués

La Banque mondiale encourage la prestation privée des services de base en subordonnant l'annulation de la dette des pays pauvres à des conditions pour recevoir une aide au développement.¹⁵¹ C'est une approche qui semble être plus motivée par les objectifs internes de la Banque que par les preuves tangibles de ce qui fonctionne dans chaque pays. Par exemple, la stratégie de développement du secteur privé de la Banque s'est fixée comme objectif une participation de 40% du secteur privé dans les emprunts qu'elle consent aux pays les plus pauvres.¹⁵² Le bras financier de la Banque, la société financière internationale (SFI), détient la part du lion en finançant la prestation des soins de santé dans 17 pays parmi lesquels la Chine, la Côte d'Ivoire et la Colombie¹⁵³; et ceci malgré les critiques soulignant que les investissements précédemment financés par la SFI n'avaient bénéficié qu'aux classes les plus aisées du marché.¹⁵⁴

La SFI et l'Agence multilatérale de garantie des investissements de la Banque (AMGI), de concert avec les agences de crédit à l'exportation des pays riches, encouragent également la participation des investisseurs privés dans la fourniture des services en promettant de les dédommager au cas où les gouvernements des pays pauvres venaient à résilier leurs

contrats.¹⁵⁵ En novembre 2001, après que la Banque mondiale fit de la privatisation de la compagnie des eaux et d'assainissement de Dar es-Salaam en Tanzanie une condition de remise de dette dans le cadre de l'Initiative PPTE, le département britannique de garantie des crédits à l'exportation a assuré Biwater, une compagnie britannique, pour 2 millions de livres contre des risques d'expropriation et de restriction de ses profits pour ses opérations de distribution d'eau en Tanzanie. En 2005, le projet mené par Biwater avait pris beaucoup de retard et aucune canalisation nouvelle n'avait été installée,¹⁵⁶ mais la compagnie attaquait en justice la Tanzanie et demandait des dommages au gouvernement tanzanien pour avoir résilié son contrat.¹⁵⁷

Sans considération pour l'opinion publique

Les privatisations risquent également de polariser l'opinion publique contre leurs gouvernements. L'opposition publique face à la privatisation ne cesse de s'accroître dans le monde. En 2001, une enquête sur 17 pays d'Amérique latine a montré que la privatisation était vécue comme étant « non bénéfique » par presque les deux tiers des personnes interrogées.¹⁵⁸ Une étude en 2005 a identifié 22 pays dans lesquels la privatisation du service des eaux et de l'énergie était activement contestée par les citoyens ou avait été suspendue à cause des manifestations.¹⁵⁹ Et pourtant, les gouvernements des pays riches continuent de promouvoir cette privatisation et visent à changer l'opinion publique plutôt qu'à remanier leur approche. En 1999, le gouvernement britannique a payé Adam Smith International 1,3 millions de dollars pour mener des campagnes publicitaires en Tanzanie louant les mérites de la privatisation.¹⁶⁰ Les paroles de la vidéo pop diffusée en Tanzanie affirmait : « *Nos vieilles industries sont aussi sèches que nos récoltes et la privatisation va leur apporter la pluie* ». ¹⁶¹

Des accords commerciaux susceptibles de menacer les services publics

Les gouvernements des pays en développement sont de plus en plus souvent obligés de définir leur politique dans le cadre d'un tissu de contraintes imposées par l'Organisation mondiale du commerce, par les accords commerciaux régionaux et les traités d'investissement bilatéraux. Ces impositions vont bien au-delà des contraintes douanières et s'immiscent dans les sphères de la réglementation nationale et de la prestation des services publics. Ces accords limitent en particulier les modalités de réglementation des fournisseurs de services étrangers. Par exemple, une des grilles de lecture de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC serait qu'un gouvernement puisse être obligé d'ouvrir son secteur à des fournisseurs étrangers s'il n'est pas l'unique prestataire d'un service essentiel comme l'eau ou l'éducation (ce qui est rarement le cas dans les pays en développement).

Même si l'AGCS reconnaît le « droit de réglementer » des pays en développement, on ne sait pas si ce droit est suffisant pour leur permettre de résister à la pression des autres pays quant à l'ouverture de la prestation du service des eaux et de la santé. L'eau est le service essentiel qui est le plus susceptible d'être mis sous pression par l'AGCS : par l'intermédiaire de l'OMC,

En 2001, une enquête sur 17 pays d'Amérique latine a montré que la privatisation était vécue comme étant « non bénéfique » par presque les deux tiers des personnes interrogées.

la Commission européenne a demandé à 72 pays de libéraliser leurs systèmes de distribution d'eau. Cinquante membres de l'OMC se sont également plus ou moins engagés à libéraliser leurs services de santé. Oxfam est convaincu que l'AGCS et les autres traités de commerce et d'investissement pourraient éventuellement devenir une arme pour obliger les pays en développement à ouvrir leurs services aux fournisseurs étrangers, même si cela va à l'encontre de leurs intérêts. Oxfam est également convaincu qu'il est possible d'exploiter les dispositions de l'AGCS pour affaiblir la capacité de l'Etat à réglementer la prestation des services dans le sens d'un accès élargi et de meilleur qualité.

*Les églises chrétiennes
fournissent pour
beaucoup de pays
africains la plupart des
services de santé.
Sinon, ce sont des
organisations caritatives
ou des ONG qui ont
pris le relais.*

Ce que les pays riches se gardent bien d'essayer chez eux

Les gouvernements des pays riches ont réagi à toutes les preuves qui s'accumulent sur l'échec de la privatisation, malheureusement plus souvent en paroles qu'en actes. La Grande Bretagne, la Norvège et la Commission européenne (CE) ont publiquement annoncé qu'ils renonçaient à faire de la privatisation une condition de l'aide au développement.¹⁶² Tous trois continuent cependant à financer des projets de la Banque mondiale qui promeuvent activement l'implication du secteur privé ou subordonnent leur aide publique à des conditions imposées par la Banque mondiale et le FMI.

Certains gouvernements ne permettraient jamais cela chez eux. La fourniture de l'eau en Suède, au Danemark et en Norvège est assurée exclusivement par les services publics. Une loi récemment adoptée aux Pays Bas criminalise la prestation privée du service des eaux. Et pourtant, le gouvernement hollandais, de paire avec les gouvernements suédois et norvégien, est un contributeur majeur du mécanisme de conseil à l'appui de la formation de partenariats public-privé dans le secteur des infrastructures (PPIAF) et du Groupe de Développement des Infrastructures Privées (PIDG) ; des institutions pluribailleurs qui préconisent activement la gestion privée des services des eaux et d'assainissement dans les pays en développement.

Sous-traiter aux organisations de la société civile : une solution qui n'est que partielle

Dans de nombreux cas, la sous-traitance des services au secteur non lucratif de la société civile est présentée comme un antidote à l'échec public ou privé de la prestation des services. Il y a dans la société civile de nombreux prestataires de services. Les églises chrétiennes qui étaient implantées bien avant les gouvernements actuels fournissent pour beaucoup de pays africains la plupart des services de santé. Sinon, ce sont des organisations caritatives ou des ONG qui ont pris le relais. Dans certains Etats émergeant d'un conflit, la sous-traitance a permis une expansion rapide de la fourniture des services. En Afghanistan, les ONG internationales ont passé des contrats pour fournir des services de santé de base à plus de 50% du pays en moins de quatre ans – en dépit des risques identifiés par une évaluation quant aux coûts de

transaction élevés et d'un déficit de réglementation, de transparence et de contrôle attachés à ce type d'arrangements contractuels.¹⁶³

Les prestataires de la société civile peuvent avoir des idées plus originales et réussir là où l'Etat a échoué en garantissant une meilleure équité d'accès aux plus démunis. Au Malawi et au Nigeria par exemple, les fournisseurs de services de santé à but non lucratif ciblent activement les personnes défavorisées et travaillent dans les zones rurales, tandis que les écoles villageoises, sous la férule de BRAC au Bangladesh, utilisent des méthodes pédagogiques interactives et participatives dans les établissements scolaires situés à proximité des communautés rurales dans les régions où les services publics sont inexistantes. BRAC gère également des programmes de santé dans tout le pays.¹⁶⁵

Une étude récente sur la sous-traitance de la prestation des services de santé à des organismes de la société civile dans des pays et des régions pauvres, parmi lesquels le Cambodge, le Bangladesh, le Costa Rica et l'Afrique du Sud,¹⁶⁶ a conclu que dans certains cas, la prestation des services s'était radicalement améliorée. Cependant, il est impossible de tirer des conclusions de ces comparaisons dans la mesure où ces arrangements contractuels ont souvent été introduits pour pallier l'absence de prestation publique.¹⁶⁷ Selon d'autres études, le succès de la sous-traitance est en grande partie imputable à l'augmentation des salaires du personnel, aux ressources supplémentaires mises à la disposition des prestataires ou au fait qu'ils aient aboli la tarification aux usagers. Au Cambodge, l'augmentation du nombre de personnes utilisant les services fournis par les centres de santé sous-traités est largement attribuable à la réduction des coûts de prise en charge des patients et à l'augmentation des salaires des employés : des résultats qu'auraient également pu obtenir les cliniques publiques si les fonctionnaires avaient été rémunérés au prix du marché et si l'accès payant avait été aboli.¹⁶⁸

Comme pour le secteur commercial, la contractualisation des organisations de la société civile peut faire peser sur le gouvernement des obligations en terme de régulation et de gestion des contrats, qui ne sont pas réalistes compte tenu de la faiblesse des Etats. Lorsque des appels d'offre sont lancés, il arrive parfois que les fournisseurs de la société civile refusent de coopérer ou de partager leurs informations. En outre, l'aide peut saper le travail de plaidoyer de la société civile, qui est décisif pour la responsabilisation des pays et gouvernements des pays riches.

Intégrer plutôt que dupliquer

La société civile peut jouer un rôle déterminant dans la prestation des services essentiels dans les pays pauvres. Afin d'en optimiser l'efficacité, l'équité et l'accès, la prestation des services actuellement fournie par des fournisseurs non gouvernementaux tels que les églises en Afrique, devrait être intégrée au système de prestation publique, tout en préservant l'autonomie des fournisseurs privés. C'est ce qui s'est produit en Ouganda où le gouvernement a alloué des subventions aux églises et les a impliquées dans le plan général de la prestation de

Au Cambodge, l'augmentation du nombre de personnes utilisant les services fournis est largement attribuable à la réduction des coûts de prise en charge des patients et à l'augmentation des salaires des employés.

Encadré 6 : Des ONG au travail avec des gouvernements — renforcer les services en Angola

Oxfam NOVIB et son partenaire Development Workshop s'efforcent avec les communautés et le gouvernement local d'améliorer les services essentiels à Luanda en Angola. Les communautés et l'administration municipale de Cacucaco ont passé des accords pour construire de nouvelles écoles, embaucher des enseignants et remettre en état des centres de santé. Les communautés reçoivent un soutien financier et technique pour la planification des services et mettre en place des mécanismes pour faire remonter leurs revendications, tandis que les autorités municipales s'occupent de fournir les fonds, la documentation pédagogique et les

médicaments, et d'embaucher les enseignants et le personnel soignant.

Les fonctionnaires gouvernementaux collaborent étroitement à ce processus en vue d'intégrer au système public les services mis sur pied par les partenariats communautaires. Jusqu'à présent, 2145 enfants ont pu bénéficier d'une amélioration de l'enseignement et des conditions d'apprentissage, et le centre de santé du district de Cazenga voit maintenant 60 patients par jour.

Source: Oxfam NOVIB

services de santé du pays. De la même façon, les ONG en Angola participent au développement des services essentiels ainsi qu'au renforcement de la capacité du gouvernement à gérer ces services (voir Encadré 6).

Débaucher le personnel des pays pauvres

« Ils reviennent chaque année, et à chaque fois qu'ils viennent, nous perdons des douzaines d'enseignants. »

Avril Crawford, Présidente du syndicat des enseignants de la Guyane.

«Ils», ce sont les recruteurs britanniques qui se rendent chaque année en Guyane pour rencontrer les enseignants qui ont postulé à des postes d'enseignants au Royaume Uni.¹⁶⁹

Certains pays riches, pour combler le tout, recrutent activement le personnel soignant et les enseignants formés dans les pays pauvres pour pallier la pénurie qui sévit dans leur fonction publique. Un médecin sur quatre au Canada et aux Etats-Unis est étranger.

Alors que le gouvernement britannique dépense 100 millions de livres sterling pour arrondir les salaires des personnels soignants du Malawi, il recrute simultanément à l'étranger presque un tiers des médecins pratiquant dans son service national de santé – et beaucoup sont originaires du Malawi et d'autres pays anglophones d'Afrique. Par comparaison, il n'y a que 5% de médecins étrangers pratiquant en France et en Allemagne.¹⁶¹

En estimant les coûts de formation d'un médecin généraliste à 60 000 dollars et ceux d'un auxiliaire médical à 12 000 dollars, l'Union Africaine a calculé que les pays à faible revenu subventionnaient les pays à revenu élevé à hauteur de 500 millions de dollars par an au travers de cet exode de leurs personnels soignants. Ce problème est en train de s'aggraver, particulièrement en ce qui concerne les infirmières.¹⁷¹ Au Royaume-Uni, au cours des années

L'Union Africaine a calculé que les pays à faible revenu subventionnaient les pays à revenu élevé à hauteur de 500 millions de dollars par an au travers de cet exode de leurs personnels soignants.

Encadré 7 : Prendre, prendre, prendre

Le gouvernement américain a prédit qu'il y aurait un déficit de 800 000 infirmières d'ici 2020. Et pourtant, au lieu de former un plus grand nombre d'infirmières, le Sénat des Etats-Unis a préféré faire venir des infirmières de l'étranger en adoptant une loi qui supprimait le quota d'infirmières autorisées à émigrer aux Etats-Unis. Tout cela en dépit du fait que le nombre des postulants pour les écoles d'infirmières américaines est beaucoup plus élevé que le nombre de places disponibles. Le pays le plus durement touché sera probablement les Philippines, où 80% des médecins gouvernementaux se recyclent actuellement comme infirmiers en vue d'obtenir leur carte verte, selon des informations recueillies lors d'une évaluation par le Dr Galvez Tan à l'Université des Philippines. « *Je demande la justice* » dit-il. « *Il faut qu'il y ait un peu de réciprocité, les Etats-Unis ne peuvent pas continuer à prendre, prendre, prendre* ». ¹⁷⁴

1990, le nombre d'infirmières africaines arrivant sur le marché du travail est monté en flèche. Par ailleurs, le nombre de médecins indiens pour mille habitants est désormais plus élevé aux Etats-Unis qu'en Inde. ¹⁷² Sur les 489 étudiants diplômés de l'école de médecine du Ghana entre 1986 et 1995, 61% ont quitté le Ghana – plus de la moitié d'entre eux se sont installés au Royaume-Uni et un tiers aux Etats-Unis. ¹⁷³

Les habitants des pays en développement ont le droit de voyager et de travailler dans d'autres pays, mais ils ont aussi droit à un salaire et à des conditions de travail décentes dans leur propre pays. Il faut une action mondiale pour résoudre la crise des ressources humaines. Les pays riches doivent s'attaquer aux causes de la crise de la main d'œuvre qui sévit dans leurs services publics.

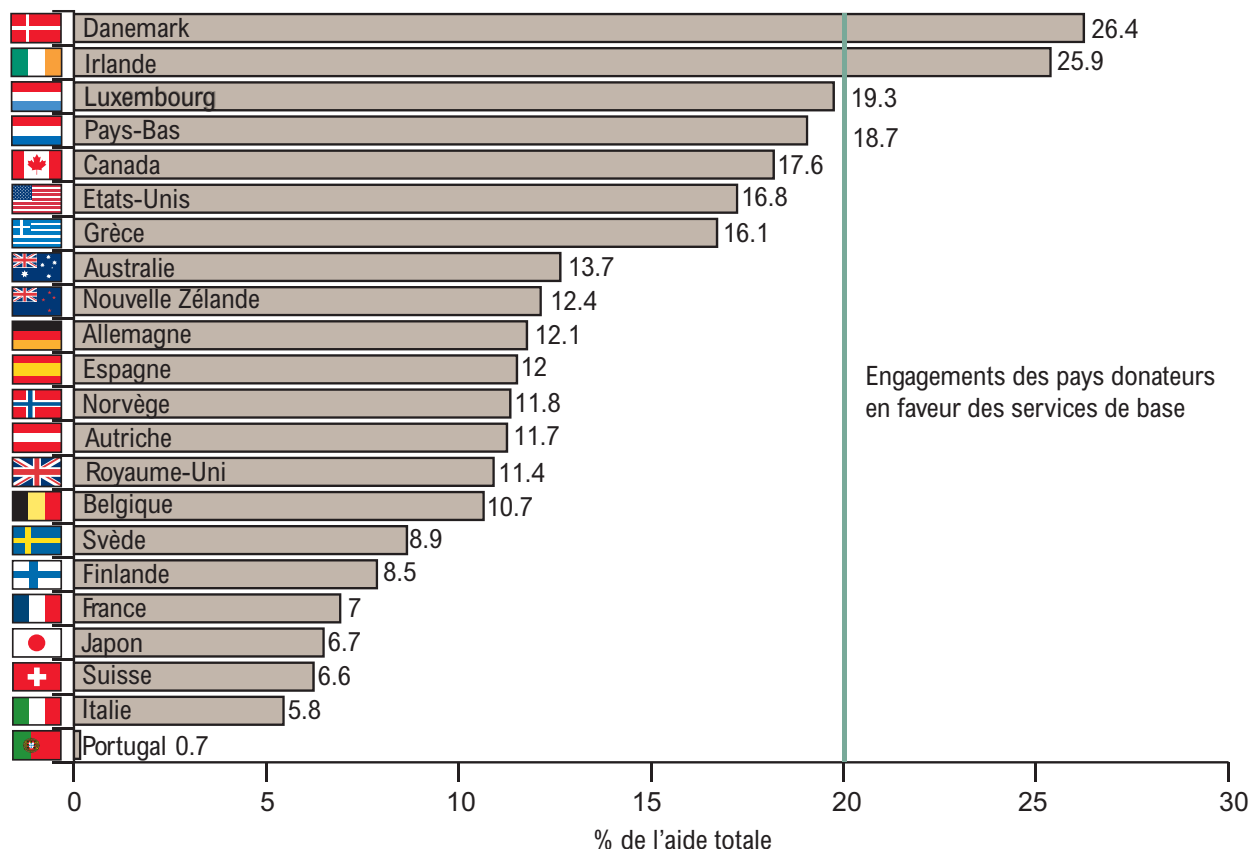
L'aide des pays riches toujours insuffisante

L'aide allouée par les pays riches est insuffisante ou les conditions de son attribution ne lui permettent pas d'appuyer les gouvernements et les services publics. Ce qui est nécessaire est un financement substantiel, sur le long terme et prévisible. Or, c'est ce type d'aide que les pays riches se sont engagés à fournir en plus grande quantité, à Paris, au début de l'année 2005. ¹⁷⁵ Mais jusqu'à présent, l'aide fournie est insuffisante, mal coordonnée et fragmentée entre différents projets.

Pas assez ou pas de la bonne manière

En 2005, les dirigeants des pays riches ont fait l'objet d'une pression sans précédent pour qu'ils augmentent leur aide publique au développement ; ce qui les a conduits à prendre de nouveaux engagements. Plus particulièrement, les nations européennes ont promis collectivement de

Graphique 12 : des promesses non tenues en matière de financement des services essentiels



(Source : OCDE/CAD 2005)

procéder à une augmentation de l'aide publique au développement de 40 milliards de dollars d'ici à 2010 et d'atteindre la cible des Nations unies de 0,7% de leur produit national brut d'ici à 2015. Mais cela reste bien en dessous des besoins et la tendance observée un an après dans un pays comme l'Allemagne rend cette promesse bien aléatoire.¹⁷⁶

En 1995, les gouvernements des pays riches avaient promis de consacrer 20% de leur aide au financement des services sociaux de base. En 2004, seuls le Danemark et l'Irlande ont honoré leur promesse. La vaste majorité des autres pays en sont encore très loin (voir Graphique 12). Il est possible que ces chiffres¹⁷⁷ sous-estiment le financement des services de base par les pays riches qui financent en grande partie directement les gouvernements au travers d'une

aide budgétaire. Mais c'est en soi le symptôme d'une déficience systémique du reporting de la part des donateurs quant à l'aide dévolue aux services essentiels. Cette déficience doit être rectifiée en vue de pouvoir contrôler l'engagement des pays riches envers ces secteurs fondamentaux.

En outre, la volatilité de l'aide est un frein à la dépense sociale : l'argent donné ne correspond pas à ce qui a été promis et son déboursement est erratique, ce qui ne permet pas aux gouvernements récipiendaires de payer les salaires en temps et en heure, de fidéliser leurs travailleurs qualifiés ou d'en recruter de nouveaux. Une étude économique qui a été menée récemment dans 75 pays en développement a montré que la volatilité et le faible niveau d'aide étaient à l'origine des difficultés rencontrées pour réduire la mortalité infantile.¹⁷⁸

L'aide pour l'eau et l'assainissement doit être multipliée par deux, c'est-à-dire passer de 14 à 30 milliards de dollars par an, pour que le nombre de personnes sans accès à l'eau potable diminue de moitié d'ici à 2015. Mais en réalité, depuis les années 1990, l'aide dévolue à ce secteur a diminué d'un milliard de dollars. En outre, malgré l'immense déficit d'investissement dans les zones rurales et périurbaines des pays pauvres, l'aide déjà insuffisante dans ce domaine est en grande partie engloutie par des projets urbains de grande envergure, dans une poignée de pays aux revenus moyens.¹⁷⁹

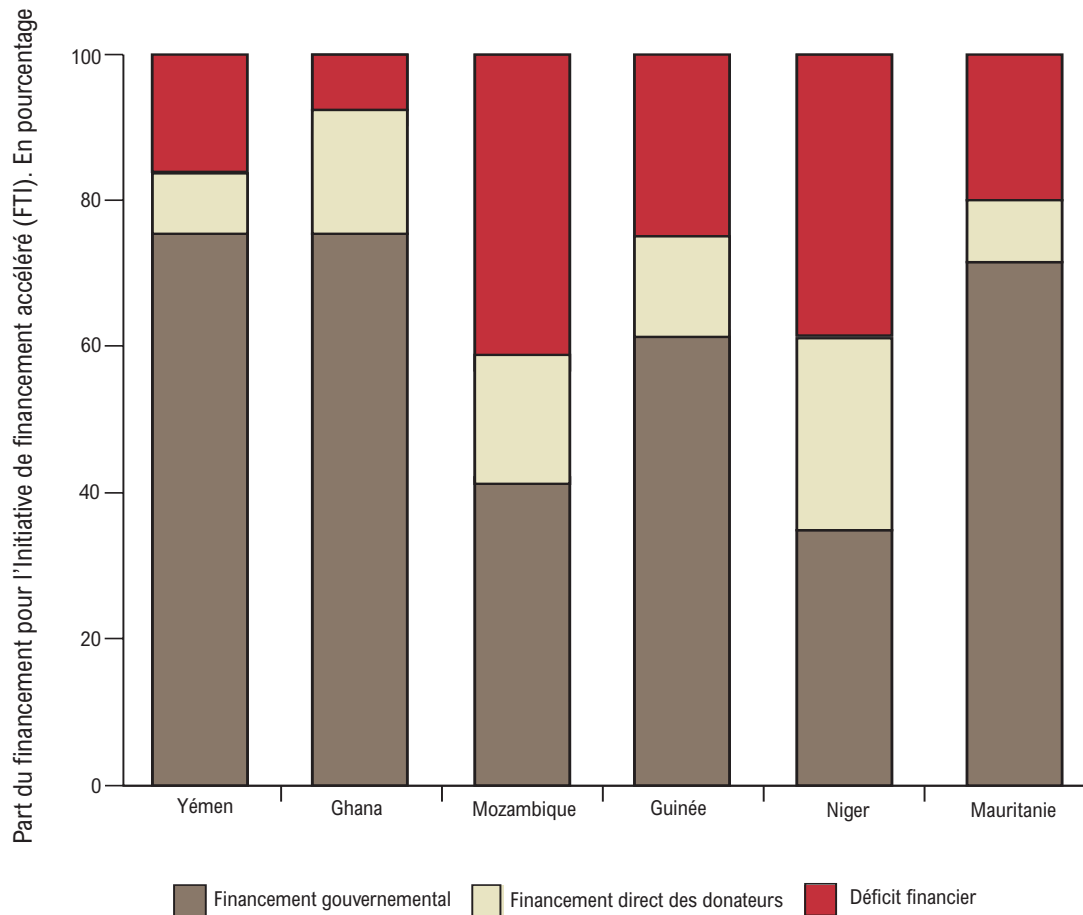
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a jusqu'ici consenti des subventions à 127 pays et financera le traitement d'1,8 million de personnes atteintes du VIH/Sida qui sans cela ne pourraient survivre – à condition bien entendu que le Fonds reçoive le financement promis.¹⁸⁰ Mais l'ampleur du problème est à une toute autre échelle : il y a environ 40 millions de personnes dans le monde qui sont séropositives, dont 95% vivent dans les pays en développement.¹⁸¹ Le Fonds mondial pourrait faire beaucoup plus, mais dans la mesure où ses ressources proviennent de contributions ad hoc et bénévoles des pays riches, il lui est très difficile de planifier une expansion de ses services sur une base durable. En 2005, des pays riches ont tenu plusieurs réunions pour mettre sur pied un système prévisible de provisionnement du Fonds, qui malgré des déclarations enthousiastes, n'est parvenu à mobiliser que 3,7 milliards de dollars pour 2006/2007 ; à peine un peu plus que la moitié des 7,1 milliards sollicités.¹⁸²

L'autre problème est que le Fonds se concentre sur les trois grandes maladies meurtrières que sont le sida, la tuberculose et le paludisme et non pas sur un renforcement général des systèmes de santé. C'est également le cas pour de nombreuses autres interventions des bailleurs d'aide dans le secteur de la santé. Dans l'ensemble, seulement 20% du financement dans le secteur de la santé est consacré au développement général des systèmes de santé, salaires du personnel soignant inclus.

L'aide pour le secteur de l'éducation a augmenté, mais l'UNESCO estime que 17 milliards de dollars supplémentaires sont nécessaires chaque année pour réussir à scolariser dans le

Une étude économique qui a été menée récemment dans 75 pays en développement a montré que la volatilité et le faible niveau d'aide étaient à l'origine des difficultés rencontrées pour réduire la mortalité infantile.

Graphique 13 : les gouvernements agissent, l'aide des donateurs se fait attendre



(Source : secrétariat de l'initiative de mise en oeuvre accélérée 2005) ¹⁸⁴

secteur primaire les 100 millions d'enfants qui ne le sont pas encore dans le monde, et pour apprendre à lire et à écrire aux femmes illettrées. Les pays riches ont mis en place en 2002 l'initiative de mise en oeuvre accélérée, éducation pour tous (IEA ou FTI) et ont promis une aide au développement à tous les pays qui produiraient une bonne stratégie nationale d'éducation. A ce jour, 37 pays en développement l'ont fait, mais seulement 16 d'entre eux ont reçu des fonds. Ces pays accusent un déficit de financement de 430 millions de dollars. C'est un chiffre qui a embarrassé, à juste titre, plusieurs hauts responsables de la Banque mondiale.¹⁸³

Des dettes sans fin

Le problème de la modicité de l'aide accordée est encore plus exacerbée par le fardeau de la dette. Etant donné les annonces en fanfare du G8 en 2005 concernant l'annulation de la dette, il serait excusable de penser que la crise est maintenant terminée. Ce n'est pas le cas. Il est évident que certains pays ont bénéficié des décisions du G8 : la Zambie, par exemple, dont la dette a été annulée par le FMI, a pu débloquer des fonds pour recruter des enseignants et des travailleurs de santé supplémentaires.¹⁸⁵ Mais il n'y a pas eu d'annulation de dette pour beaucoup de pays parmi les plus pauvres, comme le Kenya et le Bangladesh, et seulement 17 pays au total ont bénéficié d'une annulation des dettes qu'ils avaient contractées auprès du FMI et de la Banque mondiale (ce chiffre pourrait toutefois passer à 40 dans les prochaines années). La dette des pays africains a été annulée par la Banque africaine de développement, mais d'autres banques régionales, comme la Banque interaméricaine de développement n'ont pas suivi son exemple et ont laissé à des pays comme le Nicaragua de lourdes dettes à rembourser. Oxfam et d'autres organisations ont calculé qu'il faudrait annuler les dettes de 60 pays supplémentaires pour débloquer les fonds nécessaires à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Les conditions imposées par le FMI empêchent le recrutement

« Le FMI a besoin d'un visage humain. Ils devraient voir les enfants en Afrique qui ne sont pas scolarisés et s'en servir pour élaborer leurs politiques ».

Roy Mwaba, syndicat national des enseignants, Zambie

Les politiques du FMI constituent un obstacle majeur au recrutement d'enseignants et de personnels soignants supplémentaires dans les pays pauvres. Le FMI leur accorde des prêts sous réserve de poursuivre des politiques économiques 'saines'. Si le FMI se désengage, les pays riches suivront. S'il est vrai que le FMI a raison de demander aux pays de gérer prudemment leur économie, il n'en reste pas moins que l'inflexibilité de position à l'égard des dépenses publiques est incompatible avec la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement. Le Kenya doit recruter 60 000 instituteurs supplémentaires pour faire face à l'explosion des taux de scolarisation qui s'est produite depuis l'abolition des frais de scolarité. Mais la cible du FMI qui est de ramener l'enveloppe salariale du secteur public au Kenya de 8,5 à 7,2% du PNB d'ici à 2007, s'est traduite par un gel de l'embauche du personnel enseignant dont le nombre est aujourd'hui comparable à celui de 1998.¹⁸⁶

La Zambie doit faire face à des contraintes similaires. Jennifer Chiwela de la coalition nationale pour l'éducation est frustrée par toutes ces contradictions : *« L'initiative de mise en oeuvre accélérée était censée aider les communautés vulnérables à améliorer le ratio enseignants/élèves. Mais le FMI et la Banque mondiale ont ensuite déclaré que nous ne pouvions pas dépasser un certain nombre d'enseignants ; ce qui fait que d'un côté on nous fixe des objectifs et de l'autre on nous impose des restrictions qui empêchent le gouvernement de les atteindre. »*

L'inflexibilité de la position du FMI à l'égard des dépenses publiques est incompatible avec la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement.

Encadré 8 : Le mal hollandais, ou ‘l’aide est-elle mauvaise pour vous ?’

La réalisation des OMD exigera une augmentation substantielle de l’aide en faveur des pays à faible revenu, mais le FMI est convaincu que l’aide, en grande quantité, peut créer des problèmes économiques dans les pays récipiendaires, comme des flambées inflationnistes, une hausse des taux de change, avec un effet en cascade qui pourrait menacer la compétitivité économique d’un pays – un syndrome connu sous le nom de « mal hollandais ». ¹⁸⁷

Il semble pourtant qu’avec le mal hollandais, il y ait plus de peur que de mal. Une récente évaluation menée pour le FMI sur l’aide dans sept pays n’a pas démontré qu’il existait une corrélation entre une augmentation massive de l’aide au développement et le mal hollandais, en partie parce que les gouvernements des pays en développement savaient déjà faire face à la volatilité et l’imprévisibilité de l’aide qui leur était dévolue. ¹⁸⁸

Les gouvernements récipiendaires doivent en conséquence se montrer prudents quand ils reçoivent de larges quantités d’aide, comme le font déjà certains pays, c’est-à-dire en n’autorisant les dépenses gouvernementales qu’une fois les fonds encaissés (Tanzanie) ou en basant leurs prévisions sur la performance passée du donateur (Ouganda). Les pays riches doivent impérativement améliorer la fiabilité et la prévisibilité de l’aide qu’ils accordent s’ils veulent qu’elle soit bien utilisée. En attendant, faire courir des rumeurs alarmistes sur les répercussions éventuelles de l’augmentation de l’aide au développement alors que les pays riches semblent incapables d’honorer leurs engagements existants, ne crée pas un climat propice à la réalisation des OMD.

Pourquoi le FMI fait-il obstacle ? Il continue à travailler dans une optique monétariste bien trop étroite qui privilégie des critères très contraignants en matière d’inflation et de déficit fiscal aux dépens des dépenses publiques. Simultanément, il condamne la volatilité et la mauvaise prévisibilité de l’aide ainsi que les effets potentiellement négatifs des flux d’aide importants. Comme le montre l’Encadré 8, si la prudence face à une augmentation soudaine de l’aide est un bon réflexe, la réponse appropriée n’est certainement pas une diminution de l’aide, mais une amélioration de sa gestion.

Malgré quelques modestes changements ces dernières années, le FMI est loin d’avoir fait suffisamment d’efforts pour changer sa manière de travailler dans les pays pauvres en vue de contribuer positivement à la réalisation des OMD. Au contraire, il constitue souvent un obstacle à la réalisation des progrès. Dans ces conditions, il est difficile de savoir si le FMI devrait continuer à jouer un rôle dans les pays à faible revenu. Une chose est certaine, il devrait renoncer à son rôle de « gardien » de l’aide étrangère.

Le manque de coordination se traduit par une action limitée

Les pays riches déprécient la valeur de leurs subventions par manque de coordination et aussi parce qu’elles financent essentiellement des projets et une assistance technique. Lorsque les pays riches se sont rencontrés à Rome en 2003, ils se sont mis d’accord, dans un souci de clarté et de

prévisibilité, pour se servir d'un seul cadre pour harmoniser les procédures et les conditions à l'aide.¹⁸⁹ Pourtant, une évaluation récente menée par l'OCDE dans 14 pays en développement n'a découvert que trois cas dans lesquels il y avait eu une rationalisation des conditions dans le secteur de la santé, quatre cas dans celui de l'éducation et deux cas dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement.

La situation dans le secteur de la santé continue d'empirer. La multiplicité des initiatives « verticales » augmente les coûts de transaction, duplique et compromet la prestation des soins de santé, fausse les priorités et sabote la planification sectorielle. L'Angola et la République démocratique du Congo ont tous deux été obligés de mettre en place quatre organismes de coordination différents pour lutter contre le VIH/Sida.¹⁹⁰ Selon les dires d'un représentant d'un donateur en Ethiopie concernant les différentes initiatives internationales pour la prévention des maladies contagieuses comme le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose : « le Fonds mondial, le Plan d'urgence présidentiel pour l'aide contre le sida et le EMSAP [Projet Sida Ethiopien Multi Sectoriel] ne sont pas intégrés. De mon point de vue, les effets secondaires l'emportent sur les bénéfices – incohérence du financement, argent gaspillé, temps et énergie perdus ». ¹⁹¹

Lorsque les prestataires d'aide sont trop nombreux et qu'ils ont chacun des exigences respectives de reporting, il est impossible d'utiliser les fonds. Les finances publiques s'imposent comme un premier choix même si elles sont plus modestes et lentes à mobiliser, parce qu'elles sont plus faciles d'utilisation (voir Tableau 1). Comme l'expliquait le directeur général d'une assemblée de district au Ghana : « La plupart des districts doivent traiter avec un grand nombre de pays riches. Ils ont tous des exigences différentes, ce qui fait que le district a jusqu'à 20 comptes en banque différents et que je dois écrire plus de 200 rapports par an ». ¹⁹²

L'Angola et la République démocratique du Congo ont tous deux été obligés de mettre en place quatre organismes de coordination différents pour lutter contre le VIH/Sida.

Tableau 1 : l'aide non coordonnée est impossible à utiliser

Pays	Taux d'utilisation de l'aide pour l'eau	
	Financement gouvernemental	Financement donateur
Ethiopie	106%	46%
Ghana	105%	54%
Ouganda	65%	44%

(Source: WaterAid 2004)

Le blocage sur l'assistance technique

Dans une certaine mesure, l'assistance technique (AT) – tels les stages de formation, les bourses, les études et les conseillers techniques – est utile et nécessaire. Mais les pays riches qui y consacrent la majorité de leur aide dépensent bien trop d'argent en consultants internationaux (voir Tableau 2). Jusqu'à 70% de l'aide dans le secteur de l'éducation est dévolue à l'AT,¹⁹³ alors que l'enveloppe salariale représente 70% des coûts d'éducation.¹⁹⁴ Dans certains pays, la facture pour 100 jours de travail de consultants techniques équivaut à l'enveloppe salariale annuelle de 100 enseignants ou à la somme nécessaire pour scolariser 5000 enfants.¹⁹⁵ Une étude sur l'AT au Mozambique a montré que la note des pays riches pour employer 3500 experts techniques se chiffrait à 350 millions de dollars par an, alors que l'enveloppe salariale de 100 000 fonctionnaires du secteur public atteignait tout juste 74 millions de dollars. Le rapport proposait d'utiliser une partie du budget destiné à l'AT pour financer l'enveloppe salariale dans le secteur public local, ce qui se serait traduit par une diminution de 1000 experts étrangers, mais l'idée n'a jamais été mise en pratique.¹⁹⁶

Dans certains pays, la facture pour 100 jours de travail de consultants techniques équivaut à l'enveloppe salariale annuelle de 100 enseignants ou à la somme nécessaire pour scolariser 5000 enfants.

Selon les mots d'un conseiller technique de haut niveau du ministère de la santé du Malawi : « Les pays riches ont peur. Cela ne les dérange pas d'investir 100 millions de dollars dans la construction de routes. Mais si vous leur dites « Excusez-moi monsieur, nous avons le meilleur ingénieur, et avec 100 dollars par mois, nous pouvons le convaincre de continuer à travailler pour nous si nous augmentons son salaire » Ils diront : « Impossible, nous ne pouvons pas le faire » mais ils emploieront les services d'un expert étranger qui coûte 1000 dollars par jour ». ¹⁹⁷

L'aide finançant les projets est trop souvent « liée » à l'achat de biens et de services provenant du pays donateur. Par exemple, l'aide allouée par l'Espagne à la construction d'un hôpital au Nicaragua était subordonnée à l'achat d'un équipement espagnol. Selon le chef du ministère de la santé à San Juan de Dios, « la valeur de l'équipement était surestimée. Il aurait pu être acheté à d'autres pays pour moitié prix ». ¹⁹⁸

Axé sur les projets, pas sur les systèmes publics

Le meilleur moyen pour les pays riches d'aider à développer les services publics est de financer une partie du budget national, comme l'ont démontré les progrès réalisés en Ouganda et en Tanzanie. Pourtant, en 2001, moins de 5% de l'aide bilatérale était destinée à soutenir le budget général des Etats récipiendaires. Le reste était affecté à des projets spécifiques. Les projets peuvent être utiles pour piloter de nouvelles approches et pour entreprendre des interventions d'exception, mais ils tendent à financer des biens d'investissement (infrastructures, véhicules et formation) et ne s'aventurent jamais à couvrir les coûts récurrents dont les systèmes publics ont désespérément besoin (salaires, fournitures, manuels, médicaments).

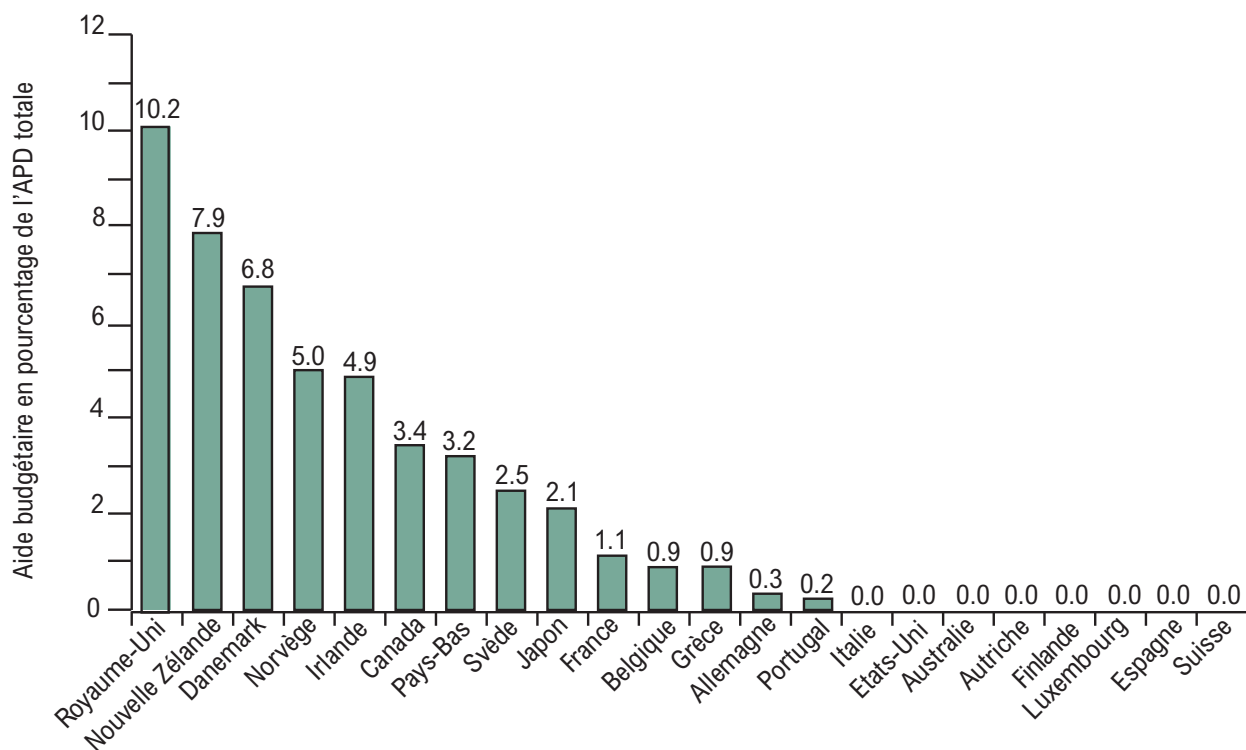
Tableau 2 : trop technique — Pays riches dépensant plus de 75 % de leur aide en assistance technique

Education	%	Santé	%	Eau et assainissement	%
USA	100	Portugal	98	USA	83
Grèce	98	USA	90	Japon	76
Portugal	96	France	84	Pays-Bas	74
Belgique	95	Australie	81		
Autriche	95	Belgique	78		
Allemagne	94				
Australie	90				
Nouvelle Zélande	87				
France	87				
Pays-Bas	82				
Italie	81				
Espagne	76				

(Source : données OCDE/DAC, décembre 2005)

Certains gouvernements des pays riches ont fait des progrès, et augmenté l'aide allouée au soutien budgétaire, mais elle ne représente qu'une fraction (moins de 10%) de leurs dépenses totales (voir Graphique 14).

Graphique 14 : certains pays riches progressent sur le terrain de l'aide budgétaire, la plupart d'entre eux peut mieux faire



(Source : OCDE/DAC données en ligne, mai 2006)

Dégraissage d'actif des services publics

Le personnel constitue la valeur la plus importante d'une organisation. Mais lorsque des projets financés par des bailleurs opèrent parallèlement aux systèmes publics, ils leur font concurrence sur le plan des effectifs en essayant d'embaucher les meilleurs éléments et ils y parviennent le plus souvent. Le ministère de la santé éthiopien a perdu de nombreux techniciens qui se sont reconvertis comme conseillers dans des projets financés par le Fonds mondial qui offraient des salaires trois fois plus élevés.²⁰⁰ Les services communautaires de santé du Malawi perdent de nombreux travailleurs de santé qui se recyclent pour travailler dans les services consultatifs VIH/Sida, un secteur qui attire plus de financements.²⁰¹ En Afghanistan où le programme national de santé est assuré par les ONG financées par les pays riches, des médecins et des infirmiers afghans bardés de diplômes préfèrent s'embaucher comme chauffeurs et interprètes auprès des ONG qui leur offrent des salaires plus élevés.

Youssouf Hadeira, un planificateur au ministère de l'éducation au Mali, est confronté à un problème similaire : « *Tous les jours nos employés partent travailler pour des ONG qui leur offrent de meilleures conditions de travail* ».

Conclusion

Les pays riches sont des partenaires décisifs pour la réalisation des OMD dans les pays en développement. Mais leur soutien est sapé par une mauvaise coordination de l'aide, qui est fragmentée entre plusieurs projets, ou par leur insistance à privatiser les secteurs publics plutôt que de financer les mesures qui ont fait leurs preuves. Les pays riches devraient articuler leurs efforts autour des plans nationaux ; développer la capacité institutionnelle des gouvernements à planifier, gérer et fournir avec efficacité les services essentiels ; et octroyer les financements nécessaires de manière soutenable et sur le long terme.

5.

**Passer à l'action :
comment les pays
en développement
et les pays riches
peuvent développer
des services publics
efficaces**



adidas®
SPORTS

LVUM
CHAMA CHA MAENDEL
SIASA

HATUTAKI SIASA
MWENYE SIASA A
CHAMA CHA SIA

5.

Passer à l'action : comment les pays en développement et les pays riches peuvent développer des services publics efficaces

Ce que les pays en développement doivent faire

Mettre en place de bonnes politiques

« Cela me fait plaisir de dire que [mon] gouvernement a tenu sa promesse de fournir une éducation primaire gratuite et obligatoire ... [et] qu'il poursuit son engagement afin qu'il y ait une éducation primaire universelle d'ici à 2015. »

Président Kibaki du Kenya, lors du discours d'ouverture au Parlement, 2003

Le gouvernement kenyan est plus réputé pour ses problèmes (comme la corruption récemment) que pour ses succès, mais John Nzomo, âgé de 11 ans, fait partie des milliers d'enfants kényans qui ont bénéficié de l'engagement du Président Kibaki en faveur de l'éducation. Lorsque les frais de scolarité étaient obligatoires dans le secteur primaire, John avait dû abandonner ses études qui étaient trop chères pour ses parents. Mais en janvier 2003, le président nouvellement élu a honoré une des promesses de son programme électoral, à savoir la gratuité de l'éducation primaire. Depuis lors, John – et 1,2 millions d'autres enfants kényans, parmi lesquels de nombreuses filles – ont pu aller à l'école. *« L'école primaire gratuite a été un miracle pour nous »* dit sa mère. *« Sans cela, John serait encore à la maison ».*²⁰²

La crise de l'éducation du Kenya n'est pas encore résolue, mais les engagements politiques en faveur de la gratuité de l'éducation primaire représentent un tournant. Ils ont permis de changer la perception qu'ont les gens de l'éducation : d'un privilège pour les riches, elle est devenue un droit pour tous. La démocratie est également gagnante : en mettant l'éducation au cœur des préoccupations des campagnes électorales, le Kenya a commencé à transcender les politiques ethniques pour embrasser des politiques répondant aux préoccupations de développement national et de lutte contre la pauvreté.

Les échecs répétés de nombreux gouvernements à réaliser les droits de leur peuple à une éducation de base, à des soins de santé ainsi qu'à l'eau et à l'assainissement représentent un des plus grands scandales politiques qui ait ébranlé le monde en développement ces 25 dernières années. C'est une situation qui est clairement mise en évidence dans le rapport établi par Social Watch en 2005 qui

Page opposée

Manifestation à Kibera, Kenya

« Nous avons demandé au gouvernement des enseignants formés ainsi qu'un programme pour l'alimentation à l'école ... Le gouvernement est venu à Kibera dans la semaine. Nous n'avions pas conscience de notre pouvoir. Cela a été une véritable révélation pour nous. Même la police disait « Ce n'est pas une mauvaise manifestation. Ils ne font que revendiquer leurs droits ».

Maurice Odek, Kibera

documente la réduction dans de nombreux pays des investissements dans les services sociaux et l'aggravation des inégalités.²⁰³ Et pourtant, pour beaucoup d'Etat, cet échec à honorer des clauses aussi fondamentales du contrat social passé entre les citoyens et l'Etat a cessé d'être une priorité de l'agenda politique. Pour fournir avec succès des services essentiels aux personnes démunies, il est fondamental que ce qui se passe aujourd'hui au Kenya soit élargi au reste du monde en développement.

Le premier pas vers la prestation des services essentiels pour tous consiste à adopter les politiques appropriées. Comment ? Les gouvernements des pays en développement doivent :

- Changer de priorités politiques
- Lutter en faveur de l'équité pour les femmes
- Respecter les droits en abolissant les mesures de tarification aux usagers
- Combattre la corruption et instaurer des mécanismes de redevabilité
- Renforcer les capacités publiques.

Changer de priorités politiques

Arsen Israelyan/Oxfam



Plus de 500 personnes ont défilé à Erevan en Arménie, pour demander au gouvernement de garantir l'accès pour tous aux services de santé essentiels.

L'engagement politique est un facteur clé du bon fonctionnement des services, et pour y parvenir les gouvernements doivent se sentir sous pression. Dans l'Etat de Kerala en Inde et au Sri Lanka, des citoyens politisés se sont mobilisés pour obtenir des services efficaces. Des manifestations ont été organisées pour protester contre la fermeture d'un centre de santé et les gouvernements ont été obligés de réagir. A l'île Maurice et à la Barbade, c'est l'affrontement électoral qui a amené le gouvernement à s'impliquer dans la prestation de services publics. Dans d'autres pays performants, comme la Malaisie ou plus récemment l'Ouganda et le Brésil, des dirigeants nationaux qui considéraient les services essentiels comme un élément central du développement et de l'unité nationale ont joué un rôle décisif. Le fil rouge que l'on retrouve dans toutes ces situations est le contrat qui se noue entre l'Etat et ses citoyens : les gouvernements ont accepté de garantir l'accès aux services essentiels, jugé par les populations comme un droit fondamental. C'est en créant des attentes populaires que l'on mettra les services publics à l'ordre du jour des préoccupations politiques. Et ce sont ces attentes qui rendront ensuite leur démantèlement plus difficile.

Les organisations de la société civile créent ces attentes et poussent en faveur du changement. Elles sont parvenues à intéresser les médias du monde entier à la question des services essentiels et à en faire une priorité politique. Au Kenya, la coalition nationale des associations pour l'éducation, Elimu Yetu ('Notre Education') a été déterminante pour mettre la gratuité de l'éducation primaire au cœur des débats politiques et pour l'y maintenir. WaterAid et Oxfam International aident leurs partenaires du monde entier à faire des services essentiels un enjeu politique incontournable et à exiger des gouvernements qu'ils améliorent leur performance.

La Campagne mondiale pour l'éducation (CME) a mobilisé des activistes du monde entier pour faire apparaître au grand jour les problèmes et pousser les gouvernements à l'action. En 2005, la plus grande coalition anti-pauvreté au monde a été formée, l'Action mondiale contre la pauvreté (AMCP). L'AMCP a organisé des manifestations et des campagnes en 2005 qui ont mobilisé plus de 36 millions de personnes dans 80 pays. Toutes ces manifestations ont été organisées sous le signe de ralliement du bandeau blanc. L'AMCP s'est mobilisée jusqu'en 2006 et a renouvelé ses appels tant auprès des gouvernements du Nord que du Sud pour qu'ils mettent fin à la pauvreté. L'accès universel à des services publics de qualité de même que l'arrêt de la privatisation dans les pays où elle entraîne plus de privation et de pauvreté, comptent parmi les principales revendications de l'AMCP.

Comme partout ailleurs, la scène politique des pays en développement est dominée par des élites nationales qui ont le pouvoir de dynamiser ou bloquer les progrès en matière de services publics. Les larges disparités de performance des secteurs de la santé et de l'éducation dans des pays qui ont atteint des stades comparables de développement économique témoignent de la nature plus progressive de certaines élites ou de leur plus grande ouverture d'esprit.

Les élites qui tirent leurs revenus de l'agriculture ont tendance à se montrer plus hostiles aux services publics que des classes sociales urbaines ou industrielles : leur intérêt est de se garantir un réservoir de main d'œuvre non qualifié et mal payé, et elles veulent éviter que des petits exploitants autonomisés puissent revendiquer la redistribution de leurs larges exploitations agricoles qui sont bien souvent peu rentables.²⁰⁴ Bien souvent les gros propriétaires terriens tiennent à préserver leur statut et la nature quasi féodale des relations sociales qui existent dans de nombreuses campagnes. Heureusement, l'un des effets secondaires de l'urbanisation est le déclin de ces bastions réactionnaires.

Une étude récente portant sur la conception que se font les élites de plusieurs pays en développement de la pauvreté a relevé plusieurs raisons de se montrer optimiste.²⁰⁵ Premièrement, les élites sont de plus en plus motivées par des « élans positifs », comme la foi dans le développement national, la fierté ou l'unité nationale, plutôt que par des « élans négatifs » comme la peur des maladies ou de la révolution. Deuxièmement, elles sont maintenant beaucoup plus susceptibles d'intégrer une « approche développement humain » à l'égard du développement national et d'accepter l'idée que l'avenir d'une nation dépend de l'éducation et de la santé de sa population. Par le passé, les élites étaient souvent plus séduites par l'aspect glamour de certains projets de prestige comme des barrages ou des aéroports plutôt que par des considérations plus terre à terre comme des écoles et des centres de santé. Un point intéressant relevé par plusieurs évaluations est que les élites sont plus intéressées par l'éducation que par la santé ou d'autres services. Ce n'est certainement pas une coïncidence si au cours des dernières décennies, les progrès se sont davantage portés sur les écoles que les centres de santé ou l'aménagement de robinets d'eau ou de toilettes.

Ces résultats permettent de comprendre à quel point il est utile d'engager un dialogue avec les élites nationales, les mouvements sociaux et la communauté internationale, et de mettre en évidence les bénéfices retirés de l'amélioration des services financés par les revenus fiscaux et l'aide au développement.

Paradoxalement, faire de la population pauvre la cible des services essentiels peut aller à l'encontre de l'effet recherché. Les classes aisées de la population acceptent plus facilement de payer des impôts s'ils servent à financer des services dont ils profiteront. Cibler des interventions spécifiquement pour les personnes démunies (gratuité des repas scolaires, subventions pour l'eau, etc.) peut marcher à condition que cela s'inscrive en complément de la prestation universelle des services essentiels. Mais choisir de fournir sélectivement des services essentiels aux personnes démunies plutôt qu'une prestation universelle, même si elle coûte moins cher à court terme, se traduit par un retrait financier et politique des classes aisées qui ne voient pas les avantages qu'elles pourraient retirer des services publics.

Gail Williams/Oxfam



Tous les membres du comité de village à Gaibandha, Bangladesh, sont des femmes. Elles se rencontrent une fois par semaine pour discuter de problèmes tels que l'hygiène individuelle, l'élevage ou encore l'emplacement des latrines et des puits.

Lutter pour plus d'équité

Faire que les services fonctionnent pour les femmes

L'investissement dans des services de base qui soutiennent et émancipent les femmes et les filles est crucial. Et les gouvernements ont beaucoup à apprendre des mouvements de femmes pour opérer ces services d'une manière qui leur soit favorable. Comment cela peut-il se faire ? En les promouvant en tant que travailleuses, en les soutenant en tant qu'utilisatrices des services, en les protégeant contre les abus qu'elles subissent, en travaillant avec les organisations de femmes et en associant à toutes ses mesures des réformes légales qui améliorent le statut et l'autonomie des femmes dans la société.

Promouvoir et fidéliser le personnel féminin

Lorsque des femmes sont en première ligne de la prestation des services, leur présence encourage d'autres femmes et d'autres filles à les utiliser. En Palestine, où la grande majorité des enseignants sont des femmes, les taux nets de scolarisation sont parmi les plus élevés du Moyen Orient et 97% des filles sont scolarisées dans le secteur secondaire.²⁰⁶ De la même manière, la présence de femmes médecins et travailleurs de santé encourage les femmes et les filles à se faire soigner dans les centres de santé, pour recevoir des soins de santé ou maternels. Embaucher davantage de femmes améliore également leur indépendance financière.

Le paiement de salaires équitables est une première mesure pour faciliter le recrutement des femmes dans les services essentiels, mais un plus large soutien peut les amener à choisir un emploi dans la fonction publique. Le gouvernement gambien, par exemple a mis en place un projet pour aider les jeunes femmes qui s'inscrivaient en formation d'enseignant.²⁰⁷ Les quotas de recrutement pour les enseignantes sont également utiles.

Soutenir les femmes par des allocations sociales

Les prestations sociales qui mettent de l'argent entre les mains des femmes leur permettent, à elles et à leurs enfants, d'utiliser les services. En Afrique du Sud, un régime de retraite pour les personnes à faibles revenus est l'assise d'un programme gouvernemental visant à la réduction de la pauvreté. Plus de 80% des personnes âgées dont la majorité sont des femmes bénéficient de ce régime de retraite.²⁰⁸ Malgré une couverture inégale et des différences entre femmes mariées et célibataires, ce programme est apparemment « *l'un des instruments les plus efficaces de redistribution et de soulagement de la pauvreté – particulièrement en ce qui concerne les femmes qui constituent la majorité de la population déshéritée en Afrique du Sud* ». ²⁰⁹

Protéger les femmes et les filles contre les abus

Combattre le harcèlement sexuel et la violence envers les femmes et les filles est fondamental, qu'elles soient utilisatrices ou prestataires de services. Les gouvernements qui se sont engagés à mettre fin au harcèlement quotidien dont les femmes sont victimes ont formulé des politiques de protection qui, associées aux campagnes publiques, peuvent être utiles lorsque le problème est d'autant plus exacerbé par une culture du silence. En Ouganda, le ministère de l'éducation a porté au grand jour les abus commis contre les filles en milieu scolaire, ce qui a conduit à la démission et même à l'incarcération de plusieurs enseignants et étudiants. Lorsque les communautés savent qu'il leur est possible de gagner des procès et que les médias attirent l'attention sur ces problèmes, d'autres filles n'hésitent plus à s'exprimer publiquement. ²¹⁰

Du travail à tous les niveaux

Le meilleur moyen de mettre en place des services qui soient adaptés aux besoins des femmes et des filles est de simultanément travailler avec les groupes de femmes, réformer les lois et remettre en cause les préjugés négatifs. Lorsque ces initiatives sont associées, les progrès peuvent être rapides.

- **Travailler avec les mouvements de femmes.** Lorsque les gouvernements et les organisations de femmes travaillent ensemble, l'impact qu'ils obtiennent est plus important que s'ils travaillent séparément. Au Brésil, les organisations de femmes qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement ont réussi à garantir que la Constitution de 1988 reflète l'importance de la santé reproductive des femmes.²¹¹ Les mouvements de femmes ont continué à influencer la politique de santé publique : un programme de santé des femmes a été établi (Programa de Assistencia a Saude da Mulher — PAISM) et des services spécialisés de santé sont maintenant disponibles pour les victimes de viol. En Tanzanie, pendant les années 1990, le ministère de l'éducation et de la culture a organisé des ateliers de travail, des spectacles de théâtre et utilisé d'autres médias populaires avec le Forum des femmes africaines pour l'éducation (FAWE) et les universités pour toucher les femmes et les filles. Le ministère a organisé des séances d'information pour les hauts fonctionnaires et a amélioré la pertinence des programmes pour les étudiantes.²¹²

Au Brésil, les organisations de femmes qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement ont continué à influencer la politique de santé publique : un programme de santé des femmes a été établi (Programa de Assistencia a Saude da Mulher — PAISM) et des services spécialisés de santé sont maintenant disponibles pour les victimes de viol.

- **Réformer les lois.** Le gouvernement sud-africain de l'ANC a réécrit la constitution afin de promouvoir l'égalité et les droits des femmes. Le résultat ? Aujourd'hui, un fonctionnaire sur deux en Afrique du Sud est une femme, et les femmes représentent un tiers des membres de l'Assemblée nationale – alors qu'elles n'étaient que 3% pendant la période de l'apartheid.²¹³ Les quotas peuvent aussi fonctionner. En 1992, l'Inde a passé un amendement constitutionnel selon lequel un tiers des sièges du gouvernement local seraient réservés aux femmes, et c'est une mesure qui a donné plus de poids aux préoccupations des femmes. En moyenne, les conseils locaux auxquels siège une majorité de femmes dépensent davantage sur les installations d'eau publique et sur la construction des latrines qui desservent les castes les moins privilégiées.²¹⁴
- **Remettre en cause les préjugés négatifs.** Les bonnes interventions vont au-delà de la simple prestation de services aux femmes : elles permettent aux femmes de s'émanciper tout au long du processus. Les programmes scolaires ont un rôle vital à jouer pour changer la perception de la condition féminine. La campagne d'« alphabétisation totale » lancée par le gouvernement indien en 1988 et gérée par les administrateurs des gouvernements locaux et l'ONG BGVS, a augmenté les taux d'alphabétisation des adultes et a poussé les femmes participant à ce programme à remettre en question les normes sociales qui limitent leur existence.

Respecter les droits en abolissant les mesures de tarification aux usagers

« Dans le passé, pour avoir accès à des soins de santé il fallait avoir de l'argent. Si mon enfant était malade, je devais payer 20 pesos au pédiatre chaque fois que je devais le voir. Nous n'avons plus besoin de faire ça maintenant. Notre service médical est gratuit pour tout le monde. C'est un changement énorme. »

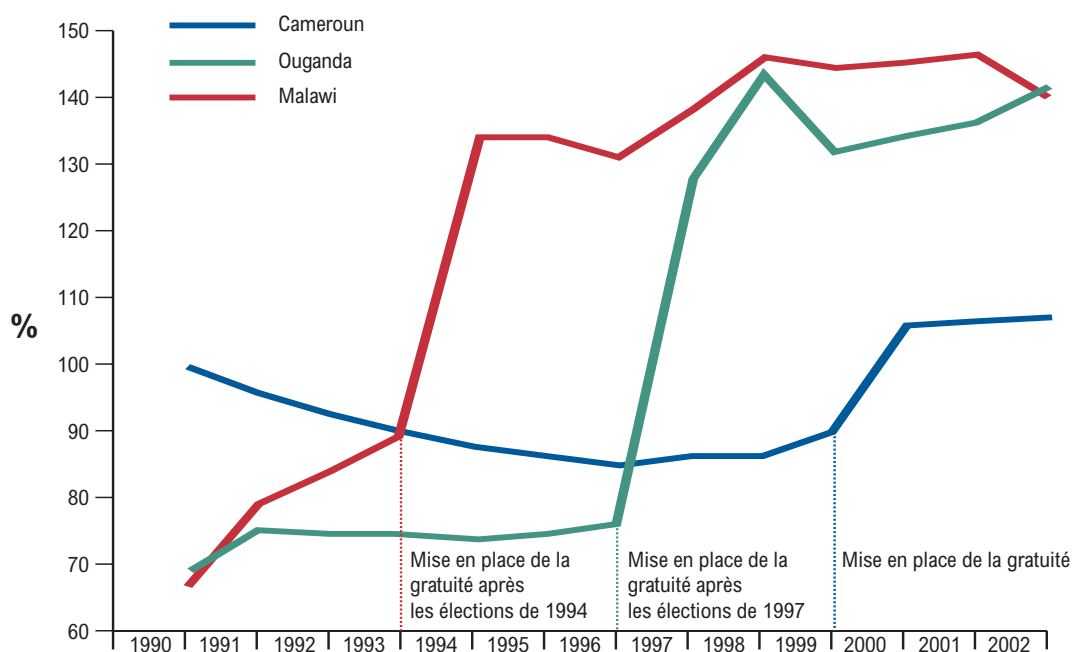
Dr. Sandra Pérez, Cuba

Abolir l'accès payant dans l'éducation et les services de santé primaire est l'une des plus importantes mesures politiques que peut prendre un gouvernement dans le cadre d'une politique générale pour administrer les services essentiels. Une telle mesure fait plus pour la responsabilisation d'un gouvernement à l'égard de ses citoyens que tout autre réforme publique de gestion financière. C'est une indication que l'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement est un droit humain inaliénable qui redonne aux services essentiels une place prioritaire dans l'agenda politique. Lorsque les gens ont pris l'habitude d'envoyer leurs enfants à l'école ou d'utiliser le centre de santé local, il est beaucoup plus difficile aux gouvernements suivants de faire machine arrière en matière de services essentiels. C'est également un catalyseur puissant pour renforcer la qualité et l'efficacité des services.

Le nouveau gouvernement en Afrique du Sud a compris que la tarification aux usagers représentait un obstacle pour les personnes défavorisées et c'est pour cette raison qu'il a augmenté le budget de la santé, en a consacré une plus grande partie aux soins de santé primaire et a introduit une politique de soins gratuits dans les services de santé primaire. L'utilisation des facilités publiques, principalement les services de santé infantile et maternelle a augmenté en conséquence de 20 à 60%. En l'espace de deux ans, 75% des travailleurs de santé publique ont été convaincus du succès de la politique et de son impact sur la réduction de la mortalité et morbidité parmi les femmes et les enfants de moins de six ans.²¹⁵ Cela malgré l'inaction du gouvernement sud-africain et son incapacité à fournir un accès universel aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/Sida.

De la même manière, d'autres pays africains ont réussi à revitaliser l'éducation primaire en abolissant les frais de scolarité. Le Graphique 15 montre l'impact immédiat de cette mesure sur la scolarisation des enfants.

Graphique 15 : abolir les frais de scolarité replace l'éducation au centre des priorités et envoie les enfants à l'école



(Source: site de la Banque mondiale: <http://devdata.worldbank.org/edstats/query/default.htm>)

L'abolition de l'accès payant dans l'éducation et la santé primaire dans une vingtaine de pays africains, pourrait sauver la vie de 250 000 enfants chaque année.

Les gouvernements devraient s'engager à abolir les frais pour les usagers dans les services de santé et d'éducation primaire et les pays riches devraient en financer les coûts jusqu'à ce que les pays en développement soient en mesure de les prendre en charge. Des calculs effectués récemment par Save the Children UK montrent que l'abolition de l'accès payant dans l'éducation et la santé primaire dans une vingtaine de pays africains, pourrait sauver la vie de 250 000 enfants chaque année et coûterait moins de 6% des 18 milliards de dollars dont a besoin le secteur de la santé pour réaliser les OMD.²¹⁶

Il convient de rappeler que les mesures de tarification aux usagers sont seulement un élément de la problématique du financement durable, prévisible et adéquat des services publics. L'abolition de telles mesures ne servira qu'à exacerber les problèmes – et pourrait même entraîner une prolifération de frais et tarifs informels – si elle ne s'accompagne pas de réformes, parmi lesquelles un financement accru et mieux ciblé. Il faut au minimum que la perte de revenus imputable à l'abolition des paiements par les usagers soit compensée pour éviter de pénaliser les écoles et les centres de santé.

L'assurance de santé communautaire²¹⁷ est dans une certaine mesure une meilleure option que le paiement direct par les usagers dans les services de santé. Mais il ne s'agit que d'un palliatif temporaire qui ne fait qu'effleurer les problèmes financiers sous-jacents. Ces systèmes peuvent, cependant, conférer une certaine protection financière et éviter une crise du secteur de la santé sur le court terme comme le montre le programme de santé d'Oxfam dans le Caucase (voir Encadré 11).

Malheureusement, le nombre d'habitants couvert par ces régimes est restreint et la prise en charge est limitée à une partie des coûts de la prestation de services. Ils ont donc besoin d'être largement subventionnés pour continuer à opérer.²¹⁸ C'est pour ces raisons qu'Oxfam travaille avec le gouvernement arménien afin qu'il finisse par prendre en charge les frais et opérer lui-même le système. En Ouganda, dans les années 1990, le gouvernement a expérimenté plusieurs systèmes communautaires d'assurance maladie, mais ils ne sont pas parvenus à intéresser suffisamment de membres et à toucher les groupes les plus pauvres, ce qui a persuadé le gouvernement d'opter à la place pour une abolition pure et simple de l'accès payant dans les centres de santé.²¹⁹

Robinets d'eau et toilettes subventionnés

Dans le domaine des services des eaux, à l'inverse des secteurs de la santé et de l'éducation, il convient d'imposer des frais d'usage pour encourager une utilisation durable d'une ressource limitée. Il est crucial, cependant, que les tarifs soient gérés de manière à garantir une égalité d'accès au service aux personnes démunies des zones urbaines.

- A Porto Alegre, au Brésil, la consommation d'eau est subventionnée et les premiers 10 000 litres consommés sont payés au forfait de 4 000 litres.

Encadré 9 : Assurance de santé communautaire — une alternative à court terme à la tarification des usagers

Oxfam GB opère des systèmes de financement communautaire dans des districts isolés d'Arménie où la prestation publique n'existe pas ou sinon est de mauvaise qualité. Grâce à ces systèmes, les membres paient un forfait trimestriel d'environ 5 dollars et reçoivent en contrepartie les soins de l'infirmière du village au centre de santé ainsi que des médicaments de base gratuits et une visite mensuelle du médecin. Sans la mise en place de ce système, les patients devraient se rendre à la ville la plus proche et avancer l'argent pour payer les honoraires du médecin et l'achat des médicaments.

Comme l'explique Amalia Ohajanyan, une patiente de 69 ans : *« le système a vraiment aidé le village. Avant, si nous avions un problème de santé, nous devons aller à Kapan. Cela prend de l'argent et du temps. Parfois il était possible de trouver une voiture à emprunter, mais souvent ce n'était pas le cas ».*



L'infirmier Nersiyani soigne Hovsep Karapetyan, un membre de l'assurance de santé communautaire gérée par Oxfam dans le village de Khachik en Arménie.

Toby Adamson/Oxfam

- En Ouganda, la compagnie de l'eau NWSC fournit des points d'eau communautaires qui sont gérés par des particuliers et où le prix de l'eau, bien moins cher que celui facturé par les vendeurs privés, est indiqué au robinet. La compagnie des eaux fournit également des options moins onéreuses pour les consommateurs les plus pauvres, en offrant aux familles qui vivent dans un rayon de 50 mètres de la canalisation principale le branchement gratuit de leur robinet d'eau.
- En Afrique du Sud, les premiers 6000 litres de consommation mensuelle sont gratuits (équivalent à 25 litres par personne par jour), ce qui garantit aux consommateurs pauvres l'accès à un minimum d'eau propre.

Le tarif exact dépendra du contexte du pays et devra être déterminé en pleine consultation avec les usagers et les fournisseurs.

Combattre la corruption et instaurer des mécanismes de redevabilité

La corruption doit être combattue à plusieurs niveaux. Premièrement, elle doit l'être au niveau de la société dans son ensemble. L'ampleur de la corruption dans les services publics est principalement un reflet de la société dans laquelle opèrent ces services. Dans les pays où existent l'état de droit, un climat de confiance et des mécanismes obligeant l'Etat à rendre des comptes, la corruption sera moindre dans les services. Des services d'éducation efficaces peuvent jouer un rôle important et instiller aux enfants une culture de confiance, d'honnêteté et de respect de la loi. Des campagnes publiques d'information peuvent également le faire. En Ouganda, Oxfam a soutenu une coalition anticorruption, qui a mené des campagnes publiques pour attirer l'attention sur les méfaits de la corruption.

Le gouvernement et les dirigeants d'entreprise doivent se déclarer publiquement leur engagement à faire face à leurs obligations. A Recife le maire a organisé, à l'échelle municipale, des examens du service public avec des associations de citoyens.

La corruption doit également être combattue au niveau politique. Si l'on veut résoudre le problème, il faut qu'il soit politiquement impossible pour les dirigeants ou les élites de piller les caisses publiques afin d'en tirer un profit personnel. Dans de nombreux pays, il a été démontré que la démocratie multipartite ainsi que l'émergence de la société civile et d'une presse libre étaient des éléments décisifs du combat contre la corruption. Les scandales récemment divulgués par la presse du Costa Rica et du Kenya, par exemple, ont conduit à l'inculpation de hauts fonctionnaires.

Le gouvernement et les dirigeants d'entreprise doivent se déclarer publiquement contre la corruption et démontrer leur engagement à faire face à leurs obligations. En Ouganda, l'une des premières mesures prises par le directeur général de la compagnie nationale des eaux et d'assainissement, avant de se lancer avec succès dans la réforme de cet organisme, a été de publier son propre numéro de téléphone dans la presse, pour que les gens puissent le contacter directement pour se plaindre de la qualité du service qu'il leur était fourni.²²⁰ A Recife au Brésil, le maire a organisé, à l'échelle municipale, des examens du service public avec des associations de citoyens pour savoir comment il était possible d'améliorer la performance des services municipaux.²²¹ Les parlements examinent également de beaucoup plus près les gouvernements, souvent avec l'assistance de la société civile.

La société civile elle-même joue un rôle de plus en plus important et vocal dans la responsabilisation des dirigeants, dans la vérification des dépenses gouvernementales en matière de services essentiels et pour exposer au grand jour le pillage des caisses publiques. En Georgie, par exemple, Oxfam appuie l'organisation géorgienne des jeunes économistes pour l'aider à analyser le budget du gouvernement et publier ses conclusions. Au Sierra Leone, ce sont des groupes de la société civile qui ont découvert que 30% des élèves des écoles n'avaient pas reçu de manuels.

Dans le secteur public, les travailleurs doivent être vus comme un élément de la solution, et non pas être considérés comme le problème.²²² Dans de nombreux pays, l'augmentation des

salaires et l'amélioration du statut et des conditions de travail ont contribué à réduire la corruption. Ce type d'approche est particulièrement efficace lorsqu'elle est associée à l'introduction de codes de conduite et de mécanismes pour renforcer la responsabilisation de chacun et l'obligation de rendre des comptes.

Au Cambodge et en République tchèque, des rallonges salariales pour les travailleurs de santé associées à des engagements envers des codes éthiques de bonne pratique ont conduit au déclin de la pratique des pots-de-vin tout en améliorant l'accès aux services de santé des personnes démunies.²²³ Le Cameroun, la Finlande et le Guatemala ont amélioré la transparence de l'approvisionnement public – l'une des sources les plus importantes de corruption. Le Brésil et la Géorgie ont développé la capacité institutionnelle de leurs systèmes judiciaires à traiter des affaires de corruption et ont introduit des codes de conduite. Des règlements pour prévenir les conflits d'intérêt dans la fonction publique ont été appliqués en Nouvelle Zélande et à Panama.²²⁴

Pour combattre la corruption dans des services comme la santé et l'éducation, il s'agit d'investir dans d'autres services clés, particulièrement le système judiciaire et les différentes fonctions de contrôle du gouvernement. Au Malawi, par exemple, il n'y a que 195 avocats pour 11 millions d'habitants.²²⁵ Le nombre d'administrateurs, de gestionnaires et de régulateurs de la fonction publique, des professions pourtant bien décriées, doit augmenter ainsi que les ressources dont ils disposent. Les syndicats et les associations professionnelles jouent un rôle important en tant que partenaires, dans le développement de normes professionnelles et de la collaboration des travailleurs à l'amélioration des services.

Les citoyens eux-mêmes doivent également être capables, autant que possible, de contrôler directement les prestataires de services et de leur demander des comptes. En Zambie, le réseau zambien Reflect fait participer les communautés locales au contrôle des finances en milieu scolaire. Gina Fundafunda en est la présidente : « *Nous impliquons les communautés pour vérifier que les écoles sont gérées correctement. Nous formons des gens pour qu'ils puissent vérifier ce qui se passe avec les fonds une fois qu'il ont été alloués à l'école – arrivent-ils bien là où ils devraient aller ? – pour que les communautés puissent dire, « De quoi avons-nous besoin ici, comment pouvons-nous aider ? ».*

Cependant, ces mécanismes prennent énormément de temps et ne peuvent pas remplacer des mécanismes formels de contrôle démocratique, comme des parlements et des codes de conduite professionnels. En dernière instance, il n'y a pas de solution magique à la corruption : il s'agit d'un problème sociétal qui affecte tout autant le secteur privé que le secteur public, et les pays riches tout autant que les pays pauvres. C'est un problème qui doit être combattu au niveau social, politique et technique. Les gouvernements, la société civile, les parlements, les citoyens et les pays donateurs ont tous un rôle capital à jouer.

Pour combattre la corruption il s'agit d'investir dans d'autres services clés, particulièrement le système judiciaire et les différentes fonctions de contrôle du gouvernement.

Institutionnaliser la représentation citoyenne

Le rôle de supervision exercé par les citoyens doit être institutionnalisé en en faisant des participants quotidiennement impliqués dans l'amélioration des services qu'ils utilisent – et non pas de simples consommateurs avec un pouvoir financier, ce qui conduirait à exclure tous ceux qui par manque d'argent n'ont pas voix au chapitre. Dans la pratique, les citoyens doivent avoir un rôle officiellement reconnu dans le contrôle des institutions publiques, le droit de déposer des plaintes et d'en référer à une instance supérieure, et le droit de regard sur les informations officielles.

En Zambie et dans la province pakistanaise du Baloutchistan, la participation des comités parents/enseignants à la gestion et au contrôle des écoles a conduit à une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la performance scolaire.²²⁶ Au Bangladesh, le gouvernement suédois travaille avec le ministère de la santé et l'ONG Family Welfare en vue d'établir un forum des utilisateurs du service de santé au niveau national qui sera en rapport avec des associations se chargeant de contrôler les services dans les communautés et les districts du pays.²²⁷ La création de défenseurs du citoyen est un bon moyen de faire prendre en compte les opinions et les plaintes des citoyens par les services de santé. Oxfam a démarré des initiatives de ce genre en Arménie et en Géorgie parallèlement à son soutien aux centres de santé publics. WaterAid a établi des mécanismes de feedback entre les associations d'utilisateurs et le gouvernement local au Népal, en Inde, au Bangladesh, au Ghana et en Ethiopie.²²⁸

Encadré 10 : S'impliquer — participation publique à Porto Alegre, Brésil

A Porto Alegre au Brésil, des consultations ont lieu par l'intermédiaire du Conseil délibératif du service des eaux auquel siègent des représentants d'organisations professionnelles, commerciales et de la société civile. Sur les conseils de la direction de la compagnie, le Conseil délibératif décide des investissements prioritaires, considère les enjeux techniques et autres, et contrôle la performance du service. En 1989, après que le nouveau maire eut introduit des réformes fiscales pour augmenter les impôts locaux, la ville a instauré une 'Orçamento Participativo' c'est-à-dire une

pratique de budgétisation participative. Quelques 1000 associations civiques sont impliquées dans ce processus qui détermine les priorités d'investissement et le budget pour la ville.

Malgré tout, la participation n'est pas toujours entièrement rose ; « *Certains jours il arrive que je doive me rendre à quatre réunions* » a déclaré Copinaré Acosta, la propriétaire d'un kiosque qui est très impliquée dans ce processus. « *Ceux d'entre nous qui y participent le font parce qu'ils y croient* ». ²²⁹

Renforcer la capacité publique

« Par le passé, lorsque j'étais étudiant, les enseignants étaient respectés. Le respect pour les enseignants a décliné après les années 1980, lorsque les salaires ont beaucoup baissé. Les parents ne respectent pas du tout les enseignants, et l'un des élèves a dit une fois à l'un des enseignants : 'Pourquoi perdez-vous votre temps à nous faire cours alors que vous gagnez si peu ?' »
Enseignant, Mwanza, Tanzanie²³⁰

Créer une éthique du service public

Les pays performants ont créé une éthique du service public qui encourage les travailleurs à se sentir fiers de leur contribution à la nation et à la société, à laquelle il est demandé en contrepartie de leur conférer statut et respect. Les travailleurs du secteur public doivent être soutenus pour qu'ils puissent à la fois faire leur travail et s'impliquer dans une amélioration continue de la fourniture de services. Aux Philippines, par exemple, le syndicat PSKLINK a demandé à ses adhérents de contrôler l'approvisionnement en médicaments et la livraison des manuels scolaires, et il offre également une protection juridique à leurs membres, s'ils venaient à exposer des affaires de corruption.²³¹

La grande majorité des travailleurs de santé sont des professionnels dévoués qui essaient de faire leur travail dans des conditions difficiles et frustrantes. Mais la façon dont les travailleurs sont traités par les systèmes publics influence à son tour leur comportement face aux utilisateurs des services. La modicité de leurs salaires, leur manque de statut social et leur démoralisation sont à l'origine de performances médiocres et un terrain fertile à la corruption dans le secteur public. Les pays qui ont résolu ces problèmes ont amélioré le statut et la rémunération des travailleurs tout en insistant simultanément sur des améliorations de la performance et l'application de mécanismes renforcés de responsabilisation.

La compagnie publique ougandaise des eaux NWSC a créé un environnement propice à l'innovation, la résolution de problèmes et la responsabilisation, tout en restant centrée sur sa clientèle par le biais d'un contrat de performance conclu avec le gouvernement qui fixe des cibles de performance et des obligations sociales. NWSC jouit à son tour d'une autonomie de gestion par rapport au gouvernement et a pu fixer des cibles de performance avec ses employés qui sont ensuite récompensés pour leurs progrès.²³²

Des salaires plus élevés et des primes à la performance sont une aide. Des indications en provenance de la Pologne, du Cambodge et de la République Tchèque montrent qu'il y a une corrélation entre l'augmentation des salaires dans le secteur de la santé et la réduction des pots-de-vin et des paiements informels.²³³ Au Bangladesh, en Inde et au Népal, des codes de conduite ont amélioré significativement l'engagement, le professionnalisme et la performance des enseignants et des employés, et ont contribué à une baisse du taux d'absentéisme.²³⁴

Des indications montrent qu'il y a une corrélation entre l'augmentation des salaires dans le secteur de la santé et la réduction des pots-de-vin et des paiements informels.

Le développement de partenariats entre les services publics des eaux et d'assainissement desservant des régions limitrophes permet d'améliorer la performance et l'éthique de service public dans de nombreux pays, au travers du partage des savoir-faire techniques et gestionnaires. Ces partenariats Public/Public existent déjà dans certaines contrées du monde – par exemple, la NWSC en Ouganda prête assistance et conseille la DAWASCO en Tanzanie pour l'aider à améliorer son système de facturation et de collecte des paiements, alors qu'en Inde, le Conseil de Bangalore chargé de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, a également un arrangement pour aider le Conseil Delhi Jal à contrôler les fuites d'eau. Ces partenariats Public/Public pourraient être élargis avec plus de soutien.

Résoudre la crise du personnel est possible – et rentable

Une augmentation radicale du nombre d'enseignants et de travailleurs de santé est une tâche dont l'ampleur exige une planification stratégique coordonnée entre les gouvernements tant des pays pauvres que des pays riches.

Les gouvernements doivent élaborer et mettre en œuvre des plans stratégiques en matière de ressources humaines qui précisent exactement le nombre et le type de travailleurs requis et le prix que cela va coûter. Les pays qui ont réussi à élargir la couverture de leurs services de santé et d'éducation ont incorporé dès le départ la planification des ressources humaines à ce processus. Au Botswana, le ministère de la santé a développé une banque de données de la main d'œuvre employée dans le service de santé, assortie des besoins prévisionnels, qui sont reliés au plan quinquennal de développement national.²³⁵

Dans le secteur de la santé, les travailleurs de santé communautaires et informels peuvent aider à pallier d'importantes lacunes dans les systèmes de santé, à condition qu'ils soient bien intégrés au système de santé. Les médecins et les infirmières communautaires, les soignants aux pieds nus, ont joué un rôle déterminant dans l'expansion des services des pays performants, comme l'ont fait les enseignants temporaires ou partiellement formés. Cependant, cette stratégie est inefficace lorsqu'elle a pour objectif la déqualification d'une profession. Les gouvernements devraient en premier intégrer à la main d'œuvre tout professionnel de la fonction publique qui a pris sa retraite ou qui est au chômage, et tenter de récupérer les professionnels qui ont changé de secteurs. S'il reste encore des postes à pourvoir, il est alors possible de prendre des mesures d'urgence (en consultation avec les syndicats) pour gonfler les effectifs, mais l'objectif devrait être d'offrir aux nouvelles recrues la possibilité de se professionnaliser après quelques années.

Quant à l'approvisionnement en eau, une augmentation d'échelle nécessitera de collecter des informations supplémentaires sur les lacunes à combler, d'entreprendre une planification plus inclusive et participative et une coopération étroite avec les communautés pour le maintien des services. En Tanzanie, la reconnaissance légale des organisations de services des eaux communautaires a facilité la tâche des gouvernements locaux quant à la réparation et

l'entretien du système et le contrôle de la qualité de l'eau.²³⁶ Il convient pour procéder à l'expansion des services d'assainissement de multiplier les campagnes de sensibilisation sur l'importance des règles d'hygiène et des précautions pour prévenir les maladies comme le lavage des mains, et aussi d'allouer des subventions à la construction des latrines.

Améliorer les salaires et les conditions de travail

Les salaires à eux seuls ne sont pas toujours un facteur de motivation, mais il s'agit bien de la première priorité lorsque les salaires ne suffisent pas à couvrir le coût de la vie, comme cela a été démontré dans les pays qui ont résolu leur problème de pénurie de ressources humaines. De meilleurs salaires doivent être assortis de meilleures conditions de travail. Pour la plupart des enseignants, le logement est un problème majeur que les gouvernements devront résoudre s'ils veulent persuader plus d'enseignants de travailler en milieu rural. Cela s'applique tout particulièrement aux femmes dont la sécurité physique et la prise en charge familiale peuvent être menacées par leur travail dans des campagnes isolées.

Les salaires à eux seuls ne sont pas toujours un facteur de motivation, mais il s'agit bien de la première priorité lorsque les salaires ne suffisent pas à couvrir le coût de la vie.

Développer la capacité institutionnelle des gouvernements à planifier et gérer les systèmes

L'abolition en Ouganda des frais d'utilisateurs dans le service de santé s'est accompagnée d'investissements indispensables au développement institutionnel du système. Un plan sectoriel a été élaboré et les capacités gestionnaires renforcées. La planification et le système budgétaire ont été améliorés de manière à réduire les disparités de financement au niveau régional et à faciliter l'attribution des fonds aux centres de première ligne. Les fonds ont été distribués plus rapidement et le système des fiches de salaire a été informatisé pour pouvoir payer plus rapidement les travailleurs. Un contrôle trimestriel a été mis en place pour évaluer la performance des dépenses au niveau des districts. Le rôle des fournisseurs de santé non gouvernementaux a été examiné et un nouveau système de subventions a été mis en place pour financer les coûts récurrents d'exploitation des dispensaires de missions qui fournissent des soins dans les zones rurales.

De plus en plus, des associations de la société civile et des parlements sont inclus dans les processus de planification. Le plan du gouvernement ougandais, par exemple, a été très fortement influencé par les conclusions d'un projet d'évaluation participative de la pauvreté auquel avaient collaboré les groupes de la société civile ougandaise. Ces groupes ont un rôle décisif à jouer dans la publication des progrès accomplis et pour demander des comptes aux gouvernements qui faillissent dans leur mission.

Malheureusement, l'expérience ougandaise est plutôt l'exception que la règle. Si l'on veut élargir les services, les gouvernements doivent investir dans des gestionnaires et des planificateurs compétents capables de produire et mettre en œuvre des plans clairement budgétisés. Les allocations budgétaires et les procédures de gestion financière doivent être

Encadré 11 : Programme gouvernemental d'urgence centré sur les ressources humaines — Malawi

« Mon message aux pays riches ? Nous aimerions pouvoir sauver nos populations. Nous ne voulons pas aller à l'étranger à cause de l'argent. Notre base est chez nous ».

Rosemary Bilesi, infirmière, Hôpital de district à Dowa, Malawi

« L'impact des suppléments de salaire ? En 2003, nous avions une, parfois même deux infirmières qui démissionnaient par semaine. C'était choquant. Depuis que nous avons introduit les primes, y compris le système de garde payée, nous avons plus ou moins réussi à les limiter à une ou deux démissions par mois ».

Dr. Damison Kathyola, directeur de l'Hôpital Central de Kamuzu, Lilongwe

« Les suppléments et les gardes ont aidé. Au moins nous pouvons recevoir des infirmières et des cliniciens supplémentaires venus d'autres hôpitaux pour nous aider. Auparavant, la mortalité maternelle était un gros problème et les infirmières n'avaient pas le temps de suivre correctement les femmes enceintes. Alors, maintenant les femmes enceintes sont mieux traitées ».

Moses Ngwira, responsable adjoint de la santé au niveau du district et clinicien à l'Hôpital de district à Dowa

La crise des travailleurs de santé au Malawi est chronique – mais le gouvernement a entamé un renversement de la situation en travaillant en partenariat avec des pays donateurs au développement des services publics.

Des décennies de bas salaires, de conditions de travail rudimentaires et le sous-financement ont sapé le système de santé publique et ont conduit à une pénurie chronique d'infirmières et de médecins. 60% des postes d'infirmières sont à pourvoir, et quatre districts au Malawi ne sont pas desservis par un médecin. Le personnel existant

démissionne pour aller travailler pour des organisations de la société civile ou dans les hôpitaux privés, ou ils abandonnent complètement le secteur de la santé.

Le gouvernement britannique a collaboré étroitement avec le ministère de la santé du Malawi en vue de résoudre la sérieuse crise de ressources humaines qui sévit dans le pays. En 2004, le ministère a élaboré un programme de secours sur six ans en matière de ressources humaines qui est financé à 90% par le Royaume Uni et le Fonds Mondial. Cette assistance finance :

- Une augmentation de 50% des salaires des 5 400 travailleurs de santé de première ligne ;
- Le recrutement de 700 nouveaux employés, avec comme plan de doubler le nombre des travailleurs de santé en six ans grâce à l'expansion et l'amélioration des écoles de formation et des formateurs ; et
- Le recrutement de volontaires expatriés pour pourvoir aux postes les plus importants : pour l'instant 20 médecins de l'ONG britannique Voluntary Services Overseas (VSO) et 18 spécialistes sont déjà arrivés, en attendant que des médecins malawiens soient formés.

Même si ce programme a été critiqué pour avoir ignoré les syndicats des personnels soignants, il commence déjà à avoir un impact. Les fonds ont seulement été débloqués en avril 2005, mais il semblerait d'après les premières indications qu'il y ait une réduction radicale du nombre d'infirmières démissionnant de la fonction publique.

Sources: DFID communication privée et DFID 2004

renforcées en vue d'orienter ces fonds vers les personnes ciblées, au bon endroit et au moment opportun. Des stratégies bien définies en matière de ressources humaines sont indispensables pour faire un planning prévisionnel du nombre d'employés nécessaires sur le long terme.

Plusieurs gouvernements ont élaboré des plans de cette nature. Les taux de scolarisation dans les écoles de Bogota en Colombie ont augmenté de près de 40% alors que les coûts n'ont augmenté que de moitié, grâce à un nouveau système informatique et des négociations avec les syndicats qui ont abouti au pourvoi des postes vacants d'enseignants et à l'élimination des 'enseignants fantôme'. L'Éthiopie et le Brésil ont réussi à surmonter des disparités régionales en terme de financement dans l'éducation en utilisant le revenu national pour subventionner les écoles dans les régions plus déshéritées.²³⁷

Dans le secteur de l'eau, protéger les facilités contre toute ingérence politique et leur accorder une autonomie financière ont été deux éléments décisifs dans l'amélioration des performances. Des compagnies publiques en Ouganda, à Porto Alegre au Brésil, à Penang en Malaisie ont montré qu'associer à l'éthique commerciale des obligations sociales peut contribuer à améliorer tant l'efficacité que l'équité des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et que la sous-traitance des fournisseurs privés pour des opérations spécifiques – contrairement à une complète privatisation – peut s'avérer utile.

Dans les zones rurales également, des améliorations de planification de la part des gouvernements locaux peuvent contribuer à une expansion plus équitable des services. Au Nigeria, au Ghana et au Népal par exemple, WaterAid et ses partenaires ont travaillé au renforcement de la capacité de planification du gouvernement local en procédant à l'amélioration des informations et en entreprenant des consultations publiques pour élaborer des plans de développement local du système d'eau. Ces plans permettent aux autorités locales de négocier une majoration de leurs ressources auprès du gouvernement central et renforcent également la capacité citoyenne à demander des comptes au gouvernement local.

Améliorer l'efficacité et le caractère progressif de la fiscalité

Les impôts sont la pierre angulaire du financement de la santé et de l'éducation, c'est pourquoi des améliorations dans ce domaine sont impératives. Dans les pays pauvres, les prélèvements d'impôts, comme pourcentage du PNB équivalent à la moitié des revenus mobilisés dans les pays riches.²³⁸ Cela est dû en grande partie aux ruses employées par les élites pour se soustraire au prélèvement fiscal et pour faire adopter des lois complaisantes, au cas où elles changeraient d'avis. Dans de nombreux pays, les efforts déployés pour augmenter les revenus fiscaux ont consisté à augmenter les impôts indirects (comme la TVA et les taxes sur les ventes) mais, faute d'exemptions importantes, ces mesures tendent à pénaliser fiscalement les gens démunis. Des progrès sont cependant possibles. L'Afrique du Sud a récemment augmenté son revenu fiscal tout en diminuant les taux d'imposition, et cela en sanctionnant sévèrement les coupables d'évasion fiscale.

Des stratégies bien définies en matière de ressources humaines sont indispensables pour faire un planning prévisionnel du nombre d'employés nécessaires sur le long terme.

L'une des conséquences assez méconnue de la libéralisation commerciale est la chute des revenus gouvernementaux tirés des taxes d'importation, souvent sur des produits de luxe, qui sont particulièrement importants pour des pays à faible revenu. Une étude de 2005, menée par le FMI, a révélé qu'un système plus global de réformes fiscales n'avait pas permis aux gouvernements des pays pauvres de récupérer plus de 30% des pertes imputables à la baisse des tarifs douaniers.²³⁹

Ce que les pays riches doivent faire

La plupart des donateurs doivent procéder à une modification radicale de leur manière de penser et d'agir. Ils doivent abandonner les interventions verticales et les projets de lutte spécifique contre certaines maladies pour embrasser une approche systémique visant à renforcer les capacités des systèmes de santé à fournir les soins essentiels.

La meilleure manière pour les pays riches d'aider les pays pauvres à réaliser les OMD est d'aider les gouvernements et les populations à mettre en œuvre les mesures sus-mentionnées. Les pays riches doivent soutenir les systèmes et les capacités publics. Ils doivent cesser d'ignorer les gouvernements et de les affaiblir en les obligeant à privatiser toujours plus leurs services. Au contraire, ils doivent fournir de manière prévisible et durable des fonds pour financer les salaires et les coûts récurrents des systèmes publics, et ceci indépendamment du choix de l'Etat d'impliquer ou non des prestataires non gouvernementaux ou le secteur privé dans la prestation des services.

Comme le démontre le cas de l'Ouganda, les programmes d'aide budgétaire générale ou sectorielle sont les mieux placés pour financer l'expansion des services sociaux plutôt que le financement de projets spécifiques, dont la conception peut prendre des années et qui sont souvent une forme de financement peu rentable.²⁴⁰ Une récente évaluation indépendante sur l'aide budgétaire dans sept pays en développement a révélé qu'en présence d'un engagement réel de la part des gouvernements, cette forme d'aide peut encourager l'investissement dans les secteurs de la santé et de l'éducation, améliorer la transparence de la planification et des dépenses gouvernementales et renforcer les relations avec les bailleurs d'aide.²⁴¹

En Tanzanie, où le soutien budgétaire représente environ 36% de l'aide au développement, des fonds extérieurs et un dialogue politique au plus haut niveau ont facilité une expansion du financement et de la fourniture de services dans les domaines de la santé et de l'éducation.²⁴² Le soutien budgétaire ne convient pas à tous les pays. Il exige un niveau de responsabilité, d'efficacité et de transparence qui peut faire défaut à certains pays. Dans ce cas, il peut être utile d'utiliser des projets pour piloter de nouvelles approches. D'autre part, les gouvernements de pays qui ne sont pas fortement dépendants de l'aide, comme l'Inde, peuvent préférer une aide pour financer des projets.

Dans le secteur de la santé, la plupart des donateurs doivent procéder à une modification radicale de leur manière de penser et d'agir. Ils doivent abandonner les interventions verticales et les projets de lutte spécifique contre certaines maladies épuisent les ressources gouvernementales pour embrasser une approche systémique visant à renforcer les capacités des systèmes de santé à fournir les soins essentiels. La Croix Rouge a utilisé cette approche en

Serbie. Initialement sollicitée pour répondre aux besoins de santé des réfugiés, elle a décidé de renforcer l'ensemble du système de santé primaire dans les districts plutôt que de construire des centres de santé additionnels. Elle a conçu un nouveau système pour financer les centres de santé, a procédé à une remise à niveau du système informatique du district et a formé des travailleurs de santé. Le résultat ? Une amélioration généralisée de l'accès des habitants du district aux soins de santé. Le gouvernement a depuis repris à son compte plusieurs réformes, améliorant ainsi sa capacité à fournir des soins de santé sur le long terme.²⁴³

Les gouvernements des pays riches peuvent utiliser l'aide pour améliorer la redevabilité. Au Malawi – considéré comme un pays à haut risque sous les gouvernements précédents pour cause de corruption endémique – les donateurs financent maintenant les salaires des travailleurs de santé. Ils travaillent également avec le gouvernement à la mise en place d'institutions solides : des comptables supplémentaires sont embauchés pour mener des audits indépendants des finances et des fournitures, et des conseillers techniques forment certains hauts fonctionnaires du pays.²⁴⁴

Une multitude de décisions et opportunités importantes prennent place au niveau local. L'encadré 12 montre comment les gouvernements des pays riches et les organisations de la société civile peuvent travailler directement avec les différents paliers gouvernementaux des pays en développement en vue de réaliser les OMD.

Encadré 12 : Comment soutenir les gouvernements locaux et renforcer leurs capacités de planification

WaterAid a développé de nouvelles initiatives visant à renforcer les capacités institutionnelles de certains gouvernements locaux au Nigéria, au Ghana, au Burkina Faso, au Mali et au Népal. Le processus est financé principalement par WaterAid, qui fournit également l'assistance technique au gouvernement local tandis que des ONG locales facilitent les processus de participation publique. L'initiative 'Localisation des OMD' opère dans le cadre des structures existantes des agences gouvernementales et avec les responsables gouvernementaux élus en vue :

- d'élaborer la base d'information permettant aux gouvernements locaux de décider du meilleur emploi stratégique de leurs investissements pour toute la décennie jusqu'en 2015 ;
- de renforcer le travail d'équipe entre les départements gouvernementaux et les groupes/dirigeants communautaires en partageant des informations et en favorisant la discussion des plans ; et
- de développer un plan de service local accepté par les fonctionnaires et les chefs communautaires. C'est avec ce plan que le gouvernement local peut mobiliser des fonds auprès du gouvernement central.

Source: WaterAid (2005b)

Les gouvernements et les pays donateurs doivent s'assurer que les rapports formés autour de l'aide au développement n'évincent pas le dialogue politique qui est engagé avec la société civile au niveau local. La dépendance de l'aide ne doit pas devenir un obstacle à la démocratie.

Résoudre le problème de l'exode des compétences

« Je veux retourner, mais j'ai besoin de compléter mes revenus parce que mon salaire d'infirmière au Malawi ne me suffira pas pour vivre et nourrir mes enfants. C'est la seule chose qui me fait rester ici. Je suis ici pour économiser l'argent nécessaire pour rentrer au Malawi et reprendre mon métier d'infirmière ».

Mary Ntata, une infirmière du Malawi venue au Royaume Uni pour suivre une formation médicale.

Les enseignants et les infirmières ont le droit d'émigrer, mais les populations des pays pauvres sont aussi en droit d'attendre que les professionnels formés dans les écoles d'Etat donnent à leur pays plusieurs années de service après avoir obtenu leur diplôme. La crise des ressources humaines nécessite une réponse à l'échelle mondiale. Même si les pays en développement peuvent tirer certains bénéfices de l'émigration, en particulier des travailleurs peu qualifiés (par exemple des envois de fonds de l'étranger), les pays riches doivent résoudre leurs problèmes de main d'œuvre dans leurs services publics et s'abstenir de débaucher les professionnels dont les pays en développement ont désespérément besoin. Des codes éthiques de recrutement ont été introduits avec quelques bons résultats. Par exemple, le code éthique de recrutement du Royaume Uni a mis un frein à l'embauche d'infirmières étrangères dans le service national de santé, même si la plupart des agences privées ne l'ont pas encore adopté.

Les pays qui accueillent des travailleurs indispensables au fonctionnement de leurs services peuvent investir dans les institutions de leur pays d'origine à titre de dédommagement. La création d'un fonds mondial de réinvestissement dans l'éducation a également été suggérée, en vue d'accélérer la formation des professionnels de la santé dans les pays en développement, grâce à un appui des efforts publics et à des mesures incitatives pour encourager les investissements privés.

Augmenter et améliorer l'aide au développement ; annuler les dettes

Même si de réels progrès ont été accomplis au cours des cinq dernières années, il convient d'élargir l'annulation de la dette à tous les pays qui en ont besoin pour pouvoir gagner le combat contre la pauvreté. La campagne Jubilee pour l'annulation de la dette a calculé qu'il faudrait annuler les dettes de plus de 60 pays – sans subordonner cette annulation à des politiques économiques défavorables.

Il convient d'établir un processus juste et transparent, indépendant des créanciers comme la Banque mondiale et le FMI, pour décider du montant des dettes qu'un pays pauvre a les moyens de rembourser. Le Bangladesh ne devrait rien avoir à rembourser avec 50 millions d'habitants vivant avec moins de 1 dollar par jour. Cette démarche devrait reconnaître que de

Le Bangladesh ne devrait rien avoir à rembourser avec 50 millions d'habitants vivant avec moins de 1 dollar par jour.

nombreuses dettes sont illégitimes et ne devraient donc pas être remboursées. L' Afrique du Sud par exemple a remboursé des centaines de millions de dollars, une partie de la dette contractée par le régime raciste de l'apartheid, et qui seraient mieux employés pour lutter contre les fléaux de la pauvreté et des inégalités héritées de ce régime. Jubilee Research estime qu'environ 11,7 milliards de dollars de la dette actuelle de l'Afrique du Sud représentent le remboursement des intérêts d'emprunts contractés à l'époque de l'apartheid.

Le monde en développement doit recevoir une quantité bien supérieure d'aide, et cette aide doit être mieux dépensée. Même avec les promesses faites à Gleneagles en 2005, les pays riches ne consacreront toujours que 0,36% de leurs revenus à l'aide au développement en 2010 – la même proportion qu'en 1987 et seulement la moitié de l'objectif des 0,7% qui avait été fixée en 1970. Les pays riches doivent augmenter leur aide pour atteindre les 0,7% d'ici à 2010 au plus tard. De plus, l'argent qu'ils donnent doit être beaucoup mieux dépensé. Comme le montre l'exemple de DFID au Malawi, les pays riches peuvent fortement influencer le développement institutionnel des services publics dans les pays pauvres, mais uniquement s'ils s'abstiennent de jeter de l'argent par les fenêtres en employant des consultants superflus, d'insister pour que l'on achète leurs produits d'exportation, ou encore de financer des projets quand ces fonds devraient être injectés dans les systèmes. Dans des pays dans lesquels existe un clair engagement à combattre la pauvreté, les donateurs doivent augmenter les sommes qui financent directement les plans et les budgets du gouvernement. Davantage de coordination est nécessaire afin de minimiser la charge des employés gouvernementaux qui sont déjà débordés de travail dans les pays pauvres. Ils doivent également s'engager à long terme, de sorte que les gouvernements puissent former et payer le nombre considérable d'enseignants et de travailleurs de santé qu'ils ont besoin de recruter. Ils doivent élargir et financer l'Initiative de mise en oeuvre accélérée pour l'éducation ainsi que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ils doivent également veiller en même temps à appuyer les gouvernements et les systèmes publics. Finalement, il faut qu'ils cessent une fois pour toute, de vouloir imposer aux gouvernements des pays en développement des politiques économiques qui leur sont défavorables, telles que des privatisations inappropriées ou une libéralisation commerciale aveugle ou trop rapide en contrepartie de leur aide au développement.

Le FMI ne devrait pas avoir le monopole sur la définition d'« une politique économique saine ». Il devrait veiller à ce que les conseils qu'il donne aux pays en développement ne sabotent pas les efforts déployés pour élargir les services de santé et d'éducation en limitant de façon excessive les dépenses gouvernementales.

Contribuer à l'abolition des mesures de tarification aux usagers

Face aux preuves qui s'accumulent, la Banque mondiale devrait user de sa considérable influence – au titre entre autre de principal bailleur en Afrique dans le secteur de la santé –

Même avec les promesses faites à Gleneagles en 2005, les pays riches ne consacreront toujours que 0,36% de leurs revenus à l'aide au développement en 2010 – la même proportion qu'en 1987.

pour soutenir activement l'abolition des mesures de paiements directs par les usagers dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Après tout, c'est la Banque qui, à l'origine, avait préconisé l'introduction de ces frais dans le cadre des programmes d'ajustement structurel des années 1990. Par la suite, en 2003, la Banque les désavoua et elle prétend maintenant aider les pays en développement à trouver des solutions de substitution.²⁴⁵

Malgré toutes ces protestations, les faits ne semblent pas indiquer que c'est effectivement ce que fait la Banque sur le terrain. Une politique récente de la Banque a réitéré l'opinion selon laquelle les mesures de recouvrement des coûts auprès des usagers constituaient une réforme nécessaire en Afrique.²⁴⁶ En Ouganda, le gouvernement a aboli l'accès payant pour les services de santé, malgré l'avertissement de la Banque mondiale quant à l'impact minimal que pouvait avoir cette politique sur les taux de fréquentation des hôpitaux et des centres de santé. Les événements ont ensuite montré que le gouvernement ougandais avait été bien avisé d'ignorer l'avertissement de la Banque.²⁴⁷

Conclusion



Conclusion

Imaginez un monde dans lequel, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, tous les enfants iraient à l'école. Chaque femme pourrait accoucher avec les meilleures chances possibles pour elle et son bébé de survivre. Tout le monde pourrait boire de l'eau sans risquer de tomber malade. Des millions de nouveaux personnels soignants et enseignants sauveraient des vies et formeraient les esprits des générations futures.

Avec les objectifs du Millénaire pour le développement, les gouvernements du monde ont créé à la fois une dynamique et un moyen de tester leur engagement à lutter efficacement contre la pauvreté dans le monde. Nous savons comment y parvenir : volonté politique, action gouvernementale et services publics soutenus par une aide flexible fournie sur le long terme et par l'annulation des dettes. Nous savons que le marché est incapable de faire tout cela tout seul. La société civile peut colmater quelques brèches mais c'est avant tout aux gouvernements qu'il revient d'agir. Il n'y a pas de raccourci et pas d'autre voie.

Pour atteindre ces objectifs, les gouvernements des pays pauvres doivent assumer leurs responsabilités. Leurs citoyens doivent faire pression sur eux pour qu'ils agissent et les pays riches soutenir et non pas miner leurs efforts. Comme le dit Nelson Mandela :²⁴⁸

« La pauvreté n'est pas naturelle. Elle est créée par les hommes et elle peut être vaincue et éradiquée par l'action humaine. Et vaincre la pauvreté n'est pas un geste de charité. C'est un acte de justice. Il s'agit de la protection d'un droit humain fondamental ; le droit à la dignité et à une vie décente. Tant que persistera la pauvreté, il n'y aura pas de liberté ».

Page opposée

Enfants du quartier
Villa Potosi à
Cochabamba, Bolivie.
La population locale s'est
organisée elle-même
pour construire les infra-
structures d'eau et
d'assainissement dans
l'espoir de pouvoir ensuite
les connecter au système
qui dessert le reste
de la ville.

Notes

- 1 Voir Département des Affaires économiques et sociales des Nations unies, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) ; Nations unies, la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) ; et Conseil économique et social des Nations unies, Commentaire général n°.15 : le droit à l'eau (Articles 11 et 12 de la Convention international sur les droits économiques, sociaux et culturels). Le droit à de l'eau potable propre a été inclut dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies (1948) et dans la CRC en 1989 'Article 24).
- 2 Calculé à partir de plusieurs études dans lesquelles les coûts mondiaux par secteur étaient estimés. Education : 10 milliards de \$ d'aide extérieure supplémentaire sont nécessaires par année pour atteindre l'Education Primaire Universelle (voir par exemple Doney, M. et M. Wroe, 2006). Soins de santé de base : la Commission Macroéconomie et Santé a estimé à 21 milliards de dollars l'aide extérieure supplémentaire nécessaire par année (OMS 2001). Toubkiss estime à partir de plusieurs études qu'atteindre les OMD d'eau et d'assainissement nécessitera de 15 à 20 milliards de dollars d'investissements supplémentaires par an (Toubkiss 2006,07).
- 3 Canned Food Industry Association, septembre 2004. www.cannedfood.org (dernière mise à jour en août 2006).
- 4 La cible concernant l'égalité des sexes n'a pas été atteinte dans 94 sur 149 pays pour lesquelles des données sont disponibles (UNESCO 2006).
- 5 E. Gomez Gomez 2002.
- 6 Rapport sur le développement dans le monde 2005.
- 7 Organisation mondiale de la santé (a).
- 8 Ibid.
- 9 Malkin 2006.
- 10 Organisation mondiale de la santé (a).
- 11 Malkin 2006.
- 12 Watkins 2006.
- 13 Ibid.
- 14 WaterAid 2005a.
- 15 Organisation mondiale de la santé (b).
- 16 ONUSIDA/OMS 2005.
- 17 Départements des Affaires économiques et sociales des Nations unies 2005b.
- 18 ONUSIDA 2004, p.40.
- 19 UNICEF (a).
- 20 Département des affaires économiques et sociales des Nations unies 2005a.

- 21 A l'exception des pays d'Asie de l'Est et d'Europe de la Communauté des Etats Indépendants, qui ont débuté avec des taux de scolarisation de 90% ou supérieur. Nations Unies 2005.
- 22 UNESCO 2005b.
- 23 La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme proclame : 'Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'éducation primaire et fondamentale' (Article 26). De plus, la Déclaration mondiale d'éducation pour tous, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur la discrimination à l'égard des femmes reconnaissent toutes l'importance cruciale de 'l'éducation pour tous'.
- 24 Education pour tous (EFA) et la déclaration de Jomtien fournissent une vision nouvelle et mondiale pour l'éducation de base et un engagement mondial pour y parvenir (UNESCO (b)). Le cadre d'action de Dakar, adopté en 2000, définit de nouvelles manières de travailler et de nouveaux processus pour permettre aux gouvernements et à la communauté internationale de s'avancer vers l'atteinte de ces engagements mondiaux (UNESCO (a)). Les OMD fournissent des objectifs et des cibles quantifiables pour mesurer les progrès et les succès, et reconnaissent que l'éducation pour tous ne pourra être atteinte qu'à travers un partenariat entre les gouvernements des pays en développement et les donateurs internationaux.
- 25 L'Initiative de mise en oeuvre accélérée a été mise en place pour qu'aucun pays sérieusement engagé dans un objectif d'éducation pour tous ne se trouve freiné par manque de financement (Banque mondiale (a)).
- 26 UNESCO (2005) Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2006 UNESCO: Paris. Page 319.
- 27 PNUD 2005c.
- 28 Davey 2000.
- 29 Deux types de classement des pays ont été créés. Le premier prend en compte la réalisation des services essentiels, déterminée par quatre indicateurs sociaux : survie des enfants (taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1000 habitants, 2003) ; scolarisation (taux net de scolarisation primaire, 2002/2003), accès à l'eau (pourcentage de la population ayant un meilleur accès à l'eau potable) ; et accès à des installations sanitaires (pourcentage de la population ayant accès à des installations sanitaires, 2002). Le deuxième prend en compte le niveau de revenu des pays : les pays sont classés selon leur niveau de revenu par habitant (produit national brut en parité de pouvoir d'achat, base de donnée de la Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde (WDI), 2004). La performance des pays en terme de fourniture des services essentiels peut alors être comparée avec leur niveau de richesse. L'index est un outil indicatif uniquement à des fins comparatives et, même si le plus grand soin a été apporté pour utiliser des données nationales croisées de sources fiables, les résultats sont très sensibles à la faiblesse des données et n'ont aucun pouvoir explicatif. Sources des données :
www.childinfo.org/areas/childmortality/u5data.php (UNICEF);
<http://hdr.undp.org/statistics/data/indicators.cfm?x=117&y=1&z=1> (PNUD);
www.childinfo.org/areas/water/country_data.php (UNICEF)
www.childinfo.org/areas/sanitation/countrydata.php (UNICEF) (Consulté pour la dernière fois en août 2006)
- 30 Cette section s'appuie de manière conséquente sur Colclough (1997) et Sen (1999)
- 31 Public Services International Research Unit (2003).

- 32 Ibid.
- 33 Rapport sur le développement mondial 2005, p.58.
- 34 Ibid.
- 35 Sélectionnés par région pour leurs résultats rapides et au-dessus de la moyenne dans les domaines de la santé et de l'éducation. Voir Mehrotra et Jolly (eds) 1997, chapitre 2 pour plus de détails sur la manière dont les pays ont été sélectionnés.
- 36 Les dates des 'pics de succès' concernant la réduction de la mortalité des moins de cinq ans vont des années 1940 aux années 1990. Voir Mehrotra and Jolly (eds.) 1997, p.66 pour plus de détails.
- 37 Les pays de l'étude de cas se distinguaient toutes pour avoir débuté avec des taux de scolarisation plus élevé que les moyennes régionales. Dès les années 1980, tous les pays de l'étude de cas avaient atteint près de 100% de taux de scolarisation en primaire tant pour les filles que les garçons, et des taux plus élevés que la moyenne en ce qui concerne la scolarisation dans le secondaire tant pour les filles que les garçons. Voir Mehrotra et Jolly (eds.) 1997, p.88 pour plus de détails.
- 38 Rapport sur le développement mondial 2004, p.59.
- 39 Ibid.
- 40 Melrose (1985) et Garfield et Williams (1989)
- 41 Voir par exemple, Mehrotra et Jolly (eds), 1997. Parmi un large échantillon de pays en développement, Mehrotra et Jolly ont sélectionné des pays qui ont de manière constante des indicateurs de résultat de santé et d'éducation plus élevés que les moyennes régionales respectives pour la plupart des secteurs. Ces indicateurs de résultat (séparés par sexe) incluent le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité maternelle, l'espérance de vie à la naissance, l'alphabétisation des adultes, et les taux de scolarisation dans le primaire. C'est pour cette raison que certains pays n'obtiennent pas de bons résultats dans le sens absolu, mais réussissent au delà de la moyenne dans leur région.
- 42 Mehrotra (2004)
- 43 En Corée du Sud, les soins de santé étaient fournis principalement par le biais d'une assurance de santé privée, avec l'Etat finançant une assistance médicale gratuite pour les pauvres.
- 44 Mehrotra et Jolly (eds.) 1997, p.432. A Kérala par exemple, 60% des écoles sont des entreprises privées à but lucratif. « Kerala réglemente et contrôle ces écoles privées en payant les salaires de tous les enseignants fonctionnaires ou non, et toutes les écoles privées sont réglementées, inspectées et contrôlées par l'Etat pour garantir la qualité et la conformité des normes ».
- 45 Voir Rannan-Eliya et Somanathan 2005. Cette étude inclut des systèmes nationaux d'assurance de santé comme ceux du Japon, de la Corée, de Taïwan, de Thaïlande et de Mongolie ; des systèmes de santé financés par les impôts comme au Bangladesh, en Indonésie, en Inde et au Népal ; des systèmes de santé de 'transition' comme en Chine et au Vietnam ; et des systèmes universels financés par les impôts comme au Sri Lanka, en Malaisie et à Hongkong.
- 46 La baisse de la mortalité au Sri Lanka, à Kérala et au Zimbabwe semble avoir été obtenue initialement malgré une faible couverture d'eau et d'assainissement. Voir Mehrotra et Jolly (eds.) 1997, p.81.
- 47 Herz et Sperling 2004, p.85.

- 48 Ibid., p.87.
- 49 Voir Bennell 2004, p.18.
- 50 Ndong-Jatta, A.T. (2002) «Providing Quality Basic Education for All: A New Focus', présentation par le Secrétaire Gambien de l'Education, 11 juin 2002. Cité par by Herz et Sperling, 2004, p.61.
- 51 Les dépenses de santé et d'éducation représentaient entre 5 et 8% du PNB, et par habitant étaient plus élevées dans tous les pays, bien au-delà des moyennes régionales respectives.
- 52 Taux net de scolarisation en primaire. Herz et Sperling 2004, pp.75, 87.
- 53 La part de l'éducation dans le budget national a augmenté de 22% à 31% en 1999, ce qui a eu pour conséquence de réduire le budget de la défense. Source: Herz et Sperling 2004, p.87.
- 54 Les mesures de tarification aux usagers ont été abolies vers la fin de 2000/01. La fréquentation des patients non hospitalisés a augmenté de 84% entre 2000/01 et 2002/03, et elle a doublé dans certains districts. Yates et al. 2006, p.347.
- 55 Deininger, K. et P. Mpuga 2004.
- 56 International AIDS Society 2005.
- 57 Le Brésil a pu le faire parce qu'il était capable de manufacturer son propre ARV générique afin de maintenir un prix bas des médicaments. Cependant, cela ne s'est appliqué que pour les médicaments de première ligne. L'accès aux médicaments de seconde ligne, qui sont nécessaires pour combattre la résistance de la maladie aux médicaments de première ligne après un traitement prolongé, est sérieusement menacé du fait du coût élevé des ARV brevetés.
- 58 Voir Chequer 2005.
- 59 Voir Maltz (2005, p29-36).
- 60 Département de l'approvisionnement en eau potable, Ministère du développement rural, Gouvernement de l'Inde, 2004, Campagne totale d'assainissement. <http://ddws.nic.in/tsc-nic/html/index.htm>.
- 61 Voir Santiago 2005.
- 62 Narayan et al. 2000.
- 63 Le taux d'alphabétisation des femmes adultes au Yémen était de 31% en 2003. OMS, <http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=yem> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- 64 En 2003, seuls 28% des accouchements étaient suivis par du personnel formé, selon l'OMS. <http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=yem> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- 65 La prévalence de la malnutrition infantine (pourcentage des enfants de moins de 5 ans) était de 38.1% en 1995. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 114 pour 1000 naissances vivantes en 2002 (OMS). <http://www.emro.who.int/cbi/PDF/MDG/Yemen/MDG%20Yemen%20Country%20Profile.htm> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- 66 Bagash 2003.
- 67 Communication personnelle avec des employés d'Oxfam GB en 2005, anonymat demandé.
- 68 www.jctr.org.zm/bnb/may06.html.

- 69 USAID 2003, p.11.
- 70 Se réfère aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et au personnel soignant (OMS 2006).
- 71 Basé sur des calculs effectués par Oxfam.
- 72 Le Forum de Haut Niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement a conclu que l'obstacle le plus important dans la lutte contre le Sida est le manque de personnel de santé (cité dans ONUSIDA 2005).
- 73 Le seuil indicatif de l'Initiative de mise en oeuvre accélérée dans l'éducation pour tous est d'un enseignant qualifié pour 40 enfants en âge d'aller à l'école primaire. Voir Banque mondiale 2004.
- 74 Basé sur l'étude de l'Initiative d'apprentissage mixte (2004), 2,5 travailleurs de santé minimum pour une population de 1000 habitants, ou 400 habitants pour chaque travailleur de santé.
- 75 Libéria, Ouganda, République Centrafricaine, Mali, Tchad, Erythrée, Ethiopie, Rwanda, Somalie, et Gambie. Calculs d'Oxfam, 2006. Basés sur des données d'initiative d'apprentissage mixte, 2004.
- 76 Initiative d'apprentissage mixte, 2004.
- 77 Anthony Harries, Ministère de la santé du Malawi, Conseiller technique sur les soins et le soutien pour le VIH. Cité dans Nolen 2005.
- 78 Nolen 2005.
- 79 Dovlo et Nyongator 1999.
- 80 Initiative d'apprentissage mixte 2004, p.28.
- 81 La volonté des familles de payer pour les services est différenciée selon le revenu, le sexe et d'autres facteurs. Là où les femmes et les filles ont un statut très bas dans la société, le fait de faire payer les familles implique souvent que les femmes et les filles auront probablement un accès moindre aux services. Voir de Vogli et Birbeck 2005.
- 82 Voir Gilson 1997.
- 83 Evaluation (2005) par Bentaoet-Kattan, pour UNESCO 2006.
- 84 Dans les pays à faible revenu, jusqu'à 70% des dépenses de santé sont représentées par des paiements privés directement effectués aux fournisseurs (Banque mondiale 2005, p.90). Par exemple, au Nigeria, au Cambodge et en Inde les dépenses en santé privée représentent au moins 70% de la totalité des dépenses de santé du pays (voir Vyas et Palmer 2005).
- 85 Les décès maternels, dans la région de Zaria au Nigéria ont augmenté de 56%, alors qu'il y avait une diminution de 46% du nombre des naissances à l'hôpital central. Nanda 2002, p.129.
- 86 Nair, Kirbat, et Sexton 2004.
- 87 In Philips et al. 2004.
- 88 Ibid
- 89 Médecins Sans Frontières 2004.
- 90 Belli et al. 2002.
- 91 Communication personnelle avec l'auteur, avril 2006.
- 92 Voir Koblinsky 2003, p.2.

- 93 Collingnon et Vezina 2000, dans Moran et Batley 2004.
- 94 McIntosh 2003, p.47.
- 95 Les deux statistiques se trouvent dans Vyas et Palmer 2005.
- 96 Rose et Akyeampong 2005.
- 97 Calaguas 2005.
- 98 DFID (document non publié).
- 99 La part de l'éducation dans le revenu national (PNB) a augmenté entre 1998 et 2002 dans environ deux tiers des pays pour lesquels nous avons des données (UNESCO 2006). Entre 1990 et 2002, les dépenses d'éducation ont augmenté et sont passées de 12% à 14% des dépenses gouvernementales ; cette tendance était plus prononcée en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud, en Europe et en Asie centrale (Banque mondiale 2005).
- 100 Les dépenses d'éducation des gouvernements en Amérique du Nord et en Europe occidentale atteignent rarement 15% ; plus de la moitié des pays en Afrique subsaharienne pour lesquels il existe des données dépassent ce niveau. UNESCO 2006.
- 101 Certaines études estiment que mettre chaque enfant dans le monde dans une école primaire de bonne qualité coûterait entre 7 et 17 milliards de dollars par an (Delamonica, Mehrotra, et Vandemoortele 2001; UNESCO 2002 ; Oxfam International 2001; Devarajan, Miller, et Swanson 2002; Bruns, Mingat, et Rakotomalala 2003; et Sperling 2003 – tous cités dans PNUD 2005). La Campagne mondiale pour l'éducation (2005) affirme que l'aide pour l'éducation de base devrait atteindre au moins 10 milliards de dollars d'ici à 2010, ou environ 20% de l'augmentation de 48 milliards de dollars d'aide promise lors du G8 de Gleneagles en 2005.
- 102 Par exemple, entre 1990 et 2002 les dépenses gouvernementales en santé dans les pays à faible revenu ont augmenté pour passer de 5 à 7%. Banque mondiale 2005b, p.90.
- 103 La Commission 'Macroéconomie et santé' a analysé que le paquet minimum de soins essentiels coûterait environ 34 dollars par personne par an. La Commission estime que les pays les moins développés seront capables de mobiliser environ 15 dollars par personne par an d'ici à 2007, ce qui laisse un déficit de 19 dollars par personne par an. Voir OMS 2001, p.11.
- 104 Ces chiffres se réfèrent à tous les investissements, aide, impôts et investissements privés. Les estimations concernant le financement mondial varient entre 9 et 30 milliards de dollars par an selon la source de l'estimation. Mais si les estimations sont analysées selon des paramètres comparables, la différence est beaucoup moins importante : environ 10 milliards de dollars par an pour fournir des services à coûts réduits d'eau et d'assainissement aux personnes qui ne reçoivent actuellement aucune fourniture ; et entre 15 et 20 milliards de dollars supplémentaires par an pour entretenir les services actuels et améliorer la qualité des services. Si la collecte et le traitement des eaux usées des familles et l'entretien d'une gestion intégrée de l'eau sont inclus, les estimations augmentent jusqu'à 80 milliards de dollars. Toubkiss 2006, p.7.
- 105 Il est estimé que les interventions de santé essentielles coûtent environ 10% du PNB dans les pays les moins développés, avec un apport en impôts estimé à 14% du PNB. OMS 2001, p.57.

- 106 Sur les 36 pays au monde qui dépensent plus pour leur défense que pour la santé ou l'éducation et pour lesquels des données sont disponibles, ces 10 pays ont les pires résultats par rapport à l'Index du Développement Humain. Donnée du PNUD 2005a.
- 107 Les hôpitaux et les universités constituent une part importante des services essentiels – les universités forment des médecins et des infirmiers et les hôpitaux urbains et de district sont souvent utilisés également par les personnes pauvres. Le problème apparaît lorsque trop d'argent est dépensé dans des services utilisés par une minorité. Par exemple, un hôpital de référence, unique, spécialisé et basé en ville peut engloutir jusqu'à 20% du budget entier d'un gouvernement alors que le schéma des maladies dans de nombreux pays en développement indique la nécessité de donner la priorité aux dépenses consacrées aux centres de santé ruraux et aux hôpitaux de district qui couvrent les besoins de santé de la majorité.
- 108 Seulement 6 sur 21 pays pour lesquels des données étaient disponibles (Sri Lanka, Nicaragua, Colombie, Costa Rica, Honduras, Argentine) consacraient autant ou plus d'argent aux services de santé destinés au cinquième de la population le plus pauvre qu'au cinquième le plus riche. Seulement 4 pays sur 35 (Colombie, Jamaïque, Roumanie, Costa Rica) pour lesquels des données étaient disponibles consacraient autant ou plus d'argent aux services d'éducation destinés au cinquième de la population le plus pauvre qu'au cinquième le plus riche. Basé sur les dépenses totales en santé et en éducation, Filmer 2003 dans Banque mondiale 2004a, p.39.
- 109 Rapport sur le développement dans le monde 2006. Washington, DC: Banque mondiale.
- 110 Paxson, C.H. et N. Schady (2005).
- 111 Rapport sur le développement dans le monde 2006.
- 112 WaterAid Nepal 2002/2004 et WaterAid 2006.
- 113 PNUD 2005a, p.29.
- 114 PNUD 2005a p.31.
- 115 PNUD 2005a.
- 116 La personne interviewée a demandé l'anonymat.
- 117 La Banque mondiale, par exemple, enquête actuellement sur des abus concernant 43 contrats liés à sept de ses projets au Cambodge, et a découvert différents types de corruption parmi lesquels des sollicitations et des acceptations de pots de vin, des fixations abusives de prix et des collusions pour manipuler des soumissions d'offre et enfler le prix de ces offres. Voir :<http://web.worldbank.org/> (dernière vérification de l'auteur le 12 juillet 2006).
- 118 Elshorst, H. et D. O'Leary (2005).
- 119 Rapport sur le développement mondial 2004.
- 120 Transparency International, Global Corruption Report [Rapport Mondial sur la Corruption]2006.
- 121 Meier, B. and Griffin, M. (2005)
- 122 Global Corruption Report [Rapport Mondial sur la Corruption].
- 123 Kessler and Alexander 2003.
- 124 Barrientos 2000

- 125 Il est très improbable que le choix des patients explique seul le taux élevé des accouchements par césarienne. Dans une clinique privée où 70% des femmes ont des accouchements par césarienne, seules 18% d'entre elles l'avait demandé. Murray 2000, p1501
- 126 Hao et al. 1997, cité dans Mehrotra et Delamonica 2005, p.155.
- 127 Public Services International Research Unit (PSIRU) 2002.
- 128 Kruse et Ramos 2003. La privatisation du conseil municipal de l'eau SEMAPA était une condition rattachée à un prêt contracté en 1996 et à une remise de dette dans le cadre de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés de 1997.
- 129 Le consortium Aguas del Tunari (AdT) était dirigé par International Water Limited, une compagnie appartenant conjointement à la multinationale US Bechtel et à la compagnie italienne d'énergie Edison.
- 130 Cité par des sources variées, y compris Palast (2000), www.guardian.co.uk/Archive/Article/0,4273,4010929,00.html (dernière vérification de l'auteur en juillet 2006).
- 131 Les hausses de prix communiquées varient de 35% (ex : Palast 2000) à 300% (Kruse et Ramos 2003) ; Braun (2004) affirme que les hausses des prix de l'eau étaient en moyenne de 51%.
- 132 Alexander 2005, p.19.
- 133 Il y a de nombreux rapports sur les émeutes, y compris ceux de Kruse et Ramos 2003.
- 134 En février 2002, AdT a déposé une plainte auprès du CIRDI (Centre International de résolution des différends relatifs aux investissements) de la Banque mondiale concernant un traité d'investissement bilatéral entre la Bolivie et les Pays-Bas où une filiale de Bechtel, International Water Co., avait établi une présence. AdT et Bechtel demandaient 25 millions de dollars de dommages pour la rupture de leur contrat multimillionnaire de 40 ans. Voir Alexander (2005, 19).
- 135 International Water and Sanitation Centre (2006).
- 136 Lethbridge 2002, p.19.
- 137 Estache et Rossi 2002, p.139.
- 138 Estache, Perelman, et Trujillo 2005, p.21. Une étude récente a mis en évidence que la plupart des programmes de privatisation entraînaient une dégradation de la redistribution des biens et des revenus, en tout cas sur le court terme. Birdsall et Nellis 2002.
- 139 Estache 2004, p.10.
- 140 Bayliss 2001.
- 141 Hornblow, A., 'New Zealand's health reforms: a clash of cultures', British Medical Journal, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7098/1892>
- 142 Shick 1998, A. *Why Most Developing Countries should not Try NZ Reforms*, Banque mondiale.
- 143 FMI Public Private Partnerships, 12 March 2004.
- 144 Mehrotra et Delamonica 2005, p.165.
- 145 Cette critique s'appuie fortement sur Watt, P. 'Comment on draft 2004 World Development Report', ActionAid, mai 2003.

- 146 Voir pp.13 et 107 2004 Rapport sur le développement du monde.
- 147 Wood 2005a. Les conditions peuvent prendre différentes formes, des plus impératives (actions préalables) aux plus faibles (points de référence). Toutes ont une influence sur la politique du pays.
- 148 EURODAD 2006, p.3.
- 149 L'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) est maintenant l'Initiative Multilatérale d'Allègement de la Dette.
- 150 '...plus de la moitié des pays qui ont atteint le point de décision devront (ou ont dû) mettre en place des réformes concernant un partenariat public/privé, la commercialisation ou la privatisation directe des entreprises d'Etat afin d'atteindre le point d'achèvement'. Campagne du Jubilé pour l'annulation de la dette (à paraître).
- 151 Mehrotra et Delamonica 2005, p.165.
- 152 Unobjectif visé dans la Stratégie de Développement du Secteur Privé 2002. Mehrotra et Delamonica 2005, p.165.
- 153 Ibid., p.166.
- 154 Ibid.
- 155 «Lorsque des compagnies privées prêtent ou investissent dans un projet d'adduction d'eau dans un pays débiteur, les garanties de la Banque promettent des compensations à la compagnie privée sur certaines pertes si, dans certaines conditions spécifiques, le débiteur ne remplit pas ses obligations ».Kessler 2004, p.8.
- 156 Cliff Stone, le directeur britannique de City Water, 'reconnaissait que le projet était très en retard sur les délais et qu'aucune canalisation nouvelle n'avait été installée, mais avançait que la qualité et la quantité de l'eau avaient été améliorées et que 10 000 nouveaux clients avaient été enregistrés au cours des deux derniers mois'. Vidal 2005.
- 157 La proposition initiale de privatisation ne réussit pas à attirer d'offres et la Tanzanie a bénéficié d'une dispense par rapport à la condition liée à l'initiative PPTTE et a reçu de toute façon une suspension de dette. La pression de la Banque mondiale pour obtenir la privatisation de DAWASA a été poursuivie sous la forme d'un programme de 143 millions de dollars qui s'est finalement soldé par un contrat en faveur de City Water – un partenariat formé par Biwater, Gauff (une compagnie de travaux allemande) et la compagnie tanzanienne Superdall – afin de fournir des services à Dar es Salaam et la région avoisinante. City Water a attaqué le gouvernement tanzanien en alléguant une rupture de contrat. Greenhill et Weklya 2004; Vidal 2005, <http://www.guardian.co.uk/hearfrica05/story/0,15756,1491600,00.html> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- 158 Birdsall et Nellis 2002.
- 159 Hall et al. 2005.
- 160 Greenhill et Weklya 2004.
- 161 Vidal 2005. Adam Smith International est une filiale du groupe de réflexion britannique préconisant le libre échange Adam Smith Institute.

- 162 La politique du Département britannique pour le Développement International – DFID - sur les conditionnalités déclare de manière explicite que la privatisation ne devrait pas être poursuivie en utilisant des conditions liées à l'aide. (voir DFID 2005b). La CE, dans un document de 2003 concluait que la privatisation des services et autres entreprises d'Etat avait été poussée 'sans examiner toutes les options' et que la Commission avait soutenu cela en reliant son aide à des programmes de la Banque mondiale et du FMI où la privatisation était une conditionnalité (voir Commission des Communautés Européennes 2003). Le nouveau gouvernement norvégien a déclaré que « l'aide de la Norvège ne devrait pas aller à des programmes qui comportent des exigences de libéralisation et de privatisation » (voir Parti travailliste norvégien 2006).
- 163 Sondorp, E. (2004) 'A Time Series Analysis of Health Service Delivery in Afghanistan', DFID Health Systems Resource Centre.
- 164 Vyas et Palmer 2005.
- 165 Rose et Akyeampong 2005; et BRAC 2005.
- 166 Palmer et Mills (2006).
- 167 Ibid.
- 168 Ibid.
- 169 Education International (2005).
- 170 BBC News (2005) 'UK Crippling Africa Healthcare', <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4582283.stm> (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- 171 Initiative d'Apprentissage Mixte 2004.
- 172 Mehrotra, S. (2004b).
- 173 Banque mondiale 2005b.
- 174 Dugger, C. 'U.S. plan to lure nurses may hurt poor nations', *New York Times*, 24 mai 2006.
- 175 OCDE/DAC (2005a) Forum de Haut Niveau sur l'efficacité de l'aide, Paris, France, 2–3 mars 2005.
- 176 Oxfam International, 'The View from the Summit — Gleneagles G8 One Year On', juin 2006.
- 177 Les données ici représentent l'aide à l'éducation de base, aux soins de santé de base, à la santé reproductive, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement pour 2004. Il s'agit de données concernant des engagements, non pas des données concernant des paiements. Les chiffres sont évalués en tant que proportion de l'aide totale, pas en aide allouable par secteur, ce qui désavantage des donateurs comme DFID, qui maintenant canalisent une grande partie de leur aide pour les services sociaux de base à travers le soutien budgétaire. Ces chiffres risquent également de surestimer l'aide aux services de base, dans la mesure où les critères concernant la fourniture d'eau et l'assainissement sont plus larges que ceux définis comme services essentiels par les banques de données d'Oxfam. Base de données de l'OCDE/DAC, consultées le 2 mars 2006. <http://www.oecd.org/>
- 178 Bokhari, Gottret, et Gai 2005 'Government Health Expenditures, Donor Funding and Health Outcomes' cité dans Banque mondiale 2006, p.61. Cette étude suggère que la volatilité de l'aide impose une contrainte significative et limite la capacité des gouvernements à dépenser l'argent consacré à la santé de manière efficace.

- 179 En 2001/02 environ 53% de l'aide destinée aux besoins en eau et assainissement n'a été distribuée qu'à 10 pays - et seulement quatre d'entre eux étaient des pays à faible revenu. Si l'on considère l'ensemble, les pays qui ont bénéficié d'une aide relativement élevée pour l'eau et l'assainissement ont reçu 447 dollars par personne non raccordée, alors que les pays à faible revenu dont les besoins sont les plus importants n'ont reçu que 16 dollars par personne non raccordée. Tearfund (2004)
- 180 Il est prévu que 1,8 millions de personnes reçoivent des traitements antirétroviraux au cours des cinq prochaines années grâce aux ressources du Fonds Mondial. Plus d'1 million d'enfants vont être aidés grâce aux services médicaux, d'éducation et de soins communautaires (cycle un et trois de financement). Site Fonds Mondial (dernière vérification de l'auteur le 5 mai 2006). www.theglobalfund.org/en/about/aids/default.asp.
- 181 Ibid.
- 182 Site Fonds Mondial , http://www.theglobalfund.org/en/files/about/replenishment/replenishment_pledges_2006_2007.pdf.
- 183 'Nous sommes, à la Banque, en fait assez embarrassés parce qu'un certain nombre de pays qui sont prêts pour s'engager dans un programme d'éducation pour tous, n'ont pas les fonds tout en ayant de très bons plans bien intégrés et bien soutenus, et qu'ils nous disent « Alors, quoi maintenant, nous avons fait ce que vous nous avez demandé – et où est l'argent ? ». Banque mondiale 2004 Réunions de printemps, conférence de presse avec James D. Wolfensohn. Washington, DC, 22 April 2004. <http://web.worldbank.org/>
- 184 Rapport de suivi préparé pour la réunion du partenariat EFA-FTI, décembre 2005. Washington, DC: FTI Secretariat. www.fasttrackinitiative.org.
- 185 Voir, par exemple, communication de presse d'Oxfam International, « La Zambie utilise l'annulation de la dette du G8 pour rendre les soins médicaux gratuits pour les pauvres », 31 mars 2006 et <http://allafrica.com/stories/200603310782.html>.
- 186 ActionAid International 2005, p.21.
- 187 Ce phénomène est connu sous le nom de 'mal hollandais' parce que les Pays Bas ont vu une baisse de leur compétitivité suite à la découverte et à l'exportation subséquente de ses réserves de gaz naturel.
- 188 Foster et Killick 2006.
- 189 OCDE DAC 2005b.
- 190 Banque mondiale 2006, p.63.
- 191 Cité dans Stillman et Bennett 2005.
- 192 Cité dans WaterAid 2005b.
- 193 Banque mondiale 2005b, p.93.
- 194 L'élément le plus onéreux dans un système éducatif est la facture salariale, qui représente plus de 70% des coûts d'éducation dans la plupart des 47 pays à faibles revenus étudiés par Bruns et al. in 2003.
- 195 FMI/Banque mondiale 2006, p.60.
- 196 Communication personnelle avec l'auteur du rapport, Richard Jolly.
- 197 Communication personnelle avec les employés d'Oxfam GB.

- 198 'La Realidad de la Ayuda 2004/5', Intermon Oxfam, Madrid.
- 199 OCDE/DAC banque de données, dernière consultation par l'auteur en août 2006.
- 200 Stillman et Bennett 2005.
- 201 « Le Fonds Mondial enlève des ressources humaines aux projets de lutte contre des maladies comme le paludisme pour les affecter aux services de dépistage et de soutien psychologique pour le VIH/Sida, qui sont bien financés ». Représentant de donateur cité dans Stillman et Bennett 2005.
- 202 Oxfam 2004.
- 203 Social Watch 2005.
- 204 Reis, P. et Moore, M. (2005).
- 205 Ibid.
- 206 Equals Issue 2, 2003. p.5. Newsletter for Beyond Access: Gender, Education and Development. Août 2003, London: Institute of Education.
- 207 Banque mondiale 2005a, p.22.
- 208 Burns et al 2005.
- 209 Adams 2001, p.2.
- 210 Herz et Sperling 2004.
- 211 Pitanguy 1994.
- 212 Chisholm et McKinney 2003, pp.8-9.
- 213 Chiffres de l'Assemblée dérivés des statistiques des Nations unies:
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab6.htm> (consulté pour la dernière fois le 4 avril 2006).
- 214 Joshi et Fawcett (2005).
- 215 En 1994, le 'Presidential Lead Programme' a introduit la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans. Une évaluation effectuée en 1995 a montré une augmentation de 20 à 60% de l'ensemble de la fréquentation des centres de santé sur 13 sites (Gilson 2003), et les femmes enceintes ont commencé à se rendre plus tôt à la clinique prénatale (McCoy 1996, dans McIntyre et al. 2005). En 1996, le ministère de la santé a annoncé la gratuité des soins de santé primaire. L'impact de cette politique n'a jamais été analysé dans toutes ses dimensions, mais une évaluation des familles dans une province rurale a montré 'une augmentation plutôt importante de l'utilisation des centres de santé primaire du secteur public après la mise en place de cette politique – même si l'augmentation était en dessous de la moyenne pour les groupes les plus pauvres' (communication personnelle du Dr. Jane Goudge, Centre for Health Policy, à McIntyre et al. 2005).
- 216 Cet investissement devrait couvrir les revenus qui sont actuellement tirés des contributions directes par les usagers et l'augmentation de la valeur des frais qui résulteraient d'un taux d'utilisation accru. Voir Save the Children 2005.

- 217 Les systèmes d'assurance de santé basés sur la communauté fournissent une couverture médicale de base constituée de petits paiements anticipés réalisés par les membres de la communauté. La différence est que les frais d'utilisateurs sont demandés au moment de la prestation du service alors que les systèmes d'assurance rassemblent des contributions anticipées.
- 218 Caractéristique commune également aux autres mécanismes de financement de la santé basé sur la communauté, les revenus recueillis grâce aux contributions des membres dans le programme instauré par Oxfam couvrent 80% du prix des médicaments, mais seulement environ 30% du coût total de la fourniture du service. C'est pour cette raison que le programme opère avec des subventions considérables d'Oxfam et d'autres donateurs et qu'il est conçu comme une solution de secours en attendant que l'Etat puisse prendre en charge les frais de fonctionnement.
- 219 Par exemple, l'Ouganda a expérimenté divers programmes d'assurance de santé basés sur la communauté entre 1995 et 2002. Une série d'évaluations a conclu que ces programmes ne couvraient pas leurs coûts, ne réussissaient pas à toucher les membres les plus pauvres des communautés qu'ils servaient, et qu'ils étaient plutôt régressifs dans la mesure où ils utilisaient de l'argent public pour subventionner l'accès aux services des personnes relativement plus aisées. Etant données ces préoccupations, le ministère de la santé a décidé de ne pas étendre les programmes d'assurance et a choisi à la place d'abolir les mesures de tarification aux usagers dans les centres de santé publics. Yates et al 2006, pp.345-6.
- 220 Calaguas (2005).
- 221 Miranda 2005 dans Balanya 2005 (ed).
- 222 Hallack, J. et Poisson, M. (2005) 'Ethics and corruption in education', *Journal of Education for International Development*. <http://www.equip123.net/JEID/articles/1/1-3.pdf>.
- 223 Global Corruption Report, p.65.
- 224 Transparency International 2006, p.120.
- 225 Communication personnelle de l'auteur avec le président du Barreau au Malawi.
- 226 Par exemple, voir Kane 2004, p.105.
- 227 Voir SIDA 2005.
- 228 Voir WaterAid 2005b.
- 229 Martin 1997.
- 230 Sumra 2004.
- 231 'Focus on Public Services', Public Services International, (2005).
- 232 Mugisha, Berg, et Muhairwe (forthcoming) cite dans Calaguas 2005.
- 233 Transparency International 2006.
- 234 UNESCO 2005b, p.184.
- 235 Voir USAID 2003, p.26.
- 236 WaterAid 2005b.
- 237 Birdsall, Levine et Ibrahim (2005).

- 238 Par exemple les revenus du gouvernement central représentent environ un tiers du PNB en Europe, alors que la totalité de l'apport fiscal, commerce et taxation indirecte y compris, dans les régions les plus pauvres (Asie du Sud, Afrique subsaharienne, Moyen Orient/Afrique du Nord) ne représente généralement qu'environ 15% du PNB. Cobham 2005, pp.6-8.
- 239 Baungsgaard, T. et M. Keen, 'Tax Revenue or Trade Liberalisation', document de travail du FMI, juin 2005.
- 240 Une analyse des projets dans le secteur de la santé en Ouganda entre 1997/98 et 2002/03 montre qu'ils étaient très inefficaces : 68% du financement allaient à des intrants qui n'étaient pas inclus dans la Stratégie du Secteur de Santé, comme l'assistance technique, le renforcement des capacités, et les coûts de fonctionnement des projets. Présentation à Oxfam GB effectuée par Rob Yates, conseiller auprès du ministère de la santé, Ouganda.
- 241 Basé sur une évaluation conjointe sur cinq ans de l'aide budgétaire au Burkina Faso, au Malawi, au Nicaragua, au Rwanda, en Ouganda et au Vietnam. University of Birmingham (à venir). Un résumé de la recherche se trouve sur : www.oecd.org/dataoecd/16/31/36644712.pdf (dernière vérification de l'auteur le 10 mai 2006). Pour d'autres études soulignant les bénéfices significatifs de l'aide budgétaire dans les conditions politiques appropriées : voir notamment Forum de Haut Niveau sur les OMD santé (2003) et EQUINET (2004).
- 242 Lawson et al. 2005.
- 243 Merlin 2005, pp.32-33.
- 244 DFID 2004, pp.3-7.
- 245 'La Banque mondiale ne soutient pas l'accès payant pour l'éducation primaire et les soins de santé de base pour les personnes pauvres. L'accès à ces services de base est vital pour améliorer le bien-être des pauvres dans les pays en développement. L'expérience démontre particulièrement en ce qui concerne l'éducation, que la tarification aux usagers diminue la capacité des personnes pauvres à envoyer leurs enfants à l'école. La Banque soutient également la prestation gratuite de services de santé de base et aide les pays à trouver des moyens alternatifs pour financer ces activités'. Banque mondiale 2003.
- 246 'Des soins pour tous publiquement subventionnés ne sont pas une option que les gouvernements africains peuvent se permettre'. Banque mondiale 2004.
- 247 Des analyses précédentes de la Banque mondiale avaient suggéré que le changement politique aurait pour résultat une augmentation de 2,3% de l'utilisation des services de santé. Dans les faits, l'instauration de l'accès gratuit a eu pour résultat une augmentation d'environ 80% de l'utilisation des services. Communication personnelle de Yates (2004) à l'auteur.
- 248 Nelson Mandela (2005), discours pour Make Poverty History Campaign [Campagne Abolissons la Pauvreté]. http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk_politics/4232603.stm.

Références

- ActionAid International** (2005) 'Contradicting Commitments: How the Achievement of Education for All is Being Undermined by the International Monetary Fund', http://www.actionaid.org/wps/content/documents/contradicting_1892005_104812.pdf (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- ActionAid International et Campagne mondiale pour l'éducation** (2005) 'Educate to End Poverty — Why the UN Must Make Girls' Education its Number One Priority at the Millennium + 5 Summit', <http://www.actionaidusa.org/pdf/educatetoendpovertypaper2.pdf> (last checked by the author April 2006).
- Adams, J.** (2001) 'Women and social security: how far are we?' IDASA Budget Brief No. 75.
- Alexander, N.** (2005) 'The Roles Of The IMF, The World Bank, And The WTO In Liberalization And Privatisation Of The Water Services Sector', Citizens Network On Essential Services, Maryland, Etats-Unis.
- Bagash, T.** (2003) 'Project Context and Policy Environment', document pour Oxfam GB au Yémen, octobre 2003.
- Balanya, B. et al.** (eds.) (2005) *Reclaiming Public Water*, Amsterdam: Transnational Institute.
- Banque mondiale** (2006) *Global Monitoring Report 2006 — Millennium Development Goals: Strengthening Mutual Accountability, Aid, Trade and Governance*, Washington: Banque mondiale.
- Banque mondiale** (2005a) *Improving Women's Lives: World Bank Actions since Beijing*, Washington, DC: Banque mondiale Gender and Development Group.
- Banque mondiale** (2005b) *Global Monitoring Report 2005*, Washington : Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/Banque mondiale.
- Banque mondiale** (2005c) 'World AIDS Day', www.worldbank.org/worldaidsday/charts.htm (dernière vérification de l'auteur en mars 006).
- Banque mondiale** (2005d) *Global Monitoring Report 2005 — Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum*, Washington: Banque mondiale.
- Banque mondiale** (2004) *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Washington, DC: Banque mondiale.
- Banque mondiale** (2004) 'EFA Fast-Track Initiative Framework,' www.worldbank.org/education/efafti/documents/Moscow/FTI_Framework_amended_with_gender_specific_outcomes_draft_P1.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Banque mondiale** (a) 'Education for All Fast-Track Initiative', www.worldbank.org/education/efafti/ (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Banque mondiale** (2003) 'Issue Brief: User Fees', Washington DC: Banque mondiale.
- Barrientos, A.** (2000) 'Getting better after neo-liberalism — shifts and challenges of health policy in Chile', *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, 94–11.
- Bayliss, K.** (2001) 'Water Privatisation In Africa, Lessons From Three Case Studies' Public Services International Research Unit (PSIRU).

- BBC News** (2005) 'UK Crippling Africa Healthcare', <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4582283.stm> (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Belli, P., Shahriari, H. et Curtio Medical Group** (2002) 'Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia', World Bank Health, Nutrition and Population (HNP), Document de Discussion 2002.
- Bennell, P.** (2004) 'Teacher Motivation and Incentives in Sub-Saharan Africa and Asia', Brighton: Knowledge for Skills and Development.
- Birdsall, N., Levine, R., et A. Ibrahim** (2005) *Toward Universal Primary Education: Investments, Incentives and Institutions*, New York: Task force du Projet du Millénaire sur l'éducation et l'égalité de genre, p.137.
- Birdsall, N. et J. Nellis** (2002) 'Winners and Losers: Assessing the Distributional Impact of Privatization', Center for Global Development, document de travail N° 6.
- BRAC**, Rapport Annuel 2005, Dacca, Bangladesh.
- Burnham, G. M., Pariyo, G., Galiwango, E., et F. Wabwire-Mangen** (2004) 'Discontinuation of cost sharing in Uganda' dans *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, mars 2004, vol. 82 (3).
- Burns, J., Keswell, M., et M. Leibbrandt** (2005) 'Social assistance, gender and the aged in South Africa' in *Feminist Economics* 11 (2).
- Bruns, Mingat and Rakoomalala** (2003), 'Réaliser l'éducation primaire pour tous d'ici 2015: une chance pour chaque enfant', Banque mondiale 2003
- Calaguas, B.** (2005) 'Improving Water and Sanitation', document contextuel de WaterAid pour Oxfam GB.
- Campagne Jubilée pour l'annulation de la Dette (à paraître)** 'Tightening the Leash or Loosening the Strings? The status of HIPC conditionality in 2006'.
- Campagne Mondiale pour l'Éducation** (2005) 'UN Millennium Summit Delivers Rhetoric without Commitment', article présenté au sommet du G8 de 2005, www.campaignforeducation.org/
- Center for Global Development** (2004) 'Millions Saved: Proven Successes in Global Health,' CGD Brief Vol. 3(3), octobre 2004, Washington, DC: Center for Global Health.
- Chequer, P.** (2005) 'Access to Treatment and Prevention: Brazil and Beyond,' présentation à la troisième Conférence de la société internationale sur le SIDA, sur la pathogenèse et le traitement du VIH. www.ias-2005.org/planner/Presentations/ppt/3333.
- Chisholm, L. et C. McKinney** (2003) 'Reforms, Innovations and Approaches Used to Work with Teachers to Use Them as Change Agents and Facilitators of Gender Equality in Different Countries: Strengths and Limitations', UNESCO portail éducation, consulté le 4 avril 2006. <http://portal.unesco.org/>
- Cobham, A.** (2005) 'Taxation Policy and Development', OCGG Economy Analysis no. 2, Oxford: Oxford Council on Good Governance.
- Colclough, C.** (1997) *Marketising Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage*, Oxford: Clarendon Press.
- Commission des Communautés Européennes** (2003) 'la réforme des entreprises d'État dans les pays en développement, axée sur les services publics : nécessité d'évaluer toutes les solutions possibles. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen, Bruxelles, juin 2003.
- Davey, S.** (2000) *Health: A Key to Prosperity. Success Stories in Developing Countries*, Genève: OMS, CDS.

- Delannoy, F. et G. Sedlacek** (2000) *Brazil: Teachers' Development and Incentives: A Strategic Framework*. Rapport de la Banque mondiale 20408-BR. Washington, DC: Banque mondiale.
- Deininger, K. et P. Mpuga** (2004) 'Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda', Document de travail de la Banque mondiale. Travaux de recherche politiques 3276, avril 2004.
- DFID** (2004) 'Improving Health in Malawi: Programme Memorandum November 2004', Londres: Département pour le développement international .
- DFID** (2005a) 'Non-State Providers of Basic Services — A DFID-funded, Multi-country Study', présentation à la réunion du réseau sur l'eau , Londres, avril 2005.
- DFID** (2005b) 'Partnerships For Poverty Reduction: Rethinking Conditionality'. <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/conditionality.pdf> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- De Vogli, R. et G.L. Birbeck** (2005) 'Potential impact of adjustment policies on vulnerability of women and children to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa,' *Journal of Health and Population Nutrition*; 23(2):105-120.
- Doney, M. et M. Wroe, M.** (2006) 'Keeping our promises: delivering education for all', Londres: Ministère des finances et DFID.
- Dovlo, D, et F. Nyonator.** (1999) 'Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal', *Human Resources for Health Development Journal*, 1:42-54.
- Education International** (2005), 'Brain Drain: Rich Country Seeks Poor Teachers,' Bruxelles: Education International.
- Elshorst, H. et D. O'Leary** (2005) 'Corruption in the Water Sector: Opportunities for Addressing a Pervasive Problem', Transparency International. http://www.siw.org/downloads/WWW-Symp/Corruption_in_the_water_sector_Elshorst.pdf.
- EQUINET** (2004) 'Ensuring universal treatment access through sustainable public health systems', EQUINET, document de discussion, février 2004.
- Ekman, B.** (2004) 'Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence', *Health Policy and Planning*; 19(5): 249-270.
- Elson, D. et H. Keklik** (2002) '*Progress of World's Women 2002: Vol. 2: Gender Equality and the Millennium Development Goals*', New York: UNIFEM.
- Estache, A.** (2004) 'PPI Partnerships versus PPI Divorces in Developing Countries', Banque mondiale et Université Libre de Bruxelles, janvier 2005.
- Estache, A., S. Perelman, et M. Trujillo** (2005) 'Infrastructure Performance And Reform In Developing And Transition Economies: Evidence Form A Survey Of Productivity Measures', Document de la Banque mondiale, travaux de recherches politiques 3514, février 2005.
- Estache, A. et M. A. Rossi** (2002) 'How different is the efficiency of public and private water companies in Asia?' *World Bank Economic Review*: 16(1); 139-148. IBRD, Washington DC.
- EURODAD** (2006) 'World Bank and IMF conditionality: a development injustice'. www.eurodad.org/articles/default.aspx?id=711
- Fonds Monétaire International** (2004) 'Public-Private Partnerships', www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.htm (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).

- Foster, M. et T. Killick** (2006) 'What Would Doubling Aid Mean for Macroeconomic Management in Africa?' Document de travail 264, Overseas Development Institute: Londres.
- Garfield, R. G. et Williams, G.** (1989) *Health and Revolution: the Nicaraguan experience*, Oxfam GB, Oxford.
- Gilson, L.** (2003) 'User Fees: the South African Experience', article présenté au National Institute of Health, USA, <http://www.fic.nih.gov/dcpp/ppts/gilson1.ppt> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Gilson, L.** (1997) 'The lessons of user fee experience in Africa', *Health Policy & Planning*: 12(4); 273–85.
- Gomez Gomez, E.** (2002) '*Gender Equity and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean*', Washington DC: PAHO
- Greenhill, R. et I. Weklya** (2004) 'Turning Off The Taps: Donor Conditionality And Water Privatisation In Dar Es Salaam, Tanzania', Londres, ActionAid International.
<http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/TurningofftheTaps.pdf> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Gutierrez, E. et Y. Musaaazi** (2003) 'The changing meaning of reforms in Uganda: grappling with privatisation as public water services improve', WaterAid, mimeo.
- Hall, L. et R. De La Motte** (2005) 'Public resistance to privatisation in water and energy' in *Development in Practice*. Vol 15 No. 3 et 4.
- Herz, B. et G.B. Sperling** (2004) *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. New York: Council on Foreign Relations.
- High Level Forum on Health** (2003) 'Harmonisation and MDGs: a perspective from Tanzania and Uganda'. Document de conférence.
- Human Development Report** (2005) *International Co-operation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World*, New York: PNUD.
- International AIDS Society** (2005) 'Fact Sheet: HIV/AIDS in Brazil and Latin America'. www.ias-2005.org/admin/images/upload/534.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- International Water and Sanitation Centre** (2006) 'Bolivia, Cochabamba: public pressure forces Bechtel to drop water case', <http://www.irc.nl/page/27840> (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Joint Learning Initiative** (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Boston, MA: Harvard University Global Equity Initiative.
- Joshi, D et B. Fawcett** (2005) 'The Role of Water in an Unequal Social Order in India' in Coles, A. et T. Wallace (eds) *Gender, Water and Development* (2005), Berg, Poole.
- Kane, E** (2004) 'Girls' education in Africa: what do we know about strategies that work?' Africa Human Development Working Paper Series, Washington DC: Banque mondiale.
- Kessler, T.** (2004) '*The Pros And Cons Of Private Provision Of Water And Electricity Service: A Handbook For Evaluating Rationales*', Citizen's Network on Essential Services. www.servicesforall.org (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Kessler, T. and N. Alexander** (2003) '*Assessing The Risks In The Private Provision Of Essential Services*', Document de Discussion pour le Groupe Technique du G-24, Citizen's Network on Essential Services, http://www.servicesforall.org/html/tools/assessing_risks.shtmhtml (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).

- Koblinsky, M. A. (ed)** (2003) 'Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe'. Washington, DC: Banque mondiale .
- Kruse, T. and C. Ramos** (2003) 'Water privatisation: doubtful benefits, concrete threats' in *Social Watch Report 2003*, Social Watch.
- Lafer, G., Moss, H., Kirtner R. and V. Rees** (2003) 'Solving the Nursing Shortage: Best and Worst Practices for Recruiting, Retaining and Recouping of Hospital Nurses. A Report Prepared for the United Nurses of America', AFSCME, AFL-CIO, Oregon: Labor Education and Research Center.
- Lawson, A., Booth, D., Msuya, M., Wangwe S. and T. Williamson** (2005) 'Does General Budget Support Work? Evidence from Tanzania', Londres: Overseas Development Institute.
- Lethbridge, J.** (2002) 'Forces and Reactions in Healthcare' PSIRU, décembre 2002.
- Malkin, E.** (2006) 'Big-time shift in facing water crisis', *New York Times*, 21 mars 2006
www.iht.com/articles/2006/03/20/news/water.php (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Maltz, H.** (2005) 'Porto Alegre's water: public and for all' in Balanyá et al (eds) (2005) *Reclaiming Public Water*, Transnational Institute and Corporate Europe Observatory, janvier 2005.
- Martin, B.** (1997) 'From clientelism to participation — The story of "participatory budgeting" in Porto Alegre' www.publicworld.org/docs/portoalegre.pdf.
- McIntosh, A. C.,** (2003) *Asian Water Supplies — Reaching the Poor*, Asian Development Bank, Manila et IWA Publishing, Londres.
- McIntyre, D., Gilson. L. and M. Vimbayi** (2005) 'Promoting Equitable Health Care Financing in the African Context: Current Challenges and Future Prospects', EQUINET Document de discussion no. 27, octobre 2005.
- Médecins Sans Frontières** (2004) 'Burundi Deprived of Access to Healthcare', document de politique de MSF.
- Mehrotra, S.** (2004) 'Improving Child Wellbeing in Developing Countries: What do we know? What can be done?', CHIP rapport No. 9.
- Mehrotra, S.** (2004b) 'Reforming Public Spending on Education and Mobilising Resources: Lessons from International Experience', *Economic and Political Weekly*, 28 février 2004
- Mehrotra, S. et E. Delamonica** (2005) 'The private sector and privatisation in social services: is the Washington Consensus dead?' *Global Social Policy*, Vol 5 (2).
- Mehrotra, S. et P. Buckland** (1998) 'Managing Teacher Costs for Access and Quality', UNICEF Staff Working Papers No. EPP-EVL-98-004, New York, NY: UNICEF.
- Mehrotra, S. et R. Jolly (eds)** (1997) *Development With A Human Face — Experiences in Social Achievement and Economic Growth*, Clarendon Press: Oxford.
- Meier, B. et M. Griffin** (2005) *Stealing the Future: Corruption in the Classroom*, Berlin: Transparency International.
- Melrose, D.** (1985) *Nicaragua: the threat of a good example*, Oxfam GB; Oxford.
- Merlin** (2005) 'Meeting the Health Millennium Development Goals in Fragile States', Compte rendu de la conférence de MERLIN-LSHTM sur les états fragiles, 23–24 juin 2005, Londres: Merlin.
- Mills, A.** (1995) 'Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic versus Market Approaches', Document de Travail de HEFP.

- Moran, D. et R. Batley** (2004) 'Literature Review of Non-State Provision of Basic Services', document commandé par le DFID au Governance Resource Centre, Université de Birmingham, Royaume Uni .
- Mugisha, S; Sanford V. Berg, William T. Muhairwe** (à venir) 'Using Internal Incentive Contracts to Improve Water Utility Performance: The Case of Uganda's NWSC' consultable sur:
http://bear.cba.ufl.edu/centers/purc/primary/documents/Using_Internal_Incentive_Contracts.pdf
- Murray, S.F.** (2000) 'Relations between private health insurance and high rates of Caesarean section in Chile: a quantitative and qualitative study', dans *British Medical Journal* 2000 décembre 16;321(7275):1501-5.
- Nair, S. et P. Kirbat avec Sexton, S.** (2004) 'A decade after Cairo — women's health in a free market economy', *Cornerhouse Briefing* 31 juin 2004.
- Nanda, P** (2002) 'Gender dimensions of user fees: implications for women's utilisation of health care', *Reproductive Health Matters* 2002; 10 (20) 127-134.
- Narayan, D. avec Patel, R., Schafft, K., Rademacher A. et S. Koch-Schulte** (2000) *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* New York, N.Y.: publié pour la Banque mondiale, Oxford University Press.
- National Water and Sewerage Corporation** (2005) *Rapport Annuel 2004-2005*, Kampala, Uganda: National Water and Sewerage Corporation.
- Nolen, S.** (2005) 'Deaths rob Malawi of warriors in its assault against AIDS,' *Toronto Globe and Mail*, 21 novembre 2005.
- Norwegian Labour Party** (2006) 'The Soria Moria Declaration on International Policy', <http://www.dna.no/index.gan?id=47619&subid=0> (dernière vérification de l'auteur en Avril 2006).
- Nyonator, F.K., Awoonor-Williams, J.K., Phillips, J.F., Jones T.C. et R.A. Miller** (2005) 'The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation', *Health Policy and Planning*; 2005, 20(1): 25-34.
- OCDE/DAC** (2005a) Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, Paris, France, 2-3 mars 2005
- OCDE/DAC** (2005b) 'Survey on Harmonisation and Alignment: Overview of the Survey Results', www.oecd.org/dataoecd/31/37/33981948.pdf (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
 OCDE/DAC Database www.oecd.org/document/31/0,2340,en_2649_34485_33764703_1_1_1_1,00.html (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Organisation mondiale de la santé** (2006) *Rapport sur le développement dans le monde 2006 — Travailler ensemble pour la santé*, Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé** (2001) 'Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health', Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé** (a) 'Health Through Safe Drinking Water and Basic Sanitation', www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/en/index.html (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Organisation mondiale de la santé** (b) 'Millennium Development Goals: Goal 4: Reduce Child Mortality', www.who.int/mdg/goals/goal4/en/index.html (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Oxfam** (2004) 'Programme Impact Report 2004', Oxford: Oxfam.
- Oxfam International** (2006) 'Les Suites du Sommet - une année après le G8 de Gleneagles', Oxford : Oxfam'.

- Palmer, N., Mills, A., Wade, L. Gilson and H. Schneider** (2003) 'A New Face For Private Providers In Developing Countries: What Implications For Public Health?' *Bulletin de l'OMS*, Vol. 81 (4).
- Palmer N. et A. Mills** (2006) 'Contracting-out health service provision in resource- and information-poor settings' in Jones, A.M. (ed) *Elgar Companion to Health Economics* Cheltenham: Edward Elgar, pp.250-258
- Paxson, C.H. et N. Schady, N.** (2005), 'Cognitive Development Among Young Children in Ecuador: The Roles of Wealth, Health, and Parenting', Washington, DC: Banque mondiale document de travail, travaux de recherches 3605
- Phillips M., Ooms, G., Hargreaves S. et A. Durrant** (2004) 'Burundi: a population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*: 54 (505); 633–48.
- Phillips, O. et A. Durrant** (2004), ' Burundi: A Population Deprived of Basic Health Care' Geneva: MSF
- Pitanguy, J.** (1994) 'Feminist Politics and Reproductive Rights: The Case of Brazil', in Sen G. et R.C. Snow (eds.) *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Cambridge, MA: Harvard University Press, pp.101–122.
- Pritchett, L.** (2005) 'The Political Economy of Targeted Safety Nets', Social Protection Discussion Paper Series no. 0501, Washington, DC: Banque mondiale.
- Public Services International Research Unit** (2002) 'Privatisation Of Basic Services: Concerns About Donor Policies', PSIRU submission to UK International Development Parliamentary Select Committee, novembre 2002.
- Public Services International Research Unit** (2003) 'Public Services Work'. <http://www.psiru.org/reports/2003-09-U-PSW.pdf>.
- Public Services International Research Unit** (2005) 'Focus on Public Services'.
- Public World** (2004) 'Delivering Good Quality Services: Health and Education', rapport pour Oxfam GB.
- Rannan-Eliya, R. et A. Somanathan** (2005) 'Health Systems, Not Local Projects, Provide the Key to Social Protection for the Poor in Asia,' Londres, DFID Health Systems Resource Centre.
- Reis, P. et Moore, M.** (eds), 'Elite Perceptions of Poverty and Inequality', Zed, Londres 2005
- Rose, P.R. et K. Akyeampong** (2005) 'The Non-State Sector and Education: Literature Review and Four-Country Study', article commandité pour Oxfam.
- Sachs, J.D.** (2001) *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Sachs, J.D.** (2005) 'Who Beats Corruption?'. Project Syndicate: http://www.project-syndicate.org/print_commentary/sachs106/English. (dernière vérification de l'auteur en décembre 2005)
- Santiago, C.** (2005) 'Public-public partnership: an alternative strategy in water management in Malaysia' dans Balanya, B. et al (eds.) (2005) *Reclaiming Public Water*, Amsterdam: Transnational Institute.
- Save the Children** (2005) 'Killer Bills: Make Child Poverty History — Abolish User Fees', Document de Briefing. Londres: Save the Children.
- Schick, A** (1998) 'Why most developing countries should not try New Zealand Reforms', *Observateur de Recherche de la Banque mondiale*, 13(1), février 1998 :723-31'.
- Sen, A.** (1999), *Development as Freedom*, New York, Oxford University Press
- Social Watch** (2005) *Roars and Whispers. Gender and Poverty Promises v. Action*. Instituto Del Tercer Mundo, Montevideo, Uruguay.

- Sondorp, E.** (2004) 'Case Study 1: A Time-Series Analysis of Health Service Delivery in Afghanistan', Londres: DFID Health Systems Resource Centre.
- Stillman, K. et S. Bennett** (2005) *Systemwide Effects of the Global Fund: Interim Findings from Three Country Case Studies*, Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Sumra, S.** (2004) 'The Living and Working Conditions of Teachers in Tanzania: A Research Report', Dar es Salaam: HakiElimu.
- Swedish International Development Co-operation Agency (SIDA)** (2005) www.u4.no/themes/health/healthgoodpracticeex3.cfm. (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).
- Tearfund** (2004) 'Making every drop count An assessment of donor progress towards the water and sanitation target' <http://www.tearfund.org>
- Toubkiss, J.** (2006) 'Costing MDG Target 10 on Water Supply and Sanitation: Comparative Analysis, Obstacles and Recommendations', Marseille: World Water Council.
- Transparency International** (2006) *Global Corruption Report 2006 – Special Focus on Corruption and Health*, Londres: Transparency International
- Transparency International** (2005) 'Stealing our future: corruption in the classroom' <http://www.transparencia.org.es/>
- United Nations (a)** 'Déclaration Universelle des Droits de l'Homme(DUDH)' www.un.org/Overview/rights.html (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- United Nations (b)** 'Convention sur les Droits de l'Enfant (CDE)' www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- United Nations** (2005) 'Progress Towards the Millennium Development Goals, 1990–2005', http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/goal_2.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- ONUSIDA/ Organisation Mondiale de la Santé** (2005) 'AIDS Epidemic Update', www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- ONUSIDA** (2005) 'The "Three Ones" in Action: Where We Are and Where We Go From Here', Genève: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida.
- ONUSIDA** (2004) *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, Genève: ONUSIDA/ONUSIDA.
- PNUD** (2005a) *Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads – Aid, Trade and Security in an Unequal World*, New York: PNUD.
- PNUD** (2005b) *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, New York, NY: UN Millennium Development Commission.
- PNUD** (2005c) 'Toward Universal Primary Education; Investments, Incentives, and Institutions', *UN Millennium Project, Taskforce on Education and Gender Equality*, Londres: PNUD.
- UN Department of Economic and Social Affairs** (2005a) 'Report on the World Situation', www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/Chapter3.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- UN Department of Economic and Social Affairs** (2005b) 'Progress Towards the Millennium Development Goals, 1990–2005', http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/goal_6.doc (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).

UN Department of Economic and Social Affairs 'The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)' www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/ (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).

UN Economic and Social Council 'Commentaire général N°15 : Le droit à l'eau (articles 11 et 12 de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels)', www.unhcr.ch/html/menu2/6/gc15.doc (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).

UNESCO (2006) '*Education For All Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life*', Paris: UNESCO.

UNESCO (2005a). '*Children out of School: Measuring Exclusion from Primary Education*', Montreal: UNESCO Institut pour les Statistiques.

UNESCO (2005b) '*Global Monitoring Report: Addressing Progress towards the EFA Goals*', New York: UNESCO.

UNESCO (a) 'Education for All: Dakar Framework for Action', www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/framework.shtml (dernière vérification de l'auteur en mars).

UNESCO (b) 'World Declaration for Education for All', www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/background/jomtien_declaration.shtml (dernière vérification de l'auteur en mars).

UNICEF (a) 'Delivery Care', www.childinfo.org/areas/deliverycare/ (dernière vérification de l'auteur en mars).

UNICEF (b) 'At a Glance: Brazil', www.unicef.org/infobycountry/brazil_statistics.html (dernière vérification de l'auteur en mars).

USAID (2003) 'The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper', Washington, DC: USAID.

Unsworth, S. (2001) 'Understanding Pro-Poor Change: A Discussion Paper'. Mimeo

Vidal, J. (2005) 'Flagship water privatisation fails in Tanzania', *The Guardian*, 25 mai 2005. www.guardian.co.uk/hearafrica05/story/0,15756,1491600,00.html (dernière vérification de l'auteur en avril 2006).

Vyas, S. et N. Palmer (2005) 'The Non-State Sector and Health — Literature Review and Four-Country Study', document contextuel de recherche pour Oxfam, décembre 2005.

Wakefield, E. (2004) 'Mapping of Donors' Policies and Approaches to Non-State Service Providers', recherche commandité pour le DFID par International Development Department, University of Birmingham, UK.

WaterAid (2006a) 'Getting the Off-Track "On Target"', un document de fond sur l'eau et l'assainissement pour le Rapport sur le Développement Humain de 2006. **WaterAid** (2006b) 'Bridging the Gap: Citizens' Action for Accountability in Water and Sanitation'. (à venir)

WaterAid (2005a) 'Dying for the Toilet', www.un-ngls.org/un-summit-wateraid.pdf (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).

WaterAid (2005b) 'Getting to Boiling Point: Turning up the Heat on Water and Sanitation', Londres: WaterAid. www.wateraid.org

WaterAid Nepal (2004) 'The Water and Sanitation Millennium Development Targets in Nepal: What do they mean? What will they cost? Can Nepal meet them?'. www.wateraid.org

WaterAid Nepal (2002) 'Sustained Drinking Water and Sanitation for All in Nepal — Sector Financing Requirement'. www.wateraid.org/documents/nepal_sector_financing_requirements.pdf

- Watkins, K.** (2006) 'We cannot tolerate children dying for a glass of water' *The Guardian*, 8 mars 2006, www.guardian.co.uk/water/story/0,1725920,00.html (dernière vérification de l'auteur en mars 2006).
- Watt, P.** (2003) 'Comment on draft 2004 World Development Report', ActionAid, mai 2003 (non publié).
- Watt, P.** (2000) *Social Investment and Economic Growth — A Strategy to Eradicate Poverty*, Oxford: Oxfam.GB
- Wood, A.** (2005) 'World Bank's Poverty Reduction Support Credit — Continuity or Change?', Dublin: Debt and Development Coalition Ireland, www.debtireland.org/resources/index.htm.
- Wood, A.** (2005), 'The Pros and Cons of Old and New Conditionality for Debt Cancellation', Jubilee Debt Campaign, March 2006.
- World Bank Operations Evaluation Department** (2002) 'Assessing the World Bank Water Resources Strategy', Washington DC: Banque mondiale.
- Yates, J., R. Cooper et J. Holland** (2006), 'Social Protection and Health : experiences in Uganda', *Development Policy Review*, 2006, 24 (3) : 339-56.
- Yates, R.** (2004) 'Should African Governments Scrap User Fees for Health Services?', présentation à Oxfam GB, septembre 2004.

Oxfam International est une confédération de 13 organisations qui travaillent ensemble dans plus de 100 pays pour trouver des solutions durables à la pauvreté et l'injustice : Oxfam Amérique, Oxfam Allemagne, Oxfam Australie, Oxfam-en-Belgique, Oxfam Canada, Oxfam France – Agir ici, Oxfam Grande-Bretagne, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam (Espagne), Oxfam Irlande, Novib Oxfam Pays-Bas, Oxfam Nouvelle Zélande et Oxfam Québec. N'hésitez pas à appeler ou écrire aux agences listées ci-dessous pour toute information complémentaire. Vous pouvez également vous rendre sur : www.oxfam.org/fr

Oxfam America
26 West St., Boston, MA 02111-1206, USA
Tél. : +1.617.482.1211
Courriel : info@oxfamamerica.org
www.oxfamamerica.org

Oxfam Australia
156 George St., Fitzroy, Victoria 3065, Australia
Tél. : +61.3.9289.9444
Courriel : enquire@oxfam.org.au
www.oxfam.org.au

Oxfam-in-Belgium
Rue des Quatre Vents 60, 1080 Bruxelles, Belgium
Tél. : +32.2.501.6700
Courriel : oxfamsol@oxfamsol.be
www.oxfamsol.be

Oxfam Canada
250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canada
Tél. : +1.613.237.5236
Courriel : info@oxfam.ca
www.oxfam.ca

Oxfam France - Agir ici
104 rue Oberkampf, 75011 Paris, France
Tél. : + 33.1.56.98.24.40
Courriel : info@oxfamfrance.org
www.oxfamfrance.org

Oxfam Germany
Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Germany
Tél. : +49.30.428.50621
Courriel : info@oxfam.de
www.oxfam.de

Oxfam Great Britain
Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK
Tél. : +44.(0)1865.473727
Courriel : enquiries@oxfam.org.uk
www.oxfam.org.uk

Oxfam Hong Kong
17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong
Tél. : +852.2520.2525
Courriel : info@oxfam.org.hk
www.oxfam.org.hk

Intermón Oxfam (Spain)
Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, Spain
Tél. : +34.902.330.331
Courriel : info@intermonoxfam.org
www.intermonoxfam.org

Oxfam Ireland
Dublin Office, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Ireland
Tél. : +353.1.672.7662
Belfast Office, 115 North St, Belfast BT1 1ND, UK
Tél. : +44.28.9023.0220
Courriel : communications@oxfamireland.org
www.oxfamireland.org

Oxfam New Zealand
PO Box 68357, Auckland 1032, New Zealand
Tél. : +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666)
Courriel : oxfam@oxfam.org.nz
www.oxfam.org.nz

Oxfam Novib (Netherlands)
Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, The Hague, The Netherlands
Tél. : +31.70.342.1621
Courriel : info@oxfamnovib.nl
www.oxfamnovib.nl

Oxfam Québec
2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Québec, H3J 2Y2, Canada
Tél. : +1.514.937.1614
Courriel : info@oxfam.qc.ca
www.oxfam.qc.ca

Secrétariat d'Oxfam International :
Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL, UK
Tél. : +44(0)1865.339100.
Courriel : information@oxfaminternational.org
Site web : www.oxfam.org

Bureaux de plaidoyer d'Oxfam International :
Courriel : advocacy@oxfaminternational.org

Washington :
1112 16th St., NW, Ste. 600, Washington, DC 20036, USA, Tél. : +1.202.496.1170.

Bruxelles :
22 rue de Commerce, 1000 Brussels, Belgium, Tél. : +322.502.0391.

Genève :
15 rue des Savoises, 1205 Geneva, Switzerland, Tél. : +41.22.321.2371.

New York :
355 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10017, USA, Tél. : +1.212.687.2091.

Organisations liées à Oxfam :
Les organisations suivantes sont liées à Oxfam International :

Oxfam Japon
Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokyo 110-0015, Japan
Tél. : + 81.3.3834.1556.

Courriel : info@oxfam.jp
Site web : www.oxfam.jp

Oxfam India B55, First Floor,
Shivalik, New Delhi, 1100-17, India
Tél. : + 91.11.26693 763.
Courriel : info@oxfamint.org.in
Site web : www.oxfamint.org.in

Membre observateur d'Oxfam :
L'organisation suivante a actuellement un statut de membre observateur auprès d'Oxfam International et travaille à l'obtention d'une possible affiliation complète :

Fundación Rostros y Voces (México)
Alabama No. 105 (esquina con Missouri), Col. Nápoles, C.P. 03810 México, D.F.
Tél./Fax : + 52.55.687.3002.
Courriel : correos@rostrosyvoces.org
Site web : www.rostrosyvoces.org



Dans l'intérêt du public

santé, éducation, eau et assainissement pour tous

Ce rapport montre qu'établir des services publics solides dans les pays en développement est au cœur de la lutte contre la pauvreté. Cela pourrait transformer la vie de millions de personnes. Avec une volonté politique réaffirmée, cet objectif est tout à fait à la portée de notre génération.

Les gouvernements doivent assumer leur responsabilité en fournissant des services essentiels suffisamment dotés en personnel et accessibles pour tous y compris pour les populations les plus pauvres. Les organisations de la société civile et les compagnies privées peuvent apporter des contributions importantes à condition d'être bien intégrées dans le cadre de systèmes publics forts. Les donateurs internationaux sont des partenaires cruciaux, mais qui trop souvent freinent les avancées en refusant d'octroyer des remises de dettes ou de l'aide de manière prévisible et sous une forme qui permette de soutenir les systèmes publics. Les pays donateurs doivent également cesser de favoriser l'intervention du secteur privé dans la fourniture des services essentiels, cette approche n'étant pas favorable aux personnes les plus pauvres.

© **Oxfam International 2006**

www.oxfam.org

ISBN 978-0-85598-589-9



9 780855 985899 >

Oxfam International est une confédération de treize organisations actives dans 120 pays du monde en développement : Oxfam America, Oxfam-in-Belgium, Oxfam Canada, Oxfam France - Agir Ici, Oxfam Community Aid Abroad (Australia), Oxfam GB, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam (Spain), Oxfam Ireland, Novib Oxfam Netherlands, Oxfam New Zealand, Oxfam Quebec, and Oxfam Germany



WaterAid

WaterAid – L'eau c'est la vie

WaterAid est la seule grande organisation caritative britannique dont l'objectif est d'approvisionner en eau potable et en assainissement les populations les plus défavorisées à travers le monde tout en menant une politique de promotion de l'hygiène
Numéro d'immatriculation UK: 288701