

 Département de l'information des Nations Unies

AfriqueRenouveau

Décembre 2016-Mars 2017

www.un.org/africarenewal/fr

Systemes de santé : le temps de la réforme

Matières premières : la chute des prix fait mal

Des migrants prêts à tout

Nouveau patron de l'ONU : les attentes de l'Afrique



4 DOSSIER SPÉCIAL

DOSSIER

Soins de santé : de la parole aux actes

- 5 Des progrès contre le paludisme
- 6 Repenser l'assurance maladie
- 8 Médecine : la fuite des cerveaux
- 10 Le fardeau des « nouvelles » maladies
- 12 Santé publique : trouver la juste approche
- 14 Nous pouvons améliorer nos systèmes
- 18 Le défi des maladies mentales
- 20 L'Afrique se soigne en Inde
- 22 Atteindre les régions éloignées
- 24 Mourir faute de médicaments

À LIRE ÉGALEMENT

- 26 Ghana : des jeunes prêts à tout
- 28 L'Afrique reste la plus touchée par la crise des réfugiés
- 30 Prix des matières premières : L'Afrique victime de la dégringolade
- 32 L'Afrique salue les nouvelles initiatives commerciales du Japon
- 34 Union Africaine : l'offensive marocaine

RUBRIQUES

- 3 Afrique Horizon : Nouveau patron de l'ONU, les attentes de l'Afrique
- 38 Afrique Numérique
- 39 Afrique Livres
- 39 Nominations

En couverture : **Un médecin examine une fillette à Nairobi.**  AMO/George Philipas

Afrique Renouveau (ISSN 2517-9837) est publié en anglais et en français par la Division de la communication stratégique du Département de l'information des Nations Unies. Toutefois son contenu ne reflète pas nécessairement les vues des Nations Unies ou des organisations

soutenant la publication. Les articles de cette publication peuvent être reproduits librement, à condition de mentionner l'auteur et la source, "ONU, Afrique Renouveau". Merci de nous en adresser une copie. Les photos protégées par un droit d'auteur ne peuvent être reproduites.



L'activité physique est essentielle à la santé.

 AMO/T. Omondi

AfriqueRenouveau

Rédacteur en chef

Masimba Tafirenyika

Chef d'édition

Zipporah Musau

Secrétaire de rédaction

Kingsley Ighobor

Rédaction

Franck Kuwonu

Recherche & Liaison média

Pavithra Rao

Ihuoma Atanga

Design & Production

Paddy D. Ilos, II

Administration

Dona Joseph

Distribution

Atar Markman

Stagiaires

Amelia Tan

Juliette Martin



Afrique Renouveau est publié au siège des Nations Unies à New York sur papier recyclé.

Prière d'adresser toute

correspondance au :

Rédacteur, Afrique Renouveau
Bureau S-1032
Nations Unies, NY 10017-2513, E.-U.
Tél : (212) 963-6857, Fax : (212) 963-4556

E-mail : africarenewal@un.org

Abonnez-vous à Afrique Renouveau

Afrique Renouveau offre un abonnement gratuit à toute personne qui en fait la demande. Veuillez communiquer avec la Distribution en nous écrivant à notre adresse postale ou par courriel à l'adresse suivante : africarenewal@un.org. Pour les institutions, l'abonnement annuel s'élève à trente-cinq dollars, payables par mandat international ou chèque (en dollars des Etats-Unis) tiré sur une banque des Etats-Unies, et libellé à l'ordre des Nations Unies.



www.un.org/africarenewal/fr



facebook.com/afriquerenouveau



twitter.com/ONUAfrique



Le Secrétaire général Ban Ki-moon (à droite) rencontre António Guterres, son successeur.

UN Photo/Eskinder Debebe

Nouveau patron de l'ONU : les attentes de l'Afrique

PAR IHUOMA ATANGA

António Manuel de Oliveira Guterres, 67 ans, débute son mandat en tant que Secrétaire général des Nations Unies au moment où le monde attend avec impatience une nouvelle ère diplomatique.

Choisi en octobre dernier au sein d'un groupe de 12 candidats, les diplomates se sont empressés de le féliciter y compris sur les réseaux sociaux. L'ambassadeur sud-africain, Jerry Matthews Matjila, l'a qualifié d'« ami de l'Afrique ».

Une Afrique, qui, comme le reste du monde, suivra attentivement les questions relatives à la paix et la sécurité mondiales, l'aide humanitaire, le changement climatique et les 17 Objectifs de développement durable (ODD) qui orienteront l'agenda mondial du développement au cours de la prochaine décennie.

Son expérience des régions en crise comme le Rwanda, le Sud-Soudan ou la Somalie en avait fait un candidat apte au poste que certains considèrent comme le

plus important au monde. Mais que représente sa nomination pour l'Afrique? Telle est la question.

Né à Lisbonne en 1949, M. Guterres a passé une grande partie de sa vie professionnelle en politique et dans le service public. Avant de devenir premier ministre du Portugal de 1995 à 2002, il a occupé plusieurs fonctions au sein du Parti socialiste de 1974 à 1995. Il était président de l'Internationale socialiste jusqu'en 2005, date à laquelle il a été élu Haut-Commissaire pour les réfugiés (HCR), l'agence des Nations Unies chargée d'assurer la protection des droits et le bien-être des réfugiés. Entre 2005 et 2015, le nombre de personnes déplacées par les conflits et les persécutions est passé de 38 millions à plus de 60 millions.

M. Guterres a ainsi dirigé l'une des plus grandes organisations humanitaires du monde qui, à la

voir page 37



ONU/Manuel Elias

Nous devons renforcer le pouvoir des femmes. Faire de la place aux femmes dans les processus de décision. Permettre aux femmes de s'exprimer politiquement afin qu'elles puissent défendre leur propre bien-être. Et bien sûr, nous, l'ONU, devons assumer notre rôle.

Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, au Comité Régional pour l'Afrique, à Addis-Abeba, en Ethiopie

Les prix du marché, le taux de mortalité, la possibilité pour nos enfants de recevoir ou non une éducation de qualité sont influencés par la politique. La politique détermine même les droits reproductifs des femmes. Aussi, nous devons nous assurer que nos représentants politiques étendent et protègent nos droits.

Leymah Gbowee, Prix Nobel de la Paix Libérien et défenseur des ODD, dans une interview avec Global Education Magazine



Dans le cadre de notre couverture continue des Objectifs du développement durable (ODD), nous examinons l'ODD 3, dont le but est d'assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous les âges. Nous passons en revue l'état des systèmes de soins de santé en Afrique, avec des analyses sur comment relever certains des défis de santé évidents auxquels le continent est confronté.



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Un médecin examine un enfant à l'hôpital Rwamagana dans la province de l'Est, au Rwanda.  Ministère de la Santé rwandais

Soins de santé : de la parole aux actes

Fournir aux populations des soins de base et des traitements abordables

Le domaine de la santé semble cristalliser tous les problèmes de développement de l'Afrique. Chaque année, des millions de personnes meurent et on assiste à des drames et souffrances inutiles, parce que les soins de santé de base ne sont pas suffisamment financés.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Afrique abrite un quart des malades dans le monde, mais sa part dans les dépenses mondiales de santé est inférieure à 1%. Elle ne fabrique qu'une part infime – moins de 2% – des médicaments consommés sur le continent. Une majorité d'Africains, en particulier les classes moyennes et défavorisées, dépendent de services publics sous-financés tandis qu'une minorité a accès à des soins de qualité dans le privé.

En 2001, les pays africains ont convenu de consacrer au moins 15% de leur budget aux soins de santé. Quinze ans plus tard, seuls six pays (Botswana, Burkina Faso, Malawi, Niger, Rwanda et Zambie) ont atteint cet objectif sans pour autant que toutes leurs populations aient accès à des soins décentes.

Il faut beaucoup d'ingénuité pour renverser la vapeur. Le Rwanda notamment a réussi à mettre en place un système national d'assurance maladie qui profite à 91% des Rwandais. Une évolution remarquable qui contraste avec le reste des pays africains où moins de 8% de la population bénéficie d'une couverture maladie, selon l'OMS.

Il y a cependant quelques lueurs d'espoir. L'Afrique réalise enfin de vrais progrès dans la lutte contre le paludisme,

principale cause de décès dans la région. L'an dernier, l'OMS a annoncé que l'incidence de la maladie dans le monde avait diminué, notamment grâce à la distribution massive de moustiquaires, de médicaments anti-paludisme et d'insecticides.

Le taux d'infection au VIH est en baisse depuis dix ans. La prévention, les traitements et les soins sont devenus prioritaires, et davantage de personnes séropositives sont sous antirétroviraux.

Le principal défi reste cependant le chemin restant à parcourir. Les gouvernements africains doivent s'efforcer de fournir des soins de base et des médicaments abordables, de former davantage de professionnels de la santé dans chaque communauté et de nouer des partenariats inédits avec le secteur privé afin d'étendre la couverture maladie. 🇷🇺

Des progrès contre le paludisme

L'Afrique constate enfin des avancées dans son long combat

PAR AMELIA TAN

En décembre 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) annonçait que l'incidence mondiale du paludisme était en baisse, principalement grâce à une distribution massive de moustiquaires, de médicaments antipaludiques et de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent. La nouvelle a été particulièrement bien accueillie en Afrique.

Le paludisme est provoqué par des parasites transmis à l'homme par la piqûre de la femelle du moustique Anophèle.

Entre 2000 et 2015, le taux de mortalité lié à la maladie en Afrique a chuté de 66% dans tous les groupes d'âge. Chez les enfants de moins de cinq ans, qui sont les plus vulnérables, les décès ont chuté de 71%, passant de 694 000 à 292 000.

Les progrès dans l'usage des moustiquaires ont été impressionnants. Les statistiques de l'OMS montrent qu'en 2000, seuls 2% des 667 millions de personnes vivant en Afrique sub-saharienne utilisaient une moustiquaire. En 2015, plus de la moitié du milliard de personnes vivant sur le continent les utilisaient.

Comme l'écrit Margaret Chan, Directeur général de l'OMS dans l'avant-propos du *Rapport 2015 sur le paludisme dans le monde*, "une intensification rapide des diagnostics et une plus grande disponibilité des médicaments ont permis à une population bien plus nombreuse d'accéder sans attendre à un traitement."

Une approche coordonnée

Les efforts de prévention ont permis de réduire les coûts de santé. Les pays d'Afrique sub-saharienne ont économisé 900 millions de dollars dans la prise en charge des cas de paludisme entre 2001 et 2014, souligne l'OMS. Les moustiquaires y sont pour beaucoup, suivies des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides.

Une combinaison thérapeutique comprend un composé à base d'artémisinine



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Une infirmière réalise une prise de sang sur un enfant pour le tester au paludisme à Manhia, au Mozambique. © AMO/L.W.

combiné à un autre médicament. Les experts médicaux recommandent l'utilisation d'une combinaison de médicaments pour éviter la résistance des parasites.

De nombreux progrès dans la lutte contre le paludisme sont dus aux partenariats et projets de financement établis au niveau mondial en 2000, dont le partenariat Roll Back Malaria (RBM) lancé par l'OMS, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale. Plus de 500 groupes de développement, des organisations publiques et privées, des instituts de recherche, des institutions universitaires ont mutualisé leurs ressources et leur expertise pour combattre la maladie.

L'ampleur de ces partenariats pousse les gouvernements à s'engager à combattre les maladies, estime le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies, un institut

de santé public américain, dans un rapport de 2011.

Le rapport salue la détermination des responsables des pays où le paludisme est endémique qui ont fait de l'endigement de la maladie une priorité, tenant ainsi leurs engagements de la Déclaration d'Abuja de 2001, le plan d'action pour faire reculer le paludisme, et des Objectifs du millénaire pour le développement.

Le financement des programmes de lutte contre le paludisme a atteint des records avec des dispositifs tels que l'Initiative du président américain contre le paludisme ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Entre 2005 et 2014, les financements internationaux destinés à la lutte antipaludique sont passés de 960 millions à 2,5

voir page 37

Repenser l'assurance maladie

Au Kenya, un forfait mobile destiné aux groupes à faible revenu

PAR MASIMBA TAFIRENYIKA

« **S**i nous pouvons transporter du Coca-Cola et de la bière réfrigérés jusqu'aux coins les plus reculés d'Afrique, il devrait être possible d'en faire autant pour les médicaments », affirmait le Dr Joep Lange, un chercheur pionnier dans le traitement contre le VIH/sida en Afrique dans les années 1990, aujourd'hui décédé.

En 2000, il créait la Fondation PharmAccess pour rendre le traitement contre le VIH/sida accessible en Afrique, grâce à des partenariats avec des multinationales présentes dans la région. Sa première réussite a été de convaincre Heineken, une brasserie néerlandaise, d'offrir le traitement à ses employés en Afrique.

Au départ, PharmAccess, basée à Amsterdam, se consacrait à la fourniture de médicaments vitaux destinés aux patients infectés par le VIH. Aujourd'hui, la fondation s'appuie sur des sociétés privées pour administrer de petits régimes d'assurance maladie à croissance rapide destinés aux pauvres de plusieurs pays africains. Elle est active au Ghana, au Kenya, en Namibie, au Nigéria et en Tanzanie, où elle offre une assurance maladie par l'entremise de partenariats public-privé.

Le système de santé en Afrique est épouvantable. Seule une refonte pourrait le rapprocher du 3e Objectif de développement durable des Nations Unies : permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Les malades luttent quotidiennement pour accéder à des soins de santé décents. En cause, des systèmes de santé nationaux gravement sous-financés, un manque d'infrastructures de base pour fournir eau potable et électricité, ainsi qu'une sévère pénurie de personnel de santé. L'épidémie d'Ebola, qui devait être un coup de semonce, a révélé le ventre mou des systèmes de santé déficients du continent.

Les statistiques brossent un sombre tableau. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que l'Afrique supporte un



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Une productrice de café du Musasa, au Rwanda, montre sa carte d'assurance santé. Panos/A. Esiebo

quart de la « charge mondiale de morbidité, mais n'a accès qu'à 3 % du personnel de santé et à moins de 1 % des ressources financières mondiales ». À peine une poignée de pays africains ont tenu leur promesse, faite à l'Union africaine, de consacrer au moins 15 % de leur budget aux soins de santé.

Dans les pays dotés de soins de santé publics, leur prix est difficilement accessible à la majorité. Dans certains cas, un système à deux vitesses offre aux riches un accès à des soins de qualité grâce à une assurance maladie privée, tandis que les autres doivent se résigner à des établissements publics bondés et payer de leur poche.

Dépenses non remboursées

Malheureusement, la situation empire. La Banque mondiale estime qu'en Afrique subsaharienne la part des dépenses de santé non remboursées, par rapport aux dépenses de santé totales, est passée de 40 % en 2000 à plus de 60 % en 2014. Les dépenses non remboursées peuvent produire des effets catastrophiques sur les familles, les attirant dans le piège de la pauvreté.

Dans les rares pays africains dotés de régimes nationaux d'assurance maladie, seule une minorité y a accès, selon l'OMS. Au Ghana, indique l'organisation, seul un tiers de la population bénéficie d'une assurance maladie au titre du régime national d'assurance maladie du pays. Le régime national du Nigéria couvre moins de 3 % de ses citoyens.

L'Afrique du Sud dépense plus en assurance maladie privée volontaire (42 % des dépenses de santé totales) que tout autre pays au monde, selon l'OMS. Pourtant, ce régime couvre uniquement 16 % de la population. Le pays, où les différents groupes socioéconomiques ont un accès inégal aux soins de santé, a commencé à déployer un système national d'assurance maladie unique qui fournira des soins gratuits à tous les Sud-Africains.

Le Rwanda est le premier pays africain à fournir une assurance maladie universelle. Le taux de couverture de son régime national communautaire est le plus élevé du continent. Ce régime, appelé *Mutuelles de santé*, couvre 91 % de la population. Pour atteindre ce niveau, le Rwanda a formé des

milliers d'agents de santé communautaires — 45 000 à ce jour. Si l'assurance maladie est financée par le gouvernement et par des primes individuelles, les bailleurs financent près de la moitié du budget sanitaire du Rwanda. « Les Rwandais les plus défavorisés ne paient rien pour adhérer au programme, tandis que les plus aisés paient environ 8 dollars par an », indique l'hebdomadaire britannique *The Economist*. « Une consultation chez le médecin ne coûte ensuite que 30 cents environ. » Chose remarquable pour un pays dont le revenu national par habitant, 692 dollars, est l'un des plus faibles au monde.

Pour inverser les tendances actuelles, les experts estiment que le secteur privé doit prendre l'initiative d'offrir une couverture d'assurance prépayée abordable, surtout pour les familles à faible revenu. Selon McKinsey, un cabinet de conseil auprès des directions générales basé aux États-Unis, la valeur du marché des soins de santé en Afrique s'élève à 35 milliards de dollars environ.

Adopter une nouvelle approche

Un article primé qui a pour titre, « *A New Paradigm for Increased Access to Healthcare in Africa* », rédigé par le Dr Lange de PharmAccess et trois autres experts médicaux — le Dr Onno P. Schellekens, le Dr Marianne E. Linder et le Pr Jacques van der Gaag — soutient qu'il est temps de repenser la façon dont les soins de santé sont dispensés dans les pays pauvres. Bien que cet article ne soit pas récent (2007), son modèle novateur de financement des soins de santé commence à porter ses fruits là où il est appliqué.

En substance, l'article indique qu'au lieu de mettre l'accent sur les gouvernements et de voir en eux les principaux bailleurs de fonds et prestataires de soins, la priorité devrait être d'encourager les initiatives du secteur privé ayant pour objectif « d'assurer aux ménages à faible revenu un accès à des soins abordables et de haute qualité ». Les auteurs décrivent une stratégie en trois étapes qui, selon eux, est « essentielle pour mettre en place des systèmes de santé viables » qui améliorent l'accès dans les pays pauvres.

La première étape consiste à cibler ceux qui peuvent payer, puis aligner la demande et l'offre de soins à l'aide de modalités de prépaiement, cette même pratique qui a contribué au succès des opérateurs de

téléphonie mobile en Afrique. La deuxième, mettre en place des systèmes de mutualisation des risques en utilisant les dépenses non remboursées existantes afin ainsi de réduire les coûts, augmenter la qualité, accroître la volonté de payer et stimuler l'apport de fonds. La dernière étape consiste à appliquer des normes de qualité dans les pays à faible réglementation.

Ce modèle pourrait paraître irréalisable si PharmAccess ne l'appliquait pas déjà au Kenya, en Namibie, au Nigéria, en Tanzanie et en Ouganda. Le dispositif en est encore à ses débuts, mais il gagne rapidement en popularité aussi bien auprès des bénéficiaires de soins que des prestataires.

PharmAccess a lancé en 2013 le portefeuille santé mobile mHealth. Ce portefeuille, utilisable avec un téléphone portable, sert uniquement à payer des dépenses de santé. Le forfait pilote a ciblé 5 000 mères d'enfants de moins de cinq ans vivant dans des implantations sauvages dans la capitale kényane Nairobi. Le portefeuille des utilisatrices a été crédité de mille shillings kényans (10 dollars). Une enquête menée auprès des femmes a révélé un taux de satisfaction de 90 % ; plus de trois quarts des utilisatrices interrogées ont déclaré souhaiter utiliser le portefeuille pour y placer leur propre argent destiné à la santé.

Des partenariats fructueux

Deux ans plus tard, après le succès du projet pilote, PharmAccess s'est associée à Safaricom, le plus grand opérateur mobile du Kenya, et à M-Pesa, un service de transfert d'argent par téléphone mobile, afin de lancer un portefeuille santé mobile appelé

plus de 100 000 utilisateurs ayant accès à 120 prestataires de soins à Nairobi et dans certaines zones en dehors de la ville.

« S'il est un événement novateur qui a eu lieu sur le continent et qui nous mène vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle, c'est bien M-Tiba », a fait remarquer Khama Rogo, responsable de l'initiative de la Banque mondiale Santé en Afrique. « M-Tiba fait faire un bond aux soins de santé au Kenya. »

M-Tiba présente plusieurs avantages. Les utilisateurs peuvent économiser de l'argent pour leurs soins de santé, ou recevoir des contributions d'amis et de parents ou d'autres payeurs tels que le gouvernement ou des organisations caritatives

Refus de traitement

Selon Nicole Spieker, directrice qualité à PharmAccess, la société collabore avec des entreprises et le gouvernement du Nigéria et de la Tanzanie afin d'assurer aux pauvres des régimes de soins de santé prépayés. Mme Spieker a indiqué à *Afrique Renouveau* par courriel que plus de 200 000 personnes ont adhéré au programme d'assurance maladie de l'État de Kwara au Nigéria et à l'Improved Community Health Fund (iCHF) en Tanzanie.

Les analystes pensent que le secteur de l'assurance maladie privée — en partenariat avec les gouvernements et en tirant parti des technologies — peut transformer les systèmes de santé en Afrique. Toutefois, les critiques avertissent que s'il n'est pas correctement réglementé, le secteur peut enrichir les actionnaires des compagnies d'assurance tout en refusant ou en limitant

S'il y avait une seule innovation sur le continent qui nous mènerait à la réalisation de la couverture santé universelle, alors c'est M-Tiba. M-Tiba est réellement un bond en avant pour la couverture médicale au Kenya.

M-Tiba (m pour « mobile » et tiba pour « traitement médical » en swahili). M-Tiba permet aux utilisateurs d'économiser de l'argent dans leur téléphone portable afin de payer des services médicaux dans des établissements désignés.

En octobre 2016, PharmAccess a étendu M-Tiba à tout le pays, ciblant les Kényans à faible revenu. À ce jour, M-Tiba enregistre

les traitements dispensés aux patients. Et d'ajouter qu'en l'absence de contrôle, les sociétés pourraient manquer de rigueur concernant les fraudes, le gaspillage et le maintien des faibles coûts. Elles pourraient choisir les maladies qu'elles couvrent, ou éviter d'inscrire des personnes malades, voire refuser un traitement chaque fois qu'elles le peuvent. 📌

Médecine : la fuite des cerveaux

Les professionnels de santé africains sont attirés par des salaires plus élevés et des infrastructures modernes

PAR KINGSLEY IGHOBOR



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Des étudiants en médecine observent des médecins réaliser une opération à Moshi, en Tanzanie.

© Panos/ Sven Torfinn

Vêtu de sa blouse, le Dr Folu Songonuga franchit l'entrée des bureaux d'Activa Rehabilitation Services, à Orange, New Jersey, aux Etats-Unis. Physiothérapeute, il s'apprête à recevoir un patient en fauteuil roulant.

« Je reçois jusqu'à vingt patients par jour », explique le Dr Songonuga, né au Nigéria mais naturalisé Américain, à *Afrique Renouveau*. Avec son compatriote Olufemi Dosumu, il est propriétaire de ce centre de rééducation créé en 1996.

Diplômé de l'université Obafemi Awolowo au Nigéria, le Dr Songonuga a déménagé aux Etats-Unis, où il a obtenu un doctorat en physiothérapie. Il fait partie de

ces milliers de professionnels de santé nigériens qui, attirés par des salaires plus élevés et des infrastructures plus modernes, ont traversé l'Atlantique.

« J'ai quitté le Nigéria parce que je voulais gagner plus d'argent, apprendre de nouvelles choses et travailler dans de meilleures conditions », explique-t-il.

Dans le New Jersey, un chirurgien gagne en moyenne 216 000 dollars par an contre 24 000 dollars en Zambie à compétence égale. Les médecins kenyans gagnent en moyenne 6 000 dollars par an.

Osahon Enabulele, ancien président de l'Association médicale du Nigéria, estime qu'environ 8 000 médecins nigériens vivent aux Etats-Unis. Au Nigéria,

on compte environ 35 000 médecins pour 173 millions d'habitants, selon Folashade Oguniola, professeur de médecine et président de l'Association des Universités de médecine du Nigéria.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'autorité des Nations Unies chargée de la promotion de la santé publique, estime que la proportion de médecins est de 0,3 pour 1 000 habitants au Nigéria alors que le pays aurait besoin d'au moins 237 000 médecins, déclare le Dr. Enabulele.

Selon les statistiques de l'OMS de 2015, la proportion de médecins au Libéria et en Sierra Leone (deux pays touchés récemment par l'épidémie d'Ebola) est encore plus faible : 51 médecins pour 4,5 millions d'habitants au Libéria (soit 0,1 pour 1000) et 135 médecins pour 6 millions en Sierra Leone (soit 0,2 pour 1000). L'Ethiopie et l'Ouganda possèdent des taux respectifs de 0,2 et 0,12 pour 1 000. L'Afrique du sud et l'Egypte, s'en sortent mieux avec des taux de 4,3 et 2,8.

L'herbe est plus verte ailleurs

« Près de 44% des États membres de l'OMS disposent de moins d'un médecin pour 1 000 habitants », soulignait l'OMS en 2015. « Les pays ayant des besoins relativement moindres sont ceux qui ont le plus de professionnels de santé, alors que les plus touchés par les maladies doivent se débrouiller avec un corps médical restreint. »

Selon l'OMS, l'Afrique est touchée par « plus de 24% des maladies dans le monde, mais ne dispose que de 3% de l'ensemble des professionnels de santé et de moins de 1% des ressources financières mondiales ». L'état déplorable dans lequel se trouvent les systèmes de santé des pays africains est un autre élément dissuasif pour les médecins. Même avant que la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone ne soient touchés par le virus Ebola en 2014, plus de 57% des infrastructures étaient en mauvais état, avec une « faible disponibilité de service », soit une « absence de diagnostics et de médicaments essentiels ».

En dépit du manque cruel de médecins en Ouganda, le gouvernement a approuvé un plan de recrutement de 200 médecins et infirmières par Trinité-et-Tobago, défendant son projet en arguant qu'il pourrait « encore améliorer les excellentes relations bilatérales » entre les deux pays. Trinité-et-Tobago a auparavant fourni une aide financière et des formations dans le secteur du gaz et du pétrole ainsi qu'aux forces de police ougandaises.

Mais un groupe de réflexion, l'Institute of Public Policy Research Uganda (IPPR-U), a remis en cause le bien-fondé de cette décision. « Alors que le gouvernement est favorable à une exportation de personnel médical, des milliers d'Ougandais meurent tous les jours. » Le groupe a porté plainte devant les tribunaux pour violation du « droit d'accès à des services médicaux de base pour tous les Ougandais », inscrit dans la Constitution.

Le tribunal a donné tort à l'IPPR-U qui a toutefois eu le temps d'attirer l'attention sur l'état précaire du système de santé ougandais.

L'an dernier, cinq des six médecins travaillant dans le comté de Lamu au Kenya ont démissionné, n'en laissant qu'un pour s'occuper des 100 000 habitants de la région. Ils se plaignaient des tarifs trop bas, des conditions de travail difficiles et de l'insécurité. Certains voulaient partir dans le privé, d'autres en Afrique du Sud ou ailleurs.

Pertes financières

Les pays qui investissent dans la formation des professionnels de santé subissent des pertes financières lorsque ces derniers émigrent, indique une enquête réalisée en 2011 par un groupe de scientifiques canadiens dirigé par Edward Mills, membre du projet de recherche sur la migration des travailleurs de santé à l'Université d'Ottawa. Sur les neuf pays d'Afrique sub-saharienne étudiés (Ethiopie, Kenya, Malawi, Afrique du sud, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) les pertes financières s'élevaient à environ 2,1 milliards de dollars pour les médecins formés puis partis travailler à l'étranger jusqu'en 2010. Les chercheurs ont estimé que la formation d'un médecin coûte entre 21 000 et 59 000 dollars aux pays africains.

Ces pertes pour l'Afrique profitent aux pays riches : les bénéfices ont été en dollars

de 2,7 milliards pour le Royaume-Uni, 846 millions pour les Etats-Unis, 621 millions pour l'Australie et 384 millions pour le Canada. Les chercheurs en concluent donc que les pays riches devraient fournir un appui financier et logistique aux établissements de santé africains.

Il y a cinq ans, les Etats-Unis ont consacré 130 millions de dollars à la formation de médecins dans 12 universités africaines, notamment l'Université de Zambie, l'Université du Zimbabwe, l'Université du Botswana, l'Université d'Ibadan au Nigéria et l'Université de science et de technologie Kwame Nkrumah au Ghana. L'aide a également profité à une vingtaine d'universités américaines qui ont collaboré avec ces universités. Les organisations non gouvernementales telle que la Fondation Bill & Melinda Gates financent également des programmes similaires.

La fuite des cerveaux, un crime ?

Certains humanitaires jugent criminel l'exode des médecins africains, et lancent un débat sur la moralité et la légalité de ces recrutements internationaux.

Dans un article publié en 2011 par *The Lancet*, un journal médical britannique, des humanitaires écrivaient : « les pays riches tels que l'Australie, le Canada, l'Arabie saoudite, les Etats-Unis, les Emirats arabes unis et le Royaume-Uni ont conservé une relativement large proportion de médecins par habitant en recrutant de jeunes diplômés venus de pays en développement, notamment d'Afrique sub-saharienne. En comparaison, plus de la moitié des pays de cette région dispose de moins d'un médecin par habitant, le seuil minimum acceptable établi par l'OMS ».

Adopté en 2010, le code de conduite de l'OMS sur le recrutement international des prestataires de santé exhorte les pays riches à aider les pays touchés par l'exode des médecins. Ce texte n'est cependant pas légalement contraignant.

En avril 2011, les chefs d'État des pays de l'Union africaine se sont engagés à consacrer au moins 15% de leurs budgets à l'amélioration du secteur de la santé et ont appelé les pays donateurs à « verser, comme prévu, 0,7% de leur PNB pour l'Aide publique au développement (APD). »

Douze ans plus tard, seuls six pays (Libéria, Madagascar, Malawi, Rwanda, Togo et Zambie) ont atteint leur objectif.

Les autres accusent des ressources financières insuffisantes et des priorités plus urgentes.

Professeur et doyen de l'Université de médecine Copperbelt à Ndola en Zambie, Kasonde Bowa indique à *Afrique Renouveau* que l'exode des médecins pourrait être endigué avec l'augmentation des salaires et des investissements, car « il est très facile pour les médecins formés à l'étranger d'y rester ». Les lois américaines, par exemple, autorisent les étudiants à rester aux Etats-Unis s'ils acceptent d'exercer en zones rurales. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, leur permettent d'obtenir facilement un permis de travail.

Stopper l'hémorragie des talents

Le Dr Bowa a étudié en Ecosse et contrairement à d'autres, il est rentré en Zambie pour exercer et enseigner. « J'ai été sponsorisé et j'étais obligé de revenir », indique-t-il.

Le Dr Bowa souhaiterait davantage d'investissements pour des équipements plus modernes dans les hôpitaux, ainsi que des mesures incitatives pour le personnel médical, tels qu'un logement, l'accès à la propriété ou un plan de carrière, notamment dans les zones rurales. « Ils doivent avoir des opportunités d'évolution. »

Les professionnels de santé seront de plus en plus demandés en Australie, au Canada, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et dans d'autres pays riches. L'Ordre des médecins et des infirmières (Council on physician and nurse supply) aux Etats-Unis prévoit une pénurie de 200 000 médecins entre 2012 et 2022.

Laurie Garrett, chercheuse pour le Conseil des relations étrangères aux Etats-Unis, partage cette opinion : « Dans un avenir proche, chaque prestataire de santé, que ce soit un établissements médical de l'Université d'Harvard ou un hôpital dans le désert éthiopien, cherchera à recruter des talents mais seuls ceux qui en auront les moyens pourront se le permettre. »

Un médecin venu d'un pays pauvre est bon pour soigner « un diabétique ou une personne cardiaque au fin fond du Nebraska », écrit Matt McAllester, éditeur du *New York Times*. « C'est un pays pauvre qui paie pour que les patients en profitent. » Un coût qui pourrait bien se mesurer en nombre de vies perdues dans les villages africains. 🍌

Le fardeau des « nouvelles » maladies

D'ici 2030, le diabète, le cancer, les maladies cardiaques et respiratoires seront la principale cause de mortalité

PAR ZIPPORAH MUSAU

A la troisième sonnerie consécutive de son téléphone, Jennifer Nakazi, 26 ans, se figea dans le hall encombré de cette banque en plein cœur de New York. Elle s'apprêtait à envoyer de l'argent à sa famille en Ouganda et son frère l'appellait pour lui donner des nouvelles de sa mère malade.

A 63 ans, la mère, souffrant de diabète depuis dix ans, a dû être hospitalisée en raison d'un taux de sucre sanguin et d'une tension artérielle excessivement élevés.

“J'espère que nous n'allons pas la perdre. Notre père est mort de diabète il y a deux ans à peine. C'est une période difficile”, explique Melle Nakazi à *Afrique Renouveau*. Après avoir effectué un transfert de 700 dollars, elle rappella son frère. C'est un soulagement : l'état de leur mère s'est stabilisé. Mais le combat est loin d'être terminé.

Melle Nakazi fait attention à son alimentation, évitant le sucre et les boissons alcoolisées. Elle redoute le diabète et ces maladies relativement nouvelles dont le nombre a plus que doublé ces dernières années en Afrique.

Le diabète de type 2, tout comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, appartiennent à la catégorie des maladies non transmissibles (MNT) également appelées “maladies liées au mode de vie”. Comme leur nom l'indique, elles sont essentiellement liées au mode de vie et à l'environnement immédiat.

Une alimentation trop riche en lipides, en sucre ou en sel, le tabac, l'abus d'alcool, et l'absence d'exercice physique, représentent les quatre principaux facteurs de risque qui favorisent l'apparition des MNT telles que l'hypertension artérielle, l'obésité, les maladies respiratoires, le diabète et le cholestérol.

Ces mauvaises habitudes sont généralement adoptées à l'adolescence ou à l'âge

adulte, estiment les experts, mais peuvent facilement être corrigées. Des millions de vies pourraient être épargnées grâce à une alimentation plus saine, une activité physique, l'absence de tabac et une consommation modérée d'alcool. Un régime de vie que Melle Nakazi est bien déterminée à suivre.

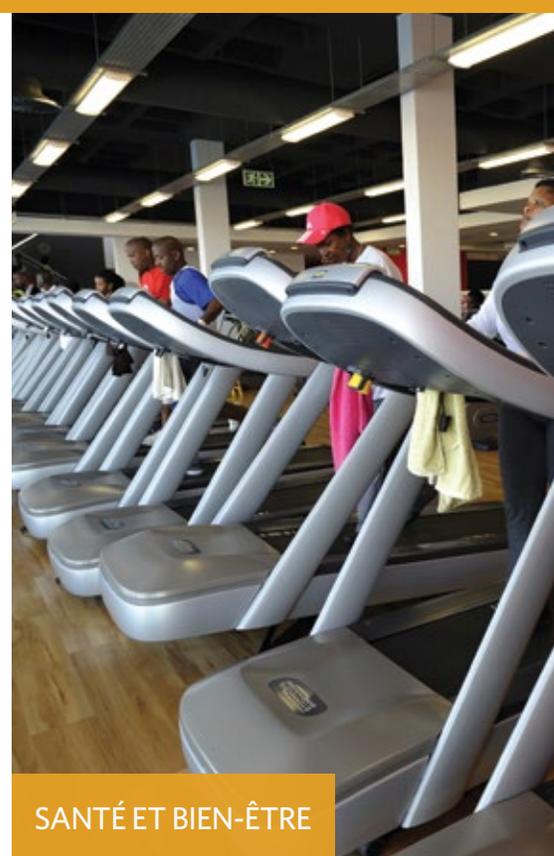
Responsables de 70% des décès dans le monde, les MNT sont aujourd'hui la principale cause de mortalité dans la majorité des régions du monde, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 2012, les MNT ont fait 38 millions de victimes, dont 80% vivaient dans les pays en développement. Près de la moitié des morts prématurées – avant 70 ans.

Longtemps considérées comme des maladies occidentales touchant uniquement les urbains et les plus aisés, les MNT ont silencieusement fait leur apparition dans de nombreuses régions d'Afrique, alors que les gouvernements et la communauté internationale avaient les yeux rivés sur la lutte contre les maladies transmissibles - VIH, paludisme, tuberculose, polio.

Une bombe à retardement

Dans les dix prochaines années, les 54 pays d'Afrique vont connaître la plus forte augmentation de décès dans le monde causés par les MNT. Bien que des maladies transmissibles prédominent, l'OMS prévoit que d'ici 2030, les MNT seront la principale cause de mortalité en Afrique subsaharienne, une épreuve majeure alors que la population aura doublé sur le continent.

« En Afrique, les cas de MNT augmentent rapidement et devraient dépasser ceux des maladies transmissibles, maternelles, prénatales et nutritionnelles, pour devenir les principales causes de mortalité d'ici 2030 », explique le Dr Oleg Chestnov, Sous-Directeur général au groupe maladies non



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Une salle de sport Virgin Active à Soweto, à Johannesburg, en Afrique du Sud.  AMO/
Robert Tshabalala

transmissibles et santé mentale de l'OMS à *Afrique Renouveau*.

En Afrique du Nord, les MNT sont déjà la cause de plus de trois quarts des décès. Près de la moitié de la population de cette région souffre d'hypertension artérielle, une pathologie qui annonce d'autres MNT telles que les maladies cardiaques, d'après les données de l'OMS en 2014. En Algérie, Egypte, Libye ainsi qu'au Maroc, plus de 75% des décès en 2012 furent causés par une MNT.

La préoccupation première des responsables de santé publique concerne désormais l'hypertension qui touche déjà 30% de la population africaine et qui risque d'engendrer entre autres des maladies coronariennes, des infarctus, et des déficiences rénales ou visuelles.

Effets néfastes

Les MNT nuisent autant aux malades qu'à l'économie. Au niveau national, elles entravent les efforts de lutte contre la pauvreté, rendant encore plus difficile la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) tel que l'objectif numéro 3, qui vise à assurer la bonne santé et le bien-être de chacun.



Les maladies chroniques à grande échelle se traduisent par une décroissance des rendements du travail, une baisse des retours sur investissement en capital humain et une augmentation des coûts de santé.

La multiplication des cas de MNT engendra une « charge de morbidité générale » pesant sur des systèmes de santé déjà saturés et qui doivent faire face au paludisme, à la tuberculose, au VIH/Sida, et à une santé maternelle et infantile déplorable. Les MNT sont des affections de longue durée qui impliquent des diagnostics complexes, des médicaments sophistiqués, et une gestion intensive de l'invalidité.

Une once de prévention

Bien que le tabac soit la cause des MNT la plus facile à prévenir, de plus en plus de jeunes africains se mettent à fumer.

Environ un adolescent sur 10 fume des cigarettes et le même nombre consomme du tabac sous d'autres formes. La moitié des adolescents en Afrique sont des fumeurs passifs », selon Population Reference Bureau (PRB), une ONG basée à Washington D.C.

En Zambie, environ un quart des élèves entre 13 et 15 ans fument ou consomment du tabac. En Afrique du Sud, la proportion

est de 24% pour les garçons et 19% pour les filles, lycée et collège confondus.

Quant à l'alcool, les campagnes publicitaires présentent sa consommation comme une activité « cool », les jeunes y ont facilement accès et sont très exposés. En Namibie, près de 26% des garçons et 21% des filles entre 13 et 15 ans sont des consommateurs d'alcool réguliers. En Mauritanie, 21% des garçons et 14% des filles dans le secondaire indiquent avoir été excessivement soûls une ou plusieurs fois dans leur vie.

La voie à suivre

Seuls des engagements aux niveaux mondial, national et individuel pourront endiguer l'épidémie des MNT. Au niveau mondial, l'OMS tente de mobiliser les pays autour d'une action collective, notamment les pays africains qui, pour la plupart, n'ont pas pris de mesures adaptées.

Avec l'adoption des ODD en 2015, les responsables mondiaux se sont engagés à réduire les décès prématurés causés par les maladies liées au mode de vie de 30% d'ici 2030. Ils ont également définis des objectifs nationaux de réduction des MNT et se sont engagés à mettre en place les politiques et les mesures qui s'imposent, notamment en réduisant l'exposition de

la population aux facteurs de risques et en renforçant les structures de prise en charge.

L'OMS propose d'augmenter les taxes sur les produits à base de tabac et les boissons alcoolisées, d'imposer des paquets neutres voire d'interdire totalement les paquets qui visent à séduire le consommateur, et de faire appliquer les interdictions sur la publicité pour l'alcool.

Concernant l'alimentation, il est proposé d'inciter les entreprises agroalimentaires à mettre moins de sel dans leurs produits, et d'imposer une taxe sur les boissons sucrées, l'une des principales causes de l'épidémie mondiale d'obésité et de diabète.

Les systèmes de santé peuvent également fournir des traitements médicaux indispensables et assurer le suivi des personnes victimes d'une crise cardiaque ou d'un infarctus, et celui des personnes à haut risque. D'autres mesures dont l'efficacité a été prouvée peuvent être mises en place telle que la vaccination contre le papillomavirus humain qui assure la prévention de pratiquement tous les types de cancer du col de l'utérus, qui tue de nombreuses femmes chaque année en Afrique.

Selon le Dr Chestnov, des progrès ont été réalisés : 60% des pays dans le monde se sont fixés des objectifs pour lutter contre les MNT tandis que 92% ont intégré des mesures à leur plan de santé publique. D'autres tentent d'instaurer une taxe sur les produits à base de tabac pour financer les dépenses de santé.

Afin de prévenir et de contrôler ces maladies de façon simple et efficace, les individus doivent adopter un mode de vie sain grâce à une alimentation variée (beaucoup de fruits et légumes, moins de sucre, de sel et de graisses), éviter le tabac et l'alcool et pratiquer une activité physique.

Sans action immédiate, l'épidémie de MNT sera un lourd fardeau pour des systèmes de santé déjà saturés et un problème majeur pour le développement de l'Afrique.

Plus l'épidémie de MNT se répandra, plus les besoins des systèmes de santé seront importants. Comme il est peu probable que le taux de croissance économique augmente à la même vitesse que les MNT, seules les mesures préventives pourront permettre d'éviter le seuil critique. 🇵🇸

Lutter contre les MNT

Augmenter les taxes sur l'alcool et le tabac pour financer les soins de santé

Appliquer l'interdiction de la publicité pour l'alcool

Réduire le sel dans les produits alimentaires

Augmenter les taxes sur les boissons sucrées

Rendre les traitements médicamenteux essentiels facilement accessibles

Encourager les activités physiques et d'extérieures

Promouvoir des régimes sains, avec beaucoup de fruits et légumes

Santé publique : trouver la juste approche

Le Ghana est confronté à la difficulté de rendre le régime de soins de santé accessible à tous

PAR FRANCK KUWONU



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Un étudiant en laboratoire réalise une prise de sang pour un test prénatal de routine dans un hôpital public au Ghana.  Panos/Nyani Quarmyne

Bernard Natey n'ayant pu trouver, dans son Togo natal, de chirurgien cardiaque qualifié capable de lui implanter un stimulateur cardiaque pour soigner son arythmie, il a rapidement fait ses bagages pour aller séjourner dans un hôpital du Ghana voisin. Bernard Natey a confié à *Afrique Renouveau* qu'il envisageait de se faire opérer à l'Hôpital Universitaire Korle-Bu de la capitale, Accra, le principal hôpital public du Ghana, qui offre des soins avancés et spécialisés rarement disponibles dans d'autres institutions de soins de santé d'Afrique de l'Ouest.

L'hôpital se félicite de compter parmi sa clientèle une part importante de patients venus de pays voisins du Ghana, comme le Burkina Faso, le Nigéria ou le Togo, en raison de son expertise dans le domaine de la chirurgie plastique et reconstructive, du traitement des brûlures, de ses services de chirurgie cardiothoracique et

de radiothérapie ainsi que de médecine nucléaire.

L'expérience de Bernard Natey est commune à de nombreux patients d'Afrique subsaharienne qui ont besoin de soins médicaux mais ne peuvent les obtenir dans leur pays d'origine, parce qu'ils ne sont pas proposés ou que leurs coûts sont prohibitifs.

Selon une étude d'Afrobaromètre, un réseau de recherche panafricain indépendant qui réalise des sondages d'opinion, près de la moitié des personnes interrogées dans 36 pays africains disent n'avoir pas eu accès aux soins médicaux qu'elles désiraient en 2014 ou 2015, et 4 personnes sur 10 ont indiqué avoir eu « du mal » ou « beaucoup de mal » à obtenir des soins nécessaires pendant cette période.

Partout en Afrique de l'Ouest, tel est le dilemme qui se pose à de nombreux patients en quête de soins de santé de

qualité. Des citoyens de la Côte d'Ivoire, de la Gambie, du Libéria et de la Sierra Leone se rendent souvent au Ghana pour se faire soigner.

Quels sont donc ces soins de santé qu'offre le Ghana et qui attirent les Ghanéens tout comme les étrangers ?

Accès garanti

La réponse se trouve dans la disponibilité et l'accessibilité. Afin de rendre les soins de santé accessibles à tous, le Ghana a été l'un des premiers pays africains à mettre en place un système universel d'assurance maladie — le National Health Insurance Scheme (NHIS).

Le pays met actuellement en œuvre un programme de partenariat public-privé qui permet à un réseau d'établissements privés de dispenser des soins de santé dans des régions dépourvues de services de santé publique. Bien qu'il soit confronté à

des défis, ce programme a été applaudi à l'échelle internationale, notamment par les Nations Unies et la Banque mondiale, en tant que modèle pour l'Afrique subsaharienne, face aux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé publique de la région.

Le NHIS est subventionné par le gouvernement et financé surtout grâce à la taxe sur certains biens et services. Il couvre le traitement des maladies les plus répandues dans le pays, dont le paludisme, les maladies de la peau, les troubles de l'estomac, l'hypertension, le diabète, l'asthme, les infections oculaires et auriculaires, les rhumatismes et la typhoïde. Le système couvre également les soins dentaires.

Conformément à la loi, toute personne résidant au Ghana est tenue de s'inscrire et, à moins qu'elle n'appartienne à l'un des groupes exemptés, de payer des primes annuelles. En contrepartie, ces personnes ne sont pas tenues d'effectuer d'autres paiements directs lorsqu'elles ont besoin de soins.

Ce système a subi quelques réformes depuis son inauguration officielle en 2004. En 2011, le NHIS a été distingué par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour avoir « amélioré l'accès financier aux services de santé, en particulier pour les pauvres et les personnes marginalisées ».

En 2013, plus de 10 millions de personnes étaient inscrites au NHIS, soit environ 38 % de la population totale. Dans le classement Afrobaromètre des pays par pourcentage de citoyens n'ayant pas accès aux soins de santé, le Ghana bénéficie du quatrième plus faible pourcentage (26 %) sur les deux dernières années, juste derrière l'Algérie (25 %), le Cap-Vert (19 %) et l'Île Maurice (2 %).

La performance du Ghana peut être attribuée au régime d'assurance. Une étude sur l'impact du NHIS sur l'utilisation des soins de santé, publiée en 2012 dans le *Ghana Medical Journal*, révèle que les personnes disposant d'une assurance maladie sont plus susceptibles d'obtenir des ordonnances, de se rendre dans les cliniques et de chercher des soins de santé formels en cas de maladie. Et les auteurs de conclure : « L'objectif du gouvernement ghanéen d'accroître l'accès au secteur des soins de santé formels grâce à l'assurance

maladie a été atteint au moins en partie . » Le recours accru aux soins de santé s'explique aussi par le fait que le gouvernement s'appuie sur le secteur privé pour l'accès à ces soins. Le Ghana est « en avance sur de nombreux autres pays [africains] » du fait d'une politique bien précise sur le rôle du secteur privé dans la santé, souligne la Banque mondiale dans un document de travail sur l'évaluation du secteur privé de santé au Ghana .

Le gouvernement a ainsi conclu un partenariat avec l'Association chrétienne de santé du Ghana (Christian Health Association of Ghana, CHAG), un réseau confessionnel d'obédience chrétienne de 183 prestataires de soins, afin d'offrir des services de santé dans les zones mal desservies. Aux termes de cet accord, le gouvernement apporte son soutien aux installations du réseau sous forme de salaires, d'équipements et de fournitures médicales. Comme les membres du CHAG offrent leurs services aux collectivités défavorisées dans des régions éloignées à travers tout le pays, leur réseau permet au gouvernement de fournir des soins de santé dans les régions ne disposant pas d'installations publiques.

« Le partenariat public-privé entre le Ministère de la santé et le CHAG est unique en Afrique subsaharienne et fonctionne bien, ce qui permet au CHAG d'agir comme une agence du gouvernement, en particulier dans les zones rurales mal desservies », explique le rapport de la Banque mondiale.

Crise de croissance

Les choses n'ont cependant pas toujours été simples pour le NHIS depuis sa création il y a plus de dix ans et le système semble passer par une crise . Selon les estimations du gouvernement, seulement un peu plus de 38 % de la population participe au régime en place, et les hôpitaux continuent de demander à certains assurés de payer pour leurs soins. Les fournisseurs de soins de santé se plaignent régulièrement de ne pas être remboursés assez rapidement.

En outre, bien que l'assurance soit obligatoire pour tous les résidents du Ghana et qu'elle soit financée par les primes des abonnés — 2,5% de cotisation nationale d'assurance maladie, 2,5% de fonds d'affectation de la sécurité sociale et de l'assurance nationale, les déductions du secteur formel, les fonds du gouvernement, les associations

caritatives et les retours d'investissement — les experts estiment que depuis 2009, le régime reste insuffisamment financé.

La National Health Insurance Authority (Organisme national d'assurance médicale), qui administre la NHIS, note sur son site Web que 69 % des assurés sont exemptés du paiement des primes. Il s'agit des moins de 18 ans et des plus de 70 ans, des femmes enceintes, des nécessiteux et de ceux qui appartiennent à des catégories particulières d'invalidité.

L'agence reconnaît que le coût de la prestation de soins a augmenté beaucoup plus rapidement que les ressources financières disponibles depuis que le régime est devenu opérationnel en 2005, ce qui a donné lieu à des déficits annuels croissants ces dernières années.

Alors que le Ghana se prépare à organiser des élections générales en décembre 2016, la durabilité du régime d'assurance maladie est devenue un point de conflit entre les principaux partis politiques. Le principal parti d'opposition soutient que le régime a fait son temps mais il promet de le ressusciter s'il est élu, tandis que le parti au pouvoir souligne les efforts réalisés au niveau national pour inciter les inscrits au régime médical à renouveler leur adhésion annuelle, témoignant ainsi de la réussite du système.

Abstraction faite des postures politiques, la plupart des Ghanéens semblent néanmoins s'entendre sur la nécessité des réformes.

En vue de pérenniser le régime, une étude commandée par le gouvernement propose de réduire les coûts en limitant la couverture médicale aux soins de base, maternels et infantiles.

« Le NHIS doit être réorienté vers l'accès universel aux soins de santé de base à moyen terme et vers une réalisation progressive de l'accès universel à des niveaux de soins plus élevés à long terme », a recommandé en avril le comité chargé de l'étude.

Alors que le pays réfléchit à la pérennisation de son régime d'assurance et aux problèmes que rencontrent parfois les établissements publics en ce qui concerne la fiabilité des soins, Korle-Bu, le principal hôpital public d'Accra, continue d'attirer des patients venus de l'étranger du fait de sa réputation en matière d'innovation et de soins de pointe. 🍌

Nous pouvons améliorer nos systèmes

— Dr. Matshidiso Moeti

Le Dr Matshidiso Moeti, du Botswana, est la première femme à diriger le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique. La nouvelle directrice régionale possède plus de 36 ans d'expérience dans le domaine de la santé publique. Son but est de rendre l'Organisation plus dynamique, efficace et axée sur les résultats. Elle ambitionne d'accélérer l'atteinte des Objectifs de développement convenus au plan mondial, tout en faisant face aux menaces émergentes. Voici un extrait adapté de son entretien avec Tefo Pheage pour *Afrique Renouveau*.

Afrique Renouveau : Vous avez récemment organisé votre deuxième rencontre annuelle avec les ministres africains de la santé. Êtes-vous satisfaite de son issue ?

Dr Moeti : Oui, elle s'est révélée très productive. Les ministres ont adopté des stratégies et des cadres clés couvrant les vastes domaines de la sécurité sanitaire, des systèmes de santé, de la santé des enfants, des femmes et des adolescents, de la vieillesse, des maladies transmissibles et non transmissibles, du financement et de la gouvernance de l'OMS. Ils se sont engagés à œuvrer en faveur d'un engagement politique et à mobiliser davantage de ressources pour la santé, ainsi qu'à renforcer leur collaboration dans le cadre du programme de développement durable.

En ressort-il quelque chose qui va influencer votre stratégie ?

L'enthousiasme renouvelé en faveur de meilleurs soins de santé en Afrique m'inspire. Je suis convaincue que, si chacun y met du sien, il sera possible de les améliorer.

Parlez-nous de votre première année en tant que directrice et de ce que vous espérez accomplir au cours de vos cinq années de mandat.

La première année, ma priorité était de mettre fin à la flambée du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, ce qui a été accompli en décembre 2015, ainsi que d'améliorer l'état de préparation et la capacité de réaction de la région face aux épidémies et aux urgences. Nous avons également commencé à restructurer l'OMS en Afrique afin d'y traiter efficacement les priorités. Mon mandat s'articule autour de cinq objectifs : améliorer la sécurité sanitaire, renforcer les systèmes nationaux de santé, faire une large place aux Objectifs



Dr. Matshidiso Moeti, chef du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé en Afrique.

 OMS

de développement durable liés à la santé, aborder les déterminants sociaux de la santé et mettre sur pied un Secrétariat de l'OMS en Afrique qui soit dynamique et axé sur les résultats.

Vous avez été nommée alors que le virus Ebola ravageait la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Qu'est-ce qui a permis de le vaincre ?

Certains facteurs étaient primordiaux pour l'éradiquer, notamment un engagement intense auprès des pays touchés, des bailleurs, des organismes techniques et des collectivités. Je me suis rendue dans les trois pays touchés pour nouer le dialogue avec leur président, les autorités nationales, les partenaires et la communauté, afin que toutes les mesures nécessaires pour juguler l'épidémie soient mises en œuvre. Nous avons ensuite mobilisé les ressources financières nécessaires pour soutenir les opérations sur le terrain. Enfin, nous avons déployé plus de 3 800 différents experts, qui ont joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain, comme le suivi des contacts, le

traitement des malades, la détection du virus à l'aide de laboratoires mobiles et le partage des données et des informations avec la communauté mondiale.

Comment ces pays pourraient-ils mieux se préparer contre les futures épidémies, le virus Zika, par exemple ?

Il est crucial pour eux de renforcer leurs capacités et moyens de préparation et de réponse à toute crise de santé publique susceptible de menacer la sécurité sanitaire publique, en mettant en œuvre le Règlement sanitaire international. Cet ensemble de règles adoptées par tous les pays vise à renforcer leurs capacités de base, fournir un financement adéquat et collaborer avec les partenaires. Ces règles sont également conçues pour renforcer la coopération transfrontalière en matière de préparation et de réponse aux menaces découlant de maladies à tendance épidémique et pandémique. La participation de la société civile et du secteur privé est également capitale.

Quelles mesures concrètes les pays d'Afrique peuvent-ils prendre pour améliorer leurs systèmes de santé ?

Renforcer le leadership et la gouvernance des secteurs sanitaires pour gagner la confiance de toutes les parties prenantes. Les gouvernements devraient aussi être plus innovants pour générer des revenus de sources intérieures et assurer à toute la population un accès aux services de santé essentiels. Ils devraient améliorer la qualité des services de santé et la sécurité des patients et du personnel de santé, ainsi que s'associer avec la société civile et d'autres partenaires afin d'élargir l'accès. Investir dans les systèmes de santé au niveau des districts et des collectivités devrait être une

priorité pouvant contribuer à la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des Objectifs de développement durable.

Le 3e Objectif de développement durable consiste à permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous. Quel rôle les gouvernements et les partenaires tels que l'OMS doivent-ils jouer pour aider l'Afrique à cet égard ?

Les Objectifs de développement durable nécessiteront une nouvelle approche intégrée et holistique de la part des gouvernements. Bien que le 3e objectif porte sur la santé, une complémentarité et une synergie intersectorielles sont essentielles pour l'atteindre. Les gouvernements ont besoin de nouvelles plateformes pour coordonner les besoins des secteurs social et sanitaire, mais aussi pour protéger les citoyens les plus vulnérables. Notre rôle, à l'OMS et aux autres partenaires, consiste à aider à renforcer la capacité du secteur de la santé de sorte que les techniciens et les décideurs puissent répondre à ces besoins.

Quel sera le rôle de l'OMS dans la mobilisation des ressources destinées aux pays pauvres ne pouvant se permettre de consacrer à la santé une énorme part de leur budget ?

Nous encourageons vivement les partenaires et les pays donateurs à offrir un soutien, notamment financier, aux pays les plus en difficulté. Cependant, il faut reconnaître que les bailleurs se lassent des conflits, des crises migratoires et humanitaires, qui exigent davantage de ressources de la part de la communauté internationale. Nous devons mobiliser plus de ressources de notre propre région, pour réduire progressivement la dépendance à l'égard des dons extérieurs. Les pays africains devront peut-être aussi envisager des moyens novateurs de mobiliser des ressources au moyen de régimes fiscaux ciblés (comme cela a été fait ailleurs avec les impôts sur les billets d'avion et sur les « vices »). L'OMS offrira ses conseils techniques et son expertise pour renforcer la capacité de mobilisation des ressources et assurer leur utilisation plus efficace, tout en garantissant la transparence et la responsabilité.

L'OMS a, au fil des ans, proposé de développer des services de santé mentale

communautaires dans le monde entier. Quelle est la situation en Afrique à cet égard ?

De tels services sont développés ou renforcés dans plusieurs pays africains. Ils intègrent généralement une approche axée sur le rétablissement, qui donne la priorité à l'aide apportée aux personnes atteintes de troubles mentaux ou psychosociaux, aux personnes vulnérables ou victimes de violences. La majorité des services communautaires de la région sont assurés par des ONG et des groupes religieux, avec le soutien des familles et des aidants. Dans certains pays, le gouvernement contribue ou assume l'entière responsabilité. Les pays qui ont adopté ces services sont notamment le Bénin, le Burkina Faso, le Kenya, la RDC, le Ghana, la Namibie, le Rwanda, le Sénégal, l'Afrique du Sud, le Togo, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe.

Le VIH/sida et le paludisme sont encore des problèmes de santé majeurs en Afrique, qui compte 11 % de la population mondiale, mais abrite 60 % des personnes atteintes du VIH/sida. Où en serons-nous dans les années qui viennent ?

Nous avons fait d'importants progrès en réduisant les décès dus au paludisme de 66 % ces 15 dernières années ; les décès dus au VIH/sida ont baissé de près de la moitié ces 10 dernières années. Cela a été en grande partie possible grâce à un engagement politique accru, un partenariat mondial plus fort, un financement à la hausse, une meilleure couverture permettant des interventions efficaces et une implication concrète des malades du sida.

Et en ce qui concerne l'avenir ?

Les cinq prochaines années seront cruciales et nous devons travailler dur si nous voulons atteindre les objectifs consistant à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH soient informées de leur séropositivité, que 90 % des personnes séropositives soient placées sous traitement anti-rétroviral et que 90 % des personnes sous traitement connaissent une suppression de la charge virale.

Sur les 20 pays mondiaux enregistrant les plus hauts taux de mortalité maternelle, 19 se trouvent en Afrique, qui affiche également le taux de mortalité néonatale

le plus élevé au monde. Où l'Afrique se trouve-t-elle ?

Des efforts sont déployés pour lutter contre ce nombre élevé de décès. Onze de ces 19 pays ont été confrontés à des crises humanitaires, ou se trouvaient en situation de conflit ou de post-conflit. Cela a pu entraîner l'effondrement des systèmes de santé, provoquant une forte hausse des décès des suites de complications normalement faciles à traiter. Quelques progrès ont néanmoins été réalisés.

Dans quels domaines ?

À la fin de 2015, la mortalité maternelle a diminué de 45 % dans la région. L'OMS a spécialement soutenu l'élaboration de feuilles de route visant à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique, et les décès de nouveau-nés ont chuté de 38 %. L'OMS a aidé plus de 36 pays à renforcer leur capacité en matière de soins aux nouveau-nés, en établissement et au sein de la communauté. Ce travail se poursuit. Il convient aussi de noter que les décès maternels liés au VIH sont passés de 10 % en 2005 à 2 % à la fin de 2015.

Beaucoup pensent qu'un certain nombre de travailleurs de la santé africains ont émigré en Occident. Avec cet exode des cerveaux, comment l'Afrique peut-elle garantir des ressources humaines adéquates pour le secteur ?

Nous continuons à encourager les pays à développer la formation privée des travailleurs de la santé. Nous préconisons une rémunération adéquate et opportune des travailleurs de la santé, ainsi que des incitations pour les retenir dans les régions reculées. Les pays devraient également tenir compte du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Ce code encourage les pays de destination à collaborer avec les pays d'origine afin de former davantage de travailleurs de la santé. Nous exhortons également les pays à décourager le recrutement actif de personnel de santé originaire de pays en développement confrontés à une grave pénurie. Toutefois, l'environnement de travail et les conditions de vie déterminent le rendement et la motivation des travailleurs de la santé existants, et nous exhortons les gouvernements à y remédier. 🇳🇪



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Un patient parle de traitement avec un docteur dans l'unité VIH/Sida au Botswana. © AMO/Eric Miller

Nouvelles stratégies contre le VIH/SIDA

Le taux de nouvelles infections réduit de 14%

PAR JULIETTE MARTIN

Après plus de trois décennies de lutte acharnée contre ce monstre, l'Afrique est enfin parvenue à ralentir considérablement le taux d'infections au VIH/SIDA.

Au cours de la dernière décennie, des progrès remarquables ont été réalisés dans la lutte contre cette pandémie.

Selon le dernier rapport de l'ONUSIDA, entre 2010 et 2015 les nouvelles infections au VIH ont diminué de 14% en Afrique orientale et australe, région la plus touchée au monde, et de 8% en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Malgré les difficultés économiques, l'Afrique subsaharienne a mis au point les programmes les plus significatifs au monde, offrant des traitements antirétroviraux (ARV) à plus de 12 millions de personnes contre 11 000 en l'an 2000.

En 2015, environ 10 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe et 1,8 million en Afrique occidentale et centrale étaient sous ARV.

Pour atteindre ces résultats, les pays africains ont adopté plusieurs approches: négociation de prix abordables pour

l'approvisionnement en ARV, simplification et décentralisation des systèmes de prestation de services, et constitution de chaînes d'approvisionnement dynamiques en ARV et autres produits liés au VIH.

La prévention et le traitement ont souvent lieu à l'échelle de la communauté. Les aides-soignants à domicile se chargent ainsi de l'administration des traitements aux patients et de leur prise en charge.

En septembre 2016, l'Afrique du Sud a annoncé la gratuité des traitements pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de l'état de leur système immunitaire. Auparavant, le traitement était uniquement gratuit pour les personnes présentant un faible taux de CD4 dans le sang - indiquant le degré de gravité de l'infection.

La prévention

Les pays africains ont également développé des méthodes de prévention, comme la circoncision médicale volontaire. Depuis 2007, plus de 10 millions d'hommes ont été circoncis dans 14 pays prioritaires selon l'OMS: Botswana, Ethiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda,

Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Les services de soins prénataux ont également réduit considérablement la transmission de la mère à l'enfant. De plus en plus de femmes enceintes sont soumises au dépistage. En cas de séropositivité, elles reçoivent un traitement préventif, entraînant une diminution significative des infections dans toute la région.

Le Malawi attribue des ARV à vie à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH. A cela s'ajoutent d'autres initiatives pour détecter le virus, telles que les campagnes de dépistage et l'intégration du test du VIH dans les autres services médicaux.

Un nombre croissant de programmes est désormais financé au niveau national. Le Zimbabwe a par exemple créé une taxe VIH/SIDA, tandis que le Rwanda a rendu les services liés au VIH gratuits en les intégrant dans son régime national d'assurance sociale.

Cependant, des défis subsistent. L'Afrique subsaharienne représente encore les deux tiers des nouvelles infections dans le monde.

En juillet 2016, l'UNICEF a annoncé que le sida était la première cause de décès chez les 10-19 ans en Afrique. Malgré les progrès, le nombre de jeunes contractant le VIH doit être réduit, notamment chez les filles, particulièrement vulnérables aux abus sexuels.

Les jeunes filles représentent 25% des nouvelles infections et les femmes 56% des infections chez les adultes notamment en raison des inégalités entre les sexes, d'un accès insuffisant à l'éducation et aux services de santé, et des mauvaises conditions de vie.

Selon l'OMS, la réduction des nouvelles infections passera par une augmentation des rapports protégés, des programmes de long terme pour changer les comportements sexuels, des méthodes abordables de prévention au sein des populations à risque et un accès élargi aux traitements pour les femmes enceintes.

Des politiques ciblées, un leadership fort, une implication massive des gouvernements, de la société civile, ainsi que des personnes vivant avec le VIH, s'avèrent essentiels pour soutenir les progrès accomplis et atteindre les objectifs mondiaux de développement. 🌱

Médicaments : réduire les prix

L'ONU en appelle à de nouveaux accords mondiaux

PAR FRANCK KUWONU

P principale cause de mortalité infantile dans le monde, la pneumonie peut néanmoins être facilement soignée et prévenue par la vaccination.

Cette infection des poumons persiste dans certaines régions les plus pauvres d'Asie du Sud et d'Afrique sub-saharienne, en raison notamment du coût élevé d'une dose de vaccins qui s'élève environ à 68\$, soit 204\$ pour les trois doses nécessaires à la vaccination d'un enfant; même si les organisations humanitaires peuvent se les procurer à un prix moins élevé.

En 2015, la pneumonie a tué près d'un million d'enfants de moins de 5 ans, soit 15% des décès de ce groupe d'âge, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les professionnels de santé et d'autres organisations comme l'association internationale Médecins sans frontières (MSF) qui aident les populations en situation d'urgence, protestent depuis longtemps contre "les prix injustement élevés". Ils craignent de ne pouvoir acheter les médicaments indispensables pour lutter contre les maladies dans les pays pauvres.

En octobre dernier, MSF a pourtant refusé un don d'un million de vaccins contre la pneumonie de la part d'une entreprise pharmaceutique à New-York. L'ONG estimait que de tels dons ne peuvent résoudre le problème et exhorta les fabricants à proposer des traitements moins onéreux.

Selon Jason Cone, directeur de MSF aux Etats-Unis, "la gratuité n'est pas toujours un cadeau". De tels dons peuvent être accompagnés d'exigences susceptibles de retarder les campagnes de vaccination et de "saper les efforts de long terme concernant l'accès aux traitements."

En novembre, quand l'entreprise pharmaceutique a finalement accepté de baisser ses prix, mais uniquement pour les enfants en situation d'urgence humanitaire, les organisations de la société civile ont estimé que cette baisse devrait s'appliquer à tous les pays en développement.



Si la position de MSF n'a vraiment pas été rapportée dans les médias, elle est survenue dans la foulée des recommandations d'un groupe d'experts mandaté par le Secrétaire général des Nations Unies afin d'étudier les moyens d'augmenter l'accès aux médicaments. Ainsi, elle a eu le mérite de remettre en lumière la quête effrénée de profits des entreprises qui entravent la popularisation des progrès technologiques en matière de santé.

L'accès

Publié en septembre 2016, le *Rapport du Groupe de haut-niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'accès aux médicaments : promouvoir l'innovation et l'accès aux technologies de la santé* appelle les gouvernements à négocier des accords mondiaux afin de réduire le coût des technologies de la santé.

Le rapport souligne que le marché dicte sa loi dans le domaine de la recherche et développement (R&D). Sans perspective d'un fort retour sur investissement, les maladies rares, qui affectent un nombre relativement restreint de personnes, n'ont aucune chance d'intéresser la R&D.

"Sans incitations économiques, on assiste à un déficit d'innovation pour les maladies qui touchent les populations défavorisées", a déclaré Malebona Precious Matsoso, Directeur général du Département de la santé nationale

sud-africain, qui compte parmi les 15 membres du groupe d'experts, codirigé par Ruth Dreifuss, ancien président de la Suisse, et Festus Mogae, ancien président du Botswana.

Le rapport appelle la R&D à adopter une nouvelle approche afin de garantir la diffusion des bénéfices des technologies de la santé.

"Notre rapport demande aux gouvernements de négocier des accords mondiaux sur la coordination, le financement et le développement des technologies de la santé afin de compléter les innovations existantes, notamment une convention spécifique contraignante qui dissocie les coûts de R&D des prix de vente", ajoute Mme Matsoso.

Comme l'a illustré l'épidémie de VIH/Sida à son apogée, les prix exorbitants des médicaments et des traitements constituent une préoccupation majeure pour les pays en développement.

Selon l'ONUSIDA, le coût d'une année de traitement de base du VIH est aujourd'hui de moins de 100\$ par personne en Afrique alors qu'il était de 10 000\$ en 2000.

A cette époque, seules les entreprises détentrices de brevets pouvaient fabriquer les antirétroviraux (ARV). Grâce à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), négocié dans le cadre de l'OMC, les pays en développement ont pu produire puis exporter vers d'autres pays en développement des versions génériques exemptes de brevets entraînant la chute des prix.

Toutefois, le rapport indique que la marge de manœuvre autorisée par les ADPIC est de plus en plus mise en mal, y compris dans le cadre d'accords commerciaux bilatéraux, en violation de l'intégrité et de la légitimation de la déclaration de Doha sur les droits de la propriété intellectuelle et de la santé publique.

Le rapport enjoint les pays à appliquer pleinement les ADPIC et à signaler toute pression économique ou politique. 🇵🇸

Le défi des maladies mentales

On attribue souvent les maladies mentales graves à la superstition

BY LANSANA GBERIE



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Un patient au Centre médical JFK et à l'hôpital de santé mentale E.S. Grant à Monrovia, au Libéria.  World Bank/Dominic Chavez

Lorsque l'acteur américain Robin Williams, qui souffrait de dépression, s'est suicidé il y a deux ans, l'humoriste kényan Ted Malanda a signé dans son journal, *The Standard*, un article faussement incrédule. « Je n'arrive pas à concevoir la dépression comme une maladie... En fait, la question se pose si peu pour nous que les langues africaines n'ont jamais pris la peine d'inventer un mot pour décrire une telle maladie. » L'article s'intitulait : « Comment la dépression n'a jamais été une maladie africaine. »

La boutade méprisante de Ted Malanda est symptomatique de l'attitude des Africains, qu'ils soient responsables politiques ou citoyens ordinaires, envers l'épidémie de maladie mentale que connaît le continent.

Le pays de Ted Malanda, le Kenya, est l'un des plus stables d'Afrique. Or les experts en santé publique estiment qu'un quart des 44 millions d'habitants du Kenya souffre de maladies mentales comme la schizophrénie ou autres psychoses, la bipolarité,

la dépression ou encore les troubles graves de l'anxiété.

Le Kenya ne dispose que de 80 psychiatres et 30 psychologues cliniciens. Et parmi les 500 infirmières psychiatriques que compte le pays, seules 250 travaillent dans des services de santé mentale. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le pays ne consacre que 0,05 % de son budget de santé aux maladies mentales. Environ 70 % des établissements de santé mentale du pays se concentrent dans la capitale, Nairobi.

Le secteur de la santé mentale est à peine mieux loti en Afrique du Sud, pourtant plus prospère : le pays compte 22 hôpitaux psychiatriques et 36 services psychiatriques au sein des hôpitaux généralistes. Mais les inégalités font que ces établissements ne profitent qu'à un très faible pourcentage (14 %) des 53 millions d'habitants, alors que selon les experts, un tiers des Sud-Africains serait atteint de maladies mentales.

Selon ces experts, 75% des Sud-Africains atteints de maladie mentale n'ont pas accès à

des soins psychiatriques ou thérapeutiques. Le programme national d'assurance maladie prévoit d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale, mais cette mesure ne sera mise en œuvre qu'en 2025 au plus tôt.

Riche en pétrole, le Nigéria offre un tableau plus sombre encore. L'Afrique du Sud et le Kenya disposent d'un nombre plus important de psychiatres et de lits d'hôpitaux psychiatriques par habitant. L'OMS estime que moins de 10 % des Nigériens qui souffrent de maladie mentale ont accès à un psychiatre ou à du personnel de santé : le pays ne compte que 130 psychiatres pour 174 millions de personnes. Toujours selon l'OMS, le nombre de personnes souffrant de maladies mentales au Nigéria se situe entre 40 et 60 millions. Des troubles comme la dépression, l'anxiété et la schizophrénie sont fréquents au Nigéria, comme dans d'autres pays d'Afrique.

En 2012, le Ghana a franchi une étape importante dans la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le pays, en adoptant la Loi 846, aussi connue sous le nom de Loi sur la santé mentale. Il est ainsi

devenu l'un des rares pays d'Afrique à mettre en place une politique relative au traitement des maladies mentales.

En début d'année, un rapport de l'organisation non gouvernementale Human Rights Watch (HRW) estimait que 2,8 millions de Ghanéens (sur une population de 25,9 millions de personnes) souffraient de maladie mentale.

Le Ghana compte actuellement trois hôpitaux psychiatriques et une vingtaine de psychiatres. Le rapport de HRW cite notamment le directeur de l'hôpital psychiatrique d'Accra, le Dr Akwasi Osei : selon lui, les psychoses liées aux drogues affectent 8 à 10 % des patients en psychiatrie ; 20 à 30 % des patients sont diagnostiqués schizophrènes, 20 % souffrent de troubles bipolaires et 15 à 20 % de dépression grave. Malheureusement, 97 % des patients qui auraient besoin de soins de santé mentale n'ont pas accès aux services psychiatriques.

Certains pays politiquement stables, qui ont bénéficié d'une croissance économique au cours des dix dernières années, font également état d'un nombre élevé de maladies mentales, souvent lié à l'usage des drogues. Au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud, les facteurs de déclenchement de maladies mentales comme le chômage ou les crimes violents atteignent des niveaux critiques. Mais la situation en matière de santé mentale est bien pire dans les pays les plus pauvres, en particulier ceux qui ont encore récemment connu des guerres civiles ou des conflits, comme le Libéria ou la Sierra Leone.

La Sierra Leone était pourtant une pionnière dans le domaine de la santé mentale en Afrique. Il y a plus d'un siècle, les Britanniques y ont fondé l'établissement psychiatrique de Kissy, décrit dans une inscription comme « Hôpital royal et asile pour les Africains sauvés de l'esclavage grâce à la bravoure et la philanthropie britanniques ». Lieu d'internement pour les esclaves libérés traumatisés rapatriés par les abolitionnistes britanniques, il fut le premier hôpital psychiatrique d'Afrique subsaharienne. Il resta pendant de nombreuses décennies le seul hôpital de santé mentale de style occidental de la région.

Cet établissement est toujours le seul hôpital psychiatrique de Sierra Leone. En 2015, il accueillait 104 patients au total, dont 75 étaient des hommes de 40 ans ou moins. Les patients y vivent dans des conditions

déplorables et plusieurs d'entre eux portent des chaînes.

Un rapport de 2016 du Contrôleur général de la Sierra Leone indique que le seul psychiatre formé de cet hôpital est le Dr Edward Nahim, sous contrat depuis sa retraite il y a plusieurs années, assisté de trois infirmières psychiatriques. Il n'y a ni psychologue clinicien, ni travailleur social, ni ergothérapeute, ni agent médical. L'hôpital est dans un état d'abandon presque total et certaines parties sont quasiment en ruines.

Au début de cette année, l'OMS a estimé que chaque année, 450 000 personnes souffraient de dépression alors que 75 000 souffrent de schizophrénie en Sierra Leone, sur une population d'un peu plus de 7 millions de personnes. Le pays ne compte que 250 lits d'hôpital pour tous les patients psychiatriques.

La Sierra Leone est sortie d'une guerre civile brutale il y a 14 ans. Un rapport publié en 2002 par le Dr Soeren Buus Jensen pour l'OMS estimait que quelque 400 000 personnes souffraient de troubles mentaux dans le pays, notamment de dépressions et de syndromes de stress post-traumatique, en partie pour avoir été exposées à des événements graves à potentiel traumatique pendant la guerre. La meilleure institution de traitement de la maladie mentale en Sierra Leone est City of Rest (« La Ville du repos »), une clinique privée de 70 chambres qui était au départ un organisme de bienfaisance de confession chrétienne.

Au Libéria, pays qui a lui aussi traversé une guerre civile prolongée, la situation est sans doute pire encore. En octobre 2015, le Dr Bernice Dahn, ministre de la santé du Libéria, affirmait que 400 000 Libériens (sur une population d'environ 4 millions) souffraient de maladies mentales. Une enquête menée en 2008 a établi qu'environ 43 % des 1 600 ménages interrogés répondaient aux critères de diagnostic faisant apparaître de graves problèmes de dépression, des troubles dépressifs graves ou des syndromes de stress post-traumatique.

Le seul psychiatre libérien en exercice est le Dr Benjamin Harris. Dans un entretien avec *La Voix de l'Amérique* en 2010, il soulignait le problème croissant du lien entre toxicomanie et maladies mentales chez les jeunes Libériens. Selon lui, 27 % des personnes dans les 1 600 ménages interrogés avaient des « problèmes liés à l'usage de stupéfiants ». Il ajoutait que la toxicomanie

est un problème grandissant au Libéria et mettait en garde contre une aggravation éventuelle de la situation.

Le Libéria ne possède qu'un seul hôpital psychiatrique, l'E. S. Grant Mental Health Hospital, qui fait maintenant partie du centre médical John F. Kennedy à Monrovia. Il compte 80 lits et hébergeait 68 patients (dont 48 hommes) en octobre 2015. Le pays n'a pas de centre d'accompagnement pour les toxicomanes.

L'opinion largement répandue en Afrique selon laquelle les malades mentaux sont responsables de leur maladie parce qu'ils consomment des drogues illicites est sans doute l'une des raisons qui expliquent que la santé mentale ne figure pas dans la liste des priorités des gouvernements africains.

Les experts soulignent également la tendance, en Afrique, à considérer les graves maladies mentales comme des souffrances surnaturelles qui ne sauraient être guéries que par des interventions spirituelles ou en ayant recours aux médecines traditionnelles. Les familles qui cherchent des remèdes à la maladie mentale se tournent souvent vers ce type d'interventions ou vers des « camps de prière » – sortes de retraites religieuses au cours desquelles on prie pour le malade qui est souvent enchaîné à un arbre. Cette pratique est particulièrement répandue au Nigéria.

Les malades mentaux les plus visibles – ceux qui errent dans les rues des villes surpeuplées d'Afrique – sont pauvres et sans emploi et donc considérés comme vagabonds. Le vagabondage étant un crime dans beaucoup de pays d'Afrique, nombre d'établissements de santé mentale du continent font office de prisons, où des jeunes vagabonds sont enchaînés, loin des regards de la société.

En septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a inclus la santé mentale et le traitement de l'abus de substances psychoactives dans les Objectifs communs du développement durable. C'est la première fois que les dirigeants politiques reconnaissent la santé mentale comme une priorité mondiale. Les pays africains ont désormais la possibilité d'agir en tenant compte de cette considération et d'augmenter leurs dépenses de santé mentale. Actuellement, les pays africains consacrent en moyenne moins de 1 % de leurs budgets de santé (eux-mêmes minuscules) à la santé mentale, contre 6 à 12 % en Europe et en Amérique du Nord. 🌍

L'Afrique se soigne en Inde

Les traitements abordables, l'équipement de pointe, les médecins hors pair et le suivi médical séduisent de nombreux Africains

PAR PAVITHRA RAO

Tourmentée par une vive douleur au dos, Abidemi Ogbonna, de Lagos au Nigéria, décide il y a trois ans de consulter dans un hôpital voisin du nom d'Apollo. Loin de se douter de la gravité du problème, c'est abasourdie qu'elle apprend du médecin qu'elle nécessite d'urgence une greffe de rein, opération qui ne peut être pratiquée sur place. Prendre un avion pour l'Inde est alors sa meilleure chance de guérison. La famille de Mme Ogbonna, une famille de la classe moyenne, peut supporter les coûts, et fait donc immédiatement une demande de visa.

L'hôpital Apollo, au Nigéria, programme l'opération avec son homologue indien, aide à l'obtention du visa, puis réserve le vol pour l'Inde et l'hébergement de Mme Ogbonna. Tout ce qu'il lui reste à faire, c'est payer la facture. Une fois la facture acquittée, elle embarque sur le premier vol, accompagnée de sa mère, et fait le long voyage qui doit lui sauver la vie.

L'histoire de Mme Ogbonna ressemble à celle de centaines d'Africains qui voyagent à l'étranger pour se faire soigner.

L'Inde attire de plus en plus d'Africains recherchant un traitement médical à l'étranger. L'équipement de pointe y est plus abordable et les médecins hautement qualifiés. Mme Ogbonna aurait aussi pu opter pour les États-Unis ou le Royaume-Uni ; toutefois, les soins y sont extrêmement onéreux et le visa d'entrée terriblement difficile à obtenir, contrairement à l'Inde où le visa est délivré en une semaine et où les traitements sont relativement bon marché.

Le rapport 2015 de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, qui préconise des solutions pour les pays dépourvus de systèmes de soins adéquats, indique que l'Afrique subsaharienne souffre d'une grave pénurie de professionnels de la santé et ne dispose pas d'une couverture sanitaire adéquate.

Fait dramatique pour un continent qui supporte une lourde charge de morbidité et qui enregistre les taux les plus élevés au monde de maladies transmissibles, notamment le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. Selon la revue médicale BMJ, « l'Afrique supporte 24 % de la charge mondiale de morbidité, mais n'a accès qu'à 2 % des médecins mondiaux et représente moins de 1 % des dépenses mondiales en santé. »

Les systèmes de soins de nombreux pays africains sont sous-financés. Par exemple, le Nigéria, l'un des pays africains les plus riches, ne consacre aux soins de santé que 4,6 % de son revenu national de 594,257 milliards de dollars (avant la récente dépréciation de la monnaie).

Selon le Haut-commissaire indien au Nigéria, Ajampur Ghanshyam, quelque 40 000 Nigériens se sont rendus en Inde en 2015, dont la moitié pour des raisons médicales : greffe, arthroplastie, chirurgie dentaire, etc.

Mais pourquoi les Africains vont-ils se faire soigner en Inde ?

Pourquoi l'Inde ?

Depuis les années 1990, l'Inde s'affiche comme le leader mondial du « tourisme médical », qui consiste à voyager dans un pays autre que celui où l'on réside afin de s'y faire soigner.

L'Inde dispose de médecins hautement qualifiés et d'un équipement de pointe. En outre, les traitements sont approuvés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Food and Drug Administration des États-Unis, et sont bien moins chers qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Par exemple, une greffe rénale en Inde coûte environ 13 000 dollars, contre jusqu'à 300 000 dollars aux États-Unis.

« Une greffe rénale avec donneur apparié coûte entre 13 000 et 16 000 dollars », déclare le Dr Dheeraj Bojwani, directeur



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Des chirurgiens dans un bloc opératoire dans un hôpital de Bangalore, en Inde. Panos/B. Lawley

de Forerunners Healthcare Consultants, l'un des principaux prestataires médicaux indiens, qui est associé aux meilleurs hôpitaux et médecins du pays.

Le Dr Bojwani a indiqué par courriel à *Afrique Renouveau* que le forfait greffe rénale de 13 000 dollars inclut les examens médicaux préopératoires, les consultations, le suivi, les frais chirurgicaux, la rémunération du chirurgien et de l'anesthésiste, ainsi que les médicaments.

Il comprend également l'accueil à l'aéroport et le transport, le séjour en hôpital (dans une chambre de luxe climatisée avec télévision, câble et téléphone) et les repas du patient et d'un accompagnateur.

De nombreux patients africains préfèrent l'hôpital Apollo, dont le siège se trouve à Chennai dans l'État indien du Tamil Nadu. Avec plus de 60 établissements aux quatre coins de l'Inde, il possède son propre régime d'assurance maladie et a établi des partenariats avec 10 compagnies d'assurance internationales qui aident à couvrir les frais médicaux des patients.



En ce qui concerne le coût des médicaments, l'Inde fabrique des produits pharmaceutiques génériques pour une fraction du prix en Occident. C'est ainsi que Cipla, une multinationale pharmaceutique indienne, a fait tomber le prix des antirétroviraux utilisés dans le traitement contre le VIH/sida à moins d'un dollar par jour, pour un total annuel de 365 dollars par an, contre 12 000 dollars.

En outre, le gouvernement indien accorde des incitations pour attirer les patients étrangers. Ces incitations capitalisent sur l'attrait « exotique » du pays. Il s'agit notamment de forfaits touristiques permettant aux patients d'emmener un compagnon pour un coût réduit afin de visiter des monuments tels que le Taj Mahal.

Pour les Africains anglophones comme Mme Ogbonna, la langue n'est pas un obstacle, l'anglais étant la langue véhiculaire de l'Inde. Et pour ceux qui recherchent d'autres formes de traitement que la chirurgie, l'Inde offre des traitements alternatifs tels que l'Ayurveda, une thérapie à base de plantes médicinales, d'exercices de respiration, de changements

de régime alimentaire, de méditation et d'étirements.

Suivi et viabilité

En convalescence, Mme Ogbonna vient de rentrer à Lagos, d'où elle s'est entretenue par téléphone avec *Afrique Renouveau*. Les médecins indiens lui ont conseillé de se rendre à l'hôpital Apollo au Nigéria pour un suivi. Elle craint cependant qu'en raison du manque d'équipement, son médecin à Lagos ne soit pas en mesure d'assurer tous les soins postopératoires qu'elle désire.

Les greffés rénaux en situation de rechute et nécessitant une hospitalisation immédiate ne peuvent pas toujours effectuer le suivi en Inde, compte tenu du temps nécessaire à la planification du voyage (au moins cinq jours pour obtenir un visa) et des frais associés.

Pour y remédier et assurer la continuité des soins aux patients, le gouvernement indien a créé le programme Focus Africa et s'est associé à l'Union africaine pour mettre en place le Pan African e-Network.

Créé en 2002, le programme Focus Africa facilite les échanges commerciaux entre l'Inde et plusieurs pays africains, dont l'Égypte, le Nigéria, le Kenya et l'Afrique du Sud, notamment pour améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques abordables sur le continent.

Le Pan-African e-Network favorise le télé-enseignement et la télémédecine pour assurer la continuité des soins aux patients africains traités en Inde. Le télé-enseignement permet de suivre des cours sur Internet ou en vidéo, tandis que la télémédecine se spécialise dans le diagnostic et la prestation de soins à distance à l'aide d'un dispositif de télécommunication. Ce système permet à un patient d'être suivi dans un hôpital d'enseignement en Afrique jumelé à un hôpital en Inde.

Les prestataires de soins indiens font également le nécessaire pour créer des co-entreprises avec des hôpitaux en Afrique. Pour le moment, ils investissent en Égypte, en Éthiopie, au Kenya, à Maurice et au Mozambique.

Afrique du Sud

L'Afrique du Sud, quant à elle, réalise des progrès en matière de médecine. En 2012, entre 300 000 et 350 000 touristes du continent s'y sont rendus pour y recevoir

un traitement médical. Moins loin que l'Inde, l'Afrique du Sud attire en outre pour ses spas et safaris.

Les touristes médicaux africains ne s'y rendent pas tant pour réaliser des économies, sinon pour les infrastructures et technologies médicales de pointe, ainsi que pour les médecins, dont les compétences répondent aux normes internationales.

Pour les Européens, comme pour les touristes des continents américain et asiatique, l'Afrique du Sud offre une alternative abordable pour bon nombre de chirurgies esthétiques, grâce à la faible valeur du rand. Par exemple, une augmentation mammaire facturée 8 000 dollars au Royaume-Uni revient à environ 3 600 dollars en Afrique du Sud, selon Medical Tourism SA, une société-conseil pour les touristes médicaux.

Les patientes américaines qui paient environ 12 400 dollars pour une fécondation in vitro, une intervention permettant à une femme de tomber enceinte, peuvent s'attendre à payer un tiers du prix en Afrique du Sud.

C'est pour cette raison que le nombre de touristes médicaux africains se rendant en Afrique du Sud par voie aérienne a augmenté de 54 % ces trois dernières années, pour atteindre 10 477 en 2015, note Seye Abimbola dans un blog de la Banque africaine de développement.

Perspectives d'avenir

Si le tourisme médical continuera d'exister tant que les gens rechercheront de meilleurs prix et que les pays rivaliseront pour améliorer leurs offres, résoudre les problèmes des systèmes de santé en Afrique réduira probablement les sommes dépensées pour le tourisme médical. Les économies réalisées sur le tourisme médical pourront ensuite servir à financer ou à subventionner l'assurance maladie pour les pauvres.

À l'avenir, l'Afrique devrait créer des centres médicaux régionaux et nationaux, et exploiter les marchés pharmaceutiques afin de produire et de distribuer des médicaments génériques qui permettront de réduire la dépendance médicale à l'égard de l'étranger. Si les soins de santé étrangers s'accompagnent de nombreux avantages, les critiques pensent que la situation n'est pas viable et pas non plus nécessairement favorable aux économies africaines. 🇵🇸

Atteindre les régions éloignées

Des dispensaires mobiles permettent d'atteindre les populations rurales

PAR KWAMBOKA OYARO



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Des professionnels de santé assistent des patients dans une clinique mobile par chameau à Samburu, au Kenya.  CHAT

Le dromadaire est connu pour sa résistance. Transporter des charges lourdes sur 160 km dans la chaleur du désert avec très peu d'eau à boire n'est pas une petite affaire mais ce « vaisseau du désert » est tout à fait à son aise dans un tel environnement. Il possède d'épais coussinets qui lui permettent de facilement négocier les sables mouvants et les chemins rocaillieux ; ses membres allongés maintiennent son corps loin de la chaleur de surface ; ses narines qui se ferment le protègent du sable ; tandis que ses sourcils touffus et ses cils épais protègent efficacement ses yeux.

Au Kenya, les caractéristiques adaptatives et les qualités physiques du dromadaire se sont révélés d'une grande utilité et ont fait de lui un système de transport original qui permet de convoier le matériel et le personnel médical jusqu'aux villages les plus éloignés de certaines communautés mal desservies.

Chez le voisin ougandais, ce sont les motocyclettes qui constituent le moyen

de transport alternatif privilégié pour l'acheminement des soins aux zones les plus reculées. Au Malawi enfin, c'est un outil technologique, le téléphone portable, qui est utilisé pour lutter contre la mortalité maternelle.

À dos de dromadaire

Dans le comté de Samburu au Kenya, où les conditions climatiques sont dures et où plus de 50% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté sans système sanitaire-satisfaisant, beaucoup de femmes meurent en couches ou de maladies pouvant être soignées, comme le paludisme, la diarrhée, le tétanos, les maladies véhiculées par l'eau, ou encore les infections oculaires ou de la peau.

Pour atteindre les habitants de cette région éloignée, qui se trouve à plus de 300 km au nord de la capitale, Nairobi, les dispensaires mobiles se déplaçant à dos de dromadaire circulent désormais sur ce vaste territoire de brousse épineuse et de savane semi-aride. Ces dispensaires ont

été salués comme l'un des moyens les plus innovants et les plus durables d'atteindre les communautés locales dans les régions éloignées. Ils constituent une initiative du *Communities Health Africa Trust* (CHAT), une organisation non gouvernementale créée il y a 16 ans par Shanni Wreford-Smith. Ils ont été lancés six ans après la création de CHAT et ciblent les communautés semi-nomades qui se déplacent d'un endroit à l'autre à la recherche d'eau et de pâturages.

Selon Shanni Wreford-Smith, un dispensaire mobile se compose de 7 à 10 dromadaires et d'une équipe constituée de travailleurs médicaux et de chameliers. Le groupe compte également deux conseillers en planning familial et en VIH.

« Une journée type pour nos dispensaires consiste à se lever tôt pour emballer puis charger l'équipement médical sur les dromadaires et commencer le voyage avant que le soleil ne soit trop chaud. L'équipe marche au rythme des animaux lourdement chargés. Parfois, une distance de 25 km peut prendre une journée entière à couvrir. Parfois cela nous prend entre deux à six heures », explique Mme Wreford-Smith à *Afrique Renouveau*.

Une fois arrivé à destination, le convoi installe sa tente près d'une grande *manyatta* (la résidence traditionnelle d'une famille ou d'un clan) pour deux à trois jours, tandis que les membres de l'équipe font du porte-à-porte. Le dispensaire offre ses services à 30 à 80 personnes en moyenne, selon la taille de la *manyatta*, puis passe au groupe suivant. Il fournit des services de santé de base et offre une approche globale du planning familial, « qui intègre une forte composante de sensibilisation aux questions écologiques ».

« Nous ciblons les communautés qui ont le plus besoin de services de santé pour lutter contre des maladies courantes comme le paludisme et la diarrhée », explique Violet Otieno, travailleuse sociale et chef de projet au CHAT. Les dispensaires offrent également des tests de dépistage du VIH/sida et des conseils et renvoient vers des spécialistes pour les traitements antirétroviraux.

Les dispensaires se déplaçant à dos de dromadaire sont financés par des donateurs, ce qui limite le nombre de voyages qu'ils effectuent à quatre tournées par an. Chaque tournée peut prendre jusqu'à deux semaines. L'équipe s'est familiarisée avec les risques du voyage, comme la déshydratation, les attaques d'animaux sauvages ou encore les risques liés à la présence de clans en guerre. Depuis dix ans que les dispensaires existent, quatre dromadaires seulement ont péri des suites de maladies.

« Ce qu'il y a de bien, c'est que les dromadaires nous permettent d'aller là où les véhicules ne peuvent aller », poursuit Violet Otieno, en ajoutant que le CHAT étend désormais son service de dispensaires mobiles aux communautés marginalisées d'autres comtés, notamment dans les régions arides et semi-arides d'Isiolo, de Marsabit, de Molo et de Kitui.

À Samburu, comme dans d'autres régions du nord du Kenya, vastes et inaccessibles à cause des routes quasi infranchissables, les habitants sont obligés de marcher plusieurs heures pour obtenir des soins médicaux d'urgence. Les dispensaires mobiles se déplaçant à dos de dromadaire sont donc le moyen le plus commode de fournir des services de santé.

Dans un village de Samburu, Jeremiah Samana, 34 ans, lutte pour retenir ses larmes en racontant comment il a perdu sa femme alors qu'elle donnait naissance à leur troisième enfant. « Aujourd'hui [avec les dispensaires mobiles], elle serait vivante », explique-t-il à *Afrique Renouveau*.

Jeremiah regarde les dromadaires chargés de médicaments passer devant sa *manyatta* pour aller soigner ses voisins et se dit reconnaissant. Si ces dromadaires sont arrivés trop tard pour sa femme, lui et ses enfants au moins seront bénéficiaires des services offerts par la caravane.

« Ambulances motocyclettes »

Les services de santé sont difficiles à trouver à Turkana, le plus grand comté du Kenya. Du fait de la pénurie de personnel de santé, il n'y a qu'un médecin pour environ 50 000 personnes. Le nouveau gouvernement du comté a donc conçu des moyens de rapprocher les services de santé de la population de ce vaste comté rural.

« Nous utilisons des motocyclettes ambulances pour atteindre nos populations dans les sept sous-régions du comté. Depuis l'introduction de cette mesure innovante, de nombreuses personnes accèdent plus facilement aux services de santé », explique Jane Ajele, la ministre de la santé du comté, à *Afrique Renouveau*.

Six ambulances-motocyclettes du ministère desservent les sous-régions. La demande de services est élevée et Jane Ajele affirme que le ministère compte augmenter leur nombre d'ici la fin de cette année.

« Ces "ambulances" arrivent à négocier des routes autrement infranchissables, explique-t-elle, et cela permet de sauver des vies. En plus de transporter des médicaments, elles transportent aussi les femmes en travail vers le centre de santé le plus proche ».

De même, le comté de Tana River s'est doté de quatre ambulances-motocyclettes pour Biressa, Dende, Wayu-Boro et Tawakal, quatre villages isolés où le nombre de décès maternels est parmi les plus élevés du pays.

Ambulances de village

Depuis le mois de juin dernier, l'Ouganda utilise lui aussi des ambulances motocyclettes pour soigner les habitants de la région rurale de l'ouest du pays.

Communément appelées « ambulances de village », ces motocyclettes à trois roues apportent médicaments, matériel médical et l'information aux patients des villages les plus éloignés. Avant l'introduction de ce système, les agents de santé communautaires utilisaient des civières improvisées ou transportaient les malades sur leur dos jusqu'au centre de santé le plus proche.

Nombreux sont les patients qui ne survivaient pas au voyage, long et ardu. « Les ambulances de village permettent de sauver de nombreuses vies » a ainsi raconté en septembre dernier Swizen Kitembe, un travailleur de santé, à la South African Broadcasting Corporation. Elles sont également moins chères et au final plus sûres que les ambulances traditionnelles.

Au Malawi, l'e-innovation

Les « centres de santé téléphoniques » du Malawi sont une nouvelle façon d'offrir, grâce aux SMS, des services de santé essentiels aux personnes qui vivent en milieu rural.

Un téléphone portable de base se transforme en dispensaire qui permet au patient d'obtenir d'un médecin toutes les informations dont il a besoin, sans avoir à se déplacer. Le service de messagerie textuelle donne également des conseils et des rappels sur la prise de médicaments et facilite le contact entre patients et prestataires de soins, à tout moment de la journée.

Le système s'est avéré utile notamment pour les femmes enceintes, qui obtiennent ainsi toute l'information dont elles ont besoin, avant et après la naissance. Certains de ces messages encouragent l'utilisation de moustiquaires pour lutter contre le paludisme, d'autres donnent des conseils pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant et améliorer les soins de santé.

La ligne gratuite, soutenue par la compagnie de téléphonie mobile Airtel, a permis d'aider plus de 500 000 mères et enfants. Le gouvernement du Malawi, qui vise à réduire la mortalité maternelle, a approuvé cette mesure innovante. 🇲🇼



Clinique mobile à chameau. 📷 CHAT

Mourir faute de médicaments

Des politiques pour encourager la production locale

PAR TEFO PHEAGE

Environ 1,6 million d'Africains sont morts en 2015 du paludisme, de la tuberculose et des maladies liées au VIH. Ces maladies peuvent être évitées ou traitées grâce à un accès rapide à des médicaments, vaccins et autres services de santé qui seraient à la fois appropriés et abordables. Cependant, l'Afrique ne produit que 2 % des médicaments qu'elle consomme. Dès lors, nombreux sont les malades qui n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments importés et n'ont pas non plus accès à des médicaments produits localement.

Sans accès aux médicaments, les Africains sont plus susceptibles de contracter l'une des trois maladies qui font le plus de morts sur le continent : le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 50 % des enfants de moins de cinq ans qui meurent de pneumonie, diarrhée, rougeole, ou encore du VIH, de la tuberculose et du paludisme sont africains. L'OMS définit l'accès aux médicaments comme le fait de pouvoir en disposer en permanence et à un coût abordable dans des établissements de santé situés à moins d'une heure de marche.

Facteurs dissuasifs

Selon les chiffres de 2013 de la Banque mondiale, 80 % environ des Africains, essentiellement ceux qui ont des revenus faibles ou moyens, dépendent des établissements de santé publics pour leurs besoins médicaux. Mais ces établissements connaissant une pénurie chronique de médicaments essentiels de nombreux patients meurent de maladies facilement guérissables.

Plusieurs facteurs entravent l'accès aux médicaments, mais selon l'OMS, le principal problème réside dans le manque de ressources et de personnel qualifié.

Pour l'Organisation, « les pays à faible revenu souffrent d'un manque de disponibilité des médicaments essentiels dans les établissements de santé, d'un manque de

traitements de qualité, et de ruptures de stocks fréquentes. Par ailleurs, la prescription et l'usage des médicaments laissent à désirer. »

Le système africain d'approvisionnement du secteur public inefficace et jugé trop bureaucratique, est souvent en proie à des pratiques médiocres qui entraînent une augmentation du prix des médicaments ou les rendent indisponibles. S'ajoutent à cela les problèmes de transport, le manque d'installations de stockage pour les produits pharmaceutiques ou encore les faibles capacités de fabrication des pays du continent.

Pour les experts, l'Afrique a encore d'énormes progrès à faire dans le domaine de la recherche et du développement pharmaceutiques ainsi que dans la production locale de médicaments : seuls 37 des 54 États africains sont producteurs de médicaments. À l'exception de l'Afrique du Sud, où quelques ingrédients pharmaceutiques actifs sont produits localement, la plupart des pays du continent utilisent des ingrédients importés.

Il en résulte que l'Afrique importe 70 % de ses produits pharmaceutiques, l'Inde représentant à elle seule près de 18 % des importations en 2011. Les données relatives au commerce montrent que les importations pharmaceutiques en Afrique peuvent compter jusqu'à 80 % de médicaments antirétroviraux, utilisés pour le traitement du VIH/sida.

« De nombreux gouvernements africains consacrent une quantité disproportionnée de leurs maigres ressources à l'achat de médicaments », écrit Carlos Lopes, l'ancien Secrétaire exécutif de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.

Pour produire des médicaments, un pays doit se conformer aux Bonnes pratiques actuelles de fabrication, qui sont appliquées par les États-Unis et par d'autres pays pour s'assurer de la qualité des processus de fabrication et des installations. De nombreux pays africains ne

disposent pas des ressources techniques, financières ou humaines nécessaires à la production de médicaments à grande échelle. L'Égypte, le Maroc, l'Afrique du Sud et la Tunisie ont cependant fait des progrès en matière de production pharmaceutique au niveau local. Le Maroc est le deuxième producteur pharmaceutique d'Afrique (après l'Afrique du Sud) et compte 40 sociétés pharmaceutiques qui fournissent 70 % de produits destinés à la consommation locale. Ces sociétés exportent aussi vers les pays voisins. Des pays comme le Ghana, le Kenya, le Nigéria et la Tanzanie développent actuellement des capacités de production.

Soupçons

De nombreux dirigeants politiques africains et experts en matière de développement dénoncent l'ambivalence des grandes sociétés pharmaceutiques mondiales en ce



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

qui concerne l'apport d'un soutien technique aux fabricants de médicaments du continent. Ainsi en 2001, 39 sociétés pharmaceutiques internationales ont traîné le gouvernement sud-africain devant les tribunaux pour contester ses projets de fabrication et d'importation de médicaments génériques à bas coût destinés au traitement du VIH/sida.

Ces sociétés prétendaient que l'Afrique du Sud violait leurs droits de brevet. Bien qu'elles aient par la suite retiré leur plainte sous la pression de groupes plaidant pour un accès international aux médicaments.

Il est cependant prouvé que la production locale améliore l'accès aux médicaments tout en diminuant leur coût de production. « Depuis la création des installations de production de médicaments génériques de haute technologie Cinpharm-Cameroon, il est relativement plus facile pour les Camerounais d'accéder aux médicaments », explique Carlos Lopes.

L'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), en vigueur depuis 1986, limite le droit des entreprises de fabriquer des médicaments génériques

et oblige les pays à utiliser des produits de marque. En 2006, l'OMC a toutefois accordé aux pays en développement une dérogation de dix ans pour fabriquer des médicaments génériques en utilisant les droits de propriété intellectuelle des grandes sociétés pharmaceutiques étrangères.

Malgré les objections des États-Unis, la dérogation, qui a expiré cette année, a été prorogée. Seul un vote des deux tiers des membres de l'OMC permettrait de la supprimer. Mais les experts estiment qu'il est peu probable que cela se produise, les États-Unis étant le seul grand pays à l'exiger.

En 2010, le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, faisait remarquer que le débat sur l'accès aux médicaments était trop souvent marqué par le soupçon : « Soupçons de trucage des règles régissant le commerce international des produits pharmaceutiques pour favoriser les riches et les puissants; soupçons aussi vis-à-vis des intérêts économiques, qui prendraient le pas sur les préoccupations en matière de santé. »

Selon Mme Chan, de profondes méfiances brouillent le débat. Pour Mme Chan, même si l'argument moral qui consiste à ne pas priver les gens de l'accès à des médicaments vitaux est raisonnable en soi, les sociétés pharmaceutiques à but lucratif répondent aux lois du marché. « Quel intérêt cette industrie peut-elle bien avoir à fixer des prix qui rendraient les médicaments accessibles aux pauvres ? »

Des progrès dans certains pays

Si la disponibilité des médicaments est importante, leur accessibilité l'est tout autant. Des pays comme le Ghana ou l'Afrique du Sud se sont efforcés de rendre les médicaments abordables grâce à leurs régimes d'assurance. Mais ces efforts ont été plutôt faibles : dans leur ensemble, les régimes d'assurance couvrent moins de 8 % de la population d'Afrique subsaharienne et cette couverture ne concerne pas les médicaments sur ordonnance en soins ambulatoires.

Pour mettre en relief le problème de l'accessibilité, l'OMS note que le traitement

d'un enfant pour le paludisme en Ouganda à l'aide d'une thérapie à base d'artémisinine coûte au ménage l'équivalent de 11 jours de revenus. Au Kenya, un traitement de sept jours à l'antibiotique ciprofloxacine peut coûter jusqu'à un mois de salaire.

Malgré d'évidentes difficultés, certains pays font des progrès en matière d'amélioration de l'accès aux médicaments. Selon l'OMS, le Botswana fait partie des pays qui pourraient éradiquer le paludisme d'ici à 2020. « Nous avons constaté une amélioration considérable de notre système de santé ces dernières années », a ainsi expliqué le directeur général du ministère de la santé du Botswana, Shenaaz el Halabi, à *Afrique Renouveau*.

L'Éthiopie a également accompli des progrès considérables, en particulier dans le domaine du contrôle du VIH et du traitement du paludisme, de la tuberculose et d'autres maladies. L'OMS note ainsi que « les investissements accrus de l'Éthiopie dans l'élargissement de la couverture sanitaire – qui a atteint 95% entre 2013 et 2014 – ont déjà amélioré les indicateurs de santé de la population en réduisant la mortalité infantile, le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose ».

Médecine traditionnelle

Face aux difficultés d'accès aux médicaments modernes, de nombreux Africains recourent à des remèdes rituels ou à base de plantes utilisés par la médecine traditionnelle dans plusieurs sociétés africaines. Ali Arazeem Abdullahi, professeur de sociologie à l'Université d'Ilorin au Nigéria, met cependant en garde contre « l'idée généralement répandue dans le milieu médical [en Afrique] selon laquelle la médecine traditionnelle peut se mesurer aux procédures scientifiques habituelles, en termes d'objectivité, de mesures, de codification et de classification ».

Conscient que les charlatans doivent être neutralisés, le professeur Abdullahi demande aux politiques d'imposer un changement d'image et une normalisation des pratiques de la médecine traditionnelle.

Selon les experts, il serait possible d'améliorer l'accès des Africains aux médicaments en stimulant la production locale, développant des politiques et des infrastructures appropriées, et en formant les talents dans le domaine médical, pour ensuite les conserver. 🌱



.....
Patients et infirmières dans un hôpital de Monrovia, Libéria. 📷 Panos/Robin Hammond



Des migrants d'Afrique et d'ailleurs sauvés d'un bateau de passeur par un navire militaire Italien en Méditerranée. © HCR/A. D'Amato

RÉFUGIÉS ET MIGRANTS

Ghana : des jeunes prêts à tout

Certains migrent vers d'autres pays africains, d'autres tentent le voyage périlleux vers l'Europe

PAR EFAM AWO DOVI

Chaque semaine, dans la région de Brong Ahafo, l'un des principaux greniers du Ghana, des véhicules chargent des hommes âgés de 18 à 40 ans. Beaucoup, surtout les plus jeunes, espèrent rejoindre l'Europe, tandis que d'autres mettent le cap sur des pays africains plus prospères. Quelle que soit leur destination finale, ils nourrissent le même espoir, celui d'un bon emploi et d'une vie meilleure pour eux-mêmes et pour leur famille, laissée derrière eux.

Kofi Twum a fait ce voyage il y a quelques années. Il n'avait que 18 ans et avait perdu son père très tôt. Sa mère, une agricultrice de subsistance, était devenue le seul gagne-pain de la famille. Une fois ses études secondaires terminées, Twum s'était mis à vendre des patates douces à la criée pour aider sa mère. Mais leurs conditions de vie se dégradant, Twum, cinquième d'une fratrie de six enfants, avait éprouvé le besoin de travailler ailleurs.

« Je voulais aller en Italie pour aider ma mère », a confié Twum à *Afrique Renouveau*

de son domicile dans la ville de Nkoranza au nord du Ghana.

En 2014, avec le soutien financier de son frère, Twum a rejoint 35 jeunes hommes pour un voyage à travers le désert du Sahara jusqu'à la Libye, où ils devaient prendre un bateau pour l'Europe.

Toutefois, il est arrêté en embarquant sur un bateau bondé sur la côte libyenne lors de sa troisième tentative de traversée de la Méditerranée, puis expulsé vers le Ghana où il est revenu bredouille. Twum, aujourd'hui prédicateur de rue trentenaire, annonce à *Afrique Renouveau* qu'il espère toujours se rendre un jour en Europe, cette fois par un autre chemin.

Un voyage dangereux

La plupart des migrants ghanéens tentant de gagner l'Europe par la Libye traversent le Burkina Faso en direction d'Agadez au Niger. Là, ils se joignent à d'autres migrants, d'Afrique de l'Ouest ou d'ailleurs, fuyant des conflits ou des persécutions.

Avec les services d'intermédiaires, ils font une partie du chemin à bord de camions surchargés avant de traverser à pied le Sahara jusqu'à la région de Borkou près de la frontière libyenne. Tout cela au péril de leur vie. Beaucoup meurent d'épuisement et de déshydratation.

L'histoire de Twum est bien trop fréquente dans la région de Brong Ahafo, et ressemble à celle d'autres personnes partout au Ghana et dans différents pays d'Afrique subsaharienne.

Au moment de la crise libyenne de 2011 et du renversement de Mouammar Kadhafi, plus de 18 000 migrants ghanéens se trouvant en Libye ont été évacués, selon le bureau au Ghana de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM). Le nombre effectif de rapatriés pourrait toutefois être supérieur, certains migrants étant parvenus à quitter la Libye par leurs propres moyens avant l'aggravation de la crise.

La majorité des rapatriés ont été renvoyés vers la région de Brong Ahafo, d'où ils venaient, selon l'OIM, qui a aidé le

gouvernement ghanéen à évacuer ses ressortissants bloqués.

Pour de nombreuses familles de Brong Ahafo, avoir un parent en Europe est synonyme de prestige et de possibilité de recevoir de l'argent. « Chaque foyer aimerait avoir quelqu'un en Europe », explique Walter Kwao-Anati, directeur des migrations au Ministère ghanéen de l'intérieur.

Parfois, ajoute-t-il, « La famille aide à partir, car il serait mal vu qu'aucun membre n'ait fait le voyage pour l'Europe. »

Il y a aussi l'espoir d'un soutien financier, qui contribuera à améliorer les conditions de vie de la famille restée derrière. Selon le rapport, *Perspectives économiques en Afrique 2015*, de la Banque africaine de développement, les envois de fonds, d'un montant de 64 milliards de dollars en 2015, restent la source de financement extérieure la plus stable et la plus importante de l'Afrique.

Le prestige perçu dissimule cependant de grands problèmes de développement national. M. Kwao-Anati reconnaît que, dans le cas du Ghana, « la pauvreté est une des principales raisons pour lesquelles les personnes migrent en quête d'opportunités économiques. »

Le pétrole ne sauve pas la mise

La migration n'est pas un phénomène nouveau en Afrique. Dans les années 1970 et 1980, la plupart des migrants ghanéens rejoignaient des pays voisins comme le Nigéria et la Côte d'Ivoire. Ces dernières années, cependant, la migration clandestine — voyager sans papiers et par des voies non approuvées — d'Afrique subsaharienne vers l'Europe a considérablement augmenté.

Selon M. Kwao-Anati, « La situation économique sur le continent devenant difficile, de nombreux jeunes ont commencé à entreprendre le voyage fatal vers l'Europe. »

Le Ghana, deuxième producteur mondial de cacao (derrière la Côte d'Ivoire), est également doté de nombreuses ressources naturelles : des métaux précieux tels que l'or et l'argent, des diamants, de la bauxite, du cacao, du bois et du pétrole brut.

Lorsque le pays a commencé à produire du pétrole brut en quantité commerciale en 2011, beaucoup ont nourri l'espoir d'une vie meilleure. Cette année-là, l'économie du pays a atteint un niveau record de 15 % de croissance, la plus rapide au monde, selon le FMI.

À la fin de 2012, la baisse de la productivité de l'un des plus importants projets pétroliers du pays, le champ pétrolier Jubilee, a entraîné une baisse des recettes du gouvernement, qui avait prévu des revenus pétroliers de plus de 650 millions de dollars. Le manque à gagner correspondant était de plus de 410 millions de dollars.

Peu après, le pays a dû faire face à une énorme masse salariale publique — à la suite de la mise en œuvre d'un nouveau régime salarial — et à une dette galopante, qui a eu pour effet d'entraîner un énorme déficit budgétaire et une inflation à deux chiffres. La situation a empiré avec l'effondrement des cours du pétrole.

Espoirs anéantis

En 2015, une hausse soudaine des migrants ghanéens a placé le pays au onzième rang des nationalités les plus représentées parmi les migrants rejoignant l'Europe par bateau, selon l'OIM. Pour la seule Italie la même année, le nombre d'arrivées s'est élevé à 4 431. En juillet de cette année, 2 700 arrivées ont déjà été recensées.

Le Ghana, autrefois reconnu comme une réussite africaine, s'est aujourd'hui tourné vers le FMI pour obtenir de l'aide. Le surendettement actuel du pays, associé aux paiements d'intérêts élevés, demeure une source de préoccupation.

Les vastes ressources du Ghana n'ont pas eu pour effet d'améliorer la vie de la majorité de la population. Kofi Obeng appartient à cette majorité. Il est originaire de la région orientale, une région dotée de diamants, d'or et d'autres ressources minérales que le Ghana exporte.

Enfant, dit M. Obeng, il a eu toutes sortes d'emplois, fouillant même les résidus sur des sites miniers illégaux dans l'espoir de découvrir du minerai oublié.

Mais à l'âge de 12 ans, il a abandonné l'école lorsque sa grand-mère n'a plus pu payer ses frais de scolarité. Peu après, il partait avec ses amis pour Bolgatanga au nord du Ghana, afin d'y rejoindre 45 personnes espérant gagner l'Europe. Il n'est pas allé plus loin que la Libye. M. Obeng indique que pendant les trois années qu'il y est resté, il a pu envoyer en moyenne 500 dollars à sa famille un mois sur deux. Il est rentré chez lui pendant la crise libyenne.

Aujourd'hui, M. Obeng a 33 ans et est employé dans un centre commercial de la capitale ghanéenne, Accra, pour un salaire

mensuel de 400 cedis (100 dollars). Comme il doit aider ses jeunes frères et sœurs, ses revenus ne suffisent pas, dit-il. Il guette une autre occasion de quitter le Ghana. Pour les gens comme lui, dit-il, le seul espoir de réussir sa vie, c'est de quitter le pays.

Éducation et marché du travail

Dans un entretien conjoint avec *Afrique Renouveau*, Kazumi Nakamura et Kojo Wilmot, du bureau de l'OIM au Ghana, ont rejeté la faute de la hausse soudaine de la migration des jeunes sur le système éducatif inadéquat, entre autres facteurs.

« Il existe une inadéquation entre le système éducatif et le marché du travail, qui se manifeste par un énorme déficit de compétences », note Mme Nakamura, qui gère le projet Ghana Integrated Migration Management Approach (GIMMA), une initiative de trois ans qui doit permettre au gouvernement d'adopter une approche globale pour une gestion efficace des flux migratoires.

Selon M. Wilmot, si les conflits et la modification des conditions météorologiques dans le nord du Ghana ont un impact sur la migration intérieure, le chômage chez les jeunes est en grande partie responsable de la migration extérieure. « Beaucoup quittent l'école sans emploi », dit-il.

Selon l'ONU, le chômage des jeunes est un facteur déterminant de la migration volontaire, mais aussi une menace pour la paix et la sécurité dans la région. Sans emplois décents ni motivants, les jeunes Africains restent très vulnérables à l'exploitation.

Un besoin de politiques

En avril de cette année, le Ghana a lancé sa première politique migratoire nationale, qui établit un cadre global pour la gestion de tous les aspects des flux de migration intérieure, intra-régionale et internationale du pays. Le directeur des migrations, M. Kwao-Anati, explique que les nouvelles politiques permettront au gouvernement d'impliquer plus efficacement les communautés et de recueillir des données pour faire face au problème de la migration croissante du pays.

Mme Nakamura, de l'OIM, estime qu'il « reste beaucoup à faire », et souligne la nécessité pour les gouvernements d'aligner les programmes de développement sur l'emploi et la création d'emplois. 🐦

L'Afrique reste la plus touchée par la crise des réfugiés

L'Éthiopie et l'Ouganda se félicitent de la politique de la porte ouverte

PAR SULAIMAN MOMODU

Les pays européens font face à un afflux de réfugiés sans précédent en provenance de Syrie, d'Iraq, ou d'Afghanistan. Les médias diffusent en boucle des récits choquants de femmes et d'enfants noyés en Méditerranée.

Mais la détresse provoquée par la crise des réfugiés en Europe a occulté les efforts fournis par les pays africains confrontés aux mêmes problèmes. Selon les Nations Unies, les pays en développement, notamment en Afrique, accueillent un nombre disproportionné de réfugiés - 80 % des réfugiés dans le monde - qui exercent une pression énorme sur les ressources en eau et les systèmes de santé.

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le nombre de personnes fuyant la guerre, les conflits internes, la sécheresse ou la précarité économique est à un record historique de 65,3 millions, dont 21,3 millions de réfugiés, plus de la moitié a moins de 18 ans ; le reste étant des migrants économiques et des déplacés. Les conflits ou persécutions créent 34 000 déplacés par jour tandis que pas moins de 10 millions d'apatrides sont privés de droits fondamentaux tels que l'éducation, les soins de santé, l'emploi et la liberté de mouvement.

Politique de la porte ouverte

Grâce à une politique de la porte ouverte permettant l'accès et la protection humanitaires, l'Éthiopie accueille le plus grand nombre de réfugiés en Afrique soit près de 740 000, principalement de Somalie, d'Érythrée, du Soudan et du Sud-Soudan.

En République centrafricaine, les affrontements entre groupes rivaux ont forcé des milliers de personnes à fuir leurs domiciles. Au Nigéria, plus de 2 millions de personnes ont été déplacées, dont 1,87



Des réfugiés se font enregistrer en Ouganda. AP/J.W.Aiker

million victimes du groupe terroriste Boko Haram depuis 2014. Environ 195 350 personnes se sont réfugiées au Cameroun, au Tchad et au Niger.

Au camp de réfugiés de Kule, en Éthiopie, Nyahok Reath, 13 ans, une réfugiée du Sud-Soudan, raconte à *Afrique Renouveau* qu'après son accession à l'indépendance en 2011 et jusqu'en décembre

2013, la vie était belle dans la plus jeune nation du monde. Mais avec sa famille et presque sans nourriture, elle a dû marcher pendant une semaine pour se réfugier en Éthiopie.

« Au Sud-Soudan, nous avions assez à manger, l'école était de qualité et nous avions beaucoup de vaches. Mais quand la guerre a commencé, nous avons dû tout abandonner

et fuir, » se souvient-elle toute triste. « Nous faisons du jardinage ici pour gagner un peu d'argent, mais parfois je n'ai pas à manger et je vais à l'école pieds nus. » Le gouvernement éthiopien, le HCR et ses partenaires aident les réfugiés sud-soudanais.

Après avoir vu des avions humanitaires de l'ONU décoller de l'aéroport près de son domicile au Sud-Soudan, la jeune fille veut devenir pilote. « Je voudrais voyager et aider les nécessiteux », a déclaré Nyahok, qui est en septième année d'une école primaire dans le camp. L'école n'a pas de 10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} années, ce qui réduit les chances de Nyahok d'obtenir son diplôme. La reprise des combats depuis juillet a porté le nombre total de réfugiés sud-soudanais en Afrique de l'Est à plus d'un million.

Le Haut-Commissaire adjoint à la protection du HCR, Volker Türk, a appelé, en octobre, à un redoublement mondial des efforts visant à assurer la protection des réfugiés.

Meilleure politique ougandaise

M. Türk a félicité les pays qui gardent leurs frontières ouvertes, offrant aux réfugiés un nouveau départ et a cité en exemple « les lois et les politiques d'accueil généreuses » de l'Ouganda. Le pays leur accorde la liberté de mouvement, la possibilité de travailler ainsi que des terres pour de nouvelles habitations ou pour l'agriculture.

La Banque mondiale, le Centre d'études sur les réfugiés (branche de l'Université d'Oxford qui étudie la migration forcée) et d'autres organisations saluent la politique hospitalière de l'Ouganda qui accueille plus de 500 000 réfugiés du Burundi, de la République démocratique du Congo et du Sud-Soudan.

D'après les militants humanitaires, les défis actuels sont complexes et interconnectés. La croissance démographique, le changement climatique, l'urbanisation, la pénurie d'eau et l'insécurité alimentaire et énergétique exacerbent les conflits.

Le Haut-Commissaire pour les réfugiés de l'ONU, M. Filippo Grandi, a indiqué lors de la réunion annuelle du Comité exécutif du HCR à Genève en octobre que « les gens se déplacent historiquement plus rapidement, sur des distances plus longues et pour des raisons plus complexes ».

« Les réfugiés sont privés de leurs foyers », a déclaré le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, « mais ne doivent pas être

privés de leur avenir ». Ils font face à des difficultés de survie élémentaires et ont besoin d'un abri, de nourriture, d'eau, de soins et de sécurité.

En septembre dernier, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu son premier sommet de haut niveau pour répondre aux besoins humanitaires des réfugiés et des migrants. Les États ont adopté un accord dans lequel ils s'engagent à offrir un meilleur accès à l'éducation aux enfants, à améliorer les conditions de travail des adultes déplacés et à lutter contre la xénophobie.

M. Ban a qualifié la Déclaration relative aux réfugiés et migrants de « percée dans nos efforts collectifs pour relever les défis de la mobilité humaine ».

Les États se sont également engagés à « élargir le nombre et les voies de recours afin que les réfugiés soient admis ou réinstallés dans des pays tiers ». La promesse de réinstaller 10 % des réfugiés dans les pays développés a finalement été exclue.

Au même moment, au Siège de l'ONU à New York, les dirigeants du Canada, de l'Éthiopie, de l'Allemagne, de la Jordanie, du Mexique et de la Suède s'étaient joints au président américain, Barack Obama, pour le Sommet des dirigeants sur les réfugiés. Les dirigeants qui s'exprimaient ont au préalable promis d'apporter plus de soutien, d'accueillir plus de réfugiés ou de venir en aide aux pays d'accueil.

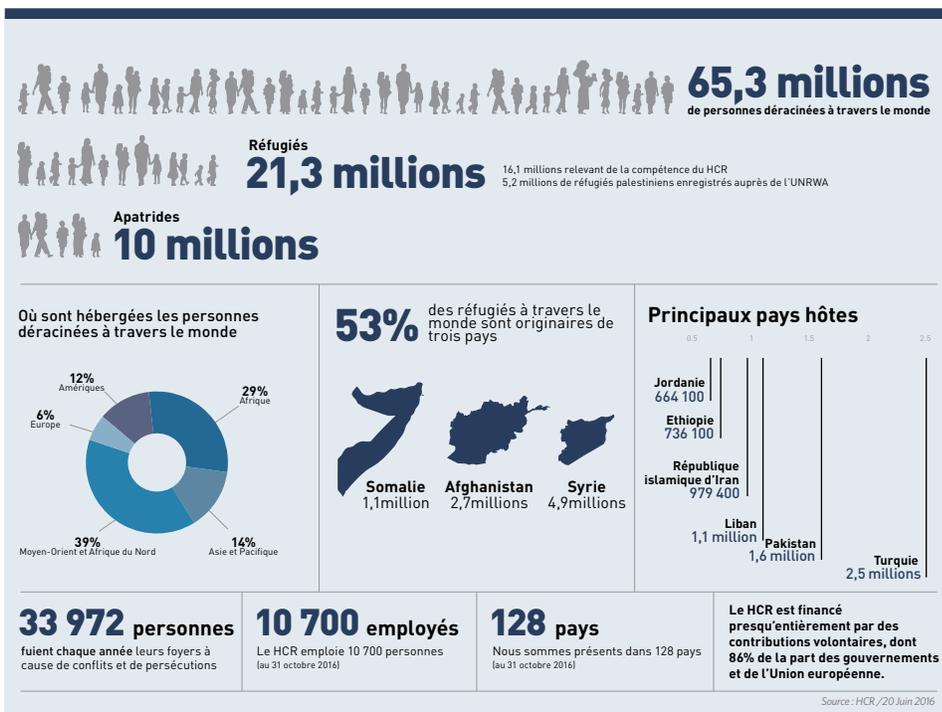
Le président Obama a décrit la crise comme un « test de notre humanité commune », ajoutant que « Nous devons reconnaître que les réfugiés sont le symptôme d'échecs plus grands, tels que la guerre, les tensions ethniques ou les persécutions. »

Tandis que le Sommet des dirigeants était axé sur les réfugiés, et non sur les migrants, la réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies a abordé les deux sujets. Certains reprochent néanmoins aux deux événements de ne pas avoir consacré suffisamment de temps aux causes profondes des déplacements et des insécurités.

Beaucoup espèrent que le nouveau Secrétaire Général des Nations Unies, António Guterres, ancien chef du HCR, parviendra à attirer l'attention sur le sort des réfugiés et susciter des interventions proactives.

« Durant ses dix années passées au HCR, M. Guterres a géré certaines des plus grandes crises de réfugiés de notre époque », a déclaré M. Grandi, ajoutant, « Il était un défenseur infatigable des réfugiés, des déplacés et des apatrides, défendant leurs droits sur le terrain comme au plus haut niveau politique ».

Malgré le relèvement du budget annuel du HCR, M. Grandi indique que les fonds disponibles pour 2016 s'élèvent à 3,76 milliards de dollars américains, soit la moitié des besoins. 🇺🇳



Prix des matières premières : L'Afrique victime de la dégringolade

En cause, la volatilité des marchés financiers et les faiblesses de la croissance mondiale

PAR KINGSLEY IGHOBOR

Il y a à peine trois ans, l'Afrique abritait la plupart des pays affichant la plus forte croissance au monde, dont l'Angola, le Tchad, l'Éthiopie, le Mozambique, le Nigéria, le Rwanda et la Sierra Leone. Une classe moyenne émergeait, menée par de jeunes entrepreneurs technophiles propriétaires de voitures tape-à-l'œil, de maisons neuves et des derniers smartphones.

L'impressionnante croissance économique moyenne africaine, près de 5 % au cours des 14 années précédant 2014, suscitait l'optimisme des économistes quant au potentiel de développement du continent. Soutenue principalement par les cours élevés des matières premières et par une exposition marginale aux marchés financiers mondiaux, l'économie africaine, dans son ensemble, a été épargnée par la crise financière mondiale de 2009. En outre, les flux constants d'investissements étrangers directs ont assuré une trajectoire de croissance durable.

Durant cette période, la Chine, l'Inde, le Brésil et les pays européens se bouscullaient pour pouvoir investir en Afrique. En 2013, la Brookings Institution, un groupe de réflexion de Washington, déclarait que c'était une erreur de ne pas « tenir compte des réalités actuelles du continent émergent » et de ne pas « exploiter le potentiel de l'Afrique en tant que marché pour les produits américains ». Même la revue britannique *The Economist*, habituellement réservée, consacrait son numéro du 11 décembre 2011 à « L'essor africain », et représentait sur la couverture la silhouette d'un enfant faisant flotter un cerf-volant qui épousait la forme du continent.

Revers de fortune

Une chute vertigineuse des cours des matières premières est en train de ternir

les espoirs africains. L'Angola, le Libéria, le Mozambique, le Nigéria, la Sierra Leone et l'Ouganda — pays africains dépendant le plus fortement des matières premières telles que le pétrole, l'or, les diamants, la bauxite, le rutile, le bois et le cuivre — se trouvent d'ores et déjà dans une situation désastreuse.

Les économistes attribuent également ce brusque revers de fortune à d'autres facteurs tels que la volatilité des marchés financiers mondiaux, les faiblesses de la croissance mondiale, particulièrement en Chine, au Brésil et en Inde, la hausse des coûts d'emprunt et les graves difficultés en matière d'infrastructure (en particulier pour l'approvisionnement en électricité) dans de nombreux pays. C'est toutefois le plongeon des cours des matières premières qui a porté le coup le plus dévastateur.

Les cours du pétrole ont chuté de 100 dollars le baril en 2013 à 26 dollars en février 2016, oscillant autour de 50 dollars en octobre. L'insuffisance des recettes pétrolières entraîne les producteurs de pétrole africains, notamment le Nigéria, l'Angola, la Guinée équatoriale, la Libye, l'Algérie et l'Égypte, dans un contexte économique adverse.

Un coup dur

Pour le Nigéria et l'Angola, les premiers producteurs du continent, les recettes pétrolières représentent plus de 90 % des exportations et plus de 70 % de leur budget national. Le faible prix du baril a fait chuter la croissance économique de tous les pays africains exportateurs de pétrole de 5,4 % en moyenne en 2014 à 2,9 % en 2016. Il faut tenir compte du fait que l'Angola a tiré du pétrole 60,2 milliards de dollars en 2014, contre 33,4 en 2015 : une baisse considérable de revenus qui reflète la situation dans d'autres pays.



Une usine de production d'huile au Nigéria.

Les pays producteurs de cuivre n'ont pas connu un meilleur sort vu que les cours ont chuté à leur plus bas niveau depuis 1998. La Banque mondiale indique qu'en février 2016, « les cours du cuivre ont baissé de près d'un tiers par rapport au sommet atteint en février 2011, 4 595 dollars la tonne ».

Plus de la moitié des producteurs de cuivre de Zambie perdent de l'argent et

les acteurs majeurs du pays, comme la multinationale anglo-suisse Glencore et la société chinoise Luanshya Copper Mines, ont mis la clef sous la porte, entraînant des milliers de pertes d'emploi. L'économie zambienne connaît actuellement une croissance de 3 %, contre 7 % en 2014. Bien que certains analystes voient une reprise de l'économie chinoise, ces dernières années, la Chine, qui achète jusqu'à 40 % du cuivre mondial, n'a pas pu se permettre d'acheter en très grande quantité du fait du ralentissement économique.

La Sierra Leone est aux prises avec la chute des cours du minerai de fer, alors même qu'elle se remet de la flambée du virus Ebola. African Minerals, une compagnie minière enregistrée à Londres, gère les mines de minerai de fer du district de Tonkolili, dans le nord de la Sierra Leone, d'une valeur de plus de 1 milliard de dollars. Le district abrite le plus grand gisement de minerai de fer africain et le troisième mondial.

En 2011, le minerai de fer était vendu 191 dollars la tonne, mais celle-ci a chuté à 45 dollars en juin 2016. Confrontée à des accusations de corruption et à d'énormes pertes financières, African Minerals a vendu les mines en décembre 2015 à la société publique chinoise Shandong Iron and Steel Group. L'exploitation devrait reprendre d'ici la fin de 2016.

Le minerai de fer est une source économique vitale pour la Sierra Leone. « Le déclin des cours du minerai de fer a affecté la stabilité macrofinancière et inversé la trajectoire remarquable de croissance positive que connaissait le pays », insiste la Banque africaine de développement.

Les citoyens ordinaires ressentent l'impact de la dépréciation de la monnaie et de la hausse de l'inflation. La valeur du naira nigérian est passée de 150 à 450 nairas pour un dollar entre janvier 2014 et octobre 2016. La monnaie sierra-léonaise a connu le même sort, chutant à 6 500 leones pour un dollar, contre 5 000 l'année précédente.

La dépréciation de la monnaie du Nigéria signifie que le pays a perdu le droit de se qualifier lui-même de plus grande économie d'Afrique. Après le changement de base, à savoir l'adoption de nouveaux prix pour mesurer le PIB d'un pays, de 2014, l'économie nigériane était évaluée à 488 milliards de dollars. Avec la dépréciation

du naira causée par le déclin des recettes d'exportation, l'économie a chuté à 296 milliards de dollars, selon des données publiées en août par le FMI.

La flambée des prix des biens et des services sans augmentation parallèle de la rémunération pourrait avoir une incidence sur les prix de l'alimentation et contribuer à des troubles sociaux en Afrique, craignent les experts.

Mesures d'austérité

Les pays dépendant des matières premières sont confrontés à d'énormes déficits budgétaires, ce qui explique pourquoi l'Angola, le Ghana et la Zambie ont reçu des prêts de sauvetage du FMI ou en négocient d'arche-pied.

Le Nigéria refond son système fiscal pour accroître ses recettes, lutte énergiquement contre la corruption et récupère l'argent détourné caché dans les banques étrangères, et prévoit en même temps d'emprunter de l'argent à la Chine et à des banques locales. Le pays veut vendre une partie de son patrimoine national, notamment des compagnies énergétiques et pétrolières.

Le pays a officiellement déclaré une récession en août, après deux trimestres de croissance négative.

En mars dernier, la Sierra Leone a annoncé une réduction de 30 % des dépenses publiques, suspendu le financement de projets d'investissement et l'achat de mobilier, supprimé les indemnités de déplacement des fonctionnaires et instauré une diminution de 50 % des indemnités d'entretien des véhicules, entre autres mesures.

Cependant, Herbert M'cleod, un économiste sierra-léonais de renom, indique que « c'est à cause de mauvaises politiques et d'une mauvaise gestion que nous en sommes rendus là », et recommande d'utiliser les recettes minières pour notamment stimuler la création d'emplois, développer l'approvisionnement en électricité et construire des routes.

Le gouvernement ougandais a supprimé les subventions à l'essence et au gazole, suspendu la construction de nouvelles routes, interdit les voyages à l'étranger non essentiels et stoppé le lancement d'une nouvelle compagnie aérienne. La Zambie réduit les subventions à l'électricité et aux intrants agricoles.

L'Afrique du Sud, qui exporte principalement du minerai de fer, du charbon, de l'or et d'autres minéraux, est également touchée par la chute des cours des matières premières. En présentant le budget 2016, le ministre des finances Pravin Gordham a déclaré, « Il ne fait aucun doute que nous sommes en crise », avant d'annoncer une réduction des dépenses sans précédent de 25 milliards de rands (environ 1,7 milliard de dollars). Le Libéria, la Gambie et d'autres pays mettent également en œuvre diverses mesures d'austérité.

Bonne nouvelle pour certains pays

La Commission économique pour l'Afrique (CEA) a, au fil des ans, encouragé les pays à s'industrialiser en se diversifiant pour ne pas être tributaires de leurs matières premières ou pour, au moins, leur ajouter de la valeur. L'ancien Secrétaire exécutif de la CEA, Carlos Lopes, a plusieurs fois souligné le paradoxe de pays important du chocolat Toblerone de Suisse quand le continent produit 70 % du cacao mondial, ingrédient de base du chocolat.

Si les pays exportateurs de pétrole sont en proie à des inquiétudes économiques, les faibles cours du pétrole sont une bonne nouvelle pour les pays importateurs tels que le Kenya, le Rwanda et la Tanzanie. En effet, ces pays dépensent moins et peuvent réinjecter les fonds excédentaires dans des infrastructures faisant cruellement défaut, comme les routes, les ponts et l'énergie. La solide croissance de ces économies se poursuivra, selon les prévisions de la Banque mondiale.

À l'avenir, les mesures d'atténuation exigeront une bonne gestion financière et une plus grande génération de recettes à l'échelle locale, déclarent les experts. Selon Makhtar Diop, vice-président de la Banque mondiale pour l'Afrique.

Il peut encore ressortir quelque chose de positif : les experts s'attendent à ce que les politiques de rigueur actuelles en Afrique fassent effet dans le moyen à long terme et protègent les budgets nationaux.

En outre, les pays vont tirer les enseignements de la variation des cours des matières premières et seront plus enclins à poursuivre la diversification de leur économie. La Banque mondiale indique que l'agriculture et l'urbanisation sont des secteurs où il est important d'investir. 📌

L'Afrique salue les nouvelles initiatives commerciales du Japon

La Déclaration de Nairobi de la TICAD VI vise à renforcer les liens économiques

PAR KINGSLEY IGHOBOR



Le premier ministre japonais Shinzo Abe accompagné des dirigeants africains à la conférence TICAD-VI.  Présidence rwandaise

Les dirigeants africains ayant participé à la sixième conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD VI), en août dernier à Nairobi au Kenya, attendent de mettre à l'épreuve l'engagement japonais en matière d'investissement et de développement.

Ces dirigeants, ainsi que des représentants d'entreprises et de la société civile, s'y sont attelés à trouver les moyens de transformer les économies africaines et d'améliorer la stabilité politique.

Le premier ministre japonais, Shinzo Abe, qui co-présidait la TICAD VI avec le président kenyan, Uhuru Kenyatta, était accompagné des dirigeants de plus de 70 entreprises japonaises. Étaient également présents, les présidents Jacob Zuma d'Afrique du Sud, Muhammadu Buhari du Nigéria, Macky Sall du Sénégal, Ellen Johnson-Sirleaf du Libéria et Filipe Nyusi du Mozambique.

Le Centre international de conférences Kenyatta a accueilli quelque 18 000 participants, dont 300 dirigeants d'entreprises, 1 700 représentants d'entreprises du Japon et 2 000 d'Afrique.

Donner le ton

Pour la première fois depuis son lancement en 1993, la TICAD, organisée par le gouvernement japonais, le Bureau du Conseiller spécial pour l'Afrique, le Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Union Africaine (UA) et la Banque Mondiale, se tenait en Afrique. Pour répondre aux pressions des participants africains, les réunions auront lieu non plus tous les cinq ans mais tous les trois ans, alternativement au Japon et en Afrique.

La TICAD VI a permis de délibérer sur le développement socio-économique de l'Afrique, en utilisant les critères des Objectifs de développement durable et

l'Agenda 2063, un ensemble d'aspirations adoptées par les dirigeants africains.

Le premier ministre Abe a donné le ton dans son allocution d'ouverture : « L'Afrique est maintenant debout et opérationnelle, visant des objectifs de long terme, aspirant à être un certain type de continent avec certains types de pays en 2063. »

En plus de l'agriculture et du développement des infrastructures, les participants ont déclaré que l'amélioration des échanges commerciaux pourrait stimuler l'industrialisation de l'Afrique. La présence de 77 entreprises japonaises de différentes tailles indiquait une tentative de connexion à différents niveaux de commerce et d'investissement.

Amitié et commerce

L'évènement de deux jours aura été une grande messe et une foire aux idées. Les entreprises ont installé des tentes pour

promouvoir des produits et services tandis que les dirigeants politiques et les chefs d'entreprise vantaient l'attractivité économique de leur pays. Mais c'est l'annonce du Japon à mobiliser 30 milliards de dollars pour les infrastructures, le système de santé et la sécurité en Afrique, qui a fait la une.

Le Japon a également offert de former ou « autonomiser » jusqu'à 10 millions d'Africains au cours des trois prochaines années, dont 1 500 experts dans le cadre de l'African Business Education Initiative for Youth (Initiative ABE) et 30 000 ingénieurs supplémentaires d'ici 2018 pour soutenir « les fondations de l'industrie », a déclaré M. Abe.

Trois domaines prioritaires ont été retenus: la diversification économique et l'industrialisation, avec des investissements dans les routes, les ports, l'énergie et les chaînes de valeur alimentaires; un système de santé résilient; enfin, la stabilité sociale, qui implique que les dirigeants affrontent l'instabilité socioéconomique et les désastres du changement climatique avec la création d'emplois pour les femmes et les jeunes ou de la gestion des risques, dans l'espoir de voir diminuer les insurrections.

M. Abe a affirmé que le Japon soutiendra les efforts visant à résoudre les problèmes de l'Afrique, comme l'insécurité et la chute des prix des matières premières, et a souligné l'importance des relations mutuellement bénéfiques.

« Nous avons le sentiment qu'en Afrique, où les possibilités abondent, le Japon peut progresser vigoureusement. Les entreprises japonaises peuvent croître vigoureusement. »

La balance commerciale du Japon avec l'Afrique reste excédentaire. En 2015, l'Organisation japonaise du commerce extérieur évalua les exportations à 11,6 milliards de dollars et les importations à 8,5 milliards de dollars.

Plan d'infrastructure

Le président Kenyatta a salué l'annonce par M. Abe que 10 des 30 milliards de dollars seraient destinés à un plan d'infrastructure sur trois ans pour des projets d'éducation, d'énergie, des transports urbains, de la santé ou encore de l'agriculture. Acheminés par la Banque africaine de développement (BAD), les fonds devraient

augmenter la production d'électricité de 2 000 mégawatts et connecter 3 millions de foyers au réseau électrique d'ici à 2022.

Le Japon et la BAD entretiennent une relation de longue date. Entre 2005 et 2014, dans le cadre de son programme d'assistance renforcée au secteur privé africain, le Japon avait annoncé 3 milliards de dollars pour la BAD afin de soutenir le co-financement souverain de projets dans l'agriculture, l'eau, la santé et les infrastructures. La centrale hydroélectrique de Bujagali en Ouganda, la centrale hydroélectrique de Sahanivotry à Madagascar, la route à péage Lekki au Nigeria et la centrale à gaz de Takoradi II au Ghana, sont des exemples de projets réussis.

Si cet engagement indique une stratégie de partenariat avec les institutions panafricaines, le Japon traite également avec chaque pays. Il a par exemple accordé à l'Égypte un prêt de 451 millions de dollars pour la construction du Grand Musée.

Lors de la TICAD VI, 73 accords ont été signés dans « la Déclaration de Nairobi » dont un accord entre la BAD et la Sumitomo Mitsui Banking Corporation. Les deux institutions financeront le commerce et les efforts liés à la réduction des risques commerciaux, ainsi que des projets industriels et d'infrastructures.

Les entreprises japonaises s'intéressent à des projets portant sur l'énergie verte, l'agriculture, l'automobile, la moto, le textile, la finance et les services. Toyota Tsusho développe la production de l'énergie géothermique à l'usine d'Olkaria II à Naivasha, au nord-ouest de Nairobi, et est impliquée dans la production d'engrais dans d'autres pays. Toshiba Corporation, une société d'électronique et d'énergie, a signé un accord avec la Kenya Power and Lighting Company afin de réduire les pertes de distribution du réseau électrique.

Environnement propice aux affaires

Le président Kenyatta a exprimé la volonté du Kenya de « soutenir des partenariats afin que nos jeunes obtiennent des emplois de qualité, et que nos agriculteurs puissent gagner davantage de leur sueur et qu'au moins 90 % de leurs exportations agricoles soient traitées localement ».

Certains experts affirment que le Japon aurait pu faire davantage. En mai 2015, le pays a annoncé un engagement de 110 milliards de dollars pour développer les infrastructures des pays asiatiques. Mais les dirigeants africains ont salué les objectifs de la TICAD ainsi que les relations nippo-africaines. Ils veulent des solutions locales. Le Rwandais Paul Kagame a déclaré : « La modernité ne signifie pas importer des valeurs mais améliorer ses propres valeurs », soulignant le rôle des partenaires.

Si les pays africains se disent prêts à accueillir les investissements, le premier ministre Abe a souligné le nécessaire renforcement d'un environnement plus favorable aux entreprises.

Un environnement favorable aux entreprises implique également des politiques économiques et commerciales stables et des infrastructures fiables, qui font souvent défaut. Néanmoins, pour Tomohiko Taniguchi, conseiller spécial du gouvernement japonais, « les entreprises japonaises avides de risques ont pris conscience que l'Afrique peut leur offrir de réelles opportunités ».

Le lancement du Forum économique public et privé Japon-Afrique a été un point culminant de la TICAD VI. Cette plateforme permettrait de tisser des liens entre les gouvernements et les entreprises et conjuguerait le « pouvoir des secteurs public et privé dans l'apport de solutions », a déclaré M. Abe. Il a ajouté que les membres du gouvernement japonais et les dirigeants d'entreprises se rendront en Afrique tous les trois ans pour rencontrer les entreprises africaines afin d'identifier « les mesures à prendre pour que les entreprises échangent davantage afin d'aller de l'avant. »

La TICAD VI a donné un coup de pouce aux pays africains. Jacob Zuma, président de l'Afrique du Sud, plus grand partenaire commercial du Japon, a déclaré que les investissements japonais « doivent être structurés afin que tous les pays [africains] puissent en bénéficier, surtout pour les grands projets ». Cette vision encouragera les dirigeants des petites économies africaines. La prochaine TICAD se tiendra en 2019 à Tokyo et devrait être l'occasion de dresser le bilan de la Déclaration de Nairobi. 🐦

Union Africaine : l'offensive marocaine

Le royaume cherche à tirer parti de son poids économique en Afrique subsaharienne

BY FRANCK KUWONU



Le Roi du Maroc Mohammed VI accueilli par le président John Pombe Magufuli durant sa visite en Tanzanie en octobre 2016.  Présidence de Tanzanie

Lentement, progressivement, le Maroc s'affirme comme une force économique majeure en Afrique subsaharienne, et envisage même de réintégrer l'Union africaine (UA), qu'il a quittée il y a plusieurs décennies.

En juillet dernier, le roi Mohammed VI du Maroc a fait part aux dirigeants africains réunis au sommet de l'UA à Kigali au Rwanda du souhait de son pays de rentrer au bercail. Deux mois plus tard, le royaume remettait officiellement sa demande de réintégration à l'organisation continentale, entamant un processus qui pourrait conduire à sa réadmission lors du prochain sommet de l'UA à Addis-Abeba, en janvier 2017. Le Maroc a quitté l'ancienne Organisation de l'unité africaine (prédécesseur de l'UA) en 1984 pour protester contre l'attribution de sièges au Front Polisario, admis comme représentant de la République arabe sahraouie démocratique

(RASD), une ancienne colonie espagnole à l'ouest du Sahara, que le Maroc considère comme partie intégrante de son territoire. La RASD conteste la position du Maroc et 30 ans plus tard, le conflit n'a toujours pas été réglé.

En expliquant la décision du Maroc de rejoindre l'UA, le roi a déclaré : « Quand un corps est malade, il est plus facile de le soigner de l'intérieur que de l'extérieur. »

Depuis son départ de l'UA, le royaume a développé des liens économiques avec de nombreux pays du continent, principalement par le biais du commerce et des investissements. Il cherche désormais à renforcer ces liens et à régler la question non résolue du Sahara occidental.

Ambition continentale

« Nous sommes Arabes, mais aussi Berbères et Maghrébins », explique Brahim Fassi Fihri, président et fondateur de l'institut

Amadeus, un think-tank marocain, à *Afrique Renouveau*.

Évoquant l'identité multiculturelle de son pays, essentiellement composé de groupes ethniques berbères et maghrébins, il soutient que la décision du Maroc de quitter l'organisme régional il y a trois décennies fut une « erreur stratégique ». Pourtant, « l'Afrique est notre patrie naturelle, poursuit-il. Nous avons peut-être quitté une organisation, mais nous n'aurions jamais pu quitter le continent. »

En signe de solidarité politique avec l'Afrique, la compagnie aérienne nationale, Royal Air Maroc, a maintenu ses vols réguliers vers l'Afrique de l'Ouest au plus fort de l'épidémie d'Ébola, il y a deux ans, alors même qu'à l'exception de Brussels Airlines, toutes les compagnies aériennes suspendaient leurs vols vers les pays touchés – Guinée, Libéria et Sierra Leone – par crainte de la contagion.

La décision s'appuyait sur des raisons humanitaires et non commerciales – une solidarité confraternelle « reflétant l'engagement constant du royaume envers l'Afrique », a déclaré à l'époque un porte-parole de la compagnie à l'Agence française presse (AFP).

La compagnie aérienne a élargi son réseau à travers le continent. Au cours de la dernière décennie, ses vols vers les destinations africaines sont passés de 14 en 2007 à 32 en 2016.

Dans une certaine mesure, l'histoire du transporteur aérien marocain illustre de manière éloquente l'ambition d'expansion économique du pays en Afrique.

Entre 2004 et 2014, le commerce du Maroc avec le reste du continent a augmenté en moyenne de 13 % par an (3,7 milliards de dollars), dont 42 % avec l'Afrique subsaharienne. Cela ne représente que 6,4 % du commerce global du royaume sur cette même période, selon un rapport du gouvernement intitulé *Relations Maroc-Afrique : l'ambition d'une nouvelle frontière*.

Premier investisseur

Le changement le plus remarquable a cependant été l'investissement direct du Maroc en Afrique. Selon le *Rapport sur l'investissement dans le monde 2016* de la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), le royaume y a investi quelque 600 millions de dollars en 2015. Le Mali voisin se taille la part du lion, suivi de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Sénégal et du Gabon.

Au cours de la décennie qui s'est achevée en 2016, les investissements marocains en Afrique subsaharienne représentaient 85 % de l'ensemble de ses stocks d'investissements étrangers directs (IED), selon les données du Ministère marocain des finances et de la Banque africaine de développement.

« Les Marocains se sont affirmés comme investisseurs sur le continent en lançant 13 investissements intra-africains, ce qui représente le plus haut niveau d'investissement du continent en plus d'une décennie », soulignait en 2015 un rapport d'enquête du cabinet de conseil financier Ernst & Young.

Pour Ernst & Young, l'intérêt croissant porté par le Maroc à l'Afrique subsaharienne s'explique par le fait que « les entreprises marocaines regardent vers l'Afrique

subsaharienne alors même que leur pays devient une plateforme d'exportation vers d'autres pays africains ».

Les investissements marocains se concentrent principalement dans les secteurs de la banque et des télécommunications – secteurs qui, en 2013, représentaient 88 % de ses stocks d'IED en Afrique subsaharienne.

La principale banque du pays, le groupe Attijariwafa Bank, ainsi qu'une partie de la Société nationale d'investissement (SNI), qui compte 7,4 millions de clients et plus de 16 000 employés, interviennent dans 10 pays d'Afrique subsaharienne : le Cameroun, la République du Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo.

Le groupe Banque marocaine du commerce extérieur (BMCE) est présent dans 18 pays, principalement en Afrique de l'Ouest, du Centre et de l'Est, à travers la Banque d'Afrique, sa filiale. Maroc Telecom, la première compagnie marocaine de téléphonie, a des activités sous différents noms (dont Moov en Afrique de l'Ouest francophone) dans 11 pays africains, comme le Burkina Faso et le Mali.

Destination privilégiée

Au-delà de ces secteurs traditionnels, les entreprises marocaines se sont également lancées dans l'assurance. Le Saham Insurance Group a ainsi commencé à mener des activités dans 10 pays africains en 2010 et continue de se développer sur toute l'Afrique, plus récemment avec l'acquisition en 2015 de Continental Reinsurance Plc, au Nigéria.

Pendant de nombreuses années, ce sont les pays d'Afrique de l'Ouest et dans une certaine mesure, les pays d'Afrique centrale qui ont été privilégiés par les investissements marocains en Afrique subsaharienne. Dans sa lettre à l'UA, le roi explique que « l'implication importante des opérateurs marocains et leur engagement fort dans les domaines de la banque, de l'assurance, du transport aérien, des télécommunications et du logement sont tels que le royaume est aujourd'hui le premier investisseur en Afrique de l'Ouest ». Il ajoute : « Mon pays est déjà le deuxième plus grand investisseur du continent et nous avons pour ambition d'être le premier ».

En octobre dernier, le roi s'est rendu en Afrique de l'Est et en Éthiopie alors

que le Rwanda et la Tanzanie s'apprétaient à signer des accords commerciaux. Pour certains observateurs, les motivations de cette incursion marocaine sur le continent sont strictement économiques. « Plusieurs entreprises marocaines parient sur leur croissance en Afrique subsaharienne », explique Brahim Fassi Fihri à *Afrique Renouveau*.

Poids politique

Mais pour d'autres analystes comme Amine Dafir, l'intérêt économique croissant généré par le Maroc sur le continent permet de renforcer l'influence perdue par le pays du fait de son retrait de l'UA.

Le Maroc est soutenu dans sa demande de rejoindre l'UA par un groupe de 28 pays africains, qui représentent plus de la moitié des suffrages nécessaires (27) pour être admis au sein de l'organisation. Les pays favorables à l'admission du Maroc ont écrit une lettre à l'UA demandant la suspension de l'adhésion de la RASD jusqu'à ce que les questions relatives à la légalité de son existence soient résolues par le Conseil de sécurité des Nations Unies. « Notre demande s'appuie sur le droit international », explique ainsi le président sénégalais Macky Sall, dont le pays est l'un des signataires de la lettre. Ces trois dernières années, le Roi du Maroc, qui voyage souvent avec un entourage d'hommes d'affaires, s'est rendu dans plusieurs pays africains, dont la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée-Bissau, le Mali et le Sénégal. En plus d'être d'ardents défenseurs du royaume, ces pays sont aussi les cinq premières destinations de l'IED marocain en Afrique subsaharienne.

En novembre, le Roi a invité 30 dirigeants africains en marge du sommet sur le changement climatique de Marrakech, pour « coordonner les positions des pays africains et parler d'une seule voix pour les défendre », a déclaré un haut diplomate marocain à l'AFP. L'AFP souligne aussi qu'accueillir le sommet a été un coup diplomatique pour le royaume dans sa quête d'influence en Afrique.

Alors que le Maroc poursuit des démarches pour être réadmis au sein de l'UA, le directeur de l'Institut marocain des relations internationales, Jawad Kerdoudi, considère ces efforts comme une « victoire diplomatique issue d'une stratégie délibérée qui privilégie l'action ». 🇲🇦

L'opportunité des marchés publics

Les entreprises africaines appelées à répondre à des offres à l'international

PAR DOYEUN KIM

Les marchés publics s'imposent rapidement dans le secteur des affaires en Afrique. Ils représentent près d'un tiers du produit intérieur brut (PIB) dans les pays pauvres et jusqu'à 15% dans les pays développés.

Selon le Centre du commerce international, agence conjointe de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et de la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), la part des marchés publics, soit l'achat de biens, services et travaux par le gouvernement ou les institutions publiques, représente dans certains pays plus de la moitié des dépenses publiques.

Afin d'encourager les entreprises africaines à répondre aux appels d'offres, l'UNDB (United Nations Development Business), plateforme officielle d'information en ligne sur les projets et contrats financés par les banques multilatérales de développement et les gouvernements, cherche à accroître la visibilité des missions de conseil, contrats et opportunités d'exportations disponibles dans le monde entier qui sont publiés sur son site web.

Pour accéder aux appels d'offres des gouvernements et institutions financières dont la Banque mondiale et la Banque africaine de développement (BAD), les entreprises doivent préalablement s'abonner en créant un compte sur le site de la plateforme.

Chaque année l'UNDB publie des contrats d'une valeur totale de plus de 90 milliards de dollars, offrant ainsi aux entreprises du monde entier un accès aux opportunités du marché international des marchés publics. L'UNDB publie en anglais, français, espagnol et portugais et ses clients sont répartis dans plus de 180 pays.

Bien qu'environ 30% des projets publiés sur la plateforme se trouvent en Afrique, le nombre d'entreprises



Des travailleurs de chantier effectuent des réparations sur une route financée par la Banque Mondiale.

World Bank/Trevor Samson

africaines qui souscrivent à cette base de données reste très faible, à l'exception des entreprises d'Afrique du Sud, du Nigeria et du Kenya.

L'obtention d'un marché public représente une telle opportunité pour une entreprise que l'intégrité de la procédure d'attribution est susceptible d'être compromise à chaque étape: conflits d'intérêts, fraudes, influence excessive. Le volume des flux financiers impliqués appelle à une surveillance et à un suivi permanent.

Des institutions comme la Banque mondiale ont imposé des exigences rigoureuses en matière de passation des marchés comme condition de l'aide au développement. La transparence des procédures s'avère essentielle afin de garantir l'utilisation efficace et responsable de l'argent des contribuables, et de promouvoir une concurrence loyale qui, *in fine*, contribue à une meilleure rentabilité des projets publics.

Reconnaissant le besoin d'efficacité, de responsabilité et d'intégrité dans la gestion des ressources publiques, la Banque mondiale encourage la réforme des procédures de passation des marchés publics dans les Etats membres depuis

les années 90. Les efforts internes, ainsi que l'appui des agences internationales de développement, mettent l'accent sur la professionnalisation et le renforcement des capacités.

Ces efforts sont conformes aux objectifs de bonne gouvernance et de prévention de la corruption dans l'utilisation des fonds publics et de plus en plus associés aux Objectifs de développement durable (ODD), car les marchés publics sont un moyen d'atteindre et de partager la croissance économique. 🇳🇵

Plus d'information:

Development Business,
United Nations, New York, 10017.
Tel. +212-963-1516,
Email: dbsubscribe@un.org;
Website: www.devbuiness.com

Pour toute question sur les avis:

Email: dbusiness@un.org

Bureau de liaison:

World Bank, Washington, D.C.,
Tel. +202-458-2397,
Email: dbhelp@worldbank.org

Nouveau patron de l'ONU : les ... Suite de la page 3

fin de son mandat, comptait plus de 10 000 personnes travaillant dans 126 pays.

En tant que leader, il a supervisé l'un des plus importants processus de réforme structurelle dans l'histoire du HCR, augmentant ainsi la capacité de l'organisation à faire face à des crises de déplacement sans précédent depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le volume d'activités de l'agence a triplé suite à l'introduction d'une approche budgétaire axée sur les besoins.

Au cours de cette période, l'Afrique était également confrontée à ses propres crises de déplacement, notamment en République centrafricaine, au Tchad, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Sud-Soudan.

Sous la direction de M. Guterres, le HCR et ses partenaires ont apporté à des milliers de réfugiés et demandeurs d'asile de ces pays une protection et

d'autres formes d'aide telles que les soins de santé, l'éducation et la formation professionnelle. Il a mobilisé la communauté internationale pour améliorer l'accès au logement, à l'éducation, aux soins de santé et aux autres besoins fondamentaux des rapatriés.

Perspectives

L'Afrique s'attend à ce que le diplomate le plus important du monde poursuive son engagement en protégeant activement les populations du continent touchées par les conflits.

Lors de sa visite en Somalie et au Kenya en mai 2015 en tant que Haut-Commissaire pour les réfugiés, M. Guterres a rencontré des responsables locaux, des réfugiés et des communautés d'accueil à Dadaab, au Kenya, l'un des plus grands camps de réfugiés du monde.

Il a contribué à la conclusion d'un accord entre les deux pays, qui, selon les garanties offertes par le président kenyan Uhuru Kenyatta, permettrait le rapatriement volontaire et digne des

réfugiés somaliens dans leur pays sous la supervision de Human Rights Watch notamment.

En tant que Secrétaire général, M. Guterres s'est également engagé à protéger et à autonomiser les femmes et les filles.

Dans son discours d'acceptation prononcé à l'Assemblée générale des Nations Unies, il a déclaré : « Depuis longtemps, je suis conscient des obstacles auxquels les femmes sont confrontées dans la société, dans la famille et au travail. J'ai été témoin de la violence dont elles sont victimes pendant les conflits, ou dans leur fuite, uniquement en raison de leur genre. J'ai essayé de résoudre cette question dans toutes les fonctions que j'ai occupées et elle continuera d'être un engagement prioritaire pour moi. »

À la lumière de ses précédentes fonctions, l'Afrique espère que M. Guterres soutiendra des politiques capables de résoudre les problèmes économiques et politiques du continent. 🌍

des progrès contre le paludisme ... Suite de la page 5

milliards de dollars, selon le *Rapport 2015 sur le paludisme dans le monde de l'OMS*.

Vers l'éradication de la maladie

En dépit des progrès, le combat est loin d'être gagné et l'Afrique, épice de la maladie, demeure vulnérable. Soudan et Somalie exclus, le continent comptait l'an dernier, 88% des 214 millions des cas mondiaux de paludisme et 90% des 438 000 décès dus à la maladie dans le monde.

Si la pneumonie a détrôné le paludisme comme cause principale de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, la maladie continue de menacer les plus jeunes, tuant un enfant toutes les deux minutes, d'après l'ONG Malaria No More.

Les progrès réalisés en Afrique ont aussi été inégaux. En Algérie, au Botswana, au Cabo Verde, en Érythrée et au Swaziland, le nombre de cas a largement diminué, alors que plus de 35% des décès causés par la maladie dans le monde se recensent en République démocratique du Congo et au Nigéria. Ce dernier, le plus

peuplé du continent, est le plus exposé. Près de 100 000 Nigériens meurent du paludisme chaque année, indique l'ONG Malaria Consortium.

Le gouvernement nigérian a lancé un programme national d'éradication du paludisme, incluant plus de distributions de moustiquaires, un meilleur accès aux traitements médicaux, et un plan de lutte antivectorielle élargi.

La Côte d'Ivoire, le Mozambique, la Tanzanie et l'Ouganda ont aussi des taux d'infection élevés. Les moustiques porteurs prolifèrent dans les pays au climat humide avec des terrains marécageux et nombreux sont les patients qui n'ont pas accès aux moyens de prévention et aux traitements en raison des systèmes de santé défaillants et des conflits.

Plus de suivi et de recherche

Pour le Dr Christian Happi, chercheur camerounais sur le paludisme, les donateurs et les associations ne doivent pas se contenter de distribuer des moyens de prévention mais s'assurer de leur utilisation.

« De nombreux groupes évoquent le nombre de médicaments et de moustiquaires

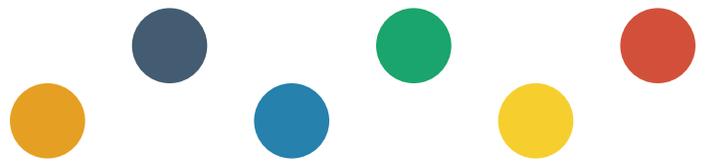
fournis. Ces chiffres servent les campagnes de communication », raconte le Dr Happi. « Y a-t-il un suivi de l'utilisation adéquate de ces outils ? La réponse est non. »

Alors que plus d'un milliard de moustiquaires ont été distribuées en Afrique sub-saharienne depuis l'an 2000, certains se demandent si elles sont correctement utilisées. En 2005, le *New York Times* a publié un article révélant que des pêcheurs au Mozambique, au Nigéria et en Zambie les utilisaient comme des filets.

Malgré les avertissements des experts, l'un des plus grands obstacles à l'éradication de la maladie reste la prévalence de la monothérapie, un traitement n'utilisant qu'un seul médicament qui renforce la résistance des parasites.

Selon le Dr Happi, les pays africains n'ont pas de systèmes de contrôle assez performants pour étudier la résistance des parasites. « Les comportements des parasites évoluent en permanence. Il faudrait collecter des échantillons sanguins et les étudier régulièrement. Mais les pays africains manquent de moyens. »

Malgré des progrès indéniables, la détermination des leaders africains ne doit pas faiblir. 🌍



Portable à ultrasons pour enrayer la mortalité infantile

PAR PAVITHRA RAO



Dans un dispensaire, Zaina peut subir une échographie, grâce à un appareil mobile à ultrasons Vscan GE Healthcare.  GE Sustainability

Le casse-tête du taux élevé de mortalité maternelle et infantile en Afrique, en particulier celui des enfants de moins de cinq ans, reste une préoccupation majeure, même si tous les efforts sont faits pour inverser la tendance.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1 enfant sur 12 en Afrique subsaharienne meurt avant l'âge de 5 ans et plus de 430 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement.

Les infections liées à l'accouchement et les maladies transmissibles, telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, sont les causes principales de ces décès. Le nombre élevé de décès maternels reflète



les inégalités d'accès aux services de santé.

Pour aider à sauver des vies, certaines entreprises ont commencé à exploiter les nouvelles technologies qui permettent de diagnostiquer plus efficacement et avec plus de précision l'état de santé des patients et les maladies que ne le permettent les pratiques actuelles qui s'appuient sur un matériel standard.

L'une de ces technologies, le Vscan, est un dispositif échographique non invasif de la taille d'un smartphone, qui fournit en temps réel des images haute résolution, utilisables dans des domaines tels que la cardiologie, l'obstétrique et la gynécologie.

Créé par la multinationale américaine General Electric (GE) et lancé lors de

l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève en mai dernier, le Vscan est portable et doté d'un écran tactile qui permet une navigation aisée. Il peut se révéler très utile dans les zones rurales d'Afrique où les établissements de santé sont sous-équipés.

Cette nouvelle invention peut devenir un atout précieux pour la délivrance de soins prénatals aux mères qui n'ont pas accès à des établissements de santé de taille suffisante.

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales pour déceler toute complication en cours de grossesse. Mais nombreuses sont les femmes en milieu rural qui n'ont ni les moyens, ni l'accès aux installations pour passer ne serait-ce qu'une visite. Une échographie avant 24 semaines

de gestation (connue sous le nom d'échographie précoce) est décisive pour estimer l'âge gestationnel, améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, limiter le déclenchement du travail pour les grossesses après terme et plus généralement améliorer l'expérience des femmes enceintes.

Une machine Vscan se vend à environ 10 000 dollars, alors qu'un appareil traditionnel d'échographie avec accessoires peut coûter 250 000 dollars ou plus.

Le dispositif a été bien accueilli, surtout par les femmes enceintes et les experts de santé, car il peut permettre de détecter des anomalies congénitales chez les fœtus et peut aider à surveiller les grossesses à haut risque, ou à déterminer la position d'un bébé avant la naissance.

Vers la fin de cette année, des responsables de GE se sont rendus au Nigéria pour contribuer à la formation de plus d'un millier de sages-femmes et de fournisseurs de soins de santé sur une période de trois ans.

« En permettant l'accès à des technologies adaptées comme le Vscan, ainsi qu'à une formation complète, nous souhaitons contribuer de manière significative à la prestation de soins de base et à l'orientation des patients en renforçant les capacités, en améliorant les compétences et en optimisant les résultats pour les mères et les bébés nigériens ainsi que pour leurs communautés », explique Farid Fezoua, président de GE Healthcare Africa. ●

Analyse du leadership académique et administratif au Kenya

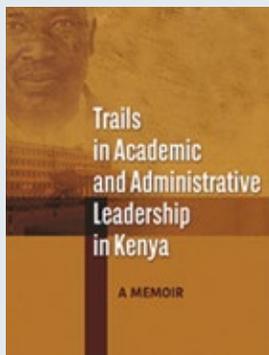
Par *RatemoWayaMichieka*

CODESRIA, Dakar, Sénégal, 2016, 320pp Zimbabwe, 2016, 267p. 20 dollars

Les recherches académiques portant sur la manière dont le leadership a inhibé la liberté académique et entravé l'efficacité des institutions d'enseignement supérieur en Afrique, se sont penchées sur la gestion de ces institutions.

L'absence de documentation retraçant les expériences des dirigeants universitaires a créé un vide important et soulevé de nombreuses questions restées sans réponse, notamment sur la sélection des dirigeants, leur compétence, leurs prédispositions personnelles qui déterminent leur fonction et leurs retours d'expérience sur ce qui peut dynamiser ou inhiber la performance.

Rédigé par un ancien vice-chancelier de l'Université Jomo Kenyatta, Ratemo Waya Michieka, "*Trails in Academic and Administrative Leadership in Kenya: A Memoir*", tente d'apporter des réponses grâce à une narration habile des histoires d'enfance de l'auteur en milieu rural au



Kenya et de son expérience en tant que dirigeant d'une institution universitaire publique.

Le professeur Michieka livre ses expériences et ses luttes au sein du système universitaire à une époque où le Kenya est passé d'un gouvernement cherchant à contrôler rigoureusement les normes académiques

à un autre, qui a essayé de leur conférer plus d'autonomie. L'auteur décrit ses tentatives de se démarquer de la politique tout en évitant des crises telles que la baisse des normes académiques et la pertinence des programmes universitaires qui continuent de plomber les universités du Kenya et de l'Afrique subsaharienne. Il évoque également les protestations estudiantines, pour lesquelles beaucoup d'universitaires furent arrêtés, soupçonnés d'avoir semé les graines de la rébellion dans les esprits des étudiants à travers leurs enseignements.

L'auteur critique par ailleurs la façon dont les chefs d'établissements d'enseignement supérieur étaient nommés durant le règne de l'ex-président Daniel Arap Moi, soulignant que bien que la plupart d'entre eux étaient des spécialistes très respectés, ils manquaient souvent de compétences en leadership et en administration et étaient désignés sans termes de référence. D'où la focalisation du livre sur l'administration et la gestion des établissements d'enseignement supérieur, et leur transition de lieux de médiocrité en lieux d'excellence académique.

Publié par le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA), le mémoire est divisé en 19 chapitres. Il offre un aperçu des réformes importantes qui ont été menées et qui sont désormais visibles au sein du système académique kenyan toujours à la recherche d'un équilibre entre pressions politiques et conventions institutionnelles durables. 🇰🇪

— Pavithra Rao

NOMINATIONS

UN Photo/Paulo Filgueiras



Le Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-moon a nommé **François Loucéné Fall**, de la Guinée, comme Représentant spécial par intérim et Chef du Bureau régional des Nations Unies pour l'Afrique centrale (BRENUAC). Jusqu'à présent, M. Fall était Vice-Président de la

Commission mixte de suivi et d'évaluation de l'Accord de paix au Soudan du Sud. Il succède à Abdoulaye Bathily, du Sénégal.

UN Photo



M. Hubert Price des États-Unis a été nommé Chef du Bureau d'appui des Nations Unies en Somalie (BANUS). Auparavant, M. Price était Directeur de l'appui à la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL).

UN Photo/Anne-Laure Lechat



Yacoub El Hillo, du Soudan, a été nommé Représentant spécial adjoint à la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL), Coordonnateur résident des Nations Unies et Représentant résident du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Il était Coordonnateur résident des Nations Unies, Coordonnateur humanitaire et Représentant résident du PNUD en Syrie. Il succède à Antonio Vigilante, de l'Italie.

UNIOGBIS



Mme **Maria do Valle Ribeiro**, de l'Irlande, a été nommée Représentante spéciale adjointe et Chef adjointe de la Mission d'appui des Nations Unies en Libye (MANUL). Mme do Valle Ribeiro occupera également le poste de Coordonnatrice résidente, Coordonnatrice de l'action humanitaire et Représentante résidente du PNUD.



AfriqueRenouveau

EN LIGNE



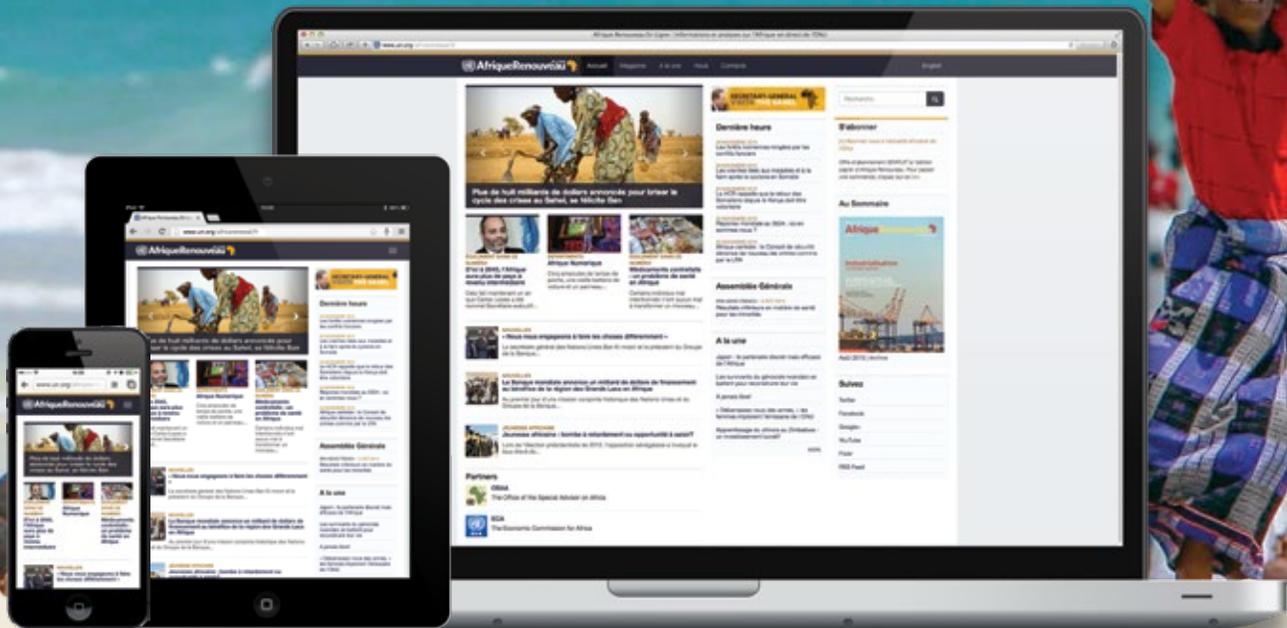
 www.un.org/africarenewal/fr



facebook.com/afriquerenouveau



twitter.com/ONUAfrique



**Votre site d'informations et d'analyses
sur l'Afrique et les Nations Unies**

Maintenant disponible sur smartphones, tablettes et eReaders.

L'Afrique change. Afrique Renouveau aussi, avec son nouveau site internet et un engagement renouvelé à promouvoir le partenariat entre l'Afrique et les Nations Unies.

Afrique Renouveau en Ligne. C'est l'Afrique nouvelle. L'Afrique en marche.