

# Du personnel et des salaires

Le financement des travailleurs qualifiés nécessaire pour fournir des services éducatifs et de santé pour tous

Des millions de personnes meurent, sont malades ou ne vont pas à l'école en raison du manque de professeurs, d'infirmières et de médecins dans les pays pauvres. Depuis 2000, certains gouvernements de pays pauvres ont doublé leurs dépenses en matière de santé et d'éducation mais n'ont toujours pas les moyens de payer ces travailleurs, c'est pour ça que l'aide doit combler les trous. Mais l'aide actuelle ne touche pas les pauvres - pour chaque dollar donné, seuls 8 cents vont dans des plans gouvernementaux qui incluent la formation et les salaires des professeurs et des travailleurs de la santé. Deux millions de professeurs et 4,25 millions de travailleurs de la santé doivent être recrutés si l'on veut que la santé et l'éducation pour tous devienne réalité. Les donateurs doivent modifier la manière dont ils octroient l'argent, en prenant des engagements à long terme et en soutenant des plans nationaux.

## Résumé

Ce rapport est le premier d'une série de trois documents qui examinent le financement des services dans les pays en développement. Il se concentre sur l'assistance extérieure sous forme d'aide et d'annulation de la dette. Les autres documents de la série se concentreront sur les recettes internes ; d'abord, les recettes d'imposition puis celles provenant des industries extractives.

Sans santé ni éducation, les femmes et les hommes pauvres sont privés de toute occasion et capacité d'échapper à la pauvreté. La santé et l'éducation constituent des droits fondamentaux auxquels tous les citoyens ont droit. Mais après des décennies de sous-financement et de réformes mal conçues, ces droits demeurent un rêve éloigné pour des millions de personnes au XXI<sup>e</sup> siècle. Aujourd'hui, 80 millions d'enfants ne vont pas à l'école. 1400 femmes mourront suite à leur grossesse ou à leur accouchement, sans aucun accès à des soins professionnels. Ce sont principalement les femmes et les filles, les pauvres issus des zones rurales, les personnes handicapées et les communautés indigènes qui sont privés d'accès aux services et de la possibilité d'y trouver un emploi. Lorsque les services de santé ne se montrent pas à la hauteur, ce sont également les femmes et les filles qui portent le fardeau de leurs parents malades.

Les systèmes de santé et d'éducation sont constitués de personnes. Ils ne peuvent pas uniquement fonctionner grâce à la technologie. Même là où il n'y a aucune salle de classe, un professeur peut encore enseigner à des enfants. Mais là où il n'y a aucun professeur, les salles de classe, quel que soit leur nombre, ne permettront pas aux enfants de recevoir une éducation. Deux millions de professeurs d'école primaire qualifiés sont nécessaires cette année - et deux millions de plus chaque année jusqu'en 2015.

Aujourd'hui, plus de quatre millions de professionnels de la santé et d'auxiliaires sont nécessaires, dont un quart en Afrique. Si les choses continuent comme maintenant, ces lacunes ne seront pas comblées. Entretemps, une poignée de travailleurs luttent héroïquement pour faire leur travail avec des salaires de misère et dans des conditions effroyables. Une enseignante d'école publique au Cameroun a résumé la situation lors d'un entretien avec un employé d'Oxfam en avril 2006 : « Devenir professeur, a-elle dit, c'est comme signer un contrat avec la pauvreté ».

Dans le passé, seuls des investissements publics ont permis de recruter massivement des professeurs et du personnel sanitaire, que ce soit dans des pays industrialisés que dans des pays en développement. Même des pays à bas revenus ont pu améliorer de manière spectaculaire la formation et le recrutement, et atteindre des résultats tout aussi impressionnants aux niveaux de la santé et de l'éducation. Assurer le droit à la santé et à l'éducation par le biais de ces investissements massifs relève de la responsabilité complète des gouvernements. Mais dans les pays en développement, l'aide internationale est nécessaire pour compléter les revenus nationaux scandaleusement bas.

Un certain soutien correct est apporté sous la forme d'annulation de la dette et de financement des budgets des gouvernements nationaux ou des secteurs de la santé et de l'éducation. Les pays ayant bénéficié d'annulations de dette accordées aux pays pauvres très endettés (PPTÉ) ont plus que doublé leurs dépenses en matière de projets de réduction de la pauvreté entre 1999 et 2005. Mais trop peu d'aide soutient les plans nationaux de santé et d'éducation de cette manière. Pour chaque dollar d'aide, seuls 8 cents aident les gouvernements à payer les personnes qui effectuent le travail nécessaire. Et l'aide est à trop court terme pour permettre aux gouvernements de faire des plans d'investissement raisonnables, en apprenant à leurs ouvriers que l'argent de l'aide sera disponible pour payer leurs salaires une fois qu'ils seront qualifiés.

Les donateurs devraient augmenter leur soutien budgétaire de 25 pourcent au niveau de l'aide bilatérale. Ils devraient augmenter le financement de base des secteurs de la santé et de l'éducation dans les pays où le soutien budgétaire est inadéquat. Ils devraient prendre des engagements de six ans au moins et prendre des mesures pour minimiser les risques liés à l'aide budgétaire. Des annulations complètes de la dette sont plus que jamais nécessaires dans 20 pays pour lesquels ce fardeau est tel qu'ils n'ont aucun espoir d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement.

Au cours de la dernière décennie, les gouvernements des pays pauvres ont accompli d'énormes progrès, en augmentant les investissements dans la santé et l'éducation et embauchant des milliers de travailleurs supplémentaires. Mais ils ont également fait à leurs citoyens des promesses qu'ils n'ont pas tenues. Ils doivent viser à l'attribution d'au moins 20 pourcent de leurs budgets nationaux aux dépenses d'éducation et au moins 15 pourcent aux dépenses de santé. Il est plus que jamais nécessaire de garantir une représentation et un contrôle citoyen sur les services publics ainsi que leur participation aux processus de planification et d'élaboration des budgets au niveau local et national.

La difficulté d'évaluer les progrès réalisés par les donateurs et les gouvernements est aggravée par le manque d'informations claires. L'Organisation mondiale de la santé a fait des progrès importants dans l'analyse du coût approximatif du recrutement et du maintien du personnel sanitaire. L'UNESCO devrait maintenant accomplir la même analyse pour la profession d'enseignant afin d'éviter doutes et excuses.

Ces décisions demandent courage et engagement et ne peuvent pas être retardées. Des millions des vies sont brisées et même éteintes par cette effroyable pauvreté. Les dirigeants du monde ont promis un changement radical dans la manière dont l'aide est utilisée, mais jusqu'ici leurs actions sont loin d'avoir atteint le niveau de leurs promesses.

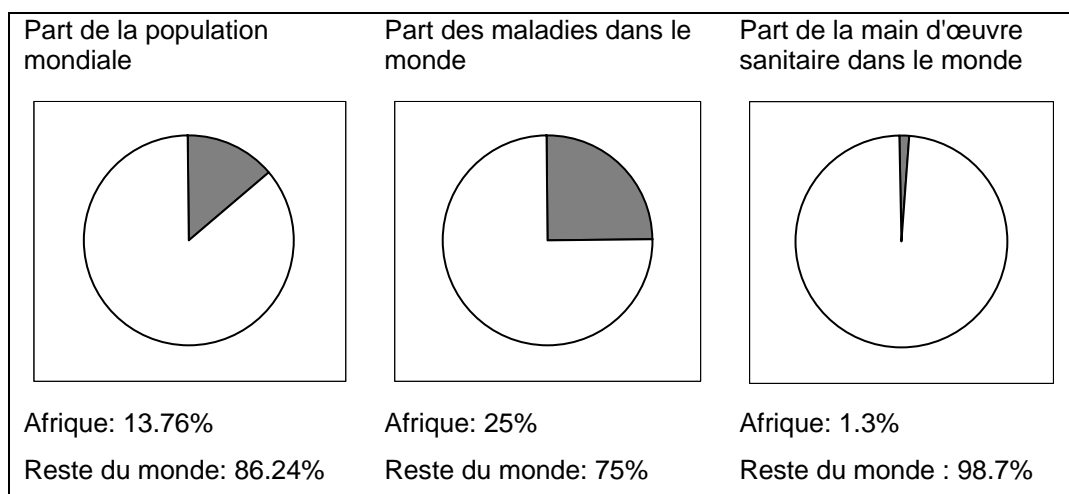
# 1 Pas de résultats sans travailleurs : il en manque des millions

Les systèmes éducatifs et de santé sont faits d'hommes et de femmes. Dans les pays pauvres, des millions d'enseignants et de professionnels de la santé travaillent inlassablement pour une récompense minimale. Aujourd'hui, dans les pays pauvres à travers le monde, deux millions de professeurs et plus de quatre millions de travailleurs de la santé ne sont simplement pas en place et peu de plans ont été mis en œuvre pour les former et recruter. Ces manques de personnel affectent les populations pauvres de manière disproportionnée, en particulier celles des zones rurales des pays à bas et moyens revenus. Après des décennies de sous-investissements, elles sont privées de leurs droits à la santé et à l'éducation. Ce sont les femmes et les filles qui font face aux plus grands obstacles pour accéder aux services et à un emploi valable dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

Chaque jour, 1400 femmes meurent des suites de leur grossesse ou de leur accouchement. Quelques pays ont réduit radicalement les taux de mortalité maternelle et infantile en assurant l'accès universel à des professionnels de la santé compétents. Au Sri Lanka, 96 pourcent des mères ont maintenant accès à des sages-femmes et leurs chances de survivre aux complications liées à l'accouchement ont plus que doublé depuis 1990.<sup>1</sup>

Dans son « Rapport mondial sur la santé » 2006, l'Organisation mondiale de la santé évalue à 4,25 millions le nombre de médecins, d'infirmières, et d'auxiliaires de soins manquant dans 57 pays. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée, avec aujourd'hui seulement 600.000 travailleurs de la santé (voir le schéma 1). Un million de travailleurs supplémentaires sont nécessaires. La Tanzanie forme actuellement environ 640 médecins, infirmières, et sages-femmes chaque année. Pour atteindre les niveaux de personnel recommandés par l'OMS dans dix ans, elle en aurait besoin de 3500 chaque année, en supposant qu'il n'y ait aucune usure due aux retraites, aux décès ou à la migration.

**Schéma 1: Déséquilibre mondial dans les pénuries de travailleurs de la santé : La part de l'Afrique**



Source: Commission pour l'Afrique (2005) « Our Common Interest », p. 193

Le principal obstacle à la formation et au recrutement de professionnels de la santé est le manque de financement pour des systèmes publics forts. De manière générale, la Commission Macroéconomie et Santé 2001 de l'OMS a proposé une dépense de 34 dollars par habitant - comparés aux niveaux actuels qui oscillent entre 13 et 21 dollars - pour les systèmes de santé en vue de fournir des services de santé de base et universels,

Ces 34 dollars incluraient les coûts de formation et de recrutement pour que le personnel de la santé fournisse des services de maternité et périnataux de base et qu'il s'occupe des principales maladies contagieuses : un programme vraiment minimum. Comme on le montrera ci-dessous, ceux qui, comme Oxfam, préconisent un programme plus ambitieux basé sur les droits des citoyens à la santé et au bien-être prévoient un coût plus élevé.

Les services éducatifs sont touchés de manière identique. Chaque jour, 80 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire n'y ont pas accès.<sup>2</sup> La plupart d'entre eux sont des filles. L'Objectif du millénaire pour le développement visant à corriger le déséquilibre de genre dans les écoles primaires pour 2005 n'a pas été atteint, bien que des progrès importants en terme d'éducation primaire universelle aient été réalisés ces dernières années. Pourtant, une seule année d'instruction supplémentaire permet d'augmenter le salaire d'une femme de 10 à 20 pourcent ; un enfant né

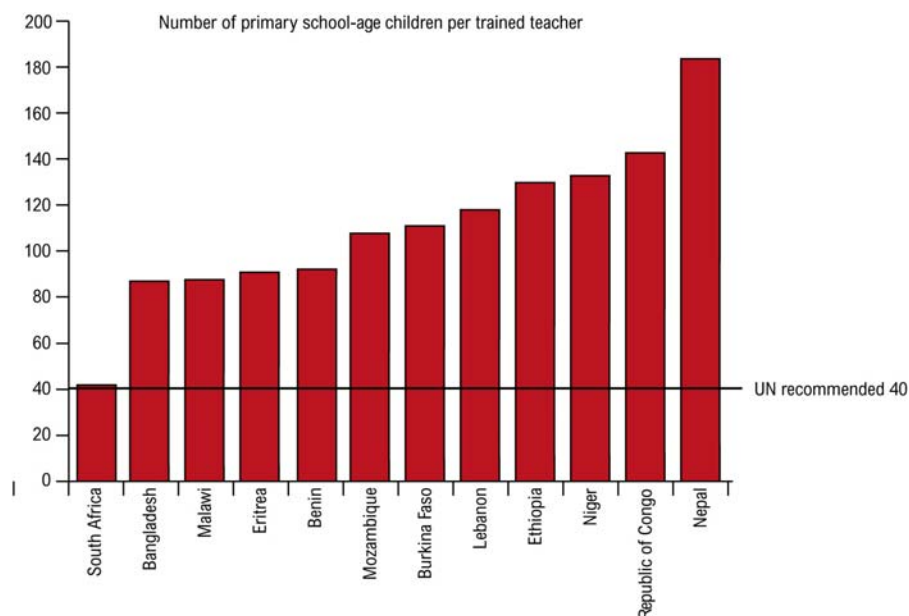
d'une mère instruite a 50 pourcent de chances en plus de survivre au delà de l'âge de cinq ans ; et sept millions de cas de VIH / SIDA pourraient être évités au cours des dix prochaines années si chaque enfant recevait une éducation.<sup>3</sup> L'éducation primaire n'est pas un cadeau réservé à un petit nombre de privilégiés. C'est un droit fondamental qui est explicitement garanti par les gouvernements du monde entier. Mais les gouvernements échouent à faire de ce droit une réalité et l'avenir n'est pas rose pour des millions de personnes pauvres qui manquent l'école aujourd'hui et pour ceux qui risquent de tomber dans la pauvreté en raison de leur manque d'instruction. Le manque d'éducation portera encore davantage préjudice à la croissance économique et celle de la bonne gouvernance ainsi qu'à la sécurité des relations internationales.

Selon ses propres calculs, Oxfam estime qu'il manque aujourd'hui 1,9 million de professeurs d'école primaire dans le monde - le nombre requis pour s'assurer que chaque enfant scolarisable puisse avoir un professeur qualifié dans une classe qui ne dépasse pas les 40 enfants, le maximum recommandé par des institutions telles que la Banque mondiale et l'UNESCO. Le schéma 2 montre que, dans certaines régions d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud, il n'y a qu'entre un tiers et un quart du nombre de professeurs requis bénéficiant de qualifications correctes.

Afin d'atteindre l'objectif de l'UNESCO, l'Afrique subsaharienne devra augmenter son nombre actuel de 2,4 millions d'enseignants de 68 pourcent dans les dix années à venir. Et nombreux sont les enseignants mal formés. Au Congo, 43 pourcent des enseignants ne répondent pas aux normes de qualité minimales d'enseignement.<sup>4</sup>

L'UNESCO estime que 18 millions d'instituteurs qualifiés supplémentaires seront nécessaires d'ici 2015, en tenant compte de l'usure et de la croissance de population. Pour des millions d'enfants, le manque de professeurs est synonyme d'éducation de mauvaise qualité dans des classes surpeuplées, voire parfois d'absence d'éducation tout court.

## Schéma 2 : Nombre d'enfants en âge de scolarité primaire par professeur qualifié



Source : Oxfam (2006) « Dans l'intérêt public: Santé, éducation, eau et hygiène pour tous », Oxford : Oxfam International

Les manques absolus dus au sous-investissement sont aggravés par un certain nombre de facteurs :

- *Migrations.* Les travailleurs qualifiés préfèrent travailler dans des zones urbaines, ce qui engendre des manques encore plus grands dans les zones rurales. De ces zones urbaines, les travailleurs disposant de compétences utilisables au niveau international émigrent en grand nombre. Le coût direct pour l'Afrique des migrations de travailleurs de la santé est de 500 millions de dollars par an, car ceux qui quittent leur pays d'origine ont été formés aux frais des dépenses publiques.<sup>5</sup> Les coûts indirects, tels que le fardeau croissant des maladies, sont bien plus importants encore.
- *Systèmes fragmentés.* Une recherche récente menée en Ethiopie a montré que les experts médicaux spécialisés peuvent gagner trois fois plus d'argent en travaillant pour une agence américaine que s'ils travaillaient pour le Ministère de la Santé.<sup>6</sup> Particulièrement dans le secteur de la santé, les systèmes publics perdent leur personnel au profit des prestataires privés et des programmes financés par des

donateurs et spécialisés dans le traitement de certaines maladies. Bien que ces employés effectuent également un travail sanitaire, ils ne sont pas intégrés dans les systèmes universels et équitables qui couvrent tous les citoyens dans un pays donné. Les incitants sont principalement, mais pas exclusivement, financiers.

- *Les déséquilibres de genre.* Les femmes sont confrontées à des défis particuliers pour accéder à des emplois comme professeurs et travailleuses de la santé. Déjà confrontées à des discriminations à l'âge de l'école, elles ont moins de chance d'obtenir les qualifications nécessaires pour accéder à des postes importants dans les services publics. Une fois employées dans des postes peu qualifiés, dans les hôpitaux par exemple, l'environnement de travail expose les femmes à des risques supplémentaires de contracter le VIH dans des salles surpeuplées et sous-équipées. Les abus et les violences basées sur le genre constituent un problème particulier pour le personnel féminin dans les zones rurales, où le manque de transport et de logement sûr les expose à un plus grand risque.
- *Le VIH et le SIDA.* Les avancées récentes en matière de mise à disposition de traitements antirétroviraux (ARV) dans les pays à faible revenu ont renforcé l'espoir que les décès liés au SIDA parmi les travailleurs des services publics pourraient baisser. Tous les ans, 170.000 travailleurs de la santé sont infectés par le VIH suite à l'élimination peu sûre des aiguilles et d'autres déchets biomédicaux.<sup>7</sup> Entre 1999 et 2005, le Botswana a perdu 17 pourcent de sa main d'œuvre sanitaire à cause du VIH et du SIDA. Le taux de mortalité, bien qu'encore élevé, est sur le déclin. Le taux de mortalité des instituteurs au Botswana et en Zambie, où les enseignants reçoivent gratuitement des ARV, a atteint son plus haut niveau autour de 2001 - 2002 et a depuis lors sensiblement diminué.<sup>8</sup> Mais le SIDA et la tuberculose continuent d'affecter la santé et l'éducation de manière insidieuse. Les filles sont contraintes d'abandonner l'école pour prendre soin de leurs parents malades et assumer les responsabilités du ménage. Chargés d'un nombre élevé de patients, les services de santé sont poussés jusqu'au point de rupture. La démotivation du personnel augmente encore en raison du risque d'infection quand les fournitures de base tels que les gants et les boîtes de seringues stérilisées sont indisponibles.
- *L'éducation.* Ce document se concentre sur l'enseignement primaire. Mais sans enseignement secondaire et supérieur de bonne qualité, le

nombre de personnes qualifiées qui peuvent envisager une carrière professionnelle dans les secteurs de la santé ou de l'éducation restera insuffisant. Dans l'enseignement secondaire et supérieur, la proportion de filles par rapport aux garçons est encore inférieure à celle relevée dans l'éducation primaire. Cela signifie que peu de femmes ont l'occasion de poursuivre des carrières dans la santé et l'éducation, ce qui a un impact négatif sur l'accès des femmes aux mêmes services.

**Encadré 1: Quel impact les réformes du Fonds monétaire international ont-elles sur les ressources humaines dans les domaines de la santé et de l'éducation ?**

L'objectif du FMI dans les pays fortement dépendants de l'aide devrait être de réconcilier la stabilité macro-économique avec des objectifs économiques et sociaux plus larges, y compris les progrès en matière d'OMD. Cela signifie faire des recommandations sur les voies les plus appropriées relatives au déficit fiscal et à son financement. Le FMI n'en a pas encore fait assez pour explorer des options politiques alternatives pour créer un tel espace fiscal, bien qu'il s'agisse assurément de secteurs dans lesquels le FMI dispose d'une expertise et d'un mandat considérables.

Les plafonnements de la masse salariale sont une question différente et impliquent des restrictions des choix relatifs à la composition des dépenses qui dépassent le domaine d'expertise habituel du FMI et peuvent avoir des conséquences négatives fortuites pour la santé et l'éducation, là où les salaires représentent une grande part des dépenses. Même si le FMI essaye de protéger ces secteurs lors de l'application de tels plafonds – comme il l'indique dans ses rapports de programmes - il n'y a habituellement aucun moyen d'imposer une telle « protection ».

De plus, comme le suggèrent des études de cas du Mozambique et de la Zambie à publier par le Center for Global Development (CGD), de tels plafonds des salaires ne cadrent pas bien avec les mécanismes budgétaires qui sont conçus pour accorder la priorité à certaines catégories de dépenses gouvernementales comme celles en matière de santé et d'éducation. Il est impossible d'assurer un ajustement approprié entre les plafonnements de la masse salariale et de telles priorités sans faire une analyse complète de la façon dont les coûts de la main d'œuvre pour la santé et l'éducation évolueront à moyen terme. Cela dépasse l'expertise du FMI qui n'a même pas essayé de faire une telle analyse ; il n'est donc pas en mesure de dire quelle devrait être la proportion adéquate des dépenses gouvernementales en matière de salaires à moyen terme.

Bien entendu, toutes les dépenses des gouvernements ne sont pas bien utilisées et les pays doivent faire des choix difficiles quant aux priorités. Mais ces choix doivent être faits dans le cadre des processus politiques nationaux.

Le FMI affirme que les plafonnements de la masse salariale sont utilisés dans les cas où la masse globale des salaires représente une source de pressions macro-économiques sérieuses. Mais il est difficile de les concilier avec une situation où la plupart des pays africains ont en grande partie réussi à restaurer la stabilité macro-économique. Pourtant la moitié des programmes du FMI en Afrique promeuvent une certaine forme de plafonnement et un tel plafonnement n'a été relevé que dans un seul pays par le passé (le Mozambique).

L'étude de cas sur la Zambie à publier par le CDG indique que, bien que le plafonnement ait été justifié lors de son introduction en 2003 comme un dispositif à court terme destiné à compenser une panne dans les contrôles budgétaires des masses salariales, il a maintenant perdu toute son utilité.

David Goldsbrough, Center for Global Development, Washington DC, correspondance avec l'auteur, janvier 2007.

## 2 Des campagnes réussies de recrutement massif

L'expérience d'un certain nombre de pays prouve que les campagnes de recrutement massif sont possibles sur de courtes périodes de temps. Cette section présente trois exemples d'accroissement du personnel de soin de santé et trois exemples d'accroissement du nombre d'enseignants, avant de tirer des conclusions sur certaines approches communes.

### Recrutement de personnel de santé

#### **Pakistan: les *Lady Health Workers***

En 1994, le Pakistan a mis en place un programme visant à étendre les services de planning familial et de soins primaires. Aujourd'hui, 80.000 « Lady Health Workers » fournissent des services de santé de base et contrôlent les données de près de 70 pourcent de la population.<sup>9</sup>

Cela a permis d'étendre les services de santé publique et certains services de santé maternelle à des milliers de personnes dans les zones rurales qui autrement n'y auraient pas eu accès. La présence de personnel sanitaire féminin encourage davantage de femmes à recourir à ces services et l'impact sur la mortalité maternelle commence à se faire sentir.

L'approche s'est avérée rentable et a amélioré le flux d'information vers

les bureaux de planification de sorte qu'ils peuvent désormais savoir où et quels sont les besoins.

### **Thaïlande : recrutement en faveur des populations rurales**

En 1979, le gouvernement thaï a lancé un programme de développement de santé rural pour combattre la répartition inéquitable du personnel de santé à travers le pays.<sup>10</sup> En 1985, le nombre de médecins ruraux était passé de 300 à 1162 et la différence du ratio médecin-population entre la région la plus pauvre du nord-est et Bangkok, la capitale, a chuté de 21 en 1979 à 8,6 en 1986. L'expansion des hôpitaux urbains a été complètement stoppée entre 1982 et 1986. Un bon appui logistique, des logements et d'autres incitants ont ainsi permis de réaffecter la main d'œuvre. Dès lors, les visites de patients aux services de santé ruraux se sont presque entièrement déplacées des hôpitaux provinciaux urbains vers les centres de santé ruraux. Ce résultat étonnant a malheureusement été amoindri par des réformes visant à soutenir les investissements hospitaliers privés qui ont suivi. Cela a engendré un exode significatif des cerveaux du secteur public vers les hôpitaux privés des zones urbaines. La perte sèche en médecins pour le Ministère de la santé comparée aux nouveaux arrivants a augmenté de 8 pourcent en 1994 à 30 pourcent en 1997. La crise économique de 1997 a inversé cette tendance suite à la chute de la demande de services privés, le nombre de médecins dans les hôpitaux régionaux a ainsi augmenté de 1653 en 1997 à 2725 en 2001. Depuis 2000, la reprise économique a de nouveau inversé la tendance, encore une fois au profit du secteur urbain privé. Il s'agit là d'une illustration claire du rôle joué par les gouvernements lorsqu'ils s'attaquent à la répartition géographique du personnel de santé.

### **L'Iran: le développement d'un système complet de formation et de santé**

En 1985, l'Iran a mis en place un ministère national pour développer les ressources humaines et les faire correspondre aux besoins sanitaires et d'éducation à la santé de la population. Les travailleurs de la santé ruraux - les *behtarzes* - sont choisis parmi la population locale et formés sur place. Cependant, leur travail est intégré dans les systèmes d'orientation qui sont soutenus par les systèmes éducatifs intégrés. Résultat : l'accès a rapidement augmenté dans tous les secteurs, les

principaux indicateurs de santé se sont sensiblement améliorés et la dépendance par rapport aux travailleurs médicaux étrangers a entièrement disparu après que le nombre de médecins formés localement ait été multiplié par cinq.<sup>11</sup> Le système a réalisé la couverture vaccinale presque universelle et a permis de réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans de 70 à 33 (morts par 1000 habitants) en l'espace de quinze ans.

## Recrutement d'enseignants<sup>12</sup>

### **Brésil: la répartition des enseignants entre les zones pauvres et les zones riches**

En 1995, un amendement constitutionnel a été voté pour établir le « Fonds pour le développement de l'éducation fondamentale et la valorisation des enseignants » (FUNDEF).<sup>13</sup> Il avait pour but de réduire les inégalités au sein et entre les états en garantissant une dépense – à partir des revenus fédéraux - de minimum 315 réals (R\$) par enfant et par an<sup>14</sup>, partout où les états et les municipalités ne pouvaient atteindre eux-mêmes ce minimum. Soixante pourcent des ressources du FUNDEF sont affectées aux salaires des professeurs et peuvent être légitimement allouées à la formation et à la certification des professeurs qui ne remplissent pas la condition minimale de huit ans d'étude. Durant sa première année d'existence, le FUNDEF a redistribué 13,3 milliards de réals (R\$) aux états et aux municipalités les plus pauvres. Au niveau national, la moyenne des salaires des professeurs a augmenté de 13 pourcent (et de presque 50 pourcent dans les écoles municipales du Nord-est). Cela a également eu un impact important sur le taux d'inscription scolaire car, l'argent suivant les élèves, de très nombreux districts scolaires ont mis pour la première fois en place des systèmes de transport scolaire. Bien que le FUNDEF ait pratiquement résolu le problème de l'accès, d'énormes défis demeurent au niveau de la qualité de l'éducation, car le taux de redoublement est toujours honteusement élevé et les résultats aux examens centraux terriblement faibles.

### **Indonésie: éducation primaire universelle de qualité**

En 1973, l'Indonésie a lancé le premier programme présidentiel (INPRES) destiné à améliorer l'équité éducative dans ses îles éloignées. Partant d'un taux brut d'inscription dans les écoles primaires d'environ 60 pourcent, l'Indonésie a accordé la priorité à l'éducation de base et a lancé un des programmes de recrutement de professeurs et de construction

d'écoles les plus rapides du monde. Le gouvernement s'est concentré sur le maintien de la qualité en cherchant à former et recruter suffisamment d'enseignants pour atteindre le ratio d'un professeur pour 40 élèves recommandé par l'UNESCO. Des classes ont été construites pour atteindre le même taux. Entre 1973-74 et 1978-79, 61.807 écoles primaires ont été construites pour un coût de 500 millions de dollars (en dollars US de 1990), soit 1,5 pourcent du produit national brut de l'Indonésie (PNB) en 1973. En 1978, le gouvernement a également supprimé les frais d'inscription à l'école primaire. Aujourd'hui, en Indonésie, les taux nets d'inscription, tant pour les filles que pour les garçons, avoisinent les 100 pourcent.

### **Ouganda : engagement en faveur de l'enseignement primaire**

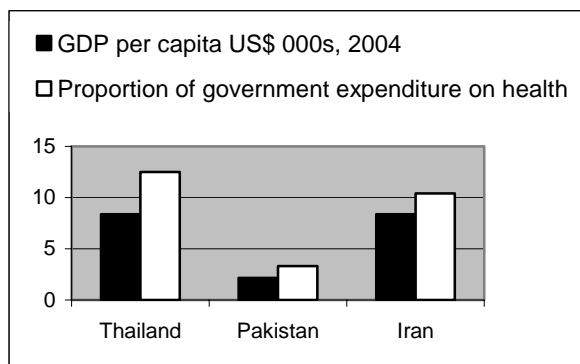
L'Ouganda a annoncé en 1997 une nouvelle politique d'éducation primaire universelle (EPU) et a mené une campagne pour promouvoir l'éducation des filles et des garçons. Pour atteindre l'EPU, le gouvernement a introduit l'éducation gratuite jusqu'à quatre enfants par ménage, les professeurs ont reçu une meilleure formation et leurs salaires ont été considérablement augmentés, passant de 8 à environ 72 dollars par mois. Le programme d'études a été modifié, par exemple pour mieux sensibiliser au sujet du VIH et du SIDA ; le monopole des manuels scolaires a été remplacé par une fourniture libéralisée et le gouvernement a affecté 3 pourcent du budget courant à l'achat de livres et des matériaux. Pour financer l'effort d'EPU, le gouvernement a fortement augmenté les budgets d'éducation, en augmentant la part de l'éducation dans le budget national de 22 à 31 pourcent en 1999 tout en réduisant le budget de la défense. Il a, de ce fait, démontré son engagement politique en faveur de la réalisation des objectifs d'éducation universelle. Le budget de l'éducation est passé de 1,6 à plus de 4 pourcent du PNB. Fin des années 90, une étude a montré que les inscriptions à l'école primaire avaient doublé. En 2000, le taux net d'inscription était passé de 54 à plus de 90 pourcent. Des défis demeurent pour améliorer la qualité et le nombre d'élèves par professeur mais il s'agit néanmoins d'un résultat majeur pour un pays à faible revenu qui émerge d'une guerre civile.

## Des approches communes

### Augmentation durable des dépenses gouvernementales

Dans ces six études de cas, tous les pays ont augmenté et maintenu leurs dépenses publiques pour la santé et l'éducation pendant une période de dix ans ou plus. Beaucoup l'ont fait dans des périodes de croissance économique soutenue, mais le cas de l'Ouganda prouve que la forte croissance économique ne constitue pas le seul facteur dans les décisions d'investissements publics dans ces secteurs. L'Ouganda investit 40 pourcent de ses dépenses gouvernementales dans la santé et l'éducation, une quantité importante de cet argent provenant des donateurs. Le gouvernement a également décidé que le renforcement des capacités des femmes était crucial – tant du point de vue des droits de l'homme que du point de vue du développement national. La Thaïlande, le Pakistan, et l'Iran ont tous pris la décision stratégique d'augmenter les dépenses de santé au delà du PIB par habitant (voir le schéma 3).

#### Schéma 3: Investir dans la santé



Source : WHO National Health Accounts. <http://www.who.int/nha/country/en/>

## Mélange des travailleurs, formation et performances

La plupart des augmentations massives réussies, en particulier dans le secteur de la santé, n'ont pas simplement consisté à recruter plus de travailleurs avec un seul et même profil. Les compétences et la formation ont été choisies pour correspondre aux besoins de la population. Les réformes qui sont négociées avec les syndicats existants ont tendance à être plus efficaces pour aligner étroitement les systèmes sur les besoins de la population, et les augmentations de salaires sont directement liées à l'augmentation des attentes de résultats.<sup>15</sup> Il est important que les femmes ne soient pas uniquement recrutées pour des travaux peu rémunérés qui requièrent moins de formation, comme c'est souvent le cas. Bien qu'avoir des femmes en première ligne améliore assurément l'utilisation des services par les femmes et les filles, des femmes sont également nécessaires dans des postes de direction – non seulement pour une question évidente de justice mais également pour que les intérêts des femmes et des filles soient relayés au niveau décisionnel. Il est également important que des travailleurs non professionnels ne soient pas vus comme une solution à long terme aux manques de main d'œuvre (voir l'encadré 2).

### **Encadré 2 : Des enseignants professionnels pour réaliser l'Education pour Tous (EPT)**

Perçue comme une solution peu coûteuse et permanente, la prolifération d'enseignants non-professionnels est alarmante et a un impact dévastateur sur la qualité et l'équité de l'éducation.

*“Building a Strategic Partnership on the Need for Quality Teachers to Achieve EFA”*, le rapport 2006 d'Education International et d'ActionAid International affirme que, dans des situations de croissance rapide, les gouvernements devraient d'abord introduire sur le marché du travail tous les professeurs qualifiés sans emploi ou les professeurs professionnels retraités – tout en cherchant à attirer tous les professeurs qualifiés qui sont employés à d'autres postes. Si des postes restent à combler, alors, en consultation avec les syndicats d'enseignants, des mesures d'urgences peuvent être prises pour créer, à titre provisoire, un nouveau cadre qui devrait recevoir la possibilité accélérée de se former pleinement dans un délai maximum de cinq ans. Des mesures d'urgence peuvent également être nécessaires dans des situations de conflit mais, dès le départ, des plans explicites de transition devraient être envisagés.

Source : Education International et ActionAid International (2006) *“The Parktonian Recommendations”*.

## **Réforme des institutions publiques pour améliorer la planification et la gestion**

Les opérations massives de recrutement réussies ont toujours été accompagnées d'efforts importants visant à réformer la planification, la formation, la gestion et les investissements dans les infrastructures. Dans de nombreux cas, des fournisseurs de services à but non lucratif comme des organisations non gouvernementales (ONG) et des groupes confessionnels ont été intégrés dans les systèmes publics, là où il est important qu'ils partagent l'engagement des Etats à fournir des services universels à tous, indépendamment de leur identité. Le niveau des salaires n'est pas la seule motivation pour laquelle des personnes postulent et restent dans des emplois à vocation sanitaire ou éducative. Les normes professionnelles et de gestion, l'environnement de travail et les occasions de poursuivre une carrière tout en apprenant sont tous des aspects importants qui, combinés, ont plus d'importance que les niveaux de salaire seuls.

### **Un thème commun : l'augmentation massive des financements publics**

Il n'y a aucun moyen d'échapper à la conclusion que ces trois approches se fondent toutes sur des augmentations massives des financements publics. C'est aussi vrai pour les pays développés qui fournissent une couverture de santé et d'éducation universelle que pour les pays en développement. Une « simple » augmentation du nombre de professeurs et de personnel sanitaire est nécessaire mais pas suffisante pour fournir des services pour tous. Il convient d'agir sur les trois composants.

## **3 Niveaux d'investissement actuels des gouvernements des pays en développement**

### **Devoir, volonté politique et manque de ressources**

Les pays à bas revenus ont autant le devoir de fournir des services éducatifs et de santé à leurs citoyens que les nations riches. Ils ont signé les mêmes déclarations sur les droits humains, et plus spécifiquement des objectifs tels que les Objectifs du millénaire pour le développement.

Le rapport « Dans l'Intérêt public » (Oxfam, 2006) souligne le devoir des gouvernements des pays pauvres de fournir des services universels de façon équitable – c'est-à-dire sur base des besoins et non de la solvabilité. Ceci signifie supprimer les droits d'inscription ; augmenter la fourniture de services publics aux populations marginalisées, y compris aux femmes, aux populations pauvres des zones rurales et aux minorités ethniques ; et s'assurer que les services offerts sont adaptés aux besoins et aux intérêts de ces groupes. Ces objectifs nécessitent le recrutement de millions de professeurs et de travailleurs de la santé supplémentaires. Selon les mots du représentant zambien au Fonds monétaire international (FMI), « si vous mettez de l'argent dans l'éducation mais que vous ne fournissez pas des professeurs, cela ne marchera pas ».16 Les gouvernements des pays pauvres ne remplissent toujours pas ce devoir et leurs grandes promesses ne se traduisent qu'en actes mineurs.

En 2002, par exemple, les chefs d'Etat de l'Union africaine se sont réunis à Abuja, au Nigéria, et se sont engagés à augmenter les investissements gouvernementaux en matière de santé, en tablant sur un objectif de 15 pourcent de l'ensemble du budget gouvernemental. Il s'agit évidemment là d'un objectif ambitieux puisque seuls sept des 74 pays qui manquent de main d'œuvre sanitaire investissent 15 pourcent ou plus de leurs budgets gouvernementaux dans la santé.<sup>17</sup> Cependant, si les 38 pays africains qui font face à une pénurie de travailleurs sanitaires respectaient leur promesse d'Abuja d'augmenter à 15 pourcent (du budget) les niveaux actuels d'investissements gouvernementaux dans la santé, 8 milliards de dollars supplémentaires seraient disponibles chaque année pour investir dans les systèmes de santé nationaux (tableau 1).

**Tableau 1: Les objectifs d'Abuja dans les pays africains faisant face à des pénuries de main d'œuvre sanitaire**

Travailleurs de santé manquants	Dépenses gouvernementales en matière de santé (en millions de \$)	Objectif d'Abuja (en millions de \$)	Montant supplémentaire disponible si l'objectif d'Abuja est atteint (en millions de \$)
1.073.360	5,929	13,828	7,898

Sources : Harvard Joint Learning Initiative, 2004; WHO National Health Accounts, données de 2004.

L'OMS estime qu'un pays moyen faisant face à une grave pénurie de main d'œuvre sanitaire devrait augmenter son niveau de dépense d'environ 1,60 dollar par habitant pour couvrir les coûts de formation de

nouveaux travailleurs sanitaires. Pour payer les salaires de cette main d'œuvre une fois sa formation terminée, une augmentation ultérieure de 8,30 dollars par habitant serait nécessaire. Ceci est basé sur les niveaux de salaire existants et implique des investissements supplémentaires d'au moins 7 milliards de dollars par an.

A eux seuls, les pays d'Afrique subsaharienne ne disposent tout simplement pas des ressources suffisantes pour former, recruter et payer le personnel sanitaire pour travailler dans des cliniques bien équipées et bien gérées. L'aide des donateurs est cruciale pour sortir du cadre actuel et augmenter les investissements en matière de santé.

C'est également vrai pour les instituteurs. Des estimations actuelles suggèrent qu'environ 10 milliards de dollars de financement extérieur sont nécessaires chaque année pour assurer que l'objectif que chaque enfant jouisse d'une éducation primaire de qualité d'ici 2015 soit atteint.<sup>18</sup>

L'analyse, effectuée par la Banque mondiale, des pays à faible revenu qui auront le plus de difficultés à atteindre cet objectif a suggéré un plafonnement de 67 pourcent des dépenses salariales récurrentes. Ceci n'inclut pas le coût de formation supplémentaire des professeurs manquants ni l'investissement dans les instituts de formation. Ainsi, on peut estimer qu'un minimum de 6,7 milliards de dollars est nécessaire. La Campagne mondiale pour l'Éducation recommande aux pays en développement d'allouer 20 pourcent de leurs budgets gouvernementaux à l'éducation et de chercher de l'aide extérieure pour parvenir à une situation équilibrée.

## Les évaluations des coûts salariaux et de formation sont encore trop basses

Les évaluations officielles actuelles du coût minimum de formation et des salaires des enseignants et du personnel sanitaire tournent autour des 13,7 milliards de dollars. Mais cette somme permettrait-elle réellement d'atteindre les résultats prévus ? Garantir le droit à la santé et à l'éducation est en réalité une tâche bien plus vaste.

Les niveaux de salaires existants s'avèrent insuffisants pour que les travailleurs restent dans le secteur de la santé. Ainsi, l'OMS admet que ses évaluations salariales pourraient facilement être doublées. Pour les 700 millions de personnes qui vivent dans des pays confrontés à des pénuries de main d'œuvre sanitaire, cela implique donc un investissement supplémentaire annuel de 13 milliards de dollars, au lieu

de 7 milliards.<sup>19</sup> Avec des milliers de travailleurs émigrant vers l'étranger pour trouver des emplois mieux rémunérés, il est clair que la question des salaires doit être résolue.

Les calculs supposent également que ces pays disposent déjà de la capacité nécessaire pour former ce personnel sanitaire supplémentaire, mais un simple coup d'œil suffit pour constater qu'il existe un autre fossé à ce niveau. L'Afrique ne dispose que de 4 pourcent des établissements de formation médicale au monde, 5 pourcent des écoles d'infirmières et d'obstétrique et 13 pourcent des instituts de formation en santé publique.<sup>20</sup> Bien que la capacité de ces établissements puisse varier considérablement à travers le monde, ces chiffres sont indicatifs des graves restrictions auxquelles l'Afrique fait face.

Les études de cas d'opérations de recrutement réussies présentées dans la section 2 montrent que des investissements sont également nécessaires dans les institutions publiques qui gèrent les services de santé et d'éducation. Sans institutions étatiques fortes, les employés sont moins motivés, mal et irrégulièrement payés, mal contrôlés et ont moins d'incitants à bien travailler. La plupart des réformes entreprises depuis les années 80 ont cherché à réduire le rôle de l'Etat. Mais le rapport d'Oxfam « *Dans l'intérêt public* » (2006) montre qu'en fait, le vrai défi est de faire de l'Etat un planificateur plus fort qui encourage véritablement les travailleurs.

Une analyse du coût global des mesures de recrutement massif des travailleurs dépasse le cadre de ce document. Oxfam croit qu'il est de la responsabilité des institutions internationales de mener des évaluations plus réalistes de ce défi, et ce de manière prioritaire. Mais sachant qu'au moins 13,7 milliards de dollars sont nécessaires, un fait est clair : même les pays en développement qui prennent leur devoir au sérieux ne disposent pas de fonds suffisants pour investir dans des opérations de recrutement massives. C'est pourquoi l'aide demeure essentielle – pour autant qu'elle soit du bon type.

## **4 Le bon type d'aide**

Les gouvernements ont besoin de revenus stables et prévisibles s'ils veulent planifier la formation, le recrutement et le maintien d'un grand nombre de nouveaux travailleurs. L'étude des réformes présentées dans

la section 2 comporte généralement trois principales décisions d'investissement :

- Un investissement accru dans les salaires des travailleurs, afin de stopper la migration et donner des incitants aux nouvelles recrues. Pour les postes ruraux, les incitants salariaux ont souvent été combinés avec d'autres incitants comme le logement, le transport et les prêts.
- Un investissement accru dans la formation et le recrutement de nouveaux travailleurs pour les populations sous-servies.
- Un investissement accru dans les institutions publiques pour améliorer la planification et la gestion des ressources humaines et pour augmenter la motivation des travailleurs.

Les ressources nationales des pays à faible revenu sont trop faibles pour réaliser ces investissements. Depuis 2000, les gouvernements des pays riches et pauvres se sont engagés à travailler de concert pour réaliser un certain nombre d'objectifs, appelés les Objectifs du millénaire pour le développement. Ceux-ci comprennent un cycle complet d'enseignement primaire pour tous les enfants d'ici 2015, la réduction des taux de mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH / SIDA, la malaria et d'autres maladies et la promotion de l'égalité des genres et du renforcement des capacités des femmes.

Tous ces objectifs nécessitent des investissements dans le recrutement de travailleurs de la santé et de professeurs et les donateurs ont promis de fournir l'aide financière aux pays dont les revenus nationaux sont insuffisants. Mais pourquoi l'aide aux pays pauvres n'a-t-elle pas déjà apporté de résultats ?

## Pourquoi l'aide n'a-t-elle pas transformé les services publics de base dans le passé ?

Tant les gouvernements des pays pauvres que ceux des pays donateurs sont à blâmer pour avoir gaspillé l'aide dans le passé. Dans le deuxième et troisième document de cette série, nous nous focaliserons sur les gouvernements des pays pauvres. Dans celui-ci, nous allons nous concentrer sur la qualité et les conditions de l'aide déterminées par les donateurs.

Dans les années 80 et au début des années 90, les programmes d'ajustement structurel ont entièrement miné les systèmes de services sociaux en ouvrant aux forces du marché mondial des institutions publiques fragiles, âgées à peine d'une ou deux décennies. Les gouvernements de pays pauvres ont été contraints de sabrer dans leurs dépenses sociales et de réduire le nombre de professeurs et de travailleurs de la santé employés dans les services publics.

Des institutions comme la Banque mondiale et le FMI ont essayé de réformer les systèmes de santé et d'éducation sans tenir compte des préoccupations des travailleurs ni leur fournir des incitants pour mieux travailler. Ces mêmes institutions se sont concentrées sur des « efficacités » étroitement définies sans préserver le droit des citoyens à des services universels et équitables. L'idée selon laquelle la santé et l'éducation sont des droits inaliénables a rapidement été remplacée par une autre selon laquelle il s'agit de produits comme les autres pour lesquels il faut payer. L'introduction des frais d'utilisation (honoraires médicaux et frais d'inscription scolaire) a été un véritable coup de massue pour les services de santé et d'éducation publiquement garantis, mais leurs effets dévastateurs sur les pauvres sont maintenant identifiés et la tendance commence lentement à s'inverser. Les donateurs bilatéraux ont été accusés d'utiliser l'aide non pas pour combattre la pauvreté mais pour servir leurs propres intérêts géopolitiques. L'aide n'a pas nécessairement été acheminée vers les pays les plus pauvres et l'aide consacrée à la santé, l'éducation, l'eau et l'hygiène était si faible que ce n'est qu'en 1995 que les donateurs se sont finalement engagés à allouer un minimum de 20 pourcent aux services sociaux de base.

Les projets des donateurs ont connu un tel foisonnement que les gouvernements des pays pauvres passaient plus de temps à traiter avec les donateurs qu'à développer les systèmes publics pour l'ensemble de la population.

Selon le Secrétaire d'Etat britannique en charge du développement international, « plus de quatre cinquièmes des 35.000 transactions d'aide qui ont lieu chaque année sont inférieurs à 1 million de dollars et demandent la production de 2400 rapports d'évaluation trimestriels. Au Vietnam, 11 agences différentes des Nations Unies ne représentent que 2% de l'aide. La plupart d'entre elles sont actives dans le domaine du VIH/SIDA (et sont donc en chasse pour la même manne d'argent des donateurs) et chaque agence a ses propres frais généraux. A Zanzibar, 20 agences différentes sont présentes alors que la population n'est que d'un million d'habitants ». <sup>21</sup> Les travailleurs publics sont attirés hors des systèmes publics dans ces projets fragmentés avec la promesse d'un meilleur salaire et d'une meilleure gestion.

Enfin, beaucoup trop d'argent est encore dépensé pour payer de coûteux consultants étrangers. Pas moins de 70 pourcent de l'aide pour l'éducation sont dépensés en assistance technique. <sup>22</sup> Une partie de celle-ci est clairement nécessaire et utile, mais dans certains pays, 100 jours de consultance coûtent autant que 100 professeurs pendant un an ou que le maintien de 5.000 enfants à l'école. <sup>23</sup> Une étude de l'aide technique au Mozambique a constaté que les pays riches dépensaient 350 millions de dollars par année pour 3500 conseillers techniques, alors que les 100.000 employés mozambicains du secteur public étaient payés un total de 74 millions de dollars. <sup>24</sup>

## **Moins de travailleurs et des salaires de misère**

Le recrutement de travailleurs n'est pas seulement au point mort, il a même fait marche arrière. Cette tendance a eu des conséquences particulièrement lourdes pour les femmes, pas seulement parce qu'elles ont perdu des emplois dans l'enseignement et les soins de santé, mais aussi parce que cette réduction des effectifs au sein des services sociaux ouverts au public a infligé aux femmes un fardeau de plus en plus lourd. Elles doivent en effet prendre soin des membres de leurs familles touchés par des maladies et certaines filles ont été privées d'enseignement pour assumer ces tâches supplémentaires. Parallèlement au déclin de la

proportion d'enseignants et de travailleurs dans les soins de santé par rapport à la population, on a constaté la même tendance pour les investissements dans les outils nécessaires à leur travail et les écoles et les cliniques manquaient de fournitures régulières. Les salaires sont tombés si bas que de nombreux travailleurs étaient payés au niveau du seuil de pauvreté reconnu, voire même en dessous. Les salaires des enseignants en proportion du PIB par habitant ont été réduits de moitié depuis 1970.<sup>25</sup> Les performances ont souffert, à juste titre, de ces circonstances, mais les solutions proposées par le consensus de Washington concernant les travailleurs publics contre-performants ont trop souvent ignoré les causes du problème pour ne se concentrer que sur ses effets.<sup>26</sup> Les travailleurs qui en avaient la possibilité se sont tournés vers le secteur privé et se sont rendus dans des villes où les opportunités d'emploi et de travail au noir étaient plus nombreuses. Cela a eu pour résultat d'enfoncer les systèmes publics dans le chaos – avec un personnel réduit au minimum qui tente de se décarcasser sous une pression immense en recevant un salaire inférieur au minimum vital, lorsqu'il en reçoit un (voir Encadré 3).

**Encadré 3 : Signer un contrat avec la pauvreté – le sort des enseignants en 2006**

Mr Boureima, instituteur dans une école primaire au Niger, fait état de ses inquiétudes au sujet des conditions de travail et des bas salaires :

« Pendant des mois, ma vie n'a plus été que tourment, angoisse et indécision et j'ai passé de nombreuses journées et nuits sans sommeil à ressasser des choses dans ma tête, encore et encore. Ma conscience m'a conseillé de continuer à donner cours, parce que les 67 garçons et filles de 7 et 8 ans semblaient considérer ma présence parmi eux comme salvatrice. Mais d'un autre côté, j'étais certain que la fortune ne me sourirait jamais et que je ne pourrais jamais améliorer mon niveau de vie ici, dans cet endroit reculé, coupé de tout. Au-delà de ce conflit mental et émotionnel, les conditions matérielles étaient difficiles : en particulier le manque de fournitures et de bancs d'école, les locaux inadéquats... Ici, « l'école » est la seule institution qui symbolise l'Etat. Cependant, l'Etat était complètement absent de la scène.

Un enseignant du service public camerounais a expliqué à Oxfam en avril 2006 : 'Devenir enseignant, c'est comme signer un contrat avec la pauvreté'

Source : Oxfam (2006) « Dans l'intérêt du public », Oxford : Oxfam International

Les travailleurs sont des personnes. Ils ont des familles à nourrir, des enfants à éduquer et des proches qui ont besoin de soins de santé. Ils doivent recevoir un salaire gratifiant. En Zambie, le Jesuit College for

Theological Reflection (Collège jésuite pour la réflexion théologique) a calculé en mai 2006 que le coût mensuel des besoins de base absolus pour qu'une famille de 6 membres survive était de 1,4 million de kwacha (410 dollars). Le salaire moyen d'un enseignant était de 660.000 kwacha (191 dollars) et le salaire moyen d'une infirmière était de 1,2 million de kwacha (351 dollars).<sup>27</sup> Les travailleurs ont un rôle fondamental à jouer quant au problème du développement futur de l'ensemble de la nation. Sans accès à des enseignants et des travailleurs de la santé de qualité, les populations pauvres deviennent encore plus pauvres. Ces travailleurs sont un pilier du développement. Ils doivent recevoir la formation, la dignité et le soutien nécessaires pour mener à bien leur travail. Les donateurs ont l'impératif moral d'utiliser leur aide pour y parvenir.

Au moins 13,7 milliards de dollars doivent être investis chaque année dans la formation et les salaires. Ce chiffre peut sembler décourageant au premier abord. C'est pourtant le même montant qui sera dépensé en téléchargement de musique mobile en 2007.<sup>28</sup> Il faut plus d'argent pour améliorer la capacité des institutions publiques d'administrer les finances et les populations, pour perfectionner la planification et pour renforcer l'aptitude de la société civile à demander des comptes au gouvernement. Avec des dépenses mondiales en matière d'aide qui dépassent maintenant les 100 milliards de dollars, cet objectif est pour la première fois à portée de main.

## Des signes prometteurs que l'aide commence à fonctionner

Des progrès significatifs ont été réalisés pour fournir un accès universel à l'éducation : 37 millions d'enfants supplémentaires ont été inscrits à l'école depuis 2000. Le nombre d'enseignants a lui aussi augmenté ; de façon spectaculaire dans certains cas. En l'espace de quatre ans, on a vu des augmentations de plus de 30% au Bénin, au Burkina Faso, au Burundi, en Ethiopie, en Guinée, en Guyane, à Madagascar, au Mali, au Mozambique et au Sénégal.<sup>29</sup> L'initiative de mise en oeuvre accélérée du programme Education pour tous (Initiative Fast Track) est un exemple d'un nouvel accord entre donateurs et bénéficiaires. Les gouvernements des pays pauvres promettent de dresser des plans réalistes sur le long terme pour le secteur de l'éducation et d'augmenter les investissements nationaux pour l'enseignement. Les donateurs promettent de collaborer pour financer ces plans gouvernementaux pour qu'«aucun des pays sérieusement engagés en faveur de l'éducation pour tous ne soit contrarié par un manque de ressources dans sa tentative d'atteindre de

but». <sup>30</sup> Dès lors, 30 pays en développement ont vu leurs plans être approuvés. La proportion des dépenses publiques pour l'éducation par rapport à l'ensemble des dépenses gouvernementales a augmenté dans 70 pays. <sup>31</sup> L'aide pour l'éducation a mis du temps à rattraper son retard mais les résultats encouragent davantage de donateurs à y participer. <sup>32</sup>

Un bilan consacré aux pays fortement dépendants de l'aide montre que des progrès énormes ont été réalisés depuis 2000 (Tableau 2). Le défi, pour les donateurs comme pour les gouvernements, est d'accroître ce progrès et de prendre des mesures courageuses pour s'assurer que les choses ne restent pas simplement comme elles sont.

**Tableau 2 : Investissement pour la santé et l'éducation dans les pays dépendants de l'aide**

<b>Malawi</b>	
<b>Gouvernement</b>	<b>Donateurs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dépenses gouvernementales pour l'éducation sont passées de 2,8 % du PIB à 5.0% entre 2000/01 et 2003/04.</li> <li>• Le pourcentage des dépenses pour l'éducation consacré à l'enseignement primaire est passé de 25% à 54% sur la même période.</li> <li>• Le secteur de l'Education a bénéficié des dépenses en faveur des pauvres (c-à-d qu'il est protégé des coupes budgétaires et que l'initiative d'allègement de la dette pour les PPTTE est davantage utilisée).</li> <li>• Les dépenses totales pour la santé ont augmenté, passant de 4,7 milliards de MK en 2000/01 à 8 milliards de MK en 2003/04, ce qui équivaut à un passage de 5,1% à 7,7% du PIB.</li> <li>• Les dépenses pour les soins de santé primaires sont passées de 24 à 34% entre 2000/01 et 2003/04, celles pour les soins de santé secondaires de 22 à 42% et celles pour les soins de santé tertiaires ont chuté, passant de 19 à 16% du total.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation significative des déboursements pour l'éducation – de 25,9 millions de dollars en 2000/01 à 35,4 millions de dollars en 2003/04.</li> <li>• Le pourcentage des dépenses de santé financées par l'extérieur est passé de 64% à 74% sur la même période.</li> </ul>

<b>Mozambique</b>	
<b>Gouvernement</b>	<b>Donateurs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dépenses totales pour l'éducation ont augmenté de 50% en termes réels, entre 1997 et 2001, ce qui équivaut à un passage de 3,9 à 5,8% du PIB.</li> <li>• Des données récentes ne sont pas disponibles mais 'il n'y a pas de doute que les 5 dernières années ont été caractérisées par une augmentation substantielle des dépenses pour l'éducation' (MoRHEP, p.7).</li> <li>• Allocation intersectorielle stable, l'enseignement primaire consomme 61% des dépenses courantes et 80% des dépenses en capital.</li> <li>• Les dépenses gouvernementales pour les soins de santé sont passées de 7,7 à 8,8% des dépenses publiques totales entre 1997 et 2001.</li> <li>• La part du gouvernement dans l'ensemble des dépenses pour la santé est de 46,4%, 51% provenant de sources extérieures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'appui budgétaire est passé de 30 millions de dollars en 2000 à 239 millions en 2005.</li> <li>• L'appui extérieur pour le secteur de la santé est estimé approximativement à 100 millions de dollars par an et devrait encore augmenter.</li> </ul>

<b>Tanzanie</b>	
<b>Gouvernement</b>	<b>Donateurs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dépenses totales pour l'éducation sont passées de 189,2 milliards de ShT en 2000/01 à 464,4 milliards de ShT en 2003/04.</li> <li>• Les dépenses récurrentes ont augmenté de 74 à 81% des dépenses totales sur la même période.</li> <li>• Le pourcentage de dépenses pour l'enseignement primaire est passé de 65 à 71%.</li> <li>• Les dépenses totales du secteur de la santé ont augmenté : elles étaient de 118 milliards de ShT en 2000/01, puis 201,1 de milliards de ShT en 2003/04, ce qui équivaut à un passage de 2,1 à 2,25% du PIB.</li> <li>• La part du gouvernement dans les dépenses totales pour la santé a augmenté, passant de 68 à 78% sur la même période.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement commun<sup>33</sup> comptant pour 50% du financement extérieur total en 2003/04</li> </ul>

<b>Ouganda</b>	
<b>Gouvernement</b>	<b>Donateurs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En prix constants (1998), les dépenses réelles pour l'éducation ont augmenté de 38% entre 1998/99 et 2003/04</li> <li>• Les dépenses pour l'éducation ont augmenté, passant de 30% à 32% de l'ensemble des dépenses discrétionnaires sur la même période</li> <li>• Les dépenses réelles pour l'éducation sont passées, sur la même période, de 66% à 68%</li> <li>• En prix constants (2003), les dépenses réelles pour la santé ont augmenté de 19% entre 2000/01 et 2003/04</li> <li>• La répartition des dépenses a considérablement changé à cause du passage à l'Appui Budgétaire Général (ABG) ; la part du gouvernement dans l'enveloppe budgétaire (y compris l'ABG) a augmenté (de 37% à 48%) sur la même période</li> <li>• Entre 1999/2000 et 2003/2004, la part du budget public de la santé allouée aux soins de santé primaire est passée de 33% à 54%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'appui budgétaire est passé de 66 millions de dollars en 1998 à 409 millions de dollars en 2005</li> </ul>

Source : Adapté du DFID (Ministère britannique du développement international – 2005) « Review of health and education progress in selected African countries (RHEP-SAC) Synthesis Report », Londres : Département Politique Africaine du DFID.

## **5 Annulation de la dette et aide aux travailleurs**

Les donateurs ont trois grandes possibilités pour soutenir la formation, le recrutement et le maintien des enseignants et des travailleurs de la santé : l'annulation de la dette, l'appui budgétaire sectoriel et l'appui budgétaire général.

### **Les annulations de dettes ont augmenté les dépenses intérieures touchant à l'éducation et à la santé**

Le Sommet du G8 de 2005 à Gleneagles a mené à un accord historique pour les pays pauvres très endettés lorsque les donateurs ont annulé cent pourcent de leurs dettes auprès du FMI, de la Banque mondiale et de la Banque africaine de développement. Cela a ouvert la place pour des

dépenses sociales plus importantes sur une base récurrente, en ce compris des milliers de nouveaux enseignants et travailleurs de la santé. Pour les 27 pays fortement endettés ayant satisfait aux conditions d'annulation, les paiements au titre du service de la dette sont passés de 3,5% du PIB en 1999 à 1,8 % en 2005. Avec un PIB combiné de 222,3 milliards de dollars en 2004,<sup>34</sup> cela représente approximativement 3,8 milliards de dollars désormais disponibles pour les budgets nationaux (voir Encadré 4).

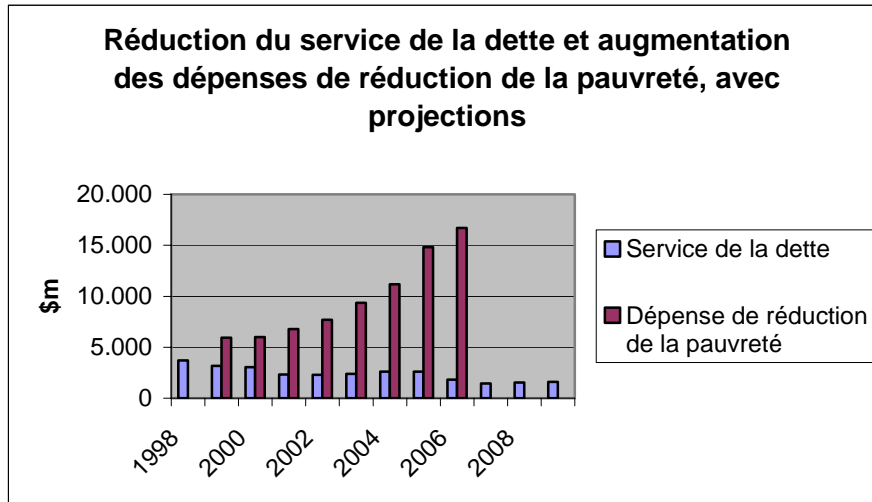
#### **Encadré 4 : Zambie –récolter les bienfaits des dettes annulées**

L'impact de l'annulation de la dette en Zambie réduira la dette du pays de 7 milliards à 500 millions de dollars, libérant ainsi des ressources essentielles pour réduire la pauvreté. Le budget 2006 de la Zambie a augmenté considérablement la part des dépenses pour la santé et l'éducation. Il a aussi supprimé les honoraires pour les soins de santé de base dans les zones rurales. Les dépenses supplémentaires pour l'éducation incluront des fonds pour l'embauche de plus de 4500 enseignants, la construction et la réhabilitation d'écoles dans les zones rurales et urbaines. Des fonds additionnels iront à des programmes de contrôle et de lutte contre le VIH et le SIDA, à des soins de santé communautaires et primaires, au recrutement de personnel médical et à l'achat d'équipement médical et de médicaments.

Source : Oxfam (2006) « Dans l'intérêt du public : santé, éducation, eau et hygiène pour tous », Oxford : Oxfam International

Le rapport de la Banque mondiale d'août 2006 sur les PPTE et l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) a montré que les pays qui bénéficient d'un allègement de la dette ont plus que doublé leurs dépenses destinées à des plans de réduction de la pauvreté entre 1999 et 2005 (Graphique 4). De plus, un rapport de la Banque mondiale datant de 2004 constate que « les dépenses pour la réduction de la pauvreté *ont augmenté bien plus rapidement* que les revenus totaux des gouvernements ». <sup>35</sup>

**Graphique 4: L'effet de la réduction du service de la dette sur les dépenses en faveur des populations pauvres**



Source : <http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/Resources/Table11A.pdf>

Les dépenses de réduction de la pauvreté incluent des dépenses pour la santé et l'éducation et, au sein de celles-ci, des dépenses récurrentes pour les salaires des travailleurs. Recruter les travailleurs indispensables prend du temps, mais pourtant, on sent déjà les résultats dans certains PPT. Des augmentations immédiates ont pu être constatées au Bénin, au Burkina Faso, à Madagascar, au Malawi, au Mozambique, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie. Le Nigeria, qui est sous un accord d'allègement de la dette différent, est également en train de former des milliers de nouveaux enseignants.<sup>36</sup>

Mais il y a encore des millions de personnes qui vivent dans la pauvreté et dont les gouvernements sont obligés de servir les intérêts des dettes contractées durant les trente dernières années. Oxfam est d'accord avec les calculs de la campagne du Jubilé, selon lesquels 60 pays doivent voir leurs dettes annulées s'ils veulent avoir une chance d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement. Et il y a encore bien plus de pays qui requièrent des annulations partielles et un certain nombre de nations qui supportent des dettes odieuses, telle celle contractée par l'Afrique du Sud sous l'ancien régime de l'Apartheid.

## Plus d'aide pour soutenir les budgets nationaux

Les donateurs ont essentiellement trouvé deux manières de soutenir les travailleurs salariés. Les approches sectorielles de la santé et de l'éducation font figures de précurseurs de ce type de contrats entre donateurs et gouvernements qui ont mené à l'initiative de mise en œuvre accélérée du programme Education pour Tous mentionnée ci-dessus. Les gouvernements s'engagent dans des projets à long terme et augmentent les investissements intérieurs. Les donateurs s'engagent à financer ces plans en partenariat avec les gouvernements et d'autres donateurs, ainsi qu'à fournir une assistance technique pour renforcer la capacité des institutions publiques à améliorer leur gestion. Mary Muduuli, Ministre Adjoint au Budget en Ouganda, explique que « les approches sectorielles ont été un expédient très utile pour améliorer la coordination entre le gouvernement et les donateurs, pour accroître la confiance des donateurs et leur soutien à la stratégie de dépenses du gouvernement et pour renforcer les capacités des ministères concernés ». <sup>37</sup>

Les approches sectorielles permettent aussi aux donateurs d'affecter l'argent de l'aide à certains secteurs, tels que la santé et l'éducation. C'est un mécanisme utile dans les cas où la corruption au sein du gouvernement ou le manque de transparence viennent à leur tour corrompre le débat national sur la part du budget devant être allouée aux dépenses sociales. Les approches sectorielles ont tendance à centraliser les décisions politiques au sein des ministères, offrant ainsi moins de latitude aux autorités locales dans leurs prises de décisions concernant les conditions locales. Dans certains pays dépourvus de débats au niveau national et local, il ne fait néanmoins aucun doute que les approches sectorielles peuvent améliorer la planification, le financement et l'offre de services publics et permettre à la population d'avoir un droit de regard sur les décisions politiques.

Il n'y a pas deux pays qui ont la même expérience des approches sectorielles, puisque celles-ci dépendent de négociations constantes entre gouvernements et donateurs, entre ministères sectoriels et trésoreries nationales et d'environnements et événements politiques très différents. Le Ghana, la Tanzanie, l'Ouganda, le Bangladesh en font l'expérience depuis de nombreuses années et ont évolué de façons très différentes avec de constantes négociations entre donateurs et ministères, et entre ces derniers et les trésoreries centrales. L'impact en matière d'augmentation du recrutement de travailleurs a surtout pu être constaté en Ouganda et en Tanzanie, tandis que le Ghana a expérimenté des

programmes d'incitation au développement rural afin d'attirer des travailleurs clés dans des zones reculées. Au Malawi, l'approche sectorielle de la santé a spécifiquement ciblé les salaires. Leur tentative consiste à fournir un salaire gratifiant, dans un pays où plus de 100 infirmières émigrent chaque année et où seulement 9 pourcent des établissements de santé possèdent le personnel adéquat pour fournir les services de santé minimum (Encadré 5).

**Encadré 5 : les donateurs financent les salaires pour retenir les travailleurs de la santé au Malawi**

En octobre 2004, le gouvernement du Malawi a lancé une importante approche sectorielle au niveau de la santé afin de revitaliser les services de santé du Malawi et de soutenir la livraison d'un programme minimum de soins. Le programme de travail de cette approche sectorielle a mis en commun au sein du budget du Ministère de la Santé les fonds offerts par les principaux donateurs au secteur (Royaume-Uni, Norvège et Banque mondiale). L'objectif était de couvrir pour une période de sept ans la distribution du programme minimum de soins, l'augmentation des ressources humaines, la consolidation des systèmes et l'orientation des patients.

Le coût total de cette approche sectorielle s'élève à 735,7 millions de dollars, 71 pourcent étant fournis par les donateurs externes. Le gouvernement du Malawi s'est engagé à augmenter la part des dépenses publiques pour la santé de 11,2% du budget 2002/2003 à 13,5% à la fin du programme en 2009/2010. 40 pourcent du montant de cette approche sectorielle sont consacrés au renforcement des ressources humaines, une grande part étant destinée à augmenter les salaires des travailleurs de la santé du Malawi.

Les médecins-chef ont bénéficié des augmentations de salaires les plus spectaculaires et le salaire mensuel brut pour un poste de niveau P4 est passé de 243 à 1600 dollars. Néanmoins, les salaires pour la plupart des grades ont plutôt augmenté de 40 à 60 pourcent. Le salaire mensuel brut pour les infirmières de niveau moyen est passé de 108 à 190 dollars.

Source : R. Record et A. Mohiddin (2006), "An economic perspective on Malawi's medical "brain drain", *Globalization and Health* 2(12).

## L'Appui budgétaire général

L'Appui budgétaire général (ABG) est « un financement d'aide au gouvernement qui n'est pas affecté à des projets ou à des objets de dépenses spécifiques. Il est déboursé par le propre système financier du gouvernement. Même si les fonds ne sont pas affectés, il font partie d'un *paquet* qui implique le dialogue et certaines conditions, une assistance technique, le renforcement des capacités et les efforts des donateurs pour harmoniser leur aide et l'aligner avec les stratégies et les procédures gouvernementales ». <sup>38</sup>

L'appui budgétaire constitue actuellement une infime part de l'aide totale. Le tableau 3 montre les déboursés pour l'appui budgétaire général faits par les donateurs de l'Organisation de coopération et de développement économique en 2004, lorsque cet appui s'élevait à 3% de l'aide totale.

L'UE, le Royaume-Uni et les Pays-Bas sont clairement les principaux partisans de l'appui budgétaire. L'UE en fut un des premiers défenseurs, entamant son engagement en 1995 et l'élaborant sous l'Accord de Partenariat de Cotonou de 2000. Le 9<sup>ème</sup> cycle actuellement en cours du Fonds Européen de Développement pour les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique avait démarré avec l'intention de dépenser 30% des 13,8 milliards d'euros d'aide totale sous la forme d'ABG. Le montant important relevé pour le Japon n'est en fait pas de l'appui budgétaire comme défini dans le présent document, mais plutôt d'un appui à la balance des paiements.<sup>39</sup> Le Japon a d'ailleurs l'intention d'entamer un nouveau modèle d'aide en avril 2007. Celui-ci tiendra compte de sa contribution sous la forme d'ABG ainsi que du soutien sectoriel et des paniers communs (il s'agit d'une contribution à des fonds mis en commun avec d'autres donateurs selon un système de gestion financière combinée) La Suède, la Norvège, l'Irlande et le Danemark augmentent régulièrement leur aide sous forme d'ABG. L'Allemagne, quant à elle, envisage, des augmentations significatives. Le Canada a d'ores et déjà fortement accru son ABG, celui-ci atteignant plus de 20% de son aide bilatérale en 2005/06. <sup>40</sup> L'Italie, les USA et l'Espagne ne sont toujours pas convaincus et seules de minces parties de leur aide sont octroyées en tant qu'appui budgétaire.

**Tableau 3 : Appui budgétaire général, en millions de dollars, 2004**

UE	650
Royaume-Uni	606
Pays-Bas	168
Japon	157
Suède	86
Norvège	83
France	55
Allemagne	55
Irlande	30
Danemark	29
Italie	23
Belgique	21
Etats-Unis	12
Nouvelle-Zélande	10
Canada	8
Australie	5
Portugal	5
Grèce	4
Espagne	0
<b>Total</b>	<b>2.009</b>

Source : base de données en ligne de l'OCDE DAC

En 2005, une évaluation rigoureuse de l'impact de l'ABG dans sept pays a été achevée. Cinq d'entre eux avaient reçu un appui budgétaire durant une période de cinq ans ou plus : le Burkina Faso, le Mozambique, le Rwanda, l'Ouganda et le Vietnam. Selon l'évaluation, l'effet premier de l'ABG était effectivement d'appuyer l'expansion des services publics de base en matière de santé et d'éducation, en soutien aux stratégies de réduction de la pauvreté. L'ABG a également eu tendance à améliorer dans son ensemble la qualité de l'aide dans chaque pays en réduisant les coûts de transaction et en augmentant la cohérence des flux d'aide. Les effets sur la pauvreté des revenus et la responsabilisation des populations pauvres sont encore un peu flous, mais l'évaluation constate 'dans tous les cas une capacité à tirer des leçons des expériences qui suggère que l'ABG pourrait devenir plus efficace encore et prendre au fil du temps une envergure plus large'.<sup>41</sup>

### **Les risques de l'appui budgétaire doivent être pris en compte**

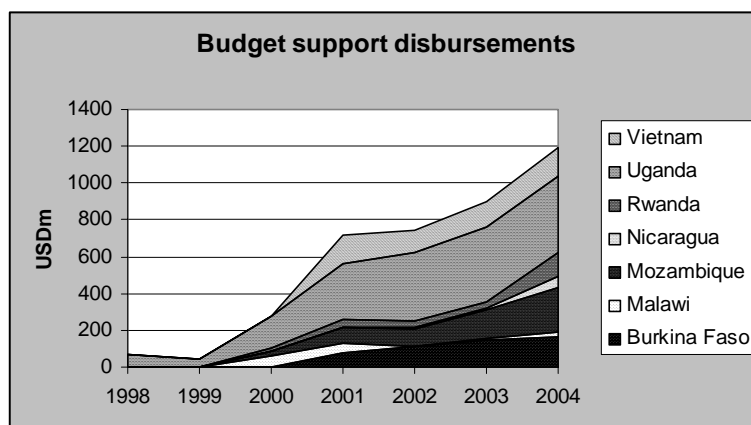
L'ABG reste un domaine relativement inexploré et les évaluations montrent qu'il donne des bons résultats en matière de dépenses sociales là où les donateurs et les gouvernements ont développé confiance mutuelle et transparence. Il fonctionne bien là où la société civile est capable de demander des comptes à son gouvernement et l'ABG constitue d'ailleurs un des facteurs contribuant à cette responsabilisation. Il s'avère efficace lorsque la gestion des finances publiques l'est également et est, une fois de plus, un facteur contribuant à cette meilleure gestion. Mais les évaluations font également état d'un certain nombre de risques qui doivent être pris en compte.

### **Les gouvernements ont besoin d'engagements à long terme**

La plus grande question pour les pays bénéficiaires est de savoir s'ils peuvent compter sur un maintien à long terme de l'ABG, car en sachant que l'argent sera disponible, ils auront la confiance nécessaire pour former et payer des travailleurs. L'appui budgétaire, dans sa forme commune, est essentiellement un autre accord à court terme entre donateurs et gouvernements et très peu d'accords de ce genre dépassent les trois ans. Certains donateurs, tels que le Royaume-Uni et la CE, commencent à étudier les possibilités d'allongement de leurs engagements en matière d'ABG. Des discussions au sein de l'UE sur les « Contrats OMD » ont suggéré que des engagements de six ans pouvaient être envisagés, avec des clauses claires définissant pourquoi, quand et comment cet appui serait suspendu.

A première vue, certains partenariats ABG actuels suggèrent qu'un engagement à long terme est d'ores et déjà présent, comme on peut le voir grâce à la lente augmentation de l'ABG<sup>42</sup> dans l'évaluation de l'OCDE (Graphique 5)

**Graphique 5 : Recettes d'appui budgétaire général dans les pays évalués**



Source : DID et Associés (2006) 'Evaluation of General Budget Support: Synthesis Report', Paris : Comité d'Aide au Développement de l'OCDE.<sup>43</sup>

Mais ces engagements ont été pris par défaut plutôt que délibérément. Il est clair que les pays pauvres doivent atteindre des critères minimaux d'admission pour obtenir des arrangements officiels à long terme. Ces critères peuvent porter sur l'existence d'une stratégie et de plans de développement bien définis, de politiques macro-économiques orientées vers la stabilité et d'un programme crédible d'amélioration de la gestion des finances publiques. Dans de telles conditions, des accords d'une durée de six ans devraient garantir un déboursement annuel minimum et les fonds restants devraient être octroyés en échange d'incitants à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement. Selon le seuil d'admission le plus bas de l'UE, 15 pays peuvent déjà prétendre à un accès à des contrats à long terme de cette manière.<sup>44</sup> Une fois entamés, ces contrats devraient être révisés durant la troisième année, en vue d'une extension délibérée du contrat original de six ans sous réserves de résultats constants.

Des contraintes constitutionnelles empêchent de nombreux gouvernements donateurs de s'engager dans une aide à long terme. En Allemagne, des modifications législatives sont nécessaires pour que ce pays s'engage sur une durée dépassant les deux ans. Il en va de même au Canada, où le Conseil du Trésor impose des restrictions supplémentaires pour les engagements dépassant les 20 millions de dollars canadiens, ce qui oblige l'Agence canadienne de développement international à limiter chacun de ses contrats à deux ans (mais malgré cela et même avec des

engagements de budgets limités, le Canada a augmenté son budget-programme, un type d'appui budgétaire sectoriel, qui comptait pour moins de 2 pourcent de l'aide bilatérale totale en 2001/02 et pour plus de 20 pourcent en 2005/06).

### **Les gouvernements ont besoin de flux d'aide prévisibles**

Les données pour le Malawi dans le Graphique 5 montrent que l'ABG a été entièrement retiré en 2002, le Malawi n'ayant pas réussi à atteindre les objectifs macro-économiques convenus. Le Canada et le Royaume-Uni ont suspendu leur appui budgétaire à la Somalie en 2006, le gouvernement ayant emprisonné des opposants politiques. L'aide pour les projets individuels a continué tout au long de ces périodes, mais elle ne servait absolument pas à former ou à payer des travailleurs. Des mesures visant à aborder les risques politiques et économiques inhérents à l'ABG sont en train d'être formulées, le plus récemment par la Commission européenne (CE), qui propose des augmentations supérieures à la tranche standard que les pays reçoivent pour inciter à la bonne gouvernance, par opposition à un retrait complet pour sanctionner la mauvaise gouvernance ou l'incapacité à remplir les conditions économiques. D'autres donateurs en Ouganda, au Burkina Faso, au Mozambique, en Zambie, au Malawi et en Tanzanie sont en train d'adopter la même approche.<sup>45</sup> Un autre mécanisme a été utilisé en Ouganda et a été reproduit dans de nombreux autres pays depuis lors. Selon l'accord du « Fonds de lutte contre la pauvreté » (Poverty Action Fund), les donateurs et le gouvernement ont convenu d'un ensemble minimum d'activités et de dépenses visant à réduire la pauvreté. Indépendamment des changements dans la part accordée par le gouvernement aux dépenses pour la santé et l'éducation, les donateurs se sont engagés à maintenir leur appui tant que ces dépenses minimales étaient réalisées. La même idée a été utilisée au Malawi, mais en s'assurant cette fois que les dépenses prioritaires de réduction de la pauvreté décidées par le gouvernement ne pourraient pas être réduites sans l'accord exprès de l'ensemble du parlement. Là où l'on ne fait pas confiance aux gouvernements, il existe souvent l'option d'un retour à un arrangement sectoriel.

### **Les déboursements doivent mieux être à la hauteur des engagements**

Les bureaucraties tortueuses des donateurs ou des donataires peuvent empêcher des déboursements en temps utile. Selon le Partenariat Stratégique pour l'Afrique, 81 pourcent des engagements pour un ABG

en 2003 envers des nations africaines ont été déboursés l'année-même, 10% supplémentaires l'ayant été en 2004. « Malgré tout, de larges différences ont été observées entre certains pays : 25% des ressources ayant été déboursées à temps au Sénégal contre 100% en Ethiopie et au Niger ». <sup>46</sup> Une enquête sur les retards de déboursements de la Commission européenne en 2005 a montré que 40 pourcent d'entre eux étaient dus à des embouteillages dans les processus administratifs de l'UE et 25 pourcent à des problèmes administratifs dans les pays bénéficiaires, les 35 pourcent restants étant dus à l'échec des pays bénéficiaires à satisfaire aux conditions. <sup>47</sup> Oxfam propose un nouveau mécanisme d'assurance pour transférer ce risque des pays bénéficiaires vers les pays donateurs. Il est inacceptable que les premiers doivent subir de tels retards attribuables aux errements des administrations des seconds. Les pays donateurs devraient s'assurer sur leurs engagements d'aide pour que les fonds continuent à être déboursés dans ces circonstances.

### **Des recherches supplémentaires sont nécessaires quant à l'impact de l'ABG sur les femmes et les groupes marginalisés**

La plupart des évaluations –y compris celle de l'OCDE citée ci-dessus – ne se sont pas concentrées sur les implications de l'ABG sur l'égalité des femmes et les relations entre genres. Des développements globaux en matière de financement ne triomphent pas nécessairement de l'accès inégal et du statut des groupes marginalisés –en ce compris les femmes. En règle générale, les gouvernements n'ont pas respecté leurs engagements en matière d'approche intégrée de l'égalité hommes-femmes et de développement des capacités des femmes, engagements qui avaient été pris il y a 12 ans lors de la conférence de l'ONU sur les femmes à Pékin. <sup>48</sup> Le fait que les services de santé et d'éducation atteignent ceux qui en ont besoin dépend de la volonté des planificateurs d'intégrer ces engagements dans leurs politiques et pratiques. De nouvelles procédures devraient assurer que le travail consacré à l'égalité des genres soit entièrement intégré dans les politiques et les stratégies nationales – un résultat qui a pu être constaté lors des réformes sectorielles de l'éducation en Ouganda. Les évaluations à venir de l'ABG doivent se pencher sur les différences d'impact que l'appui budgétaire a sur les femmes, les hommes et les communautés marginalisées.

### **Il faut soutenir la responsabilité du gouvernement face aux citoyens**

L'évaluation de l'OCDE a noté les préoccupations de la société civile quant aux risques de voir l'appui budgétaire donner plus de pouvoir de

contrôle sur la politique gouvernementale aux donateurs qu'aux représentants parlementaires. L'ABG peut aussi mener à la centralisation des décisions politiques au sein des ministères des finances, ce qui menacerait la capacité des secteurs de la santé et de l'éducation d'obtenir une part appropriée du budget national. La capacité de la société civile à demander des comptes aux gouvernements – tant en termes d'allocation budgétaire aux secteurs sociaux qu'en tentant de s'assurer que l'argent atteint bien sa destination désirée – est également une source de préoccupation croissante pour des ONG telles qu'Oxfam. Le soutien apporté par Oxfam aux groupes et aux alliances de la société civile les a aidés à s'engager davantage dans la prise de décision et le contrôle politique. Parmi les résultats, il faut relever la campagne pour la gratuité de l'éducation au Kenya, le contrôle communautaire des budgets scolaires au Malawi, les changements juridiques apportés à la politique de la santé en Arménie, et le maintien des enseignants dans les provinces au Ghana. En janvier 2007, des coalitions de la société civile ont lancé la campagne « 9 is Mine » pour pousser le gouvernement indien à investir 6 pourcent du PIB dans l'éducation et 3 pourcent dans la santé. Actuellement et proportionnellement au produit national brut (PNB), l'Inde dépense moins en services sociaux que l'Ouganda, un scandale pour un pays qui se targue d'une forte croissance économique et qui ne dépend même pas fortement de l'aide extérieure. Il s'agit d'un travail de longue haleine qui doit se baser sur ce qui a déjà été réalisé dans des contextes politiques extrêmement variés, mais il existe un engagement à long terme pour soutenir ces mouvements civils et les donateurs doivent veiller à ne pas leur porter préjudice. Les donateurs désirent de plus en plus soutenir des comités parlementaires de contrôle afin de contrôler les décisions budgétaires prises par le gouvernement.

### **Des mesures pour réduire les risques de l'appui budgétaire**

Des mécanismes peuvent être établis pour garantir que l'ABG soit utilisé par les gouvernements pour payer les travailleurs. Parmi eux, nous pouvons dénombrer :

- Des engagements d'appui budgétaire pour une durée minimale de 6 ans dans les pays où les conditions sont favorables.
- Les contrats devraient inclure des arrangements clairs définissant pourquoi, quand et comment l'appui budgétaire pourrait être retiré durant la période de contrat. Ces conditions doivent uniquement se rapporter à des problèmes de résultats et de gouvernance, dont la protection des droits humains.

- L'ABG peut être retiré au cours du temps, et les fonds transférés pour un minimum de deux dans un dépôt fiduciaire. Les pays bénéficiaires pourront en disposer au moment où les conditions telles que convenues seront rétablies.<sup>49</sup>
- Les donateurs de cet appui budgétaire doivent s'assurer contre les retards de déboursements causés par les blocages de leur côté, et cela afin de maintenir 100 pourcent de déboursements là où les bénéficiaires ont la capacité d'absorber l'aide. Les pays bénéficiaires ne devraient pas devoir tenir de réserves pour remplacer les pénuries de déboursements des donateurs.
- Les gouvernements donateurs faisant face à des obstacles législatifs les empêchant d'apporter un soutien budgétaire à long terme devraient fixer un calendrier de débats parlementaires pour supprimer ces obstacles.

A cause des risques mentionnés plus haut dans cette partie, il est évident que certains pays ne possèdent pas les institutions ou les politiques favorables pour un appui budgétaire. Dans de telles circonstances, il est entièrement acceptable que l'aide soit limitée à un soutien sectoriel là où cela s'avère approprié, ou à des projets avec des activités et des procédures de gestion financière bien définies.

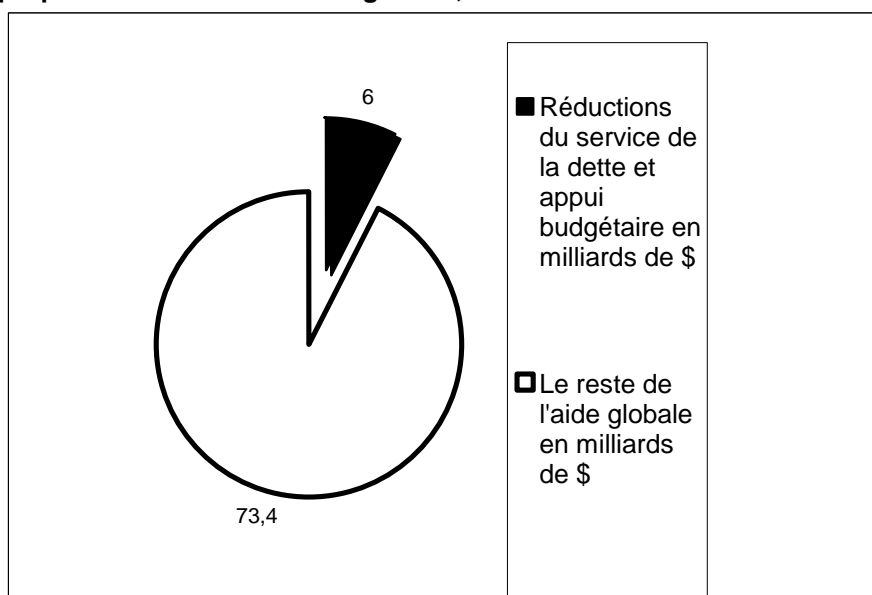
## Plus d'annulation de dettes, d'appui budgétaire et de soutien sectoriel sont nécessaires

Il ressort des données présentées que le montant total de l'appui budgétaire et de l'argent rendu disponible par les annulations de dette atteint 6 milliards de dollars. Proportionnellement à l'aide internationale au développement totale qui atteignait 79,4 milliards de dollars en 2004, cela signifie que moins de 8 pourcent de cette aide était orientée vers des plans et des budgets gouvernementaux (graphique 6). Le reste de l'aide va à des projets individuels et des projets d'investissements, à une assistance technique et à des initiatives verticales de lutte contre la maladie.

Tous ces efforts peuvent être utiles et importants. Par exemple, des initiatives de lutte contre la maladie telle que le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la malaria et la tuberculose ou le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA en Afrique (PEPFAR), ont obtenu des résultats remarquables en offrant un traitement, des soins et des services de prévention aux personnes qui en

ont besoin. Mais même si les premiers résultats sont salués, il apparaît clairement et d'une façon inquiétante que sans travailleurs, il sera impossible d'apporter les médicaments nécessaires aux populations dans toutes les régions. Il en va de même pour les soins à long terme et les interventions préventives de santé publique. Ces fonds ont également besoin de leur propre personnel et attirent de nombreux travailleurs venant des systèmes publics puisqu'ils proposent de meilleurs salaires.

**Graphique 6 : Appui budgétaire et réduction du service de la dette, proportionnellement à l'aide globale, 2004**



Source: base de données en ligne de l'OECD DAC

Les gouvernements ont besoin de davantage d'argent à dépenser pour les salaires. L'appui budgétaire, l'appui budgétaire sectoriel et les annulations de dette sont les seules possibilités externes que possèdent les gouvernements pour augmenter leurs dépenses sur ces salaires. Mais les 6 milliards de dollars issus de ces trois possibilités représentent moins de la moitié du strict minimum de 13,7 milliards de dollars qui est nécessaire pour engager de nouveaux travailleurs. Des 37 milliards de dollars estimés nécessaires pour réaliser les Objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé et d'éducation,<sup>50</sup> il est probable que 67% de cette somme - 25 milliards de dollars - soient nécessaires pour assumer les coûts des salaires courants des travailleurs actuels en plus des 13,7 milliards de dollars pour les nouveaux travailleurs. Les

gouvernements des pays pauvres et les donateurs doivent donc investir ensemble un total de 38,7 milliards de dollars.

Oxfam demande aux donateurs d'étendre les annulations de dettes à plus de pays, qui sans cela n'auront aucune chance d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement. Oxfam demande également d'augmenter l'appui budgétaire jusqu'à un minimum de 25% du financement de l'aide bilatérale –en utilisant les mécanismes mentionnés ci-dessus pour atténuer les risques aussi bien pour eux-mêmes que pour les pays bénéficiaires. Enfin, il faut augmenter les investissements dans les approches sectorielles pour l'éducation et la santé dans les pays qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de l'appui budgétaire général.

## Conclusion

La santé et l'éducation sont essentielles si les populations pauvres veulent avoir l'opportunité et la capacité de rompre les chaînes de la pauvreté. Les systèmes de santé et d'éducation ne peuvent pas fonctionner sans des enseignants, des infirmières et des médecins soutenus par de bonnes institutions de planification et de gestion. Dans les pays pauvres, des millions de ces travailleurs essentiels pour les secteurs de l'éducation et de la santé sont nécessaires. Pour le peu de travailleurs qui se démènent aujourd'hui dans des systèmes sous-financés depuis des décennies, la vie est une lutte de chaque instant contre leur propre pauvreté et le manque d'appui.

Dans les pays pauvres, des progrès énormes ont été accomplis pour augmenter les investissements pour la santé et l'éducation. Les donateurs ont ajouté leur poids à la résolution de ces gouvernements en promettant d'augmenter leur aide aux pays qui n'ont pas les moyens de fournir ces droits élémentaires. Ils ont également promis d'améliorer la qualité de leur aide pour bâtir des systèmes solides, au lieu de les miner. Mais les actions des donateurs n'ont pas été à la hauteur de leurs promesses. Il faut encore des millions d'enseignants et de travailleurs. Il faut agir. Maintenant.

Les gouvernements donateurs devraient :

- Etendre les annulations de dettes à davantage de pays qui, sous le poids de leurs dettes actuelles, sont incapables d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement.
- Augmenter l'appui budgétaire général pour qu'il constitue au moins 25 pourcent des budgets d'aide bilatérale en 2010.
- Augmenter la durée des engagements à l'appui budgétaire à un minimum de 6 ans.
- Prendre des mesures pour réduire les risques de cette aide pour les contribuables des pays donateurs et pour les citoyens des pays pauvres.
- Augmenter l'appui budgétaire sectoriel là où l'appui budgétaire général n'est pas approprié.
- Garantir que les évaluations de l'appui budgétaire contiennent une analyse rigoureuse de la question du genre.

- Garantir que les initiatives de lutte contre les maladies soient intégrées dans des systèmes de santé équitables qui garantissent les droits des citoyens pauvres.

Les gouvernements des pays pauvres devraient :

- Fixer les salaires des travailleurs de la santé et des enseignants actuels à des niveaux dignes et cela en collaboration avec leurs syndicats
- Former et recruter les millions de travailleurs de la santé et d'enseignants supplémentaires nécessaires, en suivant l'exemple des recrutements massifs réussis dans d'autres pays.
- Etablir un calendrier pour atteindre l'objectif d'investir au moins 20 pourcent des budgets gouvernementaux dans l'éducation.
- Etablir un calendrier pour atteindre l'objectif d'investir au moins 15 pourcent des budgets gouvernementaux dans les systèmes de santé.
- Garantir la représentation et le contrôle citoyen sur les services publics et faciliter la participation de la société civile aux planifications locales et nationales et aux processus budgétaires, dont les accords et contrats signés avec les donateurs, la Banque mondiale et le FMI.

L'UNESCO devrait :

- Estimer le coût de la formation des enseignants et celui des salaires afin de fournir des données fiables pour les efforts de financement internationaux. Il faudrait y inclure une analyse centrée sur le genre des droits des jeunes filles et des femmes dans les pays affectés par le manque de travailleurs.

## Notes

<sup>1</sup> Oxfam (2006) "Dans l'intérêt public: santé, éducation, eau et hygiène pour tous", Oxford: Oxfam International.

<sup>2</sup> Kailash Satyarthi, président de la Campagne mondiale pour l'Éducation. Groupe de travail de haut niveau sur l'Éducation pour tous, Le Caire, 22 novembre 2006.

<sup>3</sup> Campagne mondiale pour l'Éducation (2007), [Hhttp://www.campaignforeducation.org/news/news.html](http://www.campaignforeducation.org/news/news.html), consulté le 17 janvier 2007.

<sup>4</sup> UNESCO UIS (2006) "Teachers and educational quality: monitoring global needs for 2015", Montréal: UNESCO UIS.

<sup>5</sup> La Commission pour l'Afrique (2005) « Our Common Interest », Londres : La Commission pour l'Afrique.

<sup>6</sup> G. Davey, D. Fekade, et E. Parry (2006) 'Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals?', *The Lancet* 367: 629–31. Les chercheurs ont découvert qu'un médecin spécialisé pouvait gagner un salaire mensuel de base de 354-513 dollars au Ministère de la santé, comparé à 950–1200 dollars dans les agences bilatérales américaines.

<sup>7</sup> OMS (2006) « Rapport mondial sur la Santé », p 107.

<sup>8</sup> P. S. Bennell (2006) « Anti-Retroviral drugs are driving down teacher mortality in sub Saharan Africa », Brighton: Knowledge & Skills for Development.

Taux de mortalité des professeurs d'école primaire au Botswana :

1999 : 0,71 pourcent

2002 : 0,88 pourcent

2005 : 0,18 pourcent

Taux de mortalité des professeurs d'école primaire en Zambie :

2000 : 2,0 pourcent

2002 : 1,6 pourcent

2005 : 1,4 pourcent

<sup>9</sup> OMS (2006) « Rapport mondial sur la Santé », p 59.

<sup>10</sup> S. Wibulpolprasert et P. Pengpaibon (2003) "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience", *Human Resources for Health* 1(12).

<sup>11</sup> S. Vatankhah (2002) « Human Resource Development for Health in the Islamic Republic of Iran », rapport présenté lors de la 49ème Session du Comité régional de l'OMS sur la Méditerranée orientale, Le Caire, octobre 2002, cité

---

dans "Joint Learning Initiative" (2004) *Human Resources for Health*. Entre 1985 et 2000, l'Iran a augmenté le nombre de médecins locaux de 14.000 à 20.000. Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances a chuté de 51 à 25 et la couverture vaccinale a augmenté de 20 à 95 pourcent. Le nombre de médecins étrangers est passé de 3153 à zéro.

<sup>12</sup> Ces trois exemples (Brésil, Indonésie, Ouganda) ont été identifiés dans M. Nilufar (2005) « Creating a public service ethos in education: What has worked for improving the conditions of teachers? », document d'information préparé pour Oxfam, 21 août 2005.

<sup>13</sup> F. Delannoy et G. Sedlacek (2000) « Brazil: Teachers' Development and Incentives: A Strategic Framework », Washington DC: Banque mondiale. Document no. 20408-BR. Toutes les données de ce paragraphe proviennent de ce rapport.

<sup>14</sup> Pour 1998 – le montant s'est élevé à R\$350 en 1999.

<sup>15</sup> Les inscriptions scolaires à Bogota, Colombie, ont augmenté de presque 40 pourcent, alors que les coûts n'ont augmenté que de moitié, grâce à un nouveau système d'information et des négociations avec les syndicats d'enseignants qui a permis de déployer des professeurs là où ils étaient nécessaires et a éliminé des professeurs « fantômes ». (Oxfam et WaterAid 2006, « Dans l'Intérêt public »).

<sup>16</sup> CME (2004) « Undervaluing Teachers: IMF policies squeeze Zambia's education system », Londres: Campagne mondiale pour l'Éducation.

<sup>17</sup> Joint Learning Initiative (2004). Ces pays sont le Paraguay, la République Centrafricaine, le Salvador, le Honduras, la Colombie, le Costa Rica et Haïti.

<sup>18</sup> EFA Global Monitoring Report (2007) "Strong Foundations", Paris: UNESCO; DFID et HM Treasury (2005) 'Education: from commitment to action', Londres: DFID.

<sup>19</sup> Le « Rapport mondial sur la santé 2006 » de l'OMS a envisagé deux scénarios possibles. Dans le premier scénario, le coût de formation de nouveaux travailleurs de la santé a été calculé à une augmentation des niveaux annuels des dépenses de santé de 1,60 dollar par habitant. Le coût de l'embauche de ces nouveaux professionnels aux niveaux de salaires existants a été calculé à 8,30 dollars par habitant. Dans le deuxième scénario, l'OMS a adopté une approche plus réaliste et a prévu un doublement des salaires afin de garantir des incitants adéquats pour que les travailleurs qualifiés intègrent les services de santé, qui ajoute 8,30 dollars supplémentaires par habitant à leur chiffre. Cependant, cela ne signifie pas pour autant un doublement des salaires des travailleurs de la santé existants.

<sup>20</sup> H. Mercer et M. R. Dal Poz (2006) « Global health professional training capacity », document d'information pour le « Rapport mondial sur la Santé » 2006, Genève: OMS.

<sup>21</sup> H. Benn (2006) réunions ODI. *An international development system fit for the 21st Century*, séries ODI/APGOOD 'What's next in international development?'.

---

<sup>22</sup> Banque mondiale (2005) "Global Monitoring Report 2005", Washington: Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement / Banque mondiale, p 93.

<sup>23</sup> Banque mondiale (2006) "Global Monitoring Report 2006", Washington: Banque mondiale, p 60.

<sup>24</sup> D'après une communication personnelle avec l'auteur du rapport, Richard Jolly, Institute of Development Studies, Université du Sussex.

<sup>25</sup> Oxfam (2006) "Dans l'intérêt public: santé, éducation, eau et hygiène pour tous", Oxford : Oxfam International.

<sup>26</sup> Le Consensus de Washington est une expression qui décrit l'ensemble des réformes de politique économique pour les pays en crise qui furent promues par les institutions basées à Washington comme la Banque mondiale, le Fonds Monétaires international et le Département américain du Trésor au cours des années 1980 et 1990.

<sup>27</sup> <http://www.jctr.org.zm/bnb/may06.html>, consulté en février 2007.

<sup>28</sup> <http://www.gartner.com/it/page.jsp?id=500295>, consulté le 24 janvier 2007

<sup>29</sup> Education for All Fast Track Initiative (2006) Progress Report, 25 juillet 2006. Tableau B4.

<sup>30</sup> Communiqué du groupe de travail de haut niveau sur l'Education pour tous. Première réunion, UNESCO, Paris, octobre 2001.

<sup>31</sup> EFA Global Monitoring Report (2006) « Literacy for Life », Paris : UNESCO.

<sup>32</sup> Dans une année où les dépenses militaires mondiales ont atteint 1 billion de dollars, les 16 pays soutenus par la Fast Track Initiative ont fait face à un déficit de 400 millions de dollars – un montant dérisoire, mais un obstacle pour 16 millions d'enfants qui ont manqué l'occasion de sortir de la pauvreté en 2006. CME (2006) « Underachievers: A School Report on rich countries' contribution to universal primary education by 2015 », Johannesburg: Campagne mondiale pour l'Education.

<sup>33</sup> Le financement commun signifie un financement qui s'ajoute à ceux d'autres donateurs et qui sont ensuite gérés selon un système de gestion financière unique.

<sup>34</sup> World Bank (2006) *World Development Indicators 2006*.

<sup>35</sup> K. Hinchcliffe (2004) « Notes on the Impact of the HIPC Initiative on Public Expenditures in Education and Health in African Countries », Secteur développement humain de la région Afrique de la Banque mondiale, série de documents de travail, juin.

<sup>36</sup> Actuellement, les donateurs incluent dans leurs budgets d'aide les montants dépensés en annulation de dette. Les chiffres de l'aide de l'OCDE pour 2005 et 2006 inclueront le coût complet de l'annulation de 18 milliards de dollars de la dette du Nigéria, qui s'élève à 35 milliards. Mais l'économie réelle pour le Nigéria sera environ d'un milliard de dollars par an au cours des 20 prochaines années.

---

Bien que l'annulation de la dette soit importante pour les pays pauvres, la pratique qui consiste à compter le coût dans les chiffres d'aide ne montre pas le vrai volume de financement supplémentaire qui est rendu disponible au cours d'une même année.

<sup>37</sup> ODI (2006) « Learning from Experience ».

<sup>38</sup> IDD and Associates (2006) *Joint Evaluation of General Budget Support 1994–2004*, Birmingham : Université de Birmingham.

<sup>39</sup> Le soutien à la balance des paiements se rapporte à l'aide qui est octroyée pour redresser un déficit de la balance des biens et des services échangés entre des pays.

<sup>40</sup> Communication personnelle, branche politique du CIDA, janvier 2006.

<sup>41</sup> IDD and Associates (2006), *op.cit.*

<sup>42</sup> Le Malawi est une exception. Le soutien budgétaire a été suspendu en 2002 lorsque le gouvernement n'a pas réussi à contrôler les dépenses publiques.

<sup>43</sup> La division Afrique du FMI a noté que les données de l'étude pour le Rwanda ne correspondent pas avec les données du FMI. Les données du FMI montrent une moyenne plus élevée de 85 millions de dollars entre 2001 et 2003 qui a doublé en 2004. Ces données montrent une moyenne de 33 millions de dollars entre 2001 et 2003 qui a quadruplé en 2004. Dans les deux cas, la tendance est à la hausse mais le taux est différent. Afin de faciliter la comparaison avec les autres pays, nous retenons les données de l'étude de l'IDD dans ce tableau.

<sup>44</sup> Le Bénin, le Botswana, le Burkina Faso, le Ghana, la Guyane, la Jamaïque, Madagascar, le Mali, l'Île Maurice, le Mozambique, le Niger, le Rwanda, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie.

<sup>45</sup> S. Ndaruhutse et L. Brannelly (2006) "The Role of Donors in Creating Aid Volatility and How to Reduce It", Londres: Save the Children UK.

<sup>46</sup> Strategic Partnership for Africa – Budget Support Working Group (2005) *Survey of the Alignment of Budget Support and Balance of Payments Support with National PRS Processes*, Bruxelles et Londres.

<sup>47</sup> Commission européenne (2005) « EC Budget Support: An Innovative Approach to Conditionality », Bruxelles: Commission européenne, p 44.

<sup>48</sup> Gender and Development Network (à paraître, 2007) *Gender equality, new aid modalities and civil society organisations*, Londres: GADN.

<sup>49</sup> Un fonds de garantie est un compte administré par un tiers. Les donateurs versent l'argent sur ce compte selon le calendrier convenu. Ensuite, le tier verse ces fonds aux destinataires une fois qu'ils ont rempli les conditions convenues.

<sup>50</sup> Oxfam (2006), *op.cit.*

© Oxfam International, avril 2007

Ce rapport a été rédigé par Tom Noel. Oxfam remercie David Archer, Sasja Bokkerink, Sita Dewkalie, Bethan Emmett, Mark Fried, Lucia Fry, David Goldsbrough, Duncan Green, Mohga Kamal Yanni, Hetty Kovach, Max Lawson, Elizabeth Stuart, Caroline Sweetman et Takumo Yamada pour leur aide dans sa réalisation. Des employés de la Banque mondiale, du FMI et du DFID ont fourni de précieux commentaires à une version préliminaire de ce document.

Version française : Thomas Noirfalisse

Ce rapport fait partie d'une série de documents visant à contribuer au débat public sur les questions de développement et de politique humanitaire.

Le texte peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : [publish@oxfam.org.uk](mailto:publish@oxfam.org.uk).

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter : [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org).

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

<p><b>Oxfam America</b> 226 Causeway Street, Floor 5, Boston, MA 02114-2206, USA +1 800-77-OXFAM   +1.617.482.1211 Courriel : <a href="mailto:info@oxfamamerica.org">info@oxfamamerica.org</a> <a href="http://www.oxfamamerica.org">www.oxfamamerica.org</a></p>	<p><b>Oxfam Hong Kong</b> 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tél. : +852.2520.2525 Courriel : <a href="mailto:info@oxfam.org.hk">info@oxfam.org.hk</a> <a href="http://www.oxfam.org.hk">www.oxfam.org.hk</a></p>
<p><b>Oxfam Australia</b> 156 George St., Fitzroy, Victoria 3065, Australia Tél. : +61.3.9289.9444 Courriel : <a href="mailto:enquire@oxfam.org.au">enquire@oxfam.org.au</a> <a href="http://www.oxfam.org.au">www.oxfam.org.au</a></p>	<p><b>Intermon Oxfam (Spain)</b> Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, Spain Tél. : +34.902.330.331 Courriel : <a href="mailto:info@intermonoxfam.org">info@intermonoxfam.org</a> <a href="http://www.intermonoxfam.org">www.intermonoxfam.org</a></p>
<p><b>Oxfam-in-Belgium</b> Rue des Quatre Vents 60, 1080 Brussels, Belgium Tél. : +32.2.501.6700 Courriel : <a href="mailto:oxfamsol@oxfamsol.be">oxfamsol@oxfamsol.be</a> <a href="http://www.oxfamsol.be">www.oxfamsol.be</a></p>	<p><b>Oxfam Ireland</b> 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 : <a href="mailto:communications@oxfam.ie">communications@oxfam.ie</a> <a href="http://www.oxfamireland.org">www.oxfamireland.org</a></p>
<p><b>Oxfam Canada</b> 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canada Tél. : +1.613.237.5236 Courriel : <a href="mailto:info@oxfam.ca">info@oxfam.ca</a> <a href="http://www.oxfam.ca">www.oxfam.ca</a></p>	<p><b>Oxfam New Zealand</b> PO Box 68357, Auckland 1145, New Zealand Tél. : +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666) Courriel : <a href="mailto:oxfam@oxfam.org.nz">oxfam@oxfam.org.nz</a> <a href="http://www.oxfam.org.nz">www.oxfam.org.nz</a></p>
<p><b>Oxfam France - Agir ici</b> 104 rue Oberkampf, 75011 Paris, France Tél. : + 33.1.56.98.24.40 Courriel : <a href="mailto:info@oxfamfrance.org">info@oxfamfrance.org</a> <a href="http://www.oxfamfrance.org">www.oxfamfrance.org</a></p>	<p><b>Oxfam Novib (Netherlands)</b> Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, The Hague, The Netherlands Tél. : +31.70.342.1621 Courriel : <a href="mailto:info@oxfamnovib.nl">info@oxfamnovib.nl</a> <a href="http://www.oxfamnovib.nl">www.oxfamnovib.nl</a></p>
<p><b>Oxfam Germany</b> Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Germany Tél. : +49.30.428.50621 Courriel : <a href="mailto:info@oxfam.de">info@oxfam.de</a> <a href="http://www.oxfam.de">www.oxfam.de</a></p>	<p><b>Oxfam Québec</b> 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Quebec, H3J 2Y2, Canada Tél. : +1.514.937.1614 Courriel : <a href="mailto:info@oxfam.qc.ca">info@oxfam.qc.ca</a> <a href="http://www.oxfam.qc.ca">www.oxfam.qc.ca</a></p>
<p><b>Oxfam Great Britain</b> Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK Tél. : +44.(0)1865.473727 Courriel : <a href="mailto:enquiries@oxfam.org.uk">enquiries@oxfam.org.uk</a> <a href="http://www.oxfam.org.uk">www.oxfam.org.uk</a></p>	

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

**Bureaux de plaidoyer d'Oxfam International :**

Courriel : [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

**Washington** : 1100 15th St., NW, Ste.600, Washington, DC 20005-1759, 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](mailto:info@oxfam.jp) Site web : [www.oxfam.jp](http://www.oxfam.jp)

**Oxfam India** B55, First Floor, Shivalik, New Delhi, 1100-17, India

Tél. : + 91.11.26693 763. Courriel : [info@oxfamint.org.in](mailto:info@oxfamint.org.in) Site web : [www.oxfamint.org.in](http://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 : [comunicacion@rostrosyvoces.org](mailto:comunicacion@rostrosyvoces.org)

Site web : [www.rostrosyvoces.org](http://www.rostrosyvoces.org)