

Santé et développement : cinquante ans de coopération française en Afrique

DR DOMINIQUE KEROUEDAN

Expert indépendant en santé internationale
Maître de conférences, fondatrice et conseillère
scientifique des enseignements
« Global Health » de la Paris School
of International Affairs de Sciences Po

DR HUBERT BALIQUE

Maître de conférences à
la faculté de médecine de Marseille
Conseiller technique du ministère
de la Santé du Mali

DR GUSTAVO GONZALEZ-CANALI

Sous-directeur de la santé et
du développement humain
Ministère des Affaires étrangères et européennes

DR BRUNO FLOURY

Ancien adjoint au sous-directeur
du Développement humain
Direction du développement
Ministère des Affaires étrangères
Ancien conseiller technique du ministre de la Santé
et de la Prévention du Sénégal

Les évolutions de la situation nutritionnelle, sanitaire et démographique observées en Afrique au cours des trente dernières années, l'irruption de nouveaux acteurs publics de santé et développement dans les années 1990, suivie de profondes mutations des modalités de financement du développement au cours des années 2000 à l'échelle mondiale, en même temps que se confirme en France la réforme de l'aide publique au développement, sont autant d'événements nous invitant, au moment où la France assure la double présidence du G8 et du G20, à revenir sur les grandes étapes de la coopération sanitaire française.

Le discours de la coopération française en matière de santé depuis les indépendances¹

C'est durant la période 1960-1990² que sont énoncées deux stratégies fondatrices au niveau international : la stratégie des soins de santé primaire, dont les dispositions sont

1. Intitulé d'une publication de référence de Bruno Flourey, « Le discours de la coopération française en matière de santé depuis les indépendances », *Santé publique*, n° 4, 1994, pp. 367-380. Dans ce document unique en son genre, l'auteur présente les stratégies de la coopération française sur la période 1960-1990, au cours de laquelle seront mis en œuvre, par les États, les programmes recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

déclinées dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, et l'Initiative de Bamako préconisant, dès 1987, l'instauration de la participation financière des usagers aux soins de santé de base, lesquels usagers se regroupent en associations de gestion des médicaments et des recettes au niveau de chaque centre de santé, ce que certains auteurs ont pu appeler la « démocratie sanitaire³ ».

Ces perspectives caractérisaient une période toute nouvelle par rapport à la précédente, de laquelle on pouvait dire : « Notre Service de santé des armées a une longue et glorieuse histoire africaine. Le quadrillage territorial lui a permis de stabiliser les grandes endémies, de protéger les populations civiles et militaires, et de faire avancer la science. Son rôle humanitaire a assuré à la France une place de choix dans son relationnel technique mais aussi affectif avec le continent africain.⁴ ». Au lendemain des indépendances et pendant deux décennies, l'Organisation mondiale de la santé avec les coopérations bilatérales de quelques pays du Nord, en appui des gouvernements africains, ont tenté de faire face aux problèmes majeurs de santé, dominés par les pathologies infectieuses et parasitaires (paludisme, variole, peste, fièvre jaune, lèpre, tuberculose, onchocercose, trypanosomiase, etc.). En réponse à ces maladies, le Service de santé des armées,

en continuité avec ses interventions pendant la colonisation, organisait la lutte contre les grandes endémies jusque dans les années 1970. Cette priorité et cette organisation ne s'imposaient qu'en raison des grandes insuffisances d'une offre périphérique de soins : les campagnes de masse palliaient peu ou prou la faiblesse de l'offre de soins élémentaires. Il s'avérait d'une extrême urgence d'informer, d'éduquer, de dépister la tuberculose, les infections sexuellement transmises, mais aussi de protéger les enfants des maladies infantiles aux complications redoutables, pour lesquelles on dispose de vaccins efficaces, et d'apporter aux femmes enceintes des conditions appropriées pour conduire leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité. Enfin, il s'agissait de soigner, dans les dispensaires et les hôpitaux, l'ensemble de la population en cas de maladie ou d'accident. À cette époque, le ministère de la Coopération, qui fixe la politique de la France en matière de coopération sanitaire internationale, s'attache dans le même temps, à renforcer les systèmes hospitaliers essentiellement par la construction de nouveaux établissements érigés pour la plupart en centres hospitaliers universitaires, à parfaire la formation initiale des professionnels de santé et à édifier de nouvelles facultés de médecine, ainsi qu'à développer le réseau des Instituts Pasteur d'Outre-mer dans tous les États qui le demandaient. De leur côté, les médecins humanitaires créent l'ONG Médecins sans frontières en 1971, de la scission de laquelle émanent Aide médicale internationale et Médecins du monde, suivies d'Action (internationale) contre la faim, etc. La compétence des médecins français, civils et militaires, des professionnels de santé dans leur ensemble, rayonne mondialement au travers des institutions de coopération, de recherche, et des ONG humanitaires.

2. Cf. le dossier « Afrique : 50 ans d'indépendance », *Revue internationale de politique de développement*, Genève, The Graduate Institute Publications, n° 1, mars 2010, 267 p., <http://poldev.revues.org/75>

3. Dominique Kerouedan et Patrick Dauby, « Les enjeux de la démocratie sanitaire en Afrique », *Médecine tropicale*, vol. 64, n° 6, 2004, pp. 609-612, www.revuedemedecinetropicale.com/609-612_-_FPR_-_kerouedan.pdf

4. Médecin général des armées, Jacques de Saint-Julien, inspecteur général du Service de santé des armées, 1^{er} décembre 2004, entretien avec le député Pierre Morange.

Il faut attendre le début des années 1980 pour que la coopération française, à l'initiative du ministre Jean-Pierre Cot, prenne conscience du nécessaire « décloisonnement de l'action médicale pour l'intégrer au contexte global de développement⁵ » et pour que la France adhère officiellement, et au moins théoriquement, aux politiques sanitaires internationales des soins de santé primaires énoncées depuis Alma-Ata par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1978 ! Les actions conduites à l'époque ne tiennent pas compte de ce nouveau contexte, comme on l'observe encore quelques années plus tard : « Les systèmes de santé des pays en développement souffrent d'inadaptation et, en particulier, de surdéveloppement des structures hospitalières face à une pathologie qui relève avant tout d'actions extrahospitalières⁶. »

Une approche de la coopération française en pleine évolution

Dans les années 1980, les problèmes qui apparaissent prioritaires sont liés à la poussée démographique et aux difficultés économiques qui perdurent en Afrique, aux maladies infectieuses – avec l'épidémie de sida, la résurgence de la tuberculose et, encore et toujours, le paludisme –, mais aussi à l'urbanisation qui pose, du fait de la promiscuité et de la précarité des habitats, des problèmes croissants d'hygiène et d'assainissement.

Parallèlement à une persistance des endémies et à l'explosion de la pandémie de sida

dans un contexte caractérisé par l'insuffisance des dépenses publiques de santé face à l'augmentation du coût des soins et de la demande, on assiste à la dégradation des services de soins, notamment, mais pas seulement, dans les hôpitaux. Les coûts de fonctionnement et les charges récurrentes de ces établissements sanitaires dépassent les capacités des États, dont les priorités sont ailleurs : le budget de la santé est toujours inférieur à 10 % du budget de l'État. Le niveau des compétences des nouveaux professionnels de santé, formés dans des établissements et sur des terrains de stage où la qualité des enseignements est à la baisse, se dégrade, et la pratique professionnelle se détourne des principes de la déontologie. Il en résulte, faute de compétences et de moyens, que la mortalité maternelle et la mortalité infantile restent élevées dans les pays d'Afrique noire et à Madagascar.

Des acteurs déterminants : la Commission européenne et la Banque mondiale

Au début des années 1990, le continent souffre de difficultés économiques liées à la baisse du cours mondial de certaines productions, comme le coton, et à l'enchérissement des intrants. L'épidémie de sida se propage à grande vitesse, la maladie prend une place croissante dans la mortalité dès la fin des années 1980, et son expansion dramatique mobilise les énergies. Le sida devient la première cause de mortalité des jeunes adultes en Afrique dès le début des années 1990. Lors des discussions préparatoires à la Convention de Lomé IV, les États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique demandent pour la première fois à leur partenaire européen de les aider à

5. Jean-Pierre Cot, *À l'épreuve du pouvoir*, Paris, Le Seuil, 1983, p. 219.

6. Michel Aurillac cité par Bruno Floury, p. 369.

faire face à la situation sanitaire et, en particulier, à ce fléau dévastateur⁷. Car les États africains subissent dans la même période les effets des politiques d'ajustement structurel, qui entraînent une réduction importante des budgets des secteurs sociaux et la baisse du recrutement de personnels dans la fonction publique. En réponse aux critiques à ce sujet, la Banque mondiale publie deux rapports, « Investir dans la santé⁸ », suivi un an plus tard d'un document stratégique proposant de nouvelles orientations spécifiques « Pour une meilleure santé en Afrique⁹ ». La Banque mondiale est ainsi devenue, en deux décennies, l'acteur déterminant de la politique sanitaire de nombre de pays africains, notamment francophones. Dans le même temps, elle a acquis une réelle expertise dans ce secteur nouveau pour elle. Les stratégies qu'avance le couple orageux OMS-Banque mondiale interviennent de façon croissante sur les priorités du ministère de la Coopération, bien que son adhésion y est ambiguë, tardive, quelque peu contrainte et forcée, et d'ailleurs non exclusive. En 1999, les choix stratégiques annoncés par la Direction générale de la coopération internationale au développement (DGCID) ne sont autres, dans leurs grandes lignes, que ceux préconisés par l'OMS et la Banque mondiale depuis déjà plusieurs années ; l'Union européenne ne s'en démarque pas elle non plus.

Hormis son financement d'actions de développement, de façon prédominante à travers

des prêts et non des dons, la Banque mondiale se distingue des autres acteurs, dont la France, par la position qu'elle défend publiquement sur le financement des soins et le choix de ses priorités sanitaires sur la base d'une analyse du rapport coût/efficacité des interventions. Seuls les soins de santé primaires de base et certains programmes de santé publique devraient être financés par l'État du pays bénéficiaire selon la Banque mondiale, tandis que les soins hospitaliers, plus coûteux, ne concernant qu'une partie de la population – et électivement la population aisée –, devraient être financés par les usagers eux-mêmes ou par des assurances privées mises en concurrence et offrant divers services. À l'époque, cela fait bien référence au modèle américain de prise en charge des soins.

La Commission européenne, quant à elle, sera particulièrement présente en appui au développement de politiques de sécurité transfusionnelle et d'accès aux médicaments essentiels, en finançant le développement de politiques pharmaceutiques et de centrales d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables médicaux. Ces deux institutions promeuvent des réformes des systèmes de santé et la refonte des modalités de financement des soins au travers de l'Initiative de Bamako.

Dans le même temps, le système des Nations unies dans son ensemble contribue à la réalisation des stratégies énoncées par l'OMS avec des moyens financiers et humains le plus souvent limités, à l'exception de la période 1985-1990 quand l'UNICEF, sous l'impulsion de James Grant, prend le leadership de l'initiative de vaccination universelle des enfants, ce qui relance le Programme élargi de vaccination (PEV) avec des résultats très significatifs. Autour de la Commission européenne, de la Banque mondiale, les États et les coopérations bilatérales française, belge, américaine,

7. Assemblée paritaire ACP-CEE, « Quatrième convention de Lomé du 15 décembre 1989 », *Le courrier ACP-CEE*, vol. 120, n° 41, 1990.

8. Banque mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé », Washington, 1993, 339 p.

9. Banque mondiale, « Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience », Washington, 1994, 283 p.

canadienne et allemande étendent leurs actions aux pays francophones. La France soutient les stratégies européennes en faveur de la santé telles qu'elles ont été formulées pour la première fois en 1994, avec d'autant plus d'enthousiasme qu'elle finance alors à elle seule un quart du Fonds européen de développement.

De la médecine tropicale à la politique de santé publique : la coopération sanitaire des années 1990

De 1990, l'« année de la santé », découle en France, sous l'impulsion du ministre de la Coopération Marcel Debarge, une série de nouvelles orientations pour la décennie 1990 : augmentation significative des moyens financiers et humains au service d'une « approche projet intégrée », où la santé publique et l'analyse économique du secteur de la santé prennent une dimension sans précédent. Tout au long des années 1990, les modalités d'intervention de la coopération française se transforment sous l'effet du changement plutôt radical du paradigme qui sous-tendait son intervention jusque-là. Les médecins militaires sont devenus très minoritaires¹⁰, remplacés par des médecins civils ; puis très rapidement des médecins nationaux remplacent les médecins français, et, finalement, ces derniers se retirent aussi des facultés de médecine et des hôpitaux. Sur le terrain n'arrivent désormais, et en nombre très limité, que des professionnels de la santé publique placés en position de conseil technique auprès des ministres de la Santé et des

cadres de l'administration sanitaire nationale, régionale ou hospitalière. C'est aussi la décennie des projets de santé urbaine de la coopération française à Bamako, à Abidjan, à Niamey, etc. La politique de la coopération française vise à la fois à renforcer les systèmes et à intégrer à tous les niveaux de la pyramide de soins les interventions de prévention et de prise en charge des grandes pandémies (sida, tuberculose et paludisme). La réduction de la mortalité maternelle et infantile est une priorité commune à tous ces projets. La lutte contre les maladies parasitaires est davantage soutenue au travers de financements octroyés aux organisations multilatérales.

La « santé urbaine » s'étend dans les capitales des pays d'Afrique de l'Ouest et à Madagascar, en complément du soutien qu'apporte l'UNICEF à l'Initiative de Bamako en milieu rural. Le Projet Santé Abidjan, réalisé dans les quartiers les plus peuplés de la ville sur la période 1991-2000, est emblématique de la coopération française de cette période, tant du point de vue des montants financiers engagés que de sa conception très novatrice en soi. L'approche consiste à renforcer les capacités de l'offre périphérique publique de soins en même temps que d'étendre la couverture sanitaire en proposant une offre alternative de soins administrée par des associations d'usagers : les centres de santé communautaires. Les résultats de ces programmes français en appui au développement de ces centres de santé privés sans but lucratif sont spectaculaires : la couverture sanitaire augmentée, l'autonomie de gestion permet aux centres de santé de recruter un personnel de santé plus nombreux et plus qualifié n'appartenant pas à la fonction publique, la disponibilité des médicaments est améliorée, dont découle une attractivité certaine des centres qui gagnent la confiance des usagers, ce qui entraîne aussi un accroissement de

10. Leur nombre diminue encore entre 2000 et 2005 passant de 76 à 26.

l'intérêt pour les soins préventifs. Il s'ensuit une amélioration très nette des taux d'utilisation des services préventifs et curatifs. De la sorte, en milieu urbain¹¹, la France a très clairement pris position en faveur de l'Initiative de Bamako¹².



© Idrissa Diarra, peinture « La santé rurale », photographie de Dominique Kerouedan

Par ailleurs, dès 1994, la coopération française va jouer un rôle moteur d'appui institutionnel, technique et financier à la constitution des associations de personnes vivant avec le VIH, et à leur participation à la prévention de

la transmission sexuelle et maternelle du virus, au dépistage-conseil, à la prise en charge et à la limitation de l'impact familial du sida en Afrique de l'Ouest. L'OMS¹³, l'ONUSIDA¹⁴ et les programmes FSTI et ESTHER, créés par Bernard Kouchner respectivement en 1998 et en 2002¹⁵, s'inspireront de ces concepts et interventions. La pérennité de ces centres de santé communautaires, et des activités associatives des personnes vivant avec le VIH, n'a pas fini de nous surprendre près de vingt années plus tard. Ces modèles ont été soutenus par la Banque mondiale et continuent en 2010 d'inspirer la Délégation de la Commission européenne à Abidjan, qui s'intéresse à soutenir et étendre les centres de santé communautaires.

Toutes ces dimensions, maladies-systèmes-associations-partenariats, ne sont-elles pas au premier plan des problématiques de coopération sanitaire discutées à l'échelle mondiale en 2011 ?

Dans le domaine de la recherche, citons l'exemple de la création par la faculté de médecine de Bamako, avec l'appui de la coopération française, du Département d'épidémiologie des affections parasitaires, devenu aujourd'hui le Malaria Research and Training Center (MRTC). Cela montre que l'Afrique a commencé à occuper la place qui lui revient sur l'échiquier international en constituant et en maintenant sur son continent des équipes de chercheurs de très haut niveau, aux côtés des équipes de

11. En milieu rural, à Madagascar par exemple, où la population est beaucoup plus pauvre, la participation financière est plus difficile à mettre en œuvre, l'Initiative de Bamako a eu moins de succès et pose des questions éthiques dans ces contextes.

12. Ces programmes ont fait l'objet de plusieurs évaluations et publications :

- Joseph Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, 435 p.

- Jean-Pierre Olivier de Sardan et Thierry Berche (dir.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, Éditions CEDA, 1999, 389 p.

- Didier Gobbers et Philippe Eono (dir.), *La recherche en santé au service du développement*, à partir des études du Projet Santé Abidjan, 1993-2000, Éditions CEDA, 2001.

- Dominique Kerouedan (dir.), Rapport final, évaluation du projet « Appui à la mise en place de la politique de district sanitaire au Niger. Commune de Niamey 2 », CREDES pour le ministère des Affaires étrangères, septembre 2003.

13. Les politiques de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, issues d'un groupe de travail multidisciplinaire réuni localement, ont précédé les directives internationales dans ce domaine.

14. Programme conjoint des Nations unies pour le sida créé en 1996, www.unaids.org

15. Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) et Groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER, www.esther.fr), suivi de l'Alliance européenne d'ESTHER (www.esther.eu).

la Fondation Mérieux, des Instituts Pasteur d’Outre-mer (IPOM), de l’Institut de recherche pour le développement (IRD), de l’Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), qui travaillent aussi en Afrique.

Dans le domaine du médicament, la coopération française soutient la création et le développement pendant une quinzaine d’années du Réseau médicaments et développement (ReMeD) – une organisation non gouvernementale dont les actions de formation, d’appui institutionnel aux instances et politiques pharmaceutiques et d’accès aux médicaments essentiels et génériques dans toute l’Afrique francophone sont reconnues des partenaires européens et internationaux.

L’assistance technique de la coopération sanitaire française

La caractéristique la plus singulière de la coopération française pendant toutes ces années a été de disposer d’un atout et d’un instrument majeurs qui la distinguent des autres coopérations : son assistance technique recrutée à l’époque directement par le ministère de la Coopération. Les assistants techniques, plongés dans les réalités quotidiennes et les contradictions nationales de l’entreprise du développement, acquièrent au fil des années auprès de partenaires nationaux, souvent exceptionnels, une expérience unique et irremplaçable. Véritables experts du développement, ils sont une source précieuse de connaissance des problématiques sanitaires et sociales de terrain au service de la décision en santé publique à l’échelle nationale, et de la définition des orientations politiques de la France et à l’échelle internationale. En 1982, l’assistance technique française sur le terrain représente à elle seule 50 % de l’assistance technique mise à

disposition des pays en développement par les pays développés.

C’est grâce à la diversité et à la souplesse de cette assistance technique qu’ont pu être initiées, à la fin des années 1980, des expériences novatrices¹⁶, qui ont, depuis lors, fait leurs preuves et constituent aujourd’hui des piliers du développement des systèmes de santé :

- la création des centres de santé communautaires, qui assurent la réalisation du service public de santé, dans le cadre du partenariat public-privé;

- de manière prometteuse, et dans une approche pilote, l’installation de médecins de campagne qui ouvrent la voie à la médicalisation des zones rurales par des professionnels n’appartenant pas à la fonction publique, projet fortement soutenu par l’association Santé Sud dans de nombreux pays d’Afrique francophone¹⁷; Santé Sud Mali a reçu un prix pour ces initiatives à la Conférence mondiale sur les personnels de santé réunie à Bangkok en janvier 2011 sous l’égide de l’OMS.

- la mise en place de mutuelles de santé, destinées à assurer une protection sociale en complément des financements publics.

En août 1992, les assistants techniques sur le terrain fondent l’Association des professionnels de santé en coopération (ASPROCOP), qui deviendra, dans les années 1990, le prestataire du ministère de la Coopération pour la formation continue des assistants techniques du secteur de la santé et prendra des positions remarquées dans les années 2000 auprès du Haut Conseil de la coopération internationale,

16. Joseph Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d’Afrique de l’Ouest*, Paris, Karthala, 1997, 435 p.

17. www.santesud.org

de l'Assemblée nationale, du Conseil économique et social, du réseau Coopération Sud, auprès d'autres instances nationales, ainsi que des institutions européennes et internationales, y compris de l'OMS¹⁸.

La réforme de la coopération française

La dynamique novatrice et pertinente des années 1990 subit une inflexion soudaine à la fin de la décennie, liée à la réforme de l'aide publique au développement (APD)¹⁹. Le ministère de la Coopération, créé en 1961, disparaît en 1998, ses services sont absorbés par le ministère des Affaires étrangères. Il n'y a plus qu'un secrétaire d'État à la Coopération. Cette réforme met en place, à partir de la Caisse française de développement, l'Agence française de développement et un Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), présidé par le Premier ministre. Le ministère des Affaires étrangères et européennes, et le ministère des Finances, de l'Économie et de l'Industrie en assurent conjointement le secrétariat du CICID. Sous la pression du ministère des Finances, l'APD s'aligne sur les modes d'intervention en vigueur chez la plupart des bailleurs de fonds dans les années 2000. Cette réforme s'accompagne d'une restriction drastique des budgets alloués à la coopération, notamment ceux consacrés à l'assistance technique en gestion directe. En 1991, on compte plus de 400 assistants techniques financés par le ministère de la Coopération

en appui au secteur de la santé en Afrique. Les décisions du CICID en 2004 et en 2005 confient à l'Agence française de développement (AFD) la mise en œuvre des crédits de coopération en faveur du secteur de la santé, parmi d'autres. Les assistants techniques sont désormais recrutés soit par appel d'offres international lancé par le maître d'ouvrage, en général le ministère de la Santé récipiendaire des financements en dons ou en prêts de l'AFD ; soit, pour les fonctionnaires, par le groupement d'intérêt public France Coopération internationale, devenu depuis 2011 France Expertise internationale. Les assistants techniques de la santé ne sont que 221 en 2001, moins d'une centaine en 2006²⁰ et une cinquantaine en 2010.

Privée de ses moyens humains et financiers, l'aide bilatérale française voit sa voilure considérablement réduite. Ceci nuit considérablement à la visibilité politique de la France là où sa coopération sanitaire est reconnue et attendue sur le continent africain en même temps qu'à l'échelle internationale, comme en préviennent et le déplorent à l'unanimité les rapports indépendants cités plus loin. Notons qu'en même temps que la France réduisait comme peau de chagrin sa contribution bilatérale en faveur des systèmes de santé, les coopérations techniques belge, allemande, canadienne et européenne diminuaient de manière substantielle leurs aides bilatérales aux pays d'Afrique francophone²¹.

18. www.asprocop.org

19. Serge Michailof et Alexis Bonnel, *Notre maison brûle au Sud. Que peut faire l'aide au développement?*, Paris, Fayard/Commentaire, 2010.

20. Marc Gentilini, « La coopération sanitaire française dans les pays en développement », Avis et rapport du Conseil économique et social, 16 et 17 mai 2006.

21. Il manque des études sur l'accès équitable de ces pays aux financements de l'aide et sur les résultats de ces appuis (ou absence d'appuis) sur l'état de santé des populations, voire même sur la stabilité politique de la région.

L'abandon des instruments bilatéraux du financement du développement au profit de grandes initiatives mondiales est un mouvement qui dépasse largement le cas français et qui se traduit localement par des déséquilibres maladies/systèmes²² compromettant l'efficacité de l'aide dans son ensemble: c'est sans doute l'enseignement le plus clair des difficultés rencontrées pendant la décennie pour progresser vers les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Les années 2000: mondialisation, Déclaration du millénaire et financements innovants

Plus de 180 représentants de pays et d'institutions se sont réunis en 2000 pour signer la Déclaration du millénaire, qui fixe huit objectifs à atteindre d'ici à 2015, les fameux Objectifs du millénaire pour le développement. Les défis, auxquels les pouvoirs publics, la société civile en Afrique, et la communauté internationale doivent ensemble faire face, sont majeurs pour atteindre ces objectifs ou s'en rapprocher. Trois objectifs, les OMD 4, 5 et 6, sont directement liés à la santé et concernent respectivement la réduction de la mortalité infantile, la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les maladies infectieuses, dont le sida, la tuberculose et le paludisme, qui tuent 6 millions de personnes par an dans le monde, pour la plupart en Afrique. L'accès universel des populations à

la prévention et à la prise en charge du sida et de la tuberculose figure en tête des objectifs de la communauté internationale depuis la Conférence internationale sur le sida de Toronto en août 2006, intitulée « Time to Deliver ». La France a depuis toujours tenu sa position leader à l'échelle mondiale en faveur d'une politique globale de prévention et de prise en charge du sida: elle l'a affirmée dès la Conférence internationale sur le VIH/sida à Abidjan, en 1997, au travers des déclarations du président Jacques Chirac et du ministre Bernard Kouchner, donnant la première véritable impulsion politique en faveur de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) pour les pays du Sud face à des partenaires européens et américains plutôt sceptiques à l'époque. Dans le même esprit, répondant présent dès 2001 à l'appel de Kofi Annan, Secrétaire général des Nations unies pendant dix ans, la France soutient très précocement la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Contrairement à la plupart des bailleurs de fonds, qui préconisent de financer exclusivement la prévention du sida, le gouvernement français défend au Conseil d'administration du Fonds mondial un mandat en faveur du financement de l'achat de médicaments antirétroviraux, approche qui l'emportera.

Dès le début des années 2000, à Okinawa, puis à Gênes, la santé est devenue un sujet à part entière des discussions au sein du G8, ce qui contribuera à accélérer la création du Fonds mondial et à promouvoir les initiatives comme l'action en faveur des maladies négligées, ou encore la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de trois ans dans les pays qui souhaitent la mettre en place.

Tout au long des années 2000, les sources de financement de l'aide au développement vont se diversifier très rapidement avec la création

22. La lutte contre les maladies transmissibles au travers d'interventions spécifiques est davantage financée que le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble, qui permettrait pourtant de contribuer plus efficacement à la réalisation de tous les Objectifs du millénaire pour le développement de la santé.

de partenariats mondiaux public-privé, tels que l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) en 2000, le Fonds mondial en 2002, et l'International Health Partnership (IHP+) en 2007. Les fondations privées de Bill & Melinda Gates et de Bill Clinton contribuent de manière croissante au financement des initiatives mondiales. La Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM/UNITAID), au travers de l'utilisation d'une taxe sur les billets d'avion, est une initiative de la France en tant qu'une des premières applications concrètes de l'initiative « financements innovants » promue par le président Jacques Chirac lors du Forum de Davos en janvier 2005, dans la lignée des travaux qu'il a confiés, dès 2003, à l'inspecteur général Jean-Pierre Landau²³.

À partir de l'initiative de la France, le Brésil, le Chili, la Norvège et le Royaume-Uni créent en septembre 2006 UNITAID, qui a permis d'engager plus d'un milliard de dollars depuis 2006 dans 94 pays pour soutenir 16 projets sida, tuberculose et paludisme. La Facilité financière internationale (IFFm) instituée en octobre 2006, au bénéfice des programmes de l'Alliance GAVI, lève des financements par emprunt sur les marchés internationaux, grâce à des engagements à long terme des États; ou encore l'Advanced Market Commitment (AMC) sous l'impulsion du ministre italien Giulio Tremonti, géré par le programme GAVI, qui permet l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en même temps dans les pays du Nord et du Sud.

Ainsi, dans les années 2000, devant l'urgence et l'ampleur des pandémies, cherchant

un impact majeur et rapide, la France privilégie les initiatives mondiales aux dépens de sa contribution bilatérale, et la lutte contre les maladies, aux dépens des appuis au fonctionnement des systèmes de santé, auxquels se prêtait davantage l'instrument bilatéral. Les montants financiers dont l'Agence française de développement dispose en appui au secteur de la santé des pays de la zone de solidarité prioritaire sont désormais très modestes. Les bouleversements sont tels dans cette décennie que Jean-Michel Severino et Olivier Ray parlent de trois « révolutions » liées à la diversification des objectifs en vue de protéger les biens publics mondiaux, des acteurs, de plus en plus nombreux aussi, et des instruments dits innovants, au point d'aller puiser dans les ressources des marchés financiers internationaux²⁴. Ces auteurs nous invitent à prendre la mesure de ces changements et de ce qu'ils impliquent en termes d'élaboration de nouveaux systèmes de mesure et d'analyse de leur impact. C'est le défi qui nous attend.

Regards indépendants sur la coopération sanitaire française

Depuis vingt ans, des mécanismes de régulation ont été mis en place pour permettre à la coopération de trouver sa place. Dans les années 1990, l'Observatoire permanent de la coopération française, l'Association des professionnels de santé en coopération et quelques rapports d'évaluation de projets prennent

23. Jean-Pierre Landau, « Les nouvelles contributions financières internationales », Rapport du groupe de travail, Paris, La Documentation française, 2004, 147 p.

24. Jean-Michel Severino et Olivier Ray, « The End of ODA (I). Death and Rebirth of a Global Public Policy. Centre for Global Development », Working Paper n° 167, mai 2009; Jean-Michel Severino et Olivier Ray, « The Birth of Hypercollective Action », Centre for Global Development, Working Paper n° 218, juin 2010.

position sur les choix privilégiés par les institutions publiques. En 2002, le Haut Conseil de la coopération internationale (HCCI) se prononce sur la politique de la France dans le domaine de la coopération sanitaire et de la recherche pour le développement²⁵. Entre 2005 et 2008, plusieurs rapports sont commandités par le Premier ministre et le gouvernement²⁶. Le Conseil économique et social émet en 2006 un avis fondé sur le rapport du professeur Marc Gentilini, qui souligne la singularité et la valeur de quarante ans d'expérience de la coopération sanitaire française²⁷. Ces auteurs très éminents regrettent de concert l'insuffisance des moyens humains et financiers alloués à l'aide bilatérale et déplorent les effets de la réforme du dispositif de coopération de la France sur la place, l'image, la visibilité et l'efficacité de l'aide publique française en appui au développement sanitaire en Afrique.

Plus récemment, aux évaluations indépendantes de l'Alliance GAVI et de l'ONUSIDA, en 2009, s'ajoutent les rapports de l'Institution indépendante d'évaluation de la Banque mondiale²⁸, de la Cour des comptes européenne (2009 et

2011), ceux de l'évaluation du Fonds mondial (2008 et 2009) et une analyse sur les enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial (Kerouedan, 2010, <http://factsreports.revues.org/635#text>). Ces publications se rejoignent pour discuter de l'efficacité, en termes d'impact, des nouvelles modalités de financement de l'aide publique au développement sanitaire (aides budgétaires sectorielle et générale, partenariats public-privé mondiaux, etc.) et préviennent de la nécessité d'accompagner ces financements pilotés à distance d'une expertise technique bilatérale à la disposition des pays, dans le cadre de politiques de renforcement des capacités nationales.

Plus globalement, le député Henriette Martinez, Nicolas Tenzer, le réseau Coordination Sud font respectivement des recommandations en vue d'obtenir une meilleure efficacité de nos interventions multilatérales, de maintenir une présence et une influence françaises méritées à l'international, de tenir les promesses de notre aide publique au développement et d'assurer un meilleur équilibre entre les aides bilatérale, multilatérale et internationale.

De notre point de vue, la valorisation de l'expertise française dans le domaine de la coopération au développement est tout à fait cruciale au moment où la pénurie des personnels de santé, et plus largement des administrateurs de la santé, s'accroît au Sud au point de devenir « une crise ». La définition dans le cadre du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) d'une politique relative à l'expertise française dans le domaine de la coopération au développement est plus que jamais nécessaire pour ne pas oublier les leçons apprises au cours de cinquante années de rayonnement de la coopération française en appui au développement sanitaire de l'Afrique francophone.

25. Haut Conseil de la coopération internationale (HCCI), « La Coopération dans le secteur de la santé des pays en développement », Paris, juin 2002, 64 p.

26. Pierre Morange, « Évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement dans le secteur de la santé ; articulation des aides bilatérales et coordination avec la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé », Rapport au Premier ministre, Paris, La Documentation française, 7 juin 2005, 253 p. ; Philippe Kourilsky, « Optimiser l'action de la France pour la santé mondiale. Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses », Paris, La Documentation française, avril 2006, 313 p.

27. Marc Gentilini, « La Coopération sanitaire française dans les pays en développement », avis et rapports du Conseil économique et social, 16 et 17 mai 2006.

28. <http://ieg.worldbankgroup.org/content/ieg/en/home.html>

Les enjeux sous présidence française du G8 et du G20 en 2011

La présidence française du G8 et du G20 constitue une occasion unique de faire progresser les acquis et de rendre cohérents un grand nombre d'engagements pris dans cette dernière décennie. Au-delà de l'engagement pris par le G8 à Muskoka en 2010 d'agir plus efficacement pour la santé des mères et des enfants, et de la Stratégie du secrétaire général des Nations unies sur la santé des femmes et des enfants, il faudra notamment travailler à améliorer l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et sexuelle. Il devrait s'agir là d'un élément fort de l'action de la France pour ces prochaines années. Cet effort ne doit pas se résumer à la seule lutte contre la mortalité maternelle, cible du 5e OMD. Il commence par la reconnaissance du droit des femmes à la maîtrise de leur sexualité et de leur fécondité, et doit se poursuivre par la mise en place d'une offre de soins qui leur soient accessibles culturellement, géographiquement et économiquement.

Les attentes à l'égard du Fonds mondial sont à la hauteur des engagements financiers et de ceux menés, en lien avec le programme GAVI, par la Banque mondiale en coordination avec les autres bailleurs bilatéraux sur tout ce qui concerne les actions de renforcement des systèmes de santé dans les pays récipiendaires. La bonne traçabilité et utilisation des crédits du Fonds nécessite une parfaite appropriation par les pays, en charge eux-mêmes de la pertinence et de l'efficacité des stratégies choisies et de la mise en œuvre des projets, assortie d'un processus solide d'évaluation des performances. Dans tous ces domaines, les récipiendaires devraient pouvoir mobiliser de l'expertise en vue de l'acquiescer progressivement. Il s'agit de contribuer à construire des systèmes de santé

solides et adaptés à fournir la réponse adéquate. Cette approche passe par une lutte globalisée contre la pénurie des ressources humaines dans le domaine de la santé²⁹ – au travers d'interventions de formation, de rétention, de migration régulée, de sécurité et de salaires décents –, et par la mise en application large et contraignante du Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, voté à l'Assemblée mondiale de la santé en 2010, grâce à la forte implication de la France.

Les pays et organisations internationales présents au Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation à Accra en 2008 se sont engagés à revenir à une aide concertée, où se distribuent les tâches entre partenaires et pays. Le G8 ne peut plus continuer à être le seul bailleur du développement; il convient de continuer la réflexion en la portant de plus en plus vers le G20 et en la dégageant de la seule analyse relative à la stabilité économique. À l'instar de ce que la Commission Bachelet s'attache à mettre en place en matière de protection sociale pour une planète mondialisée, les pays du G20 devront participer à l'effort collectif du développement, notamment sur les aspects des biens publics mondiaux, où la santé en particulier, l'éducation et le respect des jeunes filles et des femmes, la lutte contre le changement climatique et la promotion d'un environnement sécurisé et sain sont autant de défis auxquels le G20 doit s'atteler dès maintenant.

29. Michèle Barzach et Gustavo Gonzalez-Canali, membres pour la France de la « Task Force for Scaling up Education and Training for Health Workers », coprésidée par lord Nigel Crisp et la commissaire Bience Gawanas. OMS-Alliance mondiale pour les personnels de santé, « Scaling up, Saving Lives », Rapport 2008, 123 p, [www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health % 20FINAL % 20REPORT.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf)

La contribution de la France au développement sanitaire de ses anciennes colonies est sans doute le domaine de coopération au développement le plus exemplaire des cinq dernières décennies.

Les grands enjeux de la coopération française pour les années à venir concernent :

- le nécessaire rééquilibrage de l'effort en faveur du renforcement des systèmes de santé, dans lequel la coopération française a acquis une grande expérience, et le repositionnement des aides bilatérale et multilatérale;

- la juste place que doit trouver son appui technique et financier aux gouvernements et à la société civile du Sud, aux côtés des partenaires internationaux, dans le respect des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation, des dispositions de l'International Health Partnership³⁰, et de celles du Code de conduite de l'Union européenne sur la complémentarité et la division du travail;

30. www.internationalhealthpartnership.net

- la grande priorité que constitue la formation des ressources humaines pour garantir les compétences des futurs professionnels de santé et permettre le développement de la recherche;

- la place que la France prendra, aux côtés de ses partenaires internationaux, dans les domaines de la protection sociale, ainsi que de la prévention et de la prise en charge des

maladies non transmissibles, telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, grands enjeux mondiaux des décennies à venir, y compris au Sud.

Le plus important sera sans doute pour la France d'avoir le courage politique et les moyens de refonder une politique de coopération au développement sur des principes de solidarité en faveur d'un continent où la croissance démographique s'annonce encore spectaculaire pendant au moins une génération. La responsabilité historique de la France va sans doute jusqu'à veiller à ce que les pays francophones accèdent de manière égale et équitable aux financements des initiatives mondiales, particulièrement à ceux que la France choisit de privilégier : le Fonds européen de développement, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI et l'IFFm, UNITAID, les taxes sur les transactions financières, et autres mécanismes de mobilisation de financements à venir en faveur de l'aide au développement. La France devra veiller à ne pas laisser disparaître à l'avenir l'immense expérience dont elle dispose encore en matière de développement des pays d'Afrique francophone. Son apport est d'autant plus important qu'elle partage avec ces pays le même socle administratif et les mêmes références professionnelles. ■

30. www.internationalhealthpartnership.net