

**LA COOPERATION
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE
AVEC LES PAYS EN DEVELOPPEMENT**

RAPPORT
DU HAUT CONSEIL DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

25 juin 2002



SOMMAIRE

	Page
Introduction	4
1. Le droit à la santé fait partie des droits de l'Homme	4
2. Investir dans la santé pour le développement économique et social	5
3. La nécessité d'une approche globale de la santé	6
4. Globalisation et solidarité internationale en matière de santé : une responsabilité politique	6
1. CONSTATS	8
1.1. La situation sanitaire des pays du Sud	8
1.1.1. Les grands indicateurs de santé	8
1.1.2. Des besoins de santé en croissance, aggravés par le sida	8
1.2. Les limites des systèmes de santé des pays en développement	9
1.2.1. Les trois vagues de réformes	9
1.2.2. Les conséquences de l'initiative de Bamako sur le financement des systèmes de santé	10
1.3. Les facteurs déstabilisants des systèmes de santé des pays en développement	12
1.3.1. La croissance démographique	12
1.3.2. La pauvreté, la précarisation et la sous-alimentation	13
1.3.3. L'instabilité politique, la mauvaise gouvernance, l'insécurité, les conflits	13
1.4. Les organisations internationales inégalement à la hauteur des problèmes	13
1.4.1. La politique de l'OMS	13
1.4.2. L'action de l'UNICEF	16
1.4.3. La stratégie de la Banque mondiale	16
1.4.4. La stratégie de la Commission européenne	18
1.5. Les enjeux des politiques de santé des pays en développement	19
1.5.1. Les conséquences démographiques du sida	19
1.5.2. Le risque de privilégier l'aide humanitaire d'urgence au détriment d'une aide durable	20
1.5.3. Les défis à relever pour les systèmes de santé	21
2. BILAN DE LA POLITIQUE DE COOPERATION FRANCAISE	22
2.1. L'aide française aux politiques de santé des pays en développement jusqu'en 1998 .	22
2.1.1. L'appui au secteur hospitalier	22
2.1.2. La politique dans le domaine de la formation des personnels de santé	23
2.1.3. La politique dans le domaine de l'accès au médicament	25
2.1.4. La prévention en santé publique	26
2.2. Force est de constater l'inadéquation de l'offre de soins avec la demande des utilisateurs et de persistantes inégalités	27
2.3. Les orientations actuelles de notre politique de coopération	28
2.3.1. Les orientations depuis 1998	28
2.3.2. La politique de l'Agence française de développement (AFD)	30
2.3.3. Les perspectives ouvertes par l'annulation de dettes en faveur des pays pauvres très endettés	30
2.3.4. Le développement des partenariats avec de nombreux acteurs	31
3. L'EXEMPLE PARTICULIER DU SIDA	36
3.1. Les initiatives internationales	38
3.2. L'engagement de la coopération française dans la lutte contre le sida	39

3.3.	L'implication de la Croix-Rouge française et des ONG dans la lutte contre le sida ..	40
3.4.	La contribution de l'industrie du médicament	41
3.5.	L'engagement tardif des entreprises françaises	43
3.6.	Les perspectives ouvertes par les accords de Doha	44
4.	RECOMMANDATIONS	46
4.1.	L'urgence et l'importance des politiques de santé pour le développement des pays les plus pauvres nécessitent une mobilisation internationale plus large	47
4.1.1.	Avoir une approche prospective des objectifs à atteindre	47
4.1.2.	Prendre l'initiative d'un observatoire international des systèmes de santé pour repérer les populations les plus vulnérables	48
4.1.3.	Soutenir un investissement accru dans le secteur de la santé	48
4.1.4.	Mobiliser les pays industrialisés et les organismes internationaux	49
4.1.5.	Renforcer l'influence de la France dans le dispositif européen et international	50
4.2.	Réaffirmer l'importance de la coopération bilatérale dans le domaine sanitaire et clarifier les objectifs de notre politique de coopération	50
4.2.1.	Intégrer les politiques de santé dans les politiques de développement	51
4.2.2.	Permettre une meilleure accessibilité aux soins par un appui aux différentes structures de soins	51
4.2.3.	Permettre une meilleure accessibilité aux médicaments	52
4.2.4.	Éliminer par la vaccination les maladies dont les vaccins sont d'efficacité prouvée, en révisant les contenus des programmes élargis de vaccinations .	52
4.2.5.	Prendre en compte les facteurs socioculturels de l'accès aux soins	52
4.2.6.	Porter une attention plus grande à la prévention	53
4.2.7.	Appuyer prioritairement la lutte contre l'épidémie de sida	53
4.3.	Promouvoir une méthode d'intervention fondée sur le partenariat et impliquant l'ensemble des acteurs	54
4.3.1.	Tenir compte des demandes des pays partenaires	54
4.3.2.	Contractualiser la démarche des acteurs et des partenaires	54
4.3.3.	Associer l'ensemble des acteurs à l'amélioration des systèmes de santé	54
4.4.	S'engager et agir sur la durée	56
4.4.1.	Les réformes requièrent du temps	56
4.4.2.	Mieux définir une politique de ressources humaines et d'assistance technique	57
4.4.3.	Enrayer la fuite et le détournement des cerveaux	58
4.4.4.	Investir dans de nouveaux savoirs	58
Annexe 1	Liste des intervenants	60
Annexe 2	Liste des participants au groupe de travail	62
Annexe 3	Bibliographie succincte	63
Encadrés	1.4.2. L'action de l'UNICEF dans le domaine de la santé	16
2.3.4.	<i>Les actions des ONG financées par le ministère des affaires étrangères intervenant en Afrique subsaharienne</i>	33
2.3.4.	<i>L'activité internationale de Médecins du Monde</i>	34
2.3.4.	<i>L'action internationale du Secours catholique</i>	35
3.3.	<i>Une action sida de la Croix-Rouge française : les CTA</i>	40
3.3.	<i>Les actions sida du Secours catholique</i>	41
3.3.	<i>Le programme AIDES : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Mali</i>	41
3.3.	<i>Les actions sida de Médecins du Monde</i>	41
3.4.	<i>La Fondation d'entreprise GlaxoSmithKline</i>	43
3.6.	<i>L'ADPIC de 1994 et l'accès aux médicaments</i>	44

INTRODUCTION

1. Le droit à la santé fait partie des droits de l'Homme

La problématique de la santé et des droits de l'Homme, l'accent mis sur les intrications réflexives entre ces deux thèmes constituent une avancée majeure de la réflexion politique en matière de santé des dernières décennies : celle du constat que les principales causes des maladies accessibles à la prévention, des incapacités et des handicaps, des décès prématurés sont autant à relier à des phénomènes sociaux telles la discrimination, l'inégalité, l'injustice qu'à des virus, des parasites ou des prédispositions génétiques.

Les interrelations entre santé et droits de l'Homme étaient implicites dans la définition de la santé proposée par l'OMS, ce « *complet état de bien être physique, mental et social* ». La santé ne se résume pas au soin médical curatif et à l'accès aux technologies biomédicales, ses déterminants sont tout autant culturels, économiques, juridiques, politiques et sociaux. Certaines conditions sociales favorisent la santé (un environnement sain, une autonomie sociale et financière, une éducation adéquate), d'autres sont péjoratives : les guerres, les disettes ou famines organisées, bien sûr, mais aussi plus largement ce qui cantonne l'individu dans une position de soumission culturelle ou sociale, politique ou économique. La pauvreté, en particulier, fait reculer le souci porté à sa santé derrière d'autres priorités, celles de subvenir à ses besoins de base, de survivre malgré tout... Sous toutes les latitudes, de nombreuses études concordantes montrent que le statut socioéconomique des individus est un (si ce n'est le) déterminant majeur de leur état de santé. Indépendamment des revenus ou de la position sociale, d'autres ont montré que la situation des personnes vis-à-vis du respect de leurs droits fondamentaux et de leur dignité affecte directement leur santé. « *Une analyse minutieuse des principales causes de morbidité et de mortalité évitable à travers le monde* » écrivait Jonathan Mann « *y compris liées aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, aux blessures, aux maladies infectieuses et à la violence, montre que ces problèmes sont inextricablement liés aux discriminations sociales et au manque de respect des Droits fondamentaux de l'homme* ».

Il a fallu attendre les années 80 pour que convergent, sur des problématiques comme celle de la santé reproductive ou du sida les impératifs de la santé publique et des droits de l'Homme. Il apparaît aujourd'hui clairement que santé publique et soins individuels (curatifs et préventifs) doivent nécessairement converger dans leur respect des droits de la personne : comme il n'y pas de qualité des soins possible, par exemple, si persistent des discriminations de soins en regard du sexe, de la religion, de l'orientation sexuelle ou des revenus de l'individu... il n'y a pas de programme d'éducation pour la santé, d'information et de prévention performant s'il ne respecte pas le libre choix des personnes, leur capacité de jugement et d'autonomie, leur culture, etc.

Quels sont donc ces droits de l'Homme indissociables de la santé et, inversement, que recouvre ce « Droit à la santé », tous reconnus par les traités internationaux ? Si on tente de les décliner de façon opérationnelle, pragmatique, plusieurs droits apparaissent essentiels.

Le *Droit à la non-discrimination* est un principe clé pour la mise en pratique des droits de l'Homme dans leur ensemble et du droit à la santé en particulier, rappelé par la Commission des Nations Unies pour les Droits de l'Homme en 1992. Ces situations de discrimination renforcent les inégalités sociales, dans le domaine de la santé comme dans d'autres, et c'est de la responsabilité des gouvernements (donc une responsabilité politique) et des professionnels de santé (donc une responsabilité déontologique) de les prévenir.

Le *Droit à bénéficier du progrès scientifique et de ses applications* est rappelé par l'Article 15 de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels dès 1976. Il est aujourd'hui un enjeu principal de santé internationale tant sont profondes et insupportables les inégalités Nord/Sud dans ce domaine.

Le *Droit à la santé* recouvre le droit à un environnement socio-écologique le meilleur possible pour la santé des individus ainsi que les droits, pour l'individu, à son autonomie, son information, son éducation et sa participation à la vie sociale. L'article 12 de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels énumère les étapes à franchir pour la réalisation de ce droit à la santé : « 1) réduire la mortalité infantile et promouvoir le développement sain des enfants ; 2) améliorer tous les aspects de l'hygiène environnementale ; 3) prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ; 4) créer les conditions assurant l'accès de tous aux services de santé ». En mai 2000, le Droit à la santé a été explicité par les Nations Unies dans leur commentaire sur l'Article 12 précédent¹. Plusieurs principes y sont définis. Par exemple, un principe de « progressivité » dans la réalisation de ce droit à la santé, mais en rappelant que les gouvernements nationaux et la communauté internationale ne doivent pas y trouver les prétextes d'un attentisme ou d'une relégation au second plan des objectifs de santé et en rappelant aussi qu'il s'agit de réexaminer – et d'aller bien au-delà – des « soins de santé primaires » définis à Alma Ata en 1976.

Ainsi, après quatre décennies pendant lesquelles conventions et traités ont traduit les principes des Droits de l'Homme et du Droit à la Santé dans les textes, apparaissent aujourd'hui des revendications fortes, nées en particulier d'ONG et d'associations de malades du Nord et du Sud, qui plaident pour une égalité d'accès aux soins et considèrent cette accessibilité de tous au progrès médical comme un déterminant essentiel du Droit à la santé.

2. Investir dans la santé pour le développement économique et social

Au cours des dernières décennies du 20^{ème} siècle, l'écart s'est considérablement creusé entre la richesse des pays du Nord et la pauvreté des pays les moins avancés (PMA). Depuis 20 ans, le nombre des pays les moins avancés – selon les critères de Nations Unies – n'a cessé d'augmenter. Dans ces 49 pays, qui comptent 650 millions d'habitants, la majorité de la population vit avec moins de 2 dollars par jour et les taux d'alphabétisation ne dépassent pas 50 % et atteignent, dans les zones rurales reculées, plus de 80 %. Le corollaire de cette pauvreté endémique est, bien entendu, la dégradation des états de santé. Individuellement, comment prendre soin de sa santé dans ces conditions quand on dispose de si peu de moyens ? Collectivement, quand les dépenses publiques de santé moyennes, par an et par personne, atteignent 2500 € au Nord, elles ne dépassent pas 2,5 € dans les pays les plus pauvres : comment soigner aussi bien avec 1000 fois moins de ressources publiques ?

La pauvreté² de l'immense majorité de la population mondiale, qui s'est encore aggravée au cours des crises successives des années 80 et 90 en Afrique, en Asie, en Amérique Latine et en Europe Orientale, se double – en réalité – de choix politiques qui n'ont que rarement identifié la santé comme une priorité. Depuis la fin de la guerre froide, l'ouverture de l'Europe de l'Est, la récession européenne des années 90, l'instabilité politique et la corruption croissante constatée dans de nombreux pays en voie de développement, ont été autant de prétextes pour diminuer constamment l'aide au développement accordée aux pays les plus pauvres, en Afrique en particulier.

En corollaire, cette constatation a conduit à l'émergence politique d'un nouveau paradigme : il ne peut y avoir de développement durable sans priorité accordée à la santé. Longtemps, la santé a été considérée comme une sorte de « luxe ». Chacun s'accordait à combattre les épidémies les plus meurtrières, à lutter contre les principales causes de mortalité prématurée et trouvait assez naturel que des concepts comme la qualité des soins, la qualité de vie liée à la santé, les années de vie gagnées sans incapacités ne s'appliquent qu'à l'extrême minorité des pays industrialisés. Jusqu'à une date récente, que les maladies chroniques comme les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires ne soient que peu ou pas du tout prises en charge dans les pays en voie de développement semblait tout à fait accessoires alors que, pourtant, nombre de ces pays connaissent – eux aussi – une transition démographique et épidémiologique (du fait de l'augmentation d'espérance de vie et de la proportion de

¹. Comité des Nations Unies pour les Droits économiques, sociaux et culturels. *Commentaire général n°14 sur le Droit au plus haut niveau de santé atteignable*. New York : ONU, mai 2000.

². Selon la définition de la Banque mondiale, est considérée comme pauvre toute personne qui vit avec moins de 1 \$ par jour.

personnes âgées, de l'adoption de modes de vie occidentaux, ou encore de l'urbanisation des populations); une transition qui fait chaque jour peser plus lourd la mortalité liée à ces maladies chroniques et aux accidents de la voie publique.

A la fin des années 90, faisant suite à l'observation des effets socio-économiques ravageurs de l'épidémie de sida, la Banque mondiale - devenue depuis 10 ans le principal bailleur de fonds multilatéraux dans le domaine de la santé – fait le constat que « *la santé et l'éducation sont les conditions indispensables à une réduction de la pauvreté, une croissance économique et une amélioration globale du bien-être des populations* » mais aussi que « *assurer que les dépenses nationales de santé soient efficaces, effectives et équitables a un impact considérable sur l'économie toute entière* ». Ainsi, la plupart des décideurs de l'aide internationale sont aujourd'hui convaincus qu'une priorité accordée à la santé est une stratégie efficace de développement.

3. La nécessité d'une approche globale de la santé

L'ensemble des chercheurs et des professionnels de santé publique ont bien montré à quel point, historiquement, l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène avait été – plus que le progrès médical – déterminante pour l'amélioration des états de santé des populations. Au cours des crises économiques des années 80 et 90, ils ont montré aussi (en Europe et, par défaut, dans les pays émergents) l'importance des politiques de protection sociale, des politiques d'assistance ou d'aide sociale directes, ainsi des politiques fiscales redistributives pour limiter la progression de la pauvreté et ses impacts sur la santé des personnes. Finalement, la démonstration est largement faite, au Nord comme au Sud, que le statut des individus – leur statut social et économique, leur situation familiale et d'emploi, leur autonomie, et ce que les Anglo-saxons appellent leurs capacités d'*empowerment*, mais aussi leurs trajectoires d'insertion sociale ou, au contraire, de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion – influent sur leur état de santé d'abord, sur leur recours aux soins ensuite.

Dans nos Etats-providence européens, ces constats provoquent et alimentent un débat politique, actif et récurrent, sur les orientations des politiques socio-sanitaires : quelles priorités accorder à la prévention et aux soins ? Plus généralement, dans une enveloppe de dépenses publiques donnée, quelle priorité accorder au système de santé et aux autres domaines d'action des politiques sociales ? Ces questions se posent aussi - et sans doute avec plus d'acuité encore - dans des pays aux ressources limitées. Ces politiques sociales au sens le plus large, leur capacité à améliorer le statut social et économique de groupes sociaux souvent largement majoritaires ne constituent pas des pré-requis, ni des conditions à l'action pour une plus grande équité des soins. Bien au contraire, c'est là toute la difficulté des politiques d'aide au développement et à la santé : la lutte contre la réduction des inégalités de santé passe à la fois – et simultanément – par une amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et par l'amélioration du statut des femmes, la lutte contre la pauvreté, une nutrition saine et suffisante, le respect de l'environnement, l'élévation du niveau d'instruction des personnes, la solidarisation des dépenses de santé, etc.

4. Globalisation et solidarité internationale en matière de santé : une responsabilité politique

La globalisation et l'augmentation des échanges non seulement financiers, marchands mais aussi humains et culturels ont des impacts nouveaux sur la santé, et posent de nouvelles questions éthiques et sanitaires. En 2000, la Directrice générale de l'OMS souligne que « *cette globalisation s'est faite à un rythme plus rapide que celui du développement de politiques publiques, nationales et internationales, susceptibles d'en maximiser les bénéfices en termes de développement humain et d'en réduire ou d'en prévenir les méfaits* »³.

³. Collective. *Health, the key to human development*. Geneva: WHO, 2000.

La globalisation peut contribuer à l'amélioration de la santé, en particulier en améliorant le partage de l'information, des connaissances, des technologies et des ressources de santé ; les mécanismes de compétition (si ce n'est de privatisation, du moins de mise en concurrence) qui l'accompagnent peuvent aussi conduire à des services de santé de meilleure qualité, plus efficaces et plus accessibles, au développement de nouveaux services, de nouveaux emplois, de nouvelles qualifications dans les systèmes de santé nationaux. Mais elle peut aussi, si elle reste mal maîtrisée ou exclusivement orientée au profit des pays les plus riches, conduire à la dissémination de nouveaux risques pour la santé (non seulement des maladies transmissibles, mais aussi du tabagisme ou de la consommation de drogues dures, par exemple), contribuer à creuser l'écart entre les pays les mieux dotés en technologies et en ressources humaines qualifiées et ceux les moins avancées, et – au sein des pays émergents – à reproduire de nouvelles formes d'inégalités et de relégations socio-spatiales constatées dans nos pays industrialisés.

Dans le même temps, cette globalisation a permis, justement, l'émergence d'une prise de conscience mondiale et la multiplication des acteurs et des intervenants dans le domaine de la santé internationale. Depuis Seattle, pas une réunion d'ampleur de décideurs politiques ou de bailleurs de fonds internationaux qui n'ait lieu sans le regard de relais d'opinion efficaces, sans la participation (plus ou moins véhémente et cohérente) d'organisations diverses dont l'action – parfois violente, parfois désordonnée, souvent réprobatrice – a au moins le mérite de témoigner de cette tendance : une aspiration et une exigence vers plus d'éthique, plus de transparence et plus d'équité dans une politique d'aide au développement renouvelée, ambitieuse et qui mette la santé au cœur de ses priorités. Depuis le procès de Pretoria, se dessine un dialogue entre tous les acteurs de santé (industriels, organisations non gouvernementales, associations de malades, gouvernements nationaux, institutions internationales)⁴ pour trouver les moyens de permettre un accès plus équitable à des soins de qualité. Plus que jamais ces enjeux sont, aujourd'hui, d'ordre politique : le temps est venu où les politiques – les bailleurs de fonds et gouvernements nationaux du Nord et du Sud – sont mis face à leurs responsabilités.

*
* * *

L'accroissement des inégalités de santé dans le monde, l'aggravation de la situation sanitaire des populations dans les pays les plus pauvres, notamment liée à la pandémie du sida, et la récente mobilisation de l'opinion publique internationale sur leurs difficultés d'accès aux antirétroviraux, ont conduit le Haut Conseil de la coopération internationale (HCCI) à se saisir de la question de la coopération dans le domaine de la santé.

La réflexion du HCCI s'est centrée sur les pays en développement, et en particulier sur l'Afrique subsaharienne, dont la situation sanitaire est aujourd'hui la plus préoccupante, et qui nécessite à la fois une solidarité internationale d'envergure et une mutation des stratégies des politiques de coopération. Le présent rapport vise à proposer de nouvelles orientations à notre politique de coopération en santé dans ces perspectives.

La situation des pays de l'Est, elle aussi, mériterait un examen particulier et fera l'objet d'une réflexion spécifique ultérieure du HCCI.

⁴. Cf. encadré sur "L'ADPIC de 1994 et l'accès aux médicaments", § 3.6.

1. CONSTATS

1.1. La situation sanitaire des pays du Sud

1.1.1. Les grands indicateurs de santé

Les grands indicateurs de santé mettent en évidence de profonds déséquilibres en matière de couverture médicale, d'accès aux soins, entre pays riches et pays pauvres. Au sein même de ces derniers, on constate également de grandes disparités, l'Afrique subsaharienne étant le continent le plus défavorisé. À titre d'exemple, on peut citer les dépenses de santé par habitant qui s'élèvent à 3100 \$ (11% du PIB)⁵ dans les pays riches, alors qu'elles ne représentent que 81 \$ pour les pays en développement (6 % du PIB). En Afrique la situation est encore plus critique avec une moyenne de 37 \$ par habitant (5,5 % du PIB). De même, le nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants est de 7,5 dans les pays occidentaux, contre 2,7 pour les pays en développement, et seulement 1,2 pour l'Afrique subsaharienne. Un autre indicateur significatif est celui du nombre de médecins rapporté à la population totale. Ce chiffre est de un médecin pour 500 habitants dans les pays occidentaux, contre un pour 25 000 dans les 25 pays les plus pauvres, dont la grande majorité se situent en Afrique.

Ces déséquilibres dans l'accès à la santé se traduisent par de grandes inégalités face à la maladie et à la mortalité. Ainsi, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élève à 84,3 pour mille dans les pays en développement et atteint 161,6 pour mille en Afrique subsaharienne, alors qu'il n'est que de 7,3 pour mille dans les pays riches. La morbidité et la mortalité infantile et maternelle dans la plupart des pays du Sud sont dues pour l'essentiel à quelques pathologies : le paludisme, les diarrhées, les affections respiratoires, les MST/sida et les maladies dermatologiques, la malnutrition de l'enfant et les pathologies maternelles liées à la grossesse et à l'accouchement. Trois maladies sont particulièrement préoccupantes : le paludisme (2 millions de morts par an) ; la tuberculose (2 millions de décès par an), dont la situation est très inquiétante du fait de la conjonction sida/tuberculose et l'infection à VIH/sida, qui atteint 40 millions de sujets en 2001 dont plus de 28 millions en Afrique subsaharienne.

En dépit des grandes améliorations réalisées au cours des trente dernières années, l'état sanitaire de l'Afrique subsaharienne reste préoccupant. Ceci peut s'expliquer par des facteurs physiques, tels que le climat et le milieu naturel, mais surtout par le faible niveau de développement dans lequel se trouvent la plupart des États. Trois quarts d'entre eux figurent parmi les pays à faible ou très faible revenus. La grande pauvreté touche la majorité de la population, comme à Madagascar ou au Mali, où 70 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté défini par le PNUD.

Le milieu rural, qui représente parfois plus de 75 % de la population, est le plus touché, car les niveaux de revenu y sont insuffisants pour assumer le coût élevé des prestations sanitaires, notamment en milieu hospitalier et les infrastructures de transport sont le plus souvent en trop mauvais état pour permettre l'évacuation des malades vers les structures sanitaires. Enfin, la proportion de gens ayant accès à l'eau potable est encore trop faible dans les zones rurales de l'ensemble des pays en développement (70 %). Le chiffre est, là encore, bien plus préoccupant pour l'Afrique subsaharienne avec 41,5 %.

1.1.2. Des besoins de santé en croissance, aggravés par le sida

A l'échelle mondiale, c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée par l'épidémie de sida, avec 28,1 millions de personnes infectées par le VIH en 2001, dont 55 % de femmes, du fait d'une transmission essentiellement hétérosexuelle. La prévalence élevée de l'infection à VIH chez les femmes explique l'ampleur de la contamination des enfants par la transmission materno-infantile et le nombre d'orphelins du sida : 70 % des jeunes vivant avec le VIH et 90 % des orphelins du sida vivent

⁵. Données fournies par la Banque mondiale pour l'année 2000.

sur ce continent. Fin 2000, on estimait à 12,1 millions le nombre d'enfants en Afrique subsaharienne dont l'un ou les deux parents sont décédés du sida. Les enfants et les adolescents sont touchés par l'épidémie de sida, qui accroît la précarité de multiples façons : décès d'un parent, déstructuration familiale, abandon scolaire et implication forcée dans la vie économique sans qualification, et parfois soins aux parents atteints par la maladie. Des cohortes d'adolescents de plus en plus nombreuses débutent précocement leur vie sexuelle, avec l'émergence d'une période autonome de sexualité juvénile les exposant à des risques d'infections sexuellement transmissibles, d'infections à VIH, de grossesses précoces non désirées et d'abus sexuels.

Le VIH devient une priorité de santé dans les pays d'Afrique anglophone mais aussi en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en République centrafricaine et au Congo-Brazzaville, où la prévalence des personnes vivant avec le VIH atteint ou dépasse 10 % de la population.

A la différence d'autres pathologies, le sida est une maladie qui nécessite une prise en charge régulière et au long cours. Malgré des baisses de prix considérables, les médicaments antirétroviraux restent hors d'accès de la majorité des patients dans les pays du Sud, et les ressources allouées en faveur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en janvier 2002, sont insuffisantes pour couvrir les besoins, estimés à 10 milliards de dollars par an uniquement pour la lutte contre le sida.

Dans un contexte de besoins croissants, la charge financière que représentent les soins de santé est de plus en plus lourde pour les populations confrontées à l'absence quasi générale de couverture sociale et à des crises économiques successives et des conflits politiques.

1.2. Les limites des systèmes de santé des pays en développement

1.2.1. Les trois vagues de réformes⁶

La création de systèmes de santé nationaux et l'extension de systèmes d'assurance sociale à des pays à revenu moyen s'est produite principalement dans les années 1940 et 1950 dans les pays riches et un peu plus tard dans les pays pauvres. Vers la fin des années 1960, de nombreux systèmes fondés 10 ou 20 ans plus tôt se heurtaient à de graves difficultés. Leurs coûts étaient en augmentation, notamment parce que le volume et l'intensité des soins hospitaliers progressaient aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans les systèmes qui offraient théoriquement une couverture universelle, les services de santé étaient encore davantage utilisés par les riches et les efforts déployés pour atteindre les couches défavorisées étaient souvent insuffisants. Ces problèmes étaient particulièrement évidents et se posaient avec de plus en plus d'acuité dans les pays pauvres.

Les puissances coloniales d'Afrique et d'Asie et les gouvernements des pays d'Amérique latine avaient mis sur pied des services de santé qui, pour la plupart, excluaient les populations autochtones. On comptait sur des organisations caritatives et des programmes de santé publique pour dispenser des soins à la majorité, comme dans certaines régions d'Europe. Dans ces anciennes colonies et dans les pays à faible revenu, en dehors des programmes de lutte contre les grandes endémies, les systèmes de santé n'avaient par conséquent jamais été en mesure de fournir ne fût-ce que les services les plus élémentaires aux populations des régions rurales. Des établissements sanitaires et des dispensaires avaient été construits, mais principalement dans les zones urbaines. Dans la plupart des pays en développement, les deux tiers des budgets de santé étaient destinés aux grands hôpitaux urbains qui, pourtant, ne desservaient qu'à peine 10 ou 20 % de la population. Des études consacrées aux activités des hôpitaux ont révélé que la moitié au moins des dépenses d'hospitalisation concernaient le traitement d'affections qui relevaient de services ambulatoires comme la diarrhée, le paludisme, la tuberculose et les infections aiguës des voies respiratoires.

⁶. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000

Un changement radical était donc nécessaire pour améliorer la rentabilité, l'équité et l'accessibilité des systèmes.

Une deuxième vague de réformes dans les années 80 a mis l'accent, dans les pays du Sud, sur la promotion des soins de santé primaires en vue de parvenir à une couverture universelle d'un coût abordable. Dans chaque cas, il y avait au départ une très forte volonté d'offrir à la population un niveau minimum de prestations en matière de santé, d'alimentation et d'éducation, un approvisionnement satisfaisant en eau potable et un assainissement de base. Tels étaient les éléments clés, ainsi que l'accent placé sur des mesures de santé publique concernant les soins cliniques, la prévention de préférence au traitement, les médicaments essentiels et l'éducation du public par des agents de santé communautaires.

En faisant des soins de santé primaires, à la conférence internationale OMS/UNICEF qui s'est tenue en 1978 à Alma-Ata, en URSS, la stratégie qui devait permettre d'atteindre l'objectif de la « *santé pour tous* », l'OMS a réactivé les efforts destinés à étendre à tous des soins de santé essentiels. De nombreux pays se sont attachés à former et utiliser des agents de santé communautaires pouvant dispenser des services de base rentables dans des structures rurales simples à des populations précédemment privées de soins modernes ou n'ayant qu'un accès limité à ces soins. On considère qu'un grand nombre de ces programmes ont été en fin de compte des échecs au moins partiels. Le financement était insuffisant ; les agents de santé n'avaient que peu de temps à consacrer à la prévention et aux services communautaires ; ils étaient insuffisamment formés et équipés pour résoudre les problèmes auxquels ils étaient confrontés et la qualité des soins était souvent très médiocre que l'on aurait dû les appeler « primitifs » plutôt que primaires, notamment lorsque ces soins primaires étaient limités aux pauvres et aux services les plus rudimentaires. Les services de l'échelon inférieur étaient souvent mal utilisés et les patients qui avaient les moyens d'y accéder allaient en général se faire soigner directement dans les hôpitaux. C'est en partie pour cette raison que les pays ont continué à investir dans des centres tertiaires implantés dans les villes.

En règle générale, les réformes de la première et de la deuxième génération ont été essentiellement axées sur l'offre. Le souci de tenir compte de la demande est plus caractéristique des réformes de la troisième vague actuellement en cours dans de nombreux pays, lesquelles tendent par exemple à faire en sorte que des budgets jusqu'ici conformes aux vœux des prestataires, et souvent calculés en fonction de besoins supposés, soient davantage adaptés aux demandes des patients. Cette évolution peut être décrite comme un passage progressif à ce que l'OMS appelle le « nouvel universalisme », prestation de soins essentiels de haute qualité basés surtout sur le critère du rapport coût/efficacité et destinés à tous, et qu'elle juge préférable à la solution qui consiste à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou seulement les soins les plus simples et les plus essentiels aux pauvres.

La communauté des experts internationaux a "fabriqué" des modèles qui ont été proposés ou plus exactement imposés aux Etats bénéficiaires et qui expliquent en partie la situation et les difficultés actuelles des systèmes de santé de ces pays. Il y eut successivement : la Charte des Soins de Santé Primaires d'Alma-Ata (1978), les variantes ciblées des interventions sanitaires sélectives dès 1982, la révision plus modeste des objectifs de la santé pour tous lors de l'initiative de Bamako en 1987, et la promotion de la décentralisation des décisions dans le domaine de la santé à la conférence d'Harare en 1987 par la mise de l'hôpital de district au centre du dispositif de distribution de soins.

1.2.2. Les conséquences de l'initiative de Bamako sur le financement des systèmes de santé

Au début des années 1980, dans de nombreux pays, la crise des systèmes de santé est assimilée à une crise du financement public qui ne paraît plus pouvoir faire face aux besoins. Un consensus s'établit alors entre les institutions multilatérales sur la nécessité d'une prise en charge au moins partielle des dépenses de santé par les usagers eux-mêmes. En 1987, James Grant, directeur de l'UNICEF, lance un programme de réhabilitation des soins de santé primaires, connu sous le nom d'initiative de Bamako, visant à généraliser à l'ensemble de l'Afrique une politique de financement des soins de santé primaires fondée sur le paiement des médicaments et des services par les usagers.

Cette initiative de Bamako est adoptée en 1987 par le 37^{ème} Comité régional de l’OMS. Le principe fondateur en est le suivant. La vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. Par la suite, le recouvrement des coûts est étendu à diverses recettes collectées par les formations sanitaires : consultations, hospitalisation, etc. De ce fait, l’initiative de Bamako entraîne l’abandon de la gratuité et de la préférence historique pour le financement budgétaire de la santé. De plein gré ou contraints, tous les pays s’y sont ralliés au cours des années 1990.

L’initiative de Bamako comprenait dans sa formulation initiale cinq objectifs : financement de paquets minimum d’activités (PMA) comprenant le programme élargi de vaccinations (PEV), la prise en charge des pathologies les plus courantes, un meilleur suivi de la maternité avec des consultations pré et post-natales ainsi qu’un suivi de l’accouchement ; décentralisation maximale de la responsabilisation pour la mise en œuvre de ce PMA dans la hiérarchie des structures sanitaires jusqu’au niveau local ; minimaliser les coûts par le biais de politiques de médicaments essentiels et génériques ; cogestion communautaire, par la promotion de systèmes décentralisés de suivi (*monitoring*) et de surveillance épidémiologique, et contrôle communautaire de la gestion des médicaments et des recettes ; financement communautaire pour mobiliser une partie des ressources nécessaires à la pérennisation du système de santé.

En confrontant ces objectifs aux évolutions constatées ces dix dernières années, on peut dresser un bilan contrasté de cette initiative. Les financements dans le cadre de l’initiative de Bamako ont permis un rattrapage des pays les moins avancés en terme sanitaire. Ce rattrapage s’est effectué en termes de couverture vaccinale, d’accès aux médicaments, de réduction des disparités entre milieu rural et urbain et activités de soins. Les indicateurs de qualité (indicateurs d’accueil et de comportement, indicateurs de ressources, indicateurs techniques) se sont améliorés, même si beaucoup reste à faire. Les expériences positives semblent surtout concerner les centres de soins curatifs et préventifs associatifs privés, mis en place par la société civile. On y constate une augmentation du nombre de consultations, un professionnalisme accru, une meilleure qualité de soins et des prix qui ne sont pourtant pas plus élevés que dans les formations publiques.

Cependant, la plupart de problèmes ne sont pas résolus. En ce qui concerne les structures de santé, celles-ci bénéficient d’un budget autogéré par la communauté avec recouvrement des coûts. Mais, la seule rentrée d’argent est souvent constituée par la vente de médicaments dont le produit sert d’abord à reconstituer le stock, puis à rémunérer pharmaciens, gestionnaires, infirmiers, etc. jusqu’à ce que le stock ne soit finalement plus renouvelé. En outre, la marge sur les médicaments est devenue de plus en plus élevée et nombreux sont les pays qui ont étendu le recouvrement des coûts à tous les services, y compris les services préventifs. Mais, comme les taux de fréquentation des centres ne s’améliorent pas et les charges s’accroissent, les taux de recouvrement baissent. De nombreux centres deviennent alors déficitaires et le système financier mis en place est appelé à s’effondrer lorsque les pharmacies privées disposeront de stocks de médicaments génériques, évitant ainsi aux populations le coût de l’acte. Enfin, en ce qui concerne le statut de ces structures, les situations sont très diverses selon les pays.

Du côté des populations, le principe de recouvrement des coûts a entraîné l’exclusion du système de soins des plus défavorisés, ce qui pose le problème de l’accès de tous aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés. On constate, ainsi, que plus un pays est pauvre, plus ses habitants sont obligés de payer eux-mêmes les soins de santé. En outre, l’amélioration de la qualité des services de santé, qui devait aller de pair avec le principe du paiement de ces services, n’est pas toujours au rendez-vous. Les pays africains connaissent encore de nombreuses difficultés à concilier et atteindre les objectifs d’efficacité, d’efficience, d’équité et de pérennité et à améliorer les indicateurs de résultats en matière de mortalité et morbidité. En outre, la tarification des services, même avec la mise en place d’une grille de tarifs prenant en compte certaines priorités socio-sanitaires, reste particulièrement discriminante. Aussi, une partie des usagers évite encore les services de santé communautaires dont la fréquentation reste limitée et rien n’indique une amélioration notable de l’état

de santé des populations de référence. À cet égard, les obstacles économiques et financiers et les dysfonctionnements des formations semblent plus importants que les obstacles culturels.

Ainsi, face à ces difficultés, le besoin d'un second souffle se fait sentir dans la plupart des pays. La situation des formations sanitaires revitalisées reste très fragile et la situation ne peut s'améliorer durablement que si les bailleurs de fonds maintiennent leur appui et sécurisent les systèmes en place tant du point de vue financier que de celui de la confiance des populations. Les décideurs cherchent à introduire des modes de financement alternatifs au paiement direct des soins par les usagers. Les principaux objectifs restent la solvabilité de la demande (en cas de revenus saisonniers par exemple), l'accroissement ou la stabilisation des ressources disponibles pour le secteur santé, l'amélioration de la qualité des soins et la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins.

Enfin, beaucoup de pays de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) disposent d'institutions de sécurité sociale. Mais, celles-ci sont constituées de caisses pour les travailleurs du secteur formel pour des domaines autres que la santé. Les priorités actuelles de ces systèmes sont à l'assainissement, la normalisation de la gestion et la restructuration. Concernant les pays à revenus intermédiaires, ils possèdent souvent des caisses d'assurance maladie et/ou des systèmes mutuellistes et d'assurance privée assez développés mais rencontrent certaines difficultés dans la mise en place de réformes pour passer à une couverture universelle.

1.3. Les facteurs déstabilisants des systèmes de santé des pays en développement

1.3.1. La croissance démographique

Des progrès majeurs ont été réalisés au lendemain de la Seconde Guerre mondiale pour améliorer le bien être des populations dans le monde entier. La raréfaction des grands fléaux, l'intensification de l'agriculture, les grandes avancées médicales et la généralisation de la santé publique et de l'instruction ont eu des répercussions considérables sur la démographie mondiale, en permettant un accroissement de l'espérance de vie et une chute de la mortalité. Alors qu'elle n'était que de 2,5 milliards en 1950, la population mondiale a plus que doublé pour atteindre aujourd'hui 6 milliards d'individus. Cette croissance démultipliée s'explique par le phénomène du « baby boom » dans les pays occidentaux, mais surtout par la transition démographique des pays du Sud. Le passage à un régime démographique moderne, avec une chute rapide de la mortalité, sans réduction immédiate de la natalité, s'est traduit par des taux de croissance record des populations du Sud. L'Inde et la Chine sont les deux pays qui ont le plus contribué à cet accroissement de la population mondiale. Mais, à l'instar de la plupart des pays d'Asie et d'Amérique Latine, ces deux pays connaissent depuis plusieurs années une baisse de leur natalité.

En ce qui concerne l'Afrique subsaharienne, la situation est différente. Ce continent a entamé sa transition démographique un peu plus tard que les autres et n'en est encore qu'à sa première phase. Cette zone a déjà vu sa population tripler depuis 1960, pour atteindre aujourd'hui environ 650 millions d'individus, et n'enregistre pas encore de baisse de la natalité. Dans les pays les plus natalistes, comme le Cameroun, le Mali et le Nigeria, le taux de fécondité est de cinq enfants par femme. Avec un taux moyen de 2,4 % par an, l'Afrique est la région du monde dont la croissance démographique est la plus rapide. Cette situation s'explique par divers facteurs tels que la précocité des mariages, le faible taux d'utilisation des contraceptifs, la tradition, la religion, la nécessité d'avoir plusieurs enfants qui aident aux travaux agricoles, le faible niveau d'instruction et les difficultés d'accès aux installations sanitaires, et l'ignorance des facteurs démographiques dans la planification du développement.

Cette tendance lourde peut être considérée comme un frein majeur au développement du continent car la croissance de la population a été, et est toujours, plus rapide que celle des ressources économiques. Face à la multiplication de leur population par trois, les pays d'Afrique subsaharienne ont été littéralement débordés et n'ont pas été en mesure de faire face aux besoins considérables suscités, en particulier en matière de santé, d'alimentation et d'éducation. Ceci est bien mis en évidence par le taux

de mortalité infantile, 55 % supérieur, et l'espérance de vie moyenne, inférieure de 11 ans en Afrique subsaharienne que dans le reste des pays en voie de développement⁷.

1.3.2. La pauvreté, la précarisation et la sous-alimentation

Plus de la moitié de la quarantaine de pays du monde qui connaissent la sous-alimentation sont situés en Afrique, et 29 des 36 pays les plus pauvres du monde (les pays les moins avancés, où le revenu par habitant n'atteint pas 500 dollars par an) appartiennent à l'Afrique subsaharienne. Plus de 10 % des enfants y disparaissent avant leur premier anniversaire, une proportion qui n'est atteinte nulle part ailleurs.

Les lacunes des systèmes de santé sont, dans chaque pays, la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect de droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de couverture sociale installe encore plus profondément dans la misère. Les pauvres, dont la probabilité de recours aux soins est faible, sont ceux dont les besoins sont le moins pris en compte, ils sont traités avec moins de respect que les autres, sont moins à même de choisir les prestataires de services et sont soignés dans des conditions moins satisfaisantes.

La sous-alimentation et le manque d'eau potable fragilisent à leur tour la santé des populations. La production agricole de l'Afrique augmente actuellement moins vite que la population, la malnutrition est massive, et les risques de famine de plus en plus fréquents. De nombreux pays africains sont dépendants de l'aide alimentaire internationale.

1.3.3. L'instabilité politique, la mauvaise gouvernance, l'insécurité, les conflits

Sur la cinquantaine d'Etats que compte l'Afrique noire, très peu jouissent d'un régime politique stable. On ne compte plus les coups d'Etats. Certains s'opèrent sans effusion de sang, d'autres débouchent sur des conflits sanglants comme ce fut le cas au Biafra, au Rwanda, à Kinshasa, au Libéria, en Angola et plus récemment en Côte d'Ivoire. Cette fragilité et cette instabilité politiques ajoutés à la mauvaise gouvernance ont des conséquences multiples sur la santé des populations. Elles font de l'aide humanitaire d'urgence une réponse de plus en plus fréquente aux besoins des populations, et privent durablement les structures de santé de leurs budgets et moyens de fonctionnement décents.

1.4. Les organisations internationales inégalement à la hauteur des problèmes

1.4.1. La politique de l'OMS

Depuis sa création, la politique de l'Organisation mondiale de la santé a évolué. Jusqu'au milieu des années 1970, les priorités de l'OMS étaient la lutte contre les principales maladies transmissibles, le renforcement des services sanitaires de base, la nutrition et l'hygiène du milieu. De plus en plus confrontée à la dimension multisectorielle de la santé, l'organisation s'est impliquée dans la planification et la gestion des systèmes de santé. Ce faisant, elle a évolué d'une position principalement scientifique et technique vers le domaine économique et social dans lequel les problèmes et leurs solutions sont complexes et font intervenir de nombreux acteurs.

En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la santé énonce que « *le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* ». Cet objectif a conduit l'OMS à se faire l'avocate de politiques de santé privilégiant la réduction des inégalités entre pays et dans les pays, en matière d'exposition aux risques

⁷. Selon la Banque mondiale.

et d'accès à un minimum de soins préventifs et curatifs. C'est ce qui a été appelé *la stratégie de la santé pour tous*, basée sur les soins de santé primaires.

Cette stratégie a été controversée parce qu'elle mettait en cause la capacité des gouvernements à assurer plus de justice sociale, et aussi parce qu'il n'y avait pas de solution technique simple à un problème politique et social complexe. D'autre part, l'OMS ne s'est pas donné les moyens de sa politique. Elle a eu cependant le mérite de créer un mouvement dans les pays et dans la communauté internationale en faveur des populations les plus démunies.

Depuis 1998, quatre nouvelles orientations stratégiques faisant office de cadre général d'action ont été définies :

- réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et marginalisées ;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement ;
- mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondant aux attentes des populations ;
- créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé, et faire en sorte que les problèmes de santé soient pris en compte dans les politiques sociales et économiques.

Les priorités concernant désormais le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, la sécurité sanitaire mondiale par la surveillance et la réponse aux maladies transmissibles, y compris les problèmes liés au bio-terrorisme, la santé maternelle, la salubrité des aliments, la sécurité transfusionnelle, la lutte contre le tabagisme, la santé mentale, et la mise en place de systèmes de santé efficaces et durables.

L'organisation finance quelques programmes spéciaux de recherche, tels « *le programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales* », mis en place en 1975, avec le PNUD et la Banque mondiale. Concernant la formation, l'OMS apporte son soutien à la création ou à l'amélioration des écoles de médecine ou d'infirmiers, à travers l'envoi d'équipes d'enseignement et l'octroi de bourses d'études. L'organisation remplit, enfin, une mission d'information, par ses nombreuses publications.

L'OMS a aussi un rôle de conseil auprès des gouvernements dans la définition des politiques sanitaires, mais souvent peu suivi par les pays demandeurs faute d'engagement politique de ces derniers et de moyens mis à leur disposition par l'organisation pour mettre en œuvre ces politiques.

Enfin, l'OMS a un rôle opérationnel important de lutte pour l'éradication des maladies, dans le cadre de programmes dits verticaux. Globalement, le bilan de ces programmes est plutôt positif. Certes, le programme d'éradication du paludisme, mis en œuvre en 1955, a été considéré comme un échec ; en revanche la croisade victorieuse contre la variole, lancée en 1966 et achevée en 1980 ou la lutte contre l'onchocercose (ou cécité des rivières) qui a permis en vingt ans, entre 1974 et 1994, une éradication presque complète de cette maladie, sont considérés comme un succès.

Lancé en 1974, en partenariat avec l'UNICEF, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) (poliomyélite, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos, tuberculose), chez les enfants, constitue une initiative heureuse même si l'objectif initial, la vaccination de tous les enfants du monde pour 1990, s'est révélé trop ambitieux.

En 1987, la barre des 50 % d'enfants vaccinés est franchie dans l'ensemble des pays en développement, en ce qui concerne la vaccination, par trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ou la poliomyélite, alors que le taux estimatif n'était que de 5 % en 1974. Pour aller plus loin dans ce sens, en 1991, l'OMS a adopté, conjointement avec l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale et la fondation Rockefeller, « *l'initiative pour les vaccins de l'enfance* », destinée à orienter et encourager la mise au point de vaccins efficaces, sûrs, simples à administrer et d'un coût abordable. Les résultats ont été rapides. Dès 1994, à l'exception de la rougeole, le taux de couverture vaccinale des maladies de l'enfance s'élevait à 80 %.

L'OMS s'est investie tardivement (1986) dans la lutte contre le sida, en créant le programme mondial avec trois objectifs : prévenir l'infection à VIH, réduire son impact individuel et social, mobiliser et unifier l'action nationale et internationale. Cependant, en raison des problèmes de leadership à la tête de l'organisation, celle-ci est supplantée dans ce domaine en 1996 par la création du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida : l'ONUSIDA. Même si elle y participe, l'OMS est privée de sa fonction d'autorité directrice et coordinatrice, faute d'efficacité suffisante.

En 1993, l'OMS a fait de la tuberculose une urgence mondiale illustrée par le programme DOTS (Directly Observed Treatment, Short course), traitement de brève durée sous surveillance directe, dont le coût-efficacité a été prouvé. Les objectifs sont de détecter 70 % des porteurs du bacille actif de la tuberculose, de traiter avec succès 85 % des cas diagnostiqués, d'intensifier les actions efficaces contre les bacilles multi-résistants (TB-MR), d'ici 2005. Les résultats jusqu'ici sont encourageants, comme l'a montré le 4^{ème} Congrès sur la Tuberculose qui s'est tenu à Washington en juin 2002, mais ces résultats varient grandement d'un pays à l'autre, et les objectifs ne seront pas atteints si une intensification des actions n'est pas rapidement entreprise.

La plupart des acteurs de la coopération en matière de santé s'accorde à reconnaître l'utilité d'une institution mondiale, cependant, l'OMS n'est pas exempte de critiques. Il est d'abord reproché à l'organisation son manque de réalisme, les objectifs fixés étant souvent trop ambitieux. Certains Etats considèrent que l'OMS devrait s'en tenir à une approche biomédicale de la santé publique, depuis que l'organisation a dépassé le cadre d'intervention purement médical pour élargir son action à des domaines plus larges comme le développement durable ou l'environnement.

En outre, l'OMS est critiquée pour son manque d'efficacité, lié à la dispersion de ses actions. Le saupoudrage de petits projets, trop nombreux, nuit à la qualité même de ses programmes. Par ailleurs, elle semble avoir du mal à définir des priorités, à faire la part entre l'accessoire et l'urgence.

Enfin, l'OMS n'a pas le mandat, ni les moyens d'exécuter ses propres programmes. Elle dépend entièrement de la réceptivité et de l'efficacité des gouvernements nationaux. Les conventions et les programmes qu'elle met en œuvre sont le résultat de compromis entre Etats-membres. Le programme DOTS contre la tuberculose illustre bien les ambitions généreuses mais irréalistes de l'OMS en raison de l'ampleur du travail à effectuer, compte tenu des ressources limitées et de la collaboration incertaine des Etats concernés. Quant à ses ressources, elles sont insuffisantes (2,2 milliards de dollars pour 2002-2003) si on les rapporte aux immenses besoins de santé dans le monde et à l'étendue de ses tâches.

Finalement, l'OMS souffre d'une crise de confiance et de crédibilité et risque d'être supplantée dans de nombreux domaines par d'autres agences comme la Banque mondiale, le PNUD ou le GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation). Beaucoup de bailleurs de fonds préfèrent désormais traiter directement avec les institutions des gouvernements bénéficiaires, sans passer par son intermédiaire.

La contribution de la France (5^{ème} contributeur au budget ordinaire) à l'action de l'OMS est importante. Elle apporte un appui technique par un nombre important d'experts nationaux utilisés dans des comités d'experts et groupes de travail et, pour des services consultatifs, par un large réseau de centres collaborateurs et centres de référence, par l'accueil d'étudiants et de stagiaires boursiers de l'OMS dans les institutions françaises et par le personnel français au sein du secrétariat de l'organisation.

Depuis 2001, un bureau de l'OMS a été installé à Lyon pour renforcer les capacités des pays en voie de développement pour la surveillance et le contrôle des maladies.

Il est indispensable, pour l'avenir de la coopération internationale en matière de santé, que la présence française se renforce en qualité et en quantité à l'OMS, comme dans toutes les organisations internationales. D'autre part, le type de partenariat développé pour la création du bureau de l'OMS de Lyon, associant organisations internationales, secteur privé, ministère de la santé et ministère de la

coopération et de la francophonie, et structures locales, qui permet de valoriser l'expertise nationale, est une voie prometteuse à explorer.

1.4.2. L'action de l'UNICEF

L'ACTION DE L'UNICEF DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.

Créé en 1946, l'UNICEF est chargé par les Nations Unies de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. Depuis, l'UNICEF a pris de l'ampleur. Il intervient aujourd'hui dans 162 pays et exécute de nombreux programmes. La santé des enfants est la première priorité de l'organisation qui consacre, sur le budget 2000 (de 1,138 millions de dollars), 40 % de ses dépenses à la santé infantile, auxquelles il faut ajouter 7 % destinés à la nutrition et 12 % à l'hygiène, l'eau et l'assainissement du milieu.

Dès 1953, l'UNICEF s'est engagé sur les questions de santé, en lançant une campagne couronnée de succès dans nombre de pays contre le pian, une maladie défigurante dont souffraient des millions d'enfants. Il s'est également investi sur les questions de nutrition, avec notamment l'introduction, en partenariat avec l'OMS, de la thérapie de réhydratation orale (TRO), qui a permis de soigner les problèmes de déshydratation de nombreux enfants des pays en développement. De même, toujours en association avec l'OMS, l'UNICEF fait passer, en 1981, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, afin de mettre fin au déclin de l'allaitement. Cette action est complétée en 1991 par l'adoption de l'initiative « hôpitaux amis des bébés ».

L'UNICEF est à l'origine, et a participé, à de grandes initiatives destinées à améliorer la santé des enfants. On peut citer le cas du programme élargi de vaccination des enfants contre la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la tuberculose et la poliomyélite. Ce dernier a été lancé en 1974 en partenariat avec l'OMS, mais dans les faits l'UNICEF a joué le rôle principal, s'affirmant comme le donateur porteur du programme tant sur le plan du soutien financier que de l'assistance technique pour la mise en œuvre. L'UNICEF est également partie prenante, avec l'OMS et le PNUD, des programmes mondiaux d'éradication de certaines maladies, en particulier le paludisme et la poliomyélite. En ce qui concerne cette dernière, l'UNICEF a participé, en 1998, au lancement de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, dont les résultats ont été très rapides, le nombre de pays d'endémie étant passé de 50 en 1998, à 10 en 2001. Aujourd'hui, les grandes priorités de l'action de l'UNICEF en matière de santé restent la vaccination des enfants, ainsi que le sida.

La vaccination

L'UNICEF est le premier fournisseur de vaccins des pays en développement, achetant des vaccins pour 75 % des enfants de ces pays. En 2000, il a participé au lancement de l'initiative GAVI (global alliance for vaccines and immunization) avec la fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale, l'OMS, la fondation Rockefeller et les principaux laboratoires pharmaceutiques (cf. § 2.3.4 les partenariats industrie/organisations internationales). Le but est d'aider les pays en développement à renforcer leurs services de vaccination et à introduire des vaccins nouveaux et trop rarement administrés. L'UNICEF assure le secrétariat de cette alliance et s'occupe de gérer l'achat et la distribution des vaccins et fournitures. Il fait valoir son expérience dans ce domaine, son vaste réseau d'approvisionnement et sa large présence sur le terrain.

La lutte contre le sida

Partie prenante de l'ONUSIDA, l'UNICEF déploie ses programmes dans deux grandes directions : la prévention et les soins aux personnes atteintes. Concernant la prévention chez les jeunes, l'effort porte sur la diffusion de l'information sur la maladie et sur sa transmission, en particulier par le biais de l'éducation, et le développement des dépistages confidentiels. L'UNICEF travaille également sur la prévention de la transmission de mère à enfant. Enfin, pour ce qui est du volet traitement des personnes infectées, le fonds s'efforce de soigner les enfants séropositifs, au travers des programmes existants de gestion intégrée des maladies infantiles, et d'aider à l'approvisionnement et à l'administration de médicaments contre le VIH/sida.

1.4.3. La stratégie de la Banque mondiale

Les activités de la Banque mondiale dans les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population (SNP) ont débuté en 1970 et n'ont cessé de croître depuis. Au cours des années récentes (1995-2002), la Banque mondiale⁸ a poursuivi l'accroissement de ses investissements dans ces secteurs. Le capital humain est maintenant au cœur de la stratégie de la Banque, et une proportion croissante des

⁸ Nous incluons sous cette appellation les cinq institutions qui constituent le Groupe de la Banque mondiale : en particulier l'Agence de développement internationale (ADI ou IDA en anglais) et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD ou IBRD en anglais).

investissements lui est consacrée. Les montants engagés pour le financement des secteurs sociaux par l'Agence de développement international (ADI), qui assiste les pays les plus pauvres⁹ au sein du Groupe de la Banque mondiale, ont pratiquement doublé en dix ans et sont passés de 7,7 milliards de dollars en 1991 à 13,4 milliards de dollars en 2001, dont 6,8 milliards pour le développement humain. La santé représente 32 % de cet effort financier en 2001. Pour les pays assistés par l'ADI, les investissements dans le développement humain ont pris le pas sur les infrastructures (14 %), l'agriculture et l'environnement (14 %), la finance et l'appui au secteur privé (14 %), l'appui au secteur public (11 %) et tous les autres secteurs.

La Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), qui assiste les pays dont le PNB par habitant est compris entre 1000 et 5000 dollars, a consacré pour sa part 2,1 milliards d'investissement en 2001 au développement humain, soit 21 % du total de ses engagements. La lutte contre le sida fait aujourd'hui l'objet d'un vaste et très actif partenariat avec UNAids, l'International partnership against Aids, la Pan American Health Organization, l'OMS et de nombreuses agences régionales. Plus d'un demi-milliard de dollars ont été consacrés à ces entreprises en 2001, et cet effort se poursuit en 2002.

La stratégie de la Banque mondiale en matière de santé vise à améliorer les performances des systèmes de santé, par la promotion d'un accès équitable aux services de santé préventifs et curatifs, de nutrition et de planification familiale, et à assurer la pérennité du financement des soins par la mise en place de mécanismes de participation aux coûts, de prise en charge des plus démunis, de répartition des coûts et des risques entre les usagers, accompagnés des contrôles nécessaires sur les dépenses publiques et privées. Pour y parvenir, la Banque fournit à ses clients un appui fréquent en matière de formulation de stratégies en santé, encourageant la décentralisation, une coopération accrue avec les prestataires non gouvernementaux de services, et un engagement public direct pour assurer la pérennité des financements de certains services. Cette entreprise amène à redéfinir le rôle de l'Etat en matière de santé et à financer l'expérimentation de nouveaux systèmes de partenariat public-privé.

Dans les pays à revenus faibles et moyens, la Banque est actuellement la plus importante source de financement externe en santé-nutrition-population, avec plus de 150 projets en cours de réalisation, dont près de 100 pour l'ADI en 2001.

Cependant les projets financés par la Banque souffrent d'une excessive complexité qui rend leur mise en œuvre difficile. Dans des pays dépourvus de systèmes de gestion performants, les procédures de programmation, passation de marché et gestion doivent être simplifiées.

L'efficacité des interventions de la Banque mondiale en matière de santé pourrait être accrue en facilitant le partenariat avec de nombreux acteurs dans le secteur de la santé (ONG, associations d'usagers, institutions diverses représentatives de la société civile). La décentralisation effective de la gestion des programmes de santé au niveau des régions, encore très insuffisante, doit être poursuivie.

La priorité affichée en faveur de la mise en place des soins de santé primaires ne doit pas enfin faire perdre de vue la nécessité d'appuyer les hôpitaux de référence de niveau intermédiaire, terrains de stages de formation de cadres compétents au niveau central, et de fournir un appui aux centres universitaires de médecine et de santé publique. L'appui à la formation de cadres de haut niveau et les incitations à leur installation dans leurs pays ne doivent pas rester, enfin, un vœu pieux.

Une meilleure articulation des projets d'appui au secteur santé avec ceux de l'assainissement urbain, de sécurité alimentaire, de nutrition et d'approvisionnement en eau potable est également nécessaire. Les bénéficiaires – participants des quartiers défavorisés et des régions pauvres – sont confrontés à un trop grand nombre d'intervenants provenant d'une multitude de projets indépendants, alors qu'une meilleure intégration de ces initiatives favoriserait une plus grande efficacité et participation locale. Grâce aux nouveaux instruments que sont les prêts sur programme (APL) et les prêts d'innovation (LIL), créés

⁹. Les clients de l'ADI sont les pays dont le PNB par habitant est inférieur à environ 1000 dollars par an.

sous la présidence de James D. Wolfensohn, et aux nouveaux instruments de la lutte contre la pauvreté (7 innovations)¹⁰, il paraît très réaliste d'espérer que la Banque saura opérer ces réformes dans un avenir proche.

1.4.4. La stratégie de la Commission européenne

Les relations de la Commission européenne avec les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) restent dominées par les accords économiques et commerciaux dont le but est de promouvoir le développement économique et social de ces pays. La santé est progressivement inscrite à l'ordre du jour des Assemblées Paritaires ACP-CEE, et apparaît comme une préoccupation importante sous la convention de Lomé IV qui lui consacre pour la première fois un chapitre spécifique¹¹. L'épidémie de sida qui se déclare et s'étend de manière très préoccupante dans les pays ACP au cours des années 80 constitue un accélérateur des interventions de la Commission en matière de santé, notamment en Afrique subsaharienne. « *L'épidémie du VIH/sida constitue un nouveau facteur dans cette interdépendance et les actions de prévention du VIH font partie intégrante des efforts de l'UE pour mener à bien ces objectifs de développement, plus particulièrement ceux qui concernent: l'allègement de la pauvreté, le développement social et économique viable à long terme et l'encouragement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales* ». En 1994, la Commission fait de l'amélioration de la situation sanitaire des populations une des priorités essentielles des opérations d'aide au développement. Un cadre général pour l'action communautaire dans le domaine de la santé (principes, objectifs et orientations) est défini¹² et confirmé dans une résolution du Conseil¹³.

Les textes plus récents renforcent la place accordée à la lutte contre la pauvreté à partir des analyses des appuis aux programmes de réformes économiques et d'ajustement structurel¹⁴. La déclaration du Conseil et de la Commission sur la politique de développement de la Communauté Européenne, de novembre 2000, définit des orientations politiques pour la plupart déjà soulignées dans le dernier accord de partenariat ACP-CE du 23 juin 2000.

Les domaines d'intervention prioritaires de l'aide communautaire concernent : l'appui à l'élaboration des politiques et la définition des stratégies de développement en santé ; le renforcement institutionnel et l'appui au processus de décentralisation ; l'amélioration des capacités de financement et les appuis à la rationalisation des ressources financières ; le renforcement et l'amélioration du fonctionnement des services de base ; la promotion du médicament essentiel générique (MEG) ; l'appui à la formation des ressources humaines (formation initiale et continue) ; le soutien aux initiatives de la société civile ; l'appui à la coordination des actions et à l'intégration régionale ; le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles (MST) ; la planification familiale et la santé de la reproduction ; la réhabilitation entre l'urgence et le développement.

Concernant le VIH/sida, quatre objectifs stratégiques prioritaires ont été avancés en 1993¹⁵ : réduire la propagation de l'épidémie, tout en prévenant la discrimination et l'exclusion pour les personnes courant un risque d'infection et celles vivant avec le VIH et le sida ; permettre au secteur de la santé de faire face au fardeau supplémentaire du VIH/sida ; réduire les conséquences de l'épidémie sur le développement économique et social ; accroître la compréhension et l'apprentissage scientifique.

¹⁰. Innovations telles que la création d'une unité post-conflits, l'appui étendu au micro-crédit, le lancement de « Development Marketplace », etc.

¹¹. Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé Sida. Note d'Orientation pour la Préparation de la Conduite sous Lomé IV des Interventions dans le Secteur de la Santé en Afrique Subsaharienne. Document de travail. 1993.

¹². Communication de la Commission au Conseil et au Parlement du 24 mars 1994 sur la politique de la Communauté et des États Membres en matière de coopération avec les pays en voie de développement dans le domaine de la santé.

¹³. Résolution du Conseil du 6 mai 1994.

¹⁴. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen de février 2000 sur les "Appuis de la Communauté aux programmes de réformes économiques et à l'ajustement structurel : bilan et perspectives".

¹⁵. COM (93) 479 final et résolution du Conseil du 6 mai 1994.

Avoir une vue d'ensemble des interventions de l'Union européenne en matière de santé est malaisé tant la collecte de l'information est complexe. Le domaine de la santé émerge sur plusieurs lignes budgétaires dont les principales sont les suivantes. Au titre des projets du Fonds européen du développement (FED), de la Coopération communautaire ALA et MEDA, des lignes budgétaires d'Afrique du Sud, 114 engagements ont été effectués de 1995 à 2000 pour un montant total de 1,4 milliard d'euros. Sur les lignes budgétaires ayant trait au "sida et population", 100 programmes ont été financés pour 68 millions d'euros. Différents appuis budgétaires sur fonds spécifiques du FED pour les pays ACP et sur MEDA pour le pourtour méditerranéen ont été réalisés pour 640 millions d'euros de 1995 à 1999. Les cofinancements d'ONG santé (175 programmes) se sont élevés à 68 millions pour 1998-2000. Des financements enfin, sur les lignes du groupe "Lien urgence-développement" et dans le cadre des interventions humanitaires ECHO, ont porté sur la santé sans qu'il soit possible d'en mesurer la part sur les aides globales.

L'aide de la Commission européenne rencontre de nombreux problèmes de coordination liés à la dispersion des instruments, des niveaux de décision et de suivi des projets. En principe, tous les instruments de la Commission européenne suivent les stratégies et les objectifs du secteur santé, tels qu'ils sont définis par les pays bénéficiaires, et ont vocation à être utilisés de manière complémentaire. Dans la pratique, tant à Bruxelles que sur le terrain, cette complémentarité n'est pas encore organisée. Les procédures sont différentes selon les instruments et parfois peu compatibles avec celles des autres bailleurs de fonds. L'évolution récente se traduit par une place grandissante accordée aux appuis budgétaires. L'approche projet cède le pas devant l'approche sectorielle, et les approches pays sont de plus en plus spécifiques, même si, à l'intérieur des groupes de pays relevant respectivement du FED/ALA/et MEDA, beaucoup de programmes sont semblables. Il n'existe ni politique, ni stratégie spécifique pour les actions des ONG, ni mécanismes de coordination ou d'évaluation. Le secteur privé, enfin, est peu impliqué dans les grands projets ou programmes. La quasi totalité de l'aide de la Commission dans le domaine de la santé est canalisée à travers des instances étatiques.

L'élaboration des programmes s'appuie généralement sur les analyses effectuées par les autres partenaires, soit sur les documents de politique de santé des pays bénéficiaires. Si l'efficacité générale des programmes de la Commission européenne est très hétérogène, dans certains domaines, ces interventions apportent une plus-value, relevée dans plusieurs évaluations, en particulier concernant le renforcement institutionnel, l'amélioration des systèmes de santé périphériques, la promotion du médicament essentiel ou encore la mise en place des systèmes de sécurité transfusionnelle. D'une manière générale, l'efficacité globale des programmes de la Commission européenne souffre de la lourdeur et du délai des procédures, et elle est très dépendante de la qualité de la coordination effectuée par l'assistance technique spécialisée, quand elle existe, dans le pays.

1.5. Les enjeux des politiques de santé des pays en développement

1.5.1. Les conséquences démographiques du sida¹⁶

Personne aujourd'hui ne peut prévoir avec certitude, à l'échelle d'un pays, l'impact réel du sida sur la mortalité, la fécondité et les autres phénomènes démographiques sur le moyen ou le long terme. La démographie se trouve en relation avec la pandémie de VIH/sida à deux niveaux. D'une part, les phénomènes démographiques alimentent l'épidémie, notamment les forts niveaux de fécondité observés et les structures par âge, d'autre part, le VIH/sida peut avoir dans de très nombreuses populations un très fort impact démographique par la hausse de la mortalité et par une certaine baisse de la fécondité, entraînant un coup de frein parfois brutal de l'accroissement démographique, mais surtout de très fortes perturbations dans la structure par âge.

¹⁶. Cf. Agnès Guillaume, cf. annexe bibliographie.
Cf. Benoît Ferry, cf. annexe bibliographie.

En Afrique, le sida est la première cause de mortalité chez l'adulte, bien avant le paludisme, la tuberculose ou les guerres. Les taux de mortalité générale estimés, y compris la mortalité due au sida, sont 50 à 500 % supérieurs en Afrique de l'Est et australe à ce qu'ils auraient été en l'absence de sida. On doit s'attendre à une augmentation très significative de la mortalité infantile et juvénile. D'après le rapport établi par la division de la population des Nations Unies et l'ONUSIDA, l'épidémie anéantira les précieux acquis du développement en faisant reculer l'espérance de vie. D'après les calculs, le sida coûtera en moyenne 17 années d'espérance de vie aux neuf pays où la prévalence du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Le recul de l'espérance de vie est dû à la fois aux décès chez les adultes, dont la plupart sont jeunes ou dans la fleur de l'âge, et aux décès chez les enfants. Le sida ajoutera aussi d'autres effets indirects sur la morbidité et la mortalité des enfants, qui continueront à augmenter. De plus, l'enfant a des chances de devenir orphelin rapidement, ce qui réduit encore davantage son accès aux soins. Puisque le taux de mortalité des adultes continuera à augmenter à cause du sida, le nombre d'orphelins ira lui aussi en augmentant.

Les mécanismes en jeu étant particulièrement complexes, on ignore aujourd'hui la façon dont le sida se fera sentir et l'ampleur de son effet sur la fécondité. On note cependant dès à présent que les femmes séropositives sont sensiblement moins fécondes, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives. Il faut cependant noter que l'épidémie a le potentiel de réduire la fécondité si une plus faible proportion de la population active arrive en âge de procréer. La perception du VIH et le risque d'infection pourront avoir des effets imprévus et sans doute non négligeables sur le désir d'enfant. Les principales conséquences sur la fécondité seront surtout indirectes du fait du bouleversement des familles et des structures de reproduction et d'élevage des enfants. Les cellules de base de la reproduction, constituées par toutes les formes d'organisation de la vie en couple, mais aussi leur environnement seront perturbés, ce qui ne sera pas sans effet sur les mécanismes sociaux de la reproduction et son corollaire, les niveaux de fécondité atteints. L'impact sur la fécondité ne pourra donc s'envisager que dans le cadre plus large de l'impact du sida sur les sociétés, les cultures, les économies, les représentations et la reproduction sociale.

La fécondité diminuant, la base de la pyramide se resserre. La mortalité se fait sentir très fortement dès 25-30 ans, laissant une population de seniors réduite. Pour la majorité des pays faiblement touchés, que ce soit en Afrique, en Amérique latine ou en Asie, l'accroissement naturel pourrait diminuer de moins de 1 %, tout en demeurant largement positif. Il n'en est sans doute pas de même pour les pays plus fortement touchés, comme aujourd'hui en Afrique de l'Est ou en Afrique australe, où l'on peut envisager, en particulier dans certaines grandes villes, des accroissements négatifs. Il est important de comprendre que les facteurs démographiques alimentent eux-mêmes les épidémies. Les pyramides jeunes observées en Afrique constituent de formidables moteurs : les jeunes arrivent chaque année en masse sur le marché de l'activité sexuelle et constituent de nouvelles cohortes exposées puis infectées, puis infectantes¹⁷.

1.5.2. Le risque de privilégier l'aide humanitaire d'urgence au détriment d'une aide durable

Les interventions internationales de nature humanitaire ne sont pas un phénomène nouveau. Dès le milieu du 19^{ème} siècle est créée la Croix-Rouge internationale, tout d'abord pour venir en aide aux soldats blessés puis progressivement aux victimes civiles des conflits et des grandes catastrophes naturelles. Après la Seconde Guerre mondiale, de nombreuses ONG humanitaires internationales se constituent, aux côtés des institutions spécialisées des Nations Unies, comme l'UNICEF, l'OMS, ou le HCR. Mais, jusque dans les années 1970, le nombre des interventions humanitaires médicales d'urgence reste limité. C'est à partir des années 1970, suite aux conflits du Biafra, du Vietnam et du

¹⁷. Cf. Agnès Guillaume et Myriam Khat . *Santé et droits de la reproduction au temps du sida ; la situation dans les pays du Sud*, 35^{ème} session de la Commission de la population et du développement des Nations Unies (1-5 avril 2002).

Cf. Benoît Ferry, *Impact démographique du VIH/sida*, janvier 2002.

Liban, que celles-ci se développent avec l'émergence d'une deuxième génération d'ONG : celle des « french doctors », opposée à la neutralité et au juridisme des organisations internationales.

Dès lors, on assiste peu à peu à une multiplication et une montée en puissance de ces interventions, de plus en plus médiatisées et mobilisant toujours plus de moyens, autour de deux grands volets : l'aide alimentaire et l'aide médicale. Cette évolution est liée au développement et à l'affirmation de la notion de devoir d'ingérence. En ce qui concerne l'aide médicale d'urgence, les années 1990 apparaissent comme le point culminant avec un nombre élevé d'opérations de grande ampleur aux quatre coins du monde, et plus particulièrement en Afrique. En ce qui concerne ce continent, les exemples sont multiples : de la famine en Éthiopie (1984) aux conflits en Somalie (1991-1993), au Rwanda (1994-1996) et en République Démocratique du Congo (1998-2000), ou encore les catastrophes naturelles comme les inondations au Mozambique (2000). Ainsi, en 1994, à la suite du génocide rwandais, pas moins de huit agences des Nations Unies et quelque deux cents ONG sont intervenues sur place, établissant et prenant en charge divers camps de réfugiés, et déployant des programmes médicaux d'urgence pour lutter contre la malnutrition et les épidémies. Dans les situations de conflit, on assiste à de vastes opérations militaro-humanitaires, se traduisant par l'intervention des grandes ONG internationales, fortement financées par les institutions internationales, avec l'envoi d'équipes médicales, et bénéficiant d'une large couverture médiatique. L'attribution du prix Nobel de la paix à Médecins sans frontières en 1999 apparaît comme la consécration de cette aide médicale d'urgence.

Cependant, bien que ces actions soient très importantes et efficaces à court terme, leur développement ne peut se faire au détriment d'un appui en profondeur aux systèmes de santé. Pour prévenir de nouvelles catastrophes sanitaires, l'aide aux structures et à la formation, sur le moyen et long terme, est indispensable, car l'aide humanitaire est impuissante à agir sur les causes.

Aujourd'hui, les organisations humanitaires s'efforcent d'agir dans la continuité et de poursuivre leurs interventions après l'urgence, dans la phase de post-crise de réhabilitation, puis d'aide au développement. Leur action englobe désormais en particulier la mise en place d'organes de prévision et de prévention, de programmes de préparation aux catastrophes, le soutien aux organisations humanitaires nationales et à leurs réseaux, et à la formation de leurs personnels secouristes et de santé communautaire.

1.5.3. Les défis à relever au niveau des systèmes de santé

Dans le contexte actuel des pays en développement, les enjeux et les défis que les systèmes de santé ont à relever sont nombreux. Ils concernent tout d'abord l'ajustement de l'offre de services aux besoins locaux. Ceci nécessite de prendre en compte la fréquence des maladies, leur vitesse de propagation, le coût du traitement, de la prévention, de la formation des personnels et de l'ensemble des structures disponibles. Mais il faut aussi tenir compte de la perte de confiance assez généralisée des populations à l'égard des structures de soins publiques dont le rétablissement est indispensable pour accroître la fréquentation des établissements de santé.

Les systèmes doivent être rééquilibrés d'un point de vue géographique, technique et financier. Les services de santé et les structures de soins, quel que soit leur statut (public, privé lucratif ou non), doivent être répartis équitablement sur les territoires. Les soins essentiels, dits soins de santé primaires, doivent être dispensés à proximité des populations. Les allocations pour le financement de la prévention, des soins de santé primaires, et du fonctionnement et de la maintenance des structures doivent être décentralisées. La poursuite des objectifs de santé publique doit intégrer enfin tous les fournisseurs (publics, privés lucratifs ou non).

La qualité des soins, la formation et la gestion des personnels sont à améliorer par la mise au point de protocoles de soins, l'évaluation continue de la mise en œuvre de ces protocoles, et une véritable politique de ressources humaines.

Le renforcement des systèmes de santé à tous les échelons nécessite le recours à un système d'information sanitaire plus performant pour la décision, et la mise en place des actions de prévention et de dépistage en vue d'un diagnostic précoce et exact. L'information et l'éducation des populations exposées ou affectées devraient permettre de modifier les comportements à risques, d'induire une participation à la protection de l'environnement global, et de faciliter l'insertion sociale des personnes atteintes en luttant contre les discriminations.

La mise en œuvre des traitements adéquats, accessibles financièrement, suppose enfin la disponibilité des médicaments et que le prix des soins soit supportable par les populations, notamment par des mécanismes de solidarité et de protection sociale.

Les systèmes de santé sont très dépendants du financement des dépenses de santé. L'État doit veiller à sécuriser les ressources et les dépenses du secteur, améliorer leur gestion et l'efficacité de sa dépense, et garantir l'accès du plus grand nombre à la santé.

Une action est également indispensable sur les facteurs environnementaux qui facilitent l'extension ou aggravent l'expression des maladies.

Le secteur privé et les particuliers, enfin, sont des acteurs à part entière à travers l'organisation d'un financement socialisé, condition d'efficacité et d'équité de cet appel aux ressources privées. Le niveau socio-économique de toute une frange de la population ne permet d'envisager qu'une contribution modeste de ces catégories au financement de la santé. Seule une organisation de la protection sociale autorisera une redistribution suffisante en faveur des plus démunis. La protection sociale contre la maladie s'inscrit donc naturellement dans la lutte contre la pauvreté.

Les données disponibles sur le financement de la santé dans la ZSP montrent que celui-ci est très insuffisant. La plupart des pays sont très en dessous des 10 % du PNB recommandés par l'OMS sur ce secteur. La participation des bailleurs de fonds par l'aide publique au développement est donc indispensable pour l'amélioration de la santé des populations.

La lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida constitue un dernier défi à relever. Ces trois endémies grèvent, en effet, lourdement les acquis en matière de santé et d'espérance de vie dans les pays pauvres, sont porteuses de fortes externalités, et menacent la croissance démographique et économique en diminuant directement le capital humain.

2. BILAN DE LA POLITIQUE DE COOPERATION FRANCAISE

2.1. L'aide française aux politiques de santé des pays en développement jusqu'en 1998

2.1.1. L'appui au secteur hospitalier

L'hôpital constitue un domaine traditionnel, longtemps privilégié, de la coopération française¹⁸. La coopération hospitalière a concentré à elle seule plus de la moitié de l'effort financier du ministère de la coopération dans le domaine de la santé (51 % des crédits) de 1987 à 1996. Cette période se caractérise par la volonté de mettre en place les conditions d'un fonctionnement pérenne et autonome des hôpitaux dans le contexte africain, l'intégration de la coopération hospitalière dans un appui plus global au fonctionnement des systèmes de santé, à la définition et à la mise en œuvre de politiques hospitalières nationales, et le développement de partenariats avec des acteurs français extérieurs au ministère (universités, organismes de recherche, collectivités locales, ONG, hôpitaux).

¹⁸. Cf. étude sur l'évaluation de l'aide française dans le secteur hospitalier en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1996 (Ministère des Affaires étrangères, Direction générale de la coopération internationale et du développement, 1999).

Les résultats obtenus sont décevants au regard des objectifs affichés et des moyens fournis, et rejoignent les constats formulés sur les dysfonctionnements hospitaliers dans les pays en développement. Les hôpitaux africains sont critiqués d'un triple point de vue : leurs conditions de fonctionnement défectueuses ne permettent pas d'assurer la fiabilité des services, de garantir un accès équitable aux patients et de motiver le personnel ; ils présentent des coûts de fonctionnement trop élevés, à la fois pour le budget des ministères et pour les patients ; leur inefficience est aussi manifeste, si l'on en juge par les indicateurs de santé et les études de la Banque mondiale.

Parallèlement, les hôpitaux sont toujours dans l'incapacité de fonctionner de façon autonome. Ils ne sont pas parvenus à disposer des ressources financières minimales permettant d'assurer leur fonctionnement pérenne. L'autonomie de gestion ne s'est traduite, dans le meilleur des cas, que par un aménagement du cadre législatif et la possibilité d'utiliser pour leur propre fonctionnement une partie des ressources dégagées par leurs propres recettes. La gestion des ressources humaines échappe aux responsables des hôpitaux, de même que la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux.

La coopération hospitalière reste excessivement cloisonnée. Les hôpitaux appuyés par la coopération française ne parviennent pas à jouer leur rôle d'établissement de référence au sein des programmes de santé publique. Ils ne participent pas assez à la formation initiale et continue des professionnels de santé. La mise en place des politiques hospitalières se heurte à l'inertie des administrations locales et à l'absence de réelle volonté politique sur ces questions. La mobilisation des acteurs extérieurs s'avère également difficile. Le réseau « politique hospitalière, gestion et maintenance » n'a pas généré d'action efficace, et les jumelages d'hôpitaux n'ont pas produit les résultats escomptés.

Le décalage entre le discours de nature politique et le discours plus technique traduisent un manque de lisibilité de la politique d'intervention française et une absence de politique hospitalière à long terme. Le flou des objectifs explique l'absence d'indicateurs permettant le suivi, la réorientation et l'évaluation des projets de coopération.

La politique d'assistance technique enfin n'a pas encore accompli sa nécessaire mutation. L'assistance technique est un outil privilégié mais vieillissant. Elle a représenté de 1987 à 1996 plus des 2/3 des crédits du ministère de la coopération consacrés au secteur hospitalier. Les assistants techniques dans le secteur hospitalier occupent des fonctions de substitution, mais la question d'une relève locale de qualité au terme de leur mandat ne fait pas l'objet d'une stratégie cohérente. La réduction programmée de la substitution a consisté à placer les coopérants dans des positions de conseillers qui ne correspondent ni aux situations qu'ils rencontrent, ni aux attentes de leurs partenaires. La finalité affichée par la coopération française en matière d'aide au développement apparaît ainsi en contradiction avec les nouvelles formes prises par l'assistance technique de substitution.

2.1.2. La politique dans le domaine de la formation des personnels de santé¹⁹

La politique de formation dans le domaine de la santé offre deux caractéristiques principales. Le secteur de la santé reste dominé par l'influence de l'école de médecine française, qui s'appuie sur une culture hospitalière et des soins curatifs, éloignée des préoccupations de la santé publique et du rôle des facteurs socio-économiques sur les déterminants de la santé. Les questions d'organisation et de gestion des services de santé sont peu étudiées. L'amont et l'aval de la formation, c'est-à-dire la réponse aux besoins de santé de la population, les objectifs et l'impact de la formation sont insuffisamment appréhendés, à l'image de notre propre système de santé. Conséquence de cette culture, la santé publique occupe une place trop modeste alors que l'hôpital joue un rôle de premier plan.

¹⁹. Cf. étude réalisée par la DGCID, *Evaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998*, octobre 2000.

La priorité accordée au cours des années 1990 à l'enseignement et à la formation dans la politique générale du ministère de la coopération ne s'est que très imparfaitement traduite dans le domaine de la santé. Pour les actions financées sur le Fonds d'aide à la coopération (FAC), les programmes de formation consacrés à la santé n'ont représenté, en moyenne, que 13,85 % du montant total des projets. Les médecins sont les principaux bénéficiaires de ces actions de formation, en particulier les spécialistes et les enseignants. La coopération française s'est attachée au soutien de l'appareil local de formation, au développement de partenariats dans le domaine universitaire, et à l'abandon de la substitution. Mais la démarche stratégique globale n'a pas institué de véritable cohérence entre les différents intervenants et les moyens d'intervention engagés (enseignement supérieur médical, FAC, assistance technique, politique des bourses) ni engagé un travail de fond sur les carrières.

De nombreux pays africains ont été dotés d'écoles de médecine ou de formation des personnels paramédicaux. Le développement de partenariats durables dans le domaine hospitalo-universitaire et de la recherche a été privilégié par des accords entre les UFR françaises et les universités africaines. La politique des bourses, dans le champ universitaire, a mis l'accent sur des bourses de fin d'études et d'activités de recherche, tandis que dans le domaine professionnel sont développées des bourses de stages permettant de professionnaliser les étudiants et de recycler des personnels africains ayant déjà une expérience dans l'administration ou le secteur privé. A partir de 1994, la priorité est accordée aux bourses de stage considérées comme mieux adaptées aux besoins de formation des pays en développement. (La France qui accueillait 21 000 étudiants étrangers dans les disciplines de santé en 1991 en accueillait 15 000 en 1998). Mais l'identification des besoins, le recrutement et la sélection des boursiers, leur suivi pédagogique, leur évaluation et leur intégration professionnelle, ont rencontré de nombreux dysfonctionnements. Le concept de retour sur investissement, qui devrait conduire à l'installation dans leur pays d'origine des médecins formés, apparaît absent des préoccupations des pouvoirs publics français.

Ainsi, la présence de médecins issus des pays en développement ou en transition dans les hôpitaux français est importante, notamment dans certaines disciplines comme la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et la biologie. Ceux-ci sont venus en France acquérir une formation de spécialité dans le cadre de programmes de coopération ou de bourses. Une fois leur formation assurée, nombreux sont ceux qui préfèrent rester travailler dans les hôpitaux français. Ces médecins étrangers sont employés sous quatre statuts différents : faisant fonction d'internes, attachés associés, assistants associés, praticiens adjoints contractuels. Ils sont fréquemment employés sur des postes non pourvus de praticiens hospitaliers à raison de plusieurs étrangers pour un poste resté vacant. Certains postes sont aujourd'hui presque entièrement occupés par des praticiens étrangers. Leur situation reste précaire, surtout pour les attachés associés, nommés pour un an, sans garantie de renouvellement. En outre, dans beaucoup de cas, leur rémunération est sensiblement inférieure à celle des praticiens français. Ainsi, les praticiens adjoints contractuels, au nombre de 5500 à avoir été recrutés depuis 1995, ne touchent que 75 % du traitement mensuel net d'un praticien hospitalier à temps plein au même échelon. Enfin, les médecins étrangers effectuent de nombreuses gardes, dans des spécialités au recrutement déficitaire (anesthésie-réanimation, radiologie), dans les CHU ou dans des hôpitaux périphériques. Ils participent ainsi, de manière décisive, au fonctionnement continu du service public hospitalier français, et en particulier des services d'urgence.

Cette situation contribue à la pénurie de professions médicales dans les pays en développement. Cependant, la seule majoration de ces rémunérations ne ferait qu'aggraver cette attractivité. Aussi, les programmes et bourses de formation devraient-ils s'accompagner d'un dispositif visant à favoriser le retour et la bonne insertion professionnelle de ces médecins dans leur pays d'origine.

Concernant la présence de personnels de santé français en Afrique, la volonté de préparer la relève a conduit à une réduction importante de l'assistance technique de substitution au cours des années 1990. Mais les résultats n'ont pas été conformes aux attentes. La coopération traditionnelle a continué à jouer un rôle important dans de nombreux Etats partenaires, et les pays africains bénéficiaires craignent la disparition de cette assistance technique qui s'accompagne souvent d'une réduction des aides financières.

La formation continue, enfin, des personnels déjà en fonction, n'a pas fait l'objet d'une réflexion suffisante sur les objectifs opérationnels, et n'a pas insisté sur la formation de formateurs. La mobilité fréquente des cadres locaux a également limité le processus de transfert de compétences sur le long terme.

D'une manière générale, la formation est toujours mentionnée dans les projets d'aide au développement, mais le plus souvent comme une composante ou une simple modalité à l'intérieur d'un projet plus global, et sans intégration dans une politique de développement des ressources humaines.

2.1.3. La politique dans le domaine de l'accès au médicament

Dans les années quatre-vingt, il n'y a pas, au niveau des Etats, de politique nationale du médicament. Les localisations des pharmacies sont mal contrôlées. La disponibilité des médicaments existe mais les prix sont élevés et l'accessibilité financière est faible malgré l'introduction dans certains Etats de médicaments essentiels. Les médicaments les plus consommés ne sont pas les plus efficaces en termes de coûts. Les conseils aux patients sont peu professionnels, et les Etats demeurent peu concernés par l'enregistrement, l'évaluation, l'économie et la logistique du médicament : les réglementations nationales sont inadaptées et obsolètes.

La dévaluation du franc CFA, en 1994, est un facteur accélérateur de la promotion des politiques d'accès de tous au médicament et de l'extension des politiques du médicament essentiel et générique. Les ministres de la santé des pays africains se rassemblent entre 1995 et 1998 à Bruxelles, Abidjan et Libreville, afin de mettre en commun leurs préoccupations régionales. Ils définissent des orientations dans le but de contrôler la qualité des médicaments dans les approvisionnements, notamment dans les appels d'offres, d'améliorer la connaissance globale du marché du médicament en matière de qualité, de prix et de fournisseurs potentiels, d'accélérer l'introduction des médicaments essentiels génériques dans le secteur privé commercial, d'adapter la réglementation pharmaceutique, de favoriser l'évolution des pratiques de prescription et de dispensation, et de promouvoir la production pharmaceutique nationale.

Les politiques pharmaceutiques nationales mises en place après 1994 ont permis l'adoption d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques appropriées, la sélection des médicaments essentiels et l'amélioration de la procédure d'homologation, le maintien d'une part significative du budget de la santé consacrée aux médicaments et la mise en œuvre d'une politique de financement pertinente dans le secteur public, le renforcement de la logistique et de la distribution des médicaments dans le secteur public, l'élaboration d'une politique des prix des médicaments, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, et la valorisation de l'information et des programmes de formation continue sur l'usage des médicaments.

L'une des innovations de ces politiques pharmaceutiques est la création des centrales nationales d'achats et de distribution, qui apportent un savoir-faire nouveau pour l'achat et la logistique des dispositifs médicaux consommables, par une formation spécifique aux techniques d'appels d'offres, un échange régional et une mise en commun d'informations techniques. Les premiers résultats sont encourageants : ainsi, par exemple, la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) du Sénégal a vu son chiffre d'affaires passer de 830 millions de francs CFA en 1993 à 7 milliards en 2001. A Ouagadougou en 1999, un référentiel a été défini pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et les pays associés.

Les conditions de l'accessibilité au médicament ont fait l'objet d'une étude réalisée au Sénégal par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) à partir d'une enquête pratiquée à la sortie des pharmacies. Le prix des médicaments y constitue le principal facteur limitatif de l'accessibilité : la plupart des traitements des pathologies les plus fréquentes sont, dans la filière privée, au-delà du pouvoir d'achat des populations défavorisées et même modestes. C'est également le cas, mais dans une moindre mesure, dans les formations sanitaires publiques. Cette situation est aggravée dans la filière publique par la surfacturation qui rend les prix parfois aussi élevés que dans la filière privée. La

conjugaison de ces facteurs explique le clivage observé dans la fréquentation des points de vente (les clients des postes et centres de santé appartiennent aux tranches de revenus intermédiaires et ceux des pharmacies privées aux tranches de revenus les plus élevées) et le recours, par une proportion non négligeable de la population, au marché illicite. Sur le plan quantitatif les pratiques de prescription et de dispensation constituent des éléments de dégradation de la situation observée. Dans la filière publique, la faible proportion de médicaments essentiels prescrits est alarmante et aggravée par la pratique des doubles ordonnances qui contraint les patients à acquérir dans la filière privée des médicaments beaucoup plus coûteux. Ces comportements sont le résultat de la rémunération de la profession par marges *ad valorem* et des effets de la promotion commerciale des fabricants, non seulement ciblée sur le corps médical libéral mais aussi et surtout sur les prescripteurs des formations sanitaires publiques, annulant en partie les résultats attendus de la politique de médicaments essentiels génériques.

La dévaluation du franc CFA a incité la plupart des pays de la zone franc à modifier leur système pour favoriser les médicaments à prix moins élevé (génériques ou conditionnement hospitalier). Ces politiques devraient inciter le système de distribution à être plus efficient. Mais de nombreuses difficultés demeurent. Le circuit privé traditionnel du médicament reste encore largement majoritaire et se caractérise par une explosion de la consommation pharmaceutique dans le circuit officinal. Le médicament se trouve plus que jamais en ville. La distribution du médicament dans les zones rurales est un échec relatif, confirmant que l'accès géographique reste un obstacle majeur. Il existe un double réseau d'accès au médicament extrêmement déséquilibré entre le public et le privé, la ville et la campagne, les pauvres et les riches.

2.1.4. La prévention en santé publique

Malgré un passé remarqué dans le domaine de la lutte contre les grandes endémies, la prévention ne figure pas parmi les points forts de la coopération française. L'expertise acquise sur le terrain depuis les années 70 se situe davantage sur le secteur curatif.

L'amélioration de la prévention et l'hygiène publique figurent parmi les objectifs des réformes financées dans le cadre des interventions du ministère des affaires étrangères, mais les actions entreprises sont en pratique limitées. Les actions relatives à la prévention se rattachent, dans le cadre de projets ponctuels et localisés, essentiellement au volet de la santé maternelle et à celui de la lutte contre les grandes endémies, dont le sida, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles.

Dans la plupart des pays africains, les autorités sanitaires nationales et la communauté internationale ont de grandes difficultés à mettre en place des programmes nationaux d'information, d'éducation et de communication dans le secteur public de la santé pour améliorer la prévention des principales maladies, ou susciter la promotion de comportements réducteurs de risques (utilisation des méthodes contraceptives, vaccinations, utilisation de préservatifs, etc.). Pour certains, ce déficit est en partie lié à l'implantation locale d'un modèle de médecine calqué sur le modèle français, lui-même déficient dans le domaine de la prévention. La difficulté vient aussi de l'absence de lien (peu étudié sur le terrain) entre la connaissance du risque et l'adoption par les personnes de comportements protecteurs : ainsi, selon certaines enquêtes, près de 90 % de la population ivoirienne connaît les modes de transmission du VIH et pourtant l'incidence de l'infection à VIH continue d'augmenter.

Du côté des pouvoirs publics, la question qui se pose est : comment se sert-on des résultats des études socio-comportementales, souvent très informatives faites par les anthropologues auprès des populations, pour définir des messages, des stratégies, des canaux de communication, plus adaptés et plus performants de prévention des risques afin d'obtenir à l'échelle collective des changements de comportements ? Comment passe-t-on de la représentation du sida comme une maladie liée à l'ensorcellement et à l'empoisonnement à des messages efficaces de prévention de la transmission sexuelle du virus ? Les programmes d'éducation sanitaire souffrent d'un essoufflement rapide des ressources humaines qui se lassent de répéter quotidiennement les mêmes conseils à des personnes peu

réceptives qui n'attendent pas du centre moderne de santé un recours préventif mais viennent chercher un recours curatif.

2.2. Force est de constater l'inadéquation de l'offre de soins avec la demande des utilisateurs et de persistantes inégalités

Au cours de la dernière décennie, dans un contexte socio-économique de crise, d'ajustement structurel et de récession budgétaire puis de diminution de l'aide publique internationale et d'apparition de nouvelles épidémies, la situation sanitaire des populations s'est plutôt dégradée, avec l'élévation des taux de morbidité et de mortalité. Les meilleurs taux de couverture vaccinale et prénatale n'atteignent pas 50 % dans certains pays, alors qu'ils étaient meilleurs il y a une dizaine d'années, et les taux de fréquentation des services curatifs restent en dessous de 0,4 consultation par an et par personne, même dans le cadre de projets régionaux d'appui au développement sanitaire financés par l'aide extérieure depuis plus de 5 ans. Même si on note des avancées en matière de politique et de disponibilité du médicament en zone rurale, les populations les plus démunies n'ont pas accès aux soins, soit 20 % des populations sénégalaise, ivoirienne, malgache et malienne pour ne citer que celles-ci. Malgré une augmentation de la composante santé de l'appui international au développement lors de la dernière décennie, les résultats sont donc peu encourageants en termes d'accès et de qualité des soins.

L'inadéquation des systèmes de santé et l'existence d'autres déterminants de l'état de santé des populations (facteurs socio-économiques et pression démographique) transparaissent dans les mauvaises conditions de fonctionnement des hôpitaux, les équipements insuffisants et la disparité entre les villes et les campagnes, où les vaccinations sont mal assurées. L'offre de soins ne suit pas le rythme de croissance de la population, et les normes préconisées par l'OMS en matière de personnel de santé par habitant qui demeurent, certes, un objectif, sont loin d'être atteintes. L'organisation de la prise en charge des malades et la qualité des soins insatisfaisantes sont liées à une administration et une gestion des établissements de niveau médiocre. L'aide française, dans sa dimension d'assistance technique centrée sur les hôpitaux, a peu servi à favoriser leur adaptation aux évolutions initiées dans les autres domaines de santé. La démarche visant à faire évoluer par le haut le système hospitalier présente un bilan négatif.

Les réformes se sont succédé, les propositions se sont multipliées, et pourtant une grande insatisfaction persiste tant du point de vue des populations que des acteurs. Le sentiment est désormais partagé qu'une grande partie des problèmes vient de l'offre publique de santé alors que pendant longtemps on imputait les mauvais résultats sanitaires aux comportements des populations (ignorance, manque d'éducation, représentations populaires erronées, recours aux thérapeutiques traditionnelles et aux guérisseurs, etc.). Il apparaît en fait que, même si ces causes jouent pour une part, la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques est pour beaucoup dans la situation sanitaire dégradée observée et la non-fréquentation des services publics par les malades. Les populations ne refusent pas, en général, de recourir aux filières modernes de soins, notamment dans les cas graves et urgents, mais les hôpitaux et dispensaires ont une réputation exécrationnelle qui les dissuade d'y recourir.

L'inadéquation entre offre et demande de soins résulte enfin d'une attention insuffisante portée à la demande de la population. La démarche des soins primaires n'a pas assez mis l'accent sur la demande de soins de santé, qui est étroitement liée à l'idée que se font les gens de la qualité et de la capacité de réaction de services de santé. Elle s'est trop concentrée sur leurs besoins présumés. Lorsque la demande et les besoins divergent, il y a échec du système, car la gamme des services offerts ne peut pas être adaptée à ces deux objectifs. La pauvreté peut être l'une des raisons qui expliquent que les besoins ne se traduisent pas par une demande et, dans ce cas, il peut suffire de réduire suffisamment le coût financier des soins ainsi que les dépenses non médicales. En règle générale, les réformes ont été essentiellement axées sur l'offre de soins et ont davantage porté sur la gestion que sur la qualité.

Le souci de tenir compte de la demande est plus caractéristique des réformes actuellement en cours dans de nombreux pays, lesquelles tendent par exemple à faire en sorte que des budgets jusqu'ici

conformes aux vœux de prestataires, et souvent calculés en fonction de leurs besoins supposés, soient davantage adaptés aux demandes des patients.

2.3. Les orientations actuelles de notre politique de coopération

2.3.1. Les orientations depuis 1998

La coopération française entend participer dans le domaine de la santé aux objectifs de la communauté internationale de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités. Reconnaissant la place fondamentale de la santé comme condition du développement durable, le ministère des affaires étrangères préconise une approche globale et intégrée de l'organisation des soins selon trois axes prioritaires : la lutte contre les maladies transmissibles et particulièrement le sida, le renforcement des systèmes de santé et le financement de la santé.

D'importants moyens financiers sont mobilisés dans le domaine de la coopération sanitaire. En 2000, le total des interventions du ministère des affaires étrangères était de 487,4 millions de francs, répartis entre le Fonds de solidarité prioritaire (FSP), l'assistance technique, les appuis à la coopération décentralisée, la recherche opérationnelle et la formation.

Interventions du ministère des affaires étrangères dans le domaine de la santé en 2000	
Fonds de solidarité prioritaire	166,2 MF
Assistance technique	202,0 MF
Fonds pour la formation, la recherche, appui à la coopération décentralisée	119,2 MF
Appui aux ONG	12,5 MF (données 2001)
Contributions au financement des agences spécialisées des Nations Unies (OMS - ONUSIDA - UNICEF - FNUAP)	300,0 MF
Interventions de l'AFD	30,0 MF
Total	829,9 MF

Contributions du ministère des finances dans le domaine de la santé en 2000²⁰	
Fonds européen de développement et Banque Mondiale	620,0 MF

Le FSP permet le financement de projets de santé sur des pays mais aussi des projets régionaux particulièrement utiles dans la lutte contre les maladies transmissibles, et d'associer une organisation multilatérale pour réaliser des projets en commun sur les zones prioritaires.

Pour accompagner l'amélioration des systèmes sanitaires, une assistance technique spécialisée est mise à disposition des pays partenaires pour mener des évaluations et expertises de programmes, former et perfectionner les professionnels de santé, et répondre aux multiples problématiques des systèmes sanitaires (pour l'année 2000-2001, 306 postes d'assistants techniques de santé ont été pourvus).

Deux nouveaux réseaux thématiques fédérateurs, permettant de disposer d'une veille technologique de qualité et de mieux coordonner l'offre française, ont été créés en santé de la mère et en oncologie. Ils complètent le dispositif existant, constitué du réseau de gestion hospitalière (Fédération des hôpitaux de France), du réseau urgences, des réseaux d'appui aux mutuelles (RAMUS) et au médicament (REMED). Un soutien est également apporté à des initiatives locales de coopération

²⁰. Estimation de la part de la contribution française au FED et à l'AID, consacrée aux dépenses de santé.

portant sur des jumelages de collectivités territoriales et hôpitaux, des programmes de recherche opérationnelle et des projets de formation.

Dans le cadre multilatéral, la coopération française contribue au financement des agences multilatérales de développement et des agences spécialisées des Nations Unies (OMS, ONUSIDA, UNICEF et FNUAP) pour un montant supérieur à 300 millions de francs. Elle a développé des collaborations avec les agences multilatérales sur des programmes particuliers, notamment le programme mondial lancé par l'OMS de lutte contre les maladies cécitantes et la maladie du sommeil (THA).

- ***La lutte contre les maladies transmissibles et le sida***

Pour faire face à l'épidémie VIH/sida, le programme gouvernemental porte sur le renforcement de la prévention et la mise à disposition des traitements antirétroviraux, estimant qu'il est illusoire de penser qu'une politique de prévention puisse donner des résultats si elle ne s'articule pas à une espérance de salut par ces traitements.

Le gouvernement soutient aussi financièrement les programmes mondiaux de lutte contre les autres maladies infectieuses comme la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase, et les maladies cécitantes. La France s'est engagée à hauteur de 150 millions d'euros sur trois ans dans le financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

- ***Le renforcement des systèmes de santé***

L'appui aux systèmes de santé a pour objectif une meilleure efficacité des structures sanitaires en renforçant le district, niveau considéré comme le mieux adapté pour assurer les soins de santé de base et améliorer l'accessibilité aux soins. Il s'agit d'accompagner, par une assistance technique, les pays partenaires dans la conception et la mise en œuvre des politiques de santé, et en particulier pour l'amélioration de l'organisation et de la gestion des structures sanitaires, et de développer des politiques de santé urbaine par un appui à la construction et à la gestion des centres de santé communautaires.

Concernant les personnels de santé, la coopération française conjugue plusieurs actions : le soutien aux innovations, réformes et adaptations des dispositifs de formation, l'appui à la création d'organismes de formation inter-Etats, et l'abandon de la substitution. La priorité est donnée à la formation de formateurs et les initiatives de jumelages hospitalo-universitaires entre pays partenaires sont vivement encouragées.

La politique hospitalière est d'accompagner les partenaires dans la réorganisation des structures sanitaires et favoriser la mise en réseaux des acteurs autour des filières de soins, et en particulier autour de la notion d'hôpital urbain. La coopération française met à disposition des experts qui couvrent les principaux métiers de l'hôpital, et favorise les partenariats hospitaliers.

Concernant le médicament, la coopération française intervient prioritairement sur le marché pharmaceutique africain et accompagne les pays de la zone franc dans la mise en place des politiques pharmaceutiques nationales. Les objectifs sont d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, renforcer les directions de la pharmacie et du médicament, promouvoir les médicaments essentiels génériques et un usage rationnel des médicaments.

- ***Le financement de la santé***

Le financement de la santé est le troisième volet du dispositif général de la coopération sanitaire. Il vise la réduction des importants déficits du secteur sanitaire dans les pays en développement et la mise en place de cadres stratégiques adéquats afin de mobiliser durablement les ressources nécessaires pour

répondre aux besoins prioritaires des populations. Les acteurs de la coopération travaillent actuellement à la définition de modèles de financement adaptés aux contextes socio-économiques et socioculturels de chaque pays. Depuis 1999, le gouvernement a adopté un projet FSP de 12 MF pour soutenir une douzaine de pays de la ZSP dans la mise en place de programmes de financement de la santé. Il a engagé des actions complémentaires en collaboration avec l'OMS et le BIT afin de renforcer le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest.

Une assistance juridique et une expertise qui aident les pays partenaires à développer un cadre légal et organisationnel permettant de mobiliser et gérer au mieux le financement de la santé est proposée. L'accent est mis sur la formation de cadres nationaux chargés de gérer les problématiques du financement de la santé.

L'amélioration de l'équité pour l'accès aux soins est développée par l'appui aux mutuelles de santé déjà existantes et par le soutien aux multiples initiatives de solidarités villageoises et de micro-financements.

2.3.2. La politique de l'Agence française de développement (AFD)

Dans la réforme du dispositif de la coopération, en 1998, l'AFD s'est vu confier la responsabilité du financement des infrastructures des pays de la ZSP.

L'Agence travaille prioritairement au développement de la santé de base et favorise la construction de centres de santé au niveau du district. La santé des populations étant tributaire d'un grand nombre de déterminants, l'AFD intervient sur des secteurs connexes à celui de la santé comme l'assainissement de l'environnement et l'adduction d'eau potable. L'approche des interventions dans le domaine sanitaire est toujours menée de façon systémique et circonscrite dans l'espace.

Le financement des projets se fait par dons sur la base d'une convention de financement passée avec l'Etat partenaire. Une réflexion est en cours pour envisager des conventions financières avec les niveaux décentralisés.

2.3.3. Les perspectives ouvertes par l'annulation de dettes en faveur des pays pauvres très endettés

L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) a été lancée au sommet du G7 à Lyon, en 1996, et renforcée lors du sommet de Cologne en 1999. Les créanciers multilatéraux et bilatéraux se sont engagés à procéder de manière coordonnée à des allègements de dette, en faveur des pays les plus endettés. Pour être éligible, les pays pauvres doivent élaborer un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), approuvé par les institutions financières internationales. Cette initiative formalise ainsi le lien entre réduction de dette et lutte contre la pauvreté, les sommes dégagées par les allègements de dette devant servir des objectifs de croissance soutenue, durable et bénéfique à tous, et une réduction substantielle de la pauvreté. Pour ce faire, les pays candidats doivent fixer des domaines d'actions prioritaires, dans lesquels ils s'engagent à concentrer leurs efforts. Au premier rang de ces objectifs se trouvent l'éducation et la santé.

De son côté, la France, comme la plupart des créanciers internationaux, s'est engagée à annuler 100 % de ses créances d'APD sur les pays éligibles à l'initiative PPTE. Cet effort additionnel bilatéral repose sur la conclusion de contrats de désendettement et de développement (C2D) entre la France et le pays concerné. Mais, plutôt que de procéder à des annulations pures et simples, la France a opté pour un mécanisme de refinancement par dons, en vertu duquel les États continuent de rembourser leur dette à chaque échéance, et, une fois le remboursement constaté, la France reverse à ces États une somme équivalente sur un compte spécifique de la Banque centrale, ce qui permet de contrôler ces fonds. L'objectif est de s'assurer que les sommes dégagées soient affectées aux programmes de lutte contre la pauvreté.

Les programmes de développement et d'amélioration des structures de santé dans les pays en développement font partie des priorités que s'est fixée la coopération française dans ces politiques d'allègement de dette. Les pays éligibles à un contrat de désendettement et de développement au sein de la zone de solidarité prioritaire sont : le Mozambique, la Mauritanie, le Cameroun, la Guinée, Madagascar, le Burundi, le Congo, la côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Ouganda, la Tanzanie, le Rwanda, Sao Tome et Principe et la Sierra Leone. En ce qui concerne la santé, les programmes mis en œuvre par ces pays doivent avoir pour objectif d'améliorer l'accès et la qualité des soins primaires, d'améliorer la lutte contre les grandes endémies et contre le sida, de développer le réseau de santé et les ressources humaines, et d'améliorer la gestion globale du secteur de la santé.

L'importance des ressources dégagées par cette procédure, et la durée sur laquelle ces ressources seront disponibles dans certains pays, devraient permettre d'engager et de financer des réformes d'envergure dans les pays bénéficiaires.

Volet bilatéral français de l'allègement de dettes des pays pauvres très endettés		
Pays	Total des dettes à recycler (millions d'euros)	Montant du 1 ^{er} contrat de désendettement et de développement (millions d'euros)
Côte d'Ivoire	1 420	440
Cameroun	1 081	283
Congo	343	58
Guinée	187	43
Mozambique	91	20
Mauritanie	69	14
Madagascar	68	21

Source : Agence française de développement

2.3.4. Le développement des partenariats avec de nombreux acteurs

- ***La coopération hospitalière décentralisée***

La coopération décentralisée dans le domaine de la santé, qui prend la forme de jumelages entre collectivités locales et hôpitaux du Nord et du Sud, tend à se développer. Les collectivités territoriales, avec le soutien financier du ministère des affaires étrangères, développent des projets de construction d'infrastructures sanitaires et apportent leur aide financière aux actions hospitalières développées par les hôpitaux des collectivités partenaires.

Au niveau des centres hospitaliers universitaires (CHU), la coopération est centrée sur la collaboration scientifique. Les jumelages entre CHU découlent la plupart du temps de relations créées à l'occasion de projets de recherche ou d'actions gouvernementales prolongées par une coopération institutionnelle, ou encore de relations personnelles tissées au cours des périodes d'études ou de séjours en France, et transposées au niveau institutionnel. Ces partenariats sont orientés sur le développement de la recherche fondamentale et appliquée et sur la formation des professionnels de santé par l'intermédiaire de stages à durée variable.

Ce mode de coopération, développé sur la base de relations interpersonnelles entre professionnels de santé, manque souvent de visibilité institutionnelle et de financement. Aussi, pour légitimer le cadre institutionnel de leur action, certains CHU se sont associés aux actions de coopération de leur collectivité locale de rattachement pour mener des stratégies d'intervention complémentaires à celles de la ville.

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) sont, quant à eux, généralement associés aux politiques de coopération de la collectivité locale. Cependant, leur coopération est particulièrement dépendante de l'implication de la direction de l'hôpital dans l'international. Quand ils sont soutenus financièrement par la ville, ces hôpitaux pratiquent des actions ponctuelles de formation et des interventions sanitaires en partenariat avec l'hôpital partenaire. Ce partenariat entre hôpitaux français et hôpitaux de la Zone de solidarité prioritaire, est encouragé par le MAE qui finance des missions exploratoires.

La commission nationale de la coopération décentralisée, qui a récemment conduit une réflexion sur cette coopération, observe que la coordination des acteurs de la coopération décentralisée est rendue difficile par l'absence de cadres stratégiques d'action et la multiplicité des acteurs en présence.

Les partenariats hospitaliers doivent gagner en cohérence, trop d'actions sont encore interrompues en raison d'un manque de moyens financiers et du désengagement des acteurs. Les partenaires de la coopération décentralisée doivent définir communément un plan d'ensemble des actions à développer et mener des réflexions sur les conséquences que celles-ci peuvent avoir sur la collectivité locale partenaire. Un choix convergent de coopération entre les hôpitaux et les collectivités locales permettrait de mieux cibler les actions prioritaires pour l'amélioration de la santé des populations, d'assurer un financement pérenne des projets ainsi qu'un meilleur suivi.

- *L'action des ONG françaises*

L'action des ONG recouvre deux modes d'interventions : l'assistance médicale en situation d'urgence et l'appui aux structures sanitaires déficientes dans les pays en développement par le montage de projets de développement.

L'urgence mobilise de nombreuses associations qui interviennent auprès des populations en situation de crises, de conflits et de déplacements, ainsi que dans des contextes de catastrophes naturelles (famines, tremblements de terre...). Les ONG apportent alors une assistance médicale d'urgence et une aide alimentaire auprès des populations en grande vulnérabilité. Certaines associations comme Médecins du Monde (MDM) et Médecins sans frontières (MSF) effectuent également des missions de témoignages afin d'interpeller la communauté internationale sur les conditions sanitaires des populations dans les pays en crise.

Sur le plan de l'aide au développement sanitaire, les ONG proposent des alternatives à l'inefficacité et/ou la quasi-absence des systèmes de santé dans certaines régions et permettent aux populations défavorisées de bénéficier de soins de santé primaires, inaccessibles avec les politiques de recouvrement des coûts mises en place à la suite de l'initiative de Bamako.

Les interventions en faveur du développement sanitaire des ONG sont principalement orientées vers le développement de l'accès aux soins pour les populations vulnérables et marginalisées, la lutte contre les maladies transmissibles avec la mise en place de programmes de prévention et de campagnes de vaccinations, l'accessibilité aux traitements par antirétroviraux et aux médicaments essentiels génériques, la mise en place d'infrastructures sanitaires adaptées aux besoins locaux avec une aide logistique et de maintenance, et le montage de projets d'éducation à la santé.

Les interventions localisées des ONG permettent une approche concrète des besoins prioritaires des populations ainsi qu'une bonne connaissance du terrain. Elles mettent en place des stratégies adaptées aux situations locales. Ces expériences multiples acquises au fil des actions de terrain gagneraient à être capitalisées pour servir de base d'élaboration aux projets de développement gouvernementaux.

**LES ACTIONS DES ONG FINANCEES PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES
INTERVENANT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

Montant des financements accordés en 2001	1 905 100 euros (dont 300 000 euros du PCSM)								
ONG partenaires	10 ONG partenaires, dont Aide Médicale Internationale, Orphelins d'Auteuil International, Entraide Médicale Internationale, Inter Aide, Médecins du Monde, Handicap International, JEREMI, Pharmaciens Sans Frontières, Groupe Développement...								
Pays destinataires	Burkina Faso, Ethiopie, Guinée Conakry, Comores, Madagascar, RDC, Somalie, Rwanda								
Secteurs d'intervention	<table> <tr> <td>Renforcement du système de santé :</td> <td align="right">45,6 %</td> </tr> <tr> <td>Protection materno-infantile :</td> <td align="right">17,4 %</td> </tr> <tr> <td>Prise en charge communautaire du Handicap :</td> <td align="right">20,4 %</td> </tr> <tr> <td>Lutte contre le VIH et les IST* :</td> <td align="right">16,6 %</td> </tr> </table>	Renforcement du système de santé :	45,6 %	Protection materno-infantile :	17,4 %	Prise en charge communautaire du Handicap :	20,4 %	Lutte contre le VIH et les IST* :	16,6 %
Renforcement du système de santé :	45,6 %								
Protection materno-infantile :	17,4 %								
Prise en charge communautaire du Handicap :	20,4 %								
Lutte contre le VIH et les IST* :	16,6 %								

Des expériences innovantes dans le domaine de la santé sont menées par des organisations de solidarité internationale en partenariat avec la Mission pour la coopération non-gouvernementale sur l'Afrique subsaharienne, parmi lesquelles :

Le programme Santé Sud : Mali

Initié en 1998 pour un montant de 350 000 euros, le programme « Médecine de campagne au Mali » a pour objectifs la promotion et l'amélioration de la santé des communautés rurales. Son originalité réside dans la volonté affirmée de poursuivre la promotion et l'extension d'une médecine de campagne de qualité, capable de répondre aux besoins des populations rurales :

- en développant les capacités de l'Association des Médecins de Campagne du Mali : moyens de communication, capacités d'évaluation (tournées, réunions régionales et l'assemblée générale annuelle) ;
- en poursuivant les aides à l'installation : kit médico-chirurgical, bibliothèque de base, aménagements et équipements ;
- en proposant des formations continues et complémentaires : semaine de formation annuelle, "bourses de perfectionnement", abonnements revues, échanges professionnels.

Le programme Association Nantes Guinée : Guinée Conakry

Initié en 2001 pour un montant de 588 000 euros, le programme d'appui au développement des mutuelles de santé en Guinée vise à l'amélioration de l'accès aux soins de la population guinéenne, par la création et le développement des mutuelles de santé susceptibles de :

- solvabiliser les populations vis-à-vis de l'offre de soins,
- améliorer l'offre de soins,
- développer l'accès aux médicaments essentiels génériques,
- participer à la mise en place de mécanismes collectifs de solidarité étendus à l'ensemble de la population.

Cette approche mutualiste participe du renforcement des capacités d'organisation, de mobilisation et de représentation des populations concernées et de leur intégration dans le système de santé, dont elles étaient auparavant exclues.

Le PCSM (Programme Concerté Santé Mali)

Initié à titre expérimental au Mali depuis mars 2001, il vise à améliorer l'accès des populations aux soins de qualité en appuyant les projets des acteurs non-gouvernementaux dans le domaine de la santé. Il conditionne l'obtention de cofinancements du Ministère des affaires étrangères à la société civile au choix d'indicateurs de succès des projets issus du PRODESS (Programme national de développement sanitaire et social) et à la réalité d'un renforcement des compétences du secteur associatif malien. Il est géré en partenariat égalitaire entre les représentants gouvernementaux maliens et français et les représentants des associations et des collectivités territoriales des deux pays qui constituent son comité directeur. Celui-ci examine les projets présentés et émet un avis. Le programme est par ailleurs doté d'un secrétariat technique, positionné auprès du collectif d'ONG actives dans le domaine de la santé et qui conseille les promoteurs, instruit les projets et en assure le suivi. Il est également en charge de l'animation du programme et de sa capitalisation.

* IST : infections sexuellement transmissibles.

L'ACTIVITE INTERNATIONALE DE MEDECINS DU MONDE (données 2002)

Médecins du Monde est une association de solidarité internationale qui a pour vocation, depuis sa création en 1980, de **soigner les populations les plus vulnérables** dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le monde et en France, en suscitant **l'engagement volontaire et bénévole** de médecins et d'autres professionnels de la santé.

Médecins du Monde en chiffres

- 2500 adhérents, 2000 bénévoles, 365 volontaires en mission et 251 salariés (210 équivalents temps plein)
- 179 missions menées dans 59 pays, 98 projets en France, 19 implantations régionales et 16 implantations internationales
- 1 million de donateurs et un budget de 315 millions de francs.

Médecins du Monde intervient dans 59 pays auprès des populations les plus vulnérables, à la fois dans l'urgence et dans le long terme. L'association vise fondamentalement à les protéger en leur portant secours et en témoignant du sort qui leur est réservé. Elle gère trois types de missions : urgence, réhabilitation, long terme, qui sont réparties de la façon suivante : 21,4 % en Afrique, 14,2 % en Amérique latine, 21 % en Asie, 27,9 % en Europe, et 15,6 % au Proche et Moyen-Orient.

La mission d'urgence

Souvent très médiatisée, la mission d'urgence est la forme d'action de Médecins du Monde la plus connue. Elle se traduit par un engagement immédiat (entre 24 heures et 72 heures après l'alerte) et concret auprès des populations en détresse : aide médico-chirurgicale, apport en médicaments, traitement de l'eau, campagnes de vaccination. L'année 2001 a été marquée par le soutien des camps de réfugiés et des hôpitaux en Afghanistan, un appui chirurgical et la formation des ambulanciers dans le cadre du conflit israélo-palestinien, et le soutien apporté aux camps tchétchènes.

La mission de réhabilitation

La mission de réhabilitation peut s'inscrire dans le prolongement d'une mission d'urgence, ou bien avoir sa propre vie. Sur une durée de six mois à trois ans, elle vise à accompagner la reconstruction physique et psychologique des personnes victimes de traumatismes, et à restaurer les structures sanitaires et sociales (locaux, matériel, personnel) afin qu'un service minimum de santé soit garanti aux populations. Cette aide couvre tous les secteurs de l'activité médicale, aussi bien curatifs que préventifs : chirurgie réparatrice, soins médicaux, vaccinations, accompagnement psychiatrique, formation du personnel.

La mission de développement

La mission de développement dure pendant au moins trois ans. Le partenariat avec les structures sanitaires et sociales du pays, de même que l'emploi et la formation du personnel local, sont fondamentaux pour assurer la pérennité d'un projet après la fin de l'aide. Les actions portent sur la prévention, l'éducation sanitaire, la réhabilitation de structures hospitalières, et la formation. Citons pour exemples l'aide à la réinsertion des enfants des rues de Maputo, de Kinshasa ou d'Abidjan ; la chirurgie de la face au Cambodge, ou le travail sur la santé mentale pour les enfants en Pologne.

Médecins du Monde a décidé de placer le sida au cœur de ses priorités pour les cinq prochaines années. L'expérience acquise au cours de cette décennie par la prévention et la réduction des risques a permis de définir trois axes : sida et conflit, accès aux traitements antirétroviraux et réduction des risques.

**L'ACTION INTERNATIONALE DU SECOURS CATHOLIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE
(données 2001)**

Domaine de l'urgence

Au titre des opérations d'urgence sanitaire, le Secours catholique a attribué chaque année la somme de 4,5 millions d'euros aux pays suivants : Turquie, Inde/Gujarat/Orissa, Albanie, Kosovo, Macédoine, Guinée-Conakry, Congo-Brazzaville, Ethiopie, Madagascar, Israël/Palestine, Algérie, Bolivie. La nature des actions a concerné l'accès à l'eau potable, l'expédition de médicaments et de matériel sanitaire, l'expédition d'aliments.

Secteur du développement

Hors sida, en 2001 le Secours catholique a financé des **projets santé** dans sept pays d'Afrique pour un montant global de **170 000 euros** et des **projets sociaux** pour un montant de **157 815 euros**.

Pays	Nature des projets
<i>Projets santé</i>	
Cameroun	Coordination santé
Centre Afrique	Animation sanitaire, soins de santé primaires, équipement d'un dispensaire
Comores	Animation sanitaire rurale
Congo-Brazzaville	Pharmacie diocésaine
République démocratique du Congo	Planification familiale, formation du personnel de santé, coordination diocésaine pour la santé, action familiale (MST, sida)
Madagascar	Centres de santé, de soins de santé primaires
Sénégal	Soins de santé primaires, animation sanitaire, planification familiale
<i>Projets sociaux</i>	
Bénin	Farines pour enfants
Burkino-Faso	Infirmierie de prison
Comores	Appuis nutritionnels
Côte d'Ivoire	Centre de malades mentaux
Madagascar	Farines nutritionnelles pour enfants
Rwanda	Aide sanitaire pour les écoles
Tchad	Lutte contre l'alcoolisme

• **Les partenariats industrie/organisations internationales**

Depuis quelques années, les organisations internationales semblent avoir pris conscience de la nécessité de dépasser la traditionnelle opposition entre secteur public et secteur privé, et de l'importance de développer des partenariats avec l'industrie pharmaceutique. Ceci se traduit par la mise en place de nombreux programmes mixtes de lutte contre les maladies tropicales et le sida.

GAVI, l'*Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination* (Global alliance for vaccines and immunisation) en constitue un bon exemple. Lancée officiellement le 31 janvier 2000 à Davos, avec un apport initial de 750 millions de dollars de la fondation Bill et Melina Gates, elle est le fruit d'une collaboration entre des producteurs de vaccins membres de la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM), des banques de développement multilatérales, des institutions des Nations Unies, des associations humanitaires et des gouvernements de pays du Nord (Norvège, Danemark, Pays-Bas, Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada) et du Sud. Son objectif est de faire en sorte que 30 millions d'enfants des pays les plus pauvres bénéficient rapidement des six vaccins de base : polio, diphtérie, rougeole, coqueluche, tétanos et tuberculose. La stratégie de GAVI s'articule autour de trois grands axes : améliorer l'accès de tous les enfants aux services permanents de vaccination, accélérer la recherche et la mise au point de nouveaux vaccins d'un bon rapport qualité/prix, et faire de la couverture vaccinale un volet central de la conception et de l'évaluation des efforts internationaux en faveur du développement. Soixante-quatorze pays pauvres devraient recevoir un soutien de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance.

D'autres partenariats de ce type se sont développés pour lutter contre certaines maladies. Dans le cas du sida, on peut citer le *Global Aids fund*, le programme ACCESS ou encore l'*Aids vaccines initiative* (IAVI) (cf. 3.1). Pour lutter contre la malaria, *the Medicine for malaria venture* (MMV) s'est créée sous l'égide de l'OMS, avec un partenariat très large, regroupant l'ABPI (syndicat de l'industrie pharmaceutique britannique), l'ONG Global Forum, la fondation Rockefeller, le ministère du développement britannique, la fédération internationale du médicament, le gouvernement des Pays-Bas, la Banque mondiale et l'Agence suisse pour le développement et la coopération, l'objectif étant de stimuler la recherche et le développement de nouveaux traitements. Le même type de programme existe également pour la tuberculose, *the global alliance for tuberculosis drug development*, et de nombreuses autres maladies tropicales telles que la maladie du sommeil, la lèpre ou l'éléphantiasis.

3. L'EXEMPLE PARTICULIER DU SIDA

Depuis le début de l'épidémie il y a 20 ans, le sida a constitué un catalyseur emblématique des nouvelles questions, des nouveaux enjeux de santé dans le monde. Cette épidémie renouvelle aujourd'hui la prise de conscience de la nécessité d'une solidarité internationale en matière de santé après avoir successivement révélé et souligné les interrelations existant entre santé et droits de l'Homme, santé et vulnérabilité, santé et développement.

L'histoire de l'épidémie fut un long combat – dans lequel les objectifs de santé individuelle, de santé publique et d'éthique sociale sont indissociables – pour plus d'information, plus de prévention, et aujourd'hui, plus de traitement ; un combat qui a vu émerger et a rendu nécessaire l'intervention d'autres acteurs de santé que les responsables politiques et les professionnels de santé, les organisations non gouvernementales, les associations de malades et les associations communautaires ; toute une mobilisation sociale absolument indispensable et précieuse grâce à laquelle, dans certains des pays les plus touchés (comme en Ouganda, en Thaïlande), l'épidémie a pu être en partie contrôlée. Mais ces pays restent l'exception et, au niveau mondial, les prévisions les plus sombres se sont réalisées, et le sida illustre aujourd'hui de façon démonstrative à la fois l'impact de la santé sur le développement et la faiblesse des moyens mobilisés : sur près de 20 milliards de dollars dépensés annuellement dans la recherche, la prévention et les soins aux malades du VIH/sida dans le monde, moins de 10 % de ces dépenses concernent les pays en voie de développement.

Cette inégalité criante est ancienne et antérieure à l'émergence de l'épidémie de sida. Elle concerne aussi bien l'accès aux traitements (antipaludéens, antituberculeux, par exemple) que l'accès encore limité à certains vaccins (anti-HVB, anti-Hib, par exemple) et aussi bien les maladies transmissibles (paludisme, maladies diarrhéiques, maladies respiratoires, etc.) que les maladies chroniques dont la prévalence augmente aujourd'hui dans les pays émergents qui connaissent une transition démographique et épidémiologique.

Ainsi, le sida nous place devant des questions qui dépassent l'urgence et l'enjeu de cette épidémie meurtrière. Des questions éthiques, stratégiques et financières, et donc avant tout politiques : que faire et quels moyens se donner pour répondre à cet impératif de solidarité internationale ? Comment faire bénéficier de façon plus équitable les malades du Sud des traitements développés au Nord ? Comment inscrire cette volonté de façon durable et globale pour que, au-delà des urgences sanitaires comme le sida, la tuberculose et le paludisme, soient pris en compte aussi les maladies chroniques, les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, la santé mentale, etc. ? Comment, en amont, stimuler la recherche sur le traitement des maladies tropicales orphelines, sur de nouveaux outils de prévention profitables à tous (vaccin anti-sida et anti-malaria, par exemple) ?

La réduction des inégalités de santé et, en particulier, l'accès équitable aux soins et aux traitements, nécessitent une prise de conscience politique. Les moyens et les mécanismes de cette solidarité internationale restent – pour une large part – à construire et à développer. Ses objectifs doivent être globaux : l'équité dans l'accès aux soins et aux traitements passe, au-delà de la question du prix de

vente des médicaments aux pays les plus pauvres, par des conditions tout aussi nécessaires sinon préalables :

- un soutien au développement et/ou à la mise à niveau des structures de santé, des systèmes de distribution, des systèmes nationaux et alternatifs de financement des soins, ainsi qu'à la formation des professionnels de santé ;
- des évaluations rigoureuses – dépendantes des contextes nationaux spécifiques – de la qualité des soins, du service médical rendu, des coûts-bénéfices attendus qui permettent réellement aux pays en voie de développement de piloter leurs politiques publiques de santé ;
- des budgets nationaux de santé conséquents, c'est-à-dire une priorité accordée, même dans un contexte de ressources limitées, à la santé ;
- dans le cadre de politiques de prix différenciés des médicaments entre le Nord et le Sud, l'acceptation par les financeurs (en particulier les assurances-maladie) des pays du Nord de subventionner indirectement une recherche médicale profitable à tous ;
- le développement d'un partenariat accru avec les associations de personnes vivant avec le VIH qui doivent bénéficier d'un appui institutionnel : constitution, rédaction de projets, organisation et suivi de projets.

Le bilan des premiers programmes de distribution des ARV dans certains pays africains est, de ce point de vue, révélateur. Les organisations non gouvernementales, les acteurs de terrain, les associations de malades décrivent la lenteur de leur mise en place et leurs difficultés (ruptures d'approvisionnement en médicament, éligibilité, inclusion et suivi difficile des malades, acceptation des populations, etc.) ; des difficultés qui montrent que la disponibilité théorique des médicaments n'implique pas leur accessibilité en pratique (mais, là aussi, le constat est connu depuis longtemps, par exemple dans les programmes élargis de vaccination : disposer de vaccins à quelques centimes la dose contre le tétanos, la rougeole ou la fièvre jaune n'empêche pas que des populations entières restent non vaccinées, de même pour la tuberculose et ses traitements gratuits).

Un soutien public et international à la recherche spécifiquement destinée aux maladies orphelines des pays en voie de développement ainsi qu'à des mécanismes d'aide et solvabilité de ces pays (pour leur permettre d'acheter ces médicaments et produits de santé, leur licence de fabrication et/ou de développer une production locale) devrait faire partie d'une politique globale de coopération en matière de santé.

L'épidémie de sida a aussi renouvelé la démonstration des interrelations entre situations sociales, risque morbide et conditions de santé. Cette démonstration est, en vérité, ancienne dans nos pays industrialisés : historiquement, on sait que c'est l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène qui a eu le plus grand impact sur l'amélioration des états de santé des populations. Plus récemment, on a montré que les politiques de protection sociale, les politiques d'assistance et d'aide sociale directe et les politiques redistributives indirectes (fiscales en particulier) avaient été déterminantes, au cours des crises économiques des années 80 et 90, pour limiter la progression de la pauvreté et ses impacts sur la santé des personnes dans les pays qui en bénéficient.

Le sida, finalement, nous rappelle à quel point le statut des individus - leur statut socio-économique, familial et d'emploi, leur autonomie, mais aussi leurs trajectoires d'insertion sociale ou, au contraire, de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion – influe sur leur état de santé et les modalités de leur recours aux soins préventifs et curatifs. Depuis 1996, la moitié des personnes malades du sida dans le monde sont des femmes et, aujourd'hui, elles sont contaminées en plus grand nombre et plus jeunes que les hommes. Dans bon nombre de pays, et pas seulement dans les pays en voie de développement, les femmes restent particulièrement à risque vis-à-vis de l'épidémie de sida. Les comportements individuels et collectifs constituant les déterminants de la propagation de l'épidémie, tout ce qui maintient la femme en état d'infériorité la vulnérabilise vis-à-vis du VIH : moins éduquées que les hommes, dépendantes socialement et économiquement d'eux, soumises dans la "négociation de la prévention" au cours des relations sexuelles au bon vouloir de leurs partenaires (alors même que le risque de transmission de l'homme vers la femme est 2 à 5 fois plus élevé que dans l'autre sens). A

l'heure des traitements, ces aspects sociaux de l'infection à VIH ne deviennent pas secondaires, au contraire : leur prise en compte est plus que jamais nécessaire, tant la gestion sociale de la maladie (en particulier les questions de stigmatisation sociale, d'éducation, d'autonomie) et l'accompagnement social des malades sont au cœur des questions d'observance thérapeutique.

L'histoire montre que le contrôle d'une épidémie ou l'éradication d'une maladie ne se réalise que par la conjugaison de plusieurs moyens : une information des populations, la levée des tabous sociaux masquant la réalité de l'épidémie et stigmatisant les malades, une large diffusion des moyens de prévention (préservatifs masculins mais aussi, pour les femmes, préservatifs féminins et virucides locaux), un accès facilité au dépistage et (ne serait-ce que pour que pour améliorer le recours au dépistage) l'espoir de bénéficier d'un traitement. Il reste que le plus grand espoir reste de disposer d'une prévention primaire, individuelle et utilisable dans des stratégies de masse : un vaccin.

3.1. Les initiatives internationales

Plusieurs initiatives récentes ont donné une impulsion nouvelle à la lutte contre le sida, en particulier le lancement fin avril 2001 par Kofi Annan, lors du sommet d'Abuja, du Fonds mondial destiné à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'objectif de ce fonds est de réunir 7 à 10 milliards de dollars par an, grâce aux contributions des pays riches, notamment des Etats-Unis, à hauteur de 200 millions de dollars, de la France, à hauteur de 150 millions d'euros sur trois ans, mais aussi des grandes compagnies et fondations privées.

Ces dernières ont également mis en œuvre leurs propres programmes, à l'image de l'*Aids vaccines initiative* (IAVI). Lancée en 1994 par la fondation Rockefeller, ce programme a pour vocation de développer les vaccins contre le sida et coordonner la recherche, par une approche globale. Virologues, immunologues et vaccinologues travaillent ensemble pour étudier les barrières scientifiques au développement des vaccins contre le sida et en 1998, IAVI a publié son "Scientific Blueprint for AIDS Vaccine Development", un plan stratégique pour coordonner les efforts scientifiques mondiaux.

D'autres grands programmes récents sont fondés sur un partenariat public/privé, comme l'initiative « accélérer l'accès » (ACCESS), née en mai 2000 avec la mise en place d'un partenariat entre cinq organisations de l'ONU, dont l'ONUSIDA, et cinq laboratoires pharmaceutiques (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co, Hoffman-La Roche), auxquels se sont associés la Banque mondiale, l'OMC, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour le développement des populations. Ce programme s'est fixé pour objectif d'améliorer rapidement l'accès aux soins et aux médicaments du VIH/sida et de soutenir les projets en ce sens. Il comporte deux axes d'actions : la négociation des prix avec l'industrie du médicament et l'organisation de collaborations techniques avec les pays pour qu'ils soient en mesure de délivrer les soins et les traitements. Grâce à cette initiative, les États volontaires ont obtenu une réduction des prix des antirétroviraux comprise entre 80 et 95 %. En mai 2001, dix pays ont signé ces accords et 27 autres ont manifesté leur intérêt auprès de l'ONUSIDA.

En outre, d'importantes initiatives témoignent de la mobilisation internationale croissante dans la lutte contre le sida. À titre d'exemple, on peut citer l'engagement des leaders africains, lors du sommet de l'OUA à Abuja, d'appuyer la réponse au sida par un financement national conséquent ; l'accord conclu par six grands laboratoires pharmaceutiques multinationaux pour étendre le nombre de médicaments contre le sida, notamment les antirétroviraux et les traitements contre les infections opportunistes, auxquels des baisses de prix pourraient être appliquées ; la décision d'étendre les initiatives actuelles visant à accélérer l'accès aux médicaments, au travers notamment de la mise à disposition de ces médicaments pour les ONG de lutte contre le sida accréditées ; les annonces faites en mars 2001 par plusieurs fabricants de médicaments génériques concernant des baisses de prix importantes ; une plus grande transparence dans les prix des antirétroviraux facturés aux pays en voie de développement ; ou

encore, le principe de l'établissement de prix différentiels pour les pays en développement, discuté au cours de la réunion conjointe OMC/OMS d'avril 2001 en Norvège.

3.2. L'engagement de la coopération française dans la lutte contre le sida

La coopération française milite pour une approche globale de la maladie. Sa lutte contre le sida repose sur cinq axes stratégiques : privilégier une approche régionale, appréhender le problème dans sa globalité, impliquer les partenaires non-gouvernementaux et les personnes atteintes dans la mise en œuvre des programmes à tous les niveaux, développer la recherche appliquée dans le cadre de réels partenariats Nord/Sud, stabiliser les acquis et les pérenniser.

Trois modalités spécifiques sont privilégiées : le développement de la mise à disposition des antirétroviraux dans le cadre du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI), le renforcement de l'attention accordée à la structuration des systèmes et des services de santé dans une approche globale, intégrée et décentralisée, pour une meilleure efficacité de la prise en charge, un accès durable à des soins de qualité à tous les niveaux du système sanitaire et l'extension progressive de l'action à l'ensemble de la zone de solidarité prioritaire (ZSP).

Pour la décennie 1987/1997, la France a consacré, hors engagements multilatéraux, 80 MF de dépenses effectives. Pour les deux années 2000/2001, 45 projets d'appui à la lutte contre le VIH/sida sont en cours d'exécution ou d'instruction dans 28 pays de la ZSP, soit un montant total de 200 MF évalué sur la durée des programmes. En 2001, un projet mobilisateur en vue du renforcement du réseau associatif Nord/Sud a été développé. En outre, sur plus de 350 assistants techniques du dispositif santé, les 2/3 sont mobilisés dans la lutte contre le sida. La France contribuera, nous l'avons dit, à hauteur de 150 millions d'euros sur trois ans à la constitution du fonds multilatéral consacré à la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose.

Le FSTI a été initié en 1997 à Abidjan lors de la X^{ème} conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique pour démontrer la nécessité de mener une politique de traitement aux côtés des programmes de prévention sida et la faisabilité de la prise en charge thérapeutique des malades du sida dans les pays de la ZSP. Devenu opérationnel en avril 1999, cinq programmes ont été mis en place en Côte d'Ivoire (1999), au Maroc (1999), au Sénégal (2000), en Afrique du Sud (2001) et au Bénin (2001). Il doit être intégré dans la nouvelle initiative « *Elan de solidarité thérapeutique hospitalière en réseau* » (ESTHER) qui est un projet de solidarité thérapeutique hospitalière contre le sida entre les pays du Nord et du Sud du ministère de la santé.

Pour faciliter l'accès aux antirétroviraux, le ministère de la santé vient de lancer l'Initiative ESTHER entre les pays du Nord et du Sud. Elle consiste à renforcer les compétences et les structures de soins pour préparer l'arrivée des antirétroviraux qui devront être financés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il s'agit d'un partenariat entre les hôpitaux du Nord et les structures de soins du Sud qui doivent permettre d'organiser des formations, des échanges, d'équiper les structures de prise en charge, et de soutenir le réseau associatif et communautaire. L'initiative désormais nommée ESTHER a été rejointe par cinq pays de l'Union Européenne (France, Espagne, Italie, Luxembourg, Portugal) et les Etats-Unis. ESTHER s'organise aujourd'hui en GIP pour assurer la pérennité de son action.

Ce projet fait de l'hôpital le pôle central de la coopération dans le domaine de l'accès aux médicaments. Il fonctionne sur la base d'une convention-cadre et d'un comité éthique et scientifique international de coopération hospitalière. L'initiative commence à prendre corps. Quarante hôpitaux français sont actuellement prêts à s'engager dans un partenariat africain (au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Mali et au Burkina Faso) mais également asiatique et avec les Caraïbes.

Le programme ESTHER a démarré en avril 2002 au Sénégal. Le montant de ce partenariat se chiffre à un montant de 500 000 euros. Il permettra le renforcement des structures de soins, l'amélioration de la gestion et de l'approvisionnement en médicaments notamment en antirétroviraux, la lutte contre les

maladies opportunistes ainsi que le développement d'une approche globale incluant la participation des associations et des communautés.

Actuellement, plusieurs jumelages hospitaliers sont en cours dans d'autres pays, et le ministère de la santé œuvre à préparer les pays africains à répondre aux critères d'éligibilité du fonds mondial pour le sida pour obtenir des financements pour les antirétroviraux.

On peut espérer que 5 à 10 % des malades pourront bénéficier du traitement par ARV dans les cinq années à venir, donc plus de 90 % des malades potentiels devront être pris en charge sur le plan des infections opportunistes ou en améliorant leur immunocompétence. Il est urgent que les recherches se multiplient. L'extension de quelques dizaines de malades traités à des centaines ou des milliers de malades est aujourd'hui freinée par les dysfonctionnements des structures de santé publiques et l'insuffisance de personnel soignant formé à la prise en charge et désireux de suivre les malades atteints du sida, efficient et payé.

Des choix politiques se posent car il faut à la fois recruter et former, faire des réallocations de ressources et de personnel au sein du département santé, financer les plateaux techniques en investissement et en fonctionnement, et réorienter certaines dépenses à partir d'autres ministères.

3.3. L'implication de la Croix-Rouge française et des ONG dans la lutte contre le sida

- *L'action de la Croix-Rouge*

UNE ACTION SIDA DE LA CROIX ROUGE FRANCAISE : LES CTA

Les centres de traitement ambulatoire (CTA)

En association avec l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS), la Croix-Rouge française gère un réseau de sept centres de traitement ambulatoire (CTA) dans différents Etats africains (Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Maroc et Sénégal).

Les programmes sont conduits en partenariat avec le ministère de la santé et le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) des Etats concernés. Ces programmes bénéficient de partenariats avec différents organismes : Air France, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, le ministère des affaires étrangères et les Services de coopération et d'action culturelle, la mairie de Paris, les laboratoires pharmaceutiques, de l'association *Comment dire – innovation sociale* pour l'accompagnement des personnes sous traitement antirétroviral, l'observance thérapeutique et le counseling, et de l'association TULIPE (Transferts d'urgence de l'industrie pharmaceutique) à travers des dons de médicaments.

Activité

Le CTA assiste les structures existantes dans la prise en charge ambulatoire des personnes infectées par le VIH/sida et est intégré dans le système de santé du pays en tant que centre de soins spécialisé sur le VIH. Il offre une prise en charge globale des personnes atteintes par le VIH/sida : il assure l'accueil des patients, le dépistage et l'annonce de résultats, un suivi médical (par un médecin du centre et des vacations de spécialistes), le traitement des infections opportunistes et la délivrance d'antirétroviraux dans un contexte sécurisé et selon des conditions d'accès facilitées, ainsi qu'un soutien social et un suivi psychologique régulier. Le CTA mène des actions de prévention par la mobilisation des acteurs communautaires et des patients eux-mêmes. Il participe à des programmes de recherche. Enfin, il a un rôle de centre de formation. Le CTA n'utilise que des compétences locales ; l'équipe (de 15 à 22 personnes) est composée de deux médecins au minimum (bénéficiant de formation continue), d'infirmiers, d'assistant(es) social(es) et/ou d'un psychologue, d'un technicien de laboratoire et de personnels de soutien (secrétariat, accueil, administration et gestion).

Des coûts maîtrisés

Investissement : bâtiments mis à disposition par le pays d'accueil ou travaux pris en charge localement (80 à 150 000 euros) ; équipement : recherche de partenaires pour couvrir les 70 000 euros nécessaires (matériel hospitalier, administratif et de laboratoire).

Fonctionnement : salaires et indemnités, entretien courant et maintenance assurés par la Croix-Rouge française/Opals pour 35 000 euros/an.

Médicaments, réactifs et consommables pris en charge par la Croix-Rouge française/OPALS pour 30 000 euros/an (sur la base de 350 patients par CTA hors ARV).

- **L'action des ONG : exemples**

LES ACTIONS SIDA DU SECOURS CATHOLIQUE

(données 2001)

Le Secours catholique a financé **vingt projets** de lutte contre le sida concernant des programmes IEC, l'accompagnement de malades, la prise en charge d'orphelins, l'appui à la sécurité transfusionnelle, des fournitures de médicaments contre les maladies opportunistes, et des attributions de micro-crédits générateurs d'activités par des malades pour un montant de **390 087 euros**.

Les pays concernés ont été les suivants : Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal, Russie (St Petersburg, Irkoutsk), Liban, Mexique.

LE PROGRAMME AIDES : BURKINA FASO, COTE D'IVOIRE ET MALI

Initié en 2000 avec un montant de 524 000 euros, ce programme, financé par le ministère des affaires étrangères, est basé sur la prise en compte des droits et de la réalité de l'accès aux droits des malades VIH et de leur entourage. Il est constitué d'un fonds d'appui à l'initiative communautaire qui vise à soutenir des activités génératrices de revenus ou des micro-projets mis en œuvre par des groupements ou des personnes vivant avec le VIH, avec l'objectif d'améliorer l'accessibilité financière aux soins.

LES ACTIONS SIDA DE MEDECINS DU MONDE

Médecins du Monde intervient dans la formation des personnels de santé, la sensibilisation à l'infection du HIV et l'aide médicale aux personnes infectées, en particulier dans les zones de conflits ou d'urgence humanitaire où la vulnérabilité à l'infection VIH/sida est accrue.

Ces programmes sont financés à hauteur de 1 981 000 euros en 2001 et concernent les pays suivants : Ouganda, Tanzanie, Madagascar, Cuba, Cambodge et Birmanie.

3.4. La contribution de l'industrie du médicament

Au cours du siècle dernier, d'importantes avancées médicales ont été réalisées en matière de lutte contre les grandes maladies. Au cours des années 40 à 60, antibiotiques et vaccins ont permis d'immenses progrès dans l'éradication de fléaux majeurs. Entre 1935 et 1970, l'industrie du médicament a apporté une contribution capitale à la découverte de thérapeutiques destinées à la lutte contre les maladies tropicales. A partir de la fin des années 70, des maladies que l'on pensait définitivement disparues de la surface du globe ont fait leur réapparition, certaines – vis-à-vis desquelles des résistances aux traitements utilisés sont apparues – deviennent difficiles à contrôler, d'autres – qui n'avaient jamais été éradiquées – restent meurtrières : paludisme, tuberculose, maladie du sommeil, leishmaniose, infections respiratoires aiguës, méningite cérébro-spinale, maladies diarrhéiques, onchocercose, filariose lymphatique, dracunculose restent des problèmes majeurs de santé publique dans les pays en développement. Enfin, au cours des vingt dernières années, de nouvelles maladies infectieuses ont émergé : une trentaine de nouveaux organismes pathogènes ont été identifiés, dont les virus des hépatites B, C, D, le virus Ebola, les rotavirus, et le VIH.

Dans le domaine du VIH/sida, la recherche et le développement de médicaments anti-rétroviraux est essentiellement le fait de l'industrie pharmaceutique. En amont de ses différentes initiatives pour rendre ces médicaments accessibles aux pays en développement (cf. ci-dessous), il faut garder à l'esprit que c'est là sa principale contribution : mobiliser des ressources financières considérables à la recherche et au développement de nouvelles molécules (la mise au point d'un nouveau médicament représente 10 à 12 ans d'investissements, à hauteur de 500 millions d'euros – soit environ le budget annuel d'une institution comme l'Inserm – avant d'espérer le moindre retour économique). Cette capacité d'innovation est la condition *sine qua non* – même si elle est insuffisante – à la prise en charge des malades du Sud.

La contribution de l'industrie du médicament à l'amélioration de l'accessibilité des populations des pays en développement aux traitements est de trois ordres : elle s'exerce par des prix bas ou des dons, par la recherche et, de plus en plus, par le soutien direct au développement.

Le laboratoire Abbott a lancé "*Step forward for the world's children*", un programme d'aide internationale à long terme de plusieurs millions de dollars afin de contribuer à améliorer la vie des orphelins du sida, qui se concentre sur quatre domaines essentiels : l'amélioration des services locaux de santé, la fourniture de conseils et de tests volontaires en rapport avec le VIH, un soutien à la collectivité et aux programmes éducatifs. Par ailleurs, Abbott a annoncé en mars 2001 qu'il baissait le prix de ses médicaments contre le sida en Afrique après négociation avec chacun des pays demandeurs.

Aventis Pasteur est la société qui consacre les plus gros efforts humains et financiers à la recherche d'un vaccin contre le sida. Son programme est le troisième au monde, après celui de deux agences nationales, les Instituts nationaux de la santé américains et l'Agence nationale de recherche sur le sida française, avec lesquelles la société travaille en étroite collaboration.

Le programme "*Secure the future*", lancé par Bristol-Myers-Squibb en 1999 dans cinq pays d'Afrique subsaharienne, a été étendu à l'Afrique francophone en 2001, portant à 115 millions de dollars la totalité de l'aide consentie. Ce programme est l'un des plus importants jamais initiés par une entreprise privée pour lutter contre le sida en Afrique. Il est issu d'un partenariat entre Bristol-Myers-Squibb, l'ONUSIDA, les gouvernements des pays concernés, et de nombreux partenaires parmi les ONG, les communautés religieuses, les institutions médiatiques et les institutionnels. "*Secure the future*" comporte trois volets : des programmes visant à développer de nouveaux modèles de prise en charge du VIH adaptés à ces pays, des programmes d'aide aux populations locales à travers les actions des ONG et de ceux qui travaillent à améliorer la qualité des soins aux orphelins du sida, à l'éducation des femmes enceintes ou en âge de procréer, et au dépistage, et, enfin, des programmes de formation en santé publique. Signalons enfin les actions individuelles de certains laboratoires et celles de fondations d'entreprise comme la fondation GlaxoSmithKline (cf. encadré).

Le groupe GlaxoSmithKline (GSK) a initié depuis plusieurs années un programme international d'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida (Positive Action), et s'est engagé dans une politique de réduction des prix des antirétroviraux et de donation. En 1997, une réduction de 75 % du prix de l'AZT (Retrovir[®]) a été annoncée dans l'indication « réduction du risque de transmission de l'infection par le VIH de la mère à l'enfant », et une donation à l'UNICEF équivalente à 30 000 mois de ce traitement a été faite pour lancer ces programmes.

GSK est aussi l'un des cinq laboratoires pharmaceutiques qui offrent des antirétroviraux à prix réduits dans le cadre du programme ACCESS²¹. Depuis deux ans, dans ce cadre, GSK a conclu un accord avec 17 pays africains. Ce tarif préférentiel concerne l'ensemble de la gamme d'antirétroviraux. La réduction consentie est de l'ordre de 90 % par rapport au prix moyen dans les pays occidentaux. Ainsi, le tarif pour Combivir[®] est de l'ordre de 2 dollars par jour. Depuis février 2001, les prix pratiqués dans le cadre de ce programme sont également consentis à des organisations à but non lucratif à même de fournir des soins aux patients dans ces pays, aux employeurs des pays d'Afrique offrant des soins et des traitements anti-VIH/sida à leur personnel par le biais de structures sanitaires intégrées à leur entreprise.

Depuis juin 2001, GSK a étendu à 63 pays parmi les moins avancés (PMA) et à l'ensemble de l'Afrique subsaharienne son programme de médicaments contre le VIH/sida à bas prix. En décembre 2001, 41 accords avaient été conclus pour fournir des antirétroviraux à tarifs préférentiels, essentiellement pour l'Afrique, aux gouvernements, aux ONG, aux hôpitaux et aux employeurs.

²¹. ACCESS : cf. § 3.1. supra.

LA FONDATION D'ENTREPRISE GLAXOSMITHKLINE

Fondée le 8 août 1998, la fondation soutient et finance la réalisation de programmes de soins ayant pour objectif de développer et d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'infections par le VIH dans les pays en développement et notamment en Afrique, en se donnant pour priorité les actions en direction des femmes et des enfants.

Douze programmes de soins sont mis en œuvre dans sept pays d'Afrique (Côte d'Ivoire, Sénégal, Afrique du Sud, Maroc, Cameroun, Mali, Burkina Faso), en étroite collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre le sida, pour un *budget de 3 millions d'euros*. Selon les projets, les programmes privilégient la prévention du risque de transmission verticale du VIH avec initiation d'une prise en charge des mères, des enfants et de la famille, ou la prise en charge médicale des adultes et des enfants, l'accompagnement et l'éducation des patients sous traitement avec pour objectif d'améliorer l'adhérence aux traitements.

Au terme de leur réalisation, ces programmes concerneront :

- 140 000 personnes (essentiellement des femmes) qui auront bénéficié d'un accès à une prise en charge adaptée au cours de leur grossesse ;
- 5000 personnes (femmes, enfants, hommes) qui auront bénéficié d'un accès à un suivi et à des soins adaptés, et si nécessaire à un traitement.

3.5. L'engagement tardif des entreprises françaises

Le Conseil des investisseurs français en Afrique noire (CIAN) a organisé en février 2002 une réunion de ses membres. Les multinationales invitées (Total Fina, Vivendi) ont évoqué leur besoin important d'informations sur la situation sanitaire du personnel des filiales et sur la prise en charge médicale de leurs employés. Le CIAN s'est proposé de mettre en place une tribune de réflexions afin d'apporter des réponses et des informations auprès des entreprises demanderesse. A l'heure actuelle, chaque filiale a entrepris des initiatives dans la prévention, le traitement et la prise en charge médicale. Dans certains pays comme le Kenya ou l'Afrique du Sud (20 000 malades), le secteur entreprises traite plus de malades que le secteur public ou privé lucratif. Cependant, ces efforts restent encore individuels, et aucune concertation n'est établie pour définir une politique généralisée de couverture médicale.

Toutefois, grâce aux innovations d'entreprises au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Afrique du Sud, qui ont su mettre au point des réponses adaptées dans la prise en charge médicale de leurs employés et le financement des ARV, il est aujourd'hui possible de s'inspirer des leçons de l'expérience. Certaines entreprises d'Afrique du Sud ont monté des initiatives particulièrement intéressantes. Ainsi, une compagnie d'assurances a mis en place un programme appelé "*Help for Aids*", qui gère la maladie du sida de façon globale, intègre la prévention et les antirétroviraux avec un accompagnement psychologique, et prend en compte les communautés avoisinantes. A partir de l'épidémie du sida, il est possible de développer des orientations sur la prise en charge médicale généralisée des employés.

Les initiatives en cours permettent des avancées sur le plan de la médecine du travail. La réflexion doit être poursuivie sur les questions d'éthique vis-à-vis des malades. Les syndicats ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation des populations vis-à-vis des malades et dans la lutte contre la discrimination et l'exclusion. Ils ont une tâche primordiale auprès des pouvoirs publics pour faire aboutir l'adoption d'une législation sur la protection des travailleurs infectés. Un texte législatif vient d'être voté en Afrique du Sud qui interdit le test de dépistage dans le recrutement des salariés.

Le rôle des pouvoirs publics est essentiel pour permettre aux entreprises de développer un système de couverture maladie et des politiques de santé en synergie, en proposant par exemple des mesures de réduction des charges sociales et des impôts pour les entreprises qui conduisent des politiques actives de lutte contre le sida.

3.6. Les perspectives ouvertes par les accords de Doha

L'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), signé en 1994 dans le cadre de l'OMC, comporte des dispositions dérogatoires au droit des brevets, permettant de faire face à des situations d'urgence sanitaire : les licences obligatoires et les importations parallèles. Les licences obligatoires désignent les autorisations accordées, sous certaines conditions, par les Etats aux producteurs locaux pour que ceux-ci produisent un médicament protégé par un brevet. Les Etats peuvent aussi, dans ces mêmes conditions, autoriser l'importation parallèle d'un médicament à partir d'un pays où il est commercialisé à un prix inférieur.

L'interprétation restrictive de ces dispositions par les laboratoires pharmaceutiques qui a conduit au procès de Pretoria²², l'hésitation croissante des pays en développement à invoquer cet article dans le cas des traitements contre le sida, qui n'est pas expressément mentionné dans l'accord, et la mobilisation de l'opinion publique internationale ont fait de l'accès aux médicaments l'un des sujets principaux de la conférence de l'OMC à Doha en novembre 2001.

L'ADPIC DE 1994 ET L'ACCES AUX MEDICAMENTS

Cet accord comporte des dispositions dérogatoires au droit des brevets, permettant de faire face à des situations d'urgence sanitaire : ce qu'on appelle les licences obligatoires et les importations parallèles.

Il reste que les conditions d'application de ces dispositions sont très restrictives.

L'article 31 de l'ADPIC énonce les garanties de forme qui doivent être respectées lorsqu'une licence obligatoire est délivrée. Il faut qu'une licence volontaire, c'est-à-dire qu'une autorisation à produire un bien breveté, ait été demandée au détenteur du brevet, avant qu'une licence obligatoire ne soit délivrée et que le détenteur du brevet reçoive une rémunération adéquate. Toutefois, il peut être dérogé à l'exigence de chercher d'abord à obtenir une licence obligatoire dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence.

Les pays en développement hésitent à invoquer cet article dans le cas des traitements contre le sida, parce qu'il n'y est pas fait expressément mention de la santé publique pour les situations d'urgence nationale.

En outre, les lois de certains pays, qui encadrent l'utilisation des licences obligatoires afin de lutter contre le sida, ont été contestées sur la base de l'ADPIC.

Ainsi, 39 laboratoires pharmaceutiques ont introduit devant la Cour de justice de Pretoria, le 5 mars 2001, un recours contre une loi sud-africaine de 1997, afin d'en contester la conformité avec les dispositions de l'ADPIC. Cette loi autorise le ministre de la santé à refuser, de façon discrétionnaire, et au nom de la démocratisation des soins de santé, la reconnaissance des droits issus de brevets pharmaceutiques. Il peut, par le biais d'une licence obligatoire, accorder une autorisation de fabrication à un laboratoire local, alors même que le médicament considéré est encore protégé par un brevet. Il peut également autoriser l'importation parallèle d'un médicament, à partir d'un pays où ledit médicament est commercialisé à un prix inférieur. Le procès n'a pas eu lieu, car les laboratoires, sous la pression des ONG, ont conclu un accord avec le gouvernement sud-africain le 19 avril 2001.

Les Etats-Unis ont déposé, le 30 avril 2001, une plainte à l'OMC contre une loi brésilienne de 1996 permettant le recours aux licences obligatoires, qui a permis le développement d'un programme public de lutte contre le sida. Ils ont retiré leur plainte, suite à un accord conclu avec les autorités brésiliennes le 25 juin 2001, qui vise à transférer le différend entre les deux pays vers un mécanisme informel de consultation.

Si des dérogations étaient admises par l'ADPIC, il était clair, comme l'avait souligné le commissaire Pascal Lamy, le 12 mars 2001, devant la commission de l'industrie et du commerce extérieur du Parlement européen, « qu'un consensus international n'existait pas encore sur une interprétation équilibrée de ces dispositions. C'est pourquoi la Commission s'était engagée à la promouvoir à l'OMC et l'OMPI »²³. C'est ce qui a été fait à Doha.

Source : rapport d'information sur le bilan de la conférence ministérielle de l'OMC, Assemblée nationale, 31 janvier 2002.

La Déclaration sur l'ADPIC et la santé publique adoptée à l'issue des négociations reconnaît que « selon les règles de l'OMS, aucun pays ne devrait être empêché de prendre des mesures pour la protection de la vie ou de la santé humaine ». Elle proclame pour la première fois la supériorité d'une valeur non marchande sur les obligations juridiques découlant d'un accord commercial, et

²². Cf. encadré.

²³. OMPI : Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

l'engagement de protéger un droit fondamental, la santé, face à un droit désormais reconnu comme secondaire, celui de la propriété intellectuelle. Chaque membre de l'OMC a le droit désormais d'accorder des licences obligatoires et a la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences peuvent être accordées. Les critères d'urgence nationale et les situations d'extrême urgence sont à l'appréciation des membres et recouvrent, entre autres, les crises dans le domaine de la santé publique. Enfin, la déclaration accorde dix ans de plus aux pays les moins avancés (PMA) pour mettre en application les dispositions de l'ADPIC, période qui expire désormais le 1^{er} janvier 2016.

La Déclaration conforte la possibilité donnée aux pays en développement, disposant des capacités de fabrication, de produire des médicaments génériques. Mais elle reconnaît la difficulté, pour les pays « *ayant des capacités de fabrication insuffisantes ou n'en disposant pas dans le secteur pharmaceutique* », de recourir de manière effective aux licences obligatoires. Elle donne instruction au Conseil des ADPIC de trouver une solution rapide à ce problème avant la fin 2002. Dans la continuité, la 55^{ème} Assemblée mondiale de la santé, réunie à Genève, a approuvé, le 17 mai 2002, une résolution destinée à assurer l'accès aux médicaments essentiels, appelant à la promotion d'un système de prix différencié pour ces médicaments et à fournir un appui technique aux pays en développement, afin de mettre en place des politiques de fixation des prix.

Des perspectives sont désormais ouvertes pour permettre aux pays en développement de disposer de médicaments à des prix abordables.

4. RECOMMANDATIONS

Depuis plusieurs décennies, les avancées thérapeutiques majeures découvertes et diffusées dans les pays du Nord n'ont que peu – ou pas du tout – profité aux malades du Sud. Ce qui rend cette situation d'autant plus intolérable, c'est non seulement son ancienneté et son évolution récente, mais aussi la perspective que les inégalités risquent de s'aggraver à mesure que croît le progrès biomédical et que progresse l'innovation biotechnologique dans les pays industrialisés. En effet, la recherche biomédicale coûte cher, de plus en plus cher. Cette recherche et la fabrication industrielle des traitements font appel à des technologies et des savoir-faire de plus en plus sophistiqués, souvent hors de portée, aujourd'hui, des pays du Sud. Jamais les pays du Nord n'ont consacré autant de leurs dépenses publiques à la santé, et jamais la part des budgets privés des industriels de santé dédiée à la recherche n'a été aussi élevée. Pourtant (et l'exemple du sida est révélateur), ces nouveaux traitements restent inaccessibles à 90 % des malades dans le monde.

Aujourd'hui se posent des questions qui dépassent l'urgence de l'épidémie de sida et constituent l'enjeu majeur des politiques d'aide aux systèmes de santé des pays en voie de développement : que faire et quels moyens se donner pour répondre à cet impératif de solidarité internationale ? Comment faire bénéficier de façon équitable les malades du Sud des traitements développés au Nord ? Comment inscrire cette volonté de façon durable et globale pour que, au-delà des urgences sanitaires des maladies transmissibles, soient pris en compte aussi les maladies chroniques, les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore la santé mentale ? Comment, en amont, stimuler la recherche sur le traitement des maladies tropicales orphelines et sur la prévention des maladies transmissibles les plus meurtrières ?

Réduire ces inégalités de santé, prendre en compte les déterminants sociaux de ces inégalités, permettre un accès équitable à des soins adaptés et de qualité nécessitent une prise de conscience et une volonté politique fortes de tous les partenaires de l'aide internationale : non seulement des organisations internationales, mais aussi des gouvernements des pays bénéficiaires et des gouvernements des pays donateurs comme la France. Pour ces derniers, et pour la France en particulier, malgré des prises de position et le souci constamment réaffirmés de cette solidarité internationale en matière de santé, des efforts concrets restent à faire : il s'agit de repenser, de restructurer et d'abonder l'aide au développement dans son ensemble, et d'accorder une place prioritaire aux questions de santé.

Les moyens et les mécanismes de cette solidarité internationale restent, pour une large part, à construire, à développer, à financer. L'ambition de la France devrait être d'en constituer un soutien, politique et financier, majeur. Force est de constater que nous en sommes loin. L'enjeu de la politique de coopération française en matière de santé doit être à la hauteur des enjeux de cette solidarité : passer d'une approche purement technique mâtinée d'humanitaire à une approche réellement solidaire et politique.

*

* *

Le Haut Conseil de Coopération Internationale propose plusieurs orientations pour que la coopération sanitaire française soit en mesure de répondre de manière plus appropriée à ces enjeux.

Le HCCI préconise une implication plus grande de la France dans la mobilisation internationale en faveur des politiques de santé dans les pays pauvres, la définition d'une stratégie pour la coopération sanitaire plus sélective, s'appuyant davantage sur nos savoir-faire, enfin une autre manière de coopérer privilégiant le partenariat des acteurs et un engagement sur la durée.

Ces propositions concernent plus particulièrement l'Afrique subsaharienne où la coopération gouvernementale française s'est impliquée depuis de longues années et dont la situation est préoccupante.

4.1. L'urgence et l'importance des politiques de santé pour le développement des pays les plus pauvres nécessitent une mobilisation internationale plus large

4.1.1. Avoir une approche prospective des objectifs à atteindre

Les grands indicateurs de santé mettent en évidence de profonds déséquilibres en matière de couverture médicale, d'accès aux soins, entre pays riches et pays pauvres. Au sein même de ces derniers, on constate également de grandes disparités, l'Afrique subsaharienne étant le continent le plus défavorisé. À titre d'exemple, on peut citer les dépenses de santé par habitant qui s'élèvent à 3100 \$ (11 % du PIB)²⁴ dans les pays riches, alors qu'elles ne représentent que 81 \$ pour les pays en développement (6 % du PIB). En Afrique, la situation est encore plus critique avec une moyenne de 37 \$ par habitant (5,5 % du PIB). Ces déséquilibres dans l'accès à la santé se traduisent par de grandes inégalités face à la maladie et à la mortalité. Ainsi, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élève à 84,3 pour mille dans les pays en développement et atteint 161,6 pour mille en Afrique subsaharienne, alors qu'il n'est que de 7,3 pour mille dans les pays riches.

Jusqu'à récemment, les perspectives démographiques ne prenaient pratiquement pas en compte l'impact démographique du sida²⁵ qui touche 40 millions de personnes dans le monde, dont 28,1 millions en Afrique subsaharienne, où il constitue la première cause de mortalité, bien avant le paludisme, la tuberculose ou les guerres. Il faut s'attendre à une augmentation très significative de la mortalité infantile et juvénile, qui devrait remonter au niveau où elle était au début des années 1960 dans beaucoup de pays en développement, anéantissant tous les efforts et les progrès réalisés, grâce aux programmes de vaccinations et à l'amélioration des systèmes de soins et du niveau de vie, au cours des quarante dernières années.

Il est également important de prendre en compte les grandes évolutions engagées, tels l'exode rural et l'urbanisation accélérée. Avec ces phénomènes massifs, les priorités sanitaires se déplaceront des campagnes vers les villes qui abriteront bientôt la majorité de la population. De nouvelles pathologies se développeront, telles les maladies comportementales ou celles liées à la pollution.

Enfin, il ne faut pas négliger l'impact du vieillissement de la population, car, en dépit d'un net recul de l'espérance de vie lié au sida, le nombre de personnes âgées, beaucoup moins touchées par la pandémie, ne cesse de croître. Le vieillissement de la population fait dès lors apparaître de nouveaux besoins en matière de santé et exige de développer de nouvelles disciplines médicales.

Ces évolutions démographiques et migratoires vers les villes doivent être prises en compte dans l'élaboration des politiques de coopération en matière de santé, afin d'atteindre le mieux possible les populations cibles, et de planifier les stratégies d'implantation des structures de soins à moyen et long termes.

²⁴. Données fournies par la Banque mondiale pour l'année 2000.

²⁵. D'après le rapport établi par la division de la population des Nations Unies et l'ONUSIDA, la pandémie anéantira les précieux acquis du développement en faisant reculer l'espérance de vie. Ainsi, au lieu d'augmenter pour atteindre 64 ans d'ici 2010–2015 si le sida n'existait pas, celle-ci reculerait de 17 ans en moyenne dans les neuf pays où la prévalence du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). En outre, le nombre d'orphelins qui atteint déjà les 13,2 millions ne cessera de croître, et l'impact du sida sur la fécondité sera probablement beaucoup plus important que prévu. Ainsi, la hausse de la mortalité et la baisse de la fécondité conjuguées auront des effets sur les structures par âge dans les pays les plus touchés par le sida et pourraient se traduire par des taux de croissance critiques. Selon le rapport du réseau *monitoring the AIDS pandemic* (MAP), dès 2003 le Botswana, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe subiront des variations négatives de leur population de 0,1 à 0,3 %.

4.1.2. Prendre l'initiative d'un observatoire international des systèmes de santé pour repérer les populations les plus vulnérables

Devant la stagnation, voire le recul, des indicateurs de santé et les grandes inégalités sanitaires dans les pays en développement, une mobilisation générale de la communauté des bailleurs aux côtés des responsables politiques des pays partenaires est indispensable pour stopper l'aggravation de l'iniquité dans l'accès aux soins. Elle doit conduire, en premier lieu, à repérer les populations les plus menacées et à mener des études comparatives dont les conclusions devront orienter les politiques de coopération sanitaire. Or, malgré leurs efforts pour suivre les évolutions, l'OMS et la Banque mondiale ne disposent pas aujourd'hui d'un système d'appréciation globale des systèmes de soins suffisamment efficace.

Un outil est nécessaire pour identifier et cartographier l'évolution de la couverture sanitaire qualitative et quantitative des pays en développement. Des indicateurs sont à recueillir en termes de géographie des structures de soins, des matériels, de leur fonctionnalité, des personnels et de leur qualification, des capacités de soins curatifs, des actions préventives et de promotion de la santé, pour conduire une évaluation de l'offre de soins en termes d'accessibilité géographique, économique et culturelle. Ces données permettraient d'élaborer une politique de coopération internationale mieux ciblée et plus appropriée.

La coopération française devrait appuyer la création d'un observatoire international des systèmes de santé, en concertation avec l'OMS, pour remplir cette fonction première de surveillance, d'identification et d'information, de suivi, d'évaluation de l'accessibilité aux soins dans les pays pauvres, qui fait aujourd'hui défaut.

4.1.3. Soutenir un investissement accru dans le secteur de la santé

La santé occupe une place centrale dans le développement économique, comme vient de le rappeler le rapport de la commission macroéconomie et santé de l'OMS. Mais si l'objectif de lutte contre les inégalités devant la santé est défendu par tous, l'importance de l'investissement dans ce secteur pour promouvoir le développement économique et faire reculer la pauvreté l'est moins. Or, les pays pauvres sont loin de pouvoir consacrer 9 à 10 % de leur budget à la santé, comme le préconise l'OMS. Ils sont très dépendants de l'aide internationale, très en deçà de leurs besoins sanitaires.

Pour envisager les indispensables progrès, la commission de l'OMS propose l'élaboration d'une stratégie mondiale en faveur de la santé pour les pays en développement, financée par un accroissement de l'effort budgétaire interne aux pays pauvres de 1 % du PNB d'ici 2007 puis de 2 % d'ici 2015, et une augmentation de l'effort financier des pays donateurs. L'aide publique au développement, qui est aujourd'hui de 6 milliards de dollars dans ce secteur, devrait être portée à 27 milliards de dollars d'ici 2007 et à 38 milliards de dollars d'ici 2015.

La France qui consacre aujourd'hui 0,34 % de son PNB à l'aide publique au développement doit prendre sa part dans cet effort international dans le cadre d'une politique globale de relèvement de l'APD, mais aussi dans l'affectation de son aide au secteur de la santé.

4.1.4. Mobiliser les pays industrialisés et les organismes internationaux

La mobilisation financière des pays industrialisés peut prendre plusieurs formes, mais elle nécessite, dans tous les cas, un effort budgétaire global visant au relèvement de l'APD. L'affectation de l'aide entre les coopérations bilatérales, les organisations internationales et les fonds spécialisés, permet de

développer des interventions complémentaires à plusieurs niveaux, même si la lisibilité en est complexe²⁶.

Cette mobilisation est facilitée aujourd'hui dans les pays les moins avancés par la mise en œuvre de l'initiative de remise de dette des *pays pauvres très endettés* (PPTE) décidée par la communauté internationale des bailleurs de fonds et, pour la France, par le volet additionnel d'annulation de dettes qui conduit à l'élaboration de *contrats de désendettement-développement* (C2D) avec les pays bénéficiaires. Huit pays africains sont concernés par le volet bilatéral français : la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Congo, la Guinée, le Ghana, le Mozambique, la Mauritanie et Madagascar.

Les sommes en jeu sont parfois considérables, allant de 1420 millions d'euros pour le Cameroun à 68 millions d'euros pour Madagascar, sur des périodes d'une à deux décennies. Les financements libérés, inscrits dans les budgets des Etats récipiendaires, devront être affectés à la lutte contre la pauvreté, et intégrés dans des stratégies sectorielles de l'éducation et de la santé. La procédure des allègements de dette oblige ainsi les pays à élaborer une politique de santé et engage la France à apporter son soutien financier aux orientations définies et approuvées sur toute la période du contrat. Un appui important sur la durée est rendu possible. La coopération française et l'ensemble des bailleurs doivent utiliser toutes les potentialités de ces ressources pour soutenir des réformes en profondeur.

Dans le cadre de sa participation, la France pourrait suggérer aux organisations internationales (OMS et autres) d'intervenir plus activement en faveur d'une mobilisation internationale dans deux directions. Une action pourrait tout d'abord être entreprise auprès des Etats qui sont peu engagés dans les politiques de santé afin de leur faire prendre conscience de la gravité de la situation. Un lobbying plus actif serait ensuite nécessaire pour inciter tous les bailleurs de fonds à abonder le Fonds de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Mais, les financeurs ne doivent pas pratiquer une neutralité coupable au nom du respect de la souveraineté des Etats. ***Par souci de bonne gestion et surtout d'efficacité, il est nécessaire de s'interroger sans complaisance sur l'emploi qui est fait de l'aide.*** Sans condamner les Etats demandeurs, un dialogue éclairé, fondé sur une expertise et associant tous les acteurs de la société civile, doit permettre aux donateurs de justifier leur appui ou leur refus face à des politiques qui ne leur paraîtraient pas répondre à l'objectif de lutte contre la pauvreté.

Enfin, les négociations sur les droits de propriété intellectuelle et commerciaux (ADPIC) et les brevets pharmaceutiques, qui ont conduit à la déclaration de l'OMC du 14 novembre 2001 à Doha, doivent être poursuivies pour généraliser le dispositif de prix différenciés du médicament. La disposition de l'accord sur le recours aux licences obligatoires permet aujourd'hui aux pays en développement de fabriquer localement des génériques à bas prix, après négociations avec les laboratoires pharmaceutiques. Mais des solutions sont encore à trouver pour les pays qui ne disposent pas d'industrie susceptible de produire des médicaments, ni de laboratoires de contrôle des génériques fabriqués ou importés.

4.1.5. Renforcer l'influence de la France dans le dispositif européen et international

La France est numériquement bien représentée dans les instances internationales et européennes eu égard à ses contributions financières. Mais elle ne fait pas suffisamment valoir sa capacité d'expertise dans la définition des stratégies.

Ainsi, dès les années 80 la France a défendu la nécessité de traiter les malades du sida pour développer le dépistage quand les choix stratégiques de l'OMS restaient exclusivement orientés, jusqu'au début des années 90, vers la prévention de la transmission sexuelle ou sanguine du VIH. Nos représentants

²⁶. Le manque de coordination des bailleurs au regard de leurs interventions dans un pays et la mauvaise gestion de l'aide sont davantage sources de dysfonctionnements que la multiplicité des niveaux d'intervention.

n'ont pas pu imposer, à l'époque, ces choix repris par l'ONUSIDA en 1996. Un progrès a été obtenu, fin 2001, quand la France a introduit la prise en charge thérapeutique des malades du sida aux côtés de la prévention dans les missions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à l'encontre du point de vue dominant défendu par les Anglo-saxons et les Scandinaves.

La coopération française doit s'efforcer de capitaliser l'expertise et l'expérience acquises sur le terrain par une importante assistance technique pendant de nombreuses années, et utiliser davantage les multiples rapports, études et évaluations réalisés, aujourd'hui dispersés et peu lus. *Ses représentants dans les instances internationales doivent pouvoir en prendre connaissance pour nourrir et infléchir la pensée internationale en santé publique.*

4.2. Réaffirmer l'importance de la coopération bilatérale dans le domaine sanitaire et clarifier les objectifs de notre politique de coopération

Les organisations internationales constituent un cadre normatif et politique, doté d'une incomparable capacité de mobilisation financière, indispensable à la communauté internationale. Mais ce sont des instances bureaucratiques et peu opérationnelles qui font appel aux compétences d'acteurs et d'opérateurs locaux ou issus des coopérations bilatérales pour mettre en œuvre leurs programmes. *Il est donc essentiel de maintenir et conforter les actions bilatérales.*

La stratégie de l'aide française pour la santé doit cependant être actualisée. Certes, les orientations de notre coopération gouvernementale reprennent les lignes de force des priorités affichées par la communauté internationale. Les références à la lutte contre la pauvreté, à l'accès aux soins et leur qualité sont devenues des mentions obligatoires du discours de l'aide internationale. Cependant, pour y tendre, plusieurs volets de notre aide gouvernementale sont à revoir.

Il s'avère tout d'abord important d'établir une typologie claire de nos interventions dans le secteur de la santé, en distinguant les actions humanitaires d'urgence, la coopération humanitaire de longue durée et la coopération pour la promotion des systèmes de soins sur longue période. Cette dernière doit prioritairement être réservée aux pays partenaires qui s'engagent fortement sur la voie de réformes.

Par souci d'efficacité, et compte tenu des limites de ses ressources budgétaires, la coopération gouvernementale doit éviter de disperser ses actions et ses financements. *Elle doit se recentrer sur un nombre limité de pays, bien ciblés, privilégier des zones géographiques prioritaires, et en particulier les PMA d'Afrique francophone, et mobiliser davantage les forces vives de la société civile* (ONG, universités, centres de recherche, mutuelles, syndicats, ordres professionnels, entreprises...).

La nécessaire mutation des politiques de santé exige, ensuite, de dissiper le flou des objectifs. Ceux-ci doivent être redéfinis et acceptés par tous les acteurs, en conciliant impératifs politiques et techniques. *La France doit engager une vraie réflexion partenariale sur le sens de sa coopération dans le secteur de la santé et du développement social.*

Des politiques d'actions concrètes doivent être définies par des professionnels de santé en fonction des domaines dans lesquels la France possède savoir-faire et expérience. La France dispose d'un avantage comparatif international indéniable dans de nombreux domaines médicaux, dans la recherche scientifique²⁷, mais aussi en ingénierie des équipements médicaux²⁸. Ces compétences doivent être valorisées et développées sur le terrain.

²⁷. En particulier en ce qui concerne les maladies les plus meurtrières des pays en développement : sida, paludisme, tuberculose.

²⁸. La maintenance des équipements et des infrastructures est un problème majeur pour les systèmes de santé africains. On estime qu'en moyenne 50 % des équipements sont indisponibles dans les hôpitaux. Or, très peu de bailleurs interviennent dans ce domaine (la GTZ, la coopération luxembourgeoise et la coopération finlandaise). La coopération française, présente depuis longtemps sur ce segment, peut faire valoir à son actif des interventions sur l'ensemble des composants de la

Les actions doivent s'appuyer, enfin, sur les résultats des recherches médicales, socio-économiques et anthropologiques faites par les instituts français ou africains financés par la France.

Plusieurs orientations doivent guider la stratégie de l'aide française.

4.2.1. Intégrer des politiques de santé dans les politiques de développement

L'amélioration de la santé des populations dépend de nombreux déterminants non sanitaires. On peut citer l'approvisionnement en eau saine, l'amélioration de l'hygiène et de l'habitat, la nutrition, l'amélioration du réseau routier et ferroviaire, mais aussi l'instruction et l'éducation, en particulier des filles et des mères.

Ce volet non sanitaire doit être pris en compte dans les politiques de santé publique pour en accroître l'efficacité et, corrélativement, les politiques de santé doivent être intégrées dans les politiques de développement. Les interventions doivent être également intégrées sur une base géographique, locale et régionale.

La coopération française doit promouvoir cette démarche dans ses stratégies d'intervention. Cela semble être le cas dans les orientations nouvelles affichées de l'Agence française de développement (AFD)²⁹.

4.2.2. Permettre une meilleure accessibilité aux soins par un appui aux différentes structures de soins

La politique de soins de santé primaires (SSP), préconisée par la conférence d'Alma Ata en 1978 et qui a largement bénéficié du financement des pays partenaires, a permis des progrès certains, mais les succès marquent le pas, et elle s'avère plus onéreuse que prévue. Les services périphériques et les hôpitaux des pays en développement sont loin d'être performants. Les hôpitaux, coûteux et souvent confrontés à de multiples dysfonctionnements (gaspillage, corruption, clientélisme, incompetence), sont peu fiables et n'assurent pas leur rôle de pôle de référence. Les termes du débat qui a opposé pendant plus de vingt ans l'hôpital aux soins de santé primaires sont dépassés : les institutions ne s'opposent pas, mais sont complémentaires. L'hôpital est indispensable pour la formation des professionnels de santé et pour la prise en charge de nombreuses pathologies lourdes (traumatologie, pathologies dégénératives, traitement du sida).

L'appui aux structures de santé doit être différent selon qu'il s'adresse aux hôpitaux ou aux structures de proximité. *Concernant les hôpitaux, l'appui doit porter sur l'amélioration de leurs performances par la formation des personnels médicaux et la mise en place d'un système de gestion plus efficace. Au niveau des structures de proximité, l'effort doit porter sur une restructuration de l'offre de soins primaires de base, dispensaires et centres de santé, en prenant appui sur les organismes présents sur le terrain, publics ou privés.*

maintenance à travers des projets de renforcement de certains plateaux techniques et de gestion d'équipements. Elle dispose, par son offre en matière de formation et d'expertise en maintenance, d'atouts pour investir davantage dans le domaine peu concurrentiel. Pour cela, il conviendrait d'intégrer des volets « maintenance » dans les dispositifs d'intervention hospitalière, de rendre plus cohérents les différentes formes d'appuis aux projets de maintenance (FSP, coopération décentralisée, ONG, bourses, jumelages hospitaliers), et de contribuer localement à un partage des activités de maintenance avec le secteur privé. Une FSP mobilisateur pourrait être envisagé à côté de projets plus classiques.

²⁹. Mais la séparation des mandats respectifs entre l'AFD (les infrastructures) et le ministère des affaires étrangères (l'appui institutionnel), accroît la complexité opérationnelle du dispositif. Celle-ci s'ajoute à la séparation fonctionnelle des services du ministère des affaires étrangères dans lesquels la logique sectorielle a tendance à être favorisée. La difficulté est de traduire de manière opérationnelle ce principe, qui paraît acquis, quand la multiplication des instances de décision conduit à une fragmentation des responsabilités et des actions.

4.2.3. Permettre une meilleure accessibilité aux médicaments

La politique du médicament ne peut se faire que dans le cadre plus global d'un accès des patients aux soins dont c'est le préalable indispensable. Plusieurs orientations doivent guider l'action.

L'encadrement et le contrôle de l'exercice des activités pharmaceutiques doivent être renforcés pour lutter contre la pratique des doubles ordonnances et des prescriptions hors liste hiérarchisée, démanteler les marchés parallèles illicites, installer une application stricte de la réglementation en matière de dispensation du médicament, et améliorer la disponibilité et la traçabilité du médicament.

Il est également nécessaire de *concourir à la baisse du prix des médicaments* en favorisant le recours plus systématique aux médicaments génériques à moindre coût³⁰ et la diffusion des médicaments essentiels, en particulier dans les dispensaires.

Par ailleurs, l'information du public consommateur et le contrôle des revendeurs doivent être améliorés.

Enfin, la qualité des médicaments achetés par les centrales doit être améliorée, en rendant systématiques les contrôles de visa des médicaments et les contrôles qualité. Pour ce faire, il conviendrait de mettre en place une structure opérationnelle qui pourrait être confiée aux laboratoires nationaux ou régionaux de contrôle des médicaments, avec un appui des laboratoires fabricants, sous forme de jumelages.

4.2.4 Eliminer par la vaccination les maladies dont les vaccins sont d'efficacité prouvée, en révisant le contenu des programmes élargis de vaccinations

En 1977, l'OMS et l'UNICEF ont lancé un programme élargi de vaccinations contre six maladies : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose. En 2001³¹, la situation épidémiologique est encore inquiétante pour la majorité d'entre elles.

Un effort considérable doit donc être fait pour éliminer, par la vaccination, ces maladies qui sévissent tout particulièrement dans les pays en développement. Il faut également militer pour une adaptation du programme élargi de vaccination en fonction du contexte pathologique local, retrait de certains vaccins et ajout d'autres (fièvre jaune, hépatite B (HVB), méningite, dont l'efficacité clinique et épidémiologique est prouvée). Cette révision est indispensable à court terme.

4.2.5. Prendre en compte les facteurs socioculturels de l'accès aux soins

Dans la plupart des pays, les malades choisissent leurs itinéraires thérapeutiques en fonction de facteurs variables selon le sexe, la position sociale, le revenu, l'entourage ou la localisation géographique. Des enquêtes approfondies menées en Afrique ont souligné deux tendances récentes. L'automédication est de plus en plus fréquente et mobilise des ressources importantes. La détérioration des structures de santé publiques et l'accueil insatisfaisant aux consultations et aux urgences conduisent à une désaffection continue des malades à l'égard de ces structures.

³⁰. Mieux intégrer la filière privée dans la politique du médicament, en permettant à ses grossistes de s'approvisionner dans les centrales d'achat publiques et de commercialiser les médicaments essentiels aux prix licites de la filière publique, doit permettre de réduire le différentiel de prix entre les deux filières, et de constituer une offre de qualité, à bas prix.

³¹. La diphtérie touche encore 150 000 cas avec 4000 décès mais est peu présente en Afrique, le tétanos 1 million de cas par an dont 248 000 décès liés à tétanos néonatal, la coqueluche 11 millions de cas dont 295 000 décès, la poliomyélite n'a une couverture maximale que de 55 % en Afrique, la rougeole 30 millions de cas et 880 000 décès avec une couverture vaccinale de 50 % en Afrique, la tuberculose 8,4 millions de cas dont 1,5 million en Afrique, la fièvre jaune, 200 000 cas et 30 000 décès, et l'hépatite B (MVB) 2 milliards de personnes infectées et 2 millions de décès par an.

Il est donc nécessaire de ne pas avoir une vision étroite de la santé et de travailler sur les comportements, l'hygiène et la prévention, mais aussi sur l'éducation et l'information dans le cadre de projets intégrés et de politiques globales.

Le développement de programmes de conseil, dépistage et traitement peut fournir l'occasion de remotiver le personnel, de revitaliser les structures de santé à tous les échelons, et de rétablir progressivement la confiance dans les systèmes de soins.

4.2.6. Porter une attention plus grande à la prévention

La prévention de la maladie est très dépendante du niveau d'instruction et d'éducation, notamment des femmes et des mères, et des revenus des populations.

Dans ce domaine, la coopération française doit s'associer aux actions menées par les autres membres de la communauté internationale considérés comme plus compétents, notamment les agences des Nations Unies comme l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP.

Elle pourrait également, sur la base des évaluations qui restent à faire sur le terrain, développer des axes d'information, des méthodes, moyens et canaux de communication plus performants et plus adaptés que ceux qui sont actuellement utilisés, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la prévention des MST/sida, et former des compétences nationales dans ce domaine. Une attention particulière devrait être portée à la formation de médiateurs, que sont les membres de diverses associations et leaders, et les jeunes pour les jeunes.

4.2.7. Appuyer prioritairement la lutte contre l'épidémie de sida

Par son extension et ses impacts démographiques, sociaux et économiques, l'épidémie de sida dans les pays en développement – et en particulier en Afrique subsaharienne – constitue une priorité de santé et, aujourd'hui, de développement.

La lutte contre cette épidémie passe par plusieurs stratégies qui, toutes, nécessitent d'être soutenues parce que seule leur conjugaison peut permettre de limiter son extension et d'améliorer le sort des malades. Certaines sont poursuivies depuis une décennie mais ne sont ni complètement, ni partout opérantes, et les moyens qui y sont consacrés méritent d'être renouvelés et pérennisés : l'éducation pour la santé, l'information des populations, la large diffusion des moyens de prévention, la lutte contre la stigmatisation sociale des malades, une offre de dépistage volontaire et confidentiel largement diffusée et accessible. D'autres stratégies préventives ont été plus récemment introduites, comme la prévention médicamenteuse de la transmission materno-fœtale, et de tels programmes devraient aujourd'hui être plus largement accessibles.

L'accès aux traitements antirétroviraux constitue un enjeu majeur, non seulement pour les malades atteints, mais aussi parce que seul l'espoir de bénéficier d'un traitement contribue significativement à la dé-stigmatisation sociale de la maladie et à l'acceptation du dépistage. Cet accès aux traitements antirétroviraux sous-entend néanmoins des réponses aux multiples obstacles qui s'y opposent, non seulement financiers et commerciaux concernant les médicaments, mais aussi plus largement concernant la mise à niveau des systèmes de santé des pays concernés et la prise en charge solidaire de ces traitements et de tous les soins et tout le suivi qui les accompagnent.

Un effort considérable reste à faire pour développer ces stratégies et, particulièrement, cet accès aux soins. La politique de coopération française dans ce domaine n'a sans doute pas mobilisé des ressources financières à la hauteur de ses ambitions alors même que sa préoccupation et son engagement sur ce sujet sont anciens et constamment renouvelés. Aujourd'hui, alors que l'enjeu majeur est de ***réussir à passer de programmes démonstratifs mais limités à un objectif de généralisation de ces stratégies,*** les moyens financiers et humains à mettre en œuvre sont

considérables. De ce fait, *des actions partenariales avec les bailleurs de fonds de l'aide multilatérale, mais aussi avec des industries de santé et les fondations privées engagées dans cette lutte, doivent être particulièrement promues et soutenues en complément d'une aide bilatérale ciblée aux pays les moins avancés.*

4.3. Promouvoir une méthode d'intervention fondée sur le partenariat et impliquant l'ensemble des acteurs

4.3.1. Tenir compte des demandes des pays partenaires

Pour mieux coopérer aujourd'hui, il faut proposer une méthode d'intervention qui tienne compte des demandes institutionnelles des partenaires et des démarches qu'ils ont pu entreprendre à différents niveaux. L'élaboration des projets doit être enrichie des différences d'approche liées aux facteurs culturels dont l'impact sur la santé n'est plus à démontrer. On peut citer le rapport au temps, le champ de la responsabilité personnelle, le respect des anciens et de la hiérarchie, ou encore le sens de l'harmonie communautaire.

Cette écoute et ce rapprochement peuvent se construire par l'organisation de tables rondes sectorielles dans les pays récipiendaires de l'aide. A l'échelon ministériel d'abord, réunissant les partenaires du développement, les bailleurs et le pays bénéficiaire, puis en associant les représentants des populations. Ces tables rondes, qui ont un caractère à la fois technique et politique, doivent être périodiques. De telles rencontres ont été proposées par le PNUD à la fin des années 80 mais n'ont pas été réellement installées dans une pratique régulière. La coopération gouvernementale peut favoriser une telle initiative dans les pays où la présence de réseaux français, francophones et européens, institutionnels ou ONG, est forte.

4.3.2. Contractualiser la démarche des acteurs et des partenaires

Engager massivement des ressources financières supplémentaires en faveur de la santé aux niveaux national et international est sans doute une condition nécessaire pour faire passer les interventions sanitaires à une échelle supérieure, mais une telle mesure ne sera pas suffisante. Tel est le constat de la commission macroéconomie et santé de l'OMS.

L'engagement administratif et politique des donateurs comme des pays récipiendaires est décisif. Une contractualisation des actions de chacun est à organiser à partir d'une forte impulsion politique et un engagement sans faille des Etats et de la société civile. Il est vain pour la coopération française de s'engager dans les pays dont le gouvernement affiche une indifférence ou un déni sur la situation sanitaire des populations. Dans ces pays, notre intervention privilégiera une coopération d'assistance humanitaire de longue durée auprès des populations délaissées ou en danger par un soutien apporté aux acteurs de la société civile, et les actions humanitaires de sauvetage justifiées par une catastrophe naturelle ou d'origine sociale.

La coopération pour la promotion des systèmes de santé s'inscrit, quant à elle, sur la durée. Elle devrait porter prioritairement sur les pays dont la politique décidée au plus haut niveau traduit de manière objective un certain volontarisme dans la promotion de la santé. Centrer nos efforts sur ce type de partenariat, bien engagé, sera aussi une manière de promouvoir l'exemplarité et de prouver que des progrès notables sont possibles. L'exemple de la politique de lutte contre le sida, menée par l'Ouganda, illustre cette proposition.

4.3.3. Associer l'ensemble des acteurs à l'amélioration des systèmes de santé

La puissance publique n'est plus le seul acteur. Pour des raisons politiques, historiques et techniques, la plupart des bailleurs de fonds des pays partenaires des pays en développement ont massivement

appuyé le secteur public de la santé et plus rarement les secteurs privé et communautaire. ***Des alternatives à l'offre publique de soins se développent, qui préfigurent l'avenir dans lequel l'Etat n'est plus le seul opérateur. Ces alternatives sont souvent prometteuses et devraient être appuyées*** selon des modalités qui tiennent compte de leur forme juridique. Le secteur privé peut contribuer à créer une offre de soins de qualité et à restaurer la confiance dans les systèmes de santé. Il pourrait bénéficier par exemple de prêts à taux préférentiels de l'AFD.

- ***Développer des partenariats hospitaliers***

Les partenariats directs entre établissements de santé des pays du Nord et du Sud sont à encourager. Ces jumelages peuvent être centrés sur la recherche scientifique fondamentale ou appliquée, sur la formation des personnels de santé, de gestion hospitalière, ou de maintenance des équipements. Ce mode de coopération décentralisée, souvent soutenue financièrement par les collectivités locales de rattachement des hôpitaux, permet d'organiser des interventions ciblées sur des besoins précis et identifiés des structures partenaires, et de les envisager sur la durée.

Cette coopération, qui aujourd'hui est souvent brouillonne et irrégulière, gagnerait à s'inscrire dans un cadre stratégique d'ensemble, et à être davantage soutenue par la coopération gouvernementale. L'action entreprise dans le cadre du chantier "santé" de la commission nationale de la coopération décentralisée va dans ce sens.

- ***Responsabiliser les acteurs périphériques***

Trop souvent, les réformes des systèmes de santé proposent aux populations, en particulier en milieu rural, ce qu'a priori elles n'attendent pas : par exemple, des structures périphériques de soins sans médecins, alors que les usagers veulent des médecins pour tout ce qui ne relève pas de l'automédication, des tarifications de soins préventifs et curatifs sans mécanismes de remboursement, ou une participation à la gestion des recettes et médicaments des services de santé quand ils n'ont pas de revenu.

Les populations doivent donc être associées à la définition des réponses qui seront apportées à leurs besoins, très en amont des programmes. L'analyse de la demande ne doit pas être seulement le fait d'"experts envoyés sur le terrain", elle doit résulter d'échanges réels susceptibles de mesurer les facteurs d'accessibilité aux soins. La question fondamentale n'est plus aujourd'hui d'assurer la présence d'une offre de soins dans chaque village, mais de faire en sorte que l'offre de soins existante réponde au mieux à la réalité des besoins et aux spécificités de la demande pour que les populations aillent consulter. Dans les pays d'Afrique, y compris les plus pauvres, c'est par la présence d'établissements assurant des soins de qualité aux meilleurs coûts, qu'émergeront les dynamiques nécessaires à leur fréquentation et donc au développement des systèmes de santé.

- ***S'appuyer sur les ONG***

Les ONG sont devenues des acteurs indispensables pour l'accès aux soins dans les pays pauvres, qu'elles apportent une assistance médicale d'urgence dans les contextes de catastrophes naturelles, de crise ou de conflits, ou un appui aux structures sanitaires déficientes. Leur proximité du terrain et leur connaissance des populations les plus vulnérables leur permettent souvent de proposer des actions plus adaptées. ***Les ONG devraient être mieux intégrées dans les stratégies, aussi bien au niveau de l'élaboration des politiques qu'au niveau de leur mise en œuvre, alors qu'elles sont très souvent encore perçues comme des concurrentes de la coopération institutionnelle.*** Cette intégration nécessite au préalable de s'assurer de la qualité de leurs interventions et de développer l'évaluation de leur activité.

- ***Redéfinir la place de la médecine traditionnelle et en évaluer les écueils***

La médecine traditionnelle est omniprésente en Afrique où elle revêt des formes variées, y compris des formes d'hybridation avec les gestes et les concepts de la médecine scientifique. Elle constitue souvent un recours de proximité, adapté à l'attente des populations et intégré de longue date à leur culture. Cependant, le respect des usages et de la diversité culturelle ne doit pas crédibiliser des pratiques nocives, voire dangereuses.

Des encouragements seront donnés à la concertation entre les associations d'usagers, la population, les acteurs de la médecine traditionnelle et les responsables de santé publique. Cette concertation pourra s'exprimer souplement dans des réunions de formats divers : tables rondes plénières par pays, rassemblant experts nationaux et internationaux de la recherche et de l'action, membres d'associations de malades, anthropologues, sociologues, ethnopsychiatres, psychologues cliniciens, acteurs communautaires, phytopharmacologues, etc., mais aussi séminaires, réunions de réseau, pour activer les échanges et la prise de conscience des synergies possibles. Il s'agit bien d'apprécier les potentialités et les risques des itinéraires thérapeutiques, en étant vigilant sur les essais cliniques incluant des éléments de la médecine traditionnelle.

Un recensement et une analyse critique des actions de coopération déjà engagées par la France dans ce domaine seraient souhaitables. Un bilan précis et détaillé par pays doit être dressé des études menées à ce jour sur la pharmacologie des substances naturelles, tout particulièrement les résultats non publiés, négatifs ou liés à la toxicité des produits. Les laboratoires des pays concernés pourraient jouer un rôle essentiel dans l'évaluation des produits pharmacologiquement actifs utilisés.

Il faut aider à l'accès et à la diffusion des connaissances acquises par de très nombreuses recherches, dont les résultats sont dispersés et parfois inaccessibles aux chercheurs et praticiens du Sud. Selon les populations visées – écoliers, enseignants, professionnels médico-sociaux, chercheurs – des médias différents doivent être utilisés pour cette information : revue scientifique, jardin botanique, exposition, séminaire, et base de données informatiques. ***Il convient, enfin, de former les professionnels de la santé biomédicale, tant du Nord que du Sud, à une intelligence des complémentarités possibles.***

- ***Créer un environnement favorable aux entreprises qui initient des politiques sociales dynamiques***

Confrontées à l'impact du sida sur les plans humains et économiques, les entreprises africaines, encore souvent désarmées face à cette situation, commencent à élaborer des programmes de prévention et, pour certaines d'entre elles, à financer des traitements antirétroviraux. Les retombées bénéfiques de ces politiques se font rapidement sentir dans les entreprises sur l'amélioration de la qualité de vie des employés et sur le climat social. L'apport des entreprises est double. Elles participent à la mise en place de systèmes de protection sociale pour leurs employés, et leur assure ainsi l'accessibilité aux soins, et elles contribuent à la prise en charge coûteuse des malades du sida, en mettant un terme à l'ostracisme dont ils sont victimes et au silence des séropositifs.

La coopération gouvernementale gagnerait à s'appuyer sur cette dynamique, et à encourager les entreprises françaises à jouer un rôle de locomotive auprès des pouvoirs publics africains et des entreprises locales pour un partage des expériences et pour une extension des bonnes pratiques de lutte contre le sida.

4.4. S'engager et agir sur la durée

4.4.1. Les réformes requièrent du temps

Lorsqu'ils financent des plans d'amélioration des systèmes sanitaires, les bailleurs attendent des résultats à court et moyen termes, alors même que la plupart des grandes questions de santé dans les

pays du Nord ne peuvent être traitées sur des échéances analogues. Il faut accepter que les programmes d'aide se déroulent sur de longues périodes (5 à 10 ans), qu'ils soient préfacés d'états des lieux, et qu'ils soient évalués techniquement et contradictoirement selon des calendriers établis et obligatoires. Beaucoup d'acteurs consacrent aujourd'hui un temps infini aux procédures, aux dossiers, et à la compréhension des attentes multiples et changeantes des bailleurs. Ils n'installent pas leurs actions dans la durée, car ils ne sont pas assurés de la continuité des financements, ce qui fragilise encore davantage les acquis de leurs actions. Il faut prendre le temps et aussi parfois "perdre du temps" pour innover.

Les bailleurs savent aujourd'hui, quarante ans après les indépendances, que l'aide internationale s'inscrit sur la longue période et qu'elle constitue un complément budgétaire indispensable et désormais pérenne de certaines politiques. La santé en est une. La coopération gouvernementale doit en prendre acte dans son appui aux systèmes de santé des pays en développement.

4.4.2. Mieux définir une politique de ressources humaines et d'assistance technique

La mise en place et le suivi des réformes des systèmes de santé requièrent un accompagnement humain, que la forte réduction des assistants techniques de santé opérée au cours de la dernière décennie rend plus problématique.

L'assistant technique doit aujourd'hui remplir plusieurs fonctions. ***Dans certaines spécialités médicales, une assistance technique de substitution se justifie encore dans les pays qui en sont totalement dépourvus. Une analyse pays par pays et spécialité par spécialité doit être faite pour éviter des retraits préjudiciables.*** D'autres pays disposent désormais d'un nombre croissant de professionnels de santé compétents, mais dont l'efficacité est parfois médiocre dans leur contexte d'exercice. Il s'agit dans ce cas de ***conforter ces professionnels***, placés sous de multiples pressions, politiques, familiales et ethniques. Cet accompagnement humain est d'autant plus utile que les institutions de formation initiale sont souvent elles-mêmes amenées à délivrer des diplômes dans des conditions non exemptes de questions, et que la formation continue reste à inventer.

L'assistance technique doit permettre l'accompagnement des projets de coopération sur l'ensemble de la durée prévue pour son accomplissement. Elle doit donc être intégrée aux projets de développement, et son recrutement doit se faire en fonction des différentes missions qui lui sont confiées et non pas seulement à partir du statut des candidats qui favorise aujourd'hui les médecins fonctionnaires.

L'assistant technique remplit enfin une ***fonction d'expertise internationale***, tant au niveau central que sur le terrain, qui est amenée à se développer fortement pour assurer missions exploratoires, expertises et évaluations dans le cadre de séjours à durée limitée. ***Un cadre spécifique de collaboration contractuelle doit pouvoir lui être proposé*** par la coopération gouvernementale, ***et un centre d'information capitalisant et diffusant les travaux menés en collaboration doit être créé à cet effet.***

Pour soutenir les formations, recherches et actions des universités françaises impliquées dans le développement du secteur santé en Afrique, ***il serait opportun de fédérer les différentes structures déjà existantes en une agence de coopération sanitaire internationale.*** Six instituts français de médecine tropicale assurent actuellement formation et recherche, chacun avec sa spécificité. Leur association devrait conduire à une mise en commun, une valorisation et un élargissement des collaborations aux sociétés savantes, centres de recherche et universités françaises et européennes impliquées dans la santé internationale. Cet outil pluridisciplinaire aurait pour objets la santé internationale mais aussi la santé des migrants et la médecine des voyages. À côté de ses missions dans le domaine de la formation et de la recherche, il remplirait la fonction de pôle de référence au niveau national pour la réflexion sur les politiques de santé dans les pays en développement, à côté des grands organismes de recherche.

4.4.3. Enrayer la fuite et le détournement des cerveaux

La fuite et le détournement des cerveaux constituent un problème crucial qu'il faut s'efforcer d'enrayer. On constate en effet, depuis de nombreuses années, un transfert net de médecins du Sud³² vers le Nord. Le problème ne se réduit pas à un simple coût financier pour les pays en développement, d'autant plus qu'une partie de la formation des personnels est financée par l'aide publique au développement. Les pays du Sud connaissent une grave pénurie en professions médicales. Alors que l'on compte un médecin pour 500 habitants dans les pays occidentaux, la proportion est de un pour 25 000 dans les 25 pays les plus pauvres. Aussi est-il primordial que les professionnels restent dans leur pays ou le regagnent, une fois leurs études terminées, et de trouver une forme d'indemnisation pour compenser l'investissement sans retour réalisé par les pays en développement.

Certes très importante, la question de la rémunération n'explique pas à elle seule la fuite des cerveaux. Les professions médicales sont également motivées par des conditions et des possibilités de travail attractives, des perspectives de carrière à la hauteur de leur savoir, ainsi qu'une reconnaissance de leur activité et de leurs compétences.

Les efforts doivent porter sur la prise en charge décroissante, par les bailleurs et les organisations internationales, des médecins dans le secteur public, à leur retour. Une réhabilitation des outils de travail, une charte de gestion des ressources humaines, l'aide à l'installation de praticiens privés (bourses de réinsertion), les jumelages avec des confrères du Nord et les connexions aux réseaux de documentation et de formation permanente participent également de cet effort. A cet égard, les technologies de l'information et de la communication offrent des possibilités multiples comme la création d'ateliers de formation à distance et la constitution de réseaux interactifs tels que des campus virtuels qui associent une université du Sud avec une du Nord, ou des réseaux regroupant les expatriés et les connectant avec leurs collègues restés au pays.

Enfin, l'OMS doit élaborer une charte éthique sur le recrutement international encadrant mieux les possibilités et les conditions d'embauche et de rémunération des personnels de santé du Sud par les pays riches, qu'elle devrait être la première à appliquer.

4.4.4. Investir dans de nouveaux savoirs

La coopération gouvernementale doit participer à la stratégie mondiale en faveur de la santé en investissant dans de nouveaux savoirs : d'une part, la recherche opérationnelle sur les protocoles de traitement dans les pays pauvres, la recherche de nouvelles techniques ou le perfectionnement de celles existantes pour lutter contre les maladies les plus meurtrières, d'autre part, la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales, la connaissance des données épidémiologiques, et enfin la recherche opérationnelle en santé publique au service d'une offre de soins de qualité, efficace et accessible.

Ceci doit s'appuyer sur un transfert accru de savoirs et une augmentation de la recherche-développement. Rappelons qu'à différentes époques, la France a contribué à faire progresser la recherche médicale mondiale, avec des avancées décisives pour l'humanité, à l'image des travaux sur la microbiologie et les vaccinations, ou encore l'identification du virus du sida.

Les sites de recherche constituent des structures intéressantes et performantes, associant hôpitaux, laboratoires de haut niveau, main d'œuvre qualifiée, et expérience des financements multilatéraux

³². Sachant que la formation d'un médecin non-spécialiste dans un pays du Sud coûte environ 60 000 dollars et celle d'un personnel paramédical 12 000 dollars, la perte annuelle représentée par ce transfert pour les pays en développement peut être estimée à 500 millions de dollars. Ainsi, particulièrement en Afrique, une forte proportion de médecins et de personnels hospitaliers formés n'exercent pas dans leur pays. Ils préfèrent émigrer vers le Nord ou, s'ils ont fait leurs études dans un pays occidental, ne pas rentrer chez eux. Ils sont attirés par les pays riches et les organisations internationales, notamment l'OMS et l'ONUSIDA, qui leur proposent des rémunérations élevées. La perte totale représentée par la fuite des cerveaux est estimée entre 10 et 20 milliards de dollars. Source : *Le Monde diplomatique*, avril 2002.

et de la gestion de programmes. Mais, alors qu'au Nord ils constituent de véritables réseaux structurés et ramifiés, au Sud ils se réduisent à des îlots d'excellence, de technologie avancée, mais fragiles. *L'enjeu est d'élargir leur champ d'impact, de renforcer les sites existants, de favoriser l'émergence de nouvelles initiatives.*

La stratégie de recherche en matière de santé doit être renouvelée en s'appuyant sur la constitution de réseaux³³.

³³. Le réseau « PAL+ » de recherche sur le paludisme pour les pays en développement, en constitue un exemple. Créé en 1999, et disposant d'un budget de 30 millions de francs, ce programme a pour objectif d'aider les pays en développement à accroître leur capacité de recherche dans le domaine de la recherche clinique, épidémiologique, thérapeutique, socio-anthropologique et en santé publique, grâce à des collaborations basées sur des programmes de recherche répondant aux priorités de santé publiques de ces pays et menés en association étroite avec les autorités locales. Ce type d'initiative, permettant une large collaboration entre chercheurs du Nord et du Sud, doit être encouragé avec le développement ou le renforcement d'autres réseaux de coopération sur des sujets précis.

Liste des intervenants

Pierre Aubry, professeur émérite

- *Les maladies transmises par des vecteurs*
- *Vaccinations et programme élargi de vaccination*

Catherine Bilger, médecin inspecteur de la santé publique, chargée de mission sida, délégation aux affaires européennes et internationales, ministère de l'emploi et de la solidarité

- *L'initiative de solidarité thérapeutique hospitalière*

Didier Cannet, médecin, Médecins du Monde (MDM)

- *La stratégie en matière de sida*
- *La qualité des programmes santé à Médecins du Monde*

Alain Epelboin, médecin, ethnologue, chercheur au CNRS

- *La place de la médecine traditionnelle dans les politiques de santé et de coopération avec les pays en développement*

Marc Gentilini, professeur de médecine émérite, président de la Croix-Rouge française, membre du HCCI

- *L'implication de la Croix-Rouge en matière de sida*

Frédéric Goyet, médecin inspecteur, chargé de mission au ministère des affaires étrangères, DGCID/DCT

- *Etats des négociations concernant le Fonds mondial sur la santé et enjeux pour la France*

Dominique Kerouedan, médecin, membre de l'association des professionnels de la santé en coopération (ASPROCOP)

- *Accès aux soins et qualité dans les pays en développement*

Michel Le Bras, professeur de médecine, université de Bordeaux 2

- *Planification et intégration des systèmes de santé dans la lutte contre le sida*

Madeleine Leloup, responsable de la division santé à l'Agence française de développement (AFD)

- *La politique de l'Agence française de développement (AFD) en matière de santé*
- *Le volet bilatéral français de l'initiative de l'allègement de dettes des pays pauvres très endettés (PPTE)*

Thérèse Lethu, consultante, rédactrice en chef de la revue Afrique médecine et santé

- *Le sida et les entreprises en Afrique*

Jean Elie Malkin, directeur du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI)

- *Le fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI)*

Anne-Marie Moulin, directrice du département société et santé, IRD

- *Approche concrète de l'initiative des traitements par les antirétroviraux dans les pays en développement*

Colette Niclaussé, chargée de l'appui projet Sida Afrique au Secours catholique

- *L'initiative du Secours catholique Caritas en matière de sida*

Eric Pichard, professeur de médecine, CHU d'Angers, membre de l'association des professionnels de la santé en coopération (ASPROCOP)

- *Les personnels dans les systèmes de santé des pays en développement*

Antonio Ramos de Matos, chargé de mission au département des projets sociaux de l'AFD (Agence française de développement)

- *La maintenance dans les structures de santé des pays en développement*

Eric de Roodenbeke, directeur de l'hôpital de Tours

- *Les problèmes de gestion des hôpitaux des pays en développement*

Yves Souteyrand, chargé de mission à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

- *Les structures d'intervention du ministère de l'emploi et de la solidarité : l'agence nationale de recherches sur le sida (ANRS)*

Louis Teulières, directeur des échanges internationaux, Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP)

- *La politique des industries pharmaceutiques à l'égard des pays en développement*

Serge Tomasi, sous-directeur du développement social et de la coopération éducative, ministère des affaires étrangères, DGCID

- *Le dispositif de la coopération du ministère des affaires étrangères*

Pierre Touré, professeur d'université en pharmacie, président du Réseau Médicament Développement (REMEDI)

- *L'accès aux médicaments dans les pays en développement*

**Liste des participants au groupe de travail
présidé par Marc Gentilini,
président de la Croix-Rouge française**

Pierre Aubry, professeur émérite

Anita Ablavi Adjeoda-Ivon, directrice du Groupement d'intérêt solidaire, économique et d'échange équitable (GISEE), membre du HCCI

Michèle Barzach, ancien ministre de la santé, présidente de C Votre Santé, membre du HCCI

Frédéric Berteau, médecin inspecteur, bureau des grands organismes et programmes nationaux et internationaux, ministère des affaires étrangères (DGCID)

Catherine Bilger, médecin inspecteur de la santé publique, chargée de mission sida, délégation aux affaires européennes et internationales, ministère de l'emploi et de la solidarité

Jean-Pierre Cabouat, conseiller pour les relations internationales, Croix-Rouge française

Didier Cannet, médecin, Médecins du Monde (MDM)

Alain Chauvet, administrateur de la Fédération nationale de la mutualité sociale (FNMS), membre du HCCI

Marc Gentilini, professeur de médecine émérite, président de la Croix-Rouge française, membre du HCCI

Frédéric Goyet, médecin inspecteur, chargé de mission au ministère des affaires étrangères, DGCID/DCT

Lise Grivois, conseillère santé publique, Croix-Rouge française

Bernard Hours, directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD)

Dominique Kerouedan, médecin, docteur en épidémiologie et santé publique, membre de l'Association des professionnels de la santé en coopération (ASPROCOP)

Michel Le Bras, professeur de médecine, université de Bordeaux 2

Madeleine Leloup, responsable de la division santé à l'Agence française de développement (AFD)

Thérèse Lethu, consultante, rédactrice en chef de la revue Afrique médecine et santé

Jean Elie Malkin, directeur du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI)

Denis Malvy, professeur de médecine, université de Bordeaux 2

Anne-Marie Moulin, directrice du département société et santé, Institut de recherche pour le développement (IRD)

Colette Niclausse, chargée de l'appui projet Sida Afrique au Secours catholique

Eric Pichard, professeur de médecine au service des maladies infectieuses et tropicales, CHU d'Angers, membre de l'Association des professionnels de la santé en coopération (ASPROCOP)

Dominique Richard-Lenoble, chef de service de parasitologie, faculté de médecine de Tours

Jean-Loup Rey, chargé de programme, fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI)

Jean Roux, directeur de la santé publique, Institut Pasteur

Louis Teulières, directeur des échanges internationaux, Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP)

Catherine Tourette-Turgis, chercheur en sciences sociales

Marie Claude Baby, conseillère, secrétariat général du HCCI, *rapporteuse*

Bibliographie succincte

Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2000.

Rapport de la commission macroéconomie et santé "Investir dans la santé pour le développement économique", OMS, décembre 2001.

Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001 "Combattre la pauvreté", Banque mondiale, février 2001.

Rapport mondial sur le développement humain 2000 "Droits de l'Homme et développement humain", PNUD.

Santé, éducation et réduction de la pauvreté, Christian Morrisson, OCDE, Centre de développement, cahier de politique économique n° 19, 2002.

Commentaire général n°14 sur le Droit au plus haut niveau de santé atteignable, Comité des Nations Unies pour les Droits économiques, sociaux et culturels, ONU, New York, mai 2000.

L'approche culturelle de la prévention et du traitement du sida, UNESCO - ONUSIDA, mai 2000.

Santé et droits de la reproduction au temps du sida ; la situation dans les pays du Sud, Agnès Guillaume et Myriam Khlat, 35^{ème} session de la Commission de la population et du développement des Nations Unies (1-5 avril 2002).

Health, the key to human development, Collective, WHO, Geneva, 2000.

Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union européenne sur le bilan de la Conférence ministérielle de l'OMC de Doha, Assemblée nationale, 31 janvier 2002.

La coopération et la santé, rapport 1998 de l'Observatoire permanent de la coopération française, Karthala, 1998.

Evaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998, Ministère des Affaires étrangères, octobre 2000.

Etude sur l'évaluation de l'aide française dans le secteur hospitalier en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1996 ; Ministère des Affaires étrangères, 1999.

Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement, étude réalisée par le CREDES, ministère des affaires étrangères, septembre 2000.

Evaluation de la coopération française dans le secteur santé au Cambodge, ministère des affaires étrangères, juillet 1999.

Projet santé Abidjan, évaluation des formations sanitaires urbaines à base communautaire FSU-COM (1993-1999), ministère des affaires étrangères, 2001.

Ethique, sida et société, rapport d'activité du Conseil national du sida, tome IV, 1999-2000, La Documentation française, Paris, 2000.

Impact démographique du VIH/sida, Benoît Ferry, janvier 2002.

Quand le Nord débauche les médecins du Sud, Dominique Frommel, Le Monde diplomatique, avril 2002, pp. 28-29.

Financement de la santé : efficacité, solidarité et lutte contre la pauvreté, Eric de Roodenbeke, chargé de mission au bureau de la santé, ministère des affaires étrangères.

De la santé primaire à une offre de soins de qualité en Afrique, Docteur Hubert Baliq, ADSP n°30, Revue du Haut Comité de la santé publique, La Documentation Française, Paris, Mars 2000, p.43 à 50.

Santé communautaire et action humanitaire - le diagnostic de santé d'une population, sous la direction de Michèle Baumann, Didier Cannel, Serge Châlons, Ecole de santé publique de la faculté de médecine de Nancy et Médecins du Monde, février 2001.

Les dysfonctionnements des systèmes de soins - rapport du volet socio-anthropologique - enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, sous la direction de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan, Projet "santé urbaine" (UNICEF-Coopération française), 2002.

La santé au risque du marché - incertitudes à l'aube du XXIe siècle, sous la direction de Jean-Daniel Rainhorn et Mary-Josée Burnier, PUF, Nouveaux cahiers de l'UED, avril 2001.