

Rapport au Premier Ministre

*Evaluation de l'action de la France
en faveur de la réalisation
des Objectifs du Millénaire pour le Développement
dans le domaine de la Santé.*

*Articulation et coordination des aides bilatérales
et de la participation de la France aux programmes
multilatéraux du secteur de la santé.*

Rapport final

7 juin 2005

Dr Pierre Morange, Député
avec la participation de Dr Dominique Kerouedan

Lettre de mission

Le Premier Ministre

Paris, le 16 SEP. 2004

1592 / 04 / SG

Monsieur le Député,

Le 10 mars dernier, le Président de la République a confirmé la priorité qu'il accordait à l'aide publique au développement comme composante de la politique étrangère de la France ; il a souhaité que l'efficacité de notre coopération soit renforcée pour contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, fixés par les Nations unies en septembre 2000.

Conformément à ces orientations, le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement qui s'est tenu, sous ma présidence, le mardi 20 juillet 2004 a jeté les bases d'un processus de rénovation profonde de l'aide publique française.

Les objectifs du Millénaire pour le développement donnent au secteur de la santé une place centrale. Sur les huit objectifs, trois concernent ce secteur : la réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; la réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle ; la lutte contre la propagation du VIH/SIDA et la lutte contre les grandes pandémies, dont la paludisme. En outre, les objectifs du Millénaire réaffirment la nécessité d'un meilleur accès aux médicaments essentiels.

Je souhaite vous confier une mission d'évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire dans le domaine de la santé, y compris la lutte contre le VIH/SIDA. Vous étudierez aussi le contenu de nos actions de coopération, ainsi que l'articulation et la coordination de nos aides bilatérales avec notre participation aux programmes multilatéraux en matière de santé.

Pour vous permettre d'accomplir cette mission, un décret de ce jour vous nommera parlementaire en mission auprès de M. Xavier DARCOS, ministre délégué à la coopération, au développement et à la francophonie, en application de l'article L.O. 144 du code électoral. Vous pourrez vous appuyer sur l'ensemble des administrations compétentes et consulter l'ensemble des organismes concernés.

Je souhaite pouvoir disposer de vos premières conclusions avant le 15 novembre 2004, afin qu'elles soient prises en compte par le prochain Comité interministériel de la coopération internationale et du développement qui traitera, notamment, de la rénovation de nos interventions dans chacun des grands secteurs des objectifs du millénaire. Le rapport définitif me sera remis pour la fin du mois de février 2005.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Jean-Pierre RAFFARIN

Monsieur Pierre MORANGE
Député des Yvelines
Assemblée nationale
Palais Bourbon
PARIS

Remerciements

Nous remercions très chaleureusement toutes les personnes rencontrées tout au long de cette mission, pour leur disponibilité et la très grande sincérité avec laquelle elles ont clairement exprimé leurs analyses et leurs attentes dans le domaine de la Coopération Internationale au Développement de notre pays dans le champ sanitaire.

Nous espérons que les préoccupations majeures des acteurs de la Coopération sont bien prises en compte dans ce document à l'élaboration duquel ils ont tous contribué.

Table des Matières

<i>Lettre de mission</i> -----	2
<i>Table des Matières</i> -----	3
<i>Termes de références et Méthodologie</i> -----	8
<i>Liste des Abréviations</i> -----	9
<i>Résumé</i> -----	11
I. PREMIERE PARTIE -----	46
<i>Contexte et dispositions de la Réforme de la Coopération française de 1998 à 2004</i> -----	46
I.1. Introduction-----	47
I.2. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement du secteur de la santé-----	50
I.3. La réforme du dispositif de Coopération de la France sur la période 1998-2004-----	50
I.4. Evolutions et répartition de l'APD française-----	51
I.5. Les dispositions du CICID de juillet 2004.-----	53
I.6. Mise en œuvre sur le terrain des dispositions du CICID de juillet 2004 : élaboration des Documents Cadres de Partenariat-----	57
II. DEUXIEME PARTIE -----	59
<i>La stratégie de la DGCID/MAE dans le secteur de la santé 1999-2004</i> -----	59
II.1. La stratégie sectorielle santé sur la période 1999-2003-----	60
II.2. L'élaboration d'une stratégie pluriannuelle de référence dans le secteur de la santé-----	62
II.2.1. Politique et réforme hospitalière-----	63
II.2.2. Développement des ressources humaines du secteur de la santé-----	65
II.3. La nomination d'un Ambassadeur de France en mission pour la lutte contre le « VIH/sida – Maladies transmissibles ».-----	66
III. TROISIEME PARTIE -----	68
<i>Mise en œuvre de la stratégie sectorielle santé : approche intégrée en faveur de la réalisation des OMD</i> -----	68
III.1. Observations sur les réalisations sur la période 2001-2003 présentées au CICID en juillet 2004-----	70
III.1.1. OMD versus approche intégrée-----	70
III.1.2. Les atouts et les avantages comparatifs de la France-----	72
III.1.2.1. Santé urbaine-----	72
III.1.2.2. Financement des soins et mutuelles de santé-----	73
III.1.2.3. Projets hospitaliers-----	76
III.2. Contributions bilatérales des acteurs français en appui à la réalisation des OMD santé sur la période 2001-2003. Gros Plan.-----	78
III.2.1. Visibilité et crédibilité de l'aide française : les moyens humains, expression puissante de l'aide bilatérale-----	78
III.2.2. Contenu des interventions bilatérales-----	80
III.2.2.1. Interventions financées par la DGCID du MAE-----	81
III.2.2.1.1. L'aide-projet gérée par la DDCT/DGCID: le Fonds de Solidarité Prioritaire-----	81
III.2.2.1.2. Actions de formation sur la période 2000-2004-----	84
III.2.2.1.3. La Mission de Coopération Non Gouvernementale (MCNG)-----	85

III.2.2.1.4. La Direction de la Coopération Scientifique, Universitaire et de la Recherche de la DGCID (DCSUR) -----	87
A. Sur le volet de la Coopération Universitaire -----	87
B. Enjeux autour de la Coopération internationale dans le domaine de la Recherche -----	89
III.2.2.2. L'Agence Française de Développement (AFD)-----	90
III.2.2.3. Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille -----	93
III.2.2.3.1. Alerte épidémiologique-----	94
III.2.2.3.2. Lutte contre le Sida (OMD 6) et GIP ESTHER -----	94
III.2.2.3.3. Le GIP « Santé Protection Sociale »-----	96
III.2.2.4. L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)-----	96
III.2.2.5. Le Réseau International des Instituts Pasteur (IP) -----	97
III.2.2.6. L'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)-----	98
III.2.2.7. La Coopération de Santé Militaire : SSA et DCMD-----	100
III.2.2.8. Le Conseil National du Sida (CNS) -----	102
III.2.2.9. Les bureaux d'études privés mobilisateurs des financements de l'aide publique au développement dans le champ de la santé -----	102
III. 3. Contribution de la France en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8 relative à l'accès au Médicament -----	104
III.3.1. Dispositions internationales en faveur de l'accès au Médicament essentiel-----	104
III.3.1.1. Historique de la Déclaration de l'OMC à Doha-----	104
III.3.1.2. Les sujets de débats et enjeux internationaux -----	108
III.3.1.2.1. La Propriété Intellectuelle-----	109
III.3.1.2.2. L'expiration de la période de transition des accords ADPIC en janvier 2005-----	109
III.3.1.2.3. Les accords bilatéraux ou régionaux après Doha -----	110
III.3.1.2.4. Les prix différenciés ou les politiques « no profit no loss » de l'Industrie pharmaceutique -----	111
III.3.1.2.5. Lutte contre le marché illicite des médicaments des médicaments à bas prix -----	111
III.3.1.3. Conclusions -----	112
III.3.2. Engagement de la France en faveur de l'accès au Médicament-----	113
III.3.2.1. Le secteur public -----	114
III.3.2.1.1. Contribution du Ministère des Affaires Etrangères à l'accès au Médicament-----	114
III.3.2.1.2. Contribution du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille-----	118
III.3.2.1.3. Contribution du Ministère de l'Industrie -----	119
III.3.2.2. Le secteur privé, la société civile et le PPP-----	119
III.3.2.2.1. L'Industrie Pharmaceutique -----	119
III.3.2.2.2. La Fédération Internationale Pharmaceutique -----	122
III.3.2.2.3. Les Entreprises du Médicament (LEEM) -----	122
III.3.2.2.4. Contribution de la société civile : MSF et REMED -----	124
III.3.2.2.5. Le PPP dans le domaine de l'accès au Médicament -----	125
III.3.2.3. Conclusions -----	126
III.4. Rapport de la France à l'Union Européenne sur la réalisation des OMD : méthodologie des mesures -----	127
III.4.1. Questions méthodologiques autour de la mesure de la réalisation des OMD -----	128
III.4.2. Mesurer l'efficacité de l'aide publique française pour être lisible-----	129
III.5. Position française sur le Rapport J Sachs du Projet du Millénaire -----	130
III.6. Mécanismes innovants de financement de l'aide publique internationale-----	133
IV. QUATRIEME PARTIE-----	135
<i>La communauté internationale en appui au développement sanitaire des pays en développement-----</i>	<i>135</i>
IV.1. Panorama des stratégies et contributions bilatérales internationales -----	136
IV.1.1. La Coopération Technique Belge (CTB) -----	136
IV.1.2. La Coopération allemande (GTZ) -----	137
IV.1.3. La Coopération britannique (DFID)-----	138
IV.1.3.1. Participation à l'élaboration des politiques internationales de santé et aux programmes multilatéraux -----	138

IV.1.3.2. Partenariat Public Privé avec l'Industrie Pharmaceutique -----	139
IV.1.4. La Coopération bilatérale américaine -----	140
IV.1.4.1. USAID -----	140
IV.1.4.1.1. Principes et modalités de Coopération Internationale -----	140
IV.1.4.1.2. USAID en appui à la prévention des IST et le VIH/sida -----	142
IV.1.4.1.3. USAID développe un PPP avec le secteur privé industriel et commercial -----	143
V.1.4.2. Le CDC d'Atlanta ou Centers for Disease Control and Prevention -----	144
IV.1.4.3. Le projet PEPFAR -----	145
IV.2. La Commission Européenne en appui au secteur de la santé des pays ACP -----	147
IV.2.1. Historique -----	147
IV.2.2. Création de EuropeAid ou AIDCO et stratégies 2000-2004 -----	149
IV.2.2.1. Cadre général pour la mise en œuvre de la lutte contre les maladies liées à la pauvreté (y compris le VIH/SIDA) et l'amélioration de la santé reproductive et sexuelle. -----	150
IV.2.2.2. Postes thématiques « SANTE ». -----	152
IV.2.2.3. Aide macro-économique et santé -----	155
IV.2.2.4. Résultats contrastés de l'aide projet FED en appui à la santé -----	157
IV.2.3. Visibilité de l'aide bilatérale de la Commission Européenne -----	157
IV.2.4. Participation de la Commission européenne aux programmes multilatéraux et initiatives mondiales -----	158
IV.2.5. Contributions de la France au Fonds Européen de Développement -----	160
V. CINQUIEME PARTIE -----	162
<i>La Participation de la France aux programmes multilatéraux -----</i>	<i>162</i>
<i>et aux initiatives mondiales -----</i>	<i>162</i>
V.1. La Banque Mondiale en appui au secteur de la santé -----	163
V.1.1. Projets Santé et Sida de la Banque Mondiale -----	163
V.1.2. Le PPP dans le secteur de la santé et du sida : une thématique en pleine évolution à la Banque Mondiale -----	165
V.1.3. Le PPP de la BM avec le secteur privé industriel et commercial -----	167
V.1.4. Contribution de la France à la Banque Mondiale -----	169
V.2. Les Banques Régionales de Développement -----	170
V.2.1. La Banque africaine de développement (BAfD) -----	170
V.2.2. La Banque asiatique de développement (BAsD) -----	171
V.2.3. La Banque interaméricaine de développement (BID) -----	171
V.2.3.1. Présentation de la BID -----	171
V.2.3.2. La BID en appui au secteur de la santé -----	172
V.3. Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose -----	174
V.3.1. Principes du Fonds Mondial STP -----	174
V.3.2. Contributions de la France au Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme -----	176
V.4. L'Alliance Mondiale pour les vaccins et la Vaccination (GAVI) -----	177
GAVI et le Fonds Vaccin on fusionné en février 2005, pendant notre mission, et installé le siège de l'organisation commune à Genève. -----	177
V.4.1. L'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) -----	177
V.4.2. Le Fonds Vaccins (The Vaccin Fund) -----	179
V.4.3. Le soutien de la France et de l'UE à GAVI et au Fonds mondial pour les vaccins -----	179
V.5. Les Agences des Nations Unies en appui au développement sanitaire des PED -----	180
V.5.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) -----	181
V.5.2. Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) -----	183
V.5.3. Le Programme Conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida (ONUSIDA) -----	184
V.6. Participation de la France aux programmes multilatéraux dans le secteur de la santé- 185	185
V.6.1. Les Contributions obligatoires de la France aux Nations Unies -----	185
V.6.2. Les Contributions volontaires de la France aux Nations Unies -----	186
V.6.3. L'aide multilatérale du Ministère des Affaires Etrangères -----	187
V.6.3.1. Programmes multilatéraux avec l'OMS -----	187

V.6.3.2. Programmes multilatéraux avec le Programme commun des Nations Unies pour le sida (ONUSIDA) -----	189
V.6.3.3. Programmes multilatéraux avec l'UNICEF -----	190
V.6.4. Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille en appui aux programmes multilatéraux -----	190
VI. SIXIEME PARTIE -----	194
<i>Positionnement international de la France dans le domaine de la Coopération au développement de la Santé -----</i>	194
VI.1. Positionnement de la France sur les politiques et stratégies internationales de santé--	195
VI.1.1. La France adhère de manière décalée aux politiques et stratégies internationales de santé -----	195
VI.1.2. L'année 2004 en préparation du Sommet des Nations Unies en 2005 -----	198
VI.2. Positionnement de la France sur les politiques et stratégies de lutte contre le sida ----	199
VI.3. Positionnement financier de la France -----	201
VI.3.1. Analyse comparative des contributions bilatérales dans le champ de la santé -----	201
VI.3.2. Analyse comparative des contributions multilatérales et mondiales -----	203
VI.4. Positionnement en termes de moyens humains -----	203
VII. SEPTIEME PARTIE -----	204
<i>Problématique et enjeux de l'articulation des aides bilatérales et des programmes multilatéraux dans le domaine de la santé -----</i>	204
VII.1. La demande et les attentes des partenaires dans les PED -----	205
VII.2. Le canal bilatéral est celui par lequel l'expertise française et les avantages comparatifs de la France se distinguent -----	205
VII.3. L'aide bilatérale sert la crédibilité de la France dans les instances multilatérales -----	207
VII.4. Questions autour de la visibilité et de l'efficacité de l'aide bilatérale dans le cadre de la réforme en cours du dispositif français de Coopération -----	207
VII.4.1. Visibilité de l'aide bilatérale française -----	208
VII.4.2. Efficacité de l'aide publique sur le secteur de la santé -----	209
VII.5. Capacité d'influence de l'expertise française dans les programmes multilatéraux et européens -----	210
VII.5.1. Articulation de l'aide bilatérale et des programmes multilatéraux -----	210
VII.5.2. Mobilisation de fonds internationaux par l'expertise française -----	212
<i>Perspectives : Crédibilité de l'aide publique française sur la période 2005-2015 -----</i>	213
<i>Conclusions -----</i>	215
1. La Santé, « cheval de Troie » de l'influence française -----	215
2. L'expertise française est peu préparée à investir les lieux où se dessine la politique sectorielle de demain -----	216
3. Influence politique, solidarité, innovation : la mutation de l'AFD et la décentralisation opérationnelle des projets -----	218
4. Développement humain (approche bilatérale et dons) ou approche financière de l'aide au développement (approche multilatérale et prêts) ? -----	219
<i>Recommandations -----</i>	220
1. Mettre en place une tutelle unique d'un dispositif stratégique et de pilotage mieux coordonné -----	220
2. Pour plus de cohérence entre l'engagement politique et les moyens humains et financiers consacrés à la santé -----	223

3. Structurer des Partenariats Public-Privé et créer de toute urgence une « Task Force Accès aux Médicaments »	226
4. Permettre à l'expertise française de s'exprimer à l'international	231
<i>Liste des Annexes</i>	234
<i>Annexe 1. Liste des personnes rencontrées</i>	235
<i>Annexe 2. Références et documents consultés</i>	243
<i>Annexes 3 à 12</i>	252

Annexe 3. Tableau de répartition de l'APD française (versements nets)

Annexe 4. Tableaux de classement des pays de la ZSP selon l'APD reçue hors traitement de la dette

Annexe 5. Tableaux de répartition de l'APD par secteurs pour les vingt premiers pays bénéficiaires de l'aide publique française

Annexe 6. Tableaux de répartition de l'APD par secteurs pour les PMA

Annexe 7. Données consolidées des moyens financiers affectés à la réalisation des OMD

Annexe 8. Liste des FSP sur la période 1999-2004

Annexe 9. Liste des ONG avec agréées pour le volontariat

Annexe 10. Analyse synthétique des FSP Mobilisateurs MAE/DCT/Santé

Annexe 11. Moyens alloués par la France à différents Fonds et part des projets « santé » de ces Fonds

Annexe 12. Contributions volontaires de la France aux Nations Unies sur la période 2001-2003

Termes de références et Méthodologie

Selon les termes de la lettre que m'a adressée M. le Premier Ministre le 16 septembre 2004, je fus, entre le mois de septembre 2004 et le mois de février 2005, placé en mission auprès du Ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie, M. Xavier Darcos, pour effectuer une étude dont les **objectifs** sont les suivants :

1. Evaluer l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le domaine de la Santé, y compris la lutte contre le VIH/sida.
2. Etudier le contenu des actions de coopération et l'articulation de la coordination des aides bilatérales avec la participation de la France aux programmes multilatéraux en matière de santé.

La Méthodologie de l'étude a consisté en (i) des entretiens menés avec les acteurs publics et privés de la Coopération sanitaire internationale en France et à l'étranger, dont la liste est présentée en annexe 1, (ii) une revue documentaire des politiques et stratégies internationales relatives aux OMD et de l'ensemble des documents communiqués par les interlocuteurs, venant étayer l'analyse commentée, dont les références sont présentées en notes de bas de page et en annexe 2, (iii) des visites de terrain à Djibouti, Madagascar, au Mozambique, au Burkina Faso et au Mali, puis au Laos, au Cambodge et au Viêt-nam.

Le calendrier de travail s'est déroulé en deux phases : le rapport d'étape a été remis au Ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie M. Xavier Darcos le 1^{er} décembre 2004 et transmis pour avis aux personnes rencontrées lors de la première phase. Le rapport final sera remis au ministre Mme Brigitte Girardin, en juin 2005.

Notons qu'au moment où se déroule cette mission, conformément aux recommandations du CICID de juillet 2004, la Stratégie Sectorielle Santé est en cours d'élaboration et sera validée lors de la prochaine réunion du CICID. La Mission a eu l'opportunité de présenter ses recommandations sur les orientations de la stratégie sectorielle, synthétisées dans le rapport d'étape, tout en rappelant les avantages comparatifs de la contribution française à la réalisation des OMD, sur la période 2000-2004 sur le terrain. Par ailleurs, le CICID réuni en juillet 2004, a confié à M. l'Ambassadeur Connan et M. Wattez, une étude sur la question du devenir de l'assistance technique dans le cadre de la réforme, prolongée par une expertise plus approfondie en cours de réalisation. Enfin, un travail de groupe sur le renforcement des moyens consacrés à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes européens et multilatéraux de coopération, coordonné par SME, doit remettre ses conclusions en même temps que nos travaux, à la prochaine réunion du CICID. Pour mémoire, rappelons les travaux antérieurs sur la Coopération sanitaire internationale, du Haut Conseil de la Coopération Internationale¹ et de M. Didier Talpain², que la présente étude vient compléter. Le rapport Talpain de février 2004 est très complémentaire sur les aspects de la coopération décentralisée, notamment hospitalière, qui ne sont pas répétés ici.

¹ HCCI. La Coopération dans le secteur de la santé des pays en développement. Avis du HCCI et Rapport du HCCI. 25 Juin 2002.

² D. Talpain, conseiller des Affaires Etrangères. La politique internationale de la France en matière de santé. Rapport à M. le ministre des Affaires Etrangères et M. le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Février 2004.

Liste des Abréviations

ACP : Afrique Caraïbes et Pacifique
ADETEF : Assistance au développement des échanges en technologies économiques et financières
ADPIC : Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
AFD : Agence française de Développement
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ASPROCOP : Association des Professionnels de Santé en Coopération
AID : Association for International Development (Fonds de la Banque Mondiale)
AIDCO : ou Europe Aid Co-operation Office (bras opérationnel de la Commission Européenne)
AME : Aide Médicale d'Etat
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida
AP : Autorisation de Programme
APD : Aide Publique au Développement
AT : Assistant technique
BAfD : Banque Africaine de Développement
BASD : Banque Asiatique de Développement
BCAH : Bureau de coordination des affaires humanitaires ONU
BERD : Banque Européenne Régionale de Développement
BID : Banque Interaméricaine de Développement
BIRD : Banque Internationale de Reconstruction et de Développement (Fonds de la Banque Mondiale)
BPM : Biens Publics Mondiaux
C2D : Contrat de Désendettement et de Développement
CAD : Comité d'Aide au Développement de l'OCDE
CARICOM : Communauté des Etats Caraïbes anglophones (Caribbean Community)
CDC : Centres for Diseases Control d'Atlanta (Etats-Unis)
CE : Commission Européenne
CEI : Communauté des Etats Indépendants (ex URSS sauf Etats baltes)
CESAMES : Cycle d'Etudes Supérieures Africain en Management des Etablissements Sanitaires
CICID : Comité Interministériel de la Coopération Internationale au Développement
CIDR : Centre International de Développement de Recherche
CIRAD : Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement
CMU : Couverture Médicale Universelle
CNS : Conseil National du Sida
CP : Crédits de Paiements
CREDES : Centre de Recherche pour le Développement en Santé (bureau d'études en santé français)
CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre La Pauvreté
CTB : Coopération Technique Belge (Agence de Coopération bilatérale de la Belgique)
DCMD : Direction de la Coopération Militaire et de Défense du Ministère des Affaires Etrangères
DCP : Document Cadre de Partenariat
DCT ou DDCT : Direction (du Développement) et de la Coopération Technique de la DGCID
DCSUR/MAE : Direction de la Coopération Universitaire/ Sous Direction Université et Formation professionnelle
DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies
DGA : Direction Générale de l'Administration (du MAE)
DGCD : Direction Générale de la Coopération au Développement (Belgique)
DGCID : Direction Générale de la Coopération Internationale et du développement
DG/DEV : Direction Générale du Développement de la Commission européenne
DREE : Direction des Relations Economiques Extérieures
DRH : Direction des Ressources Humaines (du MAE)
EDCTP : European and Developing Countries Clinical Trials Partnership
EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industry and Association
EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (créée par la Loi de Santé Publique en France en 2003)
EPIET : European Programme for Intervention Epidemiology Training.
ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
EU : Etats Unis
FAC : Fonds d'Aide et de Coopération
FCI : France Coopération Internationale
FED : Fonds Européen de Développement
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique

FMSTP : Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
 FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française
 FSP : Fonds de Solidarité Prioritaire
 FSTI : Fonds de Solidarité Thérapeutique International
 GATT : the General Agreement on Tariffs and Trade
 GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
 GIP: Groupement d'Intérêt Public
 GNUD : Groupe des Nations Unies pour le Développement
 GOARN : Global Outbreak Alert and Response Network, réseau mondial d'alerte et de réponse de l'OMS
 GPA : Global Programme on AIDS, de l'OMS en 1987.
 GTZ : Coopération bilatérale allemande
 HCCI : Haut Conseil de la Coopération Internationale
 HLF : High-Level Forum (Forum international de suivi de la Déclaration du Millénaire)
 IFF : International Financing Facility ou Facilité Financière Internationale
 IFI : Institutions Financières Internationales
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 IP : Institut Pasteur
 IPOM : Institut Pasteur d'Outre Mer
 IPPTE : Initiative Pays Pauvres Très Endettés
 KfW : équivalent allemand de l'AFD (banque de développement)
 LEEM : LEs Entreprises du Médicament
 LFA : Local Fund Agent (du Fonds Mondial dans les pays)
 LOFL : Loi organique relative aux Lois de Finances
 MAE : Ministère des Affaires Etrangères
 MCNG : Mission de Coopération non Gouvernementale de la DGCID du MAE
 MDGs : Millenium Development Goals
 MINEFI : Ministère de l'Economie et des Finances
 MSH : Management Sciences for Health (bureau d'études privé américain)
 NEPAD : Nouveau Partenariat pour le Développement en Afrique
 NUOI : Direction des Nations Unies et Organisations Internationales du MAE
 OCCGE : Organisation de Coordination et de Contrôle des Grandes Endémies
 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
 OMC : Organisation Mondiale du Commerce
 OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
 OMPI : Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle
 ONG : Organisation non Gouvernementale
 ONU : Organisation des Nations Unies
 ONUEN : Organisation des Nations Unies pour l'Environnement
 OSI : Organisation de Solidarité Internationale
 PAHO : Pan American Health Organisation (Bureau Régional OMS pour les Amériques)
 PED : Pays en Développement
 PEPFAR : President-Bush-Emergency Plan for AIDS Relief
 PLF : Projet de Loi de Finances
 PMA : Pays les moins avancés
 PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
 PPP : Partenariat Public Privé
 PPVIH : Personnes vivant avec le VIH
 RCA : République Centrafricaine
 RCI : République de Côte d'Ivoire
 RDC : République Démocratique du Congo
 REMED : Réseau Médicament et Développement
 RESHAOC : Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'Océan indien et des Caraïbes
 RNB : Revenu National Brut
 SCAC : Service de Coopération et d'Action Culturelle Ambassade de France dans les pays
 SME : Service des Moyens et de l'Evaluation du Ministère des Affaires Etrangères
 UE: Union Européenne
 USAID : United States Agency for International Development
 USD: Dollars américains
 USS : Université de Sciences de la Santé
 ZSP : Zone de Solidarité Prioritaire

Résumé

En confirmant le 10 mars 2004 la priorité qu'il accordait à l'aide publique au développement, le Président de la République a souhaité que l'efficacité de notre coopération soit renforcée pour contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) définis par la communauté internationale sur la période 2000-2015.

Dans cet esprit, le Premier Ministre m'a confié une mission : 1. d'évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la Santé, y compris la lutte contre le VIH/sida ; 2. d'étude du contenu de nos actions de coopération, ainsi que 3. d'analyse de l'articulation et de la coordination de nos aides bilatérales avec la participation de notre pays aux programmes multilatéraux en matière de santé.

Notons que l'évaluation du secteur de la Santé ne peut pas être analysée de la même façon que pour un autre secteur du fait : 1. de la nature humaniste du résultat attendu des interventions: la baisse de la mortalité (indicateur quantitatif) et l'amélioration de l'état de santé des populations (indicateur qualitatif). 2. de la complexité conceptuelle et méthodologique de la mesure de ces résultats si l'on s'intéresse, non seulement aux processus, mais aussi à l'impact des interventions dans un contexte où les déterminants de l'état de santé des populations sont multiformes et intriqués. Des travaux internationaux sont en cours sur la méthodologie de suivi de la performance de ce secteur qui témoignent de la difficulté en santé publique à mesurer des résultats. Les résultats de ces travaux méritent d'être poursuivis, approfondis et partagés entre les pays et la communauté internationale.

Nous avons bien conscience que l'analyse de l'action de la France en faveur des OMD de la santé ne se résume pas à l'observation des actions menées par la DGCID/MAE, du MINEFI et de l'AFD, mais s'étend à l'ensemble des partenaires publics et privés au développement, incluant d'autres directions du MAE, les ministères techniques, la société civile et les collectivités. Il n'est pas possible d'analyser de manière exhaustive toutes ces contributions, aussi éparses que peu documentées et capitalisées, synthétisées pour partie dans le rapport Talpain publié en février 2004. Nous avons cependant tenté de mettre en perspective les plus gros joueurs, à la fois en France et à l'international, pour tenter de faire des recommandations s'inscrivant effectivement en réponse aux défis majeurs auxquels notre pays doit faire face dans les années qui viennent.

Les résultats de cette première phase de l'étude se résument comme suit :

Contexte : évolutions de la situation sanitaire des pays en développement

Aux lendemains des indépendances et pendant deux décennies, on a tenté de faire face aux problèmes majeurs de santé des pays du Sud, les pathologies infectieuses (paludisme, variole, peste, fièvre jaune, lèpre, tuberculose, etc.). En réponse à ces maladies transmissibles, le Service de Santé des Armées, en continuité avec ses interventions pendant la colonisation, organisait la lutte contre les grandes endémies jusque dans les années 70. Cette priorité et cette organisation ne s'imposaient qu'en raison de l'inexistence d'une offre périphérique de soins : les campagnes de masse palliaient peu ou prou l'absence d'offre de soins élémentaires. Le Ministère de la Coopération, qui fixe la politique en matière de coopération sanitaire internationale, s'attachait dans le même temps, à faire évoluer les systèmes hospitaliers et

construire de nouveaux hôpitaux, à parfaire la formation initiale des professionnels de santé et à édifier de nouvelles Facultés de Médecine, ainsi qu'à développer le réseau des Instituts Pasteur d'Outre-Mer dans tous les Etats qui le demandaient.

Dans les années 80, les problèmes qui apparaissent prioritaires sont liés au tout premier plan à la poussée démographique et à la crise économique qui perdure notamment en Afrique, aux maladies infectieuses (avec l'épidémie de sida, la résurgence de la tuberculose et encore et toujours le paludisme) mais aussi à l'urbanisation qui pose, du fait de la promiscuité et de la précarité des habitats, des problèmes d'hygiène et d'assainissement. Parallèlement à une résurgence des endémies et à l'explosion de la pandémie de sida dans un contexte caractérisé par la réduction des dépenses publiques de santé, on observe la dégradation des services de soins, notamment, mais pas seulement, dans les hôpitaux.

Les coûts de fonctionnement et les charges récurrentes de ces établissements sanitaires ne peuvent être assumés par les Etats dont les priorités sont clairement ailleurs (le budget de la santé est toujours inférieur à 10% du budget de l'Etat et dans de nombreux pays il a commencé à diminuer bien avant la crise et l'ajustement). Le niveau de qualification des professionnels de santé formés sur des terrains de stage dont la qualité baisse de jour en jour, se dégrade considérablement, et la pratique professionnelle se détourne de toute déontologie³. Il en résulte, faute de compétences et de moyens, une mortalité maternelle et infantile élevées dans les pays d'Afrique Noire et à Madagascar, pour ne considérer que ce seul indicateur de résultat.

En réponse à cette situation, les organisations internationales onusiennes de référence dans le champ de la santé, l'OMS et l'UNICEF, ont proposé des stratégies tout au long des années 70 et 80, avec quelques résultats sur l'espérance de vie et la mortalité infantile, mais de manière inconstante notamment sur le continent africain. Le Programme Elargi de Vaccination est un des succès de ces institutions pendant cette période.

Au début des années 90, sous la pression de l'épidémie de sida et de son impact déjà considérable sur les économies africaines, venant s'ajouter aux effets des politiques d'ajustement structurel des années 80 sur les secteurs sociaux, l'Union Européenne et la Banque Mondiale font une entrée en scène remarquée sur le secteur de la Santé, nouveau pour elles, et deviennent, du fait des volumes financiers mobilisés (sous forme de prêts pour la BM), les principaux partenaires du développement sanitaire des pays du Sud tout au long des années 90.

Les coopérations bilatérales américaine, canadienne et allemande, étendent leurs actions aux pays francophones. Dans le même temps, le système des Nations Unies dans son ensemble, contribue à la mise en œuvre des stratégies énoncées par l'OMS, l'UNICEF ou l'ONUSIDA, avec des moyens financiers et humains toutefois limités.

Sur quelque 6 milliards d'habitants, la Terre compte aujourd'hui 1.2 milliard de personnes vivant dans un dénuement extrême, avec moins de 1 dollar par jour, tandis que 1% des habitants les plus riches gagnent autant que les 57% les plus pauvres de la planète. Dans ce contexte, les pays riches se sont engagés à porter l'Aide Publique au Développement à 0.7% de leur PIB d'ici à 2012. Selon l'OCDE, l'APD française s'est élevée de 6.42 milliards

³ Jaffré Y. et Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed. Paris, 2003.

d'euros en 2003 contre 5.82 milliards en 2002, la classant 3^{ème} rang des pays donateurs (en valeur absolue).

La communauté internationale s'est entendue en 2000 sur la *Déclaration du Millénaire* qui consacre plus de trois objectifs sur huit au secteur de la santé : les OMD 4 et 5 (santé maternelle et infantile) 6 (lutte contre le sida et les autres endémies) et cible 17 de l'objectif 8 (accès au médicament), mais dont l'ensemble des objectifs ont des liens plus ou moins directs avec le secteur de la santé (lutte contre la pauvreté, égalité des genres, éducation, etc.)

Evaluation de la France en faveur de la réalisation des OMD santé

L'évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le champ de la santé est difficile à mesurer du fait de : (i) la formulation de la stratégie sectorielle du Ministère des Affaires Etrangères issue de la réforme de 1998, selon un format différent de celui proposé par la Déclaration du Millénaire un an plus tard, (ii) du choix du Gouvernement français d'intégrer l'appui à la réforme des systèmes de santé des pays en développement aux interventions sur les programmes de santé maternelle et infantile et de lutte contre les trois maladies tueuses (sida, paludisme et tuberculose), (iii) de l'insuffisance d'évaluation et analyse de l'impact sur la santé maternelle et infantile des projets d'appui à la réforme des systèmes de santé et d'amélioration de l'offre de soins (y compris hospitalière) , même de manière localisée à l'échelle d'une commune ou d'un district, (iv) de l'absence de système global de suivi et évaluation (pilote) de la mise en œuvre de l'aide publique française dans le domaine de la santé, que ce soit à Paris ou sur le terrain, sur la décennie écoulée.

L'absence de système de suivi du dispositif de la Coopération dans son ensemble, bilatéral et multilatéral, et en particulier des interventions dans le secteur de la santé, empêche les acteurs français de la coopération, d'analyser l'impact leurs interventions, que ce soit dans le cadre de leur politique sectorielle ou de la Déclaration du Millénaire, et rend difficile la capitalisation et la valorisation de l'action de la France dans son ensemble.

La difficulté de la mesure des réalisations des OMD de la Santé n'est pas propre à la France puisque la méthodologie de la mesure est encore débattue au niveau international, comme le souligne le document de la contribution de la Commission Européenne à la réalisation des OMD, comme le rappelle le Forum de Haut Niveau pour les OMD de la Santé, (qui regrette dès janvier 2004 l'absence d'intégration des OMD aux stratégies nationales de lutte contre la pauvreté dans la plupart des pays), et comme en témoigne la réunion internationale d'actualisation des indicateurs de mesure de la réalisation des OMD de septembre 2004 à Genève et les documents de réflexion sur les méthodes de mesures publiés encore au Forum de Haut Niveau sur la santé réuni à Abuja en décembre 2004.

Au-delà des difficultés de mesure, il ressort des observations de la Mission, que si les objectifs de la stratégie sectorielle de la DGCID/MAE, élaborée en 1999 en amont de la Déclaration du Millénaire, sont globalement en cohérence avec celle-ci, les résultats tels qu'ils sont présentés par le Groupe sectoriel santé au CICID en juillet 2004, ne reflètent pas l'engagement verbal de la France. **La France consacre 4% de son APD au secteur de la santé quand la moyenne des pays de l'OCDE y consacre 11%.**

Au total, l'aide publique allouée à la santé sur la période 2001-2003 est en moyenne de 185 millions d'euros par an, dont plus de la moitié (59%) correspond à des engagements bilatéraux, et 41% du total, transitent par le canal multilatéral. Sur la période 2002-2003, à l'échelle des pays, l'insuffisance des crédits de paiement a nui à la crédibilité et à la visibilité de l'aide bilatérale de la France. En 2004, la contribution de la France au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme inverse le ratio bi/multi en faveur du multilatéral qui représente désormais 65% des financements. L'assistance technique sur le terrain est composée de 197 professionnels de la santé.

Notons que 95.7% des financements du secteur santé bénéficient aux pays de la ZSP et 63% des financements vont aux PMA. L'Afrique reçoit 87.63% des financements. A l'échelle des pays, y compris les PMA, la part de l'aide publique française allouée à la santé oscille entre 1 et 13% selon les pays.

Sur la période 2001-2004, les financements français, mis en perspective des aides européennes et de la Banque Mondiale, ou même des financements britanniques et américains, contribuent pour petite partie à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté ou de développement sanitaire des pays, que ce soit au travers des C2D, ou des projets du FSP pour la plupart inférieurs à 3 M€. Parallèlement, les seules aides projets de la Commission européenne en appui au secteur de la santé des pays ACP, oscillent entre 10 et 22 millions d'euros par pays sur une période de cinq ans, et les dons ou prêts de la Banque Mondiale tournent autour de 50 millions de dollars par pays sur la même durée. En termes de volumes financiers mobilisés, la visibilité de la France sur le terrain est progressivement amoindrie par l'intervention de ces gros joueurs multilatéraux, dont l'efficacité des actions est cependant nuancée.

Pour l'OMD 4 : on ne retrouve pas de crédit bilatéral français ciblant très directement la réduction de la mortalité infantile. Cependant, il va de soi que les programmes de santé urbaine, d'éducation, d'assainissement et d'approvisionnement en eau financés par la France ont des résultats sur la santé et la mortalité infantiles, même s'ils ne sont pas mesurés. D'autre part la France contribue de manière significative à l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) en octroyant 15 millions d'euros sur la période 2003-2005, dont les effets sur la réduction de la mortalité infantile ne sont plus à démontrer.

Pour l'OMD 5 : la programmation par les SCAC d'actions en faveur de la santé maternelle et infantile est insuffisante compte tenu des taux très élevés de mortalité maternelle observés dans les pays de la ZSP : seulement 9% des ressources dédiées à la santé ont été allouées spécifiquement à des interventions relatives à la réduction de la mortalité maternelle, malgré un FSP mobilisateur conçu spécifiquement. La demande des pays et des Ambassades d'intervenir sur ce volet de la santé maternelle et infantile est faible. Les postes à leur tour n'inscrivent pas d'axes stratégiques liés aux OMD 4 et 5 dans les DCP et manifestent un faible intérêt pour la santé maternelle et infantile. Ceci nous amène à la question de savoir comment inscrire véritablement les OMD de la santé dans une démarche de programmation et de réalisation conjointe, nationale et internationale à l'échelle des pays, qui donnerait son sens à une action très engagée de la France en faveur des initiatives mondiales dont les besoins en expertise en appui aux réalisations sont soulignés de manière très marquée par la communauté internationale dans son ensemble.

La priorité accordée à l'OMD 6, se constate au travers des actions de l'ensemble des acteurs français de coopération. L'OMD 6-Cible 1 relatif à la lutte contre le sida et les autres maladies, reçoit, pour la seule maladie sida, de l'ensemble des intervenants français (MAE, AFD, chercheurs, ONG, Ministère de la Santé, etc.) 31% des financements consacrés à la santé sur la période 2001-2003 (57,21 millions d'euros). A titre indicatif, plus de 40% des crédits du Fonds de Solidarité Prioritaire (gérés par la DDCT du MAE) sur la période 2001-2003 ont été consacrés à la lutte contre le sida.

L'OMD 6 bénéficie à la fois :

- (i) d'un très haut, fort et constant engagement politique depuis une dizaine d'années - et les africains (détenant le triste score du plus grand nombre de malades de la planète pour la pandémie) « *le savent bien* » dit le Pr Gentilini.
- (ii) de près d'1/3 des financements alloués au secteur de la santé sur la période examinée (2001-2003)
- (iii) de financements multilatéraux très importants dont le versement de 150 millions d'euros par an au FM STP sur la période 2004-2006.
- (iv) d'une expertise française très pointue et reconnue à l'échelle internationale, tant dans le domaine de la recherche clinique et des sciences sociales, que de la prise en charge médicale et thérapeutique, ou encore des programmes de santé publique associant la société civile, autant d'acteurs contribuant à la définition de la stratégie sectorielle du gouvernement et à sa mise en œuvre sur le terrain. Il ressort de ce concert d'interventions une très puissante présence française sur le terrain de la lutte contre le sida.
- (v) de la nomination en janvier 2004 d'un Ambassadeur en mission pour la lutte contre le VIH/sida-Maladies transmissibles, dont le successeur en janvier 2005 est le directeur de l'ANRS, ex président du Conseil Scientifique du Fonds Mondial, président du Conseil Scientifique de l'Initiative 3x5 de l'OMS, le Pr Michel Kazatchkine, de référence scientifique et de renommée mondiales.

La féminisation du VIH/SIDA s'est très nettement accrue ces dix dernières années tout particulièrement en Afrique sub-saharienne où les femmes représentent 57% des séropositivités chez l'adulte et 75% chez les jeunes. Cet accroissement reflète l'impossibilité pour les femmes de négocier un rapport protégé alors que l'approche ABC (Abstinence, Fidélité, Préservatifs) ne peut constituer une réponse suffisante.

A cet égard, les microbicides représentent un moyen de protection maîtrisé par les femmes dont l'efficacité même à 50% permettrait d'éviter en trois ans 2,5 millions de contaminations en Afrique.

Robert Toubon, directeur de la stratégie de l'association « Equilibres et Populations » rappelle fort justement que : « *la France doit apporter sa contribution intellectuelle et financière à la recherche sur les microbicides sans que les priorités actuelles sur les vaccins et les anti-rétroviraux en pâtissent* ».

Concernant la Cible 17 de l'OMD 8 relative à l'accès au Médicament: l'engagement de la France est confirmé avec force aux lendemains de la dévaluation du Franc CFA, puis lors de la Conférence Internationale du Sida à Abidjan en 1997, encore au moment de la création du Fonds Mondial en 2001. En 2004 un projet FSP prévoit de financer sur 2005-2006 un programme en faveur des politiques du Médicament et du programme de pré-qualification de l'OMS, en même temps qu'un appui institutionnel aux pays pour faciliter la mise en œuvre des flexibilités prévues par l'Accord sur les ADPIC. Les agences sous tutelle du Ministère de la Santé, dont l'AFSSAPS, apportent une précieuse contribution aux pays du Sud afin de s'assurer de la qualité des médicaments génériques qu'ils importent ou produisent. L'agence a ainsi pour vocation de promouvoir la sécurité sanitaire de produits de santé multiples et diversifiés. Elle s'appuie pour ce faire sur 4 métiers, l'évaluation sur dossier, l'inspection sur site, le contrôle en laboratoire, ainsi que la production et la diffusion d'informations sur les produits.

Si l'accès au médicament essentiel est défendu à voix haute par la France (tant au MAE, au MINEFI, au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, qu'au sein de diverses ONG), le dialogue national et le partenariat public-privé sur le Médicament doit se structurer dans le cadre d'une plateforme associant les services du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, présidée par le Ministre délégué à la Coopération, à la Francophonie et au Développement. Ces politiques internationales de notre pays doivent être mises en cohérence des politiques économiques et industrielles et commerciales, comme nous incite l'Objectif 8 de la Déclaration du Millénaire.

En conclusion, l'effort technique et financier de notre coopération est déséquilibré en faveur de la lutte contre le Sida et de l'accès au Médicament, qui reçoivent la plus grande part de notre attention politique, de nos engagements financiers bilatéraux et multilatéraux, et de nos moyens humains, pendant que l'effort reste très insuffisant dans le champ de la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5) comme sur les questions d'égalité homme-femme, ce sur quoi la France est interpellée par l'OMS lors de notre mission à Genève. Malgré tout, même notre contribution à la réalisation de l'OMD 6 reste très inférieure à celle des autres coopérations bilatérales des pays de l'OCDE.

Soulignons l'absence de référence, dans le document de stratégie sectorielle, aux conséquences de la croissance démographique observée dans les pays du Sud, malgré les intrications fortes entre la pauvreté, la croissance démographique, les déterminants socio-économiques des maladies et les capacités (ou non) de l'offre de soins à répondre (ou non) à cette croissance démographique, notamment en milieu urbain.

Les instructions accompagnant la formulation des DCP invitant les postes à une concentration sectorielle, il apparaît que le secteur de la santé n'est retenu que dans 8 DCP sur les 18 parvenus à Paris en cours de cette mission ; d'autre part la stratégie sectorielle n'étant validée que lors de la prochaine réunion du CICID, et les 30 premiers DCP n'étant finalisés que vers le mois de mai ou juin 2005, rares sont les postes qui ont pris en considération les orientations relatives aux OMD de la santé fixées par la stratégie sectorielle. Il n'y a pas non plus à ce stade d'instrument pour s'assurer de la cohérence des stratégies sectorielles avec les choix des postes.

La formation continue des professionnels de santé a été une activité importante de l'ensemble des projets du FAC puis du FSP sur le terrain, mais la France s'est

progressivement désengagée de la formation initiale, en dehors du financement de l'Internat qualifiant de médecins ou chirurgiens spécialistes à Madagascar par exemple. La France s'implique sur la question du développement des ressources humaines des pays du Sud dans le cadre des rencontres internationales du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé et en préparation de la rencontre internationale d'Oslo en mars 2005.

A ce jour, l'AFD gère moins de 10% de l'APD française et son intervention sur le secteur de la santé, nouvelle depuis 1998, représente, en moyenne annuelle sur la période 2001-2003, 12% de l'aide bilatérale de la France au secteur de la santé et 7% de l'aide publique totale allouée au secteur santé⁴.

Le CICID de juillet 2004 confirme les dispositions de la réforme de 1998 en confiant à l'AFD la gestion du secteur de la santé. Dans un réseau de contraintes liées aux mandats de l'AFD de ces cinq dernières années, relatifs aux engagements politiques de la France dans le cadre du NEPAD, et vis-à-vis de l'Eau (doublement de l'aide en faveur de ce secteur) par exemple, la gestion de secteurs supplémentaires (santé et éducation) au sein d'une même institution pose la question des moyens et des financements additionnels sous forme de subventions dont l'AFD aurait pu, ou pourrait, bénéficier si elle doit mener à bien sa mission.

La contribution de la France aux stratégies internationales de l'IPTE dans le contexte des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté, mise en œuvre par l'AFD sous la forme des C2D, est en effet récente : sur 20 pays éligibles, 6 pays ont signé un C2D. Près de 40% des montants des C2D sont alloués à la santé et près de 25% des C2D financent de manière indifférenciée les stratégies nationales de lutte contre la pauvreté. 62 projets du FSP en cours de réalisation ont été transférés du MAE à l'AFD, dont 12 projets relatifs au secteur de la santé.

Par opposition aux procédures de gestion des projets du FSP par les SCAC, l'AFD confie la gestion des projets aux Etats bénéficiaires, à charge pour eux de recruter l'assistance technique, le plus souvent par appels d'offre internationaux. Ceci fait craindre la disparité de nature d'une assistance technique déliée aux dépens de l'expertise française d'une part, et la difficulté de transmettre un message politique commun au travers d'une AT dispersée d'autre part. La question du positionnement et de l'administration de l'assistance technique en appui à la mise en œuvre de l'aide publique française n'est pas tranchée au moment de notre mission : trois experts ont été mandatés pour proposer des pistes additionnelles à celles explorées dans le cadre de l'étude Connan-Wattez, dont les conclusions seront remises en mars. L'Inspection Générale des Finances, le Quay d'Orsay et le Conseil d'Etat ont également été sollicités pour donner un avis. France Coopération International n'a pas les compétences ni les moyens à ce jour d'administrer 1100 AT actuellement gérés par la DAG du MAE.

L'AFD devra faire preuve de vigilance afin de préserver ce qui fait la finesse, la visibilité et la crédibilité de l'intervention bilatérale française: sa portée politique, ses pratiques innovantes, son efficacité et sa proximité sur le terrain, expression même de la solidarité française. En outre, les bureaux d'études privés souhaitent que l'AFD s'assure en permanence de disposer de moyens suffisants pour garantir la plus grande transparence de la mobilisation de ses financements par les pays bénéficiaires et les opérateurs sélectionnés.

⁴ Annexe 7. Tableau récapitulatif des financements alloués à la réalisation des OMD de la santé tous instruments confondus. Groupe Sectoriel Santé CICID Juillet 2004.

Si l'AFD reçoit des moyens supplémentaires, elle devra faire la preuve de ses compétences techniques et de suivi-évaluation dans les segments clés des avantages comparatifs de la contribution française à la réalisation des OMD 4, 5 et 6, y compris sur les thématiques transversales et intégrées de l'hôpital, de la santé urbaine, de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'accès au médicament.

Du côté de la société civile, si Coordination Sud semble bien associée aux travaux de l'Elysée dans le champ de l'Aide publique au Développement, et si les financements publics alloués par la Mission de la Coopération non Gouvernementale du MAE à la société civile sont en augmentation en PLF 2005, la société civile, bien qu'officiellement consultée, se déclare peu associée à l'élaboration de la stratégie sectorielle santé et à la contribution sur le terrain de la France en faveur de la réalisation des OMD de la Santé, à l'exception des organisations travaillant sur l'OMD 6 et la Cible 17 de l'OMD 8. Les ONG soulignent par ailleurs les difficultés liées aux modalités d'exécution des conventions de financement doivent être simplifiées et les engagements tenus de part et d'autre. L'irrégularité de l'allocation des fonds déstabilise la trésorerie des associations et la continuité de la mise en œuvre des projets.

Coordination Sud, ses membres et les grandes organisations non gouvernementales de solidarité internationale, comme la Croix-Rouge Française, demandent à être plus systématiquement soutenues, compte tenu de la nature de leurs interventions en réponse à des catastrophes et des urgences humanitaires d'envergure face auxquelles ils s'agit d'être réactif, souple et efficace, et de mettre toute son énergie dans l'action plutôt que la mobilisation permanente de financements. La part de l'aide publique française dont bénéficie la société civile est de 2% pendant que la moyenne européenne est à 5.1% et les Etats Unis y consacrent 30%; la France était classée au 15^{ème} rang des Etats membres avant l'élargissement de mai 2004.

Les bureaux d'études privés mobilisant les financements publics français ou internationaux ont fait part de leurs préoccupations quant à la difficulté (i) de répondre à des AO dans des délais très contraints en présentant une expertise technique hautement qualifiée, si déterminante du succès des projets, (ii) de trésorerie auxquelles elles ont confrontées compte tenu des cautions que leur imposent les agences et des délais de paiement des agences, (iii) à la confiance qu'elles ont (ou non) sur la rigueur, la transparence et l'équité de l'octroi des marchés par les Etats bénéficiant des financements de l'AFD, (iv) l'absence en France d'un centre regroupant l'expertise universitaire et publique et privée au sens large travaillant très en amont de la définition des politiques et stratégies internationales.

Les organismes de Recherche et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, partenaires sur le terrain de la mise en œuvre de l'APD et du rayonnement intellectuel français, expressions du bilatéralisme, dont la contribution est très significative comme le remarque le Rapport des Pairs du CAD/OCDE de mai 2004, soulignent l'inadaptation des instruments du FSP pour financer des projets de recherche qui s'inscrivent par définition dans des durées beaucoup plus importantes, et l'insuffisance de la contribution du MAE à leur budget de fonctionnement et des moyens qui leur permettrait de donner à la France toute sa force face aux menaces et aux enjeux sanitaires contemporains mondiaux. En plus du budget de fonctionnement qu'ils reçoivent du ministère de la Recherche, l'octroi d'une subvention du MAE à ces organismes, une fois défini le cadre stratégique de leurs interventions en droite ligne des politiques et priorités fixées par le gouvernement, est considéré par tous les interlocuteurs comme l'instrument de financement le plus adapté en complémentarité des financements des projets. Les financements publics et privés américains en appui à la santé publique au niveau mondial détrônent la France, même dans ses zones classiques d'influence

scientifique, intellectuelle et humanitaire. Les moyens européens alloués à la recherche clinique et vaccinale (EDTCP) sont insignifiants face aux initiatives américaines.

Un effort supplémentaire de l'Etat est d'autant plus attendu que les financements publics et privés américains en appui à la santé publique au niveau mondial détrônent la France, même dans ses zones classiques d'influence scientifique, intellectuelle et humanitaire. Plus globalement les moyens européens alloués à la recherche clinique et vaccinale (EDTCP) sont insignifiants face aux initiatives américaines.

Le pilotage stratégique et financier de la France devrait être amélioré à la fois au niveau du MAE, et dans le cadre de la mise en place de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) en préparation pour 2006, dont les mécanismes prévoient la budgétisation de grands programmes suivis à l'aide d'indicateurs dont la mesure permettrait justement une meilleure lisibilité de l'efficacité et de la performance du dispositif financier réformé de mise en œuvre de l'aide publique française.

La définition des indicateurs de la LOLF semble s'être faite en concertation avec l'ensemble des services concernés du MAE notamment et les travaux relatifs à l'élaboration de la politique transversale sont en cours. Dans l'état actuel de la description des deux grands programmes relatifs à l'aide publique française (Aide au Développement et Solidarité Internationale) il n'est mentionné aucun indicateur relatif spécifiquement à la santé et certains programmes dont ESTHER ne voient pas comment la performance de leur intervention va être reflétée.

Alors que la LOLF permettrait d'évaluer la performance de l'efficacité du financement, la DDCT et l'AFD, à Paris et dans les pays, devront se doter, pour les secteurs de concentration, d'un système et de mécanismes de suivi et évaluation de la performance technique des réalisations de la mise en œuvre concertée des DCP.

Les parlementaires pourraient prendre une place plus importante dans le débat sur l'aide publique, sur les plans à la fois technique et financier, au travers (i) d'une réelle utilisation par eux des leviers que leur accordent les dispositions de la LOLF (définition des indicateurs, suivi de la mise en œuvre, fongibilité des moyens entre programmes d'une même mission en fonction des résultats présentés par l'Exécutif, etc.), et (ii) de la participation des parlementaires français aux regroupements internationaux de la communauté internationale animés par la Banque Mondiale, pour les associer au débat démocratique sur ces questions dans chacun de leurs pays.

Articulation de l'aide bilatérale et participation aux programmes multilatéraux

L'équilibre des aides bilatérales/multilatérales du secteur de la santé, qui est de 59% vs 41% jusqu'en 2003, s'inverse en 2004, sous l'effet de la contribution française au FM d'un montant de 150 M€ sur la période 2004-2006, sans que cette inversion n'ait fait l'objet d'une réflexion ou d'un choix autre que politique. S'il est plus facile de défendre certains principes communs au sein de ces instances (tels que ceux relatifs à l'achat de médicaments génériques par exemple, pour éviter que certains acteurs bilatéraux (EU) ne fixent des règles du jeu différentes), **la question de la visibilité de l'aide publique française est posée tant que l'appui apporté par la France à ce niveau ne se traduit pas sur le terrain par des relais concrets en appui aux pays.**

La grande majorité des financements multilatéraux de la France bénéficie en fait à des initiatives mondiales (FMSTP et programme GAVI), plutôt que multilatérales onusiennes (OMS, ONUSIDA et UNICEF) en faveur desquelles les contributions volontaires du gouvernement français se sont érodées sur la dernière décennie, et placent la France entre le 15^{ème} rang et le 20^{ème} rang des donateurs sur la période 2001-2003. De manière globale, les contributions de la France aux institutions des Nations Unies représentent 2% de l'APD totale et sont très inférieures à la moyenne du CAD (7%).

La contribution du Gouvernement français (MINEFI), lors de la treizième reconstitution de l'Agence Internationale de Développement (période 2003-2005) s'est élevée à 864 Millions d'euros, ce qui représente 6% de la contribution totale de la communauté internationale (14 400 M€). Le secteur de la « Santé et autres services » a représenté 18, 8% des montants totaux du Fonds AID approuvés en 2003. Le développement de partenariat public-privé dans le secteur de la santé est une thématique en évolution à la Banque Mondiale, tout à fait disposée à développer des projets conjoints de PPP avec le secteur industriel et commercial en collaboration avec la France.

Bien que très gros contributeur au FED (567 millions d'euros pour l'année 2004, soit 24,3% du montant total du 9^{ème} FED), si la France participe à l'élaboration des politiques et stratégies de Développement de la Commission européenne, son influence est plus modeste sur la mise en œuvre des programmes FED, notamment sur le secteur de la santé : les évaluations de projets ne sont pas capitalisées ni présentées au comité du FED à Bruxelles ; les Délégations et nos postes ne travaillent pas suffisamment de concert, tant pour ce qui concerne la concentration que la programmation, que sur le suivi et le pilotage des interventions ; le rapport de mise en œuvre du programme d'action de la Commission européenne sur le sida, la tuberculose et le paludisme, présenté au Conseil en novembre 2004, ne rend pas compte des réalisations (seulement des politiques et des financements), ce qui témoigne en partie d'une déconnexion entre Bruxelles et les Délégations, mais aussi à Bruxelles entre la DG/DEV et AIDCO; la coordination et l'harmonisation entre les Etats membres des modalités de mise en œuvre de l'aide budgétaire, et du suivi de ses effets sur la performance des secteurs sociaux, en sont à leurs balbutiements. Or dans une Déclaration à Rome en 2003, les bailleurs avaient accepté le principe de s'effacer devant les pays en développement déclarés responsables des politiques qu'ils souhaitent mener. Les études en cours d'analyse des résultats de l'aide budgétaire et des approches sectorielles, ainsi que les discussions futures, devront associer sur la plateforme européenne l'ensemble des acteurs français, dont le MINEFI et l'AFD.

La France et la Commission européenne sont confrontées aux mêmes difficultés de concentration sectorielle (les Délégations et les postes exprimant un faible intérêt pour le secteur de la santé) et d'incohérence entre le siège et le terrain sur les axes stratégiques prioritaires : ces deux gros contributeurs au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ont les plus grandes difficultés à impliquer concrètement leurs représentations sur le terrain à la mise en œuvre plus efficace des projets du FM. Il en est probablement de même pour les autres Etats membres contribuant au FMSTP. Relevons que la contribution de l'Union Européenne (Commission européenne et Etats membres) au Fonds Mondial STP représente 60% des contributions mondiales.

Notons que les travaux de recherche clinique dirigés par les organismes de Recherche, partenaires de l'Etat français (IRD, ANRS, IP, etc.) dont les résultats ont été publiés,

notamment sur le VIH/sida⁵, ont été conduits en synergie avec les actions financées par les projets FSP sur le terrain, qui ont préparé le terrain et préalablement contribué à la structuration des services de santé, l'amélioration de la qualité des soins (infrastructures et plateau technique, formation des professionnels de santé), dont a découlé aisément l'identification de sites adéquats pour la recherche, y compris en ambulatoire en dehors des hôpitaux dans les quartiers périphériques peuplés des capitales (Abidjan par exemple).

Cette synergie des actions bilatérales, rendue possible du fait de la confiance qui s'installe entre les partenaires du Sud et ceux du Nord inscrivant leur action de terrain dans la durée, facilite la production de résultats scientifiques qui contribuent au rayonnement intellectuel mondial de la France et alimente ses prises de positions dans les instances multilatérales.

Forte de son expérience, de sa connaissance historique du terrain, et de son assistance technique et de son expertise régionalisée auprès des ambassades, la France aurait pu contribuer davantage au développement des politiques et stratégies internationales sanitaires depuis deux décennies au sein des institutions internationales (Banque Mondiale et agences de l'ONU notamment). Elle aurait pu, compte tenu des spécificités de ses interventions sur le terrain, notamment sur la réforme hospitalière, la santé urbaine et les financements de la santé, sinon les initier, du moins les enrichir considérablement.

Or les politiques et stratégies internationales dans le champ de la santé sont définies en dehors de notre pays et la France y adhère toujours de manière décalée dans le temps, comme nous l'avons observé successivement d'Alma-Ata à l'Initiative de Bamako en 1987. La France semble bien représentée à Bruxelles, notamment lors des réunions des comités du FED et des réunions des experts santé des Etats membres organisées par la DG/Développement.

Par contre, la France est peu présente au sein des groupes de travail de la Banque Mondiale et de l'OCDE. Notre coopération va-t-elle savoir relever le défi de répondre à la demande récente de la Banque Mondiale de contribuer à l'élaboration d'une stratégie relative au développement des ressources humaines dans les pays en développement et de saisir l'occasion qui lui est offerte de se positionner en tant que référence internationale, comme elle l'a prouvé dans le secteur de l'Education à l'occasion de la définition de l'Initiative « Fast-Track » ?

L'adhésion de la France aux politiques internationales, ne signifie pas pour autant abandonner la singularité, la spécificité de ses atouts comparatifs dans le champ de la santé. Il s'agit de trouver un équilibre et la bonne articulation entre les premières et les seconds. L'aide bilatérale assure la portée d'un choix multilatéral jusqu'au niveau où se situe l'acte de prévention et de soins. Si l'aide multilatérale n'est pas relayée sur le terrain, elle est vidée de son sens.

Ce retard de la France à contribuer puis s'aligner sur les politiques internationales pourrait entraîner un certain retard des pays francophones à adapter leurs politiques publiques, leurs institutions et leurs services administratifs à la gestion des financements d'aide publique dans le cadre de nouvelles politiques, par rapport aux pays en développement anglophones.

⁵ ANRS, études relatives à la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida et à la chimioprophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole à Abidjan.

La marginalisation des pays francophones d'Afrique, qui souffrent d'une certaine iniquité d'accès aux ressources des initiatives récentes européennes et mondiales⁶, notamment dans le domaine de la prévention, de la prise en charge et de la recherche sur le sida, la tuberculose et le paludisme, pourrait s'en trouver accentuée.

L'incapacité de la France à identifier elle-même ses opérateurs publics pour mobiliser des financements européens et internationaux, entrave le développement des capacités des pays francophones du Sud à y accéder dans le cadre de partenariats Nord-Sud que ces financements internationaux incitent à développer⁷.

Les ressources humaines mises à disposition des instances multilatérales sont encore insuffisantes pour défendre les positions françaises, faire valoir les avantages comparatifs de notre coopération dans le secteur de la santé et positionner notre pays à la hauteur de nos ambitions géostratégiques, politiques, économiques et humanitaires: aucun expert français n'est détaché auprès des Unités Santé de la DG Développement, ni d'Europeaid de la Commission Européenne à Bruxelles composées d'experts belges, britanniques et espagnols; 1 seul expert français est détaché au Département Nutrition, Santé, Population au siège de la Banque Mondiale à Washington ; 1 seul expert français est détaché à l'ONUSIDA et 3 experts à l'OMS à Genève.

Sur ce point il est primordial de se donner les moyens d'occuper les postes stratégiques au sein des institutions internationales : nos intérêts géostratégiques l'imposent et nos investissements humains et financiers le justifient.

Par contre la représentation de la France est plus marquée dans les instances de pilotage (Conseils d'Administration) de l'OMS et des programmes globaux (Fonds Mondial et programme GAVI) et ses prises de position dans le domaine de la prise en charge thérapeutique du sida y sont mieux défendues.

La faible contribution de la France à l'élaboration des stratégies internationales de santé interpelle la capacité de notre pays à : mobiliser une expertise universitaire pointue sur l'ensemble des thématiques de la santé publique internationale s'inscrivant désormais dans le cadre des OMD; mobiliser rapidement une expertise de moyenne durée; tirer les enseignements des interventions du terrain au travers des nombreux FSP, pour nourrir des stratégies : bien que les projets soient évalués, les enseignements positifs ne sont pas toujours capitalisés, utilisés et diffusés, que ce soit au sein du dispositif de notre coopération, ou que ce soit sous la forme de publications d'envergure internationale. **La réduction du nombre des assistants techniques sur la période 1990-2004 a contribué à cette perte considérable de savoirs et de savoir-faire en santé publique que Paris aurait pu exploiter au profit de la définition de politiques internationales.**

⁶ Le premier appel à projets de recherche du programme européen EDCTP n'est publié qu'en anglais en 2004.

Les directives, guides techniques, orientations et outils de suivi et évaluation des programmes du Fonds Mondial ont été disponibles en anglais bien longtemps avant de l'être en français et la traduction de ces « guidelines » notamment pour la rédaction des propositions en réponse aux appels à projets, n'est pas toujours de qualité.

⁷ Les appels à propositions thématiques annuels de la Commission européenne sur les lignes budgétaires allouées aux trois maladies (sida, paludisme et tuberculose), ou à la Santé Reproductive, ont comme critère majeur et sélectif des projets soumis, la constitution d'un partenariat de recherche et action Nord-Sud, associant des institutions du Nord et du Sud, ce qui implique que les institutions françaises répondent à ces appels à propositions.

Saluons cependant le renforcement des engagements et du positionnement international de la France en préparation du Sommet des Nations Unies en septembre 2005 du 14 au 16 septembre 2005 de suivi à cinq ans de la Déclaration du Millénaire.

Le rapport 2004 du CAD reconnaît que la France est en avance sur les objectifs fixés par les pays européens à Barcelone et en bonne voie d'atteindre l'objectif de 0.5% de l'APD en 2007 fixé par les Nations Unies, même s'il met en garde la France sur la continuité de la croissance de l'aide publique, une fois amortis les effets des annulations de dette sur l'augmentation de l'APD.

La France est très présente sur la scène internationale dans le cadre de la préparation du Sommet des Nations Unies: la France a été dans les premiers Etats membres à présenter à l'Union Européenne dès octobre 2004 sa contribution ; elle réagi oralement au Plan d'Action du Projet du Millénaire présenté par M. J. Sachs en octobre à Londres ; puis notre pays a rédigé une note à l'attention de la Direction du Projet du Millénaire en novembre 2004. Le Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie a tenu à communiquer lui-même ses réactions à la lecture du Rapport du Projet du Millénaire. Enfin elle a commenté le projet du Millénaire finalisé en janvier 2005. Notre pays, bien représenté aux réunions du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé, a animé en janvier 2005 la réunion de préparation de la prochaine rencontre du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé que Paris accueillera en novembre 2005.

La France est associée à la réflexion britannique et internationale sur la Facilité Financière Internationale, participe à la mise en œuvre pilote de cette initiative dans le cadre du programme GAVI, et prend avec le Rapport Landau le leadership des travaux sur les alternatives de financement de l'aide publique au développement en proposant des mécanismes de taxation internationale, évoqués avec force par le Président de la République à Davos. En outre la France a accueilli en mars 2005 à Paris le second Forum de Haut Niveau sur l'Harmonisation des procédures bilatérales et multilatérales d'aide.

La France adhère fortement au concept des Biens Publics Mondiaux et contribue à l'amélioration du système d'alerte épidémiologique de l'OMS en vue de prévenir la propagation de nouvelles pandémies. La modernisation des systèmes de santé, en particulier d'alerte épidémiologique des pays en développement, et l'accroissement des échanges scientifiques et des collaborations se justifient de plus en plus : la santé est mondialisée. Le Ministère français de la Santé et ses institutions publiques autonomes, doivent trouver toute leur place face à ces enjeux.

Modalités de mise en œuvre des aides bilatérales : que peut-on apprendre des autres Coopérations?

Le Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement (OCDE) regroupe les principaux donateurs de l'APD. Créé en 1961, il examine et évalue depuis plus de quarante ans les efforts des membres en matière d'aide. Ses recommandations ne sont pas obligatoires, mais elles constituent, pour les pays membres, soumis à la pression de leurs pairs, une forte incitation au changement. Le CAD joue par ailleurs un rôle de premier plan dans les efforts déployés en vue d'harmoniser la politique et les procédures des bailleurs. Ces positions sont adoptées sous forme de « lignes directrices ».

Le rapport du CAD publié chaque année permet de situer les efforts de chaque pays membre du Comité.

Dans le contexte de la réflexion en cours sur la réforme du dispositif de la Coopération, des dispositions du CICID de juillet 2004, de l'élaboration en cours des stratégies sectorielles pluriannuelles, de l'augmentation croissante de l'aide publique au développement, il est intéressant de nourrir les réflexions et les mutations en devenir, des options choisies par les Etats membres, en menant une analyse comparative de l'organisation institutionnelle et stratégique, des modalités de mise en œuvre et des résultats de l'aide publique des coopérations bilatérales du Royaume Uni, de la Belgique et de l'Allemagne, analyse amorcée ici, et qui sera complétée en vue du rapport final.

L'examen de la Coopération Technique Belge (CTB) devrait attirer notre attention, tant elle est riche d'enseignements pour la France. Le Gouvernement belge a entrepris une réforme de son dispositif de Coopération au Développement et créé en 1998 la CTB, une institution de droit public (société anonyme à finalité sociale) chargée de la mise en œuvre de toute l'aide bilatérale belge. Un Contrat de Gestion entre le Gouvernement et la CTB a été signé en 1999 pour cinq ans, décrivant les droits et obligations des parties, et renouvelé. La répartition des attributions, des instruments, des modalités de mise en œuvre et des responsabilités des représentations dans les pays entre la CTB et la Direction Générale de la Coopération au Développement du Service Public Fédéral des Affaires Etrangères, semble être issue d'une réforme qualifiée de « *violente et douloureuse et très rapide* » mais avec quelques années de recul, semble bien fonctionner sur le terrain et à Bruxelles où la courbe des financements et des activités de la CTB prend une pente exponentielle. Actuellement la santé représente 40% des financements de l'aide bilatérale belge.

Créée en 1974, la GTZ est une société de services pour la coopération au développement, tous pays. L'Etat allemand est propriétaire, mais elle a un statut légal d'entreprise privée à responsabilité limitée (private Limited Company), de Loi allemande. Les financements annuels alloués à la santé sont de l'ordre de 100M€ et à la lutte contre le sida, de 300M€. Dans le domaine de la lutte contre le sida, elle a développé des partenariats public-privé de très grande envergure avec les entreprises privées en Allemagne et avec leurs filiales sur le terrain (Daimler Chrysler notamment). Les ressources humaines sont nombreuses au siège et sur le terrain, notamment sur la santé de la reproduction et le VIH/sida. L'agence participe assez peu, tout comme la CTB, à l'élaboration des politiques internationales.

Notons que les coopérations bilatérales belge et allemande ont considérablement développé la dimension de leur activité liée à « prester pour un tiers » et leur capacité de mobilisation des financements européens et multilatéraux, y compris ceux des banques régionales de développement. Les gouvernements des pays en développement par exemple leur confient à l'issue d'un appel d'offres, la gestion des financements volumineux d'aide publique. Par opposition, la capacité de l'expertise française au sens large (publique, universitaire, de recherche, et privée) à mobiliser des fonds européens et multilatéraux est encore très timide. Dans le même esprit, l'AFD a manifesté auprès de la Commission européenne son intérêt à prester pour elle, en plus de continuer à financer des programmes de développement dans les pays de la ZSP conjoints avec la Commission européenne ou avec la Banque Mondiale.

Le point le plus intéressant présenté par la Coopération américaine bilatérale USAID concerne le développement du partenariat public-privé de USAID avec le secteur privé

industriel et commercial: pour amener les grosses entreprises à s'impliquer sur un domaine qu'elles estiment être étranger à leur mission, pour lequel elles n'ont que très peu de temps à consacrer, dont elles ne connaissent rien, tel que la lutte contre le sida, il faut leur faciliter la tâche : elles doivent savoir ce qui marche en prévention, ce qu'il faut faire en prise en charge, elles veulent comprendre en quoi elles sont concernées, comment elles peuvent apporter une contribution à la lutte contre le sida auprès des employés et au sein de la communauté, elles souhaitent que soient clarifiés les rôles respectifs de l'ONUSIDA, du Bureau International du Travail, et du PNUD par exemple, et bien évidemment combien ces interventions de prévention et de prise en charge vont leur coûter, si cela va être efficient et rentable pour les entreprises.

Or, malgré les quantités incommensurables de documents de toute nature publiés au plan international dans le domaine de la lutte contre le sida depuis une vingtaine d'années, il est finalement très difficile de savoir ce qui marche en prévention et en communication au changement de comportement (« *Behavior Change and Communication* »). Les auteurs du rapport d'évaluation externe de l'ONUSIDA sur la période 1996-2001 avouent que « *le Programme n'a pas encore résolu la question de la compréhension et de la diffusion des moyens de susciter le changement de comportement et d'améliorer l'effectivité de la mise en œuvre. Les programmes de prévention sont confrontés au problème très compliqué d'avoir à changer le comportement sexuel. Les raisons pour lesquelles ces programmes réussissent rarement ne sont pas bien comprises* » et recommande à l'ONUSIDA que ceci constitue un « *secteur de travail majeur pour l'avenir* »⁸.

La recherche opérationnelle, peu financée, informe peu sur ce qu'il est possible de faire comme prise en charge et suivi thérapeutique dans une petite unité de soins ambulatoire d'une structure privée en Afrique, quoi que ces expériences se diversifient maintenant. USAID constate que ces informations finalement ne sont pas aussi clairement établies et qu'il est difficile parfois d'être convaincant dans ce domaine.

Travailler avec le secteur privé c'est savoir proposer des modèles efficaces et efficients, c'est exiger que ces informations soient analysées, soient facilement disponibles et diffusées. Par ailleurs, le plus gros problème auquel est confronté la dynamique de mobilisation du secteur privé a trait au niveau de corruption (publique et privée) des pays cibles.

L'examen des modalités de mise en œuvre de l'aide publique du gouvernement britannique (DFID) fait apparaître une politique administrée par un Département ministériel mise en œuvre dans le cadre d'un « *Service Public Agreement* » qui fixe les objectifs et les grands programmes du gouvernement, ainsi que ses instruments de suivi, un peu à l'image de la LOLF en préparation. Les influences de DFID sur les politiques et les stratégies internationales de santé sont des plus puissantes à l'échelle internationale. L'Agence a notamment développé une politique de partenariat public-privé avec l'Industrie pharmaceutique et de soutien aux politiques pharmaceutiques des pays en développement.

Les financements de DFID alloués à la santé des PED s'élèvent à près de 400 M€ en 2003. Le Royaume Uni est le premier contributeur volontaire de la plupart des agences des Nations Unies de référence sur la santé. Les contributions volontaires des gouvernements des pays européens versées aux agences des Nations Unies, sont d'autant plus éclairées que celles-ci participent aux évaluations de celles-là : DFID a évalué l'OMS, l'UNICEF,

⁸ ITAD Group (consulting firm). Rapport final de l'évaluation sur cinq ans de l'ONUSIDA. 8 octobre 2002.

l'UNESCO par exemple. DFID peut ainsi choisir de financer tel ou tel programme qui lui semble plus performant.

Notons que si DFID est l'agence la plus omniprésente sur le terrain des politiques des stratégies, des moyens financiers et humains bilatéraux et multilatéraux alloués au secteur de la santé, tant à Londres que sur le terrain, l'analyse de sa performance sur le terrain mériterait d'être approfondie.

Rappelons que le Royaume Uni préside en 2005 le Sommet du G8 et l'Union Européenne se prépare à augmenter sa contribution financière au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et à poursuivre un très fort engagement à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en préparation du Sommet des Nations Unies de septembre 2005, qui fixe l'ensemble du cadre de la coopération au développement.

Pour l'année 2004, les montants alloués par le Fonds Européen de Développement au secteur de la santé des pays sont de 567M€ tous instruments confondus. Les fonds alloués au secteur de la santé dans le cadre de la programmation du 9^{ème} FED, représentent 4.1 % du FED. L'aide projet ne semble donner des fruits que pour les financements inférieurs 10 millions d'euros. Au-delà les résultats des projets sont beaucoup plus contrastés. La programmation du 9^{ème} FED témoigne du choix de la Commission européenne, désormais prépondérant, de contribuer au développement des pays ACP au travers de stratégies macro-économiques, en utilisant l'instrument de l'aide budgétaire globale, même si l'harmonisation des procédures et des indicateurs de suivi de celle-ci avec ceux des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté doit être poursuivie. De ceci, l'AFD doit reconnaître de l'expérience européenne que l'aide projet aux enveloppes financières modestes semble donner de meilleurs résultats et le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie s'inspirer des leçons tirées de l'expérience européenne dans le domaine de l'aide budgétaire à tranches variables en appui aux secteurs sociaux, s'il décidait d'accroître les volumes de financement au travers de cet instrument.

Sur les questions d'aide budgétaire, instrument que la France utilisera peut être de manière croissante si elle doit atteindre ses engagements internationaux en 2007 et 2012, des concertations pourraient avoir lieu dans le cadre des décisions issues du Sommet des Nations Unies à New York en septembre 2005, entre les équipes de Londres, Bruxelles, Paris et quelques pays d'Europe du Nord, sur les résultats attendus sur les secteurs sociaux d'une aide budgétaire accrue, et les modalités de mise en œuvre et suivi de l'aide budgétaire. La Commission européenne, pourrait inscrire à l'ordre du jour des réunions des experts des Etats membres sur la Santé (et sur les autres secteurs) la présentation par DFID, la France et la Commission par exemple, ou d'autres états, des résultats sur l'évolution des secteurs sociaux d'une aide budgétaire accrue sur quelques années. Ces échanges seraient d'autant plus intéressants que les pays d'intervention des coopérations, DFID et la France par exemple, sont très différents. La France devrait être beaucoup plus active au niveau européen sur l'analyse de l'efficacité de l'aide en appui au secteur de la santé tous instruments confondus (aide sectorielle, aide budgétaire globale, ...) en collaboration avec les travaux en cours de la Banque Mondiale, de DFID ou des autres Etats européens.

Conclusions

1. La Santé, « cheval de Troie » de l'influence française

« La promotion d'une mondialisation à visage humain, démocratique et solidaire est au cœur des préoccupations françaises. Le Président de la République est à l'origine de plusieurs initiatives visant l'insertion des pays africains dans l'économie mondiale » nous rappelle le rapport du CAD. La santé des populations, qui fait partie des droits humains les plus élémentaires, réunit avec passion la communauté internationale autour de certaines valeurs fortes qui semblent singulières à ce secteur. A ce titre, la France doit étendre à l'ensemble de la thématique santé des pays en développement, l'engagement politique de très haut niveau dont a bénéficié de manière constante depuis une vingtaine d'années la lutte contre le VIH/sida et l'approche intégrée de prévention et de prise en charge de la maladie prônée mondialement par le gouvernement français.

Par nature une valeur neutre et universelle, commune à tous les peuples, la Santé peut être un vecteur exceptionnel, efficient et très puissant, des relations internationales, un instrument charismatique de la diplomatie française, un cheval de Troie de son influence politique, géostratégique et militaire, de son rayonnement intellectuel et de son image, de ses ambitions économiques, industrielles et commerciales.

Expression de la politique étrangère de la France, du Ministère des Affaires Etrangères au plus haut niveau de l'Etat, la santé peut démultiplier l'action diplomatique française. Le Sommet des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, prévu de se réunir en septembre 2005 est une occasion offerte à la France de reconnaître à sa juste valeur la portée de ce secteur, tant la plupart des OMD, même non spécifiques, y font référence, même indirectement: lutte contre la pauvreté, statut social des femmes, environnement, eau et assainissement, etc.

La diplomatie de la Santé peut être abordée par un autre biais que le seul développement. En s'associant au Groupe de Travail sur les Biens Publics Mondiaux (BPM) à Stockholm, la France réitère sa conviction sur la pertinence du concept des BPM. Le principe est de garantir à l'ensemble des acteurs de l'économie mondiale l'accès à des biens publics tels que la qualité de l'environnement, la paix et la sécurité, la protection contre les grandes endémies. La santé publique est aujourd'hui mondialisée : le déclenchement d'une épidémie dans une région ou un pays ne possédant pas les compétences ou les infrastructures pour y faire face, présente une menace à l'ensemble de la planète. La capacité d'anticiper cette menace et la capacité de réactivité à y répondre avec efficacité le jour venu, implique d'avoir pris la mesure des enjeux.

Si la France doit prendre toute sa part et faire face à ces enjeux mondiaux, les politiques et les acteurs du développement, doivent dépasser leur vision exclusivement médicale, hospitalière et curative de la Santé. Les déterminants de l'état de santé des populations des pays en développement, et les déterminants de la propagation à vive allure de l'épidémie de sida dans des bassins gigantesques de population (la Chine, l'Inde et la Communauté des Etats Indépendants) ont atteint un tel niveau de complexité, qu'ils méritent qu'on y accorde une attention politique, une stratégie et des moyens humains et financiers tout à fait singuliers à la hauteur des enjeux.

Les américains l'ont bien compris qui mettent à la disposition de leurs organismes publics et privés de recherche et de santé publique, des moyens sans commune mesure en appui au développement et à la structuration d'un réseau mondial d'alerte et de recherche épidémiologique et infectieuse. La montée en charge des financements privés américains doit être très sérieusement prise en compte.

Le redéploiement de l'aide américaine en faveur de la santé et de la lutte contre le sida dans les pays du Sud, constitue de toute évidence un moteur d'influence géostratégique et politique. La mise en garde sur le risque de perte d'influence de la France, exprimée récemment par le Directeur Général de l'Institut Pasteur dans sa lettre au Ministre des Affaires Etrangères, doit retenir toute l'attention des pouvoirs publics.

2. L'expertise française est peu préparée à investir les lieux où se dessine la politique sectorielle de demain

L'examen de la participation de la France aux programmes multilatéraux dans le champ de la santé, nous amène à constater que de manière générale, la France ne participe pas, ou de façon inconstante et inégale, à la définition des politiques et stratégies internationales de santé.

Ceci peut s'expliquer de différentes façons, dont la crédibilité et la confiance que la France accorde (ou non) aux agences des Nations Unies observées sur le terrain depuis plus de quarante ans, la conviction de l'efficacité plus grande de l'action curative et hospitalière sur le terrain, héritée directement de la vision de notre propre système de soins (sinon de santé), la rareté de l'expertise anglophone, la faiblesse de la représentation française dans les instances internationales, etc. La France, sous la très forte pression des demandes des Etats africains dans les années 70 et 80, aurait privilégié des stratégies d'amélioration de l'offre curative de soins, et accordé une attention moindre à la valorisation de ses compétences et méthodes de prévention des grandes endémies tropicales, au fur et à mesure de la disparition des grandes endémies (variole, fièvre jaune, peste, etc.).

Il n'est pas facile sur la terre de Pasteur, de dépasser le paradigme microbien de la maladie infectieuse, de prolonger, sans les oublier, la vision des grands spécialistes de la Médecine Tropicale française, Laveran, Nicole, Jamot, d'adapter ses compétences pour répondre à l'immensité des enjeux sanitaires et des déterminants contemporains socio-économiques et démographiques de la santé des pays en développement, dont les systèmes de santé ont traversé des réformes tout au long des années 90.

Il n'est pas aisé de comprendre en quoi la Santé Publique se distingue de l'Epidémiologie : cette discipline est un outil de connaissance et de compréhension de l'état de santé des populations, dont l'utilisation se situe en amont et au service de la décision en santé publique. Dans ce sens, l'Epidémiologie n'est pas un élément de réponse, elle n'en est que la première étape, certes incontournable.

De notre analyse ressort un handicap à la présence française en amont de la définition des politiques de santé dans les organisations multilatérales: la difficulté des services publics de la coopération au développement à identifier et à mobiliser une expertise française anglophone très pointue dans les différentes disciplines de la santé publique : si les épidémiologistes français sont bien représentés, les spécialistes en Economie de la santé, les

experts en Planification, Programmation, Suivi et Evaluation de projets et programmes sectoriels, en revue de Dépenses Publiques, etc. sont plus difficiles à trouver.

Il suffit d'observer les anglo-saxons, omniprésents dans le champ de la définition des politiques internationales de santé, tant à Bruxelles, qu'à Genève et à Washington, pour comprendre que les Ecoles de Santé Publique de leurs Universités produisent par milliers des experts polyvalents en santé publique internationale (et pas seulement en Epidémiologie ou en Evaluation).

Comprenons-nous bien. Il ne s'agit pas de mépriser la formation en santé publique existante en France, bien au contraire. Les Universités françaises offrent des enseignements exceptionnels de grande qualité, internationalement reconnus, dans divers domaines liés à la Santé Publique et au Développement. Mais nos universités ne dispensent pas encore d'enseignements multidisciplinaires équivalents aux Masters de Santé Publique des universités américaines, britanniques et belges (qui dispensent des formations en français et en anglais). Il s'agit, tout en gardant son identité et sa spécificité, d'avoir aussi appris à parler le même langage que les anglophones, de gagner en crédibilité, en confiance et en légitimité, de faire partie du Club en quelque sorte, pour investir les lieux où s'élabore la politique sectorielle de demain. Il s'agit de comprendre comment mieux préparer l'expertise française à l'exercice d'un profil de poste politique et stratégique recherché par les institutions internationales, et à mieux placer la France à l'arrivée de la course internationale à l'influence.

De l'évolution de la compréhension du concept de santé en France, du passage de la Médecine à la Santé Publique, et de la capacité de nos universités à produire des experts par centaines ou par milliers, dans tous les champs de la santé publique internationale et des sciences sociales, tant au Nord qu'au Sud, dépend la capacité de vision, de réaction et de positionnement de la France dans le champ international de la santé, dont les OMD constituent la plus récente expression.

L'expertise française en appui à la conception d'enseignements en santé publique internationale et mobilisable dans ce domaine, pourrait être puisée auprès des réseaux suivants : L'Institut de Médecine Tropicale et de Santé Publique (regroupant les Départements des universités de Bordeaux, Marseille, Limoges et Paris), l'Association des Professionnels de Santé en Coopération (ASPROCOP) regroupant des professionnels de santé en coopération ou réinsérés dans le dispositif français, européen et international de santé publique, le fichier de coopérants du MAE, les universitaires spécialisés sur les questions de développement sanitaire des pays en développement (département de Médecine tropicale et de santé Publique tels que l'ISPED de Bordeaux et l'Ecole de santé Publique de Nancy par exemple), ou bien encore le réseau des anciens du DEA de Santé et Développement de l'Université de Paris VI.

En outre il est impératif de se préparer à former des experts de haut niveau en surveillance épidémiologique afin de positionner la France dans ce champ international dont les enjeux sont de plus en plus importants compte tenu de la menace de l'émergence de nouvelles pandémies à l'échelle planétaire.

La nécessité d'ajuster et d'étendre la capacité d'enseignement de notre pays dans le champ de la surveillance des maladies et de la santé publique internationale, constitue à notre sens, l'un des défis les plus importants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé

Publique créée par la Loi de Santé Publique 2004, défi auquel le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille devrait accorder une attention toute prioritaire.

3. Influence politique, solidarité, innovation : la mutation de l'AFD et la décentralisation opérationnelle des projets

Le CICID de juillet 2004 confirme les dispositions de la réforme 1998 qui font de l'AFD l'opérateur pivot de mise en œuvre de l'aide publique au développement française. En conférant à l'AFD une compétence élargie dans le domaine de l'éducation et de la santé, sous l'autorité directe du ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie, le CICID du mois de juillet 2004 a pour principale préoccupation l'efficacité de l'aide. L'AFD sera chargée de la mise en œuvre de la coopération au développement nécessitant une adaptation statutaire, comme l'y invitent les dispositions du CICID du mois de juillet, au titre du rattachement au Ministère des Affaires Etrangères, ministère de tutelle.

L'appui au secteur de la santé se fera sous la forme de dons ce qui permet d'assurer ainsi une traçabilité et une lisibilité de la France dans un domaine où son savoir faire est reconnu. L'utilisation de prêts dans ce secteur ne permet pas d'assurer cette lisibilité. S'il est envisageable de susciter la demande de prêts par les pays émergents, il serait très difficile de convaincre les pays les moins avancés de demander des prêts pour améliorer les systèmes de santé ou les services sociaux plus généralement, alors qu'ils ne sont pas demandeurs de prêts dans ces secteurs.

Dans le contexte de volonté affirmée d'harmonisation de l'aide, l'aide bilatérale française en santé peut être véhiculée en appui aux politiques sectorielles et aux aides programmes dans les pays en développement. C'est un processus et un instrument qui continuera de s'étendre dans les prochaines années. Ces approches peuvent constituer des cadres importants d'influence stratégique française au niveau des pays en ce qu'ils amènent les bailleurs à orienter les politiques et accompagner les réformes structurelles sectorielles. Il est important que la France y soit représentée aux côtés des autres bailleurs et qu'elle en devienne le chef de file dans un certain nombre de pays ciblés, comme le souhaite la stratégie sectorielle CICID en santé.

La France se doit d'éviter l'écueil consistant à administrer la plupart de son aide publique au développement sanitaire des pays qu'elle soutient au travers d'un instrument d'aide budgétaire macro-économique. Selon les études de la Commission européenne, le recul est encore insuffisant, et des incertitudes demeurent sur la mesure de l'impact de ces financements globaux sur l'amélioration escomptée de la performance des services sociaux, même si l'usage de ces instruments a des effets reconnus sur l'appropriation et la responsabilisation des pays, la structuration des institutions et les mécanismes publics de financement, la coordination et l'harmonisation de l'aide internationale, etc.

Des études sont en cours du côté de la Banque Mondiale. Un certain nombre de questions se posent si la France décide de privilégier cet instrument : quelle serait sa valeur ajoutée par rapport aux gros joueurs sur le terrain que sont la Banque Mondiale et la Commission européenne, qui occupent toute la scène ? Quels seraient les segments clés, les atouts, la plus-value de l'expertise française dans ce cadre ? Qu'apprend-on des coopérations internationales et quels résultats obtiennent-elles selon les stratégies et les instruments choisis

pour appuyer le secteur de la santé? Telles sont les questions stratégiques qui se posent dont découlerait l'organisation de l'architecture institutionnelle et le choix des instruments de mise en œuvre de l'aide publique au développement dans le secteur de la santé.

La France doit attacher une importance toute particulière à son rôle et ses responsabilités face aux enjeux internationaux, au rayonnement culturel, scientifique et universitaire, à la diffusion des savoir-faire, au renforcement des capacités locales, à l'exploration de pratiques innovantes au travers d'un instrument bilatéral.

Dans un esprit de continuité, de réactivité et de pérennisation des actions, il importe de mettre en œuvre la décentralisation opérationnelle des projets en confiant à nos ambassades le soin d'élaborer et de mettre en œuvre des projets répondant aux attentes des pays récipiendaires dans le cadre des Documents Cadre de Partenariat.

Cette gestion décentralisée présentera l'avantage de susciter une dynamique motivant nos personnels et l'assistance technique, de donner des responsabilités à nos ambassades qui s'appuieront sur nos services ainsi valorisés. Grâce à cette responsabilisation, nous pourrions conserver la mémoire française, notamment dans le domaine sanitaire et d'individualiser notre action, et d'enraciner notre influence.

4. Développement humain (approche bilatérale et dons) ou approche financière de l'aide au développement (approche multilatérale et prêts) ?

Nous l'avons illustré à propos du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme: le financement des organisations multilatérales et des initiatives mondiales dans le secteur de la santé, n'a de sens en pratique que si elles sont relayées et suivies sur le terrain par une expertise bilatérale qui s'assure de l'action de prévention et de soins.

Le Secrétariat et le Conseil d'Administration du Fonds Mondial s'évertuent à se définir comme un Fonds seulement, et expliquer qu'il n'est pas une agence, c'est-à-dire qu'il n'a pas en son sein d'expertise technique en appui aux pays qui sont constamment invités à la mobiliser eux-mêmes.

Si nous attendions de J. Sachs qu'il prenne en compte dans son rapport au SG des Nations Unies les limites de l'augmentation massive et isolée des fonds d'aide publique, telles que nous les lui avons rappelées en octobre à Londres, et comprenne que l'absorption de ressources additionnelles ne se fait pas d'un coup de baguette magique pour toutes sortes de raisons, notre politique doit être cohérente avec nos convictions : les financements multilatéraux doivent être relayés et suivis politiquement, techniquement et financièrement sur le terrain.

La communauté internationale a (trop récemment) pris conscience qu'un des grands enjeux de l'efficacité de l'aide tourne autour des capacités des ressources humaines à mettre en œuvre les actions à l'échelle des pays (pas seulement dans les capitales). Le développement des ressources humaines, le renforcement des capacités, et la formation initiale et continue appellent par nature des hommes et le maintien d'une assistance technique de proximité, bien souvent espérée aussi par les partenaires sur le terrain.

Recommandations

1. Mettre en place une tutelle unique d'un dispositif stratégique et de pilotage mieux coordonné

Il s'agit de mettre en cohérence le dispositif et les moyens financiers et humains de la Coopération internationale avec la volonté du Président de la République.

Les incertitudes sur le devenir des projets, que génère la répartition actuelle des portefeuilles et des projets entre la DGCID et l'AFD, et sur les modalités d'effectivité de la tutelle du MAE sur l'AFD, déstabilisent tout à la fois les postes diplomatiques, les opérateurs, les autorités sanitaires des pays récipiendaires de l'aide française, qui attendent de Paris des directives et des clarifications. En pratique et de façon immédiate, conformément aux souhaits des postes, les choix politiques et les transferts effectués à l'AFD, ne doivent pas avoir pour conséquence de casser la dynamique d'instruction, d'examen et de mise en œuvre des projets du FSP sur la période 2005-2006. La complexité des modalités de mise en œuvre de la réforme 2004/2005, invite les responsables politiques et administratifs de toutes les parties, à prendre les mesures et les garanties nécessaires à la continuité de l'aide, conformément aux instructions du ministre délégué à la Coopération, et à la permanence des soins préventifs et curatifs, puisque c'est de cela qu'il s'agit, et au respect des engagements vis-à-vis de nos assistants techniques sur le terrain. L'image de la France, auprès des partenaires nationaux du terrain, ou internationaux, ne se relèverait pas d'une suspension de fait de ses programmes d'aide à la santé, après le séisme déjà traversé par tous sur la période 2003 (lié à l'insuffisance des crédits de paiement).

La première recommandation a trait à l'architecture institutionnelle de la politique et de la stratégie de mise en œuvre de l'aide publique sectorielle : les acteurs français de la coopération, en France et sur le terrain dans les pays récipiendaires de l'aide, ainsi que la communauté internationale et l'opinion publique française, souhaitent voir se construire au niveau national un dispositif politico-administratif unique, efficace, coordonné, crédible, lisible, réactif et opérationnel de mise en œuvre de l'aide publique française en vue de sa contribution à la réalisation des OMD.

Des clarifications attendues de tous, en France et à l'étranger, doivent être apportées très rapidement sur les attributions respectives et les statuts des institutions identifiées chargées de mettre en œuvre l'aide publique française, afin de redonner à chacune une identité claire, tant la réforme leur confie a priori des missions en décalage par rapport à leurs vocations respectives initiales.

Les modalités de l'efficacité de la tutelle exercée par le MAE sur l'AFD, doivent être mieux définies lors du CICID qui doit se réunir le plus rapidement possible, puis de manière régulière au moins une fois par trimestre le temps de la structuration du dispositif de la réforme.

Il s'agit :

- (i) d'élaborer une politique française de Développement qui précise clairement les zones géographiques et les secteurs de concentration, la répartition des volumes de financements entre les aides bilatérales et multilatérales, le choix des instruments privilégiés de financements des actions bilatérales

(aide budgétaire globale affectée ou non affectée, traitement de la dette, aide programme, aide projet, etc.), le positionnement de la France dans le débat sur les modalités de la Facilité Financière Internationale et la taxation internationale, etc., qui résume tout à la fois les points d'accord de la communauté internationale sur les procédures d'harmonisation et de complémentarité des interventions sur le terrain, que la France s'est engagée à respecter.

- (ii) de valider, publier et diffuser cette politique de Développement rénovée de l'Etat français, incluant les modalités de mise en cohérence des priorités stratégiques sectorielles avec la programmation des pays dans le cadre des DCP en cours d'élaboration et discutés réciproquement entre Paris (MAE et AFD) et le terrain.
- (iii) de suivre les directives d'une seule tutelle politique forte et finaliser rapidement les termes de la Convention Cadre liant l'AFD et le Gouvernement, incluant les dispositions relatives à la mise en œuvre concertée de la politique de développement sur le terrain et la méthodologie de la mesure de sa performance en cohérence avec les principes de la LOLF qui ne s'applique qu'à l'Etat.
- (iv) de simplifier les organigrammes et les procédures, clarifier les statuts de l'AFD qui n'est pas reconnue comme un opérateur par le MINEFI lui-même, ni par Bruxelles, tant qu'elle reste un organisme bancaire
- (v) **de coordonner tous les acteurs tant institutionnels qu'associatifs publics ou privés au niveau central et au niveau périphérique. Les difficultés actuelles de réforme de la Coopération avec le transfert de compétences de la DGCID/MAE vers l'AFD, sources de nombreuses interrogations, pourraient trouver une solution au travers de l'association de ces deux structures à l'occasion des modifications statutaires incontournables de l'AFD.**
- (vi) de préciser la philosophie du maintien de l'AT et les modalités de gestion de l'AT. **La priorité étant de sécuriser le capital de savoir faire, d'expérience et de réseau de l'AT, tant pour des raisons de cohérence avec une volonté politique de maintien d'influence que de respect des ressources humaines.** La question du maintien, du redéploiement, et de la gestion de l'assistance technique, se pose, en attendant de connaître quelles seront les recommandations qui seront retenues du rapport Connan/Wattez, de la mission en cours de trois autres experts, des positions du Conseil d'Etat, des discussions avec FCI et l'AFD, et les décisions politiques et stratégiques qui s'en suivront. Encore une fois le secteur de la santé doit retenir toute l'attention des autorités étant donné la portée planétaire et politique des enjeux et de la sensibilité des choix qui peuvent être faits dans ce domaine.
- (vii) de mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre des DCP, à Paris et sur le terrain, en coordination avec les partenaires nationaux et

internationaux, qui facilite la mesure de la performance et la lisibilité des interventions, tant en interne que par les partenaires extérieurs de la France

- (viii) de simplifier les procédures de gestion des financements par les ONG, et par les SCAC, de renforcer la souplesse de la gestion décentralisée par les postes dans les pays en augmentant les enveloppes du Titre IV dans les domaines qui relèvent de ses compétences, c'est-à-dire, pour le secteur santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- (ix) du côté de l'AFD, comme elle s'y est engagée, la tutelle stratégique de l'AFD devra tout mettre en œuvre pour (i) s'assurer de la capacité de l'Agence à prendre ses responsabilités dans les pays, (ii) s'assurer de la capacité de ses agences à devenir un interlocuteur technique compétent à la fois pour les autorités sanitaires des pays et les partenaires occidentaux publics et privés, (iii) s'assurer en permanence de la rigueur, de la transparence et de l'équité de l'attribution des marchés par les Etats bénéficiant de ses financements quels que soient les instruments avant de leur procurer un avis de non objection. Une instance de contrôle pourrait être créée garantissant cette transparence et permettant aux sociétés des recours, (iv) préserver et continuer de promouvoir la visibilité de la France au travers de ses interventions sur le terrain, à maintenir un instrument de mise en œuvre de projets pilotes ou de dimension modeste, qui seuls permettent de tester des pratiques innovantes et constituent, en produisant des actions de proximité, la plus visible et la plus souple expression de la solidarité, sans parler de leur précieuse pertinence à fonder des choix stratégiques dans les instances multilatérales et mondiales. Des dispositions doivent être prises par le Gouvernement pour garantir la continuité et la mise en œuvre des projets instruits dont les budgets sont inférieurs à 5 ou 6 millions d'euros, et le maintien des ressources humaines en appui à ces projets, quels que soient les opérateurs choisis. Afin de faciliter le maintien de projets de petite taille sous la forme de dons, aux coûts de formulation et de gestion tout aussi élevés, la question de la rémunération de l'AFD par le Gouvernement doit être examinée avec attention, car dans l'immédiat, c'est l'activité « prêts » de l'AFD qui subventionne l'activité « dons », mais nous insistons pour que le don reste l'instrument privilégié de financement des secteurs sociaux.
- (x) De s'assurer de la visibilité de notre aide quels que soient les instruments retenus dans le champ de la santé, au travers d'un dialogue politique avec les Etats, de la mesure des résultats des projets mis en œuvre par l'AFD, capitalisés et disséminés à l'échelle des pays et internationale en concertation avec le MAE.
- (xi) d'allouer des moyens financiers suffisants en cohérence avec nos engagements politiques internationaux, nous y reviendrons au point 2.
- (xii) **dans le domaine de l'offre de soins, la recherche du meilleur rapport coût-efficacité qui tienne compte des contraintes budgétaires et des ressources humaines limitées concentrées dans les mégapoles des PMA impose d'éviter les écueils de l'hospitalo-centrisme ou de la dispersion**

des moyens au travers des dispensaires de soins. Le développement de centres de traitement ambulatoire répond aux différentes contraintes précitées.

Pour le secteur de la santé, la répartition de l'APD entre les différents instruments (FSP, aide budgétaire, aides programmes, etc.) et entre le bilatéral et le multilatéral, doit faire partie d'une position et d'une prise de décision politiques et stratégiques, dont découleraient secondairement le choix des modalités de mise en œuvre puis l'identification de la ou les, institutions les plus adaptées et les plus opérationnelles à exécuter ces modalités.

Dans les pays francophones bénéficiaires de l'aide publique européenne, la France pourrait se proposer d'être chef de file de la mise en œuvre des financements européens alloués au secteur de santé, notamment dans le cadre des aides programmes, des approches sectorielles, et des aides budgétaires globales (à tranches fixes et/ou variables). De même, elle pourrait prendre une part beaucoup plus active au sein des instances de coordination des projets du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme du fait de ses très forts niveaux d'engagements à l'échelle mondiale, et de son expertise reconnue dans ces domaines à l'échelle internationale.

2. Pour plus de cohérence entre l'engagement politique et les moyens humains et financiers consacrés à la santé

De façon plus globale, les acteurs du développement sanitaire attendent plus de cohérence entre le discours, l'affichage et l'engagement politiques d'un côté, et les moyens accordés de l'autre. Il semble qu'à poursuivre la réforme dans un contexte budgétaire contraint et de diminution des autorisations de programmes, le gouvernement prenne le risque de la rendre périlleuse.

Le CICID et le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, convaincu au sommet de la pertinence de maintenir la diversité des instruments de mise en œuvre de l'aide publique, comme en témoigne la lettre du Ministre des Finances à J. Sachs, devront accorder les moyens à l'AFD de relever ce défi de taille qui lui est lancé dans le cadre de cette réforme. Le Ministère des finances pourrait prendre le leadership à l'échelle européenne d'une concertation entre les Etats membres sur le suivi et les résultats de l'aide budgétaire globale et ses effets sur les secteurs sociaux des pays soutenus, en collaboration avec les travaux en cours de la Banque Mondiale. L'AFD pourrait prendre dans les pays le leadership de la mise en œuvre des aides programmes des Etats membres de l'Union européenne.

L'ensemble des moyens financiers et humains doit être accru en faveur de ce secteur qui ne reçoit que 4% de l'APD française. Si l'objectif de consacrer 0.7% du RNB à l'APD doit être atteint en 2012, conformément aux engagements internationaux de la France, le secteur de la santé pourrait bénéficier de l'augmentation des budgets de l'Etat français pour atteindre au moins la moyenne des pays du CAD de l'OCDE, de 11% de part d'APD consacrée à la santé, sans attendre 2012 afin d'être en cohérence avec la volonté du Président de la République. Les contraintes budgétaires auxquelles nous sommes confrontés, le poids de la dette publique, la croissance convalescente ne doivent pas freiner cette remise à niveau impérative.

En même temps, des outils doivent être développés pour parfaire le cycle de réalisation du DCP : (i) Objectifs, Programmation, Suivi-évaluation, (ii) harmonisation et complémentarité avec les politiques nationales des pays en développement, et avec les contributions européennes et internationales existantes et programmées, (iii) évaluation de la performance de la politique transversale de l'aide publique au développement dont le MAE est le chef de file, (iv) capitalisation des interventions, en vue de la publication des résultats et de la performance de la France à l'attention du citoyen contribuable français et de la communauté internationale.

Les Ministères techniques, dont le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, ses agences et organismes publics autonomes sous tutelle (dont l'Institut National de Veille Sanitaire), les Instituts de Recherche, l'ANRS, principaux partenaires du Gouvernement sur la mise en œuvre de projets de recherche, Coordination Sud et les grandes OSI, y compris urgentistes et humanitaires, dont les programmes s'inscrivent en synergie des interventions bilatérales et multilatérales, doivent prendre toute leur part dans la Coopération au Développement et bénéficier de subventions annuelles largement accrues à la hauteur de leurs missions, facilitant l'exercice de leurs responsabilités face à l'immensité des enjeux sanitaires mondiaux. La coordination et le maillage de ces différents réseaux ainsi que ceux de la francophonie sont essentiels au développement de notre influence.

La Recherche française médicale, scientifique, pharmaceutique et la recherche en santé publique, doivent être soutenues en priorité, dont les résultats permettront une meilleure compréhension, anticipation, et réponse aux menaces potentielles auxquelles nous devrions faire face.

L'équilibre des aides bilatérales et multilatérales doit être maintenu, car nous l'avons décrit, la relève sur le terrain, et le relais technique sur place des engagements internationaux, donne tout son sens à la participation de la France aux programmes multilatéraux : les engagements et les programmes multilatéraux doivent être conduits jusqu'au niveau où se situe l'action de prévention et de soins.

La répartition des contributions de la France aux organisations multilatérales ou aux fonds mondiaux, doit faire l'objet de décisions politiques, être cohérente avec les stratégies sectorielles et géographiques et cibler la réalisation des priorités de la contribution française à la réalisation des OMD de la santé « en fonction des décisions prises sur les types d'instruments auxquels nous souhaitons recourir pour tel ou tel domaine d'action (bilatéral, multilatéral, bi-multi), en tenant compte de leurs avantages comparatifs. Il faut mettre en place des groupes de pilotage (de suivi-évaluation) associant la DGCID et NUOI et, le cas échéant, d'autres ministères concernés (notamment la santé pour l'OMS, les Affaires Sociales pour l'OIT⁹, ... ».

S'agissant des contributions volontaires aux organisations internationales, la France pourrait développer : (i) un avis sur la validité des différentes organisations selon leurs compétences respectives et selon leurs capacités budgétaires, (ii) une étude de la présence française dans ces organisations comme mesure de notre influence sur les priorités stratégiques, (iii) une étude surtout des priorités stratégiques que nous poursuivons avec ces organisations et que nous avons commencé à formaliser, s'agissant de l'OMS, avec l'Accord Cadre du 5 novembre

⁹ MAE. NUOI. JM. Ripert. Note relative au « *CICID : renforcement des moyens d'élaboration, de suivi et d'évaluation des contributions multilatérales* ». 2 novembre 2004.

2003 entre le MAE et le Ministère de la santé. Cet accord, outre ses intérêts techniques, vise aussi à rendre plus visible vis-à-vis de l’OMS notre contribution totale et l’orientation que nous voudrions qu’elle donne à ses actions. Au regard de la part importante que représente l’Afrique dans notre APD, ainsi que les OMD dans celle-ci, il serait intéressant que la France puisse obtenir à nouveau un statut d’observateur au sein du Bureau Régional pour l’Afrique de l’OMS.

Nos autorités devraient se montrer vigilantes sur la synergie des actions bilatérales et multilatérales dans le champ de la santé, en particulier dans les pays où les DCP n’inscrivent pas d’action spécifique dans ce secteur : si un projet du FM est mis en œuvre dans un pays dont le secteur santé n’a pas été identifié comme prioritaire par les postes, il devrait pouvoir tout de même recevoir l’appui technique des représentations françaises (AFD, ambassades, organismes de recherche, expertise technique) à sa réalisation.

La France, en tant que premier contributeur du FED pourrait inciter la Commission européenne à contribuer de manière plus significative aux Initiatives mondiales, telles que GAVI et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et s’assurer d’une plus grande cohésion entre les politiques et les réalisations, et d’une plus forte cohérence : (i) entre les différentes institutions européennes (DG DEV et AIDCO), (ii) entre Bruxelles et les Délégations sur le terrain.

Les conclusions et recommandations du groupe de travail sur l’élaboration, le suivi et l’évaluation des programmes européens et multilatéraux de coopération, initié dans le cadre du CICID de juillet 2004, animé par le SME/MAE, sont impatiemment attendues dans le cadre de la prochaine réunion du CICID.

Nous recommandons d’ores et déjà que l’expertise française soit mieux représentée de manière permanente auprès des instances européennes, multilatérales (ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP notamment) et du Secrétariat des initiatives mondiales, comme celui du Fonds Mondial à Genève. Les montants des contributions de notre gouvernement à ces Fonds multilatéraux justifient à eux seuls la nécessité pour la France de mieux suivre l’utilisation stratégique et opérationnelle des programmes, en y affectant une expertise française de haut niveau. Il nous semble légitime, en tant que deuxième contributeur bilatéral à ce Fonds, d’exiger de voir des experts français beaucoup plus nombreux à des postes stratégiques, à la fois au Secrétariat à Genève et en appui au terrain.

Le projet de loi de Finances 2005 témoigne d’un effort dans ce sens qui doit être maintenu et accru tout au long de la période 2005-2015. Des aménagements réglementaires doivent permettre de surmonter les obstacles administratifs à la mise à disposition d’assistants techniques auprès des ces institutions internationales, comme ils le sont auprès d’Etats étrangers¹⁰.

Les ministères techniques (Santé et Recherche, Education Nationale et Enseignement Supérieur) pourraient avec le MAE réfléchir au développement d’un projet relatif à la promotion de ressources humaines dans le champ du développement, incluant la formation en santé internationale à l’EHESP, et l’accroissement des potentiels et capacités à l’international des ministères techniques, des GIPs associés, en lien avec la DGCID, l’AFD et FCI.

¹⁰ MAE. DAG. DRH. Note relative à l’envoi de coopérants techniques auprès d’organisations internationales ou de structures privées. 1^{er} octobre 2004.

La crédibilité de l'expertise française, en jeu lorsqu'elle est représentée (ou non) au sein des plateformes techniques ou stratégiques de concertation internationale, bénéficiera de la capitalisation et de la publication internationale des travaux et des enseignements tirés de sa longue pratique de terrain, tant dans le domaine de la recherche que dans le domaine de l'hôpital et de la clinique, que dans le champ de la santé publique, de la surveillance et de la lutte contre les maladies transmissibles, dont l'expertise française est internationalement reconnue.

3. Structurer des Partenariats Public-Privé et créer de toute urgence une « Task Force Accès aux Médicaments »

La mise en œuvre de l'aide bilatérale associée en ordre dispersé, comme nous l'avons décrit, des acteurs publics, privés industriels et commerciaux, confessionnels, communautaires, territoriaux, etc. Ces intervenants doivent pouvoir coordonner leurs actions grâce à l'aide du Gouvernement en fonction des stratégies sectorielles définies de concert avec eux dans le cadre du CICID. Les réalisations doivent être pilotées conjointement.

PPP dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida

La dynamique de la plateforme thématique VIH/Sida, animée conjointement par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et le Ministère des Affaires Étrangères, réunissant autour des pouvoirs publics l'expertise multidisciplinaire française dans ce domaine, et la richesse de ses échanges avec le Groupe Sectoriel Santé du CICID à l'occasion de l'élaboration de la politique sectorielle, illustrent la pertinence de cette démarche, qui doit se prolonger sous la forme de la structuration de PPP.

Les partenariats de longue haleine que la France a développés avec les organisations communautaires de lutte contre le sida, et les associations de personnes vivant avec le VIH, tant en France que sur le terrain, ont donné une envergure internationale, voire mondiale à ces mouvements.

La France a initié des PPP avec les entreprises privées et la Coalition Mondiale des Entreprises sur la thématique du VIH/sida. La DDCT/DGCID a commandité une étude¹¹ très intéressante dressant l'état des politiques, stratégies et réalisations du secteur privé industriel et commercial, et des autres coopérations bilatérales et multilatérales dans ce domaine.

De la capacité à construire et à structurer des plateformes de concertation et des partenariats entre les secteurs public et privé, en France et sur le terrain, dépendent la cohésion et la coordination de l'aide bilatérale française, mais aussi la cohérence de celle-ci avec les politiques plus générales du Gouvernement (commerciales, extérieures, environnementales, culturelles, relatives aux technologies de l'information, etc.).

¹¹ Cabinet Michèle Barzach Santé Internationale (MBSI). *Etude sur les PPP dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida*. Rapport à la DDCT/DGCID/MAE. Novembre 2004.

PPP avec l'Industrie Pharmaceutique

Par contre la France a pris un certain retard dans le domaine du PPP avec l'Industrie Pharmaceutique, aucune plateforme de concertation n'ayant jusqu'ici réuni l'ensemble des acteurs publics, privés et associatifs concernés. L'expérience de DFID¹² de construction d'un PPP entre DFID et l'Industrie Pharmaceutique au Royaume Uni, et de mise en œuvre de cette politique d'accès aux médicaments essentiels dans toutes ses composantes sur le terrain au Ghana¹³ est une illustration de PPP avec l'IP très riche d'enseignements pour la France. DFID souhaite dans le cadre des quatre orientations relatives à sa stratégie « *Access to Medicines* » décrite plus haut, développer des partenariats avec les gouvernements des pays en développement, les institutions internationales au développement (multilatérales et bilatérales), la société civile et l'industrie pharmaceutique pour contribuer à rendre plus accessibles les médicaments. La France est attendue par les équipes du Département « *Access to Medicines* » à Londres pour travailler de concert sur ces questions à la fois au siège et dans les pays.

Sur tout ce qui concerne la Cible 17 de l'OMD 8 relative à l'Accès au Médicament, les évolutions internationales s'accroissent au moment même où se déroule notre mission. Nous avons rendu compte dans le présent document de l'audition du Parlement Européen sur ces questions, des discussions relatives à l'entrée en vigueur des accords de l'OMC pour certains pays comme l'Inde. Les enjeux en termes de concurrence internationale de production de génériques sont très importants : en ce moment même la Chine, le Brésil, la Russie et l'Inde s'organisent pour produire des génériques à bas prix, les premiers fournissant la matière première, les autres produisant les réactifs ou le médicament. Parallèlement la pharmacie occidentale est confrontée à un développement du générique en Europe et notamment à un passage dans le domaine public des « *block busters* » les plus rentables pour l'horizon 2007 et à une faiblesse de son portefeuille de molécules innovantes.

La France et l'Industrie française doivent prendre de toute urgence la mesure de ces négociations qui préparent ces pays émergents à rendre plus performante leur capacité de production pharmaceutique. Les délais d'adaptation de notre industrie et de notre législation sont très courts face à cette menace concurrentielle. Le texte de Loi en préparation, qui autoriserait l'industrie française à produire des génériques, dans sa forme actuelle, ne permettrait pas de protéger notre industrie à la hauteur des enjeux commerciaux qui se dessinent à l'échelle internationale.

Le groupe Sanofi-Aventis, récemment créé, constitue un atout majeur pour la France et l'Europe en ces domaines. Troisième groupe pharmaceutique mondial et leader mondial des vaccins, il a manifesté à travers son projet, et réitéré lors de cette Mission, son intérêt pour l'Accès aux Médicaments et aux vaccins des pays de l'Hémisphère Sud. La définition d'un projet global de production et de commercialisation à des prix différenciés des médicaments génériques essentiels et des médicaments et vaccins destinés aux pandémies du Sud est en cours de finalisation. Cette stratégie ne peut prendre sa dimension qu'à travers la collaboration avec les pouvoirs publics du Nord et des partenaires volontaires avec les gouvernements des Etats du Sud.

¹² DFID. *Increasing access to essential medicines in the developing world: UK Government Policy and Plans*. June 2004.

¹³ DFID. *Increasing access to medicines: an assessment and policy options for Ghana*. December 2003.

Plus globalement, la France doit travailler davantage avec les Etats membres de l'Europe sur ces questions, et amener la Commission européenne à prendre des positions beaucoup plus affirmées et rapides dans ce domaine, afin que les producteurs de génériques européens, tels que Novartis, prennent toute leur place dans cette course mondiale à la production compétitive de génériques.

C'est dans cet esprit que la création d'une « *Task Force Accès au Médicament* » de concertation des acteurs français travaillant sur la réalisation de l'OMD 8/Cible 17, s'impose de toute urgence. Elle réunirait en priorité les services concernés du MINEFI, du MAE, du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, de l'AFD, le LEEM, Industrie Pharmaceutique, la Campagne d'Accès aux Médicaments de MSF, le Réseau REMED.

Les objectifs de la Task Force pourraient être les suivants :

- structurer le dialogue national avec l'industrie pharmaceutique et préparer l'Industrie à se repositionner dans le contexte actuel international de la production de génériques

- élaborer une politique et une stratégie nationale de la France en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8, en concertation avec les Etats membres et les travaux de la Commission européenne

- formaliser des partenariats public-privé avec l'Industrie Pharmaceutique

- venir en appui du développement de la politique pharmaceutique des pays en développement et faciliter l'accès de ces pays aux médicaments essentiels et génériques, dans le cadre des accords de Doha. La Cible 17 de l'OMD 8 exige, dans sa définition même que les pouvoirs publics coopèrent avec les entreprises pharmaceutiques. Une contractualisation entre les organisations internationales d'un côté, apportant leur appui à la définition des besoins futurs en médicaments essentiels et en vaccins et à la prédictibilité de la demande, et l'Industrie Pharmaceutique de l'autre, afin de les produire à des taux concurrentiels et de qualité certifiée, serait une activité opportune à laquelle la France pourrait apporter une précieuse contribution.

- s'assurer de la contribution française aux dispositions et les conclusions du Conseil Européen du 23 Novembre 2004, rappelant les engagements de la communauté internationale et de la Commission européenne à mettre en œuvre la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique¹⁴, sans que des négociations bilatérales ou des législations nationales ne viennent empêcher cet accord¹⁵.

¹⁴ OMC. Conférence Ministérielle. Quatrième Session. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. Doha, 9-14 novembre 2001.

¹⁵ Conseil Européen. Relevé des Conclusions sur un cadre politique européen cohérent pour une action extérieure de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bruxelles. 23 Novembre 2004.

PPP dans le domaine du financement des soins : mutualité

La Recherche, la Formation et l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers sont des éléments indissociables du trépied sanitaire nécessitant la coordination de tous les acteurs et l'établissement de partenariats multiples autour d'un opérateur pivot. Ces actions imposent de ne pas occulter la nécessité vitale de mettre en place des systèmes de protection sanitaire assurantielle adaptée à la réalité économique et culturelle de ces pays afin de pérenniser leurs dispositifs de soins et libérer de leur situation de perfusion financière et technique.

Les PMA sont caractérisés par la part écrasante de l'économie informelle avec des structures le plus souvent rurales marquées par un pourcentage important (autour de 20%) d'indigents et une majorité de personnes ne pouvant contribuer que de manière tout à fait modeste au financement des systèmes de soins.

L'erreur la plus commune est d'avoir voulu leur imposer nos systèmes administratifs complexes fondés sur une économie formelle suffisamment riche. Il importe donc de s'adresser aux bailleurs internationaux pour abonder un fond de roulement réservé aux indigents, financé par la taxe internationale proposée par le Président de la République et complétée par la participation contributive réaliste du reste de la population afin de mutualiser la prise en charge assurantielle autour d'un panier de soins limité à l'essentiel. L'impérative nécessité d'atteindre une masse démographique critique afin de répartir le risque et d'équilibrer les coûts doit s'articuler avec l'approbation par la société civile (conseil de village) de son contrôle notamment quant à la définition de ses bénéficiaires (indigents).

Comme le souligne la Fédération Nationale de la Mutualité Française, « *la France a innové dans sa politique de coopération en matière de santé en intégrant le financement de la santé comme une des priorités sectorielles. Cette question pose les fondements d'une nouvelle approche basée sur le renforcement de l'appui normatif et donc de l'Etat de droit, l'appui au lancement de partenariats entre les pouvoirs publics, les usagers des services de santé et les acteurs économiques du secteur de la santé. Mettant à jour plusieurs formes de gouvernance, elle permet de réaffirmer dans une coopération partenariale que les Etats bénéficiaires de l'APD, quels que soient ses montants, sont à la fois les premiers acteurs et avocats de la lutte contre la pauvreté et la réalisation des ODM dans leur propre contexte. Or, l'étude de certains documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) fait ressortir certains résultats contradictoires. L'intégration dans les dépenses de santé de la part de financement privé des populations, par les pouvoirs publics, dans le cadre de la mise en place de politiques nationales de santé, revêt un caractère stratégique. Lorsque cette complémentarité existe, elle permet une action en profondeur et on l'espère durable*¹⁶. Lorsque cette complémentarité ne peut pas être organisée, la faible capacité d'absorption de l'aide par les pouvoirs publics entraînera souvent une stagnation des résultats¹⁷. La situation peut malheureusement conduire à un recul des objectifs du millénaire¹⁸, ce qui expliquerait les

¹⁶ Joint Staff Assessment de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International sur le DSRP du Rwanda, mai 2004 : met en évidence que près de 500 000 personnes sont couvertes par des systèmes à contributions à contribution volontaire (en anglais *micro insurance*) en s'appuyant sur des associations ou des regroupements professionnels.

¹⁷ Joint Staff Assessment du DSRP du Sénégal, du Burkina Faso et de Madagascar en 2003 et 2004 : il existe des écarts sensibles entre les objectifs déclarés en santé, les sommes affectées et les résultats concrètement obtenus.

¹⁸ Joint Staff Assessment du DSRP du Mali, mai 2004.

réductions des décaissements, prévus dans les cadres de dépenses à moyen terme, sans être justifiées par une amélioration de la situation sanitaire.

Si d'aventure l'analyse de ces résultats devait conduire à une réorientation des cibles prioritaires bénéficiaires de l'aide publique au développement des principaux bailleurs multilatéraux, la France pourrait, du fait de son antériorité et de son expertise en matière de projets d'appui au financement de la santé, contribuer au débat mondial sur le renforcement de l'aide et ses nouvelles formes de financement¹⁹ ».

La France devra alors, elle aussi, renforcer le partenariat public-privé pour augmenter sa capacité d'action. Dans le même temps, il convient de promouvoir davantage une expertise française qui est souvent recherchée et qu'il est important de diffuser et de rendre plus visible. Là encore le savoir-faire mutualiste français pourrait trouver de nouveaux horizons propices à son expansion. **Le développement de ces partenariats constitue une action intelligente et lisible et immédiatement opérationnelle pour le citoyen français, qui s'assure ainsi de l'utilisation à bon escient des fonds publics d'aide au développement, en même temps qu'elle permet aux pouvoirs publics d'avoir des politiques industrielles et commerciales cohérentes avec les choix d'aide au développement et réciproquement. Cette dynamique permettrait à notre pays, dont l'expertise et le savoir-faire dans le domaine sanitaire sont mondialement reconnus, d'optimiser notre présence à court et long terme dans tous les domaines stratégiques.**

Lors du X^e sommet de la Francophonie, l'initiative du Président de la République d'organiser, en juin 2005, une conférence internationale dans le cadre des événements liés à l'année du micro-crédit, doit permettre d'y intégrer des questions liées au financement de la santé. La pérennisation des objectifs du millénaire doit rester un axe majeur de notre politique de coopération.

La FNMF rappelle que *« les faibles niveaux de dépenses de santé dans les pays en développement, ainsi que le sous-financement structurel des systèmes de santé rendent l'atteinte des objectifs du millénaire, d'une manière générale et en santé en particulier, difficiles. La canalisation des ressources de financement de la santé, hors aide publique au développement (à savoir la taxation, les contributions sociales des entreprises et des salariés, et surtout, les contributions volontaires ou les paiements directs) doit rester le but à atteindre. Toutes les formules qui ont été expérimentées en matière d'assurance maladie dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) ont laissé apparaître que le paiement direct des usagers restait toujours important. Dès lors, il apparaît nettement que les choix opérés en matière de systèmes d'assurance maladie ne peuvent être que fonction des contextes et qu'ils doivent correspondre aux capacités contributives des différents acteurs. »*

4. Permettre à l'expertise française de s'exprimer à l'international

La France, en particulier sa Fonction Publique, est trop refermée sur elle-même et les préoccupations franco-françaises. La méconnaissance de l'ensemble des acteurs français du développement, des choix politiques et stratégiques, de l'organisation institutionnelle, des

¹⁹ Les nouvelles contributions financières internationales (groupe de travail présidé par J.P. Landau), *Commission for Africa* (présidée par Monsieur Tony Blair).

modalités de mise en œuvre et des résultats de l'aide publique au développement des agences bilatérales et des institutions multilatérales, est préoccupante.

Or la France est attendue par les pays, comme elle est attendue par la communauté internationale, sur le terrain des politiques et des stratégies internationales dans le champ de la santé. En réponse à ces attentes qui l'honorent, la France doit être plus présente, plus nombreuse, plus visible et plus réactive surtout, aux attentes de collaboration exprimées par acteurs de la Coopération britannique, belge, allemande, ou européenne.

Pour faciliter le déploiement de l'expertise française à l'international, tous secteurs confondus, en appui à la réalisation des OMD, FCI pourrait contribuer à la constitution d'un vivier de jeunes diplômés qualifiés, de niveau bac plus 4 ou 5 années d'études, actuellement à la recherche d'un emploi en France, et disposés à consacrer quelques années de leur vie au volontariat en appui à l'aide publique au développement. Dans cet esprit les entreprises privées ayant des filiales dans les pays en développement pourraient contribuer au financement de séjours de jeunes qui seraient recrutées par elles, mais dont la mission serait de travailler en appui au développement des capacités institutionnelles des Etats du Sud dans différents domaines (juridiques et commerciaux, finances publiques, santé et développement social, gestion des ressources humaines, etc.). Son financement adossé ainsi sur les bailleurs bi et multilatéraux, le partenariat public/privé limiterait de ce fait son impact sur le budget français.

De façon générale, la capacité des ressources humaines publiques et privées françaises dans le champ du développement, doit être considérablement renforcée. Ceci passe notamment par les actions suivantes :

Dans le champ de la Santé : nous sommes dans l'attente du décret relatif à la Loi de Santé Publique 2004, qui prévoit de créer une Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Celle-ci, pourrait, à l'instar des universités anglo-saxonnes, proposer des enseignements type Master de Santé Publique, investir le champ de la santé internationale (pas seulement les sciences biomédicales), et proposer aux ressources humaines publiques et privées françaises, des formations complémentaires à celles existantes, et promouvoir ainsi une expertise en santé publique internationale (politiques et stratégies), publique et privée, mobilisable par les instances de FCI et du GIP Santé et Solidarité.

En outre, une formation des élèves de l'Ecole Nationale d'Administration très ciblée sur la Santé Publique et le Développement, y compris sur les grands enjeux autour de la pandémie du sida, et des diplomates, au moment où on donne instructions précises pour leurs trois années en poste juste avant l'envoi des nouveaux ambassadeurs, pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la santé publique, permettre de dépasser la vision strictement médicale de la santé de la plupart des énarques, de lever certaines zones d'ombres entourant ce secteur, et de susciter un réel intérêt des futurs diplomates et administrateurs pour la santé publique des pays en développement. Ils ne seront que mieux armés pour distiller et valoriser dans les pays les savoir-faire français. Cette réflexion sur la formation des futurs Administrateurs de l'Etat, s'inscrirait en continuité avec un travail commencé sur le thème *Santé et Développement* lors d'un séminaire sur les politiques de santé animé à l'ENA en juillet 2003²⁰, dont est issu un rapport sur la Santé et le Développement, travail dont un des

²⁰ ENA. Promotion Léopold Sédar Senghor (2002-2004). Séminaire "Les politiques de santé". Juillet 2003.

objectifs était d'étudier « *les approches propres à sensibiliser les politiques et à réguler les systèmes, de façon comparative en quelques grands acteurs/bailleurs, qu'ils soient nationaux : français et une pays non européen par exemple* », travail suivi par la DCSUR (B. Montaville).

Par ailleurs le GIP France Coopération Internationale devrait établir un fichier exhaustif de l'ensemble de nos compétences. Une cartographie de l'expertise française par secteur a été réalisée mais les compétences en santé sont encore trop assimilées au domaine médical et insuffisamment à l'ensemble des champs de la santé publique internationale). En effet, il revient à FCI d'identifier tous les lieux publics, privés et communautaires (associatifs et non gouvernementaux) de l'expertise française dans l'ensemble des champs de la Santé Publique et des Sciences Sociales (pas seulement de la Médecine et des sciences biologiques et médicales, mais aussi de l'Economie de la santé, de l'organisation institutionnelle de l'aide publique, des mécanismes de définition et du contenu des politiques et stratégies internationales, de l'organisation des finances publiques en appui au secteur de la santé, etc.), et de la mettre au service des acteurs du développement de demain : le MAE et l'AFD, mais aussi les Ministères techniques, les bureaux d'études, etc.

Les assistants techniques, conseillers multi-mission et conseillers aux affaires sociales, pourraient être formés sur les objectifs du Millénaire pour le Développement et plus globalement sur les instruments de l'aide publique au développement française. Une étude d'évaluation des besoins en formation des professionnels publics et privés oeuvrant à la réalisation des OMD du secteur de la santé, pourrait être conduite en partenariat avec la DCSUR/MAE. Cette étude pourrait inclure par exemple, une analyse des perspectives de carrière internationale des fonctionnaires et de l'expertise privée du secteur de la santé, en ciblant les observations et les recommandations sur les directions internationales des ministères techniques.

Une fois identifiée et formée, il est impératif que la mobilité de cette expertise, publique ou privée, soit garantie. Ceci impose que tous les obstacles réglementaires et législatifs à cette mobilisation soient levés : qu'il s'agisse de la mise à disposition de personnels contractuels auprès des organisations multilatérales, ou de la mobilisation de l'expertise publique et territoriale hospitalière, etc. en appui à des missions de courte, moyenne et longue durée, les textes relatifs à la gestion des ressources humaines, doivent être révisés.

Plus globalement, la gestion des ressources humaines de la fonction publique doit permettre à ceux qui le souhaitent d'intégrer à leur carrière un parcours international. Une coopération multilatérale dans laquelle les français sont présents au sein de Consortium réunissant des partenaires publics et privés internationaux, y compris en long terme, doit compléter la stratégie de visibilité et d'influence de l'assistance technique bilatérale. Ceci suppose une excellente maîtrise de l'anglais, tant pour répondre aux appels d'offres internationaux que pour travailler auprès de partenaires très diversifiés. Il est temps de préparer le secteur public et d'étendre la capacité du secteur privé à se positionner davantage dans le domaine international.

La capacité de FCI à venir en appui du développement de l'ingénierie de montage de Consortium, et renforcer ainsi la capacité publique, universitaire, privée de réponse à des appels d'offres internationaux et de mobilisation de fonds européens et multilatéraux pourrait être développée.

L'influence de la France se développera au travers d'1. un renforcement des moyens de pilotage stratégique de la France, souhaité par le CICID, mais qui reste à définir et structurer, tant à Paris que sur le terrain en vue du suivi des DCP, et 2. une présence accrue des experts français au sein des organisations internationales, forums mondiaux et des projets financés par l'aide multilatérale.

Dans ce contexte, le dispositif français de la Coopération internationale se sera préparé à accompagner, tout au long de la décennie à venir, les pays bénéficiaires d'une aide publique considérablement accrue au travers de mécanismes internationaux en cours de discussion (taxation internationale et FFI), en vue de la réalisation effective des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Nous vivons un moment historique où la mondialisation du risque sanitaire est amplifiée par l'expansion démographique avec la précarisation économique chronique et l'instabilité politique que cela sous-entend. Confrontés à ces défis et ces enjeux planétaires, les organismes internationaux et l'hyper puissance américaine ont décidé d'investir le domaine vital de la santé. Les Nations émergentes et les puissances asiatiques ne sont pas en reste et prétendent maîtriser leur avenir voire conduire celui du monde.

Face à ce positionnement des puissances actuelles et futures, la France a désormais une fenêtre de tir très étroite. Afin de saisir l'opportunité historique qui lui est offerte, nous devons valoriser notre savoir-faire scientifique, technique et industriel mondialement reconnu en fusionnant de façon urgente nos services sans attendre un quelconque darwinisme administratif et en y attribuant les moyens budgétaires et humains nécessaires à notre coopération et ainsi concrétiser la vision du Chef de l'Etat pour redonner à notre pays son ambition légitime liée à l'universalité de sa pensée.

I. PREMIERE PARTIE

Contexte et dispositions de la Réforme de la Coopération française de 1998 à 2004

I.1. Introduction

La contribution française au développement sanitaire des pays en développement est historique. « *Notre Service de Santé des Armées a une longue et glorieuse histoire africaine. Le quadrillage territorial lui a permis de stabiliser les grandes endémies, de protéger les populations civiles et militaires et de faire avancer la Science. Son rôle humanitaire a assuré à la France une place de choix dans son relationnel technique mais aussi affectif avec le continent africain*²¹ ».

La France a longtemps été le seul partenaire bilatéral des autorités sanitaires sur le terrain, en particulier en Afrique francophone, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF. Les politiques et stratégies de coopération du Gouvernement français dans le champ de la santé, en continuité avec les actions menées lors de la colonisation, ont privilégié dans un premier temps la lutte contre les Grandes Endémies et les soins hospitaliers. En accordant une très grande importance au développement de la Médecine moderne, de la Médecine Tropicale et de l'Epidémiologie des pays du Sud, **la France a placé la Santé au cœur du dispositif géostratégique d'influence politique, diplomatique, économique et du rayonnement culturel de notre pays.**

Tout au long de la décennie 80 les systèmes de santé des pays du Sud sont confrontés à des situations démographiques, sociales et économiques complexes liées notamment aux processus de forte urbanisation et de croissance démographique, et aux retentissements des politiques d'ajustement structurel sur les budgets des secteurs sociaux²². Dans ce contexte, en réponse aux insuffisances des budgets publics, et aux dysfonctionnements des systèmes de santé, les organisations internationales de développement - la Commission Européenne, occupée jusque là à financer des programmes macroéconomiques de développement, et la Banque Mondiale les infrastructures - s'investissent progressivement dans le champ de la santé, motivées aussi par l'émergence de l'épidémie de sida, dont l'impact social et économique, en Afrique surtout, est considérable dès la fin des années 80.

L'entrée en scène de la Commission Européenne et de la Banque Mondiale s'accompagne de la publication de publications de référence^{23, 24, 25}. La Banque Mondiale devient en deux décennies, et de très loin, un acteur déterminant de la politique sanitaire des

²¹ Ministère de la Défense. Inspecteur général du Service de santé des armées. Médecin Général des Armées Jacques de Saint-Julien. *Coopération de Santé Militaire en Afrique*. 1^{er} décembre 2003.

²² Kerouedan D. J. Brunet-Jailly. *La France a-t-elle une stratégie de coopération en matière de santé avec l'Afrique et Madagascar ?* in : *L'Afrique Politique*. Réformes des Etats africains. CEAN- Karthala. Paris, octobre 2001. p 165-180.

²³ Banque Mondiale. *Rapport sur le développement dans le Monde. Investir dans la Santé*. Banque Mondiale, Washington. 1993.

²⁴ Banque Mondiale. *Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience*. Banque Mondiale, Washington, 1994.

²⁵ Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé/sida. *Note d'orientation pour la préparation et la conduite sous Lomé IV des interventions dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne*. Document de travail, 1993.

pays en développement, y compris francophones. Dans le même temps, il est juste de le reconnaître, elle a acquis une réelle expertise dans ce secteur nouveau pour elle.

La France qui était depuis les indépendances, parfois le seul partenaire extérieur des Etats africains francophones, tant du point de vue de l'appui aux systèmes de soins, que du point de vue financier, où certes les agences de l'ONU étaient représentées, mais ne disposaient que de faibles moyens humains et financiers, s'est retrouvée repositionnée dans la configuration sanitaire internationale et mondiale. Son influence s'est trouvée remodelée à l'échelle des pays de sa zone d'influence habituelle par l'implication sur le secteur santé de ces « poids lourds » que sont la Banque Mondiale et la Commission Européenne (perçue par les pays partenaires récipiendaires comme une entité bien distincte de la France, ignorant souvent que notre pays contribue au ¼ du budget du Fonds Européen de Développement).

Dans la même décennie 90, le système des Nations Unies étend sa contribution au développement sanitaire des pays du Sud, au travers de l'implication de l'ensemble des agences (PNUD, FNUAP, PAM, etc.) et non plus des seules agences de référence pour la Santé (UNICEF et OMS). La création du Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida en 1996 confirme cette tendance d'impliquer sur le secteur de la santé la plupart des agences du système des Nations Unies, auxquelles se joint la Banque Mondiale pour former l'ONUSIDA, alliance concrétisée à l'échelle des pays sous la forme du « Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/sida ».

Plus récemment, à ces nouveaux acteurs sont venues s'ajouter dans les domaines de la Santé Reproductive et de la lutte contre le sida par exemple, les contributions très remarquées des Etats-Unis, privées (Fondations Bill Gates et Bill Clinton) et publiques (USAID et CDC), incluant depuis peu les fonds d'urgence du Président Bush à la lutte contre le sida (Projet PEPFAR²⁶) dont les montants annoncés au niveau mondial sont de 15 milliards de dollars sur la période 2004-2008, et les montants alloués à la seule Côte d'Ivoire s'élèvent à 14 millions de dollars sur la même période.

Tout au long des deux dernières décennies nous assistons à une évolution des politiques et des stratégies sanitaires internationales qui se structurent et s'harmonisent en appui à la réforme des systèmes de santé au travers des instruments suivants de mise en œuvre de l'aide publique bilatérale et multilatérale dont la Commission Européenne, la Banque Mondiale et les Banques régionales): (i) l'aide-projet, (ii) l'aide budgétaire globale, (iii) l'approche sectorielle ou aide-programme multi-bailleurs (« *basket funding* »), (iv) l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) et les cadres stratégiques de lutte contre la Pauvreté (CSLP), dont les Contrats français de Désendettement pour le Développement (C2D) sont l'instrument très singulier de mise en œuvre des financements liés aux annulations de la dette française.

Sur quelques 6 milliards d'habitants, la Terre compte aujourd'hui environ 1.2 milliard de personnes vivant dans un dénuement extrême avec moins de 1 dollar par jour. La Commission Macro-économique de la Santé, dirigée par J Sachs, avait déjà estimé au début du Millénaire le coût du paquet minimum de services auquel pouvait prétendre tout un chacun

²⁶ President- Bush- Emergency Plan For AIDS Relief

dans les pays du Sud à 40 dollars par habitant et par an, pendant que les dépenses de santé sont actuellement de moins de 10 dollars par an et par habitant²⁷.

C'est dans ce contexte international qu'en septembre 2000, 189 pays réunis sous l'égide des Nations Unies ont adopté la **Déclaration du Millénaire**. Les huit Objectifs généraux du Millénaire pour le Développement (OMD), les dix-huit objectifs spécifiques et les quarante huit indicateurs, servent de référence commune à la communauté internationale, invitée à orienter ses politiques, ses programmes de développement, ses instruments financiers et mécanismes de suivi-évaluation des programmes, en vue de contribuer à leur réalisation et à en évaluer l'efficacité²⁸. C'est la première fois qu'un tel consensus réunit l'ensemble de la communauté internationale autour d'objectifs communs de développement.

La France s'est engagée à prendre toute sa part dans la réalisation des OMD²⁹. Le Sommet de la communauté internationale à 5 ans de la Déclaration du Millénaire doit se réunir en septembre 2005 à New York pour faire le point de l'avancement des pays et des bailleurs de fonds vis-à-vis de leurs engagements sur la période 2000-2005. Le Projet du Millénaire, dirigé par J. Sachs, a publié en vue de cette conférence, le *Plan Mondial pour la réalisation des OMD* pour atteindre les objectifs en 2015, sur la base des premières conclusions sur l'état d'avancement des pays³⁰ sur la période 2001-2004. Le rapport d'étape présenté à la communauté internationale réunie à Londres début octobre 2004, finalisé en janvier 2005³¹, a été remis au SG des Nations Unies. La communauté internationale, avec la France (MAE et AFD), réunie à Londres en octobre 2004 autour de J. Sachs, a beaucoup insisté sur la nécessité de ne pas résumer le plan d'action à une demande d'augmentation de l'aide publique adressée aux bailleurs de fonds, mais de prendre en considération les obstacles à la réalisation des OMD, notamment en Afrique (relatifs à la gouvernance, au manque de ressources humaines, à la corruption, à la structuration même des institutions et des mécanismes publics de financements, etc.), qui peuvent constituer par endroits un frein à l'absorption de ressources additionnelles.

Le Forum de Haut Niveau pour les OMD de la Santé, réunissant les principaux partenaires au Développement autour d'un secrétariat animé par l'OMS et la Banque Mondiale, est chargé de réfléchir et de proposer des politiques et stratégies facilitant la réalisation des OMD de la santé. Réuni à Genève en janvier 2004, à Abuja en décembre 2004, le Forum de Haut Niveau se réunira à Paris fin novembre 2005.

²⁷ OMS. Rapport de la Commission Macro-économie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. J Sachs et GH Brundtland. Décembre 2001.

²⁸ voir site de l'OCDE : www.ocde.org

²⁹ MAE. DGCID. Memorandum de la France sur ses politiques et programmes en matière de Coopération pour le Développement. Mai 2004.

³⁰ The Millenium Development *Project. Action Plan. Draft. September 23, 2004.*

³¹ Projet du Millénaire. J. Sachs. Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le Développement. Janvier 2005.

1.2. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement du secteur de la santé

Les OMD accordent à la Santé une dimension centrale, puisque trois des 8 OMD concernent directement la santé. Les objectifs 4, 5 et 6 sur la période 1990-2015 sont les suivants:

- OMD 4 : réduire des 2/3 la mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans
- OMD 5 : améliorer la santé maternelle et réduire des 3/4 la mortalité maternelle
- OMD 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies (dont la tuberculose).
- Et la cible 17 de l'OMD 8 : en collaboration avec les entreprises pharmaceutiques, fournir l'accès aux médicaments essentiels aux pays en développement.

Le premier sujet de notre rapport est d'évaluer ce que la France a fait en vue de contribuer à la réalisation de ces objectifs dans le monde. Nous présentons ci-après les résultats de la contribution de notre pays sur la période 2000-2005, qui correspondent de fait aux interventions mises en œuvre dans le cadre de la réforme du dispositif de coopération de 1998 en France.

La contribution des autres coopérations bilatérales, de la Commission européenne et des institutions multilatérales, suivie de l'analyse du positionnement de notre pays et de l'articulation des aides bilatérale et multilatérale, sont présentées dans un second temps.

1.3. La réforme du dispositif de Coopération de la France sur la période 1998-2004

La Conférence du Millénaire ne surgit pas à n'importe quel moment des évolutions politiques, stratégiques et organisationnelles du dispositif français de la Coopération internationale au Développement. A la suite des constats et recommandations du rapport au Premier Ministre du Député JP Fuchs³², la réforme de 1998 est entreprise sous l'impulsion de motivations diverses, dont le regroupement des acteurs et le souci de réaliser les économies dans les budgets de fonctionnement de l'Administration, l'extension de l'intervention à l'ensemble des pays du monde, l'engagement plus marqué vers le multinational, les évolutions internationales et la pression de la mondialisation.

Les deux principaux objectifs de la réforme étaient les suivants:

1. Renforcer l'unité de conception et de coordination de l'action de la France en matière de Coopération internationale, en regroupant au sein de deux pôles ministériels le MAE et le Ministère de l'Economie et des Finances (MINEFI), les attributions de conception, de suivi et de contrôle.

³² JP Fuchs. Pour une politique de développement efficace, maîtrisée et transparente. Rapport au Premier Ministre. Collection des rapports officiels. La Documentation Française. 1995.

2. Accroître l'efficacité de l'aide et moderniser les procédures, en distinguant entre le niveau politique et le niveau technique de maîtrise d'œuvre dont les tâches peuvent être confiées à une agence et à des opérateurs spécialisés.

Le premier objectif de la Réforme a été atteint, notamment grâce à la fusion du Ministère de la Coopération et du Ministère des Affaires Etrangères. Les services sectoriels rattachés au MAE, relèvent désormais de la Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID/MAE).

Le Comité Interministériel de la Coopération Internationale au Développement (CICID), présidé par le Premier Ministre, est créé par décret le 4 février 1998, réunissant « *le Ministre des Affaires Etrangères, le ministre chargé de l'Economie et des Finances (MINEFI), le Ministre chargé de la Population et des Migrations, le Ministre chargé de l'Education, le ministre chargé de la recherche, le ministre chargé de l'Intérieur, le ministre de la Défense, le ministre chargé de l'Environnement, le ministre chargé de la Coopération, le ministre chargé du budget, le ministre chargé du Commerce Extérieur et le ministre chargé de l'outre-mer.* » (Article 2 du décret N° 98-66 du 4 février 1998).

Le MAE et le MINEFI qui assurent le Secrétariat du CICID, exercent conjointement la fonction de pilotage stratégique de l'Aide Publique au Développement sous l'autorité et l'arbitrage du Premier Ministre.

L'Agence Française de Développement est désignée comme l'opérateur pivot. « *La création d'une mission interministérielle APD offre une occasion unique de consolider les objectifs de coopération française et son processus de programmation grâce à la restructuration budgétaire et à la préparation d'un document de politique transversale.* ³³ »

1.4. Evolutions et répartition de l'APD française

La France est en bonne voie d'atteindre son engagement à Monterrey. Son APD a connu une progression importante entre 2001 et 2003 de 0.32% à 0.41% du RNB, lequel place la France en tête des pays du G7, et devrait atteindre 0.42% en 2004 et 0,44% en 2005. Toutefois en 2002, la part relative à l'annulation de la dette dans le cadre de l'IPPTE, représentait près de 25% de l'APD totale³⁴.

Le Ministère des Finances gère l'aide publique relative aux annulations de la dette des pays envers la France, l'aide budgétaire globale, et les contributions du Gouvernement aux Institutions Financières Internationales (IFI). « *Dans un proche avenir néanmoins, une fois que la plupart des pays concernés par l'IPPTE auront franchi l'ensemble des étapes du processus d'endettement prévu dans ce cadre, une baisse conséquente de l'effort d'annulation de dette est à prévoir. Il s'avèrera alors nécessaire pour le Gouvernement français d'assurer le relais pour maintenir le niveau d'APD et sa progression. Les estimations indiquent que celle-ci devrait atteindre environ 9 milliards de USD en 2007. Mobiliser de tels montants*

³³ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

³⁴ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

additionnels dans un contexte budgétaire difficile constitue un défi de taille pour le gouvernement. La programmation et les modalités de mise en œuvre de ces ressources, sans parler des conséquences en termes de ressources humaines, constituent autant d'enjeux qui devraient sans tarder retenir toute l'attention des autorités françaises³⁵ ».

Le MAE et le MINEFI contrôlent à eux deux près de 70% de l'APD en 2002 (le MINEFI 40% et le MAE 29%). Ceci se retrouve en 2003³⁶. La DGCID conserve alors ses compétences d'opérateur et son action en faveur du développement représente une dépense de l'ordre de 900 millions d'euros (15% de l'APD) et mobilise 5 907 agents³⁷. « *Le Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche joue un rôle relativement important dans le domaine de la coopération technique par le biais : du budget consacré à la Recherche qui bénéficie principalement à deux organismes, l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et le Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique (CIRAD) ; et de la prise en charge du coût des études supérieures en France des étudiants venant de pays éligibles à l'APD.*³⁸ »

Tableau : Répartition de l'APD française³⁹
En millions d'euros, versements nets 2002

	MINEFI	MAE	AFD	Autres ministères	Total	%
Aide bilatérale	1 096	953	169	1 617	3 835	66%
Aide multilatérale	1 265	721			1 986	34%
Total	2 361	1674	169	1 621	5 821	
Total en %	40%	29%	3%	28%	100%	

L'Afrique subsaharienne est la première bénéficiaire des projets du Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) et plus de 70% de l'encours de projets concernent les Pays les moins avancés (PMA.) En Afrique francophone, aucun donateur bilatéral n'atteint le niveau

³⁵ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

³⁶ Voir en annexe 3 le Tableau de répartition de l'aide publique au développement de la France. Document élaboré par la Direction du Trésor et communiqué par le SME/MAE. Novembre 2004. Versements nets desquels sont déduits tous les remboursements intervenus dans l'année.

³⁷ MAE. DGCID. Bilan 2003 et perspectives.

³⁸ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

³⁹ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

de l'APD française. La Côte d'Ivoire est le premier bénéficiaire de l'APD française⁴⁰ avec 432 millions de USD d'AP brute. Le Maroc est le premier bénéficiaire de l'APD française des pays de la ZSP hors traitement de la dette⁴¹.

L'aide bilatérale représente 66% du total de l'APD et l'aide multilatérale 34% du total de l'APD. « *Comme pour d'autres Etats membres de l'UE, l'APD française est caractérisée par la prépondérance de l'aide européenne (64% de l'APD multilatérale et 19% de l'APD totale en 2002). Les contributions aux Nations Unies auxquelles la France semble accorder une importance stratégique face aux enjeux de la mondialisation, sont faibles (2% de l'APD totale en 2002) et inférieures à la moyenne du CAD (7% de l'APD).*⁴² ». Nous y reviendrons par la suite.

Notons que la répartition des aides bilatérales et multilatérales des financements du gouvernement français alloués au secteur de la santé présente en 2004 un schéma exactement inverse à celui observé sur la répartition de l'APD globale: 65% des financements de l'APD au secteur de la santé le sont au bénéfice d'organisations multilatérales (Fonds Mondial inclus), contre 35% en appui à des programmes bilatéraux.

L'AFD bien que qualifiée d'« opérateur pivot » de la coopération, gère moins de 10% de l'APD sous la forme de prêts pour la plupart (509 millions d'euros en termes nets et 816 millions d'euros en termes bruts en 2002) et ses fonds propres ne représentent que 3% de l'APD française.

Le Fonds de Solidarité Prioritaire est un instrument central de la Coopération. Les projets en cours concernent majoritairement les OMD. « *La crise des paiements traversée en 2003, née de l'écart accumulé ces cinq dernières années entre les autorisations de paiement et les crédits de paiement (150 millions d'euros) a sérieusement affecté le fonctionnement du FSP*⁴³ », d'autant qu'elle s'est produite peu de temps après le passage de la monnaie à l'Euro. Ces interruptions de paiement ont déstabilisé tout autant la continuité de la mise en œuvre des projets par les pays récipiendaires, que par les ONG françaises.

I. 5. Les dispositions du CICID de juillet 2004.

Le 10 mars dernier, le Président de la République a confirmé la priorité qu'il accordait à l'aide publique au développement comme composante de la politique étrangère de la France et souhaité que la Coopération soit renforcée pour contribuer à la réalisation des OMD fixés par la communauté internationale en septembre 2000.

⁴⁰ CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

⁴¹ Voir en annexe 4 les tableaux de classification des pays de la ZSP en fonction de l'APD reçue hors traitement de la dette.

⁴² CAD/OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

⁴³ DGCID. Journées de la Coopération Internationale et du Développement. Synthèse. Juillet 2004.

Le Comité Interministériel pour la Coopération Internationale et le Développement (CICID) s'est saisi de la question. Le Conseil restreint du 10 Mars 2004 a fixé six priorités sectorielles pour l'aide au développement :

- l'éducation,
- l'eau et l'assainissement,
- la santé et la lutte contre le SIDA,
- l'agriculture et la sécurité alimentaire,
- le développement des infrastructures en Afrique sub-Saharienne,
- la protection de l'environnement.

« Dans ces secteurs, des stratégies pluriannuelles de référence, assorties de chiffrages indicatifs, seront soumises au CICID et validées avant le 1^{er} Janvier 2005. Elles couvriront l'ensemble de nos programmes d'aide bilatérale et de nos contributions multilatérales. »

Le CICID du mois de juillet 2004 a jeté les bases d'un processus de rénovation profonde de l'aide publique française qui doit engager une progression régulière de l'aide pour atteindre 0,5% du PIB en 2007 et 0.7% en 2012, en accord avec l'engagement pris par la France à la Conférence de Monterrey en 2002. Cette augmentation de l'APD vise à « *donner les moyens de leur développement à nos partenaires, en particulier les pays les plus pauvres* » et permettre « *une remise à niveau des contributions aux organisations de développement des Nations Unies et un soutien renouvelé des partenaires de la société civile* » relèvent les conclusions du CICID.

La nécessité de rendre l'aide publique française moins dispersée et plus lisible, en même temps que l'augmentation significative attendue des volumes d'aide, incitent la France, à l'instar de la Commission européenne ou d'autres coopérations bilatérales européennes (DFID, les pays nordiques par exemple), à choisir des instruments de financement de l'aide publique aux modalités de décaissements plus rapides, telles que l'aide multilatérale ou l'aide budgétaire non affectée.

Le CICID de juillet 2004 affirme que l'aide doit être plus claire dans ses objectifs, propose que la programmation par pays s'accompagne de l'élaboration de stratégies sectorielles pluriannuelles qui traduisent la contribution de la France à la réalisation des OMD et qui soient soumises à consultation publique sur le site Internet du MAE, ainsi qu'à la critique de la société civile et du secteur privé. Il est prévu dans ce cadre des réunions sectorielles annuelles de l'ensemble des acteurs de la coopération afin d'étudier la mise en œuvre de la stratégie.

Une Conférence annuelle d'Orientation Stratégique et de Programmation (COSP) établira une programmation indicative des ressources allouées à chaque pays dans le cadre des Documents Cadre de Partenariat (DCP) où seront pris en considération les OMD. La première Conférence d'Orientation Stratégique et de Programmation s'est réunie le 16 novembre 2004, pour discuter de l'agenda international du développement, des perspectives d'évolution de l'aide publique au développement de la France, de la programmation indicative des ressources d'aide publique au développement en 2005, de la mise en place des stratégies pluriannuelles sectorielles et de la méthodologie d'évaluation des performances des pays membres de la ZSP⁴⁴.

⁴⁴ MAE. Lettre du Directeur de Cabinet au DG de la DGCID. 5 novembre 2004.

La réunion du CICID du mois de juillet 2004 prévoit « *le renforcement de l'Agence française comme opérateur-pivot de la coopération française* » dont les statuts seront révisés, en sachant que « *l'Etat détermine les orientations stratégiques de l'AFD* » qui assure « *l'instruction et le suivi des projets et programmes* ». Une convention cadre entre l'Etat (MAE, Ministère de l'Economie et des Finances et Outre-mer) et l'AFD entrera en vigueur en 2005 qui définira, outre les modalités d'exercice de la tutelle du MAE sur l'AFD, précisera aussi à l'échelle des pays les relations entre l'Ambassadeur et les agences locales de l'AFD. S'agissant des opérations de dons gérées par le FSP, la gestion pour le secteur de la santé est confiée à l'AFD.

A l'échelle des pays, la réforme prévoit qu'un DCP soit élaboré par l'ensemble des acteurs publics (SCAC et AFD) sous l'autorité de l'Ambassadeur. Il est en outre recommandé que ce document soit discuté avec les autorités locales, prenant en compte le Cadre national Stratégique de Lutte contre la Pauvreté du pays, puis, par souci d'harmonisation des pratiques des bailleurs de fonds, que soient pris en considération les documents stratégiques pays des Délégations de la Commission européenne. La note d'instructions relative à l'élaboration des DCP communiquée aux postes par le co-secrétariat du CICID, est à juste titre exigeante sur le contenu attendu de ces documents : concentration sectorielle (2 ou 3 secteurs), objectifs, résultats attendus, cohérence avec les politiques nationales, et cohérence avec les autres bailleurs de fonds⁴⁵.

Pour l'avenir l'action s'inscrit dans deux priorités : une amélioration du pilotage du dispositif (renforcement de la programmation des AP et des CP et meilleur suivi des décaissements) et la mise en place de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) dont l'objectif est **d'améliorer l'efficacité de la dépense publique**⁴⁶ et d'inscrire dans les documents budgétaires une discussion sur les stratégies, les objectifs, les indicateurs des politiques des grandes missions gouvernementales.

En effet, des initiatives visant à introduire une gestion axée sur les résultats, sont en cours de conception dans le cadre du projet d'orientation stratégique pour l'AFD, et dans le contexte de réforme budgétaire et de la préparation de la LOLF pour le MAE et le MINEFI. « *D'initiative parlementaire, la LOLF abroge l'ordonnance de 1959 à partir du 1^{er} janvier 2006. Elle substitue une logique de performance à l'actuelle logique de moyens. Il est prévu que chaque programme s'engage sur des objectifs chiffrés, mesurés par des indicateurs, dont il rend compte au Parlement.*⁴⁷ »

La LOLF modifie la présentation budgétaire désormais configurée sous la forme de grandes politiques du Gouvernement intitulées les « Missions ». Au sein d'une même mission, les crédits peuvent être répartis entre les grands programmes ministériels. Ainsi sont créés le Programme « Aide Publique au Développement » et le Programme « Solidarité Internationale » de la Mission du Ministère des Affaires Etrangères. Le responsable rendra compte annuellement de la performance de son programme et s'expliquera sur les écarts entre les objectifs et les réalisations dans le cadre de la Loi de Règlement. Les indicateurs de suivi

⁴⁵ CICID. Co-secrétariat. Instructions relatives à l'élaboration par les postes des DCP. 2004.

⁴⁶ MINEFI. La démarche de la Performance : stratégie, objectifs indicateurs. Guide méthodologique pour l'application de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001. Juin 2004.

⁴⁷ DGCID. Journées de la Coopération Internationale et du Développement. Synthèse. Juillet 2004.

des programmes ont été élaborés par les services des ministères concernés par ces programmes et des observations ont été recueillies du Parlement.

En plus de cette Mission, il a été décidé dans le champ de l'APD d'avoir une *Politique Transversale* dont le document est en cours d'élaboration et dont le chef de file est le MAE. Ces DPT « ont pour objet de favoriser la coordination par un ministre chef de file d'actions de l'Etat relevant de plusieurs ministères et de plusieurs programmes qui concourent à une politique interministérielle et l'obtention de résultats socio-économiques communs. Les DPT n'ont pas pour vocation à présenter l'ensemble des politiques interministérielles mais seulement celles à fort enjeu budgétaire. Présentés dans le cadre du débat budgétaire, les objectifs repris dans les DPT doivent obligatoirement figurer dans les projets annuels de performance annexés au projet de loi de finances. Les DPT sont un outil qui doit permettre à un ministre désigné comme chef de file d'une politique interministérielle de coordonner le pilotage par la performance de cette politique⁴⁸ ».

La LOLF s'applique à l'Etat et non à des organismes tels que l'AFD, qui devra rendre compte au MAE et au MINEFI de l'exécution de ses programmes de telle façon que la performance de ceux-ci soit prise en considération par les mécanismes de la LOLF.

La LOLF permet à différents moments selon les acteurs de modifier les crédits d'un programme ou de faire jouer la fongibilité. En outre cette fongibilité doit pouvoir s'exercer partout c'est-à-dire aussi à l'échelle des ambassadeurs dans les pays.

1. Au moment du débat parlementaire d'examen du Projet de loi de finances, **un parlementaire** a le droit, par amendement, **de modifier la répartition des crédits entre programmes d'une même mission** : ainsi, il peut notamment diminuer les crédits d'un programme au profit d'un autre (avec une attention particulière à conserver si cette modification comprend des crédits de personnel, la plafond d'emplois étant ministériel, lui).

2. La mission n'a pas de réalité en gestion : les programmes sont ministériels et leur gestion **relève de chaque ministère. A partir de ce moment, toute fongibilité interne au programme est autorisée pour le responsable de ce programme à une seule exception, la fongibilité asymétrique**, autrement dit : il peut redéployer des crédits de personnel vers toute autre dépense, l'inverse étant interdit.

3. Dernière précision : si le Gouvernement souhaite modifier la répartition de crédits entre programmes de ministères différents ce qui est le cas de la mission APD, il peut le faire en gestion par des **décrets de transferts** prévus à l'article 12 de la LOLF "*Des transferts peuvent modifier la répartition des crédits entre programmes de ministères distincts, dans la mesure où l'emploi des crédits ainsi transférés, pour un objet déterminé, correspond à des actions du programme d'origine*". Ces décrets de transferts sont pris par le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie après information des commissions des finances des deux Assemblées.

⁴⁸ MINEFI. Note sur les documents de politique transversale communiquée en janvier 2005.

1.6. Mise en œuvre sur le terrain des dispositions du CICID de juillet 2004 : élaboration des Documents Cadres de Partenariat

L'ambiguïté du relevé de conclusions du CICID de juillet 2004, et les diverses interprétations qui en découlent, génèrent de nombreuses incertitudes qui appellent un arbitrage politique attendu de tous, à la fois à Paris et sur le terrain. A Djibouti, à Madagascar et au Mozambique, au Mali et au Burkina Faso, au Laos, au Cambodge et au Viêt-nam, où s'est rendue notre mission, les acteurs attendent que des clarifications, des directives et des instructions claires leur soient communiquées. Le discours du ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie devant les conseillers de Coopération et d'Action Culturelle réunis à Paris le 8 novembre 2004 a apporté quelques clarifications sur les principes, qui ne lèvent pas toutes les incertitudes sur les modalités très concrètes de la mise en œuvre de la réforme sur le terrain, notamment pour tout ce qui concerne le devenir et l'administration de l'assistance technique.

Il est attendu de la prochaine réunion du CICID que décisions et des clarifications soient apportées afin de lever ces incertitudes qui démotivent les acteurs sur le terrain et nuisent à l'image de la France auprès de nos partenaires et de la communauté internationale.

Des discussions sont en cours qui préparent le terrain en vue de : (i) reprofiler les SCAC pour effectuer le pilotage stratégique, (ii) maintenir, au moins au niveau régional, des compétences sectorielles (conseillers régionaux Santé par exemple), et une assistance technique dite « d'influence » dont les modalités de gestion ne sont pas encore définies ni réparties entre le MAE, l'AFD et France Coopération Internationale. La nécessité de coordonner avec les SCAC et l'AFD, et l'expertise française au sens large sur le terrain, y compris celles relevant des organismes de Surveillance et de Recherche (IRD, CIRAD, Institut Pasteur, INVS, Pôle de Lyon de l'OMS) s'avère plus que jamais nécessaire et pertinente dans un contexte de réduction des ressources humaines affectées aux postes et sur le terrain.

Sur le terrain, l'élaboration des DCP est en cours dans une trentaine de pays identifiés comme pilotes en quelque sorte. Fin janvier 2005, 18 pays sur les 30 prévus, avaient envoyé leur DCP à Paris, en cours d'examen par différents services du MAE et l'AFD, qui seront validés d'ici à juin 2005. Si les instructions communiquées aux postes par le co-secrétariat du CICID sont très claires sur le contenu attendu des DCP, leur usage moins excellent :

- Les mécanismes de suivi et de pilotage des DCP et les résultats attendus ne sont pas décrits dans les DCP qui ont pu être examinés par la Mission. Lorsqu'ils ont choisi le secteur de la santé, les DCP présentent de grands axes stratégiques, en continuité avec l'action antérieure, mais n'y figurent pas d'objectifs précis en lien avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le champ de la santé. Notons que la stratégie sectorielle santé n'a été finalisée et validée lors de la prochaine réunion du CICID, après que les DCP observés aient été adressés à SME/MAE. Ce décalage a sans doute nui à la conformité des DCP avec les orientations sectorielles définies à Paris.

- Par ailleurs, les DCP ne précisent pas les méthodes de mesure de résultats des interventions programmées ni ne quantifient les résultats attendus au bout des trois ans de mise en œuvre. **Or ce serait au moment de la programmation d'inscrire dans ce document stratégique les méthodes de suivi-évaluation des interventions et faciliter ainsi le moment venu, le compte rendu des réalisations de la France en faveur des objectifs du Millénaire pour le Développement. Le système de pilotage et de suivi de ces DCP, que ce soit à Paris ou sur le terrain, par le MAE ou l'AFD ou le MINEFI, n'est décrit à notre connaissance dans aucun des documents (Stratégie sectorielle, DCP, APD et LOLF, etc.)**

La Santé a été choisie comme un des secteurs de concentration dans 10 pays sur les 18 dont les DCP sont parvenus à Paris en janvier (Bénin, Tunisie, Cameroun, Madagascar, Laos, Cambodge, Niger, Tchad, Djibouti, Territoires palestiniens). Notons que les postes du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et du Burkina Faso, où l'action de la France est très étendue dans le champ de la santé depuis deux décennies, n'ont pas retenu la santé comme secteur de concentration, malgré les priorités de ce secteur en termes de développement humain, dans des pays de plus en plus atteints par l'épidémie de sida.

Cependant, si cette concentration s'est effectuée en coordination avec les choix sectoriels des partenaires de la communauté internationale et des financements publics et privés programmés dans le domaine de la santé et de la lutte contre le sida, en particulier les Etats-Unis dans le cadre du projet PEPFAR à Abidjan et de USAID au Sénégal et au Mali par exemple, nous comprenons que les postes privilégient d'intervenir en priorité sur d'autres secteurs. Il n'empêche que la France perd en visibilité et en valorisation des acquis d'une très longue expérience de terrain, à la fois dans les domaines clinique, santé publique et recherche, dans ces pays francophones du Sahel. D'autre part, en ayant écarté de leurs priorités le secteur de la santé, les ambassades françaises de ces pays, risquent, à moins de maintenir et de solliciter davantage les compétences sectorielles régionales, d'apporter une expertise technique limitée en appui à la mise en œuvre des projets financés par les initiatives mondiales (Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme par exemple) à un moment et un endroit où la France est très attendue.

Enfin, quand bien même les DCP seraient élaborés après que les stratégies sectorielles aient été diffusées, il semble qu'il n'y ait pas encore d'instrument s'assurant de la cohérence de la programmation faite par les postes avec les priorités des stratégies sectorielles fixées dans le cadre du CICID qui devront pourtant s'imposer aux services déconcentrés du MAE et de l'AFD dans les pays bénéficiaires de notre aide, sous l'autorité des Ambassadeurs. De la même façon, les ministères techniques, et tout particulièrement le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, devront s'assurer de la cohérence avec la stratégie sectorielle santé, des actions internationales des agences autonomes sous tutelle, avec d'autant plus de vigilance que leurs actions respectives s'intensifient à l'international.

Les partenaires nationaux récipiendaires de l'aide, attendent à leur tour que la nouvelle architecture de l'organisation institutionnelle de mise en œuvre de l'aide publique française leur soit expliquée, et que des opérations initiées ne soient pas interrompues ou suspendues tant pour des raisons d'efficacité que de crédibilité vis-à-vis du pays bénéficiaire. Les instructions de Paris aux postes relatives à l'élaboration des DCP invitent les postes à une concertation avec les autorités des pays en vue de la concentration sectorielle et de la programmation des activités de coopération sur les trois prochaines années. L'intensité avec laquelle ces concertations avec les pays a effectivement lieu, est sans doute variable d'un pays à l'autre selon les postes et les secteurs retenus.

De leur côté les enjeux sont liés à la disponibilité des systèmes de recueil de données sanitaires, budgétaires et financières, à la disponibilité des ressources humaines et à leurs capacités de bâtir des partenariats public-privé suffisamment solides pour mettre en œuvre les réalisations, suivre et absorber les ressources extérieures.

II. DEUXIEME PARTIE

La stratégie de la DGCID/MAE dans le secteur de la santé 1999-2004

II.1. La stratégie sectorielle santé sur la période 1999-2003

Parmi les orientations sectorielles de l'Aide Publique au Développement dans la Zone de Solidarité Prioritaire, telles qu'elles sont définies dès 1998 par le MAE, figure celle-ci : « *permettre un meilleur accès de tous à l'éducation de base et aux soins de santé primaire* », à propos de laquelle le document de la DGCID stipule « *l'aide à la santé doit d'abord s'investir dans l'hygiène publique, la lutte contre les grandes endémies, les conditions d'accès aux soins primaires. La création, l'extension et l'amélioration des services de proximité constitueront l'un des axes importants de notre coopération* », suivi d'un document précisant que « *l'ensemble de nos efforts devra **contribuer à la baisse de la mortalité maternelle et infantile en même temps qu'au développement de l'accès à la santé génésique : deux éléments évidemment fondamentaux, et complémentaires, du développement humain, tant à un niveau individuel que collectif***⁴⁹ ».

Une équipe sectorielle placée à la Direction du Développement et de la Coopération Technique (DDCT) de la DGCID au MAE, entame en 1999 et 2000, donc en amont de la Déclaration du Millénaire, l'élaboration d'une stratégie dans le domaine de la santé, qui, si elle ne fait pas spécifiquement référence aux OMD 4 et 5, ni à la cible 17 de l'OMD 8 relative au Médicament, opte avec force pour une **approche intégrée du développement sanitaire** mettant en exergue les axes prioritaires suivants cités ainsi dans la mise à jour du document de politique sectorielle publié par la DDCT en décembre 2003⁵⁰ :

1. Lutte contre le Sida et les maladies transmissibles
2. Renforcement des systèmes de santé, où il s'agit de développer les politiques nationales de santé publique, l'organisation décentralisée de l'offre de soins, le développement des ressources humaines et la politique du médicament essentiel.
3. Financement de la Santé, où l'appui de la France s'efforce d'assurer la viabilité des systèmes dans la recherche d'un équilibre toujours difficile entre aide extérieure, budgets nationaux, participation des populations et mise en place de mécanismes de solidarité.

« *C'est à travers l'intégration de ces trois cercles concentriques que se construit, au quotidien, notre coopération dans le domaine de la santé* » souligne encore la stratégie sectorielle élaborée en 2000 et actualisée en 2003. Cette stratégie, élaborée dans le contexte de la réforme de 1998, a été examinée et discutée en commission spéciale du Haut Conseil de la Coopération Internationale présidée par Pr Marc Gentilini, et fait l'objet d'un Avis et d'un Rapport au Premier Ministre⁵¹.

⁴⁹ Document de référence Trésor/DGCID. *Orientations stratégiques de l'aide publique au développement bilatérale*. Septembre 1999, et Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement/MAE. *Eléments de cadrage sur les priorités de la DGCID*. Février 2000.

⁵⁰ MAE. DDCT. *La Coopération santé dans la zone de solidarité prioritaire. Orientations sectorielles*. Décembre 2003.

⁵¹ HCCI. *La Coopération dans le secteur de la santé des pays en développement. Avis du HCCI et Rapport du HCCI*. 25 Juin 2002.

Relevons que la réduction de la mortalité maternelle est bien à l'époque un objectif des orientations sectorielles de la DGCID citées plus haut. Il n'a pas (hélas !) été repris lors de l'élaboration de la stratégie sectorielle santé en 2000 (voir ci-après) même si de nombreuses actions, dont les projets d'appui au développement de la santé urbaine, vont de fait, avoir des effets non négligeables (mais non mesurés et non démontrés dans la durée) sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les capitales d'Afrique de l'ouest. Nous y reviendrons.

Selon les données de l'OCDE, la France ne consacre en moyenne que 4% de son APD à la santé (quand la moyenne des pays membres du CAD de l'OCDE y consacre 11% de leur APD). A l'échelle des pays, le secteur de la santé représente 1 à 13% de l'APD, le plus souvent autour de 5 à 6%, y compris pour les PMA (cf. annexes 5 et 6).

Les instruments de financement de l'aide publique française en appui au secteur de la santé des pays de la ZSP sont multiples : les budgets du Titre IV, le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) sur Titre VI, les Contrats de Désendettement et de Développement (C2D) des fonds de remise de dettes, l'aide budgétaire sectorielle (ou aide-programme) en appui d'une politique sectorielle et coordonnée avec les autres bailleurs de fonds à l'échelle d'un pays, et l'aide budgétaire globale (ciblée ou non ciblée) dont la part attribuée par les Etats à la santé n'est pas connue. Selon le cadre fixé dans ce premier temps de la réforme sur la période 2000-2003, le MINEFI gère l'aide budgétaire et les financements alloués aux institutions financières internationales ; le MAE et l'AFD se répartissent la gestion des subventions et des C2D. La DGCID et l'AFD gèrent les « aide-programme » dans les secteurs sociaux de base et la DGCID gère les FSP.

L'assistance technique est l'un des instruments de la mise en œuvre de l'aide publique française. Elle est composée de moins de 200 assistants techniques dans le secteur de la santé répartis dans les pays de la ZSP, pour la grande majorité en appui aux programmes bilatéraux.

Si les Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la santé ne sont pas déclinés mot à mot comme éléments de la stratégie sectorielle élaborée par le MAE en 2000, actualisée en 2003 (à part les termes du premier axe rappelant l'intitulé de la cible 1 de l'OMD 6 de combattre le sida), les choix stratégiques identifiés par la DDCT/DGCID dans le secteur de la santé dès 2000, sont en cohérence avec les OMD définis un an plus tard, en ce sens qu'ils viennent en appui institutionnel au développement des politiques et stratégies sanitaires des pays (dont la politique d'accès au médicament essentiel), à la réforme des systèmes de santé, à l'amélioration de l'offre de services préventifs et curatifs de soins de qualité, avec pour objectif *in fine*, de réduire naturellement la mortalité maternelle et infantile, en cohérence avec le contenu des orientations sectorielles fondatrices de la DGCID, dont la baisse de la mortalité maternelle et infantile.

La France a par ailleurs appuyé à l'échelle des pays les processus liés à la définition et la mise en œuvre des Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté à propos desquels il a été souligné à Genève en janvier 2004 au Forum de Haut niveau sur les OMD de la Santé (« *High-level Forum on the Health MDGs* ») qu'ils ne font pas explicitement référence aux OMD⁵², ce qui ne facilite pas la déclinaison des CSLP en interventions et indicateurs de suivi faciles à observer et à mesurer dans les pays.

⁵² High-level Forum on the Health MDGs. *Summary of discussions and agreed action points*. Geneva, 8-9 January 2004. 7p.

Notons que le Forum de Haut niveau sur les OMD Santé de janvier 2004 insiste aussi sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé et la pertinence de la diversité des mécanismes et instruments de mise en œuvre des financements de l'aide publique.

Autrement dit, les priorités de la stratégie française de coopération dans le domaine de la santé sont, dans le fond, sur la période 1999-2004, tout à fait en cohérence avec celles qui sont retenues par la Déclaration du Millénaire, même s'ils ne sont pas déclinés selon le même textuel. La non articulation des OMD et des CSLP dépasse largement le cadre français et intéresse l'ensemble de la communauté internationale, au premier rang de laquelle la Banque Mondiale.

Les questions méthodologiques de mesure des réalisations des OMD quand ceux-ci n'ont pas été formulés sous la forme de la Déclaration du Millénaire, se posent à la France comme elles se posent à d'autres pays⁵³ : si les indicateurs de suivi de la réalisation des OMD ont encore été actualisés en septembre 2004 à Genève⁵⁴, les méthodes de recueil des données à partir desquelles on mesure ces indicateurs sont seulement en phase d'être testées dans le cadre du concept « *Health Metrix Network* », dont le projet de la Fondation Bill Gates basé auprès de l'OMS à Genève, prévoit d'améliorer la performance des systèmes d'information sanitaire des pays, et doit rendre compte de ses résultats au Forum de Haut Niveau à Paris fin 2005⁵⁵.

Les observations relatives aux interventions et aux moyens mis à la disposition de cette stratégie sectorielle 1999-2004, sont présentées plus loin dans le document.

II.2. L'élaboration d'une stratégie pluriannuelle de référence dans le secteur de la santé

Alors que la première étape du Groupe Sectoriel Santé mis en place dans le cadre du CICID 2004, réunissant le MINEFI, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le MAE, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, et les Organismes de Recherche, consistait à faire un état des lieux de la contribution de la France en faveur du développement sanitaire des pays du Sud (en particulier de sa contribution à la réalisation des OMD relatifs au secteur de la santé⁵⁶), au moment de la présente mission, le Groupe interministériel Santé, travaille à l'élaboration d'une nouvelle stratégie sectorielle santé qui prend en compte la formulation des OMD 4, 5, 6 et cible 17 de l'OMD 8.

⁵³ High-Level Forum on the Health MDGs. Monitoring the Health MDGs. Issues for Discussion session 3. December 2003 to be presented at the meeting in Geneva January 2004.

⁵⁴ Nations Unies. Department of Social and Economic Affairs Statistics Division and Development Policy and Planning Office. Inter-agency and Expert Meeting on Millennium Development Goals Indicators. Geneva, 29 September -1 October 2004.

⁵⁵ High Level Forum on the Health MDGs. Tracking resources for Global Health: progress toward a policy-responsive system. Abuja. December 2004.

⁵⁶ Groupe sectoriel santé dans le cadre de la préparation du CICID de juillet 2004. Participation de l'APD française aux OMD.

Cette stratégie sectorielle, à laquelle les postes, bien qu'informés du processus, ont semble-t-il peu contribué, sera validée lors de la prochaine réunion du CICID.

Une des dimensions fortes de la stratégie sectorielle est d'accorder une place significative à l'aide bilatérale de la France en distinguant deux types d'interventions selon la maturité des pays bénéficiaires à gérer la mise en œuvre sectorielle d'un financement dans le cadre d'une approche sectorielle : en contribuant à l'approche sectorielle là où les institutions sont suffisamment structurées, la France pourrait jouer à l'échelle nationale « *un rôle de chef de file* » en cohérence avec la stratégie globale de lutte contre la pauvreté; si le pays ne répond pas aux pré requis que nécessite la mise en œuvre de cette approche programme, l'aide-projet ciblée reste un instrument privilégié, en donnant priorité à la réalisation des OMD et à l'appui institutionnel qui permette à ces pays de bénéficier dans un second temps d'une approche sectorielle (politique de santé, capacités de planification, de suivi évaluation, développement des ressources humaines, politique pharmaceutique, etc.). Les pays en sortie de crise bénéficieraient également de ce type de soutien très ciblé⁵⁷.

Un des points faibles, est l'absence, dans le document de stratégie sectorielle, de référence aux conséquences de la croissance démographique observée dans les pays du Sud, malgré les intrications fortes entre la pauvreté, la croissance démographique, les déterminants socio-économiques des maladies et les capacités (ou non) de l'offre de soins à répondre (ou non) à cette croissance démographique, notamment en milieu urbain. Or, comme le suggérait déjà le Député JP Fuchs en 1994, « *La croissance démographique modifie fortement la composition de la population des pays en développement. Deux axes de réflexion doivent faire l'objet d'orientations dans la définition de la politique de développement. Il paraît indispensable de prendre en compte l'environnement démographique des pays des régions bénéficiant de l'aide française lors de la définition des secteurs et des priorités d'intervention de la coopération française. D'autre part des actions spécifiques notamment dans le domaine de la planification familiale, en étroite concertation avec les autorités concernées et les bailleurs de fonds intervenant dans ce domaine, pourraient être envisagées. [...]. Un document maîtrisé ne pourra se faire sans la prise en compte des données démographiques*⁵⁸ ». Si le MAE a contribué à des financements bi-multi en faveur du FNUAP, la prise en considération du facteur de la démographie sur le développement et la santé nous paraît insuffisant.

Bien que n'étant pas définis comme Objectifs du Millénaire pour le Développement en tant que tels, certains aspects spécifiques de la stratégie française méritent qu'on s'y arrête.

II.2.1. Politique et réforme hospitalière⁵⁹

L'intervention française dans le secteur hospitalier est importante, ancienne et diversifiée. Par rapport aux priorités des autres bailleurs du secteur santé, globalement peu

⁵⁷ CICID. Stratégie Sectorielle Santé, janvier 2005.

⁵⁸ JP Fuchs. Pour une politique de développement efficace, maîtrisée et transparente. Rapport au premier Ministre. Collection des rapports officiels. La Documentation française. 1995.

⁵⁹ H. D'Oriano. DDCT/DGCID. Eléments de cadrage pour une note de stratégie hospitalière. Mars 2004.

H. D'Oriano. Note sur la politique hospitalière préparatoire à la réunion du Groupe Sectoriel Santé du 24 novembre 2004.

présents dans ce registre, elle constitue une spécificité qui est appréciée par les pays bénéficiaires et reconnue par les partenaires de l'Aide au Développement. **Il est important que la France conserve et renforce cet avantage comparatif, qui constitue par ailleurs un instrument d'influence indéniable.**

Dans la recomposition du panorama de l'Aide et dans la perspective d'une contribution à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la Santé, notamment la Santé de la Mère et de l'Enfant, l'intervention hospitalière revêt un intérêt majeur, car le secteur hospitalier est un élément essentiel de la politique sanitaire. Au niveau du district, tous les partenaires du développement reconnaissent son importance pour la crédibilisation du système de soins de santé primaire. En deuxième et troisième référence, si tous les bailleurs n'y accordent pas la même attention, les pays partenaires continuent à souhaiter le renforcement des établissements.

Le positionnement de l'hôpital doit être conforté pour quatre raisons essentielles, dont certaines dépassent le cadre sanitaire, puisqu'il se trouve au carrefour des circuits de la connaissance, de l'argent et du pouvoir :

- **au plan des thématiques de santé** : l'hôpital constitue un point de rencontre des différentes missions sanitaires (soins, enseignement, et secondairement prévention et recherche), mais il est également un lieu de passage obligé en matière de SIDA, et il se trouve au centre de la problématique du médicament. Il constitue la réponse essentielle au souhait de l'utilisateur qui attend des soins
- **pour des raisons économiques** : l'hôpital mobilise des moyens importants dans un contexte de ressources raréfiées aggravé par une mésentente ; en termes de redistribution de ressources, l'hôpital est toujours dans sa zone d'influence un acteur économique majeur ; enfin de par sa capacité de reconstitution de la force de travail de la population active qui s'adresse à lui lors d'épisodes aigus, il contribue à la productivité économique générale
- **en matière de ressources humaines** : l'hôpital constitue un lieu de formation essentiel pour les différentes catégories de professionnels de santé, mais il participe également à l'éducation dans les domaines sociaux, techniques et scientifiques
- **en tant que lieu d'identité du corps social** : au plan général, l'hôpital constitue un laboratoire pour la promotion des idées de bonne gouvernance, de démocratie de base à travers des notions de décentralisation, de dialogue social et de participation de la société civile; au plan plus technique, il est un terrain privilégié pour l'enrichissement de la culture de gestion et de la culture d'entreprise, ainsi que pour l'expression de la solidarité nationale.

La mise en œuvre du principe est difficile dans les pays partenaires de la coopération hospitalière car l'hôpital y évolue dans un environnement fortement contraint :

- **en amont de son intervention** : d'une part le déficit des capacités de pilotage institutionnel qui caractérise les politiques sanitaires ne permet pas la mise en œuvre de politiques hospitalières efficaces, au-delà des simples déclarations d'intention et d'une production de cadres réglementaires théoriques ; d'autre part, la mobilisation des ressources publiques reste d'un niveau insuffisant pour permettre à l'hôpital de jouer

pleinement son rôle, et les moyens relevant d'autres sources n'assurent pas les compléments nécessaires ou sont captés par l'offre privée ;

- **autour de son intervention** : la vision systémique de l'offre de santé n'a pas encore suffisamment progressé pour que la dispensation de soins soit assurée véritablement en réseau. Sur ce point, les modèles organisationnels pyramidaux, largement promus, en restent encore au stade théorique pour des raisons économiques, sociales et d'accessibilité physique.

La description de la problématique montre la nécessité d'une intervention se situant d'une part au niveau de la définition et de la mise en œuvre des politiques nationales, d'autre part au niveau des structures de référence. L'ensemble doit être conçu en synergie car les politiques doivent trouver des terrains de mise en application pour permettre leur enrichissement par rétroaction. D'autre part l'importance des moyens à mobiliser rend nécessaires d'une part le recours à une multiplicité d'instruments, et d'autre part l'association avec d'autres bailleurs.

Au plan conceptuel, les interventions, qui s'inscrivent dans le cadre général de la décentralisation et de l'autonomisation des établissements, doivent à la fois privilégier une approche normative pour conforter les cadres réglementaires, et une approche contractuelle pour favoriser l'émergence d'un espace de responsabilisation des décideurs hospitaliers dans leurs relations avec leurs partenaires internes et externes.

Quant aux méthodes d'intervention, elles doivent aborder de façon synchrone à la fois l'appui institutionnel visant à assurer l'intégration des politiques hospitalières (associant le secteur privé) aux politiques sanitaires nationales, et le soutien aux structures où, par le biais d'un conseil technique, elles doivent promouvoir la dynamisation de la gestion et l'instauration d'un mode relationnel orienté vers une plus grande collégialité.

Dans chacune des deux dimensions, l'appui à l'amélioration du dispositif d'offre de soins doit être accompagné d'un travail sur la solvabilisation de la demande, et visant de manière générale à assurer la mixité des sources de financement.

II.2.2. Développement des ressources humaines du secteur de la santé

La stratégie sectorielle inclut des dispositions relatives au développement des ressources humaines, dont la communauté internationale prend conscience, à l'occasion des réunions du Forum de Haut niveau sur les OMD de la santé, des obstacles que constituent le manque de compétences et le petit nombre des ressources humaines, à l'absorption de ressources financières accrues et au passage à l'échelle d'activités en direction du secteur santé. Ces obstacles ont été en particulier soulignés dans le cadre de la mise en œuvre sur le terrain des projets du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou dans le contexte des interventions liées à l'Initiative 3x5 de l'OMS.

Or le déterminant majeur du manque de ressources humaines dans les pays du Sud, est celui de l'attraction des pays du Nord pour les professionnels de santé formés au Sud. Une rencontre internationale à Oslo en mars 2005 devrait aborder de nombreuses questions autour

du développement des ressources humaines et faire des propositions en réponse aux contraintes dans ce domaine comme s’y essaient certains auteurs⁶⁰.

D’autre part, des incertitudes persistent dans le cadre de la réforme française, sur la répartition des attributions entre le MAE, l’AFD, mais aussi le Ministère de l’Education Nationale et de l’Enseignement Supérieur, quand à la tutelle à qui confier la thématique de développement des ressources humaines du secteur de la santé des pays de la ZSP, sachant que la formation des médecins et professions paramédicales se rattache à la Faculté de Médecine, mais s’enseigne surtout au lit du malade dans des terrains de stages hospitaliers pour la plupart, relevant sur le terrain du Ministère de la Santé. **En d’autres termes, ces projets en appui au développement des ressources humaines des pays en développement, à la formation des professionnels de santé, relèvent-ils à Paris des compétences du MAE, du Ministère de l’Education Nationale et de l’Enseignement Supérieur, ou de l’AFD ?**

II.3. La nomination d’un Ambassadeur de France en mission pour la lutte contre le « VIH/sida – Maladies transmissibles ».

Compte tenu des engagements internationaux en faveur de la lutte contre le sida, très marqués depuis les années 90 avec le discours à Abidjan du Président de la République, renouvelé lors de la *Déclaration de la Session Spéciale de l’Assemblée Générale des Nations Unies* en 2001, la France a décidé, à l’instar de quelques autres pays, de nommer en janvier 2004 un Ambassadeur itinérant « VIH-Sida- Maladies transmissibles ».

Le projet de termes de référence de cette mission spécifique affirment qu’ *« il faut, au niveau international, créer un momentum, pour ouvrir une meilleure guidance politique à tous les acteurs publics, accélérer la mise en convergence, le dialogue et la communication, et au niveau international, approfondir notre lecture multilatérale de tous les efforts déployés et renforcer notre présence à haut niveau dans les enceintes où se traitent ces questions. Cela passe à l’échelon national par une intensification de la coordination interministérielle et un meilleur cadrage politique continu, y compris budgétaire. [...] à l’échelon international, par un renforcement sensible de notre visibilité et de notre continuité de présence au sein des organisations internationales spécialisées (OMS, ONUSIDA, Fonds Mondial), et au sein d’initiatives privées ou de partenariats public-privé [...]. Par l’établissement de liens plus serrés avec les grands donateurs et les institutions d’aide, bilatéraux et multilatéraux (Europe, Banque Mondiale, USA), par le renforcement systématique du travail diplomatique vis-à-vis des pays du Sud qui tardent ou éprouvent des difficultés à mettre la lutte contre la pandémie en haut de leur agenda. Ces éléments sont constitutifs des termes de référence de la mission confiée à l’ambassadeur itinérant⁶¹ ».*

⁶⁰ Kaspar Wyss. *An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millenium Development Goals*. Human resources for Health 2004; 2:11.

Charles Hongor et Barbara Mac Pake. *How to bridge the gap in human resources for health*. The Lancet. October 16, 2004.

⁶¹ Projet de TDR Ambassadeur itinérant VIH/Sida-Maladies Transmissibles. 2004

L'ambassadeur assiste aux réunions internationales du Conseil d'Administration du Fonds Mondial et y défend les positions de la France, notamment du point de vue de l'accès au Médicament.

Au moment de la mission, des TDR sont en cours de révision avec la nomination d'un nouvel Ambassadeur dans un contexte de calendrier international très chargé en 2005.

L'Ambassadeur peut contribuer créer une interministérialité effective et complémentaire de l'engagement français en vue de la réalisation des OMD 6 et Cible 17 de l'OMD8 d'une part, notamment celui du MAE, du MINEFI, des ministères techniques et de l'AFD, construire l'image française dans ces domaines, et contribuer à la structuration d'un discours européen cohérent sur les questions de développement.

III. TROISIEME PARTIE

***Mise en œuvre de la stratégie sectorielle santé : approche intégrée
en faveur de la réalisation des OMD***

La mise en œuvre de la stratégie sectorielle du Ministère des Affaires Etrangères, de l'AFD, du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, des Organismes de Recherche, et de leurs partenaires, a été synthétisée sur la période 1999-2004 dans un document interministériel préparé pour la réunion du CICID de juillet 2004⁶², selon un format précis qui devait mesurer la contribution française à la réalisation des OMD de la santé, 4, 5 et 6, et cible 17/OMD 8, incluant l'ensemble des acteurs.

Néanmoins, il ne semble pas que la contribution des hôpitaux, des universités, des agences publiques, des ONG, des collectivités locales, des associations et des autres ministères tels que le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur avec des professeurs et des assistants associés à l'étranger, ait été prise en compte de façon exhaustive. La contribution de la France à travers la Coopération décentralisée est décrite de façon la plus précise possible dans le Rapport Talpain cité en référence.

D'après le document présenté au CICID, le montant total des financements annuels moyens alloués sur la période 2001-2003 par le gouvernement français au développement sanitaire des pays du Sud, s'établit à 185 millions d'euros, dont plus de la moitié (59%) correspond à des engagements bilatéraux, et 41% du total, soit 75 millions d'Euros, transitent par le canal multilatéral. En 2004, le triplement de la contribution du Gouvernement français au Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, a pour conséquence de placer de manière structurelle les engagements multilatéraux en tête de tous les engagements du secteur de la santé.

Les moyens financiers alloués à la réalisation des OMD dans le domaine de la santé, consolidés pour l'ensemble des intervenants français, sont inégalement répartis selon les OMD 4, 5 ou 6 :

Les données financières consolidées du Groupe Sectoriel Santé mis en place dans le cadre de la préparation de la réunion du CICID du 20 juillet 2004⁶³, révèlent que **9% des ressources dédiées à la santé ont été alloués spécifiquement à des interventions relatives à la réduction de la mortalité maternelle (OMD 5)**, notamment au travers du FSP mobilisateur AQUASSOU (Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les PED), et l'on ne retrouve pas de crédit ciblant très directement la réduction de la mortalité infantile (OMD 4).

L'OMD 6-Cible 1 relatif à la lutte contre le sida, reçoit de l'ensemble des intervenants français (MAE, AFD, chercheurs, ONG, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, etc.) 31% des financements consacrés à la santé sur la période 2001-2003 (57,21 millions d'euros)⁶⁴. **A titre indicatif, plus de 40% des crédits du Fonds de Solidarité Prioritaire (gérés par la DDCT du MAE) sur la période 2001-2003 ont été consacrés à la lutte contre le sida.**

⁶² Groupe Santé- Préparation du CICID. Participation de l'APD française aux OMD. Lutte contre le VIH/sida. OMD 6-cible 1. Juillet 2004, actualisé en janvier 2005

⁶³ cf. Annexe 7 tableaux récapitulatifs des données financières consolidées par le Groupe sectoriel santé (aide publique en appui aux OMD).

⁶⁴ Groupe Santé- Préparation du CICID. Participation de l'APD française aux OMD. Lutte contre le VIH/sida. OMD 6-cible 1. Juillet 2004. 16 p.

Les interventions financées dans le cadre des C2D, sur crédits délégués par le MAE à l'AFD, ont représenté une moyenne annuelle de 8,4 M€, dont 38% ont financé des programmes de lutte contre le SIDA et 62% des programmes de renforcement des services de santé déconcentrés⁶⁵.

En 2004, les contributions bilatérales s'ajoutent à la contribution du Gouvernement français au Fonds Mondial STP, actuellement deuxième contributeur bilatéral (après les Etats-Unis) et troisième contributeur international (après les EU et la Commission européenne), qui s'élève à 150 millions d'euros.

Concernant l'OMD 6, l'engagement politique du Gouvernement au plus haut niveau et de manière constante depuis plus de dix ans, la disponibilité d'une expertise de recherche très pointue, la contribution du secteur privé industriel et commercial et d'organisations non gouvernementales très engagées, l'animation d'une plateforme interministérielle sur le sida en France, ont donné un visage international à la contribution française à la lutte contre le sida.

Malgré tout, selon le rapport Barzach, « le montant de l'aide bilatérale française pour la lutte contre le sida reste très inférieur, non seulement à celle des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de l'Australie, mais aussi au sein de l'UE, à celles de la Grande Bretagne, de l'Allemagne et de l'ensemble des pays nordiques.⁶⁶ » En effet, dans le cadre de la présidence du G8, le Royaume Uni va doubler sa contribution au Fonds Mondial. Le Programme Mondial VIH/sida du Département d'Etat des Etats-Unis a un budget de 3.5 milliards de dollars et le budget de la recherche sur le VIH/sida est de 3.2 milliards de dollars.

Les réalisations de la France dans le domaine de l'accès au Médicament (Cible 17 de l'OMD 8) sont traitées séparément (au point III.3) en raison : (i) des engagements français dans ce domaine tant aux lendemains de la dévaluation du FCFA, qu'au moment de la création du Fonds Mondial, que de la mise en œuvre de l'Initiative 3x5 de l'OMS ; (ii) des enjeux considérables auxquels ces réalisations font référence en 2005, date butoir accordée par l'Accord sur les ADPIC aux pays intermédiaires pour respecter le droit de la Propriété Intellectuelle, et (iii) de considérer très spécifiquement la nécessité de structuration du dialogue national en France sur ces questions.

III.1. Observations sur les réalisations sur la période 2001-2003 présentées au CICID en juillet 2004

III.1.1. OMD versus approche intégrée

Comme le souligne le document de la Stratégie sectorielle, la présentation par OMD pourrait être réductrice et ne pas tenir compte d'un certain nombre d'interventions financées par l'aide publique, dont l'appui au renforcement des systèmes de santé, qui ont un effet

⁶⁵ Groupe Santé- Préparation du CICID. Participation de l'APD française aux OMD. Lutte contre le VIH/sida. OMD 6-cible 1. Juillet 2004, actualisé en janvier 2005

⁶⁶ MBSI pour le MAE. Etude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida. Novembre 2004.

indirect sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, mais que les acteurs ne se sont pas préparés à mesurer comme tel.

En effet, la présentation des réalisations relatives aux OMD 4, 5, 6 et cible 17 de l'OMD 8, et les constats auxquels cette présentation nous amène à faire, ne doivent pas faire perdre de vue que le plus fort déterminant de la réduction de la mortalité infantile est bien le niveau d'instruction des mères comme l'a rappelé l'OMS il y a plus d'une décennie, et que la France apporte un appui très important au secteur de l'Éducation des pays de la ZSP comme analysé dans le cadre d'un autre groupe sectoriel mis en place par le CICID. Il va de soi que l'amélioration de la santé maternelle a ses effets sur la réduction de la mortalité infantile et que la réalisation des OMD du secteur de la santé passe aussi par la réalisation des autres OMD aux effets plus transversaux sur le développement, tel que l'OMD 3 relatif au genre.

Dans le même esprit, toute contribution française à l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, a des effets considérables sur la réduction de la mortalité infantile en diminuant les causes de diarrhée aigüe dont on sait que la mortalité est directement liée à la déshydratation prévenue et traitée dans le cadre d'une offre intégrée de soins de qualité à laquelle l'aide publique de la France contribue comme nous l'avons vu.

Par ailleurs les contributions françaises aux programmes GAVI (Alliance Globale pour les Vaccins et la Vaccination) sur la période 2003-2005, contribuent de toute évidence à la réduction de la mortalité infantile.

Enfin, la France peut-elle rendre compte des actions qu'elle a choisies de financer en lien avec les OMD, sans faire référence à ce que les autres partenaires de la communauté internationale ont choisi de financer pays par pays, notamment dans le cadre d'approches sectorielles : comment attribuer à l'un ou l'autre des partenaires la réduction de la mortalité maternelle et infantile, même localisée à une région ou un district, quand dans le même temps, ces mêmes OMD appellent la communauté internationale à travailler sur l'harmonisation et la coordination de l'aide publique ?

Il est donc très difficile d'extraire du résultat « *mortalité infantile réduite de tant* » ou « *mortalité maternelle réduite de tant* » ce qui est attribuable à une intervention directe sur l'offre de services préventifs ou curatifs de soins, ou de mesurer les impacts indirects d'interventions multisectorielles. Il revient aux pays bénéficiaires de démontrer en quoi ils progressent vers la réalisation des OMD avec l'appui de la communauté internationale.

Prenons note malgré tout, du constat que le Groupe sectoriel Santé fait lui-même, en reconnaissant l'insuffisance des moyens financiers alloués à la réalisation des OMD 4 et 5. Relevons l'absence de programmation par les SCAC d'activités relatives à la santé maternelle sur la période 2001-2003, en dépit de la disponibilité de financements depuis 2001 au travers du FSP mobilisateur AQUASSOU, ce qui soulève un certain nombre de questions : Comment une priorité de santé aussi majeure que la mortalité maternelle peut-elle passer inaperçue des postes ? Comment susciter l'orientation stratégique des SCAC sur telle ou telle thématique quand l'initiative du contenu de la programmation provient, par définition, de ces services ? Comme nous le soulignons au début, comment assurer la cohérence de la programmation des pays avec les priorités fixées par Paris ?

Paris avait pourtant financé des études multicentriques sur la mortalité maternelle (études MOMA) dans plusieurs pays, dont les résultats auraient pu induire des évolutions politiques et opérationnelles au MAE ou sur le terrain, quant aux choix des priorités d'interventions et de programmation future dans le cadre de l'engagement de la France à la réalisation des OMD 4 et 5.

III.1.2. Les atouts et les avantages comparatifs de la France

III.1.2.1. Santé urbaine

A travers le Projet Santé Abidjan sur la période 1998-2004, dont la composante d'appui à des nouvelles formes d'offre publique et communautaire de soins en milieu urbain, puis dans le cadre des projets FAC bi-multi avec comme opérateur l'UNICEF à Conakry, Dakar, Niamey, Bamako, Port-au-Prince et encore à Abidjan sur la période 2000-2003⁶⁷, la France a contribué de manière significative à l'amélioration de l'offre de soins préventifs et curatifs ciblant tout particulièrement les structures de santé maternelle et infantile de ces capitales, et de leurs quartiers périphériques les plus peuplés, tout au long des dix dernières années.

Sur la période 2001-2003, ces projets se sont attachés à améliorer la couverture, l'accessibilité et la qualité des services de vaccinations, de consultations prénatales, d'accouchements assistés, d'éducation sanitaire, de consultations post-natales, de consultations des nourrissons, de surveillance nutritionnelle, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, de médecine générale, en s'assurant de la disponibilité des médicaments essentiels à bas coûts, et de la permanence des soins, etc. Des mécanismes de recouvrement des coûts des médicaments et des prestations ont été proposés garantissant la pérennité des approvisionnements et du paiement des salaires de la partie contractuelle des personnels des centres, tout en restant accessibles à une population urbaine, et moindres par rapport aux montants des prestations publiques et privées des mêmes communes urbaines.

A titre d'exemples, avant le démarrage du projet à Abidjan fin 1991, les formations sanitaires publiques de la ville offrent 600 000 consultations par an. Trois ans après le démarrage du Projet Santé Abidjan, le nombre total de consultations à l'échelle de la ville est passé en 1995 à 800 000, **dont 200 000 réalisées par seules les FSUCOM appuyées par la Coopération française (une douzaine de sites), soit ¼ de l'offre de soins ambulatoires, de la ville d'Abidjan, maternels et infantiles pour l'essentiel⁶⁸ !**

Quelques années plus tard au Niger, l'évaluation finale du projet d'appui à la Commune II de Niamey, observe, bien que ceci n'ait pas été mesuré lors de la mise en œuvre du projet, et c'est dommage, que **les centres de santé appuyés par la France ont les meilleurs taux d'utilisation de toute la ville, dépassant ceux appuyés l'UNICEF et de la**

⁶⁷ Projet FAC intitulé « *Programme de Coopération bilatérale avec l'UNICEF* » adopté en juillet 1997

⁶⁸ T. Barbé et al. Résultats des FSUCOM d'Abidjan dans le cadre du Projet Santé Abidjan financé par la Coopération française. Colloque International sur les Innovations dans la Pratique Médicale et le Financement de la Santé en Afrique au Sud du Sahara. Bamako-Mali, février 1995.

Coopération Technique Belge (CTB) au même moment dans deux autres communes de la ville de Niamey⁶⁹.

Entre temps au Mali d'autres bailleurs de fonds, dont la Banque Mondiale, se fondant sur les succès français, ont soutenu l'extension de projets initialement pilotes et localisés à Bamako vers l'intérieur du pays, avec cette fois plus ou moins de succès, du fait d'une approche décentralisée (versus communautaire), et pour la plupart dispersés en zone rurale et sans suivi, milieu où les conditions favorables à la constitution d'un comité de gestion, et à l'autonomisation sont plus difficiles comme l'analyse de manière très pertinente Bruno Galland au CIDR⁷⁰.

Comme en témoigne l'évaluation du projet FSP à Niamey en 2003, les partenaires demandent à la France de poursuivre ce soutien, de les aider à développer plus globalement une politique de santé urbaine et à prendre le leadership intellectuel et professionnel sur cette thématique à l'échelle nationale et régionale⁷¹, compte tenu des interventions menées dans ce sens dans toute l'Afrique de l'ouest, de Conakry à Niamey, en passant par Dakar, Abidjan, Bamako et en Haïti.

III.1.2.2. Financement des soins et mutuelles de santé

Les stratégies de recouvrement des coûts et l'Initiative de Bamako ont clairement posé le problème de la faible capacité de contribution des populations africaines notamment, au financement des soins. Les mutuelles de santé, en organisant les ressources existantes, peuvent avoir par ailleurs un effet structurant et régulateur de l'offre de soins, mais comporte des limites dans un contexte de mauvaise gouvernance générale. Il est nécessaire d'accompagner ces interventions, d'un appui institutionnel pour observer des effets durables.

Après avoir mené quelques projets disparates dans deux ou trois pays d'Afrique de l'ouest, la DDCT/DGCID a travaillé au développement de mutuelles de santé dans différentes régions d'Afrique dans le cadre d'un FSP mobilisateur sur la période 2001-2005, intitulé « Favoriser l'extension de l'assurance maladie volontaire et des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest », géré par l'ADECRI, en partenariat avec le Réseau d'appui à la mutualité en santé (RAMUS) incluant le CIDR, la Mutualité française, la Mutualité Sociale Agricole, etc. Ce projet n'a pas encore été évalué puisqu'il arrive à son terme d'ici la fin de l'année 2005.

⁶⁹ CREDES. Evaluation finale externe du « *Projet d'appui à la mise en place de la politique de district sanitaire au Niger. Commune de Niamey II. 1997-2003* ». Rapport final, décembre 2003.

⁷⁰ CIDR. Centre international de développement de recherche. Les facteurs de mobilisation durable de la population rurale dans la gestion des CSCOM et des CSAR au Mali. Décembre 1999.

CIDR et la Direction du Développement et de la Coopération. Comment impliquer durablement les populations rurales dans la gestion des services de santé de base. Synthèse d'une recherche menée à Madagascar, au Bénin et au Mali. 2001.

⁷¹ CREDES. Evaluation finale externe du « *Projet d'appui à la mise en place de la politique de district sanitaire au Niger. Commune de Niamey II. 1997-2003* ». Rapport final, décembre 2003.

L'expertise développée depuis plus de dix ans dans le domaine de l'offre de soins préventifs et curatifs, de base et de référence de premier niveau en milieu urbain, et dans le domaine de la création et de l'animation de mutuelles de santé, constitue pour les pays récipiendaires, très clairement un atout et avantage comparatif de la Coopération française.

De son côté, la **Mutualité Française** est :

- Opératrice du fonds de solidarité prioritaire (FSP) Mobilisateur « extension de l'assurance maladie volontaire (AMV) et des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest ;
- Opératrice du FSP Mobilisateur sur le financement de la santé ;
- Partenaire du Bureau International du Travail pour l'amélioration de la mobilisation de l'aide publique au développement en faveur d'investissements en matière de protection sociale dans les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté ;

Les axes principaux des projets mutualistes au Mali, Sénégal, Burkina Faso sur les OMD 4 et 5:

- Appui institutionnel et normatif en matière de mutuelles de santé au Sénégal, au Mali et dans la zone UEMOA, appui aux mutuelles et aux mouvements mutualistes ;
- Services de santé de qualité : priorité donnée aux soins de santé primaires, santé maternelle et infantile ⁷², vaccination, nutrition ⁷³ ;
- Développement des mutuelles en s'appuyant sur les relais partenaires que sont les institutions de micro-finance permet une pérennisation de la réalisation de ces objectifs (notamment en zone cotonnière du Mali) ;

L'axe du projet en Afrique du sud sur l'OMD 6 :

- Etude de faisabilité d'une mutuelle de santé autour d'un centre de santé intégré à Alexandra (Johannesburg) dans une zone à forte séro-prévalence du VIH ;
- Mise en place d'un Partenariat Public-Privé pour faciliter l'accès aux services de santé.

Les enjeux soulevés par ces programmes sont les suivants :

Comment pérenniser les objectifs du millénaire, une fois atteints ?

La Mutualité Française appuie en ce sens les initiatives mises en œuvre par la France et milite pour que celles-ci soient poursuivies et amplifiées.

Elle insiste sur l'importance du financement de ces actions, qui doivent s'accompagner de mesures visant à permettre les conditions favorables de continuation des objectifs sus-mentionnés.

Les mesures prises lors du dernier Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) prévoient un transfert de responsabilités et de gestion des projets liés à la santé et à la protection sociale.

⁷² Citons en exemple la pérennisation et l'extension des « mutuelles d'accouchement » en zones rurales et péri-urbaines. Le système de mutuelle permet le suivi des adhérents car la prise en charge de l'accouchement, césarienne comprise, est liée au suivi des visites pré-natales. Pour la mise en œuvre de la prestation, la présence du médecin est obligatoire ainsi que la présentation du carnet de santé familial.

⁷³ Appui au programme Santé-Diabète Mali : ce projet comporte aussi un volet d'éducation nutritionnelle.

Les projets de développement des mutuelles et, globalement, les formes alternatives de financement de la santé, intègrent, pour certains, des actions recoupant les OMD, ce qui permet d'entrevoir des partenariats « public-privé » susceptibles d'assurer une pérennisation des actions recoupées dans d'autres programmes (*Ex : nutrition et vaccination, repris pour les pays africains dans l'initiative de Bamako*).

Pendant notre étude, deux missions effectuées par la Mutualité Française au Mali et au Sénégal, dans le cadre de comités de pilotage de projets où elle est opérateur de la Coopération française, ont permis de montrer que l'ensemble des bailleurs institutionnels (bilatéraux et multilatéraux) partageaient ces analyses quant aux critères à mettre en place pour les politiques d'extension de la couverture maladie des populations.

La Banque Mondiale, premier bailleur en matière de santé, a exprimé pour ces deux pays une volonté de se concerter avec l'ensemble des intervenants dans ce domaine (France en tête), afin de mettre en place des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de progression (au Mali, via le Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social - PRODESS ; et au Sénégal, via le Programme National de Développement Sanitaire - PNDS). Si ces programmes nationaux comportent une vision intégrée de l'ensemble de l'offre de soins, l'analyse de terrain vise davantage à renforcer les systèmes de santé de premier niveau.

Le renforcement des actions d'appui aux systèmes de santé de premier niveau, notamment par le développement des mutuelles de santé ou de tout système optimisant la contribution financière des populations, permettra d'inscrire les priorités définies dans les OMD en matière de santé dans les politiques nationales de santé. La réaffirmation de ces priorités permet de les lier aux autres priorités de santé publique menées par les services du Ministère de la Santé et les relais villageois.

La campagne lancée par nombre d'Organisations non gouvernementales internationales en faveur de l'abolition du paiement direct des populations « user fees » appelle une prise de position forte par la France sur cette importante question.

Le financement de la santé, et singulièrement les questions d'accès aux soins dans les pays à faibles revenus, font actuellement débat au sein de la communauté des bailleurs de fonds institutionnels bilatéraux et multilatéraux. La difficulté ne réside pas tant dans la prise en charge des soins de base que dans celle des soins chirurgicaux, voire des soins catastrophiques pour lesquels, en effet, des mécanismes de prise en charge s'imposent.

Les études passées et à venir sur l'impact de la suppression du paiement direct des populations sur l'amélioration de l'accès aux soins reste à démontrer (ex : Tanzanie).

Ce débat aura un impact majeur sur les objectifs du millénaire en matière de santé, en ce que les systèmes de santé primaires performants sont un des éléments-clés fondamentaux de leurs réalisations.

Au delà du caractère délicat de la question du paiement direct des populations au regard des objectifs du millénaire, il nous apparaît important de préciser que ce paiement constitue, dans beaucoup de cas, une source de financement important qui, lorsqu'elle est organisée autour de critères de qualité, permet de renforcer l'accès des taux de fréquentation des services de santé et donc l'action en faveur de la santé des populations.

Les quelques progrès enregistrés en la matière l'ont été, grâce à ces paiements directs, qui, lorsqu'ils ont rencontré des politiques nationales associant les pouvoirs publics, les

professionnels de santé et les populations, ont permis une solvabilisation de la demande autour de quelques prestations.

A l'avenir l'AFD pourrait, comme investisseur dans le domaine des micro-assurances et du financement des soins, dynamiser une politique concertée entre les acteurs français travaillant sur ces thématiques, associant le GIP Santé/Protection Sociale nouvellement créé et les membres du réseau RAMUS.

III.1.2.3. Projets hospitaliers

Il nous semble intéressant dans le cadre de cette évaluation, de souligner en quoi les projets hospitaliers de la Coopération française ont pu contribuer à la réalisation des OMD 4 et 5 notamment⁷⁴. Dans les hôpitaux de référence urbains des PED, une partie importante du recrutement concerne la santé de la Mère et de l'Enfant, que ce soit en Urgence ou en recrutement réglé. Dans la plupart des projets opérationnels intra-hospitaliers, outre un appui à la rénovation et à l'équipement, est dispensé par l'Assistance Technique un conseil en matière d'organisation des services, et de réalisation des actes techniques soignants. En outre un certain nombre de missions transversales, telles que l'hygiène, font l'objet d'interventions ciblées. Enfin la formation pratique, tant de médecins que de personnels infirmiers, est le 3^{ème} axe prioritaire.

Certains projets, qui se veulent les plus structurants, travaillent sur ces trois axes, d'autres en privilégient l'un d'entre eux. Donnons quelques exemples.

Au Cambodge, à travers le projet « *Appui à la reconstruction de l'espace hospitalo-universitaire Calmette à Phnom-Penh* », apporté pendant 8 ans (1994-2002), à travers deux projets FAC, et par le biais d'une assistance technique résidentielle ayant compté jusqu'à 11 agents au plus fort de ses effectifs (1 Directeur d'hôpital, 1 adjoint comptable, 1 pharmacien-biologiste, 1 médecin interniste, 1 anesthésiste-réanimateur, 1 chirurgien, 1 médecin DIM, 4 cadres infirmiers). L'appui a porté sur les travaux, l'équipement, la gestion, l'organisation et la formation de toutes les catégories de personnel.

Il a permis le quadruplement des recettes autonomes de l'hôpital, le triplement de son activité, la multiplication par 7 des primes compensatoires, tout en assurant la gratuité des soins pour 30 % de la clientèle.

L'exemple de la Maternité est le plus significatif. Suite à la construction, à l'équipement d'un nouveau bâtiment, et au travail de formation et organisation, les résultats suivants sont enregistrés :

- passage de 500 accouchements par an dans un environnement et avec une qualité approximatifs, à 3000, au tarif de base de 70 USD avec 5 jours de séjour, ce qui représente le meilleur rapport qualité-prix du pays. Seulement 5 % d'indigentes (contre 30 % dans les autres services) du fait de la prévisibilité de l'événement ;

- contribution essentielle au budget de l'hôpital ;

⁷⁴ H. D'Oriano. DDCT/MAE. Note communiquée le 23 novembre 2004.

- sécurisation de 3 000 naissances annuelles, avec un taux de césariennes de 12 % et un taux de mortalité de 0,3 % ;

- protocolisation de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement qui a permis la mise en place d'un protocole de PTME dans le cadre du programme PERICAM de l'ANRS, démarche qui aurait été envisageable dans l'ancien service.

Au Laos, à travers le projet : « *Appui à la formation des personnels de santé* » : FSP en cours visant à former des spécialistes dans 5 spécialités de base en post-universitaire.

Exemple de la gynéco-obstétrique : 15 spécialistes formés et en cours d'affectation dans 5 hôpitaux de référence provinciaux et nationaux du pays, où ils contribuent à sécuriser les accouchements.

A Madagascar, à travers le projet « *Appui au CHU de Majunga* ».

L'évaluation du projet de la Coopération française en appui au CHU de Majunga dans la région ouest du pays, témoigne d'un impact remarquable des activités sur la réduction de la mortalité néonatale et l'amélioration de la prise en charge des nouveaux-nés. :

« La comparaison des résultats des enquêtes conduites en 2001 et 2003 a révélé un niveau de satisfaction accru dans tous ses aspects sauf pour le temps d'attente. En fait, il s'avère que la qualité des services s'est améliorée en quelques années. Depuis que le service Néonatal a été créé la mortalité néo natale a baissé de manière remarquable. Le nombre d'exams de radiologie et de laboratoire a augmenté. Le niveau d'hygiène et de propreté a été amélioré. En plus de la qualité des services cliniques, celle des services administratifs a aussi été améliorée. La mise en place du Service Porte est un événement qui a nettement amélioré la relation avec le public et son information [...].

La modernisation des équipements n'a pas été le seul facteur dans l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la motivation et la mise en confiance du personnel. En regard du nombre d'admissions en néonatal, il est clair que celui-ci a commencé à augmenter après l'installation des équipements⁷⁵ ».

Ne perdons pas de vue que tous ces projets en appui aux structures de santé et à la politique du Médicament, aux systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution, à la formation des professionnels de santé des structures de soins périphériques et de référence, en appui à des formes alternatives de financement de la santé, ont préparé le terrain en vue de la réussite scientifique des programmes de recherche de l'ANRS et de l'IRD sur le sida par exemple. Cette synergie des interventions françaises sur le terrain, si remarquable pourtant, et si cohérente avec les OMD, passe la plupart du temps inaperçue : si les interventions françaises sur le secteur de la santé des pays en développement apparaissent pour la plupart en ordre dispersé, certains programmes se complètent de façon très pertinente.

Les avantages comparatifs de l'aide bilatérale française, santé urbaine, financement de la santé, médicament et projets hospitaliers, constituent les priorités de

⁷⁵ DDCT/DGCID. Rapport de l'évaluation conjointe du projet d'amélioration globale du CHU de Majunga. Projet tripartite malgache, français et japonais. Septembre 2003.

la stratégie sectorielle. Par souci de continuité et de cohérence, si l'AFD devait mettre en œuvre cette stratégie, elle devrait acquérir toutes ces compétences techniques, tant à Paris que sur le terrain.

III.2. Contributions bilatérales des acteurs français en appui à la réalisation des OMD santé sur la période 2001-2003. Gros Plan.

III.2.1. Visibilité et crédibilité de l'aide française : les moyens humains, expression puissante de l'aide bilatérale

Une expertise riche et diversifiée, faisant appel à une assistance technique spécialisée (197 personnes en 2003) et 9 conseillers santé régionaux, tous sur le terrain, est appelée à mettre en œuvre la stratégie sectorielle. Faisant suite aux rapports de M. Nemo publiés en 1999 et 2000⁷⁶, le devenir de l'assistance technique a fait l'objet d'une étude réalisée par l'Ambassadeur pour le co-Développement M. Christian Connan et M. Edouard Wattez, dont les conclusions et recommandations sont en cours d'examen par les autorités et seront débattues lors de la prochaine réunion du CICID, en même temps que les conclusions de trois autres experts appelés à mener une analyse complémentaire sur le devenir de l'assistance technique.

A l'échelle des pays bénéficiaires, les conseillers régionaux santé assurent la représentation de la France dans les réunions des (i) plateformes de coordination des partenaires internationaux, réunissant les agences bilatérales (italienne, allemande, américaine, britannique, etc.) et multilatérales (Délégations de la Commission européenne et Banque Mondiale) ou des (ii) Groupes Thématiques des agences des Nations Unies (Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida par exemple, dont la Banque Mondiale fait partie, souvent élargi maintenant à l'ensemble de la communauté internationale, dont les agences bilatérales).

L'expertise française contribuant à la mise en œuvre de l'aide publique s'étend au-delà des pouvoirs publics et de l'AFD, aux réseaux français universitaires et du domaine de la recherche, aux GIP du secteur de la santé, aux organisations de solidarité internationale, aux fondations, aux organisations multilatérales et au secteur privé, aux collectivités, autant d'acteurs pouvant être regroupés en plateformes de concertation avec les pouvoirs publics, autour de la réflexion stratégique et du suivi de la mise en œuvre des programmes, tant à Paris que sur le terrain, **où la synergie des acteurs de la coopération française renforce d'autant son rayonnement intellectuel et la crédibilité de l'aide publique française dans le domaine de la santé et de la lutte contre le sida** : les chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement, de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), les équipes de l'Institut Pasteur d'Outre-Mer, de l'INVS, les volontaires des Organisations non Gouvernementales, les acteurs de la coopération décentralisée, les projets de jumelages

⁷⁶ Nemo J. *Rapport d'Etape : évolution du dispositif d'assistance technique*. Juin 1999. Suivi du rapport final : « *Les appuis en personnel dans les actions de l'assistance technique à des nouvelles modalités de coopération dans le cadre de la réforme* ». Mars 2000.

hospitaliers, l'action sanitaire de nos armées, les assistants techniques de la DGCID du MAE, les conseillers sociaux du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, en poste à l'étranger, sont autant d'acteurs reconnus pour la qualité de leur contribution à l'amélioration de la santé des pays les moins avancés notamment, considérée par les pays récipiendaires comme partie prenante de l'aide bilatérale française (qui souvent la co-finance) reconnue aussi par les autres coopérations bilatérales, les agences de référence des Nations Unies et le Secrétariat du Fonds Mondial à Genève.

Les experts les plus souvent sollicités sont ceux (i) de la Plateforme de concertation sur le VIH/sida réunissant avec les pouvoirs publics, les chercheurs et la société civile, (ii) du Réseau de la santé maternelle et (iii) du Réseau du Médicament (REMED), pour ne citer que les groupes relatifs aux thématiques des OMD du secteur de la santé.

La société civile est très active et observe les pouvoirs publics, participe du débat démocratique sur la gestion de l'aide publique et peut constituer une réelle force de propositions, même si elle regrette de n'avoir pas été suffisamment associée à l'élaboration de la stratégie sectorielle. Cette concertation est fortement encouragée par les dispositions du CICID de juillet 2004 mais était déjà amorcée, notamment sur la thématique de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et sur le Médicament, par exemple, depuis de nombreuses années, en cohérence avec le fort intérêt des services de la coopération au développement depuis des années dans ces domaines.

Notons que la note communiquée par la Mission pour la Coopération Non Gouvernementale de la DGCID à propos des actions menées dans le cadre de l'OMD 6 (sida) insiste sur le poids des interventions bilatérales : *« Le Département considère l'intervention auprès des acteurs organisés dans ces pays comme complémentaire et indispensable aux actions conduites dans le cadre multilatéral. En effet, aucune véritable démocratisation des traitements n'est envisageable sans la mobilisation de toutes les énergies disponibles en incluant en premier lieu les personnes touchées et leur entourage ⁷⁷ »*

Il y a une très forte demande des acteurs, tant en France que sur le terrain et à l'étranger, pour que ces modalités d'expression de l'aide française, associant largement la société civile, soient valorisées et renforcées à travers le canal bilatéral de mise en œuvre de l'aide, parce que la visibilité de celle-ci passe non seulement par l'aide publique mais par l'ensemble des intervenants de la société civile (au sens large). **Il est essentiel de comptabiliser l'ensemble de ces actions parfois cloisonnées, afin de les optimiser, mais aussi de valoriser notre présence grâce à une meilleure lisibilité justifiant et appuyant nos ambitions géostratégiques.**

Pour faciliter le déploiement de l'expertise française à l'international, tous secteurs confondus, en appui à la réalisation des OMD, le GIP France Coopération Internationale pourrait contribuer à la constitution d'un vivier de jeunes diplômés qualifiés, de niveau bac plus 4 ou 5 années d'études, actuellement à la recherche d'un emploi en France, et disposés à consacrer quelques années de leur vie au volontariat en appui à l'aide publique au développement. Dans cet esprit les entreprises privées ayant des filiales dans les pays en développement pourraient contribuer au financement de séjours de jeunes qui seraient recrutées par elles, mais dont la mission serait de travailler en appui au développement des

⁷⁷ B. Dusuzeau. MCNG/DGCID. Bureau des OSI et des Entreprises. Note descriptive des activités financées au travers des OSI dans le domaine de la lutte contre le sida. 24 octobre 2004.

capacités institutionnelles des Etats du Sud dans différents domaines (juridiques et commerciaux, finances publiques, santé et développement social, gestion des ressources humaines, etc.).

III.2.2. Contenu des interventions bilatérales

La contribution financière française à la réalisation des OMD du secteur de la santé se décline par OMD selon les tableaux financiers présentés en annexe 7.

La lecture de ces tableaux fait apparaître la contribution respective de chacun des principaux acteurs de mise en œuvre de l'aide bilatérale dans le secteur de la santé. Comme le souligne l'IRD, « *cette APD ne peut se décliner selon les Objectifs du Millénaire à partir des seules contributions des départements ministériels : si par exemple, la part de l'APD allant à la Santé se réduisait aux seules actions de coopération au développement du Ministère de la Santé, une part importante serait ainsi omise*⁷⁸ ».

Même s'il n'est pas possible dans le cadre de ce travail, de reprendre de manière exhaustive l'action de l'ensemble des institutions et acteurs français intervenant dans le champ de la coopération sanitaire internationale, parce que les données ne sont pas capitalisées ni publiées, il nous semble important de détailler le contenu des interventions des principaux acteurs, ministériels et non ministériels de mise en œuvre de l'APD Santé.

Ainsi le MAE, l'AFD, l'IRD, l'Institut Pasteur, l'ANRS et le Ministère français de la Santé et de la Protection Sociale, sont-ils les intervenants majeurs de mise en œuvre de l'aide bilatérale en appui au développement sanitaire des pays de la ZSP. Leurs contributions financières respectives se résument comme suit :

Intervenant	Engagements moyens/an sur 2001-2003 (en millions d'euros)
Ministère des Affaires étrangères	64.11
C2D	8.40
SAS	0.80
AFD	13.30
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (ESTHER)	4.33
IRD	14.16
Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche	4.76

Pour le secteur de la santé, sur la période 2001-2003, l'effort sur la dette a porté pour 36% sur le sida (Mozambique et Ouganda) et pour 64% sur le renforcement de l'offre de soins au niveau déconcentré.

⁷⁸J. Charmes. Les OMD. Note à propos de la participation de l'IRD aux groupes de travail du CICID. Juin 2004.

III.2.2.1. Interventions financées par la DGCID du MAE

Les actions de coopération internationale dans le domaine de la Santé-Médecine, menées dans le cadre des orientations de la politique de coopération de la France dans le domaine de la santé, ont été synthétisées par la DCSUR en 2002 ⁷⁹. Ce document témoigne de la diversité des acteurs, des intervenants, des opérateurs, des instruments et des zones géographiques concernées. Il ne s'agit pas ici de reprendre ce travail, ni de l'actualiser, mais de faire un gros-plan sur les interventions pour lesquelles les financements sont les plus importants.

III.2.2.1.1. L'aide-projet gérée par la DDCT/DGCID: le Fonds de Solidarité Prioritaire

Le FSP est l'instrument financier de mise en œuvre de la stratégie sectorielle par la DGCID sous la forme de projets proposés par les ambassades dans les pays bénéficiaires de l'aide publique, examinés ensuite et approuvés éventuellement par le Comité Directeur à Paris. Les interventions du FSP se situent à différents niveaux géographiques (pays, inter-états), elles se proposent de tester des nouvelles stratégies (FSP mobilisateurs) avant de les étendre, et peuvent être conduites en étroite coordination avec les institutions multilatérales (FSP bi-multilatéraux). La liste de l'ensemble des projets FSP réalisés ou en cours d'exécution sur la période 1999-2004, quelle que soit leur étendue géographique, est présentée en annexe 8.

Au total 50 nouveaux projets en appui aux soins de santé ont été approuvés sur la période 2000-2003. Sur la période 1999-2002, **le sida a concentré 1/3 des projets**. Les autres thématiques prioritaires ont été la lutte contre le paludisme, la trypanosomiase et la tuberculose (relatifs à l'OMD 6), la santé maternelle (OMD 4) et l'appui au système de santé, incluant la réforme hospitalière et le développement de mutuelles de santé et d'alternatives de financement de la santé, autant d'activités au service de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement et notamment de l'OMD 5 et 8 cible 17 (médicament). Voir la liste des FSP mobilisateurs en annexe 10.

Il nous semble intéressant de développer les réalisations concernant la coopération dans le domaine de la politique hospitalière, en raison des enjeux que cet appui met en exergue. Rappelons que la coopération décentralisée dans ce domaine a déjà fait l'objet d'une analyse dans le Rapport de M. Talpain cité.

L'appui aux hôpitaux se met en place au travers de différents instruments, car il intéresse non seulement la politique publique, les infrastructures, mais aussi le développement des ressources humaines et des capacités de gestions des établissements. Outre les FSP, le *Fonds des Partenariats Hospitaliers* d'un montant de 300 000 euros, permet à la DDCT de lancer chaque année un appel à propositions pour des projets financés au maximum à 45000 euros, suscitant le développement de partenariats entre les hôpitaux du Nord et du Sud. Les

⁷⁹ MAE. DGCID. B. Montaville. Actions de Coopération internationale dans le domaine de la Santé-Médecine. 2002.

principales conclusions de l'évaluation en 2004, externe⁸⁰ et rétrospective, du projet d'appui à la réforme des systèmes hospitaliers dans les pays de la ZSP sur la période 1998-2003, (FSP mobilisateur administré par Paris) sont les suivantes :

D'un montant total de 1 524 490 Euros, le projet s'articule en 3 composantes.

La première, "Soutien aux nouvelles politiques nationales en matière hospitalière ", d'un montant de 322 714 Euros (21%), a porté principalement sur :

- La mise en place et l'animation d'un groupe d'experts hospitaliers avec pour opérateur l'ACODESS,
- L'animation du RESHAOC déjà existant,
- L'organisation des Rencontres Hospitalières de DOUALA en 1998, LIBREVILLE en 2000, BAMAKO en 2003 ainsi que de la journée internationale d'Hôpital Expo en 2000,
- Le financement de deux séminaires au Cambodge, l'un sur la gestion hospitalière l'autre sur les soins infirmiers.

La deuxième, d'un montant de 677 842 Euros (45%), dédiée à "la Formation, la Recherche et la Communication" s'est surtout consacrée à :

- La création d'une collection de guides en organisation hospitalière dans les pays en développement avec la publication en 2001 des 3 premiers d'entre eux. Ils portent sur les tableaux de bord, l'hygiène et les projets d'établissement et ont reçu une très bonne audience. Le 4^{ème} guide, sur la pharmacie hospitalière, devrait sortir prochainement.
- la mise en place de la filière CESAMES, à Abidjan avec l'ENSP comme opérateur. Cette structure a prouvé sa capacité à remplir sa mission en intégrant en 2004 sa 3^{ème} promotion malgré la situation tourmentée de la Côte d'Ivoire et, de ce fait, sans l'appui de l'ENSP. Elle forme effectivement des "managers" d'établissements dont la première promotion, sortie cette année, donne satisfaction aux "utilisateurs" rencontrés. 55 élèves au total ont ainsi intégré le CESAMES. Reste à entériner ce nouveau potentiel par les ministères de la santé des pays de la région.

La troisième, l'Appui aux Partenariats Hospitaliers, d'un montant de 523 934 Euros (34%), visait à soutenir quelques jumelages significatifs à travers une approche pluri-disciplinaire intégrant, notamment, les soins et la gestion. 24 partenariats ont ainsi été soutenus.

Dans ce domaine, les résultats sont plus diversifiés. D'une façon générale, les jumelages contribuent à améliorer la qualité des prestations et l'organisation de certains services. Pour quelques uns, même, la méthodologie mise en place permet d'assurer une certaine pérennité des actions au-delà des individus qui les portent. Cependant, ces partenariats ne participent pas obligatoirement à l'amélioration du fonctionnement global de l'établissement et pratiquement pas à la clarification de leurs missions dans leur environnement sanitaire.

Intéressant dans sa capacité à s'inscrire dans la durée grâce aux relations interpersonnelles qu'il peut créer, et à mobiliser d'autres acteurs et financeurs potentiels (coopération décentralisées, ONG...), le jumelage n'en reste pas moins un instrument de partenariat difficile à maîtriser. Il convient par conséquent de pouvoir l'accompagner.

⁸⁰ Cabinet Gilles de Pas. Evaluation du projet d'appui à la réforme des systèmes hospitaliers dans les pays de la ZSP sur la période 1998-2003. Rapport final Janvier 2005.

L'ensemble de ces actions contribue manifestement à améliorer le potentiel sanitaire et hospitalier des pays de la région. Le principe de sous-traiter la réalisation des activités prévues dans le projet et d'utiliser les relais des SCAC et des AT, devait en permettre la concrétisation. Si globalement, le travail des opérateurs est satisfaisant, la faiblesse du dispositif réside dans l'absence d'articulation d'ensemble et dans l'ambiguïté occasionnelle du rôle tenu par le responsable du projet entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre.

Le pilotage a également souffert de ne pas s'être appuyé sur un relais, AT ou prestataire de service, qui aurait pris en charge l'animation et la coordination du projet. Il aurait facilité le repérage des difficultés rencontrées dans la mise en place de la réforme hospitalière et des manques spécifiques à chaque pays. La définition des besoins en compétences nécessaires à l'expertise aurait pu ainsi être plus précise et en meilleure adéquation avec les demandes des Etats.

Les enjeux sont les suivants, qui valorisent la spécificité de l'action française dans les pays en développement.

Le premier enjeu est la poursuite d'une démarche de mobilisation de ressources au plan de la ZSP, visant à la réforme du système hospitalier. Cette démarche est à la fois spécifique car elle met en place une forme d'ingénierie de projet et unique, car les autres coopérations bi et multilatérales n'ont pas d'outils, tel le FSP mobilisateur, pour mettre en œuvre leurs orientations.

Le deuxième est la poursuite d'un travail de réflexion et d'échange, de capitalisation et de formalisation de l'acquis de l'assistance technique dans le domaine de l'hôpital et de son rôle au sein du système sanitaire. Les guides en organisation hospitalière dans les PED et les rencontres hospitalières, par exemple, n'ont pas d'équivalents à ce jour.

Le troisième est la pérennité et le développement d'activités majeures mises en place, telles le CESAMES qui doit être conforté, reconnu et pris en compte par les pays de la ZSP et dont le potentiel devrait être valorisé dans le cadre de la formation continue et de réflexions transnationales.

Le quatrième est le maintien d'un appui à la réforme hospitalière à travers le renforcement et l'accompagnement de moyens pertinents tels le RESHAOC et les partenariats hospitaliers dont les outils de suivi restent à déterminer. La question se pose aussi de clarifier si la coopération apporte son appui à la mise en place de la réforme hospitalière -visant à améliorer le fonctionnement des hôpitaux- ou à la définition et la mise en œuvre d'une politique hospitalière -visant à préciser la place et les missions de l'hôpital dans le système de santé.

En conclusion il n'y a pas d'équivalent d'appui des autres coopérations internationales, et la France peut apporter une réelle contribution à l'amélioration des systèmes de santé en appuyant les hôpitaux, dont nous avons vu les effets sur la mortalité maternelle et infantile, et le dépistage et la prise en charge du sida, même en hôpital de jour. L'AFD peut se saisir de ces travaux et contribuer à son tour à des appuis pertinents et efficaces dans ce domaine, notamment pour ce qui concerne le premier et le deuxième niveau de référence à l'échelle du district et de la région.

III.2.2.1.2. Actions de formation sur la période 2000-2004

L'action de formation du gouvernement français est transversale et concerne l'ensemble des projets du FSP. La formation dispensée au travers de ces projets a été évaluée sur une période de 10 ans⁸¹.

D'une manière générale, les appuis en formation apportés par la coopération française n'ont pas été spécifiquement axés sur les OMD santé, même si dans certains programmes, les spécialités gynéco-obstétricale et pédiatrique, considérées comme fondamentales, n'ont pas été oubliées⁸². Il en est de même pour la lutte contre les maladies transmissibles dont tous les projets d'appui à la lutte, en particulier contre le sida, ont un volet santé. Ceci dit, les programmes spécifiques portant sur la formation de personnels de santé s'intègrent dans les stratégies de renforcement des systèmes de santé, contribuant ainsi indirectement à l'atteinte des OMD.

Le programme ESTHER, qui appuie les jumelages hospitaliers dans le cadre de la lutte contre le Sida et la mise en place des thérapeutiques porte essentiellement sur la formation des personnels de santé.

Par ailleurs, le budget Titre IV des services de coopération finance annuellement des actions de formation, comme à Maurice où, en partenariat avec l'Université de Bordeaux II sont formés des médecins spécialistes en Médecine Interne, Orthopédie, Pédiatrie, Psychiatrie et Médecine Légale.

Quelques exemples d'actions de formation au profit des personnels de santé :

- **CESAMES** : Cycle d'Etudes Supérieures Africain en Management des Etablissements Sanitaires, basé à l'ENA d'Abidjan, formation de stagiaires issus de 15 pays africains (professionnels déjà en poste), cycle de 18 mois théorie + stage pratique, financement FSP mobilisateur Réforme Hospitalière.
- **CAMBODGE** : dans le cadre d'un FSP bi, formation nationale diplômante de chefs de salle, promotions de 20 cadres d'établissements de référence. Par ailleurs, appui à l'Université de Sciences de la Santé (USS) (qui regroupe les Facultés de Médecine, Pharmacie et Dentaire et de formation des paramédicaux) et la mise en place d'une Faculté de Pharmacie à l'intérieur de l'USS, en partenariat avec la Fondation Pierre Fabre.
- **LAOS** : formation de spécialistes en post-universitaire dans 6 disciplines, FSP bi, opérateurs : ONG en liaison avec des PU-PH français.
- **VIETNAM** : programme FFI : entre 50 et 80 stagiaires par an depuis plusieurs années : les élites hospitalières du pays sont passées par ce programme.
- **HAÏTI** : programme de formation des Directeurs d'Hôpitaux sur FSP bi. Binômes de formateurs français et haïtiens, cours + stages pratiques dans le pays et en France.

⁸¹ Ministère des Affaires Etrangères. Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement. Evaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998. Octobre 2000.

⁸² Note communiquée par Dr F. Lahaye, DDCT/MAE.

- **AFRIQUE du SUD** : FSP bi entièrement dédié à la formation des DH, utilisant des partenariats hospitaliers en appui.
- **TCHAD** : FSP 2000-57, Formations en Santé Publique, qui apporte un appui à l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux – ENASS, tant pour la formation initiale des para médicaux, que sur la formation continue dans les districts sanitaires. Deux assistants techniques sont en appui conseil auprès du Directeur et de l'équipe de formateurs.
- **CAMEROUN** FSP 2001-147, Projet d'Appui à la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle Santé – PAMOSS, dont la composante 1 apporte un appui à la gestion des ressources humaines et leur formation, notamment dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale.
- **MADAGASCAR**, projet Présup et Madsup dont une des composante est dédiée à la formation de médecins spécialistes dans six spécialités de base pour le renforcement des hôpitaux malgaches (Anesthésie Réanimation, Chirurgie générale, Gynéco Obstétrique, Médecine interne, Pédiatrie, Biologie) par la voie de l'Internat Qualifiant, en partenariat avec l'Université Victor Segalen Bordeaux II.

Par ailleurs, le projet d'Appui au Plan directeur Santé a une composante entière dédiée à la formation des cadres hospitaliers, des gestionnaires d'hôpitaux et des para-médicaux.

Est actuellement en cours, la mise en place d'une Ecole de Pharmacie en partenariat avec la Fondation Pierre Fabre et le CHU de Grenoble.

- **Océan Indien**, projet PARMU, d'Appui à l'Anesthésie, Réanimation et Médecine d'Urgence dans l'Océan Indien, qui a permis de former 15 médecins spécialistes et 40 infirmiers spécialisés de six pays de l'Océan Indien.
- **MAROC**, Projet FSP d'appui à la formation des cadre hospitaliers avec mise en place d'une Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Ce sont les exemples les plus significatifs mais il y a de la formation dans presque tous les FSP bi et surtout dans tous les **Partenariats Hospitaliers** (45 financés), sans parler des actions de formation dans le cadre des interventions des **ONG**, ou d'autres opérateurs comme l'**ENSP** (ex : Brésil) avec co-financements MAE.

III.2.2.1.3. La Mission de Coopération Non Gouvernementale (MCNG)

La Mission de Coopération non Gouvernementale de la DGCID est organisée en trois bureaux :

- (i) le Bureau de la Coopération Décentralisée
- (ii) le Bureau du Volontariat
- (iii) le Bureau des Organisations de Solidarité Internationale (OSI).

Le budget annuel alloué à ces partenaires de la société civile, tous secteurs confondus, est de 55 millions d'euros répartis comme suit : 9 M€ pour la Coopération Décentralisée, 18M€ pour le soutien le Volontariat associatif et 27 M€ pour les OSI.

La part de la Coopération Décentralisée allouée au secteur de la santé est de 5% et les appuis hospitaliers représentent une petite part de ces financements.

Les financements de la Coopération Décentralisée sont affectés aux Régions disposant d'un contrat de Plan-Région sur la période 2000-2006 ayant programmé des interventions de coopération décentralisée, les autres régions passant par le même canal de mobilisation de financements que les OSI.

La gestion des volontaires passe par l'Association des Volontaires du Progrès (AFVP) qui reçoit 10 M€ du MAR pour appuyer les ONG à prendre en charge 250 volontaires par an.

La liste des associations agréées pour le volontariat de solidarité internationale est présentée en annexe 9. Sur les 26 associations agréées, 18 ont actuellement des projets dans le secteur santé et 348 volontaires sont recensés au 31 juillet 2004.

En 2003, 202 actions portées par les OSI ont été soutenues par la DGCID, ainsi que 286 actions menées par les collectivités territoriales⁸³.

La Mission ne fait pas spécifiquement référence aux OMD, que ce soit pour la santé ou les autres secteurs. Il n'y a pas de cadre stratégique qui définisse les priorités que le gouvernement souhaite financer dans le secteur de la santé à travers l'action non gouvernementale: la Mission répond à la demande des OSI ou des Régions au fur et à mesure qu'elle se présente, et l'approuve si elle est jugée pertinente et fiable par un comité de pilotage présidé par le DG de la DGCID. Les financements ne sont donc pas alloués en fonction des priorités de la Déclaration du Millénaire.

La solution à cela serait de procéder à des appels à propositions qui fixeraient le cadre stratégique et les priorités que le Gouvernement souhaite financer en priorité avec les montants alloués à l'aide publique. Une fois ce cadre stratégique fixé, certaines OSI dont la mission est spécifique par nature, urgente dans certaines circonstances, telles que la Croix Rouge Française, devraient bénéficier en outre de subventions systématiquement accordées annuellement, afin d'être en mesure de conduire leur mission particulière.

Contenu des interventions financées par la MCNG

Notons un effort considérable réalisé de fait en faveur des OMD par les OSI du secteur de la santé qui bénéficient de 23%, soit près d'1/4, des financements alloués aux OSI. Les financements alloués aux OSI du secteur de la santé, soit 5,3 M€ par an, se déclinent ainsi :

- 3M€ alloués en faveur de l'OMD 6-cible 1, combattre le sida, notamment à travers une convention avec l'association AIDES faisant référence également à la cible 17 de l'OMD 8 (accès aux médicaments). Ainsi, sur la période 2001-2003, 15 projets représentant près de 4M€, soit environ 1/3 du coût total des projets ont été mis en œuvre par 9 associations dans 13

⁸³ Projet de Loi de Finances pour 2005. Préfiguration de la loi organique relative aux lois de finances. Aide Publique au Développement. Non daté.

pays africains (Maroc et Madagascar inclus), Vietnam et Cuba, sur une période de trois, en faveur de populations en grande difficulté sociale du fait de l'infection à VIH, au tout premier rang desquelles figurent les femmes et les enfants (ce qui a trait aussi aux OMD 4 et 5 relatifs à la santé maternelle et infantile). Ces associations, du fait de leur faible trésorerie parfois, ont été très déstabilisées par les restrictions de l'année 2003 sur les crédits de paiement.

- 443 000 euros alloués à des activités de lutte contre les grandes endémies (Paludisme qui fait partie des priorités de l'OMD 6).

- 875 000 euros alloués à des activités de soins de santé primaire et materno-infantiles (en relation avec l'OMD 4 et 5)

III.2.2.1.4. La Direction de la Coopération Scientifique, Universitaire et de la Recherche de la DGCID (DCSUR)

A. Sur le volet de la Coopération Universitaire, la DCSUR appuie les programmes de formation des étudiants étrangers tout au long des différentes étapes de la formation médicale, du premier au troisième cycle dans de nombreux pays, dont les projets les plus importants se situent au Viêt-nam, en Chine, en Algérie, à Madagascar, au Cambodge, en Afghanistan. Les programmes incluent des appuis à la formation paramédicale et en Odontologie.

La formation universitaire et supérieure diplômante, et la recherche, sont de la compétence du MAE/DCSUR. En effet, les CHU sont des lieux de formations supérieures professionnalisantes, pratiques mais aussi théoriques, exercées majoritairement par des universitaires dans le cadre de plus en plus fréquents de diplômes universitaires : médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, etc.

Un FSP mobilisateur de 1,9 M€ sera présenté au prochain comité directeur des projets par l'Université de Bordeaux II qui organisera un Master de Santé Publique en ligne d'une durée de 2 ans pour former des professionnels de santé de nombreux pays à un haut niveau de santé publique. Le Master en santé publique par internat a d'importants modules en lien avec les OMD notamment les OMD 4 et 5 relatifs à la santé maternelle et infantile. Le MAE contribuera aux droits universitaires et pédagogiques en faveur d'une vingtaine de personnes par an. Le projet a une composante multilatérale en ce sens que la Banque Mondiale et l'OMS contribueront au financement des frais d'inscription d'étudiants étrangers.

Les hôpitaux français contribuent à la Coopération en finançant les salaires des médecins Faisant Fonction d'Internes (FFI) pendant leur formation en France d'une durée de 1 an, et en jouant le jeu de leur retour au pays. Ainsi plus de 1000 médecins vietnamiens sont venus se former en France en une dizaine d'années. La dynamique de co-financement de ces programmes de formation par les pays eux-mêmes, le MAE, les hôpitaux, les Régions, etc., est très intéressante entre les différents partenaires où chacun contribue à la réalisation du programme de formation et de spécialisation de ces médecins en France. Le taux de retour au pays des professionnels de santé, notamment des médecins, s'est amélioré ces dernières années avec l'obligation pour les personnels en formation spécialisée en France (internat) de faire un stage d'un an dans leur pays d'origine avant la validation du diplôme professionnel.

La coopération internationale des hôpitaux par contre, est très instable et irrégulière, souffrant d'un soutien politique inconstant. La Direction des Affaires Internationales de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a été dissoute, pendant qu'elle mettait en œuvre un projet européen gagné par appels d'offres, dont la continuité a tout de même pu être assurée. De façon plus générale, les Directions des Affaires Internationales des CHU sont tout aussi instables (Lyon, Rouen, Marseille, Strasbourg par exemple).

La valorisation de la coopération hospitalière ne doit pas être entravée lorsque celle-ci est le fruit de la coopération décentralisée et d'opérations de jumelages Nord-Sud, que beaucoup considèrent comme de l'argent détournée des soins aux résidents français (surtout les caisses de sécurité sociale au Conseil d'Administration des CHU), mais aussi du temps détourné des nombreux et croissants besoins hexagonaux, ce qui induit les experts à œuvrer dans la plus grande discrétion.

La question de la mobilité et de l'indemnisation des personnels hospitaliers en mission de coopération internationale, a été soulignée plusieurs fois au cours de cette mission. La problématique est présentée de façon très claire dans une note de la DDCT/DGCID⁸⁴, dont le contenu mérite d'être rappelé ici. *« La question du financement des personnels hospitaliers en mission pose un réel problème. La Loi Hospitalière de juillet 1991 et ses décrets d'application reconnaissent la possibilité pour les hôpitaux de conduire des actions de coopération, mais pour autant n'en définissent pas les modalités financières et n'identifient pas la possibilité d'une imputation sur le budget de fonctionnement. C'est pour cette raison qu'à plusieurs reprises, les Chambres Régionales des Comptes ont critiqué l'utilisation de crédits de l'Assurance Maladie pour des actions de coopération internationale.*

Jusqu'en Octobre 2004, des experts hospitaliers peuvent être mobilisés dans 3 types de cas :

- *Missions d'identification ou d'évaluation de projets, d'une durée de 1 à 2 semaines ;*
- *Partenariats Hospitaliers co-financés par le Département et passés entre 1 hôpital français et 1 hôpital du Sud : dans ce cadre, les experts effectuent des missions de conseil, d'expertise et de formation. En moyenne les Partenariats sont conclus pour 3 ans, et comportent 2 missions annuelles de 2 à 3 experts, pour 1 à 2 semaines ;*
- *Missions de même type, organisées dans le cadre de projets FSP bilatéraux à vocation hospitalière, au titre d'assistance technique déportée et ponctuelle.*
Dans chacun des cas, les experts, agents de la Fonction Publique Hospitalière mis en mission par leur établissement, sont défrayés selon les tarifs en vigueur.

La perception du problème varie selon le positionnement :

- *L'Administration de la Santé, qui a préparé la Loi Hospitalière, considère que la Coopération Internationale fait partie des missions de l'Hôpital, mais n'identifie pas de ligne budgétaire ad hoc ; seule est reconnue, dans le cadre de la « circulaire Kouchner », la possibilité de mise à disposition d'experts pendant 15 jours par an maximum au titre d'actions réservées à l'origine aux interventions de type humanitaire.*

⁸⁴ DGCID/MAE. Projet de Lettre de la DGCID au DG de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. 8 octobre 2004.

- *Le juge des comptes considère néanmoins que les mobilisations dépassant ce cadre constituent un « détournement » de moyens provenant de l'Assurance Maladie, même si, à l'hôpital, toutes les ressources ne proviennent pas de l'Assurance Maladie.*
- *Les organismes d'assurance-maladie ont la même position, mais leurs propres agents sont associés à de nombreuses actions de coopération internationale sans remboursement de leurs salaires (DAI de la CNAM, ADECRI, Département International de la FNMF).*
- *Les Directeurs d'hôpitaux souhaitent le remboursement des salaires des agents en mission sollicités par le Département, mais :*
 - *ils montent souvent eux-mêmes des projets sans sollicitation extérieure, pour lesquels ils défraient eux-mêmes leurs agents,*
 - *le salaire des agents consacrant du temps aux problèmes de coopération sans quitter leur poste devrait être également considéré,*
 - *certaines actions de coopération servent à étoffer la reconnaissance à l'international des établissements les plus importants, et ensuite ceux-ci peuvent se positionner sur des appels d'offres internationaux dans le cadre desquels ils reçoivent une rémunération comparable à celle des Cabinets privés,*
 - *la part consacrée à l'enseignement pendant les missions des PU-PH ne doit pas être prise en compte puisque cette partie de leur salaire ne provient pas de l'Assurance-Maladie ».*

Dans ce contexte très complexe, il est opportun de remarquer la parution en octobre 2004, de trois décrets :

Le premier aligne la mobilité des fonctionnaires Territoriaux et Hospitaliers sur ceux de l'Etat, quelle que soit la coopération (bi ou multi)

Le deuxième est un avis du Conseil d'Etat sur le décret-loi de 1936 qui élargit la possibilité pour les fonctionnaires d'Etat de recevoir des indemnités sur le multi, quel que soit le montant par jour mais dans la limite d'un plafond annuel.

Le troisième est le décret 2004-1126 du 15.10.2004 paru au Journal Officiel le 22 octobre sur l'indemnisation en coopération bilatérale. L'arrêté du même jour fixe les montants par jour avec des coefficients de séniorité et de géographie.

B. Enjeux autour de la Coopération internationale dans le domaine de la Recherche

La DCSUR finance des projets de recherche dirigés sur le terrain par les équipes de l'Institut Pasteur et du Réseau International des IP, l'IRD et l'ANRS, pour l'essentiel. Les thématiques les plus souvent retrouvées sont les suivantes : le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, les fièvres hémorragiques, les résistances microbiennes. Une vingtaine d'assistants techniques sont financés par le MAE et mis à disposition des programmes de recherche des différentes institutions sur le terrain, notamment les directeurs des Instituts Pasteur de Dakar, Bangui, Tananarive, Shangai, etc.

Ces institutions reçoivent des subventions de leur ministère de tutelle et des financements du MAE sur des projets spécifiques au travers de l'instrument FSP. Or, dans ce domaine, plus que tout autre, l'instrument FSP s'avère peu adapté compte tenu de l'inscription dans la durée des protocoles de recherche d'un côté et la nécessité de l'autre, de renouveler tous les trois ans l'ensemble de la procédure d'élaboration d'un FSP : présentation de projet, élaboration du document de la proposition, examen par le comité directeur des projets, etc. alors que les activités sur le terrain doivent s'inscrire en continu dans la durée avant de produire des résultats. Dans le domaine de la recherche sur le sida par exemple, en partenariat avec l'ANRS, les travaux de terrain sont financés depuis plus de dix ans à Abidjan, et chaque fois il faut réécrire et instruire en fait un même projet.

Un autre exemple concerne la recherche sur le paludisme financée par des moyens financiers d'un montant de 17.7 millions d'euros issus de crédits sur « action concertée incitative » du Fonds National de la Science mis en œuvre par le Ministère de la Recherche entre 1999 et 2003. Ce projet fut très apprécié des chercheurs car il a permis de mener des recherches transversales en mettant en réseau des équipes en France (Montpellier, Bordeaux, Toulouse et Marseille) en partenariat avec des équipes de recherche au Sud. Il y a une forte demande de ces chercheurs de renouveler ce projet intitulé PAL+. Mais ces financements « incitatifs » par définition, ne sont pas renouvelables. Un projet en cours d'élaboration mettant en réseau le ministère de la Défense (DG de l'Armement), le Ministère de la Recherche, le MAE, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et le secteur privé industriel et commercial pourrait être élaboré pour poursuivre cette activité relative à la prévention et la prise en charge du paludisme.

La DCSUR a soulevé un point très important dans le cadre de cette étude, mettant en perspective l'aide bilatérale française dans le contexte scientifique mondial :

Le programme EDCTP de promotion de la recherche clinique et de la recherche vaccinale en Afrique pour les trois maladies (sida, paludisme et tuberculose) financé par la Commission Européenne de 200 millions d'euros sur 5 ans pour les trois maladies sida, paludisme et tuberculose, ne procure pas les ressources nécessaires aux équipes européennes et africaines de travailler ensemble au développement de la recherche vaccinale et d'essais vaccinaux de phase II ou phase III, qui appellent des moyens financiers beaucoup plus élevés que seules les institutions américaines sont en mesure d'apporter aujourd'hui au travers de l'*US Vaccin Initiative*.

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a pris ce fait très au sérieux comme nous le verrons plus loin.

III.2.2.2. L'Agence Française de Développement (AFD)

Le MAE, le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de l'Outre-Mer, assurent la tutelle de l'AFD. L'AFD nous l'avons vu, gère moins de 10% de l'APD totale de la France et 7 à 12% de l'APD du secteur de la santé⁸⁵ nouveau pour elle. Dans un contexte

⁸⁵ Annexe 7. Tableaux récapitulatifs financiers des OMD santé. Groupe santé dans le cadre de la préparation du CICID de juillet 2004. Participation de l'APD française aux OMD.

budgétaire contraint sur la période 2001-2004, des choix ont dû s'opérer : au sein même de l'Agence, la concurrence est rude entre les secteurs.

Les financements du gouvernement gérés par l'AFD en appui au secteur de la santé des pays de la ZSP, passent à travers différents instruments : les subventions, les prêts et les contrats de désendettement et de développement (ou C2D).

L'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) a pour principe de réinvestir l'argent de la dette en direction des secteurs sociaux, dont la santé et l'éducation. « *Les C2D constituent le volet additionnel français à l'IPPTE pour l'annulation des créances d'aide publique au développement (APD) et constituent un instrument de financement des stratégies nationales de réduction de la pauvreté des pays bénéficiaires. Ces contrats sont mis en œuvre sous forme de refinancement par dons des échéances à partir du point d'achèvement de l'IPPTE. Ces financements prennent de façon privilégiée et lorsque les conditions le permettent, la forme de programmes sectoriels financés sous la forme de programmes sectoriels financés sous la forme d'une aide budgétaire affectée à des lignes du budget de l'état partenaire ou à des fonds* »⁸⁶.

L'AFD est chargée de gérer les contrats de désendettement et de développement (C2D) du secteur de la santé sur crédits délégués par le MAE. L'instruction des projets est conjointe entre le MAE, l'AFD et le MINEFI et la mise en œuvre des contrats est effectuée par l'AFD. La programmation est soumise au Conseil de Surveillance réunissant autour de l'AFD, les tutelles MAE et MINEFI, quelques parlementaires et une ONG.

Les réalisations de l'AFD sur la période 2001-2003 se résument ainsi⁸⁷ :

Sur les six⁸⁸ pays qui ont d'ores et déjà atteint le point d'achèvement de l'IPPTE, cinq⁸⁹ ont signé un premier C2D de 3 ans et bénéficié des premiers refinancements par dons. Les C2D ainsi conclus portent sur un montant global de 62 M€ et ont engendré jusqu'à ce jour des flux de refinancement de 45 M€, dont les deux tiers ont été effectivement décaissés sur les projets/ programmes approuvés⁹⁰. Les secteurs de concentration des programmes mis en place sur financements C2D sont, par ordre d'importance :

- la santé qui absorbe près de 40% des financements (plus de 10% des financements C2D sont plus particulièrement ciblés sur la lutte contre le VIH-SIDA).
- l'éducation et le développement rural, qui absorbent chacun près de 20% des financements.

Par ailleurs, près du quart des C2D visent à financer de manière indifférenciée la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté⁹¹. « *Au total, les opérations*

⁸⁶ Note explicative de la DDCT/MAE

⁸⁷ AFD. Note du 22 septembre 2004.

⁸⁸ Ouganda, Bolivie, Mozambique, Tanzanie, Mauritanie et Ghana.

⁸⁹ Ouganda, Bolivie, Mozambique, Tanzanie et Mauritanie.

⁹⁰ Les projets/programmes approuvés (76 M€) dépassent le montant des 1^{ers} C2D (62 M€) car certains projets ont été montés pour couvrir plusieurs C2D, notamment au Mozambique.

⁹¹ Concernant les financements sous forme d'aide budgétaire globale, une règle de comptabilisation est en cours d'élaboration. Elle vise à répartir sectoriellement les montants concernés au prorata du secteur concerné dans le budget de l'Etat bénéficiaire.

financées sur C2D remplissent clairement l'objectif de financement des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté. Lorsque des projets sont retenus, ceux-ci s'intègrent dans les stratégies nationales et tiennent compte des interventions des autres bailleurs.

Des concours d'aide budgétaire non affectée sont accordés lorsque les conditions sont réunies (gestion des finances publiques satisfaisante, participation à des programmes multi-bailleurs qui permettent d'instaurer un dialogue avec les autorités nationales sur la gestion macro-économique et financière et sur les stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté). Le financement de programmes sectoriels, financés, suivis et évalués par de multiples bailleurs de fonds, occupent une place privilégiée dans le dispositif.⁹² »

Le financement indifférencié des Stratégies nationales de Lutte contre la Pauvreté se fait à travers des aides budgétaires globales, induisant des décaissements automatiques dès lors que les conditionnalités préalables sont remplies. Les modalités d'intervention dans la santé et l'éducation sont intermédiaires et peuvent prendre soit la forme de financements budgétaires ciblés ou d'aide-programmes⁹³, soit de financements de projets⁹⁴.

Sur la période 1999-2003, 11 projets dans le domaine de la santé ont été approuvés et mis en œuvre pour un montant total de 74 millions d'euros, dont :

- ❖ 24,6 M€ sous forme de subventions, soit 1/3 du montant total, en faveur de l'Albanie, du Mali, du Sénégal, du Tchad et du Togo
- ❖ puis 25 M€ sous la forme d'un prêt concessionnel (à l'Etat du Maroc), soit 1/3 du total
- ❖ et 24.4 M€, soit 32,9% sous la forme de contrats de désendettement (C2D) avec le Mozambique et l'Ouganda.

En 2004, deux projets santé sont en cours d'instruction pour un montant de 8,5 M€ dont 7M€ dans le cadre d'un C2D avec le Mozambique.

Au total, les plus gros volumes des financements bilatéraux de l'AFD au secteur de la santé passent par les C2D ou les prêts.

Les projets portent en eux chaque fois deux composantes :

- ils viennent en appui d'une réforme (du budget de l'Etat comme au Maroc ou du système de santé)

- ils viennent renforcer l'offre de soins dans toutes ses dimensions (ressources humaines, politique du médicament, financement des soins, soins hospitaliers, etc.)

Il est important de souligner la diversité des acteurs avec lesquels travaille l'AFD. Le projet est mis en œuvre par les Etats, en général au niveau régional, en partenariat avec d'autres institutions, aussi bien multilatérales comme au Tchad avec la Banque Mondiale, que

⁹² Note explicative de la DCT/MAE

⁹³ Santé Ouganda, éducation Tanzanie et Mauritanie, Fonds médicaments au Mozambique.

⁹⁴ Santé Cabo Delgado au Mozambique, santé Bolivie.

bilatérales comme la GTZ opérateur au Tchad, et la Coopération technique Belge partenaire du projet de la région de Mopti au Mali, que non gouvernementaux, comme MSF Luxembourg et Suisse au Mozambique.

Lorsque le pays doit faire appel à une assistance technique, le maître d'ouvrage, par exemple le Ministère de la Santé, lance un appel d'offres international pour sélectionner le Cabinet qui lui fournira l'expertise technique compétente en appui du projet. L'AFD donne un avis de non objection.

Il aurait été opportun et pertinent dans le cadre du CICID de juillet 2004 ou du premier trimestre 2005, d'évaluer, même en interne, les projets mis en œuvre par l'AFD dans le champ de la Santé. Il serait temps que l'AFD présente un document capitalisant des interventions et résultats dans ce domaine sur la période 1999-2005, plus détaillé que ce qui a pu être présenté dans les groupes de travail, en préparation de la réunion de CICID de juillet 2004.

III.2.2.3. Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille contribue de diverses façons à la réalisation des OMD de la santé, et de façon plus globale, à la sécurité sanitaire mondiale, dans le cadre des activités internationales des Agences nationales et des Organismes relevant de sa tutelle, au nombre desquelles des actions sont menées dans les domaines suivants :

- Coopération hospitalière, tant en aide à la gestion et organisation des services qu'en matière de formation des cadres et techniciens hospitaliers ;
- appui à la mise en place de SAMU (Maghreb, Brésil) ;
- jumelage hospitaliers : échange d'expertises très fructueux et très anciens avec de nombreux pays, missions régulières d'experts dans les hôpitaux de différents pays
- appui au renforcement des techniques de soin et de prévention dans un grand nombre de disciplines, notamment néonatale et pédiatrique (surveillance des prématurés...)

Le ministre de la Santé s'investit très fortement et personnellement sur le dossier de la coopération internationale et son Cabinet relève une très bonne collaboration avec la DDCT/MAE et le Cabinet du Ministre délégué à la Coopération au développement sur ces questions. Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille anime avec le MAE une plateforme interministérielle et publique privée consultative sur les stratégies et de coordination des interventions du Gouvernement et de ses partenaires dans le domaine de la lutte contre le sida.

La contribution de ce ministère technique prend toute sa dimension dans le domaine de la lutte contre le sida et de l'accès au médicament essentiel, mais reste beaucoup plus modeste sur les autres maladies ciblées par l'OMD 6 et sur les OMD 4 et 5 de réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les pays de la ZSP ou du reste du monde.

Nous insistons ici sur quelques points forts de la coopération bilatérale du Ministère de la santé. Les interventions du Ministère français de la santé en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8 sont présentées séparément dans le chapitre spécifique traitant de la contribution française à la réalisation de l'OMD relatif à l'accès au Médicament. Les activités en appui aux organisations multilatérales sont décrites plus loin dans le document.

III.2.2.3.1. Alerte épidémiologique

Le Ministère français de la Santé, et ses agences spécialisées (INVS) ont un rôle particulièrement important à jouer au niveau mondial en vue de renforcer les capacités d'alerte épidémiologique des pays en développement, aux côtés du Réseau International des Instituts Pasteur, du Centre européen de contrôle des maladies⁹⁵, du Département de la Surveillance et du Contrôle des Maladies transmissibles de l'OMS, du CDC d'Atlanta, de l'Agence Européenne de Contrôle des Maladies basée à Stockholm, et des structures privées américaines mettant en place des réseaux mondiaux d'alerte et de contrôle des maladies. L'enjeu géostratégique est ici crucial, en cohérence avec l'engagement fort de la France sur le concept des Biens Publics Mondiaux avec un expert détaché à Stockholm.

A travers les agences nationales et organismes relevant de sa tutelle, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille est très présent sur les questions d'alerte épidémiologique mais ses instituts (INVS et IP notamment) soulignent l'insuffisance des financements si la France doit garder son positionnement et rayonnement international dans le champ de la recherche en médecine tropicale.

Le ministère a enfin un rôle important à jouer en matière de coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé au niveau européen ou international. Peu avant notre mission en septembre 2004, à la suite de la dynamique de concertation suscitée entre le MAE/DGCID, le MSPS et certaines de ses agences, au moment de la préparation et de la mise en œuvre de l'Accord-Cadre MAE/DGCID-MSPS-OMS en 2003, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille propose de mettre en place **« un groupe de concertation autour des activités européennes et internationales dans le champ de la santé s'inspire de cette expérience positive. Les objectifs poursuivis en sont de favoriser l'information mutuelle, contribuer plus efficacement à l'élaboration des positions françaises en matière de santé dans les organisations internationales, faire connaître et expliquer les échéances importantes, discuter des sujets sensibles, valoriser le mieux possible l'action de la France en Europe et à l'international⁹⁶ »**.

Ce groupe réunit notamment l'INVS, le GIP ESTHER, l'AFSSAPS, la CNAM, l'IGAS, l'Etablissement français des Greffes, l'Institut Pasteur, l'INSERM, l'IRD, etc. La DAEI prépare en mars un document de synthèse sur les activités internationales que mènent les agences sous tutelle du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

III.2.2.3.2. Lutte contre le Sida (OMD 6) et GIP ESTHER

A l'issue du G8 de Sea Island qui s'est saisi d'une initiative sur le sida, le Ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, (i) préoccupé par les enjeux de la recherche scientifique mondiale et par l'insuffisance de moyens européens alloués à la recherche vaccinale sur le sida, contrastant avec les volumes de financements publics et privés mobilisés par les Etats-Unis, (ii) conscient que les sept pays européens travaillant à la recherche d'un vaccin contre le sida, travaillent sur les mêmes candidats vaccin, a organisé le 19 octobre 2004 à Paris un Sommet des ministères de la santé des sept pays européens pour aboutir à un pacte européen de recherche sur le vaccin sida, en :

⁹⁵ En cours de mise en place à Stockholm

⁹⁶ MSPS. DAEI. Compte rendu de réunion du 30 septembre 2004.

1. incitant à la définition d'une stratégie européenne unique et coordonner de tester 7 candidats vaccins.

2. proposant de construire « *The European Vaccine Trial Network* » (EVTN) réunissant les centres de recherche nationaux en vue de solliciter un financement de la recherche par la Commission européenne, demande qui a été approuvée au Conseil de fin 2004 par les 25 Etats membres.

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a participé à l'identification et la nomination du nouvel Ambassadeur de la France sur le sida, Pr Kazatchkine en janvier 2005.

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a préparé le discours du Président de la République à Davos en janvier 2005 sur le sida renouvelant l'appel à la mobilisation de 10 milliards de dollars par an pour lutter efficacement contre cette maladie, et l'idée d'une taxation internationale pour financer l'aide publique au développement

Outre ces actions, le ministère de la santé met à disposition des conseillers sociaux placés auprès de certaines ambassades et représentants permanentes de la France (RP de la France à Bruxelles, Washington, Genève, ambassades de Rome, Rabat, Stockholm, Dakar, Berlin et auprès de l'administrateur français de la Banque mondiale à Washington). Leur rôle est double : faire connaître et valoriser les expériences et l'expertise française pour faciliter la coopération scientifique et technique ; diffuser des informations sur les politiques et stratégies locales (ou régionales) en matière sanitaire et sociale. De plus, ils participent, sur des sujets sanitaires et sociaux, et emploi, qui sont aussi leur domaine de compétence, au dialogue entre le pays qui les accueille et ses partenaires. L'analogie de leur fonction avec celles des conseillers régionaux santé du ministère des affaires étrangères est évidente et mériterait d'être développée pour optimiser le réseau des correspondants techniques des ministères en charge de l'aide publique au développement.

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille contribue à la réalisation des Objectifs du Millénaire en finançant la totalité du programme de prise en charge médicale et thérapeutique du sida (OMD 6 Cible 1) du GIP-ESTHER pour un montant de 15 millions d'euros sur 3 ans sur la période 2002-2005. Ce programme constitue à lui seul la contribution bilatérale du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Il pourrait à l'avenir être appelé à mobiliser des financements internationaux afin de permettre de consacrer ses crédits au fonctionnement d'une Direction renforcée des Affaires Européennes et Internationales.

Le ministère souligne en effet l'insuffisance des crédits et la faiblesse institutionnelle de la Délégation des Affaires Européennes et Internationales (DAEI) du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille qui travaille pour l'essentiel sur les questions liées au travail (avec le BIT), incitant peu les fonctionnaires français du secteur de la santé à s'inscrire dans des parcours de carrière internationale, étant donné le peu de perspectives dont ils disposent s'ils font ce choix. Or le rayonnement français dépend de l'envergure que pourrait prendre la DAEI qui n'est pas même une Direction du Ministère dont le budget, 4M€ par an, dont les missions de Santé et de travail pourraient être distinctes.

Le ministère a enfin un rôle important à jouer en matière de coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé au niveau européen ou international. Peu avant notre mission en septembre 2004, à la suite de la dynamique de concertation suscitée entre le MAE/DGCID, le MSPS et certaines de ses agences, au moment de la préparation et de la mise en œuvre de l'Accord-Cadre MAE/DGCID-MSPS-OMS en

2003, le MSPS a proposé de mettre en place « un groupe de concertation autour des activités européennes et internationales dans le champ de la santé s'inspire de cette expérience positive. Les objectifs poursuivis en sont de favoriser l'information mutuelle, contribuer plus efficacement à l'élaboration des positions françaises en matière de santé dans les organisations internationales, faire connaître et expliquer les échéances importantes, discuter des sujets sensibles, valoriser le mieux possible l'action de la France en Europe et à l'international⁹⁷ ». Ce groupe réunit notamment l'INVS, le GIP ESTHER, l'AFSSAPS, la CNAM, l'IGAS, l'Etablissement français des Greffes, l'Institut Pasteur, l'INSERM, l'IRD, etc.

III.2.2.3.3. Le GIP « Santé Protection Sociale »

Un GIP Santé/Protection Sociale, installé le 23 février 2005, rassemble l'Etat, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique et l'Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales, qui regroupe l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, « pour le développement de l'assistance technique et de la coopération internationale dans les domaines de la santé, de la protection sociale et de l'action sociale ».

Selon le communiqué du Ministère de la Santé, « *Prévu dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, inscrit dans la loi réformant l'assurance maladie du 13 août 2004 (article 65), ce Groupement donnera plus de cohérence et d'efficacité aux actions de coopération menées par les différents opérateurs français dans le domaine sanitaire et social. Sa mise en place traduit une volonté forte de développer des complémentarités et des synergies entre les acteurs des politiques publiques.* »

III.2.2.4. L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

L'IRD comporte 2100 agents et un budget de 200 millions d'euros par an (dont 75% sont affectés à la gestion des ressources humaines) provenant pour la plus grande part du Ministère de la Recherche, puis de la Commission européenne, de la Banque Mondiale, des Régions et de quelques projets FSP du MAE.

L'IRD travaille sur les trois continents du Sud. L'IRD souligne de grandes difficultés à réunir ses deux tutelles, le Ministère de la Recherche (pour la Recherche) et le MAE (pour le Développement) qui traduit en réalité un faible intérêt du Ministère français de la Recherche pour les questions de coopération au développement.

L'IRD a contribué au financement de la recherche sur le sida, le paludisme et la tuberculose (relatifs à l'OMD 6) à hauteur de 14,1 millions d'euros par an sur la période 2001-2003 avec les résultats scientifiques suivants publiés et internationalement reconnus pour la seule année 2004:

- ❖ L'obtention d'une réduction de la transmission maternelle du VIH à moins de 2% avec une combinaison d'AZT et de Névirapine (étude menée en Thaïlande et publiée dans le *New England Journal of Medicine*).

⁹⁷ MSPS. DAEI. Compte rendu de réunion du 30 septembre 2004.

- ❖ L'efficacité de la trithérapie antirétrovirale générique de trois molécules regroupées en 1 comprimé, démontrée dans un essai clinique mené au Cameroun (étude publiée dans la revue *The Lancet*).
- ❖ La découverte d'une nouvelle espèce d'anophèle porteuse du plasmodium vecteur de transmission du paludisme (découverte publiée dans le *Journal of Medical Entomology*).

L'Institut a contribué à l'élaboration de la stratégie sectorielle et représente la France dans les instances internationales de revue des indicateurs de suivi/évaluation de la mise en œuvre des OMD. L'IRD participe également à la mise en œuvre de l'Accord Cadre France-OMS, action bi-multilatérale de la France décrite plus loin. L'IRD est donc un important acteur de la coopération en santé puisqu'elle contribue au même niveau que l'AFD sur la période 2001-2003, à la réalisation des OMD de la santé.

III.2.2.5. Le Réseau International des Instituts Pasteur (IP)

L'Institut Pasteur (IP) de Paris a une Direction du Réseau International des IP et des Instituts associés, qui coordonne l'organisation et les activités de recherche à travers l'ensemble des Instituts Pasteur localisés dans les pays du Sud. Les projets de recherche se sont poursuivis avec l'aide de la subvention du Ministère de la recherche dans les Instituts du réseau International de Bangui, Cambodge, Dakar, Guyane, Guadeloupe, Nouvelle Calédonie et Madagascar.

Les missions de l'IP sont triples : 1. Mission de santé publique (surveillance, diagnostic des maladies transmissibles par exemple). 2. Formation de chercheurs. 3. Recherche.

Les thématiques de recherche sont les suivantes : étude des facteurs de résistance à l'infection à VIH ; étude des infections opportunistes pour améliorer le diagnostic et la prise en charge ; étude sur l'amélioration du suivi des patients sous antirétroviraux ; des études sur la tuberculose (surveillance et biologie moléculaire) ; sur la poliomyélite, les fièvres hémorragiques, l'hépatite C, etc.

Les financements alloués en 2004 en direction des cibles de l'OMD 6 sont de plus de 9M€ sur le thème du VIH/sida, de 6M€ sur la tuberculose et de 5.3 M€ sur le paludisme.

Les sollicitations croissantes des autorités de santé de ces pays ainsi que celles d'organismes internationaux confirment la nécessité de poursuivre une recherche scientifique aux services des hommes qui prennent en compte les priorités de Santé publique dans le domaine des Maladies Infectieuses dans ces pays. Ces projets de recherches impliquent de plus en plus la participation d'épidémiologistes permettant de s'inscrire dans une surveillance épidémiologique qui seule permet d'identifier et confirmer l'évolution de ces pathologies. Peu à peu se développe ainsi un véritable réseau de chercheurs capable de développer de nouveaux outils de diagnostic et de nouvelles approches dans le développement de traitement applicable dans ces pays. Les recherches sont réalisées en étroite collaboration avec les

autorités de santé de ces pays et impliquent de plus en plus plusieurs Instituts Pasteur du Réseau.

L'émergence de foyers épidémiques de par le monde, la possibilité de diffusion d'agents pathogènes facilités par la mobilité des populations et l'accroissement des moyens de transports, rendent nécessaire la mise en place au niveau international de structures pouvant renforcer l'aide internationale apportée aux autorités des pays concernés par ces épidémies. A cette fin, la Cellule d'Analyse et de Réponse aux Epidémies (CARE) a été créée en 2001 à l'Institut Pasteur (IP et le Réseau International).

Elle s'est enrichie progressivement du partenariat avec Epicentre et d'actions communes avec l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Cette cellule constitue un point de contact, unique, permanent, capable de proposer aux ministères français concernés et à leur représentant à l'étranger, aux organisations internationales, aux Autorités des pays concernés, au Réseau International des Instituts, ou à toute organisation non gouvernementale qui y ferait appel, une expertise microbiologique et épidémiologique en réponse à une épidémie, à une situation épidémiologique anormale ou à des situations d'urgences en matière de maladies infectieuses.

Le Directeur Général de l'Institut Pasteur a alerté le Gouvernement, qui contribue actuellement au 1/3 de son budget, sur la nécessité de lui donner les moyens de faire front à la prééminence américaine sur le terrain de plus en plus étendue. La Fondation Gates et les organismes américains de la santé sont entrain de constituer un réseau à l'échelle planétaire doté de moyens très importants (près d'1.5 milliards de dollars pour la Fondation Gates) qui menace la visibilité de la France y compris sur les zones classiques d'influence francophone⁹⁸, d'autant que la France ne soutient plus autant les organismes de recherche (Marchoud au Mali par exemple).

« Il n'existe sur la planète que trois réseaux mondiaux axés sur la santé publique : l'OMS, le réseau que els Etats-Unis sont entrain de mettre en place, et le Réseau International de l'Institut Pasteur » qui contribue non seulement au rayonnement de la France, mais à celui de l'Europe tout entière, et s'est mondialisé en trois ans avec l'ouverture d'IP en Corée du Sud, à Shangaï, à Hong Kong, 51 institutions réunies en Amérique latine, Brésil, au Japon, etc.

« L'IP joue un rôle qui dépasse largement la sphère scientifique. Dans cette perspective, un soutien du gouvernement français est crucial à sa survie ».

III.2.2.6. L'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)

Depuis 1998, l'ANRS consacre 1/5 de son budget de subventions à des projets de recherche multidisciplinaire dans les PED. La France est le seul pays européen à avoir créé une agence spécifique de recherche sur le sida. L'agence est un GIP et c'est une agence d'objectifs qui

⁹⁸ Pr P. Kourilsky. Lettre adressée au ministre des Affaires Etrangères. *Note sur l'influence croissante des Etats-Unis dans la santé publique mondiale et sur le rôle des Instituts Pasteur*. 19 Octobre 2004.

regroupe 7 partenaires dont 3 ministères publics et 4 institutions: le Ministère de la Recherche (finance l'agence à 85%), Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le MAE, l'INSERM, le CNRS, l'IRD et l'Institut Pasteur.

Comme l'a souligné aussi la DCSUR, **le FSP n'est pas un instrument adapté de financement de la recherche en santé.**

L'agence lance deux appels à propositions par an, examinées par un comité de sélection.

Sur le terrain les projets de recherche médicale sont intégrés sous forme de sites ANRS aux projets de recherche socio-anthropologique et multidisciplinaires dans des pays qui ont préalablement accepté que des recherches soient menées en vue d'orienter les stratégies nationales de santé publique. D'une certaine façon, les pays s'engagent à mettre en pratique les résultats de la recherche. Chaque projet est co-présenté par une institution de recherche du Nord et du Sud. La Charte éthique auxquelles doivent répondre les chercheurs soumettant des projets à l'ANRS inspire l'OMS et l'ONUSIDA.

L'Action coordonnée 12, est un groupe d'animation qui rassemble tous les coordonnateurs des projets dans les pays avec des experts. Il réfléchit aux thématiques prioritaires à soutenir.

La visibilité internationale de l'ANRS est très bonne, d'autant que sa production scientifique représente 10% des productions scientifiques mondiales et la classe deuxième agence au monde les Etats-Unis. La France est très attendue à l'échelle internationale et mondiale. Le directeur de l'ANRS a présidé pendant deux ans le Conseil Scientifique⁹⁹ du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, préside le « *Strategic and Advisory Committee (STAC)* » du Fonds Mondial, siègeait au Comité Scientifique de l'Initiative 3x5 de l'OMS, et il est aussi membre du conseil exécutif de *AIDS Society*. En 2005, le directeur de l'ANRS est nommé Ambassadeur itinérant de France sur le VIH/sida et les Maladies Transmissibles.

Les contacts étroits de l'ANRS avec le CDC et le NIH, ont permis de porter l'argumentaire en faveur de l'accès des malades des PED aux traitements anti-rétroviraux.

La synergie des actions de recherche et des projets sur le terrain est devenue une arme très performante d'influence des politiques et stratégies de lutte contre le sida à l'échelle planétaire, notamment sur le volet de la prise en charge médicale et thérapeutique des malades atteints de sida¹⁰⁰.

Mais les moyens restent insuffisants pour prendre réellement la mesure des enjeux à venir : « les montants consacrés à la santé à travers l'ANRS et l'IRD sont de l'ordre de 19 millions d'euros par an (*« à comparer par exemple au budget de la recherche du MRC-DFID qui s'élève à 32.4 millions d'euros par an, sans compter une somme équivalente investie chaque année par le Wellcome Trust... »*)¹⁰¹ ».

⁹⁹ TRP : Technical Review Panel d'examen des Propositions soumises par les pays

¹⁰⁰ Moatti JP., N'Doye I, Hammer SM, Hale P, Kazatchkine M. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries : an attainable new paradigm. *Nature Medicine*. Vol 9. N° 2. December 2003.

¹⁰¹ MBSI pour le MAE. Etude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida. Novembre 2004.

III.2.2.7. La Coopération de Santé Militaire : SSA et DCMD

Le Service de Santé des Armées, relève du Ministère de la Défense, membre du CICID. Le ministère de la Défense est censé avoir contribué à l'élaboration de la stratégie interministérielle sectorielle santé dans le cadre du CICID de juillet 2004, mais en pratique, il n'était pas souvent représenté aux réunions du Groupe Sectoriel Santé qui s'est réuni pour développer et valider cette stratégie.

La Direction de la Coopération Militaire et de Défense (DCMD) est une direction en parallèle de la DGCID, au sein du Ministère des Affaires Etrangères, relevant directement du Secrétaire Général Adjoint, directeur général des Affaires politiques et de sécurité. « *Acteur de la coopération dont l'ancrage a été renforcé au sein de son ministère, elle remplit, en étroite collaboration avec le Ministère de la Défense, une fonction charnière entre la conception de la politique extérieure et sa mise en œuvre, à laquelle elle participe par son budget et par le réseau des coopérateurs militaires techniques (près de 400 en mission longue durée*¹⁰² » tous secteurs confondus, dont 12 coopérateurs médecins et infirmiers.

Le budget de la DCMD pour financer les ressources humaines de longue et de courte durée, quelques infrastructures, les équipements, consommables et médicaments pour les hôpitaux militaires africains, et pour financer les stages d'étudiants en France, s'élève à 3.5 millions d'euros par an, soit **3.7% du budget alloué à la DCMD (94M€)**. **En aucun cas ces montants très ciblés modifient-ils en termes financiers la contribution de l'aide publique française allouée au secteur de la Santé.** Ces moyens sont mis à la disposition des actions de la DCMD en faveur d'actions très ponctuelles, de formation pour la plupart, des services de santé des armées de pays cibles en Afrique francophone (Togo, Tchad, Djibouti, Guinée, etc.).

La DCMD ne contribue pas directement à la mise en œuvre des politiques de santé en coopération qui seront mises en œuvre dans un proche avenir par l'AFD, et il n'est pas prévu par exemple qu'elle contribue à l'exécution des activités programmées dans le cadre des DCP par les postes.

La Coopération de Santé Militaire a fait l'objet d'une mission confiée en 2003 par le Ministre de la Défense à l'Inspecteur Général du Service de Santé des Armées, le Médecin Général des Armées Jacques de Saint-Julien. Le rapport de cette mission effectuée dans plusieurs pays d'Afrique francophone, relate un certain nombre de constats qu'il ne s'agit pas de refaire ici, et fait des propositions au Ministère de la Défense¹⁰³.

Malgré le positionnement de la DCMD au sein du MAE, l'Inspecteur Général auteur du rapport, attire l'attention sur le fait que « *les projets développés dans le domaine de la santé par les deux systèmes de coopération, civile et militaire, ne font pas l'objet, tant au niveau central que sur le terrain d'une recherche systématique d'éléments synergiques ou complémentaires entre les différentes actions. Une analyse des aides en matière de santé apportées par la France fait apparaître une dispersion des axes choisis et un défaut d'harmonie voire une absence de synergie entre l'action des civils et des militaires qui se traduit sur le terrain par une perte réelle d'efficacité* ».

¹⁰² Relevant de la DCMD (pas de l'assistance technique de la DGCID).

¹⁰³ Ministère de la Défense. Inspecteur Général du Service de Santé des Armées. Médecin Général des Armées Jacques de Saint-Julien. *Coopération de Santé Militaire en Afrique*. 1^{er} décembre 2003. 106 p.

Les Attachés de Défense auprès des ambassades de France des pays visités *« ont affirmé à maintes reprises le poids et l'importance que revêtent dans les relations locales bilatérales les projets civils ou militaires de coopération dans le domaine de la santé »*. Malgré ces témoignages requis par l'Inspecteur Général, il semble que sur le terrain il y a peu de relations en fait entre le chef de SCAC ou son conseiller Santé, et l'attaché militaire de Défense, le premier étant chargé de mettre en œuvre dans le pays l'aide publique française au développement dans le secteur de la santé, et le second de s'assurer du bon déroulement de la mission militaire de la France dans le pays, dont la santé n'est qu'un élément qui concerne en fait les services médicaux des troupes elles-mêmes (et non la santé des populations du pays même si par endroits elles peuvent profiter du médecin présent). L'offre de services et de soins destinés aux troupes suscite une demande des populations locales *« effectivement et déontologiquement impossible de refuser »*.

En outre cette Aide Médicale Gratuite, bien que parfois coûteuse comme à Djibouti, *« génère de nombreux avantages : c'est un facteur d'intégration des forces françaises dans le paysage politique et social local ; c'est une excellente phase d'aguerrissement pour de nombreux médecins spécialistes militaires français affectés dans les antennes chirurgicales engagées dans des conditions de pression opérationnelle. Enfin, éthiquement, elle ne peut être négligée en raison du dénuement des populations ; elle reste conforme à la tradition du Service de Santé des Armées. »*

La demande des pays de la ZSP reste très forte en direction du Ministère de la Défense pour renforcer les infrastructures et les équipements des services de santé des armées des pays concernés, recevoir une assistance technique, assurer la formation des professionnels de santé militaires, etc. La mobilisation de financements multilatéraux, dont européens, en vue d'accroître la contribution du Nord en appui à la coopération militaire dans le champ de la santé, ne peut se faire que si ce sont les états ACP eux-mêmes qui en font la demande car ils sont ordonnateurs des financements européens dans les pays. La DCMD réfléchit à un montage régional où la CEDEAO pourrait par exemple demander l'appui de la Commission européenne.

Les projets « phare » de la coopération militaire et de défense dans le domaine de la santé, énumérés et longuement décrits dans le document, dont la pérennité fait l'objet de nombreux commentaires, propositions et recommandations dans le document sont les suivants : l'Ecole de formation des infirmiers de Niamey ; l'école du Service de Santé des Armées de Lomé ;

Un projet « exemplaire » est celui de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale en Afrique (IOTA) à Bamako, référence OMS pour la sous-région pour ses missions de soins, formation et recherche, qui vient de célébrer ses 50 ans d'existence, dirigé pendant plusieurs années par des médecins militaires dans le cadre de projets financés par le Ministère de la Coopération, soutenus par le SSA qui mettait à disposition ses personnes ressources.

L'Hôpital Principal de Dakar a été mentionné comme la préoccupation la plus forte du président de la République sénégalaise, c'est un établissement public de santé à statut spécial (hôpital militaire sénégalais). Ici le SSA est prestataire pour la DGCID qui finance l'assistance technique française et une partie du fonctionnement de l'hôpital dans le cadre de la réforme hospitalière du système de santé sénégalais appuyée par la DGCID.

Des recommandations ont été faites de création à Paris d'une plateforme de coordination des actions civiles et militaires qui n'ont pas encore semble-t-il été formalisées.

III.2.2.8. Le Conseil National du Sida (CNS)

Le CNS a été créé par Décret présidentiel en 1988 pour conseiller le Président sur les questions de Société et Sida. Il est composé de 23 membres, personnalités ou institutions, et dispose d'un petit budget de fonctionnement.

Le CNS considère que la situation internationale et la place de la France dans la prise en charge du sida constituent un enjeu majeur relevant de sa réflexion. Il procède par auditions pour émettre des Avis.

Parmi les thématiques identifiées par le CNS comme prioritaires, figurent celles relatives à la transmission mère enfant du VIH, au financement de la santé et à la protection sociale, à l'insuffisance des ressources humaines dans les PED constituant un véritable frein à la réalisation des OMD, d'autant que l'on observe une surmortalité des professionnels de santé liée à l'infection à VIH.

III.2.2.9. Les bureaux d'études privés mobilisateurs des financements de l'aide publique au développement dans le champ de la santé

Un certain nombre de bureaux d'études français, mobilisateurs de financements européens et internationaux, ont fait part de leurs principales préoccupations.

Les délais de réponse aux appels d'offres français (MAE ou AFD) ou internationaux sont toujours très courts, les procédures très compliquées, les termes de référence pas toujours très clairs, compromettant la qualité de la proposition technique, toujours élaborée dans un temps record, et surtout la qualité du recrutement de l'expertise technique en appui à la mise en œuvre des projets. Le problème se pose de manière très aigüe dans le cadre des contrats long terme (2 à 4 ans) car les bons experts ne sont pas toujours disponibles, et le bureau d'études n'a bien souvent pas rencontré et interviewé, même le futur chef de projet, avant de le positionner dans sa réponse à l'AO. Nous verrons que dans le cadre de la mise en œuvre de financements volumineux de la Commission européenne sous la forme d'aide projet, à quel point ces procédures de passation des AO et leurs conséquences menacent le déroulement et le succès des projets. Les délais de paiement des bailleurs sont excessivement longs et menacent la trésorerie des bureaux d'études.

Le transfert des compétences en santé à l'AFD inquiète les bureaux d'études de plusieurs points de vue :

- leur compréhension du processus de réforme en cours et ce que seront très précisément les attributions respectives du MAE et de l'AFD est limitée, et l'information est difficile à obtenir.

- de l'expérience actuelle de ces bureaux, l'AFD confie l'exécution des financements qu'elle octroie aux Etats, quels que soient les instruments, à charge pour eux de recruter une assistance technique. Or l'AFD doit donner un avis de non objection quant au choix du prestataire retenu par l'Etat, dans des conditions qui semblent manquer de transparence : les agences de l'AFD ne sont pas systématiquement présentes à l'ouverture des plis, les bureaux d'études n'ont pas la confiance que l'AFD a pris toutes les mesures pour s'assurer de la transparence, de la bonne gouvernance et du bien fondé des décisions des Etats.

Certains bureaux émettent l'idée de voir se structurer une instance indépendante de surveillance ou de contrôle de la transparence et de l'équité d'accès aux ressources des bureaux mis en concurrence, auprès de laquelle, ils pourraient le cas échéant avoir recours en cas de manque de transparence de la gestion du denier public.

- Une fois le marché attribué, les bureaux d'études en action dans les pays rencontrent des difficultés de dialogue politique et technique avec les équipes des agences de l'AFD pas toujours compétentes en santé et pas toujours disponibles. Or le dialogue technique avec les Etats n'est pas toujours aisé ou de bon niveau, donc finalement **les bureaux d'études souffrent donc de l'absence d'interlocuteur** dans le cadre de la mise en œuvre d'une intervention qui leur est confiée (étude, élaboration d'une carte sanitaire, évaluation, etc.) lorsque l'AFD est le commanditaire. La question se pose de la déconcentration d'une expertise technique dans le champ de la santé.

- une fois le projet arrivé à son terme, les sociétés demandent que le bailleur ne se désintéresse pas du paiement de la dernière tranche due au bureau prestataire, et s'assure de la mise en œuvre des financements jusqu'à son terme.

- Par ailleurs FCI a attiré l'attention de l'AFD sur :

- (i) la difficulté pour ce secteur privé de faire face au système de cautionnement mis en place par certains bailleurs de fonds comme l'AFD ou Europeaid de la Commission européenne, en échange de la trésorerie mise à disposition de l'opérateur sous forme d'avances de démarrage (20 à 30% du montant du contrat). L'activité des sociétés se heurte à la nécessité de fournir des montants de garantie très importants, représentant souvent plus de la moitié du chiffre d'affaires.
- (ii) la présentation à l'escompte des créances liées à ces marchés entraîne également des difficultés. Les contrats étant pour la quasi-totalité passés par les pays bénéficiaires (pays en développement), les banques des sociétés privées appliquent sur ces créances un coefficient de risque lié au pays, ne tenant pas compte de l'origine des fonds provenant des organisations internationales solvables. L'escompte n'est accepté que pour des sociétés solides, et écarte des nouveaux-venus de l'accès à ces marchés. Les petites entités ne peuvent pas dans ces conditions affronter la concurrence domestique ou internationale dans des conditions équitables.

Enfin, ces bureaux d'études soulignent que la France, comme le confirme notre analyse du positionnement de la France dans la définition des stratégies sanitaires internationales présentée en fin de document, ne dispose pas d'une structure équivalente à

HLSP/Resource center au Royaume Uni, qui crée un cadre qui regroupe en consortium des experts de l'Université de Harvard, de DFID, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et du CREDES bureau français, etc. pour travailler tout à fait en amont des politiques de développement, ou de santé, ou des thématiques du G8 par exemple cette année.

III. 3. Contribution de la France en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8 relative à l'accès au Médicament

La réalisation de l'OMD 8 de la Déclaration du Millénaire appelle l'engagement de la communauté internationale à promouvoir et développer un partenariat global en faveur du Développement. Ainsi les pays occidentaux sont-ils invités à augmenter les montants de leur aide publique, réduire les subventions agricoles, créer un environnement commercial mondial favorable aux pays en développement, etc.

Plus spécifiquement, la communauté internationale est appelée « *en collaboration avec les entreprises pharmaceutiques, à fournir l'accès aux médicaments essentiels à des prix abordables aux pays en développement* » et mettre en œuvre les dispositions relatives à la Déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la Santé Publique, afin de ne pas, du fait des législations nationales et internationales sur la Propriété Intellectuelle, créer d'obstacles supplémentaires à l'accès des populations démunies aux médicaments essentiels.

L'indicateur de suivi de la mise en œuvre de cet objectif est le suivant: « *proportion de la population ayant accès, sur des bases durables, à des médicaments essentiels à des prix abordables* ».

III.3.1. Dispositions internationales en faveur de l'accès au Médicament essentiel

III.3.1.1. Historique de la Déclaration de l'OMC à Doha

La politique du Médicament essentiel promue par l'OMS dans les années 80, est soutenue à l'échelle des pays en développement, par la communauté internationale, dont la France et l'Union Européenne tout au long des années 90, sous la forme d'un appui technique à l'élaboration des listes nationales de médicaments essentiels, à l'organisation de centrales nationales d'achats et de distribution du médicament, à la formation au bon usage du médicament, à la rationalisation des prescriptions, à l'amélioration de la capacité des laboratoires nationaux à assurer le contrôle de qualité des molécules importées, etc. Ainsi dans les années 90, les médicaments de spécialités des formations sanitaires, y compris dans les hôpitaux, sont-ils progressivement en grande partie remplacés (pas totalement) par les médicaments génériques à bas prix, approvisionnés sur la base d'une liste recommandée par l'OMS en réponse aux problèmes de santé prioritaires.

Les décennies 90 et 2000 sont marquées par deux événements majeurs de l'histoire de l'accès au médicament essentiel :

1. La dévaluation du Franc CFA en Afrique francophone, qui, du fait de ses répercussions immédiates sur les montants des importations des médicaments, oblige la communauté internationale et les autorités sanitaires des pays concernés, à réunir les partenaires publics et privés du secteur pharmaceutique, avec la France et les organisations internationales, et décider de mesures permettant de maintenir au même niveau les importations de médicaments. C'est la première fois que les partenaires publics et privés de ce secteur se réunissent sur le terrain et s'entendent à réduire les effets de la dévaluation sur l'accès aux soins.
2. Le procès en mars 2001 de 39 grandes firmes pharmaceutiques mondiales contre l'Etat Afrique du Sud, alors qu'il tentait de mettre en vigueur une Loi sud africaine autorisant l'importation de médicaments génériques à bas prix, passant outre les brevets, promulguée en 1997, bloquée en 1998 par une action en justice de Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck et Roche, Boehringer-Ingelheim, entre autres, qui estiment que cette loi viole les dispositions mondiales commerciales relatives à la propriété intellectuelle. La plainte sera levée en avril 2001 par l'Industrie pharmaceutique sous la pression de l'opinion publique internationale et d'associations activistes sud-africaines de la lutte contre le sida en continue depuis la Conférence Internationale du Sida et des MST réunie à Durban l'année précédente.

Ce dénouement du procès, largement salué par la communauté internationale, en particulier l'OMS¹⁰⁴, marquera le début d'un affichage politique de l'industrie pharmaceutique à prendre sa part en faveur d'un meilleur accès aux médicaments. Cf. plus loin la place du secteur privé dans ce débat.

La propriété intellectuelle a fait l'objet de plusieurs conventions internationales. Le principe des brevets a pour mission de protéger une invention habituellement pendant vingt ans (jusqu'en 1995, la protection était de dix ans). Il interdit, en dehors de l'accord du détenteur, de fabriquer, utiliser, vendre, importer, etc. l'objet breveté (produits ou procédés).

La Convention de Paris pour la Protection de la Propriété Intellectuelle a été adoptée le 20 mars 1883 et révisée plusieurs fois depuis ! L'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI) est une agence des Nations Unies dont le siège est à Genève, et dont le bureau de coordination est à Bruxelles.

L'accord sur les ADPIC (Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce), a été conclu le 15 avril 1994, étant partie prenante des accords de Marrakech établissant l'OMC (faisant suite à la structure du GATT). La mise en vigueur des accords de l'OMC en 1995, s'accompagne de la mise en vigueur des accords ADPIC.

Le 2 mars 1977 à Bangui, plusieurs Etats africains ont signé un accord relatif à la création d'une Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI), constituant révision de l'Accord relatif à la création d'un Office Africain et Malgache de la Propriété Industrielle, entré en vigueur le 8 février 1982. Cet accord est mieux connu sous le nom de

¹⁰⁴ Déclaration de l'OMS sur l'issue du procès en Afrique du Sud. 19 avril 2001.

l'Accord de Bangui. Les 16 pays suivants sont signataires de cet accord révisé en 1999 afin d'être conforme aux accords ADPIC: la RCA, le Cameroun, le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Burkina-Faso, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, le Tchad, le Togo, la Guinée, la Guinée-Bissau, la Guinée-équatoriale, le Mali. Signalons que l'accord révisé de Bangui laisse au pays membres de l'OAPI moins de flexibilité dans l'interprétation des ADPIC que les dérogations réglementaires laissées aux pays les moins avancés dans les accords et dans les négociations issues du Doha round.

L'Accord sur les ADPIC s'impose aux pays développés membres de l'OMC dès 1995 : il invite les Etats membres à mettre en place une législation permettant la protection des brevets, y compris les brevets pharmaceutiques, pendant que les pays intermédiaires membres de l'OMC, bénéficient d'une période de transition de 10 ans, pour l'application complète de l'accord sur les ADPIC (jusqu'au 1^{er} janvier 2005). En juin 2002, un nouveau délai de 10 ans a été accordé pour les brevets pharmaceutiques aux 49 pays les moins avancés, soit jusqu'en 2016.

En novembre 2001, la Conférence ministérielle de l'OMC réunie à Doha, adopte une Déclaration le 14 novembre¹⁰⁵, qui vise à clarifier les relations entre l'accord sur les ADPIC et les politiques de santé publique et à souligner que l'accord sur les ADPIC comportent suffisamment de flexibilités pour ne pas constituer un frein aux politiques de santé publique des Etats membres de l'OMC. Ces flexibilités incluent (paragraphe 5 de la Déclaration):

- le droit pour « *chaque membre d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées* ».

- « *chaque membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale, [...], étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence* ».

Pour des raisons juridiques, la Déclaration de Doha n'a pas pu régler le problème des licences obligatoires pour les pays n'ayant pas de capacité de production, et a renvoyé en son paragraphe 6, le sujet au Conseil des ADPIC avec mission de définir une solution juridique avant la fin 2002.

Les négociations internationales réunissant les pays intermédiaires, désireux de profiter après 2005 de l'article 6 comme outil de développement industriel, les Etats-Unis cherchant à limiter les flexibilités et la France et l'Union européenne cherchant à préserver la propriété intellectuelle tout en se positionnant positivement vis-à-vis des pays en développement, ont été très difficiles.

Le 16 décembre 2002, elles aboutissent à une proposition de compromis sur l'application du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha, intitulé texte de Motta, du nom du mexicain Perez Motta qui coordonnait les discussions, accepté de tous sauf des Etats-Unis. C'est un échec. Sous la pression du lobby pharmaceutique, Washington définit une liste limitative des

¹⁰⁵ OMC. Conférence ministérielle. Quatrième session. Doha, 9-14 novembre 2001. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. 14 novembre 2001.

maladies concernées par la déclaration de Doha. Le 20, échec à Genève : les négociateurs des 143 pays de l'OMC se heurtent à l'opposition des E.U.

Ce n'est que le 30 août 2003 à Genève, en préparation de la Conférence de Cancun, que le texte de l'Accord est accompagné d'une déclaration interprétative du Président du Conseil Général de l'OMC sur les conditions d'application des licences obligatoires pour l'exportation.

Le texte du 16 décembre précise : la définition de produits, des pays importateurs et des pays exportateurs, les conditions concrètes d'application de l'article 6 de Doha (notification préalable à l'OMC) etc.

La déclaration définit 4 éléments visant à éviter les abus ou atteintes aux brevets :

1. Utilisation de bonne foi pour régler un problème de santé publique et non pour un usage commercial ou industriel
2. Mise en place par les membres de l'OMC de mesures anti-détournement y compris par une différenciation des conditionnements
3. Renforcement de la transparence, notamment par l'information donnée par les Etats membres concernés sur leurs capacités de production
4. Bilan annuel par le Conseil des ADPIC

Reste à intégrer ces dispositions dans un amendement aux accords ADPIC, qui devait être finalisé en 2004 et ne l'est pas encore début 2005.

Au moment même où ce rapport est rédigé, en janvier 2005, le Zimbabwe, le Mozambique et la Zambie ont déjà émis des licences obligatoires. Le Kenya s'est déclaré en état d'urgence du Sida mais n'a pas émis de licences obligatoires. Le Cameroun sous la pression des ONG est en train d'en demander pour les 3 produits ARV brevetés par l'OAPI.

Le 19 janvier cependant, un communiqué de presse informe que la *Société Essentials Inventions* demande au Cameroun, membre de l'OMC et de l'OAPI, dont le siège est à Yaoundé, de délivrer une licence non volontaire sur les médicaments de traitement du sida. En acceptant, le Cameroun serait le premier pays à octroyer une licence non volontaire et à appliquer les flexibilités des accords ADPIC de l'OMC en faveur de l'accès aux médicaments à bas prix des malades des pays en développement.

Du côté du Nord, trois pays ont intégré dans la législation nationale les dispositions relatives à la capacité de délivrance d'une licence obligatoire : le Canada, la Norvège et, les Pays-Bas.

Sous l'impulsion du MINEFI, accompagné d'une forte promotion du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la France devrait être le prochain pays à modifier sa législation autorisant la production de médicaments génériques à l'exportation dans le cadre de la délivrance de licences obligatoires. Les modalités pratiques de mise en phase de la législation nationale avec les accords du 30 août de l'OMC sont pour l'instant en suspens dans l'attente de l'adoption par l'Union Européenne d'un règlement dans ce domaine, sur les dispositions desquelles la France devra s'aligner.

L'Union européenne a en effet publié le 29 octobre 2004 une proposition de « *Règlement du Parlement Européen et du Conseil concernant l'octroi de licences obligatoires pour les brevets visant la fabrication de produits pharmaceutiques destinés à*

l'exportation vers des pays connaissant des problèmes de santé publique »¹⁰⁶. Ce document invite à une harmonisation des dispositions d'octroi de licences obligatoires entre les Etats membres. Il précise les modalités de mise en œuvre de l'accord du 30 août et propose toute une série de mesures concrètes de prévention et de répression des détournements vers l'Europe des médicaments exportés dans les pays en développement. L'Agence Européenne du Médicament peut être sollicitée par l'OMS et donner un avis scientifique sur le médicament produit sur le territoire européen et destiné à l'exportation.

III.3.1.2. Les sujets de débats et enjeux internationaux

Les enjeux et les débats qui animent les différents acteurs en vue de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8 sont d'une grande complexité compte tenu de la diversité des intéressés : Industrie pharmaceutique dans toutes ses dimensions (production, commercialisation, qualité, etc.), patients, organisations internationales, politiques, autorités sanitaires, société civile, etc.

Ces enjeux ne peuvent être tous discutés ici, mais il nous semble important d'en rappeler quelques uns dont principalement l'échéance des délais accordés aux PED pour faire respecter les brevets sur les produits de l'industrie pharmaceutique¹⁰⁷. L'audition organisée par la Commission du Commerce International du Parlement Européen à Bruxelles le 18 janvier réunissant des représentants de l'OMC, du Brésil et de l'Industrie pharmaceutique du Nord et du Sud (CIPLA), avec MSF (Campagne d'accès aux médicaments) résume l'ensemble des débats en ce début d'année 2005.

L'OMPI a par ailleurs publié un document sur la question des brevets et du Médicament, s'intitule : « *Brevets et accès aux médicaments et aux soins de santé : un équilibre à trouver* »¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Union Européenne. Commission des Communautés européennes. Proposition de Règlement du Parlement Européen et du Conseil concernant l'octroi de licences obligatoires pour des brevets visant la fabrication de produits pharmaceutiques destinés à l'exportation vers des pays connaissant des problèmes de santé publique. 29 octobre 2004.

¹⁰⁷ Roger Kampf. Introductory Statement. Hearing on TRIPS and Access to Medicines. Intellectual Property Division. World Trade Organisation. European Parliament. Brussels, January 19, 2005

GSK and EFPIA Statement. Hearing on TRIPS and Access to Medicines. European Parliament. Brussels, January 19, 2005

CIPLA Ltd. Testimony of William Haddad, Chairman and CEO of Biogenics, Inc. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

MSF Statement. Ellen't Hoen. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

Nigeria trade Office to the WTO. Maigari Gurama Buba. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

Brésil Brazilian Mission to the European Communities in Brussels. Reinaldo José de Almeida Salgado. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

OMPI. Brevets et accès aux Médicaments et aux soins de santé : un équilibre à trouver. Non daté. Site web : www.ompi.int

III.3.1.2.1. La Propriété Intellectuelle

Les brevets constituent la base légale pour situer la balance entre les différents intérêts en jeu et limiter les abus pour organiser la production et le commerce des produits protégés.

Les défenseurs de la propriété intellectuelle soulignent l'importance du brevet comme outil de développement économique et social et de transfert de technologie. Dans le secteur pharmaceutique, ils insistent sur la compétition comme incitation à l'innovation. Les détenteurs de brevets insistent aussi sur la nécessité de préserver la sécurité de l'investissement en faveur de la recherche et du développement, en particulier dans le domaine pharmaceutique, qu'ils estiment du point de vue commercial, particulièrement à risques.

A l'opposé, ceux qui contestent une trop grande protection de la propriété intellectuelle, partent du principe que seule la concurrence fait baisser le prix des médicaments, et que le respect des brevets induit des monopoles en faveur de certaines firmes dont découle des prix inabordables pour la plupart des bénéficiaires.

Le cas du sida illustre parfaitement cette problématique : avant 1997, le coût de la trithérapie s'élève à 10 000 dollars par an et par patient, dans le monde entier, avec des médicaments de marque protégés par les brevets. La production de génériques par l'industrie pharmaceutique des pays à revenus intermédiaires (Inde et Brésil, la Chine fournissant les principes actifs par exemple) fait baisser les prix du traitement de première ligne à 300 dollars par an et par patient. Ces montants restent inaccessibles à la plupart des malades qui vivent avec moins de 1 dollar par an et par habitant, mais sont achetés par les projets financés par la communauté internationale (Fonds Mondial, etc.). Par contre, la question de l'accès au traitement de deuxième ou troisième ligne, en cas de résistance au traitement de première ligne se pose encore, dont le coût est de 3000 dollars par an par patient.

De manière plus générale, MSF souligne que les nouveaux Etats qui adhèrent à l'OMC, comme le Cambodge, disposent de projets de Loi sur les brevets qui n'incluent pas toujours les flexibilités de l'accord sur les ADPIC. De même l'Ouganda et le Nigéria par exemple, qui avec l'appui technique de USAID pour la révision de la législation sur les brevets, proposent de nouvelles législations beaucoup plus strictes que l'accord sur les ADPIC¹⁰⁹.

III.3.1.2.2. L'expiration de la période de transition des accords ADPIC en janvier 2005

Comme nous l'avons vu, les pays à revenus intermédiaires ont bénéficié en 1995 d'une période de transition de 10 ans avant d'être tenus comme l'ensemble des membres de l'OMC d'adapter leurs législations nationales à la protection de la propriété intellectuelle et des brevets y compris sur les produits pharmaceutiques. En 2005, la plupart des pays en développement devront avoir achevé d'introduire dans les législations nationales des lois

¹⁰⁹ MSF. Campagne d'accès aux médicaments essentiels. Doha détaille : rapport sur les évolutions des accords ADPIC et l'accès aux médicaments. Contribution de MSF en vue de la 5^{ème} conférence ministérielle de l'OMC à Cancun en 2003.

interdisant la copie et la vente de médicaments sous brevet. Désormais, les multinationales du médicament (Pfizer, GSK) pourront faire valoir un droit d'exclusivité de vingt ans sur leurs nouvelles inventions et bénéficieront d'un délai rétroactif qui couvrira la période 1995-2005. Entre temps, 12000 demandes de brevet ont été déposées dans une boîte aux lettres.

De nombreux acteurs s'inquiètent des répercussions de ces dispositions sur l'accès aux médicaments, comme le résumé un article paru dans le quotidien *Le Monde* du 13 janvier 2005¹¹⁰ : l'Inde et la Chine qui produisent des médicaments génériques à bas prix dont les médicaments anti-rétroviraux à l'exportation, doivent suspendre la vente de ceux-ci aux pays africains non producteurs par exemple.

L'accord du 30 août 2003 précisant les flexibilités de la Déclaration de Doha, détaille les modalités d'accès aux médicaments à bas prix mais de l'avis de nombreux acteurs, il sera très difficile et long à mettre en œuvre. MSF a présenté au Parlement européen ses préoccupations dans ce domaine le 18 janvier 2005, en s'inquiétant de la rehausse possible des prix des médicaments contre le sida si la production de génériques était menacée. MSF a également souligné le caractère cas par cas de la procédure, avec la crainte de ne pas satisfaire des besoins accrus en médicaments à l'échelle nationale et régionale particulièrement en Afrique.

Il manque un recul suffisant pour voir en pratique la faisabilité de l'application de cet accord, étant donné que le Cameroun serait le premier pays à en faire usage. Il est certain que par rapport à la situation 1995-2005, l'accès aux médicaments génériques des produits sous brevet n'est pas rendu facile. Notons que les pays les moins avancés bénéficient d'une période de transition allant jusqu'à 2016, mais ne sont en général pas producteurs.

D'autre part la production de génériques permet à l'industrie locale de combiner des molécules en une seule forme pharmaceutique (gélule, comprimé, etc.), et de réduire les prises quotidiennes à une seule, avec une certaine efficacité comme l'attestent les succès des essais Triomune menés au Cameroun, alors que les protocoles avec médicaments de marque impliquent que trois molécules parfois de trois firmes différentes soient associées en de nombreux comprimés par jour, compromettant sur la durée une bonne compliance du patient au traitement.

Enfin, il n'y a pas beaucoup d'information sur les modalités pratiques de fabrication sous licences obligatoires par les génériqueurs du Nord, des médicaments génériques à l'exportation, ni sur les prix qui vont être fixés à la vente, et sur la qualité des médicaments dont la fabrication est déjà délocalisée, et les risques d'apparition de « *moon-light manufacturers* », recrutant des équipes travaillant le jour pour l'industrie pharmaceutique occidentale et de nuit pour le compte de la fabrication nationale.

III.3.1.2.3. Les accords bilatéraux ou régionaux après Doha

Passant outre les dispositions de la Déclaration de Doha, les Etats-Unis signent des accords commerciaux bilatéraux ou régionaux avec certains pays, dont le Maroc, le Chili, la Jordanie,

¹¹⁰ Cristina d'Almeida, Pedro Chequer, Benjamin Coriat et Michel Kazatchkine. Sida : non à l'OMC. Le Monde. 13 janvier 2005.

Singapour, et l'Amérique centrale, dont les dispositions relatives à la Propriété Intellectuelle sont plus restrictives que les accords ADPIC de l'OMC.

Ces accords bilatéraux privilégient les intérêts commerciaux et cassent l'esprit d'un accord multilatéral qui a été très laborieux à obtenir, en menaçant l'application des flexibilités accordées par la Déclaration de Doha et l'accord du 30 août 2003 et en exigeant des dispositions renforcées de la propriété intellectuelle qui n'y figurent pas¹¹¹.

III.3.1.2.4. Les prix différenciés ou les politiques « no profit no loss » de l'Industrie pharmaceutique

Certaines firmes pharmaceutiques ont accepté de vendre aux pays du Sud des médicaments à prix différencié « *tiered pricing* ». Les firmes négocient directement avec les pays le prix auquel elles vendent leurs molécules.

Plus de transparence est attendue de la part des autorités sanitaires des pays en développement, notamment à l'échelle régionale, sur les prix : les directeurs des centrales d'achats devraient pouvoir communiquer sur les prix. Pour ce qui concerne le paludisme et le sida, il existe une publication de l'OMS, RBM, UNICEF, PSI, MSH Project qui s'appelle « *Sources and prices of selected products for prevention, diagnosis and treatment of Malaria, HIV* ».

III.3.1.2.5. Lutte contre le marché illicite des médicaments des médicaments à bas prix

Il ressort des entretiens et des visites sur le terrain, que l'extension des activités de vente illicite de médicaments constitue un véritable fléau dans les pays en développement, où les populations se réjouissent en fait de trouver des médicaments vendus à l'unité, disponibles en permanence et à toute heure auprès de vendeurs ambulants qui sont des leurs, et leur sont sympathiques, mais dont elles n'ont aucune notion sur la qualité et l'efficacité.

S'il est bien connu que le Nigéria approvisionne une bonne partie des marchés de la rue des pays d'Afrique de l'ouest, la source d'approvisionnement des vendeurs ambulants n'est pas aussi limpide.

Le contrôle des autorités sanitaires et la volonté politique de s'attaquer à ce fléau sont très variables d'un pays à l'autre, et plutôt rares, en raison des intérêts financiers partagés, parfois au plus haut niveau, dans les pays. La corruption est de toute évidence le plus gros obstacle au contrôle et à la lutte contre la vente illicite de médicaments à laquelle participe parfois les professionnels de la pharmacie et de la santé eux-mêmes. Dans ce contexte, la volonté politique et l'information sur la vente illicite des médicaments, pour être véritablement efficaces, doivent faire l'objet d'actions diffuses au sein des pouvoirs publics en direction du ministère de la santé, des douanes, des finances, de l'industrie et du commerce, etc. Les professionnels de santé eux-mêmes doivent prendre leurs responsabilités.

¹¹¹ MSF Campaign for Access to essential medicines. Access to Medicines at risk across the Globe : what to watch out for in free trade agreements with the United States. May 2004.

Il nous paraît légitime dans ce contexte de craindre les effets néfastes de la contrefaçon sur la santé des populations et sur la santé publique de manière générale là où les maladies infectieuses dominent.

Il nous paraît essentiel que les dispositions prévues dans le cadre de l'application des accords de Doha soient appliquées de bonne foi par l'ensemble des parties, en vue de prévenir les détournements des médicaments vers les marchés occidentaux. La vente illicite, la contrefaçon, les importations parallèles, sont autant de fléaux à combattre si l'on veut assurer aux populations une bonne qualité des soins. Sur ce terrain se rejoignent les intérêts du secteur public et de l'Industrie pharmaceutique et des pourparlers ont commencé à Genève avec l'OMS pour faire face à ces fléaux.

III.3.1.3. Conclusions

En conclusion, les enjeux sont de taille si l'on veut préserver la capacité d'innover d'un côté et inciter l'Industrie à la recherche et au développement de molécules au bénéfice des malades du Sud, s'assurer en même temps de la réalisation des objectifs que s'est fixée la communauté internationale avec les pays du Sud. Plus qu'ailleurs la réalisation de l'objectif d'accès au médicament ne se fera pas sans un réel et très solide partenariat public privé au Nord comme au Sud et un dialogue permanent et réciproque entre les différentes parties en jeu. Il nous paraît juste de reconnaître que les débats et les combats sur l'accès au médicament au profit des populations des pays en développement, ne doivent pas faire perdre de vue trois points fondamentaux autour desquels il nous semble que tout le monde s'accorde :

1. Le risque de retour au Nord des médicaments à bas prix exportés vers le Sud. Pendant plusieurs années l'Industrie pharmaceutique a craint une violente réaction de l'opinion, des assureurs et des associations de patients aux Etats-Unis, si les molécules produites et commercialisées au prix fort aux Etats-Unis étaient vendues à prix beaucoup plus bas dans les pays en développement. La question est moins celle-ci aujourd'hui que celle de prévenir des détournements de médicaments et leur revente sur les marchés européens notamment, compte tenu des faibles capacités de contrôle des pays en développement potentiellement bénéficiaires des médicaments fabriqués sous licences volontaires ou obligatoires. La Commission européenne et l'Union européenne dans son ensemble ont témoigné de leur très forte volonté de limiter ces risques et de faire respecter toutes les dispositions de la Déclaration de Doha et de l'Accord du 30 août 2003.

2. Le droit de la propriété intellectuelle et le prix des médicaments sont loin de constituer à eux seuls les obstacles à l'accès des populations des pays en développement aux médicaments de qualité à bas prix : les traitements anti-rétroviraux en Côte d'Ivoire disponibles à l'issue de la Conférence d'Abidjan dans le cadre de l'Initiative d'accès aux ARV lancée par l'ONUSIDA, n'ont profité qu'à une minorité de patients pendant plusieurs années, malgré la disponibilité des molécules pour traiter d'emblée 3000 patients. L'Inde dispose de dizaines de milliers de producteurs de médicaments génériques et répond de manière équivalente à l'Afrique aux besoins des patients atteints de sida. Rappelons que 98% des médicaments essentiels sur la liste de l'OMS ne sont plus protégés par les brevets et ne sont pourtant pas disponibles de manière régulière, de même que les vaccins pour lesquels

l'industrie pharmaceutique productrice a, depuis plusieurs décennies, renoncé à faire des profits. La question du prix et de la propriété intellectuelle doit être abordée comme un des éléments de l'ensemble des déterminants de l'accès géographique et économique, pour lequel tous les acteurs en jeu doivent jouer de bonne foi leur partition et se répartir les attributions, les responsabilités en fonction de leurs compétences, de leurs mandats et de leurs ressources.

Si l'industrie pharmaceutique n'a certes pas vocation à assurer le rôle de protection sociale de l'ensemble de la planète, certains laboratoires pourraient répartir leurs financements de manière plus équilibrée entre les postes de (i) la recherche et le développement (qui représente 15 à 25% des investissements) et (ii) celui de la promotion et le marketing des produits (qui représente parfois jusqu'à 30 ou 40% des investissements). La question est d'autant plus cruciale lorsqu'il s'agit d'innover dans le domaine des maladies négligées (Trypanosomiase, Leishmaniose, maladie de Chagas, par exemple).

La responsabilité des pays, avec le soutien de la communauté internationale, réside dans la mise en œuvre de leurs capacités en faveur de la structuration des systèmes de santé, de l'efficience des dépenses, de la gestion des ressources humaines, de la formation des professionnels de santé au bon usage du médicament, de la qualité des médicaments, d'une volonté politique déterminée et d'une lutte acharnée contre l'expansion des marchés illicites du médicament, de la transparence des procédures et de l'application des législations, etc.

La Conférence des Nations Unies de septembre 2005, devrait pouvoir attester de la contribution de l'ensemble des parties à la réalisation de la cible 17 de l'OMD 8. C'est en tout cas ce qui est attendu des secteurs public et privé : de s'entendre et de tout faire pour trouver un équilibre entre le droit de la propriété intellectuelle et le droit des patients à survivre.

3. La nécessité d'apporter un appui technique aux pays pour faciliter l'application des accords ADPIC et l'activation des flexibilités prévue par cet accord pour avoir accès aux médicaments sous brevets: appui juridique aux modifications de la législation nationale, information et communication, appui technique à la mise en œuvre de la procédure de demande de licence obligatoire etc. L'appui technique est très important aussi dans le domaine du contrôle de qualité des médicaments génériques et de marque. Sur ces bases d'analyse commune, pourraient se monter des partenariats public/privé, tels qu'ils s'amorcent par endroits¹¹², mais de manière encore timide en France.

Dans ce contexte, quelle est la contribution de la France dans le domaine de l'accès au Médicament ?

III.3.2. Engagement de la France en faveur de l'accès au Médicament

L'engagement de la France en direction de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8, fait appel comme son intitulé l'indique, à la contribution des secteurs public et privé.

¹¹² MBSI et Ministère des Affaires Etrangères. Les partenariats public privé dans la lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement. Novembre 2004.

III.3.2.1. Le secteur public

III.3.2.1.1. Contribution du Ministère des Affaires Etrangères à l'accès au Médicament

Sous l'impulsion du Ministre Jean-Pierre Cot, des réseaux thématiques d'experts ont été constitués en 1983 en appui au Ministère de la Coopération, dont un Réseau intitulé « Réseau Médicament et Développement ». La mobilisation du secteur public sur la question du Médicament essentiel est donc ancienne. Le réseau s'est progressivement constitué en ONG « REMED » crée en 1993.

Jusque dans les années 90, les législations africaines de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments sont calquées sur celles de la France aux lendemains des indépendances. Les acteurs du développement ne disposent que très peu d'informations sur les circuits d'approvisionnements, la disponibilité, et l'usage du Médicament. Le Ministère de la Coopération et l'OMS financent conjointement une analyse de la situation du secteur pharmaceutique sur la période 1993-1995 en Afrique qui fera date, et sera publiée en 1996 : « *Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique* ».

Approvisionnant jusque là leurs formations sanitaires avec des médicaments de marque, les Etats vont progressivement mettre en place une politique du Médicament essentiel appuyée par la France et l'Union européenne. Le Ministère français des Affaires Etrangères a depuis le début des années 90 soutenu la politique du médicament essentiel promue par l'OMS, en apportant son expertise technique sur le terrain et des financements bilatéraux et multilatéraux.

La stratégie sectorielle santé de la France élaborée au moment de la réforme de 1998 renouvelle cet engagement en faveur des stratégies de recouvrement des coûts du médicament désormais à la charge des ménages.

La coopération de la France dans le secteur pharmaceutique a fait l'objet d'une évaluation sur la période 1994-2001, publiée en 2002¹¹³. L'année 1994 est celle de la dévaluation du FCFA dont les conséquences sur les prix d'importation de médicaments par les pays d'Afrique francophone, sont estompées par une mobilisation très forte de la communauté internationale et de l'industrie pharmaceutique, en concertation avec le gouvernement français.

1. Evaluation de la coopération de la France dans le secteur pharmaceutique 1994-2001

Le document de l'évaluation de l'action du Ministère de la Coopération puis de la DGCID dans le secteur pharmaceutique sur la période discute des problématiques et interventions relatives aux questions de l'accès au Médicament qu'il ne s'agit pas de réévaluer ici. Les principaux constats et recommandations de ce travail de référence sont les suivants :

¹¹³ MAE. DGCID. Evaluation de l'aide française dans le secteur pharmaceutique. Afrique subsaharienne et Madagascar (1994-2001). DGCID. Série Evaluations N° 59.

« Plus de 75% des dépenses de santé sont destinés à l'achat de consommables pharmaceutiques. A ce titre le Médicament constitue un enjeu stratégique majeur pour améliorer la productivité des dépenses de santé.

Sur les politiques et stratégies du MAE

Il y a peu de textes officiels pour expliciter la politique française de coopération pharmaceutique avant ou durant les premières années qui ont suivi la dévaluation. Mais *« la signature des déclarations communes et surtout de la participation active de la France dans la réalisation des actions pour les mettre en œuvre, marque un tournant important dans la politique française de coopération pharmaceutique depuis 1994 »*. La France participe aux rencontres des ministres de la zone Franc et *« réalise des projets spécifiques de soutien au secteur pharmaceutique, en harmonie avec l'ensemble des orientations issues de ces rencontres »*.

Sur les interventions de terrain

Quatre projets spécifiques ont été mis en œuvre dans le cadre du FSP sur la période 1994-2001:

1. Un projet de mobilisation de ressources pour atténuer les effets de la dévaluation du FCFA (40 MFF)
2. Un projet d'intérêt général destiné à appuyer les politiques pharmaceutiques des Etats (10 MFF)
3. Un projet de formation des personnels de laboratoire de biologie (6,1 MFF)
4. Un projet d'appui au développement de médicaments spécifiques pour le traitement de certaines maladies orphelines (5,65 MF)

En plus de ces financements, une assistance technique est mise à disposition des autorités sanitaires de plusieurs pays francophones en appui à l'organisation des centrales d'achats des médicaments (Burkina Faso, RCA, Gabon, Sénégal, etc.). Ces projets en appui au secteur pharmaceutique ont été mis en œuvre en synergie avec les projets de santé urbaine des capitales d'Afrique de l'ouest dont on a commenté par ailleurs l'originalité et les résultats.

Le montant des interventions s'élève à environ 50 MFF par an en moyenne sur la période, soit 7,6 millions d'euros, ce qui représente environ 10% de l'aide bilatérale en appui à la santé, ce qui est considéré comme un effort insuffisant. Notons que la moitié de ces dépenses est affectée à l'achat de médicaments (sous divers instruments).

Dans le cadre de ses financements, le MAE a financé depuis 1993 la création et le fonctionnement d'un « Réseau du Médicament (REMEDI) », qui a joué un rôle très important dans l'expression des politiques d'appui de la France au secteur pharmaceutique des pays africains ; REMEDI anime un groupe Internet d'échanges et d'informations sur le secteur du Médicament, d'une qualité reconnue, bénéficiant à 1346 personnes inscrites de 45 pays.

L'absence de structure de pilotage souligné par ailleurs également, rend très difficile le suivi des AT, des projets des interventions et la cohérence de la mise en œuvre des stratégies dans ce secteur sur la période analysée. Cependant, l'évaluation estime que ces appuis ont pu permettre d'améliorer la disponibilité des médicaments dans le secteur public, et

l'accessibilité géographique et financière des populations au médicament générique figurant désormais en priorité (mais pas exclusivement) sur la liste des appels d'offres internationaux lancés par les centrales d'achats.

Néanmoins la faiblesse institutionnelle des pays africains sur ce secteur reste préoccupante. « *L'usage rationnel du médicament ainsi que l'amélioration des protocoles thérapeutiques n'ont pas été suffisamment soutenus par les partenaires extérieurs* ». D'autre part, l'accès au médicament n'a pas eu l'impact espéré sur la situation sanitaire des populations, du fait de la faible utilisation des services publics, de la situation économique des populations, des choix stratégiques et itinéraires thérapeutiques des patients, et des pratiques croissantes d'automédication et de recours au secteur informel en cas de maladie.

Recommandations du Rapport d'évaluation 2002

1. La première recommandation de l'évaluation est de préciser la formulation de la politique de la coopération sur le secteur du médicament, en prenant en compte les évolutions internationales. Le document s'en tient à formulation de la politique du MAE alors que nous suggérons la structuration d'un dialogue national et la formulation d'une politique et d'une stratégie interministérielle sur ces questions (MINEFI, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Ministère du Commerce, etc.) associant la société civile (MSF, le réseau REMED), nous y reviendrons.

2. Une des recommandations les plus importantes du document 2002 se fonde sur la notion suivante : l'analyse de la performance des dépenses de santé des ménages montre qu'en moyenne, « *moins de 10% des sommes dépensées pour l'achat de médicament pourraient avoir un effet significatif sur l'état de santé de la population* ». La priorité des actions de coopération est d'améliorer l'efficacité de la dépense des malades.

La mission d'évaluation a donc retenu « *l'amélioration de l'efficacité de la dépense des ménages à moyen terme* » comme critère de pertinence des interventions d'aide au développement dans le secteur pharmaceutique.

Ceci implique de travailler non seulement sur l'offre (disponibilité du médicament et bon usage, prescription, formation des professionnels de santé, etc.) et sur la demande des populations pour rendre plus performante leur stratégie de soins.

3. Le rapport insiste sur le maintien d'une assistance technique spécialisée sur les questions du médicament en appui aux pays bénéficiaires de notre aide publique : en effet, la plupart des appuis dans ce secteur, ont trait à un transfert de compétences et de savoir faire. Le document souligne à l'instar d'autres acteurs, le manque de capitalisation par le niveau central des travaux de l'expertise française sur le terrain et de diffusion des documents intéressants à l'ensemble des acteurs de la coopération sur ce secteur.

4. Le rapport invite enfin à la reprise du dialogue avec l'Industrie pharmaceutique et avec les partenaires internationaux, tels que l'OMS et l'UE, qui avait été actif aux lendemains de la dévaluation et moins interactif par la suite.

2. Participation du MAE sur la période 2002-2004

Les Etats africains et plus particulièrement d'Afrique subsaharienne, gravement touchés par les épidémies ont inscrit prioritairement l'accès aux médicaments à l'ordre du jour des organisations régionales (UEMOA, CEMAC, SADEC), de l'Union Africaine et du Nouveau Partenariat pour l'Afrique (NEPAD). En effet, les médicaments mobilisent des ressources importantes dans les systèmes de santé des pays en développement. Intervenir dans le secteur pharmaceutique revient à aider les pays à restructurer leur système de santé afin qu'ils s'attachent à utiliser au mieux les ressources qu'ils mobilisent.

Depuis la publication du rapport d'évaluation du secteur en 2002, le MAE a poursuivi son soutien à la politique du Médicament sur le terrain mais avec des crédits de paiement limités et une assistance technique en diminution comme nous l'avons observé sur la période 2001-2003. La France a placé un expert auprès du Département Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques de l'OMS.

Afin de poursuivre son engagement en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8, en réponse aux attentes des pays, et en collaboration avec l'OMS, faisant suite à l'évaluation de la coopération dans ce secteur, la DGCID prévoit de financer, grâce à un Fonds de Solidarité Prioritaire Mobilisateur sur la période 2005-2008, un projet intitulé « **Politique pharmaceutique : appui aux Etats de la ZSP** » et se propose d'apporter son appui au développement de la politique pharmaceutique des Etats de la ZSP afin d'améliorer l'accès, la qualité et l'usage rationnel du médicament. Comme le stipule le résumé du projet, « *cette démarche concerne :*

- *l'appui institutionnel aux politiques pharmaceutiques nationales, qui vise à soutenir les politiques déjà en place, à renforcer le contrôle de la qualité des médicaments et à en améliorer l'accès par une meilleure gestion et distribution ;*
- *l'usage rationnel du médicament, qui a pour objectif d'améliorer la connaissance des prescripteurs, des dispensateurs et des patients concernant les médicaments essentiels.*
- *l'appui aux pays pour les négociations internationales dans le cadre des discussions sur l'accord sur les ADPIC (Aspect des Droits de la Propriété Intellectuelle touchant au Commerce ou TRIPS), afin d'une part de promouvoir la flexibilité offerte par les accords internationaux, notamment pour permettre l'utilisation de licences obligatoires dans le but d'améliorer l'accès aux médicaments (dont les antirétroviraux), et d'autre part de soutenir le programme lancé par l'OMS en 2002 de pré-qualification des produits pharmaceutiques et des fabricants de médicaments pour les maladies prioritaires. »*

La France est un des partenaires principaux du programme de préqualification de l'OMS. Ce programme de préqualification des produits pharmaceutiques et des fabricants de médicaments pour les maladies prioritaires (VIH / Sida, TB et Paludisme) a été mis en place en 2001 pour faciliter l'accès à des médicaments présentant des standards communs de qualité, sécurité et efficacité. La préqualification des ARV par l'OMS est rapidement devenue un outil essentiel pour les autorités nationales compétentes, les responsables des centrales d'achat des PVD, les ONG... La France a mis à disposition de l'OMS un expert sur ce programme dès 2003 et renforcera en 2005 son soutien financier à ce programme.

« Le ministère des affaires étrangères s'appuiera sur ses réseaux, sur une coopération triangulaire avec l'Algérie et la Tunisie et sur l'OMS pour la mise en œuvre du projet comprenant des actions de formations de 60 responsables pharmaceutiques nationaux, de 45 pharmaciens inspecteurs, la création d'un réseau de 15 laboratoires nationaux de contrôle de qualité, le soutien à 16 centrales nationales d'achats, l'élaboration et la diffusion de documents techniques d'aide à la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques. En fin de projet, un élargissement de l'accès aux médicaments pour les maladies prioritaires des pays de la ZSP sera réalisé par un meilleur encadrement des activités de sélection, réglementation, assurance de la qualité, prix et surveillance des accords commerciaux. Un comité de pilotage permettra un suivi rapproché et une évaluation externe sera menée en fin de projet. »

Ce projet est donc une contribution du MAE à la réalisation de l'OMD 8 et à la mise en œuvre des accords de Doha. Le MAE aura la responsabilité de mettre en œuvre ce programme mobilisateur.

III.3.2.1.2. Contribution du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Concernant la cible 17 de l'Objectif 8, relative au Médicament, le ministre de la santé a annoncé à Dakar le 22 novembre 2004 le texte d'un projet de Loi autorisant les laboratoires spécialistes de la copie de médicaments à exporter des molécules à bas prix vers le Sud, même si celles-ci sont protégées par des brevets. Après la Norvège et le Canada, la France serait le troisième pays au monde à se mettre aux normes de l'accord de l'OMC du 30 août 2003. Le ministre s'est rendu au Brésil, pays émergent pour s'assurer de son intérêt à produire les médicaments sous licence obligatoire.

La transposition en droit français des accords ADPIC du 30 août 2003 fait l'objet d'un travail interministériel comme nous l'avons vu avec le MINEFI, associant l'Industrie pharmaceutique et les ONG. La proposition française, si elle est adoptée, assouplirait les dispositions de l'accord du 30 août en n'imposant pas de liste de produits et en autorisant la fabrication de médicaments combinés à doses fixes. Un règlement similaire en préparation à Bruxelles devrait aboutir prochainement. Un travail concerté entre l'Union européenne et la France sur ces questions s'assure de l'harmonisation du texte français avec le Règlement européen. La proposition française a été présentée au Conseil européen réuni le 6 décembre 2004. La France est en attente de l'adoption du règlement européen avant la présentation de son projet de Loi.

Compte tenu de cet engagement très marqué du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8, le Ministre a nommé en janvier 2005 un « *Chargé de Mission européenne et internationale sur le Médicament* », afin de « *définir et de mettre en œuvre les initiatives propres à faire bénéficier au plus grand nombre possible le bénéfice du progrès thérapeutique dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité, afin de contribuer à la réalisations des objectifs qui ont été fixés notamment dans l'initiative 3 par 5 de l'OMS.* »

Cette mission est chargée du dialogue avec les agences françaises et européennes, de veiller « *à la bonne articulation des initiatives conduites par els acteurs publics et privés actifs dans ce domaine pour faire naître de nouveaux projets, ... et à ce que les questions*

relatives à l'accès, la sécurité et la qualité des médicaments soient intégrées dans les autres initiatives françaises en matière de santé des pays en développement ¹¹⁴».

Le Ministère de la Santé est également très actif dans ce domaine via les actions de coopération internationale de l'AFSSAPS : participation d'agents de l'AFSSAPS à des réunions internationales, groupes et comités d'experts, participation de l'AFSSAPS au système OMS de pré-qualification (contrôle et évaluation de produits, évaluation sur site des fabricants et d'autorités nationales de réglementation), activités de formation, participation à l'élaboration de réglementations nationales... L'AFSSAPS devrait signer très prochainement une convention de coopération avec l'OMS afin de continuer à développer l'étroite collaboration déjà établie.

III.3.2.1.3. Contribution du Ministère de l'Industrie

Les interlocuteurs du ministère de l'Industrie sont le plus souvent les groupes suivants : le LEEM, le LIR (Laboratoires internationaux de recherche), le G5 des 5 firmes pharmaceutiques les plus importantes, et AGIPHARM, une association de laboratoires américains.

Les questions relatives à la propriété intellectuelle sont traitées par le Direction des Relations Economiques Extérieures (DREE) du MINEFI, en relation avec les postes et notamment les attachés économiques et commerciaux des postes.

La volonté du Ministère de l'Industrie de contribuer à la structuration d'un dialogue national est forte. La prise en compte du Règlement de la Commission européenne sur l'octroi de licences obligatoires en vue de modifier la législation française dans ce domaine est en cours, dans un processus de concertation réunissant le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le MINEFI, le MAE et quelques agences.

III.3.2.2. Le secteur privé, la société civile et le PPP

III.3.2.2.1. L'Industrie Pharmaceutique

La contribution de l'industrie pharmaceutique fut remarquée à l'issue de la dévaluation du Franc CFA en janvier 1994 où l'ensemble des acteurs publics et privés se réunit avec les autorités sanitaires des pays concernés pour limiter les retentissements de la dévaluation sur les importations de médicaments. C'est le moment historique où le médicament générique est introduit dans le secteur privé. Les grossistes acceptent de s'approvisionner et de le redistribuer aux officines privées où la vente au détail est désormais une pratique courante.

En 1997 à l'issue de la Conférence Internationale sur le Sida et les IST à Abidjan, l'ONUSIDA entame des négociations avec l'Industrie pour l'amener à réduire le coût des

¹¹⁴ Ministre de la Santé. Lettre de Mission du Chargé de mission européenne et internationale sur le Médicament. 12 janvier 2005.

trithérapies et des tests de dépistage sérologique de l'infection à VIH. Ce qu'elle accepte de faire dans une certaine mesure pour certains produits.

L'Initiative « *Accélérer l'Accès (ACCESS)* » est née du partenariat mis en place en mai 2000 entre l'ONU (ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, OMS et Banque Mondiale) et 5 laboratoires pharmaceutiques rejoints depuis par une sixième afin d'améliorer rapidement l'accès aux soins et aux médicaments du VIH/sida et de soutenir des projets dans ce sens. ACCESS a deux directions : 1. Négocier avec l'IP pour obtenir des prix plus abordables aux pays en développement ; 2. Apporter une collaboration technique avec les pays dans l'élaboration de leurs programmes nationaux de manière à ce que ceux-ci soient en mesure de proposer les soins, les traitements et les infrastructures nécessaires, y compris l'introduction des traitements anti-rétroviraux lorsque tel est le souhait du gouvernement concerné.

Néanmoins, ce ne sera que la production compétitive de génériques qui fera baisser véritablement le coût du traitement des malades atteints de sida.

En réaction à l'issue du Procès de Pretoria, et de manière plus générale, l'Industrie Pharmaceutique a souhaité prendre sa part dans l'accès au médicament, et estime avoir fait des efforts dans ce sens. La contribution de l'Industrie pharmaceutique à l'amélioration de l'accès au Médicament dans les pays du Sud est synthétisée dans deux documents accessibles :

1. Une présentation du LEEM de septembre 2003 résumant les contributions des laboratoires à l'amélioration du diagnostic et du traitement des maladies infectieuses notamment au Sud¹¹⁵.

2. un numéro spécial de la revue de *l'Association des Médecins et Industries des Produits de Santé*¹¹⁶ où les grandes firmes pharmaceutiques présentent leurs actions, financées soit par les firmes, soit par les Fondations et des projets de développement, notamment en faveur de l'amélioration de la prise en charge des malades atteints de sida (GSK, BMS, etc.). GSK y présente notamment un article très intéressant sur « *Les responsabilités de l'Industrie pharmaceutique de R&D vis-à-vis de l'amélioration de l'accès aux soins* » (J.F.Chambon).

Dans le cadre de la mission, deux rendez-vous avec Sanofi-Aventis ont permis de prendre note des efforts consentis par l'Industrie française, notamment en termes de réduction des prix des médicaments dans le cadre de la stratégie « *no profit no loss* ». Si la politique des prix différenciés est souvent encouragée par les laboratoires, MSF relève cependant que ces prix restent 3 fois supérieurs aux prix des médicaments génériques, et le LEEM de remarquer que ces médicaments ne passent pas toujours la barre des appels d'offres internationaux lancés par les pays en développement, (si des médicaments génériques sont en compétition).

Sanofi-Aventis développe des programmes en direction du paludisme, de la tuberculose pour faciliter l'accès aux traitements efficaces, et en direction de la R&D sur les maladies négligées (trypanosomiase, leishmaniose). Un partenariat public privé de recherche fondamentale est en cours de montage entre les Instituts Pasteur, le Ministère de la Recherche,

¹¹⁵ LEEM. Médicaments : quelques exemples de contribution des entreprises. Note du 5 septembre 2003.

¹¹⁶ AMIPS. Produits de santé et Tiers-Monde : les aspects industriels. Numéro Spécial. Premier et deuxième trimestre 2004.

et l'entreprise. Sanofi-Aventis a contribué au rapport Beffa. Dans le domaine de la lutte contre le sida l'entreprise travaille au développement d'un vaccin dans le cadre d'un projet de recherche incluant 16000 personnes en Thaïlande et qui s'étend jusqu'à 2008-2009.

Troisième groupe pharmaceutique mondial et leader mondial des vaccins, il a manifesté à travers son projet, et réitéré lors de cette Mission, son intérêt pour l'Accès aux Médicaments et aux vaccins des pays de l'Hémisphère Sud. La définition d'un projet global de production et de commercialisation à des prix différenciés des médicaments génériques essentiels et des médicaments et vaccins destinés aux pandémies du Sud est en cours de finalisation. « *Le PDG semble vouloir anticiper la naissance de marchés solvables dans les pays en voie de développement : on aura fini de bâtir à la fin du premier trimestre 2005 un grand programme pour l'hémisphère Sud. C'est notre devoir d'entreprise de santé. Nous sommes les héritiers de gens qui ont dans le passé beaucoup travaillé sur la maladie du sommeil, la leishmaniose, la malaria. De plus, nos salariés ont besoin de faire un métier qui ait du sens* ». Mais il ne s'agit pas seulement de mécénat : « *cela prépare la relation d'affaires qui naîtra dans dix ans* » reconnaît M. Dehaecq. »¹¹⁷

La Mission a assisté à l'audition organisée par la Commission du Commerce International du Parlement Européen sur le thème des accords ADPIC et de l'accès aux médicaments où la fédération de l'Industrie pharmaceutique était représentée ainsi que GSK qui a fait savoir l'aboutissement positif de négociations et l'octroi de licences volontaires à des entreprises de génériques pour la fabrication et la vente de produits sous brevets, et fait remarquer que c'est la seule entreprise qui travaille à la recherche et au développement de nouvelles molécules et vaccins en relation avec les trois maladies prioritaires de l'OMS (Sida, paludisme et tuberculose)¹¹⁸.

L'industrie pharmaceutique fait remarquer que « *la propriété intellectuelle n'est pas le problème* » étant donné l'urgence à développer de nouveaux produits et de nouveaux vaccins notamment contre le sida, et que dans ce contexte l'innovation doit être soutenue. Elle fait remarquer que l'Inde ne traite pas mieux ses malades atteints de sida alors qu'elle dispose de plus de 20 000 sites de production de médicaments génériques.

L'industrie pharmaceutique rappelle que 98% des médicaments essentiels de la Liste OMS sont hors brevet et que malgré tout, l'OMS reconnaît que 1/3 de la population du monde n'a pas accès à ces médicaments de manière fiable et pérenne. Le problème de l'accès aux médicaments est donc beaucoup plus complexe et dépasse la question de la propriété intellectuelle. Et OXFAM et MSF de rappeler en cœur que seule la compétition fera baisser les prix.

Enfin l'Industrie Pharmaceutique souhaiterait pouvoir mieux cerner la prédictibilité de la demande en vue de planifier la production et la mobilisation des financements. Si l'OMS peut parvenir de manière assez précise à répondre aux préoccupations de l'IP sur les prévisions, lui garantir l'acquisition des financements correspondants est beaucoup plus difficile.

¹¹⁷ Yves Mamou. Le PDG de Sanofi-Aventis se donne six mois pour boucler la fusion. Journal *Le Monde*. 14 décembre 2004.

¹¹⁸ GSK. GSK's contribution to fighting HIV/AIDS and improving health care in the developing world. Dépliant présenté au Parlement Européen le 18 janvier 2005.

III.3.2.2.2. La Fédération Internationale Pharmaceutique

La FIP est organisation internationale en charge de la pharmacie et des sciences pharmaceutiques à travers le monde. C'est une ONG qui collabore avec l'OMS et en partenariat avec ses membres à travers le monde. 113 pays sont représentés au Conseil de la FIP et les régions sont représentées au sein du bureau. Le découpage régional suit celui de l'OMS. Les activités de la FIP consistent à faire des recommandations se rapportant à la pratique professionnelle et aux sciences pharmaceutiques, des déclarations de principe, des interventions réalisées auprès de l'OMS. Les organisations membres sont encouragées à appliquer ces déclarations dans leurs pays.

Grâce à la FIP, les interlocuteurs dans les pays ont des occasions très pertinentes d'échanger avec les pharmaciens au Nord : le Congrès annuel Mondial de la Pharmacie et des Sciences pharmaceutiques tous les ans, le Congrès Mondial des Sciences pharmaceutiques tous les 4 ans, les symposiums de l'Alliance Mondiale des Professionnels de Santé, les Forums pharmaceutiques régionaux en collaboration avec l'OMS, et différents réseaux auxquels la FIP appartient : le réseau international des pharmaciens contre le tabac, le réseau internationale des pharmaciens contre le sida, etc.

De nombreuses formations et réunions sont organisées en France au cours desquelles les partenaires des pays du Sud, les Ordres des Pharmaciens notamment améliorent leurs connaissances dans tel ou tel domaine. La FIP finance sur le terrain des projets en direction des pharmaciens : les pharmaciens indiens notamment sont très impliqués dans l'organisation de la prise en charge des malades atteints de sida.

L'OMS n'étant pas en mesure de fournir les données de la démographie médicale dans les pays du Sud, la FIP a effectué une étude de démographie médicale eu égard de l'épidémie de sida dans tous les pays en collaboration avec REMED, ONUSIDA et OMS.

Les thèmes de travail de la FIP en 2005 sont notamment les suivants : les contrefaçons de médicaments, la confidentialité des données de santé, la sécurité des patients.

La FIP a présenté à la Mission ses préoccupations relatives aux dons de Médicaments dans les pays en développement, question pour laquelle un rapport de l'IGAS vient d'être publié.

La Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones réunissant 27 pays a été créée en 1994 pour faciliter la promotion du rôle des pharmaciens francophones dans l'amélioration de la santé publique dans le respect strict du malade, au niveau international, de la FIP, de la Croix Rouge, des ONG curatives, etc...Des réunions se tiennent aussi dans les pays africains, comme à Bamako en 1998 dont la Déclaration témoigne d'un engagement réaffirmé des pharmaciens de contribuer davantage aux problèmes de santé publique de leurs pays.

III.3.2.2.3. Les Entreprises du Médicament (LEEM)

Les Entreprises du Médicament est l'ex SNIP, le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique. C'est une association professionnelle qui représente l'Industrie pharmaceutique française, européenne ou internationale présente sur le sol français. 258 entreprises distinctes de statut établissement pharmaceutique sont membres du LEEM. Ces

entreprises représentent 95% du chiffre d'affaires total en médicaments à usage humain de la branche. Chiffre d'affaires de 34.2 milliards d'euros dont 40% réalisés à l'exportation en 2002. 12% du chiffre d'affaires des EM membres du LEEM sont affectés à la R&D et 100 000 personnes sont employées dont 15 000 à la recherche.

Le LEEM a pour but :

- de conduire l'analyse et la promotion des intérêts économiques, industriels et commerciaux de ses membres ainsi que la promotion de l'image des entreprises et de leur produit, le médicament, tant en Europe qu'à l'international. Le LEEM doit apporter des informations sur les contraintes et les problèmes de l'industrie pharmaceutique.

- d'élaborer et faire respecter les codes de conduite volontaires

- de faciliter les rapports entre ses membres et de resserrer les liens de la confraternité avec les autres groupements des professions pharmaceutiques, médicales et paramédicales.

Le LEEM est actif dans les pays en développement depuis une vingtaine d'années sur les thématiques notamment de la qualité des médicaments et les médicaments de contrefaçon. Le LEEM a financé des études sur l'accessibilité aux médicaments au Sénégal en 2001, afin de mieux comprendre et analyser les itinéraires thérapeutiques des malades, les prix dans els secteurs public et privés, la disponibilité des médicaments, etc¹¹⁹. Le LEEM attire notre attention sur la nécessité de travailler non seulement sur l'offre dans les pays du Sud , mais sur la demande et les déterminants de la demande et du bon (ou mauvais) usage du médicament.

Les expériences d'appui technique du LEEM aux laboratoires des pays par exemple en Afrique de l'ouest, ont été décevantes n'ont pas incité le LEEM à les poursuivre, car se pose le suivi à long terme des infrastructures et des équipes sur place, sans parler de la maintenance des matériels. Cependant le LEEM réunit annuellement les responsables des laboratoires de contrôle de qualité et les directeurs de la Pharmacie et du médicament des pays d'Afrique francophone qui expriment une très forte demande de contrôle de qualité des produits qu'ils importent.

Il n'est pas certain de l'avis du LEEM comme de l'avis de REMED, qu'il relève du LEEM d'apporter cet appui aux laboratoires qui s'inscrit en priorité dans un dialogue politique de coopération pour lequel le secteur public est plus à même de répondre. Le LEEM attend que le MAE finance l'appui au contrôle de la qualité des médicaments, ce que le projet FSP/DGCID sus-cité se propose de faire à l'échelle de la région.

Le LEEM propose que s'instaure une collaboration dans les domaines techniques et réglementaires entre le secteur public et les pays, par exemple à travers l'AFSSAPS, et ses équipes sont tout à fait disposées à prendre leur part dans une collaboration Nord-Sud qui serait animée par le MAE ou une autre instance publique en relation avec le terrain. Le LEEM a sollicité un financement du MAE pour la mise en réseau des Directions de la Pharmacie et du Médicament de plusieurs pays d'Afrique francophone qui pourraient ainsi s'échanger des informations et créer un référentiel commun (contrôle de qualité, enregistrement des

¹¹⁹ République du Sénégal. Ministère de la Santé Publique. Les Entreprises du Médicament. JM Guimier et D Candau. Etude sur l'accessibilité au médicament. Rapport définitif. 2001.

médicaments, etc.). Un site intitulé « www.echangesante.com » pourrait être repris et actualisé dans le cadre de cette activité et constituer une source d'information actualisée dans le domaine pharmaceutique.

L'appui de l'Industrie pharmaceutique serait plus attendu dans le domaine du développement des capacités de production de médicaments par exemple en Afrique. Ceci s'inscrit dans le cadre d'un projet de développement industriel qui exige un environnement scientifique et commercial structuré. Comme le souligne le rapport de MBSI au MAE, « *au même titre que les accords de licence volontaires peuvent être considérées comme un transfert de technologies, différentes actions de proximité peuvent être considérées comme des actions de transfert de compétences, notamment les programmes de recherche clinique, d'éducation et de formation des professionnels impliquent tous la formation de personnels locaux, formés et compétents*¹²⁰. ». Le LEEM suggère que la France passe des accords avec les pays à revenus intermédiaires, Inde, Brésil, par exemple, pour fabriquer des médicaments qui seraient moins chers que la fabrication en Europe, mais de qualité, et pourraient être vendus dans les pays francophones avec un contrôle sur la chaîne des approvisionnements. Il faudrait lancer la discussion avec les fabricants français de génériques.

Dans le cadre de ses activités dans les pays francophones, le LEEM, conscients des besoins très élevés en formation en français, regrette que la Francophonie se montre aussi peu intéressée par les questions de santé, malgré les discours prononcés par le président de l'Organisation Internationale de la Francophonie en marge de l'Assemblée Générale de l'OMS en mai 2004¹²¹, témoignant de sa très forte volonté de voir les populations des pays en développement accéder à des soins de meilleure qualité.

Au niveau européen, le LEEM a renoncé de travailler en concertation avec la Commission européenne, du fait de l'apparente complexité et opacité des institutions. Par contre l'organisation professionnelle est représentée dans la *European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations* basée à Bruxelles et qui travaille en concertation avec la DG Commerce de la Commission européenne sur la mise en œuvre de la Déclaration de Doha.

III.3.2.2.4. Contribution de la société civile : MSF et REMED

MSF participe depuis plusieurs années aux débats internationaux sur l'accès aux médicaments essentiels et génériques et mène une véritable campagne internationale, en même temps que des actions très concrètes sur le terrain des pays en développement partout dans le monde en vue d'améliorer l'accès des populations démunies aux médicaments à bas prix de qualité. MSF publie des documents très informatifs, véritables outils pour les pays, sur les prix des médicaments, la mise en œuvre des accords de Doha etc. disponibles sur son site www.accessmed-msf.org. MSF souligne la priorité de financer la recherche sur le vaccin du sida, découverte qui serait la véritable réponse à la question des prix des médicaments, notamment de deuxième ou troisième ligne, qui sont encore très élevés. MSF recommande de développer les unités de production des médicaments dans les pays et de soutenir le Département de pré-qualification de l'OMS.

¹²⁰ MBSI pour le MAE. Etude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida. Novembre 2004

¹²¹ LEEM. Réception des Délégations francophones. Accessibilité aux Médicaments et aux soins. Assemblée Générale de l'OMS. 16 mai 2004.

L'association REMED contribue de manière très significative, très appréciée et reconnue à l'échelle internationale, par l'OMS, et les autres agences, à l'amélioration de l'accès des pays en développement aux médicaments de qualité. Etudes, formation des professionnels au Nord et au Sud, production de supports de référence, d'ouvrages et d'outils à destination de tous les acteurs (guide sur la gestion des centrales d'achats, cahier commun régional de passation d'un appel d'offres international, etc.), animation de stages, et d'un réseau informatique avec près de 2000 inscrits, documentation, mise à disposition d'experts, etc. constituent autant d'activités en faveur de l'information, des échanges, du renforcement des capacités, et de la compétence des professionnels des pays du Sud, et des pharmaciens en particulier sur les questions de santé publique. Il ne s'agit pas seulement de savoir-faire, mais aussi de savoir être : le pharmacien ne fait pas que dispenser des médicaments, mais il est un véritable conseiller, il doit être associé dans toutes les dimensions de l'accès aux médicaments : le bon usage et le contrôle des prescriptions, la lutte contre les contrefaçons et la vente illicite de médicaments, la prévention, l'observance des traitements pour les IST, de la tuberculose, du sida, des maladies chroniques en général, etc. Partenaire du MAE depuis 1993, l'association contribue à toutes les évaluations du secteur pharmaceutique et réunit une expertise très pointue dans le domaine de l'accès au Médicament. L'association édite un rapport annuel, un bulletin et de nombreuses études, pour lesquelles les informations sont disponibles sur le site www.remed.org.

En collaboration avec la Commission européenne, REMED fait une étude sur le don de médicaments qui permet aux firmes pharmaceutiques de ne pas payer une taxe de destruction. Le rapport de l'IGAS sur ces questions est très attendu.

Les activités de REMED dans les pays s'appuyaient aussi sur la présence des assistants techniques du MAE. En leur absence, il devient plus difficile de travailler même si le réseau avec les nationaux est assez développé.

La visibilité de REMED à l'échelle internationale, au Nord comme au Sud, sert le rayonnement international de la compétence française dans le domaine du secteur pharmaceutique. A ce titre, cette organisation doit être soutenue comme telle dans l'avenir, tant du côté de la DGCID que de l'AFD.

III.3.2.2.5. Le PPP dans le domaine de l'accès au Médicament

Dans le cadre d'une étude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida le MAE a demandé au Cabinet MBSI d'analyser les questions d'accès au Médicaments et les partenariats existants dans ce secteur, ce qui a été relaté dans le rapport de l'étude publié par MBSI en novembre 2004¹²².

Parmi les recommandations formulées sur ce secteur, retenons les points suivants :

La signature des accords bilatéraux entre les Etats-Unis et les pays du Sud, dont on craint les effets sur la disponibilité des médicaments, doit appeler la vigilance de la

¹²² MBSI pour le MAE. Etude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida. Novembre 2004.

communauté internationale, en particulier l'Union européenne au plus haut niveau des instances internationales, telles que les réunions du G8.

Un rapprochement entre certains Etats membres comme la France, le Royaume Uni et l'Allemagne, particulièrement investis dans le domaine de la lutte contre le sida et les questions d'accès aux médicaments, pourrait contribuer au développement de PPP dans ces domaines.

III.3.2.3. Conclusions

La France, à travers des acteurs publics et privés, a pris une grande part en vue de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8 de la Déclaration du Millénaire, notamment aux lendemains de la dévaluation du FCFA, mais il reste beaucoup à faire tant à l'échelle internationale notamment dans le cadre de l'Union européenne, qu'aux côtés des pays du Sud, en ce qui concerne l'accès au Médicament, l'appui à la production locale, la lutte contre le marché illicite des médicaments, le contrôle de qualité des produits importés, la coordination et la création d'un référentiel commun d'enregistrement des médicaments, de la formation des professionnels dans les pays du Sud, sur le bon usage des médicaments, etc. Les ministères techniques et leurs agences doivent contribuer à l'effort international de manière structurée et concertée à l'échelle française.

Comme dans pour les autres OMD, les financements apportés par la France sur ce volet sont insuffisants, tant par le secteur public que par le secteur privé qui choisit de consacrer la plus large part de ses investissements à la promotion plutôt qu'à la recherche et au développement.

La question de la répartition des responsabilités quant au dossier « Accès au Médicament » entre le DGCID et l'AFD dans le contexte de la réforme et de la mise en oeuvre des FSP et des partenariats en cours de montage, reste assez imprécise au moment de notre mission. Il semble toutefois qu'en approuvant un FSP mobilisateur "*Politique pharmaceutique : appui aux états de la ZSP*" dont l'objectif se rattache à la réalisation de l'OMD 8 cible 17, l'Etat ait voulu conserver les compétences de la DGCID dans ce domaine.

En conclusion les points à retenir sont les suivants :

- 1 La stratégie sectorielle finalisée en janvier 2005 dans le cadre du CICID exprime, en continuité avec les engagements de la France dans ce domaine, la poursuite de l'appui de la France à la réalisation de la cible 17 de l'OMD 8 relative à l'accès au Médicament.
- 2 Aucune institution n'a tenté ou réussi à structurer le dialogue national en France sur la question du Médicament, ni mis autour de la table les services du MINEFI, du MAE, du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le Réseau Médicament (REMEDI), le LEEM, MSF, et les représentants de l'Industrie Pharmaceutique, et il n'y a pas de mise en cohérence des politiques globales françaises dans ce domaine avec ses engagements à réaliser la Cible 17 de l'Objectif 8, qui implique d'associer les entreprises pharmaceutiques. Celles-ci doivent promouvoir beaucoup plus la production locale.

- 3 Il est important de souligner que les Etats membres sont disposés à travailler en collaboration avec la France sur ces questions de l'accès au Médicament et DFID a souligné avec force la volonté de travailler avec la France à la fois au niveau des sièges et des pays. Ces rencontres pourraient être menées en bilatéral mais plus largement associer les autres Etats membres lors des réunions des experts organisées deux fois par an par la Commission européenne, occasions de mettre à l'ordre du jour la concertation et la synergie des Etats membres sur ce qu'ils font en faveur de l'accès au Médicament
- 4 La France agit de concert avec la Commission européenne sur ces questions, adoptant souvent des positions communes ou s'alignant sur les règlements soumis au Conseil et du Parlement Européen. Les deux agences reconnaissent la nécessité de soutenir de façon urgente le Département pharmaceutique de l'OMS de pré-qualification des Médicaments et prévoient de contribuer financièrement l'amélioration des performances de ce département.
- 5 La France et les Etats membres ensemble peuvent, sinon contrecarrer les accords bilatéraux ou régionaux des Etats-Unis cherchant à renforcer le droit de la propriété intellectuelle aux dépens de la santé publique dans les pays du Sud, les dénoncer, faire valoir que les accords bilatéraux affadissent, voire censurent les accords multilatéraux.
- 6 Dans le domaine de la production de génériques, il est temps que l'Union Européenne et l'Industrie pharmaceutique européenne prennent la mesure des enjeux mondiaux de production et commercialisation à bas prix de médicaments génériques et des partenariats qui se développent entre les pays émergents au moment même où se déroule notre mission (Chine, Brésil, Inde) avec la Russie sur la production de réactifs et de médicaments essentiels génériques, et se positionnent de toute urgence dans ce domaine.

III.4. Rapport de la France à l'Union Européenne sur la réalisation des OMD : méthodologie des mesures

En octobre 2004, la Commission Européenne coordonne la réception des rapports des Etats membres qui ont bien voulu présenter leur contribution à la réalisation des OMD sur la période 2000-2004. La Commission, chargée de synthétiser ces contributions, doit présenter la contribution européenne à la réalisation des OMD, en plus de la contribution de la Commission Européenne¹²³ elle-même.

¹²³ Commission of the European Communities. Commission staff working document. EC Report on Millenium Development Goals 2000-2004. 29 October 2004.

III.4.1. Questions méthodologiques autour de la mesure de la réalisation des OMD

Le rapport de la France à l'UE¹²⁴ pour ce qui concerne la réalisation des OMD de la Santé reprend les éléments communiqués par le Groupe interministériel Santé présentés en juillet 2004. Lors de l'exercice de rendre compte à l'UE des réalisations de la France relative aux OMD, les pouvoirs publics français ont été confrontés à un certain nombre de questions : la méthodologie de la mesure des résultats de l'action de la France déclinée par OMD santé, reste en question. Comme nous l'avons souligné, la France n'est pas le seul pays à faire face à ce problème de mesure. Comment montrer en quoi les actions financées dans le secteur de la santé sur la période 2000-2004 ont contribué à réduire la mortalité maternelle et infantile et la propagation du VIH? Comment attribuer dans un pays tels résultats à tel donateur ? Comment estimer l'impact des actions de renforcement des systèmes de santé sur la mortalité infantile et maternelle ?

La communauté internationale a-t-elle de son côté identifié une méthode de mesure à bas coûts du suivi de la mise en œuvre des OMD ? Car il ne s'agit pas d'attendre la réalisation sur le terrain et dans chaque pays d'une enquête Démographie et Santé par exemple (EDS). Il s'agit plutôt de développer des méthodes de suivi plus rapides et moins coûteuses.

Le Forum de Haut Niveau sur les OMD Santé réuni en janvier 2004 à Genève a insisté sur la nécessité de mesurer les réalisations et de développer rapidement des indicateurs de mesure des progrès de la mise en œuvre des OMD (« *regular tracking progress towards health-related MDGs* ») et sur la nécessité de mesurer la performance institutionnelle des pays récipiendaires de l'aide publique¹²⁵.

Le Forum de Haut Niveau sur les OMD Santé qui s'est réuni à Abuja en décembre 2004 a présenté la problématique concernant le suivi de la mise en œuvre des financements de l'aide publique, plus que des résultats¹²⁶ techniques sectoriels.

Un système de mesure de la mise en œuvre des OMD intitulé « *Health Metrics Network* » proposé par la Fondation Bill Gates est testé dans certains pays en 2005.

De son côté, l'Union européenne a prévenu : elle a écarté ces questions méthodologiques en estimant qu'il revenait aux pays bénéficiaires (ACP en l'occurrence) de démontrer leur contribution en relevant l'impact de leurs actions sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la propagation du VIH, et que de leur côté, les Etats membres étaient invités à répondre de leurs engagements en tant que donateurs sur la **réalisation de l'OMD 8** : « *Développer un partenariat mondial en faveur du Développement* », de créer un environnement favorable au développement: augmenter l'aide publique, alléger la dette des pays, rendre le commerce mondial plus équitable, diminuer les

¹²⁴ Rapport sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Contribution française. 29 octobre 2004.

¹²⁵ High-Level Forum on the Health MDGs. Geneva, January 2004

¹²⁶ High Level Forum on the Health MDGs. Tracking resources for Global Health: progress toward a policy-responsive system. Abuja. December 2004.

subventions à l'exportation des produits agricoles du Nord, faciliter les processus d'harmonisation et de coordination de l'aide, etc. Le format de rapport que l'UE a envoyé aux pays, se propose d'accompagner les Etats membres dans cette démarche de rendre compte sur l'OMD 8.

A la lecture du document, la contribution française répond sur sa contribution à la réalisation de l'ensemble des OMD, dont l'OMD 8. Conforme aux engagements pris à la Conférence de Monterrey et à Barcelone en 2002, **avec un montant d'APD de 0.41% du RNB en 2003, la France « reste le premier pays du G7 devant le Royaume Uni (0.31%), le Canada (0.28%) et l'Allemagne (0.27%)¹²⁷ »** est « en avance sur ses engagement européens de porter l'APD des Etats membres à 0.39% du RNB d'ici à 2006 ».

Sur le terrain, un plan d'action en faveur de la coordination, l'harmonisation et le renforcement de l'efficacité de l'aide est prévu de s'étendre sur la période 2003-2005 incluant un programme de formation aux pratiques d'harmonisation des donateurs tant dans les instances internationales que dans les pays bénéficiaires de l'aide.

Le rapport de la France à l'UE souligne aussi la participation active de la France aux dispositions de la Conférence de Marrakech en février 2004 relatives aux processus d'harmonisation de l'aide et de déliement de l'aide allouée aux PMA par exemple. Enfin une réunion internationale sur l'Harmonisation s'est tenue à Paris en mars.

III.4.2. Mesurer l'efficacité de l'aide publique française pour être lisible

Alors que la communauté internationale s'accorde à favoriser la bonne gouvernance, à promouvoir une nouvelle forme de partenariat dans le cadre du NEPAD, à encourager les décaissements de l'aide publique sur la base de la performance des pays à la mettre en œuvre (« *performance-based disbursement* »), quels que soient ses instruments financiers (aides budgétaires, programmes sectoriels ou fonds mondiaux (GAVI ou FSTP), **il est impératif pour la France de mettre en place un tableau de bord et des outils de suivi de la performance de la mise en œuvre de l'aide publique française, qui prépare le pays à mieux rendre compte de sa contribution sur la période 2005-2015. Ces outils devront être en cohérence :**

- (i) Pour le niveau central, avec les recommandations des groupes d'experts internationaux sur le suivi de la réalisation des OMD d'une part et en lien avec la réforme budgétaire de l'Etat et la LOLF dont le schéma pourrait être suivi par l'ensemble des acteurs de mise en œuvre de l'aide publique française, comme le suggère le Groupe Sectoriel Santé du CICID dont l'AFD.
- (ii) pour le niveau local, dans le pays, en cohérence avec :
 - i. les systèmes nationaux existants d'information sanitaire et de suivi et évaluation des réalisations des OMD dans les pays

¹²⁷ Rapport sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Contribution française. 29 octobre 2004.

- ii. les propositions relatives au « *Health Metrics Network* » qui devrait permettre d'améliorer la performance et la qualité des systèmes de recueil des données en vue de la mesure des indicateurs retenus.

III.5. Position française sur le Rapport J Sachs du Projet du Millénaire

Le 23 septembre 2004, le *Projet du Millénaire* conduit par J Sachs, publié sur son site Internet le rapport de mise en œuvre du « *Plan Mondial pour la réalisation des OMD* », le soumettant ainsi à la critique des pays et des donateurs, avant la finalisation du document en janvier 2005, et sa soumission en mars 2005 au Secrétaire Général des Nations Unies, qui attend des recommandations en vue de la réalisation des OMD par les pays en développement¹²⁸.

A l'initiative de DFID, une réunion internationale a été organisée à Londres le 14 octobre 2004 pour discuter du rapport provisoire du Projet du Millénaire. Il importe d'insister sur la forte représentation et participation françaises à cette réunion par le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère des Affaires Etrangères et l'AFD qui a rédigé le compte rendu de la réunion¹²⁹.

Le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie en 2004, a réagi lui-même aux analyses et recommandations de J Sachs et fait un certain nombre de propositions. Il y affirme la volonté de maintenir plusieurs instruments de mise en œuvre de l'aide publique : « ***Je partage votre souhait de dégager davantage de ressources sous forme d'aide budgétaire, mais il ne faut cependant pas négliger les mérites d'autres formes de soutien aux pays pauvres. L'aide technique reste plus appropriée dans certains contextes nationaux difficiles. Les annulations de dette décidées dans le cadre de l'initiative pays pauvre très endettés ont permis aux pays qui en bénéficient de libérer des ressources significatives au profit de programmes sociaux en cohérence avec leurs contrats stratégiques de réduction de la pauvreté. Il est nécessaire, compte tenu de l'ampleur des besoins, de continuer à mobiliser toutes les formes d'aide pour atteindre les objectifs du millénaire*** ».

Les réactions de la communauté internationale à la lecture du rapport du Projet du Millénaire portent notamment sur : (i) la fixation du rapport sur l'augmentation de l'APD sans aborder suffisamment les obstacles à l'absorption et à la gestion de ressources additionnelles en Afrique, (ii) l'absence de cohérence entre les politiques de développement et commerciale, entre le développement et les objectifs diplomatiques, (iii) la faiblesse du rapport que l'apport potentiel du secteur privé, (iv) le financement des politiques de développement par des dons versus des prêts, etc. **Suite à cette réunion, la France a rédigé une note de commentaires adressée début novembre 2004. La France est très présente et très active dans le débat**

¹²⁸ *A Global Plan to achieve the Millennium Development Goals*. Draft presented by the UN Millennium Project. 23 September 2004.

¹²⁹ JM Chataignier. Compte rendu de la réunion organisée à Londres par le DFID pour discuter du rapport provisoire du Projet du Millénaire conduit par J Sachs. 17 octobre 2004.

international sur les propositions de J Sachs et a présenté, oralement et par écrit, très clairement ses positions et rappelé encore ses engagements¹³⁰.

Lorsque le Rapport du Millénaire est publiée dans sa version finale en janvier 2005, la France a longuement réagi aux aspects sanitaires du Rapport du panel de haut niveau sur un monde plus sûr, et transmis plusieurs notes sur les priorités pour le Sommet de septembre 2005 pour alimenter les réflexions que le Secrétaire Général Kofi Annan doit intégrer dans son rapport de mars.

D'après les services compétents du MAE, le rapport Sachs « a pris en compte une partie des remarques suscitées par son rapport intérimaire. Il insiste désormais sur la responsabilité première des récipiendaires, conformément à l'approche partenariale de Monterrey : chaque pays en développement doit mettre en place des stratégies nationales de développement sur dix ans. Le doublement des montants d'APD constitue la principale recommandation du rapport à l'adresse des pays développés. L'APD, à condition d'être bien affectée, s'avère en effet efficace, et il faut donc que les pays riches augmentent leurs efforts, y compris grâce aux mécanismes innovants de financement. Il s'agit donc d'un doublement des efforts actuels¹³¹ ».

La position française se résume comme suit¹³² :

1. *Nous soutenons l'approche générale du rapport*

« Nous soutenons largement le rapport Sachs, qui constitue une somme considérable d'enseignements et dont nous partageons l'analyse volontariste : à condition notamment d'augmenter les ressources consacrées au développement, nous pouvons atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015.

L'équipe du Projet du Millénaire a su prendre en compte la plupart des remarques qui lui avaient été adressées suite à la diffusion du rapport intérimaire. Le rappel de la responsabilité première des pays en développement, l'insistance sur la bonne gouvernance (dans des termes équilibrés), l'accent mis sur les biens publics mondiaux et régionaux sont autant d'améliorations substantielles du texte. En matière de santé, notamment, le rapport confirme les impulsions données en France par le CICID. Il dépasse en effet la seule problématique de l'accès aux traitements pour couvrir celle des systèmes de santé (ressources humaines, systèmes de gestion, soins communautaires, laboratoires...) et prendre position en faveur de la gratuité des services de soins essentiels.

¹³⁰ MAE. Réaction au projet de Rapport du Millenium Project. 1^{er} novembre 2004.

¹³¹ MAE. Direction et Affaires Economiques et Financières et Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales. Note au DG de la DGCID. T. Mathou et C. Guillhou. *Rencontre entre le DGCID et son homologue allemand, M. Hofmann (3 et 4 février 2005) - Rapport Sachs : « Investir dans le développement. Un plan concret pour atteindre les objectifs de développement du millénaire »*. 31 janvier 2005.

¹³² MAE. Direction et Affaires Economiques et Financières et Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales. Note au DG de la DGCID. T. Mathou et C. Guillhou. *Rencontre entre le DGCID et son homologue allemand, M. Hofmann (3 et 4 février 2005) - Rapport Sachs : « Investir dans le développement. Un plan concret pour atteindre les objectifs de développement du millénaire »*. 31 janvier 2005.

La décomposition du rapport en un bilan d'étape un ensemble de mesures immédiates et des politiques de plus long terme offre une stratégie claire et précise. L'invitation à recentrer les politiques de développement et les politiques menées par les récipiendaires autour des ODM ainsi qu'à les harmoniser entre elles est cohérente avec notre discours sur la nécessité d'agir dès à présent afin de ne pas dresser un constat d'échec en 2015. L'insistance sur l'Afrique est également bienvenue.

Dans le domaine de l'environnement, le rapport du groupe d'étude du projet du Millénaire sur ce thème préconise trois changements structurels que nous pourrions utilement mettre en valeur pour promouvoir la création d'une ONUÉ :

-correction des déficiences du marché (prise en compte des externalités environnementales) ;

-renforcement de l'accès et de l'usage de l'expertise scientifique (mobilisation de la recherche, coopération avec les scientifiques du Sud et diffusion des expertises) ;

-renforcement des institutions et de la gouvernance.

Enfin, la réforme des agences opérationnelles des Nations Unies (renforcement du GNUD et du système du Coordonnateur résident), problématique absente du rapport du panel de haut niveau et que nous souhaitons voir prise en compte lors du Sommet de septembre 2005, est intégrée dans les recommandations du rapport.

2. Trois remarques doivent cependant être formulées.

La France souhaite qu'une attention plus particulière soit accordée au financement du développement. Le rapport apporte son soutien à l'IFF, présentée comme « la proposition la plus élaborée pour réaliser une augmentation rapide de l'aide au développement ». Les propositions du rapport Landau sont mentionnées dans le corps du rapport, mais ne figurent malheureusement pas dans l'aperçu général. Les taxations internationales, qui répondent à la nécessité, soulignée à plusieurs reprises dans le rapport, d'apporter des ressources stables et prévisibles afin de financer les besoins récurrents des pays en développement (programmes sociaux), ont reçu, suite à la publication du rapport, le soutien personnel de M. Jeffrey Sachs.

Les développements consacrés à la dette ne correspondent pas à nos analyses. Le rapport Sachs plaide en faveur d'une annulation de la dette des pays pauvres, et encourage l'octroi de dons de préférence aux prêts. Par ailleurs, il considère que les ratio actuels de surendettement (reposant sur les exportations), sont arbitraires, et propose d'évaluer la capacité d'endettement d'un pays en fonction de son degré de réalisation des ODM. La France est opposée à cette proposition d'annulation de la dette :

-celle-ci n'apporterait aucune ressource supplémentaire aux pays PPTE concernés en vue de la réalisation des objectifs du millénaire ;

-elle créerait des inégalités entre PPTE et non PPTE ;

-elle réduirait considérablement les ressources disponibles pour les IFIs

L'accroissement des annulations de dette risque d'avoir de lourdes conséquences financières (plus la dette annulée est importante, plus les marchés privés sont réticents à prêter) et politiques (annuler toute la dette se rapproche davantage d'une logique d'assistantat que de la démarche de partenariat et de responsabilisation). La France préférerait injecter de

nouvelles ressources dans l'aide au développement et soutient la mise en place de politiques de financement alliant prêts et dons de façon à rester compatibles avec une dette soutenable.

Enfin, en complément des mesures diverses proposées par le rapport dans le domaine de l'environnement (actions de formation et de recherche notamment) la France plaide pour une amélioration de la cohérence de la politique de protection de l'environnement à l'échelle mondiale. La transformation du PNUE en une Organisation des Nations Unies pour l'Environnement permettrait notamment d'aider au renforcement des capacités institutionnelles des PED en renforçant la cohérence des financements et en facilitant leur mobilisation pour les projets environnementaux ».

III.6. Mécanismes innovants de financement de l'aide publique internationale

En raison principalement de l'absence de financements appropriés, le risque est sérieux que les objectifs du Millénaire pour le développement ne soient pas atteints en 2015. Nous devons au moins doubler les ressources consacrées chaque année à l'aide publique au développement (APD). Ces ressources doivent en outre être stables et prévisibles afin de financer la mise en œuvre de programmes sociaux de long terme (santé, éducation), et d'apporter une aide efficace aux pays placés dans des situations difficiles (Etats fragiles, situation de post conflit).

Plusieurs options ont fait l'objet d'études précises, qui ont démontré leur faisabilité : contributions volontaires, facilité de financement international (IFF), prélèvements internationaux de solidarité. Ces propositions peuvent et doivent être mises en œuvre dans le cadre des institutions existantes. Appliquées au niveau national et coordonnées à l'échelon international, elle ne portent pas atteinte à la souveraineté des Etats.

La participation universelle de tous les pays donateurs serait souhaitable. A court terme cependant, des progrès peuvent également être réalisés à travers une approche plus différenciée, fondée sur l'accord de certains pays autour d'objectifs, de programmes, et de modalités de financement communs.

Le lancement de projets pilotes d'ici la fin de l'année permettrait à la fois de répondre à des besoins urgents et d'apporter la preuve tangible de la faisabilité de ces propositions. Parmi les différents projets pilotes envisageables figurent notamment : un programme de vaccination universelle des enfants qui s'appuierait sur le Fonds Vaccin ainsi que sur une FFI expérimentale ; et un prélèvement de solidarité international, par exemple sur le transport aérien (kérosène ou billets d'avion), qui apporterait des financements de long terme pour la lutte contre le SIDA, particulièrement l'accès aux traitements..

La communauté internationale devrait saisir l'opportunité du Sommet de l'ONU en septembre prochain pour :

* souligner la nécessité d'apporter des ressources supplémentaires à la fois stables et prévisibles ;

* arrêter l'objectif global de 50 milliards de dollars de ressources annuelles supplémentaires, assorti d'un calendrier pour y parvenir ;

* agréer, dans cette perspective, un menu d'options complémentaires (augmentation de l'APD traditionnelle ; contributions volontaires ; IFF ; prélèvements de solidarité internationaux) et arrêter les programmes qui pourraient bénéficier des ressources supplémentaires ainsi levées, et les organismes existants chargés de les mener à bien ;

* engager tous les pays développés à contribuer à cet effort, en leur laissant le choix des options ;

* soutenir le lancement de projets pilotes.

IV. QUATRIEME PARTIE

***La communauté internationale en appui au développement sanitaire
des pays en développement***

IV.1. Panorama des stratégies et contributions bilatérales internationales

IV.1.1. La Coopération Technique Belge (CTB)

Le cas de la CTB est très intéressant à observer pour la France car la Belgique a entrepris en 1999 (presqu'en même temps que la France) une réforme du dispositif de la Coopération au Développement, initialement administrée exclusivement par un Département ministériel, et dont les attributions ont été réparties entre les institutions suivantes :

La Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD), auprès du Service Public Fédéral des Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, qui fixe les objectifs, définit la stratégie de coopération au développement et identifie les programmes et les prestations de coopération (avec ses services déconcentrés sur le terrain). La DGCD a en charge 4 missions : 1. La Coopération bilatérale directe qu'elle confie à la CTB (voir ci-après). 2. La Coopération au développement avec les universités. 3. La coopération avec les institutions multilatérales. 4. la Coopération non gouvernementale.

Le Service d'Evaluation de la Coopération Internationale, qui dépend du président du Service Public Fédéral des Affaires Etrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, est responsable de l'évaluation des programmes et prestations de coopération en lien avec le Parlement.

La Coopération Technique Belge, créée en 1999, dont le statut est une société anonyme de droit public à finalité sociale a pour mission exclusive de formuler et de mettre en œuvre la Coopération bilatérale directe belge. La Li de constitution de la CTB lui confie trois types de missions au cas par cas sur demande du ministre des Affaires Etrangères¹³³:

1. L'exécution de la coopération bilatérale directe. Le budget de chaque projet bilatéral de la CTB inclut les ressources pour (i) la revue à mi-parcours, (ii) l'évaluation finale du projet, (iii) l'étude d'impact du projet, (iv) de l'appui technique et du backstopping du siège ou d'un tiers, (v) la communication sur le projet.

2. Des études de faisabilité, évaluation de programmes multilatéraux, formation de personnels d'outre-mer, l'aide d'urgence.

3. Tâches confiées par un tiers. A ce titre la CTB peut prêter pour d'autres bailleurs de fonds, peut répondre à des appels d'offre de la communauté internationale et mobiliser des fonds multilatéraux. Par exemple, elle vient de se voir confier par le gouvernement de Bolivie la gestion de 70M€ de fonds pour l'eau de l'UE, du Canada et de la BID.

La CTB exécute pour le compte de la DGCD et pour les projets un programme axé autour de bourses d'études, de stage et de doctorat mixte. Entre 1999 et 2003 la CTB a géré plus de 2500 bourses d'études et de stages.

¹³³ CTB. Rapport annuel. 2002.

La liste des pays bénéficiaires et les secteurs de concentration sont fixés par la DGCD. La DGCD et la CTB sont représentées sur le terrain : la première est chargée de toute la coopération multilatérale, avec les ONG et avec les universités et chargée de l'identification du programme bilatéral avec les pays. La CTB est chargée de formuler et de mettre en œuvre le programme bilatéral; le comité de pilotage de suivi du projet réunit l'ensemble des institutions belges (ambassade et CTB) autour des autorités sanitaires des pays.

Le volume de financements gérés par la CTB sur la coopération bilatérale est d'environ 100 millions d'euros par an et va croissant, devrait atteindre rapidement 150, voire 200M€ par an.

Notons que 40% des financements sont alloués à des projets du secteur de la santé.

85 personnes travaillent au siège à Bruxelles, tous secteurs confondus.

Il y a 20 bureaux de représentation situés dans les 20 pays d'intervention.

La CTB ne participe pas vraiment en amont, à l'élaboration des politiques internationales, pas même à celles de la Commission européenne dont le siège est à Bruxelles, et le Directeur Général de AIDCO a récemment invité les Belges à plus de contribution dans ce domaine, en soulignant la très forte présence et influence britannique dans les bureaux de la Commission européenne.

IV.1.2. La Coopération allemande (GTZ)

Créée en 1974, la GTZ est une société de services pour la coopération au développement, tous pays. L'Etat allemand est propriétaire, mais elle a un statut légal d'entreprise privée à responsabilité limitée (private Limited Company), de Loi allemande, dont les excédents sont exclusivement reversés à des projets de développement (finalité sociale comme la CTB). La GTZ a pour principal actionnaire le Ministère Fédéral allemand de la Coopération économique et du développement. La société répond à des appels d'offres de la communauté internationale et opère de ce fait pour d'autres gouvernements et pour les organisations de la communauté internationale (Banque Mondiale, Commission Européenne et Nations Unies). La GTZ est aussi opérateur pour d'autres ministères, comme la CTB, au cas par cas.

La GTZ travaille dans 130 pays, elle est représentée dans 67 pays, mobilise 9500 collaborateurs dont 1100 expatriés et 7100 personnels nationaux et 300 experts en Allemagne.

Le montant annuel de financements de la GTZ à la santé est d'environ 100 M€ auxquels s'ajoutent les financements gérés par la KfW de 100 M€ également.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, les contributions financières totales (bilatérales et multilatérales) de l'Allemagne s'élèvent à 300 M€.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, la GTZ a développé des partenariats public-privé avec les entreprises privées en Allemagne et leurs filiales sur le terrain des PED. Le programme développé avec Daimler Chrysler reçoit un soutien politique très fort du gouvernement et relève des bonnes pratiques développées dans ce domaine.

Au siège à Eschborn (Francfort) il y a environ 12 personnes qui travaillent sur le VIH et Sida et environ 15 personnes qui travaillent dans le secteur santé.

A l'étranger il y a environ 70 -80 experts européens qui travaillent dans le domaine santé de district, santé de la reproduction, contrôle des maladies infectieuses et VIH-SIDA, dont 15 à 20 exclusivement dans différents projets SIDA. En plus il y a 150-200 experts nationaux à l'étranger qui travaillent dans ces secteurs.

IV.1.3. La Coopération britannique (DFID)

Le *Department for International Development (DFID)* est un Département ministériel du gouvernement britannique faisant suite à Overseas Development Administration (ODA) et depuis 1997 indépendant des autres ministères, relevant du Secrétariat d'Etat au Développement International. 2500 personnes travaillent dont la moitié sur le terrain réparties dans 25 représentations à l'étranger. Le nombre de personnes de la fonction publique travaillant pour DFID va croissant : 1095 en 1998 puis 1925 en 2004, soit une augmentation de près de 50% en 6 ans.

Les objectifs de DFID sont réunis dans le « *Public Service Agreement 2003-2006* », modèle voisin sur les principes de la LOLF. Un rapport de réalisation des cibles fixées dans le cadre de cet accord est publié annuellement. Un plan de mise en œuvre de cet accord « *The Service Delivery Agreement* » va sur une période de 3 ans. Chaque année en avril DFID rend compte au Parlement et un rapport sur les réalisations est publié chaque année en automne (Autumn Performance Report »).

A l'échelle des pays, les « *Country Assistance Plans* » déclinent comment DFID va contribuer à la réalisation des OMD dans le cadre des Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et participer à l'IPPTE. Ces plans sont évalués et révisés tous les trois à quatre ans.

Le montant des financements de DFID alloués à la santé en 2003 s'élève à 385 millions d'euros, faisant de DFID sur ce secteur le deuxième contributeur bilatéral après les Etats-Unis. Dans le domaine de la lutte contre le sida la politique du Royaume Uni a été publiée en décembre 2003¹³⁴ et une nouvelle stratégie mondiale du Royaume Uni lancée en juillet 2004¹³⁵.

IV.1.3.1. Participation à l'élaboration des politiques internationales de santé et aux programmes multilatéraux

DFID a une très forte présence et influence dans les organisations multilatérales dont la Commission européenne et les agences des Nations Unies. Un des hauts responsables de AIDCO (Commission européenne) aurait récemment déclaré : « *ils arrivent à dix pendant trois jours dans vos services, et vous rédigent un rapport très compétent en vous disant ce qu'il faut faire* » et ceci dans tous les secteurs.

¹³⁴ UK's Call for Action on HIV/AIDS. Décembre 2003

¹³⁵ Press Release from DFID. 20 July 2004. Prime Minister launches UK's new Global Strategy.

Les contributions volontaires du Royaume Uni aux organisations multilatérales du système des Nations Unies sont très élevées et font de ce pays en 2003 le premier contributeur à l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP, pour ne citer que les agences travaillant directement sur la thématique de la santé publique et de sida. L’exemple le plus illustratif est celui de la contribution du Royaume Uni à l’UNICEF d’un montant de 288 126 600 dollars en 2003 pendant que la France contribuait à hauteur de 11 984 267 dollars¹³⁶.

IV.1.3.2. Partenariat Public Privé avec l’Industrie Pharmaceutique

DFID a développé des partenariats public-privés très intéressants en direction de divers secteurs privés, notamment industriel et commercial et avec l’industrie pharmaceutique¹³⁷. En effet, l’action de DFID la plus remarquable dans le cadre de la contribution à la réalisation des OMD de la santé, et la plus riche d’enseignements pour la France est celle qu’elle a menée à Londres et sur le terrain dans le domaine du développement de partenariats public-privé avec l’Industrie Pharmaceutique.

Les domaines d’intervention de DFID dans le secteur du Médicament se résument comme suit :

1. Appuyer les pays en développement à améliorer l’accès aux médicaments essentiels et génériques et l’accès aux services de santé.
 - a. Cet appui concerne (i) le développement à l’échelle pays d’une politique du médicament essentiel et générique, (ii) l’élaboration d’une législation et d’un cadre réglementaires nationaux, (iii) le développement de la capacité de contrôle de qualité des molécules importées, (iv) le développement de relations commerciales avec les fabricants de génériques en Inde et en Afrique du Sud notamment, (v) la promotion de la capacité de production nationale des médicaments, etc.
 - b. L’exemple opérationnel de référence de cet appui est illustré par le cas du Ghana qui a développé avec l’appui de DFID une véritable stratégie et un plan d’accès au Médicament¹³⁸. La préparation de ce plan a nécessité une dynamique nationale de partenariat conjoint associant les acteurs publics et privés de la santé au Ghana sur une période d’1 année, ce qui témoigne d’une volonté politique certaine et d’un appui efficace de la part de DFID.
2. Travailler dans le contexte des règles du commerce international et des accords de l’OMC. Aux côtés de MSF, de la France et des institutions internationales, DFID s’engage sur les plateformes internationales relatives aux accords concernant la propriété intellectuelle (ADPIC). Un travail important de DFID est en cours sur

¹³⁶ Voir Annexe 12. Analyse comparative des contributions volontaires Royaume Uni et France. NUOI/MAE.

¹³⁷ MBSI. Etude sur le PPP dans le domaine de la lutte contre le sida. Novembre 2004.

¹³⁸ DFID. *Increasing access to medicines: an assessment and policy options for Ghana*. December 2003.

l'impact des accords ADPIC sur l'accès aux médicaments et la production locale de médicaments essentiels par les pays en développement, qui devrait être finalisé en 2005, dans le cadre duquel une réunion internationale est prévue à Genève en septembre 2005.

3. Travailler avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre du développement de nouveaux marchés dans les pays du Sud et promouvoir les bonnes pratiques relatives à l'accès aux médicaments dès la prospection de ces nouveaux marchés : des études sont en cours sur le développement de nouveaux marchés.
4. Contribuer aux efforts de la recherche et le développement de nouveaux médicaments¹³⁹ et vaccins contre le sida, en partenariat avec le *Medical Research Council* britannique, la *Global AIDS Vaccine* Entreprise, et la *International AIDS Vaccine Initiative*. Notons par ailleurs le partenariat développé par DFID sur ces questions avec le programme EDCTP : *European and Developing Countries Clinical Trials Partnership*, financé par la Commission européenne sur la période 2002-2006, qui s'attache à travailler avec le secteur privé du Médicament et de la production de vaccins, à promouvoir le développement de la recherche sur le sida et d'essais cliniques en priorité en Afrique.

IV.1.4. La Coopération bilatérale américaine

Deux institutions sont chargées de la mise en œuvre des financements bilatéraux du Gouvernement américain en appui au secteur de la santé des PED et le président a obtenu la mobilisation de financements très élevés en direction de la lutte contre le sida (PEPFAR).

IV.1.4.1. USAID

IV.1.4.1.1. Principes et modalités de Coopération Internationale

L'instrument de la Coopération gouvernementale américaine est une structure distincte des structures politiques. C'est une agence gouvernementale indépendante, l'agence USAID, *United States Agency for International Development*, ou Agence Internationale des Etats-Unis pour le Développement, qui gère des fonds publics alloués par le gouvernement américain. Le siège de l'Agence est à Washington, DC. C'est le Congrès américain qui fixe les orientations prioritaires de l'USAID et le montant de l'enveloppe budgétaire gouvernementale dont bénéficie l'agence.

Le document de présentation des stratégies de développement de USAID, *The USAID Strategies for Sustainable Development*, cite quatre thèmes de développement qui se potentialisent mutuellement: croissance économique, population et santé, environnement et démocratie. Ces axes constituent le fondement de toutes les interventions de coopération de l'agence USAID dans les pays du Sud.

¹³⁹ Notamment les Microbicides

Le contrôle de la croissance de la population mondiale est une priorité transversale de l'Agence de développement. *"USAID will contribute to a cooperative global effort to stabilize world population growth and support women's reproductive rights... Over this decade, USAID also will contribute to a global health goal of halving current maternal mortality rates, reducing child mortality rates by one third, and decreasing the rate of new HIV infections by 15 percent. "*

La définition des priorités d'intervention de USAID dans le secteur santé répond, comme souvent les choix de politique interne, à la pression du lobby des organisations non gouvernementales américaines oeuvrant dans le secteur santé. **Ainsi la Santé de la Reproduction et la planification familiale, la santé maternelle, la survie de l'enfant et la lutte contre le sida sont des thèmes retenus par le Congrès américain dans le cadre de sa politique de santé au bénéfice des pays du Sud.**

USAID est mandatée par le Congrès pour mener des actions selon ces axes prioritaires. De plus l'organisation fonde ses activités sur deux grands principes:

1- l'intégration régionale de ses activités: exemple du Plan Sahélien Régional et des programmes santé de la région ouest et centrafricaine (West and Central Africa ou WCA).

2- la réduction de l'intervention du secteur public et la redéfinition de son rôle vis-à-vis de l'amélioration de la santé des populations. Cette agence applique ce dernier principe, qui relève de l'idéologie libérale, à ses propres modalités de fonctionnement.

En tant qu'agence gouvernementale, l'institution intervient très peu comme opérateur d'exécution des projets de développement ou des projets de santé. Le secteur étatique est initiateur, fixe les normes, suit la performance et la qualité des actions et mobilise des fonds. Lors de la mise en oeuvre d'un programme régional sur un des continents et pour identifier ses opérateurs, l'Agence lance des appels à projets en direction des institutions privées américaines. **30% de l'aide publique américaine est mise en oeuvre par des opérateurs.** Ces institutions privées peuvent être des organisations non gouvernementales, des universités ou des structures du secteur privé commercial. Ces partenaires du secteur privé américain, informés par écrit des grandes orientations et des grands principes d'un programme de santé à concevoir dans telle région du monde¹⁴⁰, et mis en concurrence, font des propositions et élaborent des dossiers techniques renvoyés à l'Agence. Chaque grand projet régional comporte toujours plusieurs composantes. Un opérateur ne peut présenter un document de projet que sur une seule des composantes.

Ceci permet, en multipliant et en diversifiant les opérateurs, d'éviter que se constituent des monopoles. Celui qui remporte l'appel à projets sur la composante de son choix, reçoit le financement qui lui permet de mettre en oeuvre le projet. Il devient l'opérateur sur le terrain.

Une structure publique américaine n'est sollicitée sur une composante de projet que s'il n'y a pas d'équivalent de compétence professionnelle pour une telle intervention dans le secteur privé américain. Si tel est le cas, la loi américaine oblige alors l'Agence USAID à

¹⁴⁰ USAID. Family Health and AIDS. West and Central Africa Project. 1994.

argumenter ce choix d'un opérateur public. L'Agence est représentée sur une base régionale en plusieurs endroits de la planète. L'Agence publie annuellement un guide destiné à ses bureaux répartis dans le monde, dans lequel figurent toutes les prestations disponibles "à l'achat" et les opérateurs spécialisés à approcher. C'est une sorte de supermarché des services techniques de développement ou de mise en oeuvre de projet de santé dans tous les domaines¹⁴¹.

Pendant de nombreuses années, le contrôle des naissances et de la croissance démographique, les programmes de santé de la reproduction et de survie de l'enfant (« Child Survival ») ont dominé les stratégies de Coopération américaine en appui au secteur de la santé des pays du Sud. A partir de là ont été financés des programmes de planning familial de soins maternels et infantiles, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, etc. incluant un volet important de renforcement des capacités des professionnels de santé et l'accès aux médicaments et consommables.

IV.1.4.1.2. USAID en appui à la prévention des IST et le VIH/sida

La stratégie de lutte contre le sida de USAID en Afrique relève du seul objectif de prévenir la transmission sexuelle du VIH. Les actions prioritaires qui en découlent sont d'informer la population, de rendre le dépistage volontaire sérologique et le préservatif accessibles, de prévenir et traiter les infections sexuellement transmises. Cette stratégie s'aligne sur la politique de santé de l'Agence dans les pays en développement, très orientée vers la maîtrise de la fécondité et la santé maternelle et infantile. Ainsi la lutte contre le sida s'inscrit dans le cadre plus global des stratégies liées à la santé reproductive. Les positions de l'agence américaine ont été très claires dès la fin des années 80¹⁴² : 1. Il n'était pas question de financer des actions de prise en charge médicale des patients atteints de sida, même pour le traitement des infections opportunistes (à l'époque les ARV n'étaient pas disponibles) et 2. Les financements de la prévention de la propagation de l'épidémie devaient aller en priorité à des opérateurs privés et associatifs, dont les ONG de lutte contre le sida.

Les opérateurs américains sélectionnés par appel d'offres, tels que *Family Health International*, *Futures Group*, etc. qui interviennent de plus en plus dans les pays d'Afrique francophone et sont présents en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal et dans le cadre d'un projet régional Afrique de l'ouest (AWARE), reçoivent des instructions de ne présenter que des projets où les interventions suivantes sont dominantes : prévention de la transmission sexuelle au sein des groupes à risques, communication au changement de comportement, surveillance épidémiologique de l'infection à VIH, diagnostic et traitement précoces des infections sexuellement transmises, soins à domicile et soins palliatifs, suivi et évaluation des programmes. Les instructions sont claires de la part de USAID de ne pas financer directement la prise en charge médicale et thérapeutique des malades atteints de sida.

¹⁴¹ USAID. User's Guide to USAID/W Population, HIV/AIDS, Health and Nutrition Programs. 2004.

¹⁴² D. Kerouedan. *L'Afrique, la France et les Etats-Unis: contributions de la Coopération française et de USAID à la lutte contre le sida en Afrique sur la période 1987-1997*. Conférence L'Afrique la France et les Etats-Unis. Centre d'Etudes et d'Afrique Noire et African Studies Centre of Boston University. Bordeaux. 22-24 Mai 1997.

Ces positions se démarquent catégoriquement des positions de la France qui ont marqué leur intérêt dès la fin des années 80 pour financer des actions de dépistage sérologique, de diagnostic et de traitement des patients atteints d'infections opportunistes, des actions de formation continue des personnels de santé, au diagnostic et à la prise en charge ambulatoire et hospitalière des malades, des stratégies de décentralisation des programmes de prise en charge médicale et psychosociale, etc. autant d'interventions financées par la France notamment en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Cameroun au début.

Ces actions de terrain, menées depuis près de 10 ans au moment de la Conférence internationale sur le VIH/sida et les IST réunie à Abidjan en 1997, ont inspiré les positions politiques très fortes prises par le Président de la République française en faveur de l'accès des malades aux thérapeutiques anti-rétrovirales en Afrique (à l'origine des projets du Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI) puis du projet ESTHER initiés par B Kouchner).

Ces positions politiques de notre pays ont été rappelées à Bruxelles en 2002 lors de la création du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, où la DDCT de la DGCID a encore fermement défendu face aux pays nordiques, aux britanniques, à la Banque Mondiale et à l'OMS, et, dans une moindre mesure face aux américains, la possibilité pour les pays récipiendaires de ces fonds d'acheter des médicaments ARV.

Aujourd'hui, la stratégie américaine à la lutte contre le sida en Afrique autorise le financements des traitements ARV dans le cadre des contributions du Gouvernement américain au Fonds Mondial et au travers des fonds d'urgence du président Bush (PEPFAR ou President-Bush Emergency Plan for AIDS Relief), mais la Coopération bilatérale américaine (USAID) maintient sa stratégie axée de manière dominante sur la surveillance épidémiologique et comportementale, le dépistage volontaire, et la communication au changement de comportements.

IV.1.4.1.3. USAID développe un PPP avec le secteur privé industriel et commercial

USAID a développé de manière considérable depuis 2003 un partenariat public-privé avec le secteur privé industriel et commercial, tant aux Etats-Unis que sur le terrain avec les entreprises américaines ou nationale, en Afrique anglophone notamment.

Le fondement de la volonté de USAID d'impliquer le secteur privé, réside pour partie dans le constat suivant : au lendemain des indépendances, 70% des volumes financiers alloués au développement¹⁴³ allaient de gouvernements du Nord aux Etats et services publics des pays en développement, et 30% des fonds d'aide transitaient par le secteur privé. Cette figure aujourd'hui s'est inversée et devenue 20% de volumes financiers transitant par le secteur public et 80% par le secteur privé, avec notamment les très importants volumes financiers mobilisés par les multinationales qui se sont implantées dans ces pays en développement et les volumes financiers renvoyés aux familles par les travailleurs immigrés dans les pays occidentaux.

¹⁴³ Global Development Aid

L'objectif de USAID est de développer des partenariats entre USAID et les entreprises américaines afin de susciter sur le terrain des partenariats avec le secteur de la santé dans le domaine du sida, notamment dans plusieurs pays d'Afrique anglophone. L'approche est relativement récente et des moyens spécifiques sont alloués à cette démarche. Les chambres de commerce, les syndicats, les « Business Associations », les fédérations ou réseaux d'entreprises, etc. peuvent être mobilisés et impliqués, mais la priorité de USAID est de mobiliser les grosses entreprises américaines. Pour cela USAID va chercher à mobiliser des personnes politiques influentes du milieu industriel et commercial qui ont des pouvoirs de décisions en matière de politique et stratégies de développement.

Le partenaire le plus proche de USAID est le *Centre for International Health* de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Boston, dont le site Internet est communiqué en annexe, et dont les équipes de recherche travaillent beaucoup sur les aspects économiques en relation avec le secteur santé et le sida en lien avec les équipes de recherche en Afrique du Sud. Une des équipes a publié en février 2003 dans la « *Harvard Business Review* » un article intitulé « *AIDS is your business* » qui s'adresse aux chefs d'entreprises américaines et qui a reçu le prix McKinsey qui couronne chaque année les deux meilleurs articles de la Revue HBR.

V.1.4.2. Le CDC d'Atlanta ou Centers for Disease Control and Prevention

Le CDC est une Agence Fédérale américaine du *Department of Human Health Services (DHHS)*, de protection de la santé et de la sécurité des populations à vocation domestique et internationale. Elle emploie 8500 personnes à travers les Etats-Unis.

Depuis une quinzaine d'années le CDC a développé des projets de recherche sur les maladies infectieuses dans plusieurs régions du monde (Afrique, Caraïbes et Asie notamment).

En zone francophone, le projet le plus connu du CDC est le Projet Rétro-CI à Abidjan, installé en 1988 pour faire de la recherche épidémiologique sur les IST, le sida et la tuberculose, quelques années avant la création du site ANRS d'Abidjan.

Ce projet du CDC a longtemps été en concurrence des projets de recherche de l'ANRS, les deux agences menant sur le terrain des protocoles très similaires de recherche sur la transmission maternelle du VIH par exemple, au lieu d'associer les cohortes.

Un projet jumeau en quelque sorte du CDC a été installé plus récemment au Kenya.

Progressivement, avec la montée en charge des financements américains de lutte contre le sida, le CDC s'est vu confier par le gouvernement américain, contre toute attente et toute vocation, la mise en œuvre et la gestion sur le terrain, non seulement des projets de recherche, mais aussi de grands programmes de prévention et de prise en charge.

Le CDC est, avec USAID, des opérateurs privés et associatifs sélectionnés par appels d'offres, chargé de mettre en œuvre le projet PEPFAR des fonds d'urgence du président Bush alloués à la lutte contre le sida, d'un montant total de 15 milliards de dollars sur la période de 2004-2008.

IV.1.4.3. Le projet PEPFAR

Une note très informative du conseiller social à l'Ambassade de France à Washington résume les points suivants du développement du Programme PEPFAR¹⁴⁴.

En janvier 2003, le Président Bush annonçait, dans son discours sur l'Etat de l'Union, une initiative en faveur de la lutte contre le SIDA dans le monde, le « *President's Emergency Plan for AIDS Relief* » (PEPFAR), qu'il souhaitait doter d'un financement de 15 milliards de dollars sur 5 ans. PEPFAR est un programme de coopération bilatérale¹⁴⁵ entre les Etats-Unis et les pays en développement en matière de lutte contre les pandémies de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme. Il est centré sur 15 pays¹⁴⁶, (totalisant près de 50% des personnes infectées à ce jour par le VIH) dans lesquels seront affectées 60% (9 milliards de dollars) des ressources du programme. Au sein de ces pays, le programme intègre des activités de traitement, de prévention et de protection sociale de la population infectée, exposée (au) ou affectée par le VIH.

A l'échéance de 5 années de fonctionnement PEPFAR doit avoir permis de traiter de façon pérenne 2 millions de personnes infectées, de prévenir 7 millions de nouvelles infections, de prendre en charge 10 millions de personnes affectées par le VIH/SIDA (notamment les enfants orphelins).

Cette initiative a été traduite dans un cadre législatif « *The US Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003* », voté par le Congrès et signé par le Président en mai 2003. Le 3 octobre 2003, l'Ambassadeur Randall Tobias était confirmé par le Congrès au poste de US Global AIDS Coordinator¹⁴⁷ en charge de PEPFAR au sein du Department of State, sous l'autorité du Secrétaire d'Etat américain.

En février 2004, l'Ambassadeur Tobias présentait le plan stratégique à 5 ans de PEPFAR¹⁴⁸ et le Congrès accordait le premier financement du plan. Une première tranche de projets était approuvée en février 2004. La véritable mise en œuvre opérationnelle de PEPFAR a débuté en juin 2004.

Parmi les premiers bénéficiaires de contrats PEPFAR, on note l'American Red Cross (7 millions de dollars) pour des programmes de prévention/éducation chez les jeunes en Guyana, Haïti et Tanzanie ; le World Relief (9.7 millions de dollars) pour des programmes de prévention en Haïti, Kenya, Mozambique et Rwanda ; le Catholic Relief Services (7 millions

¹⁴⁴ Dr J. Drucker. Contribution américaine à la lutte contre le VIH/sida. The President's Emergency Plan for AIDS Relief. Etat d'avancement et perspectives. Washington, 5 janvier 2005.

¹⁴⁵ PEPFAR comporte néanmoins un volet multilatéral de soutien au Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

¹⁴⁶ Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guyana, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Vietnam, Zambie.

¹⁴⁷ Le Programme PEPFAR implique plusieurs Départements Ministériels et Agences : Department of State, Department of Health and Human Services, Department of Defense, USAID, CDC, HRSA... coordonnés par l'Office du US Global AIDS Coordinator

¹⁴⁸ Cf. www.state.gov/documents/organization/29831.pdf

de dollars) pour des programmes de soutien aux enfants orphelins du SIDA (Kenya, Tanzanie, Rwanda, Zambie, Haïti) ; Save the Children (5.9 millions de dollars) pour leurs opérations de prise en charge des enfants affectés par le SIDA en Ethiopie et au Mozambique.

Réalisations actuelles de PEPFAR

1. Activités de traitement

Au 31 juillet 2004, PEPFAR avait permis de mettre en œuvre un traitement par des antirétroviraux chez 24 900 personnes infectées par le VIH, dans 9 des 15 pays cibles.

La montée en puissance du programme devrait, selon M. Tobias, permettre d'atteindre l'objectif de 200 000 personnes traitées à l'échéance de la première année de fonctionnement opérationnel du programme (juin 2005).

Par ailleurs, PEPFAR envisage, à cette même échéance d'atteindre l'objectif de soutien médico-social (soins palliatifs, aide sociale) à 1,2 millions de personnes.

2. Renforcement des capacités des systèmes de santé à long terme

Un effort particulier est consenti par PEPFAR pour développer les infrastructures sanitaires et les compétences humaines susceptibles de pérenniser les programmes de traitement et de prévention de l'infection par le VIH/SIDA. Ces efforts portent notamment sur :

le système de distribution de médicaments, le système d'information sanitaire, les capacités diagnostiques et de dépistage des laboratoires, le développement de réseaux de soins hôpital-villages, l'intégration du programme de lutte contre le SIDA avec les autres programmes de santé, le management des programmes de Santé.

3. Activités de Formation et jumelages

Le programme PEPFAR semble avoir pris en compte de façon prioritaire la pénurie de professionnels de santé compétents dans les pays cibles.

A ce jour, PEPFAR contribue à 145 programmes de formation à l'utilisation et au suivi des anti-rétroviraux et 140 programmes centrés sur les soins palliatifs aux malades en fin de vie.

La plupart de ces programmes sont réalisés dans le cadre de « jumelage » entre des institutions locales et des institutions américaines (Hôpitaux, universités, ONG...)

L'Office of Global AIDS Coordinator travaille actuellement à l'installation d'un Centre International de Coordination des Opérations de Jumelage, projet pour lequel la participation du GIP Esther a été sollicitée.

Par ailleurs, M. Tobias a confié à l'« Institute of Medicine » (basé à Washington) une étude visant à optimiser et encadrer, le recours à l'expertise volontaire des professionnels de santé américains qui souhaitent s'engager à court ou moyen terme dans des projets soutenus par PEPFAR. Cette étude devrait être disponible courant 2005.

4. Politique d'approvisionnement en médicaments antirétroviraux

La doctrine « officielle » de PEPFAR en matière de médicaments antirétroviraux (ARV) est de fournir des médicaments de qualité, efficaces et sûrs au meilleur coût, quel qu'en soit l'origine. Aucune discrimination n'est affichée au niveau du discours du coordinateur vis-à-vis des génériques, notamment fabriqués hors des Etats-Unis.

La polémique récente concernant l'achat, dans le cadre des financements PEPFAR, des médicaments combinés à dose fixe fabriqués en Inde ou au Brésil, vient néanmoins nuancer cette position officielle.

PEPFAR exige en effet, au motif de garantir la qualité des produits que les génériques aient démontré leur bioéquivalence avec les molécules originales de marque au terme d'un processus d'évaluation accéléré par la Food and Drug Administration américaine.

Cette mesure semble avoir été dissuasive puisqu'à ce jour aucun fabricant de génériques (isolé ou en dose fixe combiné ou en blister) ne se sont soumis à cette exigence. En conséquence, tous les ARV utilisés sur financement PEPFAR sont des médicaments de marque ayant une autorisation de la FDA, en l'occurrence des médicaments fabriqués par les laboratoires américains.

5. Evaluation et Responsabilité

Un effort important a été réalisé au sein de PEPFAR pour développer des indicateurs opérationnels et d'efficacité du programme tant au niveau des pays qu'au niveau global. Les premiers rapports émanant des pays cibles sont attendus début 2005. Le premier rapport annuel global de PEPFAR devrait être disponible en juin 2005.

6. Coordination de PEPFAR avec la réponse internationale à la pandémie de VIH/SIDA

- Au décours d'une Conférence tenue à Washington, sous l'égide de l'ONUSIDA, le 25 avril 2004, PEPFAR a adhéré au principe des « Trois Uns » (3 ones). Pour chaque pays : un programme national SIDA, une structure nationale de coordination des activités, un système de suivi et d'évaluation des opérations.

Ainsi, sous l'autorité du chef de mission américain dans chacun des pays cibles, PEPFAR s'efforce de travailler en partenariat et en conformité avec les autorités de chaque pays et recherche des synergies avec tous les opérateurs du programme SIDA. Une collaboration étroite avec la France sur ce thème est vivement souhaitée par l'office de l'US AIDS Coordinator qui procède actuellement à une évaluation de l'application des « 3 ones » dans les pays cibles de PEPFAR.

IV.2. La Commission Européenne en appui au secteur de la santé des pays ACP

IV.2.1. Historique

Comme nous l'avons souligné en introduction, dans les années 90, les organisations internationales de Développement, jusque là impliquées dans les secteurs économiques et commerciaux, contribuent à l'élaboration et au financement de nouvelles stratégies internationales de développement du secteur sanitaire et social. Aux côtés de l'OMS et de l'UNICEF, qui continuent d'assurer, au siège, un rôle normatif, et sur le terrain un rôle de conseil et de renforcement des capacités nationales, la Commission des Communautés Européennes (à l'époque) et la Banque Mondiale surtout, s'imposent techniquement et

financièrement, tant à l'échelon international que dans les pays bénéficiaires, comme de nouveaux acteurs incontournables de l'élaboration de politiques sectorielles, où l'accès au médicament essentiel, la décentralisation, la déconcentration et la participation d'acteurs non publics de soins à la gestion des services de santé de base (les usagers et les collectivités) sont des axes stratégiques forts, en appui aux réformes des systèmes de santé autour d'une nouvelle architecture basée sur le concept de district, donnant toute sa place aux soins de santé de base et de référence de premier niveau.

La CEE dont les relations avec les pays Afrique Caraïbes Pacifique (ACP) restent, aux lendemains des indépendances, dominées pendant deux décennies par les accords économiques et commerciaux, inscrit progressivement à l'ordre du jour des Assemblées Paritaires le thème de la Santé, qui apparaît comme une préoccupation importante sous la convention de Lomé IV qui lui consacre pour la première fois un chapitre spécifique¹⁴⁹. L'épidémie de sida, les menaces économiques et sociales qu'elle présente, et ses conséquences sur le développement, incitent la Commission à s'impliquer davantage dans le secteur de la santé en Afrique¹⁵⁰. Dans sa communication au Conseil et au Parlement européen du 24 mars 1994, relative à la politique de Coopération de la Communauté et des Etats membres, la Commission a affirmé que l'amélioration de la situation sanitaire des populations est un des buts principaux et une des priorités essentielles des opérations d'aide au développement.

Ainsi, en s'inscrivant dans les politiques et les stratégies préconisées par la Banque Mondiale dans la même période, mais essentiellement parce que les Etats membres se reposent de plus en plus sur elle pour intervenir, la Commission européenne est devenue pendant la décennie 90 un acteur important du développement sanitaire des pays d'Afrique, Caraïbes et Pacifique (ACP), du fait :

- ❖ de l'appui massif qu'elle apporte à la promotion et à la mise en œuvre de (i) politiques pharmaceutiques (pour un meilleur accès au médicament essentiel), (ii) politiques de transfusion sanguine, de sécurité sanguine vis-à-vis de la transmission d'agents infectieux dont le VIH et les virus de l'hépatite B et C, (iii) des stratégies de lutte contre l'épidémie de sida et les IST, en particulier en Afrique et dans les Caraïbes anglophones (pays du CARICOM).
- ❖ des volumes financiers qu'elle mobilise tout au long de la décennie 90 et sur la période 2000-2003 en appui au secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre des programmes du 6^{ème}, 7^{ème} et du 8^{ème} FED, que ces financements prennent la forme de (i) projets bilatéraux ou d'aide budgétaire ciblée comme en Côte d'Ivoire ou au Sénégal, (ii) de projets régionaux, ou (iii) qu'ils viennent compléter la contribution de l'UE à un dialogue sectoriel national et une aide-programme multi-bailleurs comme au Mali, ou que (iv) ces financements prennent la forme plus récente d'une aide budgétaire globale à tranches fixes et variables comme au Niger par exemple, dont les décaissements successifs sont effectués (ou non) sur la base d'indicateurs de

¹⁴⁹ Assemblée Paritaire ACP-CEE. *Quatrième convention de Lomé du 15 décembre 1989*. Le Courrier ACP-CEE, 1990 ; 120 :41.

¹⁵⁰ Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé/sida. *Note d'orientation pour la préparation et la conduite sous Lomé IV des interventions dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne*. Document de travail, 1993 ;

performance du système des secteurs sociaux et des montants alloués par le Gouvernement à ces secteurs.

La coopération de la CE avec les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la santé a été évaluée par un opérateur externe¹⁵¹. Les auteurs soulignent bien les avantages comparatifs des projets financés par la CE : « *renforcement institutionnel, amélioration des systèmes de santé périphériques promotion du Médicament essentiel, mise en place des systèmes de sécurité transfusionnelle en sont des exemples* »¹⁵² et un dialogue sectoriel intéressant dans le pays où une assistance technique spécialisée appuie la Délégation.

Globalement cependant l'évaluation n'est pas très positive, soulignant alors la dispersion des stratégies, des instruments et des unités chargées de la mise en œuvre des stratégies et des instruments au sein de la Commission, et le manque de complémentarité sur le terrain avec les autres bailleurs.

IV.2.2. Création de EuropeAid ou AIDCO et stratégies 2000-2004

En 2001, les institutions de Bruxelles sont réorganisées de façon à séparer l'élaboration des politiques et stratégies, de la mise en œuvre des programmes. Ainsi la Direction Générale du Développement (DG/DEV) et la DG des Relations Extérieures (DG/RELEX) sont-elles chargées de la définition des stratégies et de la programmation, pendant que EuropeAid (AIDCO) est l'Agence de la CE chargée de l'identification, de l'instruction, du financement de la mise en œuvre, et du suivi-évaluation des programmes.

La Commission européenne souligne la difficulté de la coordination et de l'harmonisation des aides extérieures des Etats membres, d'avoir une approche européenne de l'aide publique au développement, malgré les engagements de la communauté internationale lors de la Conférence sur l'Harmonisation réunie à Paris en mars.

La Commission propose qu'il y ait des co-financements de la Commission et des Etats membres à l'échelle d'un pays récipiendaire par exemple, qui devraient être facilités dans le cadre international commun des objectifs du Millénaire pour le Développement. Ce sujet est en discussion au Conseil depuis deux ans et la Commission espère aboutir en 2005. Le Conseil qui se réunit sous présidence Luxembourgeoise en avril 2005 devrait aboutir aussi à fixer les perspectives financières pendant les 5 prochaines années.

Sur la période 2000-2005, les stratégies de la Commission européenne dans le domaine de la Santé s'alignent sur les orientations internationales de la Déclaration du Millénaire, et s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et des stratégies de réduction de la dette des pays pauvres (IPPTE). La Commission européenne a en effet financé cette stratégie à hauteur de 1.6 milliards d'euros dont 680M€ sur ses créances propres et 934M€ comme principal donateur du Trust Fund de l'IPPTE¹⁵³.

¹⁵¹ AEDES. Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la santé. Rapport de phase 3. Juillet 2002.

¹⁵² AEDES. Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la santé. Rapport de phase 3. Juillet 2002.

¹⁵³ Commission européenne. Rapport sur la contribution de la CE à la réalisation des OMD. 29 octobre 2004.

IV.2.2.1. Cadre général pour la mise en œuvre de la lutte contre les maladies liées à la pauvreté (y compris le VIH/SIDA) et l'amélioration de la santé reproductive et sexuelle.

L'action de la Commission et des États membres dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire en matière de santé est étroitement liée à la lutte contre les maladies liées à la pauvreté (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme) ainsi qu'à l'amélioration de la santé et des droits reproductifs et sexuels. Un des points forts de la stratégie européenne est de couvrir de manière concertée tous les domaines concernés, à savoir le commerce, le développement, la recherche, la santé et les relations extérieures¹⁵⁴. Si l'élément central de cette stratégie reste la réduction de la pauvreté, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme étant à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté, pour la première fois, la CE a inscrit ces actions dans le cadre:

(i) des droits de l'Homme car il est impératif d'éviter la marginalisation et la stigmatisation des personnes touchées;

(ii) de la sécurité humaine car ces maladies déciment les communautés locales et détériorent la cohésion sociale et causent une insécurité profonde au niveau des communautés; et

(iii) d'une réponse cohérente aux trois maladies élaborée dans toutes les actions extérieures, utilisant toutes les politiques auxquelles l'Union peut faire appel.

Tout en confirmant l'approche déjà adoptée, la nouvelle stratégie relève aussi plusieurs nouveaux domaines dans lesquels des mesures doivent être prises ou renforcées:

(i) le renforcement de la capacité sanitaire dans les plans nationaux de développement;

(ii) la modernisation de la capacité réglementaire des pays tiers, notamment la faculté d'approuver des essais cliniques et de délivrer des autorisations de mise sur le marché;

(iii) la promotion des investissements dans la production locale de produits pharmaceutiques dans les pays tiers, comme des moustiquaires traitées à l'insecticide ou des thérapies combinées contre le paludisme;

(iv) la réduction accrue des prix des médicaments en examinant de plus près les questions de la tarification différenciée, de la transparence des prix et de la concurrence;

(v) et la poursuite des efforts visant à soutenir la recherche et le développement de nouveaux outils et de nouvelles interventions telles que les vaccins et les microbicides.

En 2001, la Commission a adopté un Programme d'Action de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose dans les pays en développement. Ce programme a permis de concentrer les actions de l'UE dans ces domaines. **Plus de 1,1 milliard € a été**

¹⁵⁴ Note de AIDCO communiquée le 21 février 2005.

consacré à la lutte contre ces maladies entre 2003 et 2006, soit quatre fois plus que durant la période 1996 – 2002.

En même temps que la Commission a présenté sa contribution à la réalisation des OMD de la santé, elle a finalisé son Second Rapport sur la réalisation de son programme d'action sur les trois maladies (sida, tuberculose et paludisme) dans le contexte de la réduction de la pauvreté¹⁵⁵, qui est essentiellement un document synthétisant l'action politique, stratégique et les moyens financiers consolidés de plusieurs directions générales de la Commission : DG Commerce, DG Recherche, DG Développement, DG SANCO, etc. impliquées chacune sur un des volets de lutte contre les trois maladies et de l'accès au médicament.

L'action opérationnelle, les réalisations elles mêmes, n'apparaissent pas clairement dans ce Rapport, ce qui témoigne de la discordance politique/réalisations d'une part (d'une faible concertation entre la DEV et AIDCO ou d'une faible contribution de AIDCO au document), et de la discordance Bruxelles/terrain d'autre part, niveau où se situe l'action et où des résultats sont attendus. On s'attend à ce que le document, qui rend compte de plusieurs années de mise en œuvre du programme d'action de la Commission sur les trois maladies tueuses dans les pays ACP, soit enrichi d'exemples illustrant la mise de mise en œuvre très concrète sur le terrain dans quelques pays à haute prévalence pour les maladies ciblées : actions de prévention, de recherche, de prise en charge, de renforcement des systèmes de santé et de pérennisation des financements du secteur. Si les efforts politiques et stratégiques et de coordination entre les DG sont relatés, les résultats de tout ce travail sur le terrain sont moins tangibles et ne sont pas mesurés : en quoi ces financements ont-ils des effets sur l'amélioration des performances du secteur de la santé et de la santé des populations, conformément aux engagements renouvelés de la Commission européenne dans les instances de Cotonou ?

Le rapport d'évaluation cité (AEDES) reconnaît que « *dans le cadre général de la lutte contre la pauvreté, il est relativement peu fait mention d'orientations spécifiques concernant la pauvreté pour les programmes santé entre 1996 et 1999. [...] Un certain nombre de problèmes spécifiques du secteur peuvent ainsi être masqués, en particulier le financement à terme du secteur santé n'apparaît pas d'une manière très claire* ».

Le cadre politique n'est pas directement lié à des ressources financières. Afin d'établir ce lien et identifier les ressources à utiliser pour son mise en œuvre, la Commission prépare, pour avril 2005, un plan d'action avec des actions concrètes et ciblées dans les pays ainsi qu'au niveau global.

L'action de la CE dans le domaine de la santé s'exprime à travers les programmes nationaux et des actions spécifiques financées sur le budget de la CE. En ce qui concerne ces actions elles sont couvertes par des postes budgétaires cofinçant des actions avec les ONG ou des postes budgétaires « thématiques » liées à la santé. **En ce qui concerne le**

¹⁵⁵ Commission staff document. Second Progress Report on the EC Programme for Action : Accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of poverty reduction. October 26, 2004.

Commission Européenne. Deuxième Rapport d'évaluation du "Programme for Action : Accelerated Action on HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis in the context of poverty Reduction". 26 Octobre 2004.

cofinancement ONG, 232 projets actuellement en cours interviennent en tout ou partie dans le secteur de la santé pour un montant de l'ordre de 120 millions d'euros.

IV.2.2.2. Postes thématiques « SANTE ».

Les lignes thématiques sur le Budget de la Commission expriment les priorités du Parlement. Les financements représentent 1 milliard d'euros par an, soit 10% de l'aide extérieure totale de la Commission européenne d'un montant près de 10 milliards d'euros (incluant la pré-adhésion, le FED, les programmes régionaux MEDA, ALA, etc.).

Les postes budgétaires thématiques en rapport avec la santé, au nombre de 3, font l'objet d'une description ci-dessous.

Poste 21 02 07 02 — Lutte contre les maladies dues à la pauvreté (VIH/sida, paludisme et tuberculose) dans les pays en développement

Crédits 2005		Crédits 2004		Crédits 2003	
Engagements	Paiements	Engagements	Paiements	Engagements	Paiements
102 412 000	71 200 000	82 500 000	68 000 000	80 350 000,—	56 177 299,56

Commentaires

Ce crédit est destiné à couvrir une contribution communautaire à la mise en œuvre du programme d'action de la Communauté européenne axé sur les trois principales maladies transmissibles, à savoir le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, dans les pays en développement.

Dans le cadre de ce programme, la Communauté accorde une aide financière et fournit un savoir-faire pour promouvoir des investissements dans la santé, la réduction de la pauvreté et une croissance économique équitable dans les pays en développement.

Ces financements et cette expertise doivent bénéficier en priorité aux pays les plus pauvres et les moins avancés ainsi qu'aux groupes de population les plus défavorisés des pays en développement, notamment les femmes et les filles, et aux actions qui complètent et renforcent tant les politiques que les capacités de ces pays et l'aide fournie par d'autres instruments de la coopération au développement. Les activités menées doivent contribuer à la mise au point de solutions novatrices qui amélioreront l'efficacité des pratiques actuelles en matière de lutte contre les maladies liées à la pauvreté.

Toutes les activités menées ont pour objectif:

- de maximiser l'impact des interventions, des services, des produits de base et des informations déjà disponibles dans le cadre de la lutte contre les principales maladies transmissibles frappant les populations les plus pauvres,
- de rendre les médicaments essentiels d'un coût plus abordable,

- d'intensifier la recherche et le développement, notamment en ce qui concerne les vaccins, les microbicides, les traitements innovateurs et la collaboration avec le Partenariat des Pays Européens et en Développement sur les Essais Cliniques,
- d'accroître les actions de prévention des maladies, y compris l'acceptation librement consentie de conseils et de tests confidentiels ainsi que les campagnes d'information ciblées et les conseils aux groupes à haut risque,
- d'encourager les campagnes de sensibilisation, l'éducation, l'information et la communication afin de réduire les comportements à risque,
- d'intégrer la sensibilité homme/femme dans la programmation des actions relatives au VIH/sida et dans le développement de méthodes de prévention lancées et contrôlées par des femmes, ainsi que d'associer des hommes aux programmes axés sur l'impact des mesures sur les femmes et les filles,
- de promouvoir la formation aux responsabilités.

L'aide financière de la Communauté est octroyée à des projets et programmes spécifiquement destinés à poursuivre les objectifs susmentionnés, y compris le soutien aux initiatives mondiales concernant les principales maladies transmissibles dans le cadre de la réduction de la pauvreté, notamment le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, qui a débuté ses activités le 29 janvier 2002.

Bases légales

Règlement (CE) n° 1568/2003 du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 relatif à l'aide en faveur de la lutte contre les maladies dues à la pauvreté (VIH/sida, tuberculose et paludisme) dans les pays en développement (JO L 224 du 6.9.2003 p. 7).

Poste 21 02 07 03 — Aide aux populations et soins de santé en matière de procréation

Crédits 2005		Crédits 2004		Crédits 2003	
Engagements	Paiements	Engagements	Paiements	Engagements	Paiements
18 846 000	24 500 000	17 800 000	12 000 000	13 950 000	14 000 000

Commentaires

Ce crédit est destiné à couvrir une contribution communautaire aux actions visant à améliorer la santé génésique et sexuelle dans les pays en développement et à garantir le respect des droits qui y sont associés.

Une assistance financière sera fournie en vue de promouvoir la reconnaissance des droits en matière de reproduction et de sexualité, la protection de la maternité et l'accès universel à un éventail complet de services de santé génésique et sexuelle sûrs et fiables.

Ces financements et cette expertise bénéficieront en priorité aux pays les plus pauvres et les moins avancés ainsi qu'aux groupes de population les plus défavorisés des pays en développement et aux actions qui complètent et renforcent tant les politiques que les capacités des pays en développement et l'aide fournie par d'autres instruments de la coopération au développement.

Les activités menées ont pour objectifs:

- de garantir le droit des femmes, des hommes et des adolescents à une bonne santé génésique et sexuelle,
- de permettre aux femmes, aux hommes et aux adolescents d'avoir accès à un éventail complet de soins, de services et de produits sûrs et fiables en matière de santé génésique et sexuelle,
- de réduire le taux de mortalité maternelle, en particulier dans les pays et les groupes de population où il est le plus élevé,
- de lutter contre les mutilations génitales féminines.

L'aide financière est octroyée à des projets ou programmes spécifiquement destinés à atteindre les objectifs susmentionnés.

Bases légales

Règlement (CE) n° 1484/97 du Conseil du 22 juillet 1997 relatif à l'aide aux politiques et aux programmes démographiques dans les pays en développement (JO L 202 du 30.7.1997, p. 1).

Règlement (CE) n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement (JO L 224 du 6.9.2003, p. 1).

Poste 21 02 07 04 — Lutte contre les maladies dues à la pauvreté, autres que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, dans les pays en développement

Crédits 2005		Crédits 2004		Crédits 2003	
Engagements	Paiements	Engagements	Paiements	Engagements	Paiements
10 000 000	8 000 000	3 000 000	2 000 000	1 000 000,—	0,—

Commentaires

Ce crédit est destiné à financer des projets pilotes visant à combattre des maladies dues à la pauvreté autres que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, en complétant et en renforçant les efforts d'autres organisations et d'autres États.

Il est aussi destiné à contribuer au financement de programmes de vaccination contre des maladies telles que la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'*haemophilus influenzae B*, la fièvre jaune, la méningite et les maladies induites par les pneumocoques dans les pays en développement.

Ce crédit est également destiné à financer des projets pilotes visant à lutter contre les handicaps évitables, à contribuer à garantir la santé et la prise en charge sociale — en ce compris l'accès aux dispositifs médicaux et aux services de réhabilitation — des personnes handicapées et à promouvoir les programmes d'éducation et de formation qui combattent les discriminations.

IV.2.2.3. Aide macro-économique et santé

A l'échelle des pays, des « Country Strategy Paper » sont élaborés, cadre conventionnel de la programmation signé entre l'Etat partenaire et la Commission européenne (Programme indicatif national). Les mêmes instruments existent à l'échelle régionale (Programme indicatif régional).

Les principaux instruments de financement de la mise en œuvre des objectifs du millénaire pour le développement, sont le Fonds Européen de Développement et les lignes thématiques sur le budget de la Commission.

Si le 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} FED accordaient une place non négligeable à l'aide projet en santé, la programmation du 9^{ème} FED témoigne **du choix de politique de la Commission européenne de financer désormais ce secteur de manière prépondérante au travers de stratégies macro-économiques de développement et des instruments d'aide budgétaire**¹⁵⁶, comme le confirme la contribution de la Commission Européenne en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement¹⁵⁷: (i) aides sectorielles mises en œuvre avec une assistance technique placée au ministère de la santé et des principaux points d'appui du circuit de la dépense publique lorsque « *la gestion des dépenses publiques est suffisamment transparente, fiable et efficace* », et surtout (ii) de l'aide budgétaire globale versée par tranches fixes et tranches variables, selon les résultats sectoriels mesurés sur la base d'indicateurs définis avec les pays et en concertation avec les partenaires internationaux dans le cadre des stratégies d'harmonisation de l'aide internationale. Selon la DG/DEV, ces nouvelles orientations sont motivées par la volonté de responsabiliser davantage les pays et de voir les politiques des autorités se refléter dans le budget. **Ainsi, 1.5 milliards d'euros ont été décaissés en appui à 30 pays sur la période 2000-2005.**

Après avoir posé dans les années 90 des conditionnalités aux décaissements de l'aide budgétaire globale, qui se sont révélées peu pertinentes, la Commission a plus récemment privilégié la responsabilisation des pays par la mise en place d'une aide budgétaire à tranches fixes et tranches variables versées sur la base de résultats de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Parmi les indicateurs qui vont inciter au décaissement des tranches variables, figurent (i) l'augmentation des budgets des Etats en faveur de la santé et de l'éducation, et (ii) la performance des services de santé, mesurée par la fréquentation des services de santé, la couverture vaccinale et les accouchements médicalement assistés. Ceci nécessite que les systèmes d'information sanitaire et de collecte des données soient améliorés ce qui n'est pas toujours le cas même si la Commission elle-même contribue parfois au renforcement des capacités nationales dans ce domaine.

Si les premiers résultats de ces nouvelles modalités d'exécution de l'aide budgétaire semblent satisfaisants quant aux processus (amélioration des mécanismes de management financier des Etats, responsabilisation et appropriation des Etats, structuration de certains services, réduction de la pauvreté, augmentation des budgets des secteurs sociaux¹⁵⁸), il n'est

¹⁵⁶ Commission Européenne. DG/DEV. *Evolution des aides budgétaires en appui aux réformes économiques*. 8 novembre 2001.

¹⁵⁷ Commission Européenne. Rapport de la CE sur les OMD. 2000-2004. 29 Octobre 2004.

¹⁵⁸ Commission européenne. Note to the members of the EDF Committee 381st meeting of 30 march 2004. *Budget support for poverty reduction in ACP countries*. March 2004.

pas encore possible de dire si l'aide budgétaire non ciblée a finalement des répercussions sur le secteur et sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Si ces instruments permettent des décaissements volumineux et accélérés, l'observation et analyse de l'impact sur les secteurs de cette aide publique nécessitent très certainement un recul de plusieurs années.

Ces appuis ont des effets sur les secteurs sociaux difficiles à mesurer comme en témoignent (i) le rapport d'évaluation de l'AEDES sur les actions santé de la Commission, qui fait remarquer « *les appuis budgétaires ont en général atteint les objectifs de maintenir ou d'augmenter les budgets des ministères de la santé, mais l'atteinte de ces objectifs ne s'est pas nécessairement traduite par une amélioration de l'accès aux soins* », (ii) les réflexions internationales en cours tant à la Commission européenne qu'à la Banque Mondiale¹⁵⁹, qui démontrent bien le tâtonnement des agences sur ces questions et le manque de recul. Il semble qu'une augmentation de la dépense publique a bien des effets sur le secteur de la santé selon les résultats préliminaires d'une étude en cours à la Banque¹⁶⁰. **Il sera très important que l'AFD s'inspire des travaux et de ces études.**

Pour l'année 2003, les montants alloués par le FED au développement sanitaire des pays tous instruments confondus, sont de 275.5 M€ sur 303.4 M€ programmés. Pour l'année 2004, la contribution de la Commission européenne à la Santé s'élève à 331. 24, soit 4.59% de l'aide extérieure, et à 188.08 pour le secteur de Population et santé reproductive.

La programmation initiale du 9^{ème} FED n'a pas été à la hauteur des engagements politiques pour les secteurs sociaux. **Les fonds alloués au secteur de la santé dans le cadre de la programmation du 9^{ème} FED, représentent 4.1 % des financements du FED, comparés aux 24.6% de l'appui budgétaire macro-économique et 29% attribués au secteur des transports.**

La Commission est en 2005 en pleine restructuration : nouvel organigramme de AIDCO, nouvelle politique de développement, nouveaux instruments financiers définis pour la mise en œuvre des programmes sur la période 2007-2013¹⁶¹, un cadre politique pour les trois maladies présenté au Conseil le 23 octobre 2004¹⁶², et un programme révisé de lutte contre les trois maladies¹⁶³ présenté aux Etats membres le 1^{er} février 2005 et à la société civile et aux partenaires extérieurs le 21 janvier, en vue de la préparation d'une résolution du Conseil en avril 2005.

¹⁵⁹ SPA Secretariat. SPA-2003. Sector Program tracking report. June 2004.

¹⁶⁰ World Bank. Global tracking of resources. *How does public spending on Health matter?* Etude citée par J. Baudouy à la réunion de préparation du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé. Paris, 26 janvier 2005.

¹⁶¹ Commission européenne. DG/DEV. Financial Perspectives 2007-2012. Présentation ppt aux partenaires extérieurs. 21 Janvier 2005.

¹⁶² Council conclusions on a coherent European policy framework for external action to confront HIV/AIDS, malaria and tuberculosis. November 23, 2004.

¹⁶³ Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen. Elaboration d'un cadre politique européen cohérent pour les actions extérieures visant à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. 26 octobre 2004.

IV.2.2.4. Résultats contrastés de l'aide projet FED en appui à la santé

Selon les services de la Commission Européenne, les résultats de l'aide projet en appui au secteur de la santé sur les cinq dernières années sont contrastés :

Si certains services de AIDCO, le bras opérationnel d'administration de l'aide publique gérée par la Commission Européenne, plaident pour reconnaître l'efficacité de certains projets financés en appui au secteur de la santé des pays ACP pour des montants inférieurs à 5 millions d'euros, notamment les petits projets qui viennent en appui institutionnel des services clés de l'Administration nationale comme au Niger, les équipes de la Direction Générale du Développement et de AIDCO de la Commission européenne font ensemble plus globalement un constat d'échec de l'exécution technique et financière de projets santé aux enveloppes très élevées confiés à des opérateurs privés sélectionnés par appels d'offres (entre 10 et 20 millions d'euros comme à Madagascar, au Tchad ou plus récemment au Bénin par exemple). Le constat vaut pour les pays francophones comme pour les pays anglophones d'Afrique, à l'exception de l'Ouganda où le projet de la Commission européenne en appui au secteur de la santé, de 12 millions d'euros semble au contraire être un succès.

Ces faibles résultats en termes de performance et d'efficacité de l'aide européenne en appui au secteur de la santé via l'aide projet s'expliquent en partie par : (i) la complexité des procédures de gestion des projets du FED et la centralisation de nombreuses décisions par les services de Bruxelles jusqu'à une période très récente¹⁶⁴, (ii) la faible capacité de mise en œuvre de certains bureaux d'études sélectionnés pourtant par appels d'offres, mais qui se révèlent faibles à exécuter des projets d'une telle ampleur.

Soulignons que la procédure de réponse à l'AO interdit, de fait, un processus garantissant l'identification d'experts de qualité: en effet le recrutement de l'expertise technique par appels d'offres pour lesquels les délais de réponse sont toujours très courts, ne permet pas souvent l'interview préalable des candidats destinés au terrain, même pour le poste de chef de projet. L'équipe est donc recrutée uniquement sur la présentation par les candidats de leur CV, avec pour conséquences des résultats très peu satisfaisants et un turn-over d'assistance technique très important sur la période 2000-2004 menaçant l'efficacité de la plupart des projets et retardant considérablement leur mise en œuvre.

Ces éléments d'informations doivent attirer l'attention de l'AFD qui souhaite contractualiser avec les Etats une aide projet aux enveloppes élevées, et semble moins s'intéresser aux petits projets trop « aux frais de gestion trop élevés » mais qui donnent de meilleurs résultats semble-t-il.

IV.2.3. Visibilité de l'aide bilatérale de la Commission Européenne

La visibilité bilatérale de la Commission Européenne en appui au secteur de la santé des pays en développement, remarquée dans les années 90 sur les thématiques du Médicament et de la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de l'infection à VIH par exemple, dans de

¹⁶⁴ La déconcentration des interventions se met en oeuvre progressivement dans toutes les Délégations

nombreux pays, se réduit comme peau de chagrin dans la décennie du millénaire, du fait de plusieurs facteurs dont :

- (i) le manque d'intérêt certain en direction de ce secteur de la part d'un nombre important de Délégations sur le terrain et de la politique de concentration sectorielle imposée par Bruxelles y compris dans les petits pays
- (ii) la suspension des aides projet santé dans la plupart des pays dans le cadre du 9^{ème} FED où la santé est rarement un secteur focal ; en outre certaines Délégations estiment que la contribution de la Commission au Fonds Mondial est telle qu'il n'est pas nécessaire que la programmation des Délégations ajoute encore des financements dans ce domaine, faisant craindre le retrait de projets santé en raison de financements trop importants sur le seul sida!
- (iii) le choix de privilégier l'instrument de l'aide budgétaire non ciblée comme instrument de financement de l'aide européenne dans les années 2000, rendant la contribution européenne moins visible si ses représentants ne siègent pas dans les plateformes sectorielles nationales de concertation.

IV.2.4. Participation de la Commission européenne aux programmes multilatéraux et initiatives mondiales

La Commission européenne a une politique forte d'appui aux organisations multilatérales onusiennes notamment (OMS, FNUAP) et aux initiatives mondiales (Fonds Mondial STP et dans une moindre mesure GAVI). Elle s'est engagée au même titre que les Etats membres à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement, et, présente sur la cible 17 de l'Objectif 8 relatif au Médicament, en partenariat avec DFID, OMS, la France, MSF France et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Selon des prévisions préliminaires établies par le Fonds mondial sur la base des demandes issues des pays concernés, il faut augmenter les ressources financières à travers le Fonds d'un milliard de dollars par an à 3 milliards de dollars par an en 2008. Dans ce contexte, la Commission et les États membres examineront ensemble les besoins afin de se préparer à la Conférence de haut niveau de reconstitution du Fonds mondial en 2005 et d'assurer des financements accrus, adéquats et prévisibles.

En tant que deuxième bailleur individuel, la CE a contribué à hauteur de plus de 18% du budget total du Fonds mondial en 2004 et fournit le financement prévisible à plus long terme. La CE s'est engagée à fournir un montant de €460 millions entre 2001 et 2006 (la moitié en provenance du FED, l'autre moitié provenant du budget de la CE).

L'Union Européenne (la CE et les Etats membres de l'UE) est le principal bailleur, finançant plus de la moitié du budget total du Fonds mondial (€2.4 milliards sur un total de €4.6 milliards).

Sur la période 2001-2003, bien que la Commission européenne soit le deuxième contributeur du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sur la

période 2002-2003, la visibilité de la Délégation Européenne dans les pays, même à forte prévalence d'infection à VIH/sida, est quasi-inexistante du fait de l'absence de représentant de la Délégation dans la plupart des plateformes de concertation des partenaires, dont : (i) le Groupe Thématique des Nations Unies pour le VIH/sida désormais le plus souvent élargi à la communauté internationale, et (ii) surtout, et ce n'est pas le moindre des paradoxes, dans le CCM¹⁶⁵, plateforme de coordination du Projet du Fonds Mondial à l'échelle du pays. Même si l'UE est membre du CCM, elle n'est pas représentée et son siège y est souvent absent, malgré une circulaire très détaillée du siège envoyée aux Délégations les incitant à une participation plus active¹⁶⁶ dans ce domaine.

L'absence de la Délégation est d'autant plus remarquée, à la fois par les pays et les agences internationales bilatérales et multilatérales, que :

- (i) elle est en contradiction totale avec sa représentation au Conseil d'Administration du Fonds Mondial et avec ses engagements politiques et financiers très importants déclarés à l'échelle internationale,
- (ii) dans certains pays d'Afrique de l'ouest et d'Afrique centrale, la Commission européenne avait dans la décennie 90 appuyé de manière très spécifique la prévention de la transmission du VIH, en apportant un soutien à la définition des politiques transfusionnelles et de sécurité sanguine, à la prévention de la propagation du VIH chez les jeunes, et à la prise en charge des infections opportunistes (à l'époque les trithérapies n'étaient pas disponibles) en soutenant les politiques pharmaceutiques des pays. Même si la Commission européenne est aujourd'hui très présente dans les instances internationales qui défendent un meilleur accès au Médicament, ses positions internationales ne sont pas relayées par les Délégations dans les pays.

De manière générale sur le secteur de la santé, les pays récipiendaires des fonds, et les représentants de la communauté internationale, que ce soit en Afrique ou dans les Caraïbes, regrettent que la Commission apparaisse aujourd'hui « absente » du secteur de la santé. Compte tenu de ces évolutions, l'intervention de la France sur le secteur de la santé, grâce à ses instruments bilatéraux et ses ressources humaines présentes sur le terrain, a une visibilité plus grande, bien que les montants de son aide bilatérale sont très inférieurs à ceux de la Commission européenne à l'échelle des pays.

Par contre, les remarques qui viennent d'être faites concernant l'intérêt des ambassadeurs pour entreprendre des actions dans le secteur de la santé, et la faiblesse de la représentation de la France dans les instances du CCM des projets du Fonds Mondial, valent pour la France comme pour la Commission européenne¹⁶⁷, même si des dispositions ont été

¹⁶⁵ Country Coordinating Mechanism ou CCM. Instance de coordination du projet du Fonds Mondial dans le pays, réunissant les acteurs publics et privés du pays et des partenaires en appui à la planification, au suivi et à l'évaluation des projets du Fonds Mondial dans les pays récipiendaires des fonds.

¹⁶⁶ EC DEV/RELEX/AIDCO and Delegations staff briefing note. EC Delegations and the CCM of the GFATM. Brussels, 14 May 2004.

¹⁶⁷ CREDES. Evaluation des CCM du Projet du Fonds Mondial au Sénégal, au Bénin, au Cameroun et au Viêt-nam. Dr D. Kerouedan. Note de Synthèse au MAE. Mars 2004.

prises récemment pour susciter une meilleure compétence et implication des services déconcentrés du MAE et des AT¹⁶⁸.

IV.2.5. Contributions de la France au Fonds Européen de Développement

D'une certaine façon, la France exerce son influence sur les institutions et politiques communautaires : elle a poussé la Commission à se réformer à la fin des années 90 vers la concentration sectorielle, la déconcentration de ses interventions vers les Délégations, la simplification des procédures, l'élaboration de documents stratégiques pluriannuels en partenariat avec les Etats ACP selon les dispositions de l'accord de Cotonou qui invitent les « ordonnateurs nationaux » à administrer les projets du FED. Cette réforme a porté ses fruits, en ce sens que le volume de décaissements a augmenté de 2 milliards en 2000 à près de 3 milliards attendus en 2005. Les Etats membres contribuent à définir en janvier 2005 la nouvelle politique de Développement de la Commission. **La contribution financière de la France au FED est 567 millions d'euros pour l'année 2004, soit 24, 3% du montant total du 9^{ème} FED.**

Par ailleurs, la France est relativement influente dans la définition des stratégies sectorielles globales. Dans le domaine de la santé, elle a incité la Commission à contribuer de manière plus significative au Fonds Mondial.

La DDCT/DGCID, soucieuse de faire émerger une politique européenne du développement, et intéressée par le positionnement politique et stratégique de la DG/DEV de la Commission et par ses multiples travaux en relation avec les organisations multilatérales, entretient des collaborations avec l'Unité Santé de la DG/DEV. La DG/DEV réunit les experts du secteur santé des Etats membres deux fois par an. Ils travaillent ensemble sur la Santé de la Reproduction, la construction des actions du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont le premier groupe de travail est réuni à Bruxelles fin 2001, et l'élaboration de la politique et stratégie de la Commission européenne dans le domaine de la lutte contre le sida, finalisée en février 2001 approuvée par le Conseil Européen sous présidence française en novembre 2001¹⁶⁹, qui vient d'être actualisée.

Mais en dehors de ces réunions d'experts des Etats membres et des réunions du Conseil d'Administration du Fonds Mondial, où siègent la France et la CE, les partenaires européens et français sur la santé se rencontrent peu en bilatéral pour discuter de stratégie globale. La présentation récente de la stratégie sectorielle santé à l'Unité Santé Développement Humain de la DG/DEV de la Commission par la DDCT a été l'occasion d'un long échange à Bruxelles entre les deux équipes, apprécié par l'équipe DV/DEV et reconnu comme démarche exceptionnelle d'un Etat membre.

Nous pourrions suggérer que ces réunions d'experts des Etats membres, auxquelles l'AFD pourrait s'associer, soient une opportunité pour les coopérations bilatérales

¹⁶⁸ DDCT. DGCID. Séminaire sur le Développement Humain. Août 2004.

¹⁶⁹ European Commission. *Programme for Action: Acceleration Action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of Poverty Reduction*. 21 février 2001.

d'harmoniser les instruments et de s'entendre sur des mécanismes communs de suivi et d'évaluation des interventions à l'échelle des pays.

Cependant, sur le terrain, la coordination ou l'articulation entre l'action bilatérale de la France l'action de la Commission (que la France finance, s'agissant du FED à hauteur de 24, 3%) est limitée : notre pays ne semble pas être été informé *in fine* des résultats des projets financés sur les fonds européens en appui au secteur de la santé, une fois ceux-ci arrivés à leur terme. La participation de la France à la réflexion politique et stratégique de la Commission européenne dans le champ de la santé, censée découler de l'analyse de ces résultats, s'en trouve limitée, sans parler de son caractère illisible en termes de valorisation politique pour la France. En résumé, le constat de JP Fuchs en 1994 pourrait être renouvelé : « *L'aide européenne est souvent critiquée notamment pas nos représentants sur le terrain. Ceux-ci jugent l'octroi de l'aide européenne trop bureaucratique et complexe et lui reprochent son manque d'évaluation et de contrôle. L'aide européenne paraît, de plus, souffrir d'un manque d'objectif politique clair. Enfin, la coordination entre notre coopération et celle de l'Union européenne apparaît insuffisante.*¹⁷⁰ »

Les ambassades sont encouragées à travailler plus étroitement avec les délégations dès la phase de programmation, puis lors de l'identification des projets, pour assurer une plus grande coordination et complémentarité entre l'aide bilatérale et l'aide communautaire.

D'autres initiatives sont prises pour renforcer cette coordination, notamment par la mise à disposition des services de la Commission à Bruxelles et sur le terrain auprès des Délégations de 15 experts nationaux détachés, qui peuvent exprimer par leurs idées une réelle influence française.

¹⁷⁰ JP Fuchs. Pour une politique de développement efficace, maîtrisée et transparente. Rapport au premier ministre. La Documentation Française. Paris. 1995.

V. CINQUIEME PARTIE

La Participation de la France aux programmes multilatéraux et aux initiatives mondiales

La France assure également un niveau substantiel de participation au financement des institutions financières internationales. Cet investissement traduit une volonté politique forte de participer activement à la mobilisation de la communauté financière internationale en faveur des pays en développement et de l'Afrique en particulier. Ainsi, la Banque Mondiale, les banques régionales de développement bénéficient de financements versés par le MINEFI. Après avoir analysé la contribution de ces institutions au développement sanitaire des pays en développement, nous nous intéresserons à la participation de la France aux programmes multilatéraux dans le champ de la santé (onusiens et initiatives mondiales).

V.1. La Banque Mondiale en appui au secteur de la santé

La Banque Mondiale intervient dans le domaine de la santé depuis les années 1970 et est aujourd'hui le premier opérateur dans les pays en développement et en transition avec, pour son année budgétaire 2004, 1,68 Md USD de prêts dans ce domaine (dont 578 M USD via l'Agence Internationale de Développement qui finance les prêts les plus concessionnels, en Afrique notamment). Progressivement interpellée sur les conséquences sociales des politiques d'ajustement structurel auxquelles sont subordonnés ses prêts et dons aux gouvernements africains, l'institution a consacré, en 1993, son rapport annuel sur le thème « *Investir dans la santé* »¹⁷¹, suivi, un an plus tard, de la publication d'un document stratégique précisant certaines orientations pour améliorer l'état de santé des populations en Afrique¹⁷². Elle intervient de plus en plus massivement dans le financement de programmes et des politiques de santé mises en œuvre par les pays dans le cadre de leurs stratégies de réduction de la pauvreté et des cadres de dépenses à moyen terme. La Banque Mondiale est ainsi devenue, en deux décennies, et de très loin, un acteur déterminant de la politique sanitaire de nombre de pays, notamment situés dans les pays de notre Zone de Solidarité Prioritaire et plus particulièrement en Afrique francophone¹⁷³.

V.1.1. Projets Santé et Sida de la Banque Mondiale

La Banque oriente son action dans différents domaines : amélioration de la performance des systèmes de santé ; financement de la santé ; santé publique ; lutte contre les maladies transmissibles ; santé de la reproduction ; nutrition. En outre, très impliquée sur la réalisation des OMD dans le champ de la santé, la Banque a créé avec l'OMS un forum à haut niveau dont l'objectif est de faciliter l'émergence d'un consensus entre les donateurs et les bénéficiaires afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du millénaire¹⁷⁴. Ce forum examine plus particulièrement les questions liées aux ressources financières et

¹⁷¹ Banque Mondiale. *Rapport sur le développement dans le Monde. Investir dans la Santé*. Banque Mondiale, Washington. 1993. 339p.

¹⁷² Banque Mondiale. *Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience*. Banque Mondiale, Washington, 1994. 283p.

¹⁷³ Brunet-Jailly J. *La Banque Mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ?* Revue Internationale des Sciences Sociales 1999, 161 :355-370.

¹⁷⁴ The World Bank. *The Millenium Goals for Health. Rising to the Challenges*. December 2003.

budgétaires, à l'efficacité de l'aide, aux partenariats mondiaux, et à la crise des ressources humaines. La Banque Mondiale anime avec l'OMS le secrétariat du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé, Après les deux premières réunions de ce forum, qui se sont tenues à Genève puis à Abuja en 2004, la prochaine réunion se tiendra à Paris, en novembre 2005.

Dans les pays, la Banque Mondiale finance des programmes sectoriels sous la forme de prêts tels qu'en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal par exemple pour des montants de 30 à 50 millions de dollars par pays sur des périodes de 5 ans. Dans les pays où la Banque Mondiale finance des programmes santé ou sida, la France siège dans les plateformes nationales de coordination des bailleurs de fonds.

On observe des taux très variables de décaissements de ces fonds alloués aux secteur de la santé: (i) 4.5% d'exécution financière du projet santé financé de la Banque Mondiale sur trois ans au Mali observé en avril 2001. (ii) 17% de taux d'exécution financière du projet de la Banque Mondiale en appui au secteur de la santé en Erythrée observé en mai 2003 sur deux ans de mise en œuvre. Les projets ont de meilleurs résultats au Sénégal, sur la période 1998-2004 avec 70% de taux d'exécution pour le projet santé, mais 17% d'exécution budgétaire du projet sida à 1 an. Globalement, les taux de décaissements restent bas dans la plupart des pays. Des évaluations ont été réalisées afin de comprendre pourquoi certains programmes en direction des plus pauvres atteignent leur cible alors que d'autres sont des échecs. Les rapports du Département de l'Evaluation et des Opérations (OED) de la Banque Mondiale peuvent être consultés sur le site www.worldbank.org.

Dans le domaine la lutte contre le sida, la Banque Mondiale a mené au début des années 90 des études d'impact économique de l'épidémie de sida dans de nombreux pays d'Afrique de l'est et australe et en Afrique de l'Ouest¹⁷⁵. Elle a apporté, dans le cadre des projets MAP (« *Multisectoral HIV AIDS Program* ») et à travers l'appui à la prévention et à la prise en charge du sida dans la plupart des pays africains, un soutien financier considérable à tous les secteurs et partenaires publics, privés et communautaires, sous la forme de prêts, puis, exclusivement de dons (projets intitulés MAP 2) pour des montants de l'ordre de 50 millions de dollars par pays sur une période de 5 ans¹⁷⁶.

Une étude d'évaluation interne, réalisée par une équipe de la Banque Mondiale dans six pays anglophones bénéficiaires des financements du MAP, présente des taux d'exécution contrastés de ces projets¹⁷⁷. Notons que le Département d'Opérations et d'Evaluation, structure indépendante d'évaluation de la BM, conduit actuellement une étude d'évaluation externe de toutes les interventions de la BM relatives au sida au Brésil, en Ethiopie, en Afrique du Sud et en Inde, et observe notamment la façon dont les fonds sont alloués par les gouvernements aux ONG et le rôle joué par le Comité national de lutte contre le sida à l'échelle des pays.

Il convient également de noter que la Banque s'est engagée dans la mise en œuvre de programmes sous-régionaux de lutte contre le sida, notamment en Afrique de l'ouest¹⁷⁸, utilisant la « fenêtre don » réservée aux projets régionaux de lutte contre le sida, dans le cadre de l'AID13. Au titre des évolutions significatives, il faut également noter que la Banque

¹⁷⁵ Mead Over et al. Rapports de ces études disponibles au centre de documentation de la Banque Mondiale à Washington.

¹⁷⁶ A ce jour, la Banque mondiale a approuvé une trentaine de MAP pour un montant supérieur à 1 Md USD.

¹⁷⁷ World Bank. Interim Review of the Multi-country HIV/AIDS Program for Africa. March 2004.

¹⁷⁸ Cf MAP dans le couloir de transport Lagos-Abidjan qui couvre 5 pays, approuvé par le conseil d'administration de la Banque mondiale le 13 novembre 2003

mondiale, qui a, depuis le lancement du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, toujours porté un regard critique sur cette institution, s'attache néanmoins à intervenir en coordination avec elle. Elle s'en est même récemment inspirée en proposant, dans le cadre d'un programme régional de lutte contre le sida en Asie centrale, la création d'un Fonds pour fédérer les efforts des autorités locales et des bailleurs.

En 2005, la Banque Mondiale annonce un « *Booster programme for Malaria control* » destiné à financer la lutte contre le paludisme, pendant 5 ans, dans une vingtaine de pays, pour un montant de 500 M USD à 1 milliard de USD, en coopération avec le programme Roll back Malaria et en lien avec l'UNICEF et l'OMS. Le programme serait financé par l'AID¹⁷⁹. Il vise à promouvoir plus largement les méthodes de prévention et de traitement efficaces dont les protocoles incluant l'artémisine-ACT, appelés à remplacer la chloroquine mais dont le coût est significativement plus élevé. Certains de ces programmes pourraient être intégrés aux programmes de lutte contre le sida et la tuberculose, comme cela se fait déjà avec succès par exemple en Erythrée.

V.1.2. Le PPP dans le secteur de la santé et du sida : une thématique en pleine évolution à la Banque Mondiale

V.1.2.1. Le « Paradoxe » de la BM

Une certaine disparité des discours et des réalisations, qui peut apparaître à première vue comme un paradoxe, frappe l'observateur de la Banque Mondiale,¹⁸⁰ dans le domaine du PPP, avec :

D'un côté :

- l'absence d'engagement politique et stratégique fort en faveur du développement de partenariat public-privé dans le domaine de la lutte contre le sida, comme priorité forte affichée de la Banque Mondiale dans le secteur de la santé en général, malgré la position connue de la Banque de promotion mondiale du secteur privé, et malgré les stratégies plus spécifiques à la lutte contre le sida préconisées dans le cadre des projets MAP en Afrique (d'incitation à la mobilisation des secteurs privé, associatif, confessionnels, etc.). Ce manque de positionnement de la BM sur le développement de PPP est étonnamment critiqué en interne : « *la Banque n'a pas décidé de travailler avec le secteur privé* » dit un des intervenants.

« *La BM peut appuyer ces processus mais la décision revient aux pays* » et d'autres personnels de la BM de commenter : « *la BM doit être plus incisive à l'égard des Etats pour les amener à associer, mobiliser et impliquer le secteur privé, pour démarcher le secteur privé* ».

- l'absence de référence au développement de partenariats entre les secteurs public et privé dans le document de Revue/évaluation interne des programmes MAP réalisée dans six

¹⁷⁹ Note de l'Administrateur pour la France à la Banque Mondiale à M. le Ministre du MINEFI. 14 février 2005.

¹⁸⁰ D. Kerouedan. Rapport de Mission à MBSI. Contribution à l'Etude sur le partenariat public privé dans le domaine de la lutte contre le sida. Août 2004.

pays, dont un des objectifs est pourtant de développer ces partenariats¹⁸¹, tant avec le secteur industriel et commercial qu'avec la société civile et les ONG dans leur ensemble. Cette absence d'analyse des PPP au sein même de la revue des MAP a beaucoup surpris en interne et les partenaires, tels que USAID qui avait pris connaissance du document. Cette revue-évaluation des projets MAP relève par ailleurs la lenteur de la réponse du secteur public à l'épidémie de sida, et l'absence de cohérence entre les priorités du pays et l'allocation des financements.

De l'autre côté :

Des interventions et des publications qui témoignent d'une activité relativement importante en faveur du secteur privé :

- l'existence d'une unité spécialisée dans le développement de PPP dans le domaine de la lutte contre le sida, *AIDS Campaign Team for Africa (ACT Africa)*, dont le travail de promotion de PPP entre le secteur public et le secteur industriel et commercial dans le cadre des projets MAP, est concret, étendu, documenté et maintenant reconnu¹⁸² au sein de la BM et en Afrique anglophone, mais doit être étendu à l'Afrique francophone (avec l'appui souhaité et attendu de la France)

- le lancement du programme TAT, *Treatment Acceleration Program*, adopté en juin 2004, temporaire et dans certains pays, en vue d'améliorer l'efficacité des projets MAP et d'acheminer des fonds au secteur privé (fédérations d'entreprises et ONG) pour accélérer l'accès aux ARV, en lien avec l'Initiative « 3x5 » de l'OMS.

- la diversité des interventions de développement de PPP entre l'Afrique, l'Asie, l'Amérique Latine et la région Caraïbe, du fait aussi de l'extension plus ou moins importante de l'offre privée de soins et de ses liens avec les services publics dans le cadre notamment des réformes des systèmes de santé en Amérique latine par exemple.

- la demande de certains personnels d'un positionnement politique et stratégique fort de la BM sur le développement de PPP dans le domaine de la santé et de la lutte contre le sida. Un rapport est en cours d'élaboration « *Trends in PPP in Health* » qui fonde ses arguments sur les figures de la revue des dépenses publiques et privées de santé dans les pays où pour la plupart 70% des dépenses de santé sont assurées par les ménages...et sur le fait qu'elles soient riches ou pauvres, les populations utilisent les services privés de soins. Les taux d'utilisation des services publics de soins sont connus de tous : ils restent dans la plupart des pays en dessous de 0,4 consultation par an et par habitant.

- le très fort parti pris en faveur du financement d'une offre contractualisée et/ou privée de soins considérée plus efficace et plus efficiente en termes de résultats d'une offre de services dans la région d'Asie du Sud selon une revue de littérature faite par le Département

¹⁸¹ Rappelons qu'un des principes des projets MAP stipule que 50% des financements doivent être alloués au secteur privé. L'idée concernant le secteur privé industriel était qu'il puise dans ces ressources pour contribuer à la lutte contre le sida à l'échelle des pays.

¹⁸² World Bank. *Private sector mobilization. Subregional Forum*. Blantyre, Malawi. June 14-18, 2004.

Asie du Sud de la BM ¹⁸³. Ce département finance notamment un certain nombre de contrats d'une durée de 5 ans avec des ONG internationales ou nationales au Pakistan. Le succès de ces contrats dépend en priorité des compétences en management de ces ONG.

- la production de documents et d'ouvrages développant de nombreuses orientations et études de cas sur les PPP sur le secteur de la santé et/ou du sida¹⁸⁴

Le paradoxe réside dans l'absence d'affichage politique fort d'un côté, l'absence de document de politique générale de la BM dans ce domaine ou d'analyse des expériences existantes et des leçons tirées, et de l'autre côté, l'existence de nombreuses interventions sur le terrain mises en œuvre par des équipes opérationnelles de la Banque, dans le secteur de la santé mais aussi dans le domaine de la lutte contre le sida, qui demandent à être plus soutenues, mieux documentées et financées de façon plus étendue.

Malgré un certain nombre d'opérations, le sujet relatif au PPP dans le secteur de la santé, est considéré de manière consensuelle, par les personnels de la BM eux-mêmes, comme un thème émergent et en pleine évolution à la BM.

La Banque souhaite voir s'installer une certaine synergie entre les agences internationales : ainsi USAID et la BM préparent un document conjoint ; ainsi l'implication de la France est-elle très attendue tant du point de vue stratégique que financier, notamment dans les pays d'Afrique francophone ; ainsi l'ensemble des intervenants semblent-ils souhaiter la formalisation de la coordination des stratégies et des opérations dans ce domaine de développement de PPP dans le secteur de la santé et en particulier dans le domaine de la lutte contre le sida, notamment autour du secteur privé industriel et commercial.

V.1.3. Le PPP de la BM avec le secteur privé industriel et commercial

Les équipes de la Banque Mondiale soulignent la difficulté pour le secteur public d'un pays d'interagir avec le secteur privé, la nécessité d'avoir un Etat et un leadership public forts et structuré pour afficher une politique de développement de PPP, définir les orientations et les bonnes pratiques du PPP (accréditation des hôpitaux et développement d'une stratégie en milieu du travail par exemple), amener le secteur privé à s'impliquer sur la santé (Afrique et Europe centrale Russie, Ukraine, par exemple) et sur la nécessité de développer les capacités du secteur privé associatif et non gouvernemental.

¹⁸³ Benjamin Loevinsohn and April Harding. *Buying results: a review of developing country experience with contracting for health service delivery*. May 22, 2004.

¹⁸⁴ April Harding, Alexander Preker. *Private Participation in Health Services*. Human Development Network. The World Bank. 2003.

Banque Mondiale. *Turning Bureaucrats into warriors. Preparing and implementing multi-sector HIV/AIDS Programs in Africa*. A generic operations Manual. 2004.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, les objectifs de la BM sont: (i) d'amener les Comités nationaux de lutte contre le sida à impliquer et associer le secteur privé, (ii) d'amener les CNLS à ce que ce secteur soit représenté au sein des instances nationales de coordination de la lutte contre le sida; (iii) d'identifier les principaux acteurs et de les organiser et les structurer ; (iv) de les aider à élaborer des documents de projets et des requêtes de financements : la BM a développé des outils destinés aux entreprises par exemple, afin de faciliter leur égal accès aux ressources financières notamment.

Une rencontre régionale réunissant les directeurs d'entreprises, des syndicats, les points focaux des ministères publics, les institutions internationales, s'est réunie au Malawi avec un grand succès¹⁸⁵. Mais la BM n'a pas les ressources pour organiser ces forums économiques dans l'ensemble des pays qu'elle couvre actuellement dans le domaine des PPP: 15 pays d'Afrique anglophone, plus la Mauritanie, le Cameroun et le Mozambique.

Un plan d'action de la mobilisation du secteur privé dans 15 pays d'Afrique francophone, co-financé entre la Coopération Hollandaise et la BM, pourrait être co-financé et coordonné avec la France.

Les équipes soulignent la difficulté de travailler avec un secteur privé non organisé, notamment industriel et commercial, et l'impossibilité de travailler avec toute une gamme d'intervenants ; de même pour l'offre privée de soins associative non gouvernementale ou privée à but lucratif, non systématiquement organisée en réseau. Il est alors très difficile d'identifier les interlocuteurs du partenariat et bénéficiaires des financements.

La première étape serait donc de structurer le secteur privé, de l'organiser en représentants et interlocuteurs des pouvoirs publics et de la communauté internationale, afin de l'associer à l'élaboration des stratégies de prévention et de prise en charge du sida et lui donner une place conséquente dans le dispositif national de lutte contre le sida : en Ouganda et au Kenya, la représentation du secteur privé au sein du CNLS et du ministère de la santé, est formalisée. Elle est en cours au Mali avec le Patronat malien et sa représentation au sein du Haut Conseil National de Lutte contre le sida. Elle est attendue au Sénégal. Il faut préparer les deux côtés à travailler ensemble : le secteur privé d'un côté et le secteur public de l'autre!

Les expériences dans le cadre des MAP ne sont pas documentées et leurs résultats sont variables. De nombreux exemples de partenariats ont pourtant été développés avec l'offre privée de soins, avec les entreprises, en Guinée, au Mali, etc. et sont décrits oralement¹⁸⁶. De façon générale les acteurs sont bien impliqués mais l'impact des actions de prévention notamment, n'est pas mesuré. Une étude citée par l'équipe de ACT Africa de la Banque Mondiale, intitulée « *Business, why me ?* », réalisée auprès de 7000 entreprises commente ces éléments.

La question du **suivi de ces contrats confiés au privé par les gouvernements et les services publics** est posée : l'Etat n'est pas prêt à suivre la mise en œuvre de ces contrats et évaluer la performance du secteur privé. Les raisons de ce non suivi de sont pas commentées et pourraient être intéressantes à analyser : manque de compétence, manque d'intérêt des pouvoirs publics, voire hostilité l'égard de ce qui peut être interprété comme la confiscation

¹⁸⁵ World Bank. *Private sector mobilization. Subregional Forum*. Blantyre, Malawi. June 14-18, 2004.

¹⁸⁶ Se référer aux documents de projets des MAP et de suivi et évaluation de ces projets à l'échelle des pays

par le secteur privé de ressources censées bénéficier au secteur public, manque de temps et de ressources humaines pour assurer ce suivi, absence de cadre formel de suivi et évaluation, etc.

D'après la BM, peut être engagée une maîtrise déléguée d'ouvrage pour assurer cette prestation de suivi des interventions contractualisées au secteur privé. A l'instar des agents locaux (cabinets de management et d'audit LFA) sélectionnés par le Fonds Mondial¹⁸⁷, la BM passe des contrats avec des institutions représentées dans les pays qui assurent le suivi des projets. Le suivi technique est séparé de la gestion financière du contrat, confiée à un autre prestataire privé. Les équipes opérationnelles sont relativement satisfaites des prestations de ces organismes privés bien que ceux-ci ne soient pas compétents en santé publique (ce qui n'est pas toujours le cas pour les projets du FM dans les pays).

V.1.4. Contribution de la France à la Banque Mondiale

La contribution du Gouvernement français (MINEFI), lors de la treizième reconstitution de l'Agence Internationale de Développement (période 2003-2005) s'est élevée à 864 Millions d'euros, ce qui représente 6% de la contribution totale de la communauté internationale (14 400 M€). Le secteur de la « Santé et autres services » a représenté 18, 8% des montants totaux du Fonds AID approuvés en 2003.

La collaboration de la DDCT avec la Banque Mondiale sur la période 2001-2003 est une histoire en pointillés : 1. La DDCT, dotée d'un petit nombre de personnes pouvant représenter la France dans les institutions multilatérales, a donné priorité au renforcement de ses liens avec Genève et Bruxelles, et 2. La Banque Mondiale s'est opposée aux positions françaises concernant l'accès aux traitements anti-rétroviraux pendant plusieurs années, ce qui a contribué sans doute sur le secteur de la santé à mettre entre les deux institutions un peu de distance. 3. Par-delà ces éléments « circonstanciels », l'on peut sans doute regretter une prise en considération insuffisante du poids effectif de la Banque mondiale aujourd'hui comme des opportunités qu'elle recèle en termes d'influence dans les pays en développement. Cette situation a évolué sous l'effet conjoint de plusieurs événements.

Paradoxalement, c'est le ministère de la santé qui a ouvert la voie d'un « renouveau » des relations entre la France et la Banque mondiale dans le domaine de la santé, en décidant d'ouvrir un poste de conseiller pour les affaires sociales au sein du bureau de l'administrateur français. Ce poste est occupé depuis le 1^{er} novembre 2002 par une conseillère venant du ministère de la santé jouant un rôle de veille sur les programmes et projets, d'information des différents ministères et d'interface entre les acteurs de la coopération dans le domaine de la santé et les services de la Banque. La mise à disposition par le ministère de la santé et le ministère des affaires étrangères d'un directeur d'hôpital au sein de la Banque, à cheval sur la région Afrique et l'institut de la Banque mondiale, s'inscrit également dans ce cadre et aura également contribué à mobiliser davantage l'offre d'expertise française. Ces évolutions ont bénéficié de la nomination, à l'été 2004, à la tête du Département *Nutrition, Santé et Population* de la Banque, d'un nouveau directeur de nationalité française.

¹⁸⁷ Le principe est analogue mais les processus se sont mis en place de manière totalement séparée

Au cours de l'année 2004, on a pu noter des évolutions très significatives de ce partenariat à l'occasion de la préparation de la deuxième réunion du Forum de Haut Niveau sur les OMD de la Santé d'Abuja, co-organisé par la Banque Mondiale et l'OMS et pour laquelle la France a fait partie du « Steering Committee ».

Dans le cadre du suivi des décisions de la réunion précédente de ce Forum, en janvier 2004, la France a financé une étude au Mali¹⁸⁸ dont les résultats seront présentés en décembre au second Forum de Haut Niveau. La Norvège et la Fondation Rockefeller sont très actives sur les questions de ressources humaines en santé. La Norvège a organisé, en mars 2005, une réunion internationale sur cette thématique. La Banque Mondiale demande à la DGCID d'aider ses équipes à élaborer une politique et une stratégie dans ce domaine, car aucune des organisations internationales du développement n'a développé de réflexion aboutie et satisfaisante sur cette question.

Les collaborations sont régulières entre les acteurs français de la coopération et les bureaux de la Banque Mondiale en charge de la santé, de la nutrition et de la Population, à la fois entre les sièges et sur le terrain, où par exemple la BM demande au MAE à de maintenir à Djibouti une assistance technique sur le terrain en vue d'améliorer la performance de mise en œuvre du projet santé de la BM, et collabore au Tchad avec les projets du secteur de la santé de l'AFD par exemple. Au-delà, c'est aussi sans doute la possibilité de nous engager, aux côtés de la Banque, selon des modalités innovantes du type rachat de crédit en fonction des résultats obtenus par les pays clients (comme cela se fait dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite) ou mixage de contributions bilatérales très concessionnelles avec des financements BIRD, qui mériterait d'être examinée¹⁸⁹.

Alors que plusieurs réflexions sont en cours à la Banque mondiale sur le positionnement de l'institution dans le domaine de la santé et sur ce qui constitue son principal avantage comparatif, en particulier les questions relatives au financement de la santé, il existe de réelles opportunités de coopération, voire d'influence pour l'expertise française, qu'elle soit publique ou privée. Ceci implique un suivi attentif et régulier des débats qui traversent l'institution, une définition stratégique de nos priorités thématiques et géographiques et un dialogue étroit permettant de les clarifier auprès de nos interlocuteurs, enfin une réelle volonté et une capacité de mobiliser rapidement notre expertise.

V.2. Les Banques Régionales de Développement

Les contributions de la France aux Banques régionales de Développement et la part de ces Fonds allouée au secteur de la santé, sont présentées en annexe 11. Les informations suivantes ont été communiquées par le MINEFI et NUOI/MAE.

V.2.1. La Banque africaine de développement (BAfD)

La part des financements de la BAfD alloués à la santé est de 3.6% en 2003.

¹⁸⁸ H Baliq et YA Berthe. Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali. Rapport remis au Ministère de la Santé à Bamako et à la DDCT/DGCID. Octobre 2004.

¹⁸⁹ Les Britanniques ont par exemple accepté de mixer des contributions

La Banque met l'accent sur l'accès à des services de santé de qualité, la valorisation des ressources humaines, la lutte contre les maladies transmissibles et les secours humanitaires d'urgence aux victimes des catastrophes naturelles.

Services de santé de qualité : la priorité est donnée aux soins de santé primaire (services de santé maternelle et infantile, nutrition et conseils en soins de santé de base, fourniture de médicaments essentiels).

Lutte contre les maladies transmissibles : la Banque collabore avec des institutions spécialisées en complétant leur travail.

V.2.2. La Banque asiatique de développement (BAsD)

La part des financements alloués à la santé par la BAsD est de 12.28% en 2003.

La Banque est intervenue en Indonésie, en Mongolie et au Tadjikistan avec des programmes visant à améliorer la santé des plus pauvres (les mères et les enfants) et en facilitant l'accès aux soins de santé de base.

Au Pakistan, une intervention multi secteurs comprend des aspects relatifs à l'accès aux services de santé. En République du Kirghizstan, la Banque a développé un programme d'amélioration de la santé des enfants en bas âge, de la nutrition, de l'éducation, et du développement psychologique des enfants non encore scolarisés.

V.2.3. La Banque interaméricaine de développement (BID)

V.2.3.1. Présentation de la BID

Fondée en 1959 à l'initiative des pays latino-américains, située à Washington, la BID a pour vocation de promouvoir le développement économique et social en Amérique latine et dans les Caraïbes. Son capital est détenu par 46 pays membres : 26 pays emprunteurs en Amérique latine et dans les Caraïbes, et 20 pays non emprunteurs.

Basé à Washington, le Groupe de la BID rassemble trois institutions :

- La BID soutient le développement économique et social de l'Amérique latine et des Caraïbes, essentiellement par des prêts au secteur souverain.
- La Société interaméricaine d'investissement (SII) favorise le développement économique en Amérique latine et dans les Caraïbes en finançant des PME.
- Le Fonds multilatéral d'investissement (MIF), fonds autonome administré par la BID, favorise le développement du secteur privé, et notamment des très petites entreprises.

La Banque exerce son activité sous l'autorité et le contrôle de l'Assemblée des gouverneurs, laquelle se réunit au moins une fois par an (prochaine réunion les 10-11 mars 2005 à Okinawa) pour fixer les grandes orientations politiques et financières de son action. L'Assemblée compte un gouverneur par pays membre, en général le Ministre des Finances ou le Gouverneur de la Banque centrale. La gestion courante de la Banque est assurée par le

Président, Enrique Iglesias, et le Conseil d'administration (14 membres qui représentent chacun des circonscriptions de pays membres).

Le pourcentage des voix de chaque pays membre est lié à sa souscription au capital social de la BID. Il est réparti approximativement de la manière suivante : 50 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 30 % pour les Etats-Unis, 5 % pour le Japon, 4 % pour le Canada et 11 % pour les autres pays non emprunteurs. La Charte de la Banque assure à l'ensemble des pays emprunteurs, en tant que groupe, la position d'actionnaire majoritaire à la Banque. Le capital total de la Banque s'élève à \$101 milliards.

Pays non emprunteur, la France détient 1,89 % des votes, ce qui la place au 2^e rang des acteurs non régionaux. L'administrateur représentant la France (ainsi que l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Norvège et la Suède) est Michel Planque.

La BID octroie des prêts et de l'assistance technique en Amérique latine et aux Caraïbes en utilisant les ressources apportées par ses pays membres et celles obtenues sur les marchés financiers mondiaux grâce aux émissions d'obligations.

De 1961 à 2003, le montant total des prêts de la Banque s'est élevé à \$128,8 milliards. En 2003, le total des fonds déboursés par la BID a atteint \$8,9 milliards.

Les principaux bénéficiaires des prêts de la BID depuis sa création sont dans l'ordre décroissant le Brésil, le Mexique, l'Argentine, la Colombie et le Pérou.

La BID participe également à un nombre important d'accords de cofinancement avec d'autres institutions multilatérales, bilatérales et privées : le montant des cofinancements s'est situé entre \$1,9 milliard et \$3,5 milliards par an de 1966 à 2000.

V.2.3.2. La BID en appui au secteur de la santé

L'Amérique latine et les Caraïbes dédiaient 7,3% de leur PNB au domaine de la santé à la fin des années 90, ce qui représente un budget annuel d'environ \$114 milliards. Toutefois, les problèmes structurels qui affectent les systèmes de santé de la région (segmentation institutionnelle, inadéquation des dépenses) limitent l'impact positif de ces dépenses.

La BID cherche à promouvoir des réformes structurelles et à soutenir des projets locaux, mais le budget affecté au domaine de la santé demeure limité, comme l'illustre le tableau suivant¹⁹⁰.

Coût total des projets	2002		1961/2002	
	millions \$	% total	millions \$	% total
Secteurs productifs				
Agriculture & pêche	156,9	3,4%	12950,4	10,9%
Industrie, mines et tourisme	497,6	10,9%	12336,9	10,4%
Science et technologies	18,0	0,4%	1688,4	1,4%
Infrastructure				
Energie	127,6	2,8%	16912,2	14,3%
Transports &	451,8	10,0%	13665,6	11,6%

¹⁹⁰ Note communiquée par NUOI/MAE

communications				
Secteurs sociaux				
Assainissement	133,8	2,9%	9218,5	7,8%
Développement urbain	284,1	6,2%	7086,4	6,0%
Education	115,0	2,5%	5108,7	4,3%
Investissement social	1912,5	42,0%	10971,0	9,3%
Santé	5,0	0,1%	2157,7	1,8%
Environnement	146,4	3,2%	1669,0	1,4%
Microentreprises	30,0	0,7%	418,6	0,4%
Autres				
Réforme & modernisation de l'Etat	667,2	14,7%	20296,3	17,2%
Financement de l'export	0,0	0,0%	1564,1	1,3%
Préinvestissement et autres	7,0	0,2%	2299,8	1,9%
TOTAL	4552,9		118343,7	

Un des projets récemment mis en œuvre par la BID a été l'initiative « *Vida Sana es más Vida* » (*une vie saine est une vie meilleure*), organisée entre 2000 et 2001, qui visait :

- l'identification, par chaque pays de la région, de priorités en matière de santé
- la définition d'objectifs à remplir, assortis de délais de réalisation
- le développement d'indicateurs permettant de mesurer les résultats obtenus
- la préparation de stratégies et de plans d'action aux niveaux local, régional et national pour atteindre les objectifs fixés
- la participation de la société civile et du secteur privé
- l'obtention d'une coopération intersectorielle forte

Cette initiative a notamment eu pour résultats l'édition d'un rapport final relativement critique à l'encontre des politiques de santé de la région et la création d'un film visant à promouvoir les politiques de prévention en matière de santé.

Afin d'étendre les actions en faveur de la santé au sein des pays de la région, la BID s'est également associée à la Banque mondiale et à l'Organisation panaméricaine de santé. Ces trois organisations ont établi un agenda commun afin de coordonner leurs efforts et mutualiser leurs moyens.

Le financement de la BID en santé est de loin le plus important des banques régionales de développement : 406 Millions de dollars en 2003.

Le Fonds des Opérations Spéciales de la BID intervient dans quatre pays : Honduras, Guyana, Haïti, Bolivie et Nicaragua. Les projets mis en œuvre contiennent parfois une part relative à la santé, mais celle-ci est incluse dans un projet aux objectifs plus larges.

V.3. Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose

V.3.1. Principes du Fonds Mondial STP

Faisant suite aux échanges internationaux des Sommets du G8 de Okinawa et de Gênes de la fin des années 90, le Fonds Mondial STP a été créé en 2001, à l'initiative de la communauté internationale, du Conseil de Sécurité et du SG des Nations Unies, rassemblés à New York en Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) dont est issue la Déclaration d'Engagement sur le VIH/Sida¹⁹¹. L'objectif de la création d'un Fonds Mondial est d'accroître de manière très significative les ressources à la lutte contre les trois maladies tueuses dans les pays en développement : le sida, le paludisme et la tuberculose. C'est un instrument financier, non une Agence technique ni de mise en œuvre. Le but du Fonds est de recueillir, puis de distribuer, des fonds additionnels en provenance des secteurs publics et privés, afin de renforcer les actions de lutte contre ces 3 maladies. Les pays éligibles sollicitent le Fonds en répondant à des Appels à Propositions annuels lancés par le Secrétariat du FM basé à Genève.

L'organisation du Fonds repose sur les organes suivants :

- Le Conseil d'Administration, composé de 18 membres, avec droit de vote (7 pays donateurs: USA, Italie, Japon, Commission européenne, France, Royaume-Uni, 7 pays bénéficiaires, 2 représentants d'ONG et 2 représentants du secteur privé) ainsi que des observateurs (sans droits de vote), représentants de l'OMS, d'ONUSIDA, de la Banque Mondiale et d'une association de personnes vivant avec une des 3 maladies. Au sein de ce Conseil, la France représente pour deux ans le Luxembourg et l'Espagne, regroupés au sein d'une circonscription.

- un Conseil scientifique, dont les membres sont nommés par le CA, chargé de donner un avis technique sur les projets soumis par les pays, avant approbation du financement par le CA.

- un Secrétariat, à Genève, qui se compose d'une trentaine de membres, est dirigé par un secrétaire exécutif, le Pr Robert Feachem, de nationalité britannique, nommé en 2002.

Le Fonds dispose de près de 4 milliards de dollars de ressources, selon un échéancier qui n'est pas encore totalement précisé (annonces de contributions sur deux à cinq ans selon les donateurs), provenant pour l'essentiel des pays de l'OCDE. Les principaux bailleurs sont les Etats-Unis (500 MUSD annoncés), la Commission de l'UE, la France (150M€ par an) et la Fondation Gates (100 MUSD). Afin d'assurer sa pérennité, il importe de mieux répartir les sources de financement en mobilisant le secteur privé. Seule la Fondation Gates a apporté à ce jour une contribution significative.

A ce jour, à l'issue de 4 appels à proposition, le FM a approuvé 3.1 milliards de dollars en 313 programmes à 127 pays pour lutter contre le sida, le paludisme et la tuberculose. En janvier 2005, les déboursements s'élevaient à 870 millions de dollars

¹⁹¹ Nations Unies. Session Extraordinaire de l'AG des NU. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. 25-27 juin 2001.

selon les accords de subventions signés avec 94% des pays dont les requêtes ont été signées dans les rounds 1, 2 et 3¹⁹². Sur le volet du Paludisme, les dons du Fonds Mondial représentent 50% des financements mondiaux de lutte contre cette maladie.

L'originalité du Fonds est de susciter au niveau des pays la création d'instances de coordination nationales (CCM¹⁹³) réunissant les acteurs nationaux publics, privés, et communautaires de la lutte contre les trois maladies et les partenaires internationaux.

Le Bénéficiaire Principal a en charge la programmation des activités de prévention et de prise en charge par composante sous contrôle du CCM. Le suivi et l'évaluation techniques et financiers sont assurés par les Agents Locaux du FM (ou LFA¹⁹⁴) qui sont des Cabinets de conseil en management et audit financier sélectionnés par le Secrétariat du FM par appels d'offres internationaux.

La DDCT/MAE a proposé au CA du FM en Octobre 2003, de financer des études de cas du fonctionnement des CCM au Cameroun, Sénégal, Bénin et Viêt-nam, qui soulèvent, à l'instar des observations faites dans une quinzaine d'autres pays, des difficultés de mise en œuvre des projets sur le terrain et la nécessité d'apporter un soutien technique très assidu aux équipes nationales, aux LFA et aux CCM¹⁹⁵, depuis l'élaboration de la proposition jusqu'à la mise en œuvre et à son suivi sur le terrain.

En décembre 2004, le rapport d'activités conjoint de l'OMS, ONUSIDA, la Banque mondiale, le Fonds Mondial et le projet PEPFAR conviennent que 700 000 patients dans les pays en développement bénéficient de médicaments antirétroviraux (comparés à 440 000 en juillet 2004), soit 12% des patients éligibles. L'essentiel de l'effort devrait donc porter sur le renforcement des capacités et la réforme des systèmes de santé. L'efficacité des financements du FMSTP dépendra du développement de l'expertise humaine dans les pays bénéficiaires.

Les résultats attendus des pays qui ont, les premiers, bénéficié des financements, sur la période 2002-2006, sont les suivants :

- plus de 500 000 personnes sous ARV
- plus de 500 000 orphelins soutenus par les services médicaux et sociaux
- 2 millions de cas de TB dépistés en plus
- 7 000 nouveaux traitements de TB multirésistante
- 3.6 millions de traitements combinés de palu résistant délivrés à 8 pays africains
- 40 millions de moustiquaires imprégnées financées dont 90% pour l'Afrique

¹⁹² Secrétariat du FM STP. Rapport d'activités. 21 janvier 2005.

¹⁹³ CCM : Country Coordinating Mechanism

¹⁹⁴ LFA : Local Fund Agent

¹⁹⁵ CREDES. Etudes CCM Sénégal, Bénin, Cameroun et Viêt-nam. Mai 2004.
Dr D. Kerouedan. Note de synthèse au MAE. Mai 2004.

V.3.2. Contributions de la France au Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

La contribution française est de 50 M€/an pour 2002 et pour 2003 qui place la France au 6^{ème} rang des donateurs internationaux au FMSTP. En 2004, avec un versement de 150 M€, la France devient le deuxième contributeur bilatéral et le troisième contributeur mondial après les Etats-Unis et la Commission Européenne. Le Royaume Uni pourrait annoncer à l'occasion de sa présidence du G8 une augmentation significative de sa contribution.

La France siège au Conseil d'Administration du FM et participe aux travaux de trois comités techniques : Le Comité « Port Folio Manager », le Comité Monitoring Evaluation Finances et Audit, le Comité sur la Mobilisation des Ressources. Elle a contribué au comité de pilotage du *Partnership Forum* 2004 et au Groupe de Travail de réflexion et définitions des besoins des pays en assistance technique en vue d'améliorer les capacités nationales et la performance des projets. Les positions françaises en faveur du financement par ce FM de la prise en charge thérapeutique sont fortes et analysées plus loin à propos des enjeux de l'articulation de l'aide bilatérale et multilatérale de la France.

En annonçant au sommet du G8 d'Evian, le triplement de la contribution française au FM sur la période 2004-2006, le Président de la République française a fait le choix d'augmenter de manière significative l'aide multilatérale dans une enceinte non onusienne. On a vu que cette contribution fait basculer, de fait, la structure de la balance bi-multilatérale de l'aide publique en santé du côté de l'aide multilatérale (65% versus 35%). La question se pose de maintenir un équilibre de l'influence française entre les instances onusiennes de référence et les instances non onusiennes, tout en gardant à l'esprit que le FM n'est pas une agence technique et se défend depuis sa création de se substituer aux agences de référence des Nations Unies, dont l'ONUSIDA avec laquelle le Secrétariat du FM a signé un « Memorandum of Understanding » (MOU) qui définit très clairement le positionnement et les attributions respectives des deux institutions.

S'agissant du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, l'équipe de l'US Coordinator reste très réservée d'une part sur l'efficacité des programmes financés à ce jour par le Fonds et d'autre part sur les capacités de management du Secrétariat du Fonds. PEPFAR procède actuellement à sa propre évaluation de la 2^{ème} phase des programmes du Fonds Mondial, conformément aux dispositions de « *l'US Leadership against HIV/AIDS Act* ». Néanmoins, l'équipe de PEPFAR réaffirme son soutien au Fonds Mondial (dont les Etats-Unis restent les premiers financeurs) et soulignent la complémentarité de PEPFAR et du Fonds.

Sur le terrain, il est néanmoins très difficile pour les bénéficiaires de ne pas percevoir le FM comme une nouvelle agence, non représentée pourtant dans les pays, sinon par son seul agent financier (Cabinet privé).

Les attentes des pays à l'égard du Secrétariat du FM à Genève sont d'autant plus pressantes du point de vue technique que les agences des Nations Unies faillissent dans la plupart des pays, à jouer le jeu de l'appui technique une fois la proposition élaborée et approuvée par le Groupe d'experts techniques et une fois les fonds mobilisés. Les agences bilatérales, dont les SCAC peuvent apporter un appui d'autant plus apprécié des autorités sanitaires locales que l'expertise française sur le sida est très déployée à travers l'assistance technique. Sur le terrain, l'assistance technique française en appui aux projets du Fonds Mondial, notamment dans sa composante VIH/sida, se prolonge avec l'intervention du GIP

ESTHER en appui à l'élaboration des requêtes des pays, au montage du développement de PPP associatifs et communautaires de lutte contre le sida avec l'appui des ONG du Nord, par exemple.

V.4. L'Alliance Mondiale pour les vaccins et la Vaccination (GAVI)

GAVI et le Fonds Vaccin on fusionné en février 2005, pendant notre mission, et installé le siège de l'organisation commune à Genève.

V.4.1. L'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)¹⁹⁶

A la création de GAVI, 8000 enfants mourraient chaque jour dans le monde d'une maladie que l'on peut prévenir par la vaccination. Jusque là, la communauté internationale avec l'OMS et l'UNICEF, qui ont créé en 1974 le Programme Elargi de Vaccination (PEV), contribuaient à l'immunisation de 90 millions d'enfants par an, mais 30 millions d'enfants n'étaient pas couverts, notamment dans les pays les plus démunis.

C'est pour pallier cette injustice, que l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination, plus connue sous le nom de GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*), fut créée fin 1999. C'est un partenariat public et privé lancé officiellement le 31 janvier 2000 lors du Forum Economique Mondial à Davos (Suisse) au cours duquel des gouvernements nationaux, l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'industrie pharmaceutique productrice de vaccins des pays développés (dont Aventis-Pasteur, Merck, Chiron, Wyeth, GSK) et des pays en voie de développement (dont des producteurs de l'Inde, Brésil, Cuba), des institutions de santé publique et des organisations non gouvernementales, se sont engagés à travailler en partenariat en vue de protéger tous les enfants des pays pauvres contre les maladies que l'on peut prévenir par la vaccination. Lors de son lancement, GAVI a bénéficié d'un apport initial de 750 millions de dollars de la Fondation Bill et Melinda Gates.

A la création, on estimait à 30 millions le nombre d'enfants non protégés par la vaccination, et à 3 millions le nombre d'enfants qui meurent de maladies que l'on peut aisément prévenir par le biais de vaccins peu coûteux (le coût d'un plan de vaccination complet par enfant est estimé à 30 USD, y compris l'effort pour l'investissement de capacité locale des pays pour réaliser les vaccinations).

L'objectif général de cette Alliance est donc de coordonner et revitaliser les programmes de vaccination aux niveaux international, régional et national et de faciliter l'approvisionnement en vaccins nouveaux ou sous-utilisés, afin de faire en sorte que 30 millions d'enfants des pays les plus pauvres bénéficient rapidement d'au moins 6 vaccins de base : polio, diphtérie, rougeole, coqueluche, tétanos et tuberculose. Cette action est essentielle à la réalisation de l'objectif de développement du Millénaire numéro 4.

¹⁹⁶ DDCT. Note communiquée par S Diallo. Novembre 2004.

La stratégie de GAVI s'articule autour des points suivants :

1. améliorer l'accès de tous les enfants aux services permanents de vaccination y compris les vaccins non ou sous-utilisés notamment hépatite B et haemophilus influenzae type B.
2. accélérer la recherche et la mise au point de nouveaux vaccins d'un bon rapport qualité/prix
3. faire de la couverture vaccinale un volet central de la conception, de l'évaluation des efforts internationaux en faveur du développement.

A la contribution initiale de 750 millions d'euros, 250 millions d'euros supplémentaires ont été donnés par le Danemark, le Canada, la Norvège, le Royaume Uni, la Hollande et les USA en 2001-2002. Cet apport financier est versé au Fonds Vaccin qui est chargé de la gestion des dons et des subventions (The Vaccine Fund). Les besoins en financement sont estimés à 5.4 milliards d'euros sur 10 ans pour inclure dans le PEV les nouveaux vaccins (rotavirus, méningites, pneumocoques)

Résultats : en 4 ans, des millions d'enfants ont été vaccinés dans 70 pays : 41.6 millions contre l'hépatite B, 5.6 millions contre l'Hémophilus influenza b, 3.2 millions contre la fièvre jaune, et 9.4 millions d'enfants supplémentaires ont eu accès aux vaccins de base¹⁹⁷.

Les principaux organes de GAVI sont le Conseil d'administration, le Groupe de travail, le Secrétariat exécutif, le Comité Exécutif, et le Comité d'examen des demandes de financement.

Le Conseil d'administration, organe de décision des politiques de l'Alliance, est composé de 19 membres, dont cinq membres de droit (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, Fondation Bill Melinda Gates et le Fonds mondial pour les vaccins) et quatorze autres membres. Il est présidé depuis janvier 2004 par le Dr Lee, Directeur Général de l'OMS. Le Conseil d'administration se réunit en moyenne deux fois par an et organise selon les besoins des téléconférences périodiques pour examiner les progrès et les politiques.

Il a été décidé lors de la réunion du Conseil d'administration de juillet 1999, à Seattle, que **chaque membre du Conseil doit verser une contribution annuelle de 300 000 USD**, destinée à couvrir les frais de fonctionnement du Secrétariat exécutif. **La France a obtenu en 2003 un siège au Conseil pour une période de trois ans**. Nous y sommes représentés par le Secrétaire d'Etat aux Affaires étrangères.

Le Groupe de travail est l'organe technique, chargé d'assister le Secrétariat Exécutif dans la définition et la mise en œuvre des politiques de l'Alliance. Il comprend dix membres représentant l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Secrétariat exécutif, le Fonds mondial pour les vaccins ainsi que des ONG, des gouvernements, l'industrie pharmaceutique productrice de vaccins et des chercheurs.

Le Secrétariat exécutif est une petite structure logée dans les locaux du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe à Genève. Il est chargé de faciliter la coordination entre les partenaires et d'analyser les demandes de soutien des pays au Fonds Vaccins.

Le Comité d'examen des demandes de financement, qui regroupe des experts indépendants, issus principalement de pays à revenus moyens et faibles, se réunit plusieurs fois par an, au Secrétariat de GAVI. Il étudie les demandes conformément aux critères définis par le Conseil d'administration.

¹⁹⁷ Le Fonds Vaccin. Données d'août 2004.

Pour obtenir le soutien du Fonds, l'Etat demandeur doit remplir trois conditions :

- (i) disposer d'un Comité de Cordination Inter-agences (CCI), dirigé par le gouvernement et formé de représentants des institutions locales concernées par la vaccination,
- (ii) avoir réalisé une évaluation récente des services de vaccination
- (iii) avoir défini un plan pluriannuel (5 ans) mettant en exergue l'amélioration et l'expansion des services de vaccination et des mécanismes de financement viables. Le Comité formule ses recommandations au Conseil d'administration. Les propositions des pays sont revues par un comité indépendant qui soumet ses recommandations au Conseil de GAVI.

V.4.2. Le Fonds Vaccins (The Vaccin Fund)

Le Fonds Vaccins, créé également en 2000, est l'instrument financier de GAVI, destiné à lui permettre d'atteindre ses objectifs, en mobilisant de nouvelles ressources et en les canalisant rapidement vers les pays en développement. A ce jour, il a déjà reçu l'engagement de gouvernements (Norvège, Royaume-Uni, États-Unis d'Amérique, Pays-Bas, Danemark, Suède, Canada, Irlande, France, Luxembourg), de l'Union Européenne et d'institutions du secteur privé. Il a été créé à l'intention des 75 pays les plus pauvres (revenu national brut inférieur à 1000 \$US par habitant). Jusqu'ici, 71 pays ont vu leur projet quinquennal accepté.

Le total de ses ressources est ainsi passé à 1,3 milliards de dollars pour 2001-2005. Le Fonds, présidé par Monsieur Jacques-François Martin, a son siège à Lyon jusqu'en janvier 2005. Notons qu'au moment de la rédaction de ce rapport, en janvier 2005, les autorités des deux institutions, GAVI et The Vaccine Fund, décident de se fondre en une seule institution, et que GAVI serait hébergée par l'UNICEF à Genève. Le siège du Fonds Vaccin a donc quitté Lyon pour Genève, ce qui a pu nuire à l'attractivité de la France.

Son Conseil d'administration est composée essentiellement de personnalités d'une grande envergure internationale comme Nelson Mandela (le premier Président et Président d'honneur depuis décembre 2004), Graça Machel (Présidente), Jacques Delors, Mary Robinson, Michel Camdessus, Jens Stoltenberg ou la Reine de Jordanie. Son rôle est d'appuyer le Fonds dans sa tâche de levée de fonds pour la vaccination des enfants.

V.4.3. Le soutien de la France et de l'UE à GAVI et au Fonds mondial pour les vaccins

Le Président de la République a souhaité que la France s'engage dans le nouvel effort pour la protection des enfants des pays pauvres contre les principales maladies que l'on peut prévenir par la vaccination. C'est à ce titre que le Secrétaire d'Etat a annoncé en avril 2003, à Lyon, la décision du Gouvernement français d'accorder 15 millions d'euros au Fonds mondial pour les vaccins d'ici 2005. Le premier versement d'un montant de 5 millions d'euros, au titre de 2003, a été effectué en février 2004. Il se décompose de la manière suivante : 300 000 USD au titre de notre contribution au Secrétariat exécutif de GAVI et 6 029 113 USD au

Fonds Vaccins. C'est une contribution à la réduction de la mortalité infantile et à la réalisation de l'OMD 4. Le deuxième versement a été effectué début 2005.

La contribution européenne est faible et ce n'est que récemment, à la suite de démarches effectuées auprès du Parlement européen qui ont poussé la Commission à contribuer à hauteur de 1 M€ en 2003 et 3 M€ en 2004. Le Parlement européen a voté une demande de 10M pour le budget 2005. Par ailleurs 50M€ de soutien à la vaccination par GAVI ont été demandés en en juillet 2004 par les pays ACP dans leur ensemble. Les ACP attendent toujours une réponse positive de la part de la Commission sur les fonds FED.

L'Alliance et le Fonds mondial pour les Vaccins attendent de la France, en tant que premier contributeur du FED :

1. qu'elle tape sur la table de la Commission européenne, pour que la contribution de celle-ci soit plus significative
2. que le Conseil se saisisse de cette urgence internationale en santé publique.
3. que la contribution de 50 M€ soit pérennisée chaque année sur le FED

Perspectives. La Fondation Gates a annoncé à nouveau 750 millions de dollars sur les dix prochaines années, la Norvège 290 millions de UDS sur 5 ans. La France et le Royaume Uni avancent sur l'idée d'appliquer la vaccination comme exercice pilote le projet de Facilité Financière Internationale dont on attend 4 milliards de dollars.

V.5. Les Agences des Nations Unies en appui au développement sanitaire des PED

Les agences de l'Organisation des Nations Unies telles que l'OMS et l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) les plus connues jusqu'à la fin des années 80 pour leurs activités en santé internationale, sont suivies dans les années 90 par un engagement plus marqué sur le secteur de la santé des autres agences des Nations Unies, telles que le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population), le PAM (Programme Alimentaire Mondial) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur les questions de financement de la santé et de protection du travailleur séropositif en milieu du travail. C'est aussi une enceinte propre à encourager le développement de PPP dans le domaine de la lutte contre le sida auprès des multinationales en Afrique, à l'instar de ce que font la GTZ, USAID et le Secrétariat du Fonds Mondial par exemple.

Le Programme Conjoint des Nations Unies pour le Sida (ONUSIDA) illustre de manière très caractéristique en 1996, sur la seule thématique du VIH/sida, la répartition, interne au système des Nations Unies, des rôles et des attributions de chacune des agences eu égard à l'épidémie et à une thématique santé.

La prouesse de ces organismes est de devenir de plus en plus influents au plan international malgré l'insigne faiblesse des financements qu'ils accordent aux Etats du Sud pour la mise en œuvre pratique des politiques sanitaires qu'ils définissent et promeuvent, leurs mandats étant davantage normatif qu'opérationnel. Leur art est de faire financer par les autres bailleurs de fonds, et de préférence à travers les aides bilatérales, les politiques et les stratégies qu'ils préconisent.

L'influence dont il est question ici est à vrai dire une influence occidentale, et d'inspiration anglo-saxonne vraisemblablement proportionnelle aux montants des contributions volontaires des Etats-Unis et du Royaume Uni, qui se disputent la tête de liste des contributions volontaires pour les organismes genevois de référence sur la santé et la lutte contre le sida.

Or les pays du Sud sont membres de l'ONU au même titre que les pays occidentaux et devraient pouvoir contribuer davantage à la définition des politiques de développement les concernant directement, notamment des politiques sanitaires, dans un esprit de partenariat renforcé et sincère.

Les agences de l'ONU ont développé des approches en faveur de l'accès des soins pour tous. Les politiques en matière de financement des systèmes de santé notamment, ont connu des évolutions très importantes au cours de ces deux dernières décennies.

V.5.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation Mondiale de la Santé, dont le siège est à Genève, compte 192 Etats membres. **Son objectif est "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible"¹⁹⁸.**

Les 3 organes principaux de l'OMS sont : l'Assemblée mondiale de la santé (où siègent tous les Etats), le Conseil exécutif (composé de 32 délégués des Etats membres, renouvelables par tiers tous les ans, élus par l'assemblée mondiale pour 3 ans selon une représentation géographique équitable), et le Directeur général élu par l'assemblée mondiale pour un mandat 5 ans (Dr.LEE—Corée—depuis juin 2003). Six bureaux régionaux, dont les directeurs sont élus par des comités réunissant les Etats membres, fonctionnent à Copenhague, Manille, Washington, New Delhi, Alexandrie et Brazzaville.

L'OMS dispose d'un budget régulier pour le biennium 2004-2005 de 900 MUSD, auxquels s'ajouteront des contributions volontaires, pour un budget total de 2.800 MUSD.

Confrontée à de nouveaux défis (résurgence des maladies transmissibles), dépouillée d'attributions importantes (la lutte contre le SIDA), fragilisée par une réduction draconienne de son budget ordinaire, concurrencée dans ses propres compétences par d'autres agences onusiennes (UNICEF, PNUD, ONUSIDA), l'OMS traverse une crise d'identité que le Directeur général s'efforce, avec une certaine efficacité, de surmonter. Le but est d'adapter aux changements mondiaux les missions fondamentales de l'organisation :

- **une fonction normative et d'expertise**: centre de référence et d'expertise scientifique, elle est chargée de définir au plan international les normes applicables dans le domaine de la santé. A ce titre, l'OMS a supervisé la négociation d'une convention juridiquement contraignante de lutte contre le tabagisme, et entamé la révision du Règlement sanitaire international ;

- **une fonction opérationnelle**, relative à l'amélioration de la situation sanitaire internationale et à l'assistance technique aux pays. La Directrice générale précédente, Mme Brundtland, avait entamé une réorganisation administrative qui insistait sur la recherche de la cohérence et

¹⁹⁸ Note communiquée par NUOI/MAE février 2005.

de la lisibilité. Son successeur a poursuivi cet effort dans le sens d'une plus grande mobilité et d'un redéploiement des ressources du Siège vers les pays. Au premier rang des priorités figure, en collaboration avec l'ONUSIDA, l'objectif dit « 3 by 5 » (3 millions de malades sous anti-rétroviraux d'ici 2005). Outre sa stratégie contre des maladies transmissibles, y compris émergentes (SRAS notamment), le Directeur général entend renforcer l'action de l'OMS en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile et contre la violence.

L'OMS joue un rôle de référence normative et lance à Alma Ata en 1978 le concept des « soins de santé primaires » qui donnera rapidement lieu, dès qu'on prendra en considération le coût des bonnes intentions, à un débat sur les soins de santé primaires sélectifs. Plus tard c'est encore l'OMS qui popularise le concept de « district de santé » en 1987¹⁹⁹, pièce maîtresse et centrale de l'organisation des systèmes de santé, et unité fonctionnelle de base de tout appui aux réformes des systèmes de santé depuis les années 90.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, l'OMS établit en 1987 le Programme Mondial de lutte contre le sida de l'OMS, plus connu sous le sigle GPA/OMS (Global Programme on AIDS) chargé de mettre en œuvre une stratégie internationale de lutte contre le sida et d'apporter un appui institutionnel aux états africains notamment. La stratégie promue par GPA/OMS est pendant une décennie, exclusivement, centrée sur des actions de surveillance épidémiologique et de prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH.

L'OMS ne sait pas adapter rapidement sa stratégie aux évolutions très rapides de l'épidémie au début des années 90 comme le regrette M. Viens : « *Il est surprenant qu'un organisme international comme l'OMS, prétendant à une expertise de pointe en santé, ait pu montrer des failles scientifiques ou conceptuelles de la taille de celles qui marquèrent l'évolution des stratégies de lutte contre le sida en Afrique* »²⁰⁰.

Des faibles résultats du programme OMS/GPA qui ont été analysés par ailleurs²⁰¹, a découlé la volonté de l'ensemble des agences des Nations Unies de s'impliquer dans le domaine de la lutte contre le sida, à l'origine de la création en 1996 du *Programme Conjoint des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA)*.

En 2003, l'OMS reconnaît que « *l'absence de traitement a contribué à perpétuer la stigmatisation et la discrimination et a considérablement réduit l'impact des efforts en matière de prévention et de soins* »²⁰². Offrir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes dans les pays en développement d'ici la fin 2005, tel est l'objectif que l'OMS s'est fixé en décembre 2003. Le programme VIH/sida de l'OMS intitulé « *Investir sans une riposte globale du secteur de la santé au VIH/sida* » qui s'étend sur la période 2004 et 2005, intègre tout un éventail de services relatifs au VIH/sida, notamment en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Le programme VIH/sida de l'OMS regroupe les activités des cinq domaines suivants : information stratégique, sensibilisation et politique, orientation

¹⁹⁹ Dujardin B. *Les politiques de district de santé*. Santé publique 1994, 4 :339-355.

²⁰⁰ Viens P. Le GPA attendait des PNLs une soumission totale...*Le Journal du Sida*, 1996; 86: 106-108.

²⁰¹ D. Kerouedan. *Douze ans d'épidémie de sida en Côte d'Ivoire Afrique de l'ouest : analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1998. Bilan et perspectives*. Thèse de Doctorat en Epidémiologie et Santé Publique. Faculté de Médecine. Université de Nancy. 1998.

²⁰² OMS. Plan VIH/sida 2004-2005.

technique et normative, renforcement des capacités nationales, recherche opérationnelle et gestion des connaissances.

Le plan de l’OMS est « *plutôt un cadre pour élaborer des plans de travail détaillés, avec les activités à court-terme et les responsabilités spécifiques requises pour réaliser le plan à tous les niveaux de l’organisation.* » Les pays doivent avoir une constitution exceptionnelle pour accepter depuis 1987 de faire des plans avec l’OMS!

Néanmoins cette fois, l’approche est sans doute pertinente: une dynamique qui intègre les systèmes de santé dans leur ensemble, des outils de formation excellents, tous les niveaux des professionnels de la santé, une décentralisation des activités à l’œuvre où chaque acteur social prend toute sa part, c’est la stratégie à laquelle on croyait il y a vingt ans...

Selon le rapport de l’OMS paru fin 2004, grâce aux partenariats des différents programmes sur le terrain, 700 000 patients étaient sous traitement anti-rétroviral sur les 6 millions patients éligibles dans le monde. En Afrique subsaharienne, le nombre de patients sous ARV a doublé, passé de 150 000 à 310 000 en six mois au cours de l’année 2004. L’Ouganda et la Thaïlande devraient parvenir en 2005 à traiter 50% des patients éligibles. L’Afrique réunit à elle seule 72% des besoins non couverts par l’Initiative 3x5 jusqu’ici. Il y a encore du travail.

V.5.2. Le Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF)

L’UNICEF a beaucoup œuvré sur le terrain en faveur de la réalisation du Programme Elargi de Vaccination (PEV) pendant deux décennies, appuyée par la France qui apporte son expertise technique, son soutien logistique et son appui financier dans le cadre des programmes de l’OCCGE²⁰³ en Afrique de l’ouest, et contribue à l’époque de manière considérable aux décisions politiques et stratégiques liées aux programmes d’immunisation.

En prenant en compte les contraintes budgétaires des Etats, l’UNICEF propose en 1987 à travers l’ « Initiative de Bamako », une première approche de co-financement de la santé par les usagers des services de soins, et de recouvrement des coûts (actes et médicaments) des centres de santé de base en milieu rural africain²⁰⁴.

Dans le domaine de la lutte contre le sida, l’UNICEF, qui avait pourtant longtemps appelé à la prudence les partenaires africains et internationaux tentés de dissuader les mamans de l’allaitement maternel exclusif des enfants nés, même de mères séropositives²⁰⁵, se voit confier dans le cadre des attributions du Programme Conjoint

²⁰³ Organisation de Coordination et de Contrôle des Grandes Endémies

²⁰⁴ Knippenberg R., Alihonou E., Soucat A., et al. *Implementation of the Bamako Initiative, strategies in Benin and Guinea (1997)*. International Journal of Health Planning and Management 1997, vol 12 supplément 1 (June).

Soucat A. Lévy Bruhl D., de Béthune X, et al. *Affordability, cost-effectiveness, and efficiency of primary health care, the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea (1997)*. International Journal of Health Planning and Management 1997, vol 12 supplément 1 (June).

²⁰⁵ OMS/UNICEF. Allaitement maternel et sida: faire un choix bien renseigné. Résumé de la Déclaration de Consensus de l’OMS/UNICEF sur l’allaitement maternel et la transmission du sida. Genève 1er mai 1992.

ONUSIDA, la responsabilité de la mise en œuvre de programmes pilotes de prévention de la transmission du VIH (durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement) de la mère à l'enfant (PTME).

Ces programmes PTME initialement pilotes, sont rapidement suivis d'un passage à l'échelle des activités de PTME, dont les résultats semblent contrastés du fait : (i) de la faible utilisation des services maternels dans la plupart des régions du monde en particulier pour l'accouchement, (ii) de taux variables d'acceptation du dépistage volontaire par les femmes enceintes, (iii) du faible retour des mères dépistées séropositives, (iv) du manque de ressources humaines pour suivre les patientes à la fois sur la plan obstétrical et leur apporter un soutien psychologique et social de qualité une fois le dépistage effectué, (v) des dysfonctionnements des services de santé maternels, dont les services de gynéco-obstétrique qui manquent cruellement des équipements les plus élémentaires, telles que des boîtes d'accouchement pour garantir la sécurité sanguine vis-à-vis de l'infection à VIH²⁰⁶, (vi) de la faible capacité des équipes pays de l'UNICEF à suivre et évaluer les interventions et les programmes, une fois terminée la formation des personnels de santé (d'une durée de cinq jours) et une fois les « kits PTME » distribués aux personnels de santé. Sans mentionner les problèmes liés à l'intolérance des femmes à la Névirapine et aux résistances à la NVP des femmes séropositives bénéficiant d'une trithérapie aux décours de l'accouchement.

V.5.3. Le Programme Conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida (ONUSIDA)

Le programme conjoint de l'ONUSIDA a été créé en 1995 en substitution au Programme Mondial de lutte contre le SIDA que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait mis en place en 1987. L'ONUSIDA, dont le siège est à Genève, est un programme coparrainé par différentes agences onusiennes (OMS, UNESCO, UNICEF, PNUD, FNUAP, Banque Mondiale), qui coordonne toutes les actions qu'elles mènent contre la pandémie en s'appuyant sur un effectif réduit. L'agence est dotée d'une structure tripartite qui comporte les organes suivants :

- le Directeur exécutif, nommé par le Secrétaire Général des Nations Unies, chef du secrétariat du Programme. Le titulaire actuel est, depuis 1995, le Dr. Peter PIOT (de nationalité belge).
- un Conseil de coordination de Programme (PCB) comportant des représentants des Etats (22), élus pour des mandats de trois ans par l'ECOSOC, les représentants de cinq ONG, les représentants des six agences co-parrainantes. Nous y partageons un siège avec l'Allemagne en vertu d'un système de rotation qui nous accorde 7 années de présence sur un cycle de 15 ans au sein du Groupe occidental (WEOG).
- un Comité des agences co-parrainantes (CCO) qui regroupe les représentants des 6 agences impliquées dans la mise en oeuvre de ce programme

²⁰⁶ On arrive ainsi à un paradoxe inouï : on prévient (en partie) la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais on ne s'assure pas de la protection des mamans séronégatives, qui, du fait de l'insuffisance des petits matériels et des conditions d'hygiène des structures de soins, sont exposées au risque de transmission sanguine du VIH en venant accoucher à la maternité !

et qui étudie avec le Directeur exécutif les orientations, les programmes et les projets de budget du programme avant leur examen au PCB.

Dans les pays, le Programme est mené à bien sous couvert des autorités nationales de santé et par le biais du coordinateur résident du PNUD, du conseiller local d'ONUSIDA et de "groupes thématiques" associant aux autorités locales, les représentants des agences onusiennes et les Associations de lutte contre le SIDA.

Le Budget intégré pour le biennium 2002-2003 d'un montant de 378 MUSD est alimenté uniquement par des contributions volontaires et les ressources des coparrains.

Les principaux contributeurs à ONUSIDA sont les Etats-Unis (15 MUSD), suivis des Pays-Bas (14,9 MUSD), de la Norvège et du Japon.

Au 1er janvier 2003, ONUSIDA employait 225 personnes dont 19 français (taux de présence de 8,5 %). Nos compatriotes forment le premier contingent national, juste avant les Américains (18 agents) et les Britanniques (12 agents) Il s'agit cependant de notre plus faible présence dans une organisation du site genevois où notre moyenne se situe autour de 16%. En outre, seuls 10 français sont présents parmi les 159 administrateurs que compte ONUSIDA et aucun d'entre eux n'occupe un poste de direction. Cela étant, il est à noter qu' ONUSIDA n'a pas de politique de recrutement bien établie et n'applique pas de système de répartition géographique des postes. L'encadrement d' ONUSIDA reste donc très anglophone.

V.6. Participation de la France aux programmes multilatéraux dans le secteur de la santé

V.6.1. Les Contributions obligatoires de la France aux Nations Unies

Pour ce qui concerne les agences des Nations Unies relatives au secteur de la santé, la France ne verse de contributions obligatoires qu'à la seule OMS en 2003. L'ONUSIDA, l'UNICEF, le FNUAP et par ailleurs le FM et le programme GAVI ne reçoivent de la France que des contributions volontaires, parce que ce sont des programmes de coopération non dotés de contributions obligatoires.

Les contributions obligatoires de la France à l'OMS²⁰⁷ sur la période 2000-2004 se résument comme suit : (en US dollars)

2000	2001	2002	2003	2004	2005
27.676.580	27.676.580	26.804.338	26.804.338	27.931.895	26.434.668

Sur ces enveloppes, le sida représente 0.75 millions de dollars par an, soit 6% du budget de l'OMS et le paludisme 0.6%²⁰⁸.

²⁰⁷ Contributions à la PAHO non incluses de l'ordre de 200 000 dollars par an.

²⁰⁸ Source : Direction des NUOI/MAE.

V.6.2. Les Contributions volontaires de la France aux Nations Unies

Les contributions volontaires de la France aux organisations du système des Nations Unies de référence pour la santé sont présentées ci-après, et restent très faibles mises en perspective des contributions des autres pays notamment anglo-saxons, comme présenté plus haut dans le document.

En 2002, une note de la Direction des Nations Unies et Organisations Internationales du MAE proposait au Gouvernement de revenir au positionnement de la France de 1992 dans les institutions multilatérales et d'augmenter les contributions volontaires de 11 millions d'euros par an sur la période 2003-2007 par institution onusienne (OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, PAM, FNUAP, etc.) ce qui placerait la France dans les 10 premières places des donateurs de ces organismes²⁰⁹.

En 2004, selon l'Ambassadeur de la *Mission Permanente de la France auprès des Nations Unies et des Organisations Internationales* à Genève, « l'augmentation continue des contributions volontaires pour financer les activités des organisations internationales dont certaines ne reçoivent aucune contribution obligatoire (ONUSIDA et Fonds Mondial), conduit à s'interroger sur la place de la France dans ce type de financement qui conditionne de plus en plus le rôle que peut jouer un pays dans les différentes instances du système des Nations Unies. »²¹⁰.

L'étude permet de classer la France au sein des institutions plus directement concernées par la santé. Les contributions volontaires de la France aux Nations Unies sur la période 2001-2003 et le rang occupé par la France sont présentées en annexe 12.

La France occupait sur la période 2000-2001 la 16^{ème} place pour les contributions volontaires des pays membres de l'OMS et la 15^{ème} place en 2002, avec des contributions respectives de 4.3 et 3 millions de dollars. En 2003, la contribution volontaire est de 5 138 250 dollars, ce qui place la France au 16^{ème} rang des donateurs.

La France a en outre versé 30 millions d'euros pour l'éradication de la polio sur 2004-2006 (10 millions d'euros déjà versés), et 4 millions d'euros versés le 31 décembre 2004 pour pallier les conséquences du Tsunami survenu le 26 décembre en Asie, soit une contribution totale en 2004 en direction de l'OMS de près de 20 millions de dollars. Sur la Loi de Finances Rectificative 2004, versés en 2005 : une augmentation de 20 millions d'euros des contributions de la France a permis de dégager 1.7 millions de dollars supplémentaires pour l'OMS.

Les contributions volontaires de la France à l'UNICEF en 2003 s'élèvent à 11 984 267 USD, ce qui place notre pays au 14^{ème} rang des donateurs. Plus 4 millions de d'euros après le Tsunami.

²⁰⁹ MAE. Direction des Nations Unies et Organisations Internationales. Contributions volontaires aux organisations du système des Nations Unies et augmentation de l'APD française : propositions pour les cinq prochaines années. Novembre 2002.

²¹⁰ Note de l'ambassadeur de France auprès des agences des Nations Unies à Genève, adressée à la Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales du Ministère des Affaires Etrangères. *Contributions volontaires et place de la France dans les organisations internationales*. Janvier 2004.

Contributions volontaires totales

Sur l'exercice 2000-2001, la France arrive au 13^{ème} rang des donateurs à l'ONUSIDA avec une contribution volontaire de 2,6 millions de dollars, et elle n'est qu'au 16^{ème} rang en 2002 avec 1.1 millions de dollars, loin derrière les Pays Bas (36 millions USD), les Etats-Unis (35 millions USD), la Belgique (11 millions USD) et le Royaume Uni (9.7 millions USD). En 2002, nous ne nous situons qu'au 16^{ème} rang, avec 1.2 millions de dollars.

Contributions volontaires au budget général

Sur l'exercice 2000-2001, la France est au 22^{ème} rang et en 2002 au 19^{ème} rang. Elle retombe au 20^{ème} rang des donateurs au budget général en 2004, avec 553.483 USD.

Sur la période 1995-2003, la France arrive pourtant au 12^{ème} rang des donateurs : ce chiffre témoigne d'une forte décre de nos contributions depuis la création du programme, par rapport au 1^{er} rang que nous détenions en 1995 avec 3.4 millions de dollars.

V.6.3. L'aide multilatérale du Ministère des Affaires Etrangères

Jusqu'en 2003, et sur la période 2001-2003, 41% du total des projets gérés par le MAE, soit 75 millions d'Euros, transitent par le canal multilatéral²¹¹ et 59% par le canal bilatéral. Ceci peut paraître équilibré mais, selon le Groupe Sectoriel Santé, masque en fait « *un recul considérable et particulièrement préoccupant des contributions volontaires de la France aux agences des Nations Unies* » de référence pour la santé et le sida (OMS, ONUSIDA, et UNICEF) sur la période 2001-2003.

La volonté de participation du DDCT/MAE aux programmes multilatéraux de santé se renforce dans les années 2000, même si la Direction des Nations Unies et Organisations Internationales du MAE et la DGCID admettent que les contributions financières du gouvernement aux organismes onusiens restent faibles, et si les moyens humains mis à disposition de ces agences, sont encore trop modestes pour atteindre l'envergure, le pouvoir et l'influence souhaités.

V.6.3.1. Programmes multilatéraux avec l'OMS

La France est le 4^{ème} contributeur au budget régulier de l'Organisation (23 ME de contribution obligatoire en 2003) mais ses contributions volontaires avaient beaucoup faibli (2,45 ME en 1994, réduits à 0,4 ME en 2000). Par la mise à disposition de personnels, des coopérations spécifiques dans la Zone de solidarité prioritaire et des contributions à des programmes particuliers tels que l'éradication mondiale de la poliomyélite, ce chiffre est toutefois remonté à 0,95 ME en 2003.

La conclusion en 2003 d'un accord cadre de coopération ente l'OMS et la France a renforcé la prise en compte de nos trois priorités : protection de la santé publique mondiale, promotion de l'accès aux soins et aux médicaments, et renforcement des systèmes de santé. La sécurité

²¹¹ cf. liste des FSP mobilisateurs en annexe 10

routière est un autre sujet dont l'importance fut soulignée par la tenue à Paris, sous le patronage du Président de la République, du lancement de la Journée mondiale de la Santé 2004.

Depuis l'installation du Bureau à Lyon en 2000, des événements mondiaux comme les attaques terroristes, la pandémie de SRAS et la diffusion délibérée de spores de charbon ont mis en lumière la nécessité de systèmes efficaces d'alerte et d'action pour protéger la sécurité sanitaire nationale et mondiale. La justification donnée à l'installation du Bureau de l'OMS à Lyon reste plus que jamais d'actualité.

Depuis la modification de la représentation des membres « semi-permanents » (présence de 3 ans sur 6), la France était absente du Conseil exécutif de l'OMS ; elle y est revenue le 1^{er} janvier 2003 et pour trois ans. Le Dr Lee a aussi nommé une Française, Mme Catherine Legalès-Camus, au poste de Sous-directrice générale en charge des maladies non-transmissibles et de la santé mentale.

Au Bureau régional pour l'Europe, la présence de Français parmi le personnel de l'organisation était faible : deux professionnels sur budget régulier pour un effectif de 350 personnes. L'élection du Dr. DANZON à la tête de ce bureau nous a toutefois permis de retrouver une présence conforme à nos ambitions, et notre compatriote est seul candidat à sa réélection au cours de la réunion du bureau qui se tient en septembre 2004.

Enfin, la Ville de Lyon accueille depuis 30 ans le Centre International de Recherche sur le Cancer créé lors de la 18^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé et qui a pour vocation de promouvoir la collaboration internationale en matière de recherche sur le cancer. Notre contribution pour 2004 s'élève à 1 ME. Lyon accueille également depuis février 2001 le "Pôle" de l'OMS pour la surveillance et l'alerte mondiale des maladies transmissibles, dont le SRAS a bien souligné l'importance, et qui accueille désormais deux de nos jeunes experts associés.

La contribution du MAE (DDCT) à l'OMS sur la période 2001-2003 se concrétise sous la forme de des programmes suivants:

1. L'appui aux programmes relatifs à la lutte contre les maladies de la Cécité, Onchocercose en particulier, co-piloté par la Banque Mondiale. Deux médecins français spécialistes en Ophtalmologie, sont en appui à ces programmes.
2. Le MAE appuie aussi les programmes de lutte contre la Trypanosomiase, le Paludisme, le Fonds Polio avec un versement de 10 millions d'euros par an sur trois ans.
3. L'Accord-cadre signé en 2003 entre l'OMS, le MAE conjointement avec le Ministère français de la Santé (cf. plus loin), pour un montant total de 3,8 millions d'euros en lien avec l'Institut National de Veille Sanitaire, qui envoie un expert à la disposition du Pôle de Lyon sur le poste de coordinateur du programme d'Epidémiologie.
4. Sur la période 2004-2007, le MAE vient en appui de l'OMS et de la politique du Médicament dans le cadre d'un FSP mobilisateur bi-

multilatéral intitulé « *Politique pharmaceutique : appui aux Etats de la ZSP* » approuvé par le Comité Directeur des Projets la semaine du 25 octobre 2004 qui prévoit non seulement un appui aux politiques pharmaceutiques des pays de la ZSP, mais aussi un appui au processus de pré-qualification des fournisseurs et des médicaments par l’OMS. Un expert du MAE est placé auprès du Département Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques de l’OMS.

V.6.3.2. Programmes multilatéraux avec le Programme commun des Nations Unies pour le sida (ONUSIDA)

Le Programme de Partenariat pour l’Afrique de l’ONUSIDA a été soutenu par la France à hauteur de 1.5 millions d’euros dans le cadre duquel un Réseau Sud-Sud entre le Brésil, la France et l’ONUSIDA a été encouragé sur le thème du financement de l’accès aux soins et de l’accès aux traitements après le lancement de l’Initiative d’Accès aux traitements ARV par l’ONUSIDA en 1998.

Compte tenu des contraintes pesant sur le chapitre budgétaire consacré aux contributions volontaires aux institutions internationales, la contribution de la France à ONUSIDA (versée par le MAE/NUOI) a régulièrement baissé au cours des dernières années, passant de 17 MF en 1995 à 7,5MF en 2000. En raison de difficultés conjoncturelles²¹², il n'a pas été possible de verser de contribution conséquente au titre de 2001 (38.000 € seulement). Pour 2002, la contribution s'est élevée à 500.000 €. Pour 2003, notre contribution volontaire se montera à 445.000 € (soit moins de 0? 5% des ressources totales d'ONUSIDA).

La modicité de sa contribution ne permet pas à la France de figurer dans la liste des 15 premiers contributeurs répertoriés par ONUSIDA et est en net décalage avec notre volonté de participer pleinement aux actions de cette organisation.

A cette contribution s'ajoute l'effort de la direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID): La DDCT a alloué en 2001 une subvention affectée de 1,5 Millions d’euros pour financer la mise à disposition de deux experts au siège, un appui au partenariat international pour l’Afrique lancé fin 2000 et un soutien à la préparation de la conférence de Dakar.

Pour 2002, la DGCID a proposé une nouvelle subvention de 700 000 euros, qui servira notamment à financer le fonctionnement du réseau d’experts internationaux sur l’accès aux soins dont le secrétariat sera basé au Brésil, à l’Ecole Nationale de santé publique de Rio de Janeiro ainsi qu’à l'appui logistique à l'assistant technique conseiller régional santé pour l'Afrique australe qui sera mis à disposition d'ONUSIDA à Pretoria à mi-temps.

²¹² La contribution française à ONUSIDA pour 2001 qui devait participer au financement d'une réunion à Dakar sur l'accès aux soins n'a pas pu être versée en raison du report *sine die* de la réunion.

V.6.3.3. Programmes multilatéraux avec l'UNICEF

Appui au développement de la santé urbaine

Le MAE a développé depuis 1995 un partenariat renouvelé avec l'UNICEF dans le domaine du développement de la santé urbaine. Nous l'avons décrit. Bien que les évaluateurs aient sévèrement jugé ce projet, nous pensons que les activités financées ont considérablement contribué à l'amélioration de l'offre de soins maternels et infantiles dans les capitales d'Afrique de l'Ouest.

FSP Education des filles, protection de l'enfant et orphelins du sida

L'appui de la France à l'UNICEF s'est poursuivi sur la période 2001-2003 par deux projets FSP : (i) un programme de santé urbaine à hauteur de 1.158 M€ (financement de la décentralisation de l'offre préventive et curative de soins dans les formations sanitaires publiques et communautaires de 5 capitales d'Afrique de l'ouest et de Haïti en continuité avec les actions précédentes) et (ii) un programme « Initiative France-UNICEF » concernant 7 pays d'Afrique de l'ouest pour un montant de 762,245 euros devant contribuer au renforcement de l'éducation des filles.

Sur la période 2004-2005, deux projets FSP Mobilisateur approuvés par le Comité Directeur des projets en janvier 2004, concernant l'appui du MAE à l'UNICEF pour (i) des activités relatives à la Protection de l'Enfant, (ii) le renforcement de la prise en charge des orphelins du sida devraient être mis en œuvre dès octobre 2004 pour un montant total voisin de 4.5 millions d'euros sur trois ans.

V.6.4. Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille en appui aux programmes multilatéraux

Le ministère de la santé joue un rôle important dans les relations entre la France et l'OMS :

- le représentant de la France au conseil exécutif de l'OMS est le Directeur Général de la Santé. En tant que membre permanent du Conseil de Sécurité des Nations Unies, la France a un siège de semi permanent au Conseil Exécutif de l'OMS qui lui permet d'y siéger 3 ans sur 5 actuellement (3 ans sur 6 à compter de 2006). Ce statut lui confère une influence réelle sur la définition des orientations stratégiques de l'OMS ;
- le ministère de la santé dispose, à travers son administration centrale, l'ensemble de l'administration hospitalière, ses services déconcentrés, les agences et instituts placés sous sa tutelle, d'un vivier de professionnels et d'une expertise importante qu'il peut mettre à disposition de l'OMS ;
- le ministère de la santé depuis quelques années finance par des contributions volontaires directes à l'OMS, des projets au siège et dans certains bureaux régionaux, notamment le bureau régional pour l'Europe de Copenhague.

La France représentée par le Ministre de la santé et par le ministre délégué à la coopération et à la francophonie, a signé un Accord Cadre avec l'OMS le 5 novembre 2003,

sur une période de 2003-2006²¹³. Cet accord prévoit des contributions financières des ministères des Affaires Etrangères et du **Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille qui s'est engagé pour sa part, à verser une contribution de 1.5 millions d'euros sur les trois ans de la durée de cet accord**, mais aussi la mise à disposition de l'OMS d'une expertise, via l'ensemble des agences, instituts, établissements publics développant des activités internationales dans le champ de la santé. Les priorités de cette coopération définies dans l'accord cadre sont la sécurité sanitaire mondiale, la lutte contre les maladies transmissibles, notamment Sida, tuberculose et paludisme, la santé maternelle et infantile, la politique du médicament, les maladies non transmissibles et la promotion de la santé. La convention vient en appui du bureau de l'OMS à Genève, du pôle de Lyon et du bureau OMS Euro basé au Danemark. L'Accord cadre vient en appui du bureau de l'OMS à Genève et des bureaux régionaux de l'organisation.

Du côté français (MAE et Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille) cet accord doit servir à renforcer la visibilité de notre action jusqu'au plus haut degré de l'OMS, et à coordonner l'action de tous les services impliqués (DGCID, IRD, IP, etc.) dans une logique de pilotage. L'OMS a souligné sa gratitude envers le gouvernement français pour ses contributions bi-multilatérales, mais soulignent le déséquilibre de l'engagement français en faveur de l'OMD lié à la lutte contre le sida, par rapport aux OMD 4 et 5 de la santé maternelle et infantile sur lesquels l'expertise française est aussi très attendue, tant à Genève que par les partenaires sur le terrain.

En plus de son engagement de 1.5 millions d'euros sur trois ans (qui financera notamment le recrutement d'un expert au sein du réseau mondial de surveillance et d'alerte de l'OMS, d'un expert sur la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et trois programmes de coopération avec OMS Euro dont un portant sur le sida dans les Etats baltes), le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a versé en 2004 une contribution de 1,074 millions d'euros au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), afin de financer la création d'une nouvelle unité de recherche pérenne, dont l'activité sera consacrée à une meilleure compréhension des questions comportementales qui influent fortement sur les habitudes tabagiques dans différentes populations.

La contribution du Ministère de la santé aux programmes multilatéraux s'étend à celle de l'Institut National de Veille Sanitaire au développement de la surveillance et du contrôle des maladies transmissibles et environnementales en Europe et dans le monde. Il coordonne des programmes de surveillance européens : surveillance du VIH / Sida (EuroHIV), de la tuberculose (Euro TB), de la listériose, des effets sur la santé de la pollution de l'air, des activités européennes de formation (Epiet) et d'information (Euro surveillance). L'INVS collabore avec l'OMS et participe ainsi aux réseaux internationaux. Il peut aussi assurer, en lien avec le ministère des affaires étrangères un appui technique auprès de pays tiers, afin notamment d'aider les pays à renforcer leur capacité de surveillance, d'alerte et d'action.

Le positionnement de l'INVS au sein des réseaux sanitaire mondiaux s'effectue à trois niveaux :

- la participation au bureau de l'OMS à Lyon (dont la mission est d'améliorer la préparation et de renforcer les capacités nationales de détection, d'investigation et

²¹³ Contribution du seul Ministère de la Santé

de réponse adaptées aux maladies à potentiel épidémiques et maladies émergentes) ;

- la participation au réseau global d'alerte et de réponse (GOARN) de l'OMS ;
- la collaboration avec le bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Le Ministère de la Santé et l'INVS sont en outre très impliqués dans le processus de révision du Règlement Sanitaire International, engagé en 2004 et qui devrait aboutir à l'adoption du règlement révisé lors de l'Assemblée Mondiale de la santé en 2005. Ce Règlement est essentiel pour la sécurité sanitaire mondiale et l'amélioration de la santé des populations, puisqu'il vise à limiter la propagation des maladies, en évitant le plus possible les entraves aux échanges internationaux. La révision du Règlement sanitaire international (RSI), une entreprise majeure qui s'est poursuivie de 2002 à 2004, à laquelle la France a largement contribué. Il est largement reconnu que la protection de la santé des habitants du monde entier exige de modifier le Règlement de façon significative. Le Règlement actuel ne couvrant que trois maladies (le choléra, la peste et la fièvre jaune), qui dépendent uniquement de leur déclaration par les pays, on se dirige vers la notification de toutes les questions de santé publique pouvant constituer des urgences internationales. Le projet de révision du Règlement détermine les capacités de base en santé publique que doit avoir un État Membre pour détecter et étudier les risques sanitaires et y répondre ainsi que les urgences réelles d'importance internationale dans le domaine de la santé publique. L'OMS offrira des conseils supplémentaires pour définir les exigences en matière de surveillance et d'action au niveau des pays et offrira une assistance technique aux États Membres pour améliorer leur préparation aux urgences sanitaires.

Le ministère a souhaité favoriser la mise à disposition des programmes de l'OMS de l'expertise d'ESTHER pour accompagner au mieux l'action de l'OMS en la matière. Un accord entre ESTHER et l'OMS a été élaboré pour renforcer ce partenariat et a été signé le 25 octobre avec l'OMS. Dans le même esprit le GIP ESTHER a signé une convention avec le Fonds Mondial.

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a mis à disposition du département VIH/Sida, tuberculose et paludisme de l'OMS à Genève un expert pour une période de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2004 et finance également la mise à disposition d'un expert français à l'OMS sur le thème des ressources humaines en santé.

Le ministère soutient enfin les actions de coopération entre l'OMS et le Réseau des ingénieurs sanitaires dans le cadre de missions d'urgence portant sur des épidémies de maladies d'origine hydrique, essentiellement de choléra. Ses missions sont effectuées à la demande de l'OMS, sur des crédits du Ministère des affaires étrangères, et les ingénieurs sont mis à disposition ponctuellement par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, le plus souvent par les DDASS ou DRASS.

Le ministère de la santé a enfin développé depuis quelques temps son investissement dans le champ de la santé environnementale. Suite à l'annonce du plan national de santé environnementale, à la conférence de Budapest sur la santé environnementale, le ministère a accueilli à Paris le Comité environnement et santé. Ce comité qui dépend du bureau régional de l'OMS à Copenhague, a pour but de suivre la mise en œuvre du plan d'action adopté par la conférence de Budapest. Il se compose de 10 Etats membres de la région Europe de l'OMS,

de représentants de la commission européenne et d'autres organisations internationales. La France vient de prendre la Présidence de ce comité pour trois ans.

Le ministère de la santé participe aux travaux des comités techniques du Fonds Mondial et aux réunions de coordination de la position française pour cette instance. De même, pour l'ONUSIDA, le ministère est présent dans la préparation des réunions et y participe.

VI. SIXIEME PARTIE

Positionnement international de la France dans le domaine de la Coopération au développement de la Santé

VI.1. Positionnement de la France sur les politiques et stratégies internationales de santé

VI.1.1. La France adhère de manière décalée aux politiques et stratégies internationales de santé

La France n'a pas, semble-t-il, participé en 1978 à l'élaboration des stratégies relatives au concept de soins de santé primaire lancées par l'OMS à Alma Ata, ou à celle de l'Initiative de Bamako proposée par l'UNICEF en 1987 au Mali. Non seulement la France n'est pas présente au moment où s'élaborent les stratégies internationales de développement sanitaire, mais elle y adhère de façon décalée: il faut attendre le début des années 80 pour que le ministre de la Coopération française, alors Jean-Pierre Cot, prenne conscience du nécessaire « *décloisonnement de l'action médicale pour l'intégrer au contexte global de développement* »²¹⁴ et pour que la France adhère officiellement, et au moins théoriquement, aux politiques sanitaires internationales des soins de santé primaires énoncées depuis Alma Ata par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès 1978 !

Cette prise de conscience est néanmoins insuffisante à orienter différemment et de manière opérationnelle les stratégies de santé de l'Administration dont les habitudes sont tenaces. L'inadaptation de nos actions est confirmée encore quelques années plus tard: « *les systèmes de santé des pays en développement souffrent d'inadaptation et en particulier de surdéveloppement des structures hospitalières face à une pathologie qui relève avant tout d'actions extra-hospitalières* »²¹⁵. La décennie se passera pourtant sans que la stratégie soit repensée.

Signalons encore la demande adressée en 1989 par le ministre Jacques Pelletier à l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales (IGASS) de réaliser un audit de « *l'ensemble des orientations, moyens et actions de la Coopération française dans le domaine de la santé et du développement social* »²¹⁶. **Cet audit invite déjà à plus de cohérence entre le discours et les actions et regrette l'insuffisance des moyens mis en œuvre !**

Des résultats de cet audit et de l'« année de la santé » (1990) découlent, sous l'impulsion du Ministre de la Coopération M. Debarge, suivi par le ministre Roussin, une série de nouvelles orientations pour la décennie 90 : augmentation significative des moyens financiers et humains au service d'une « approche projet intégrée » où la santé publique et l'analyse économique du secteur de la santé prennent une dimension sans précédent. C'est la période la plus novatrice de la sous-direction de la Santé et du Développement Social dirigée par M. JF Desmazières, où une approche valorisant la santé publique (au sens large), en complément d'une approche de coopération médicale plus traditionnelle, est mise en œuvre sur le terrain par des équipes de Conseillers santé et d'AT compétents et motivés.

²¹⁴ Cot J.-P. *A l'épreuve du pouvoir*. Paris : Le Seuil. 1983 : 219.

²¹⁵ Michel Aurillac cité par B. Floury. *Le discours de la Coopération française en matière de santé depuis les indépendances*. in Rapport OCPF 1998. Karthala, 1998. 161-179.

²¹⁶ Ministère de la Coopération et du Développement. *Rapport d'activités de la sous-direction de la santé et du développement social, 1990-1991-1992*. Ministère de la coopération et du Développement, 1992.

Les nouveaux acteurs du développement sanitaire, que sont la Banque Mondiale et la Commission Européenne dans les années 90, et les stratégies qu'ils avancent, en même temps que l'adhésion ambiguë retardée, comme contrainte et forcée, et d'ailleurs non exclusive, du Ministère des Affaires Etrangères aux politiques sanitaires élaborées sous l'égide onusienne du couple OMS-Banque Mondiale, interviennent de façon croissante sur le choix des stratégies de la coopération sanitaire du MAE dans les pays du Sud : les choix stratégiques annoncés par la DGCID en 1999, ne sont autres, dans leurs grandes lignes, que ceux préconisés par l'OMS et la Banque Mondiale depuis déjà plusieurs années, et dont l'Union Européenne ne se démarque pas elle non plus.

Les mots clés retrouvés dans chacun des documents de référence sur les orientations de ces institutions sont les suivants: appui à la réforme des systèmes de santé, appui institutionnel aux services publics de l'administration de la santé, appui aux politiques pharmaceutiques nationales, disponibilité des médicaments essentiels en périphérie, organisation du district de santé, intégration des activités curatives et préventives, autonomisation budgétaire des structures de soins, décentralisation et implications des collectivités locales, appui au financement du secteur santé, cofinancement et cogestion des soins par la population, valorisation des ressources humaines, qualité des soins, appui au développement d'un secteur de soins privé, etc.

Ce qui distingue la Banque Mondiale des autres acteurs (mis à part qu'elle finance les actions de développement de façon prédominante à travers des prêts et non des dons), est la position qu'elle défend publiquement sur le financement des soins et le choix de ses priorités sanitaires sur la base d'une analyse du rapport coût/efficacité des interventions: seuls les soins de santé primaires de base et certains programmes de santé publique devraient être financés par l'Etat (du pays bénéficiaire) préconise la Banque Mondiale, pendant que les soins hospitaliers plus coûteux ne concernant qu'une partie de la population, devraient être financés par les usagers eux-mêmes, ou par des assurances privées mises en concurrence et offrant divers services²¹⁷. Ceci fait bien référence au modèle américain de prise en charge des soins. Ce point est loin de faire l'unanimité des partenaires nationaux et internationaux, étant donné le niveau de vie des populations concernées et l'absence quasi-totale de mécanismes privés de financement de la santé dans nombre de pays du Sud. Ceci dit, les positions de la Banque Mondiale sur la question du financement de l'hôpital et de l'offre de services pour les pauvres évoluent²¹⁸.

Les institutions internationales ont en commun de n'avoir sur le thème de l'hôpital aucune stratégie de financement à proposer dans ce contexte : les coûts de prise en charge, même au niveau intermédiaire, dépassent la capacité et des ménages et des administrations nationales. **A cet égard la France continue d'occuper une place de référence sur le terrain, puisqu'elle s'implique davantage que ses partenaires en appuyant les autorités sanitaires à la définition de politiques hospitalières, en mettant une assistance technique spécialisée à la fois médicale et gestionnaire dans ces hôpitaux, en explorant de nouvelles modalités de financement des soins, y compris pour le financement des soins hospitaliers.**

²¹⁷ Banque Mondiale. *Rapport sur le développement dans le Monde. Investir dans la Santé*. Banque Mondiale, Washington. 1993.

²¹⁸ Banque Mondiale. Rapport annuel 2004.

Mis à part ce point, la France adhère dans un premier temps du bout des lèvres à des politiques sanitaires internationales élaborées et décidées en dehors d'elle, alors qu'elle pourrait largement contribuer, non seulement financièrement, mais encore plus techniquement, à la définition des politiques et stratégies, à la conceptualisation de pratiques innovantes sur le terrain, à l'évaluation de ces dernières, à leur orientation, etc.

Les résultats des interventions financées dans le cadre des projets bilatéraux, pourraient inspirer la définition de politiques et stratégies françaises de santé urbaine, d'offre hospitalière de soins, de lutte contre le sida, de financement des soins, qui pourraient nourrir à leur tour la conception de stratégies internationales qui sont loin de répondre à la complexité des besoins, des problèmes et des enjeux de la santé publique des pays en développement. Les éléments fournis par les évaluations externes des FSP du secteur de la santé, d'une richesse considérable pour la plupart, pourraient alimenter bien sur cette démarche, si tant est que les évaluateurs sachent valoriser ce qu'il faut retenir et promouvoir de ces expériences.

Si les équipes de la DGCID sont sans doute déstabilisées par les évaluations externes des projets relatifs à la santé urbaine, pour le moins négatives, les autorités sanitaires des pays de leur côté, continuent en 2003 de demander à la France de poursuivre ce type d'interventions, de prendre même le leadership sur le terrain dans le domaine du développement de politiques de santé urbaine, qu'aucune agence internationale ne choisit d'appuyer, mais ces autorités adressent cette demande à la France seulement, donc à sa représentation bilatérale²¹⁹.

En résumé, la France pourrait mieux prendre conscience des atouts et des avantages comparatifs de sa stratégie, de son identité bilatérale, pour alimenter la réflexion multilatérale qui en a besoin sur ses thématiques d'expertise. Les partenaires internationaux eux aussi, à l'instar des partenaires nationaux, demandent à travailler davantage avec l'expertise française et les institutions de mise en œuvre de l'aide publique, DFID, la GTZ, la Commission européenne le souhaitent et l'attendent, notamment sur le développement de partenariats public-privé dans les Etats africains.

Ses pratiques de terrain et son excellente connaissance du terrain et des institutions nationales, reconnues de tous et rappelées constamment par les partenaires africains eux-mêmes, constitueraient des atouts majeurs de la France à la conception de politiques et de stratégies plus réalistes quand à leurs ambitions, et plus opérationnelles quant à leurs modalités de mise en œuvre. Son influence au côté de la communauté internationale à cet égard, n'enlèverait rien à l'identité et à la spécificité des interventions qu'elle choisit de soutenir à l'échelle des pays et des avantages comparatifs qu'elle se propose de valoriser, bien au contraire, la position française ne peut qu'enrichir le contenu des stratégies internationales sur des thématiques non ou insuffisamment explorées.

Sans doute faudrait-il que la France soit présente dès en amont de l'élaboration de ces stratégies, à l'instar de la Coopération britannique DFID, qui a : 1. la capacité de mobiliser les centres de recherche universitaires sur des thématiques très diverses et très pointues, et 2. mettre en place très rapidement en appui aux études, une expertise de moyenne durée (4 à 6 mois).

L'exemple de la contribution française à la Stratégie Fast-Track dans le secteur de l'Education est illustratif : la France fait appel à une institution de recherche, conduit une

²¹⁹ CREDES. Evaluation du projet FSP en appui à la commune de Niamey II. Niger. Rapport final. Décembre 2003.

analyse comparative des systèmes éducatifs en Afrique anglophone et francophone, communique ses résultats, dont le responsable de l'étude est ensuite appelé par la Banque Mondiale à définir les orientations stratégiques et les politiques publiques des pays en développement, à l'origine de l'Initiative internationale Fast-Track, dont la France, fondatrice de la stratégie, fait partie des 20 donateurs.

De même sur le VIH/sida, la France a pu réunir les conditions pour figurer au premier plan sur la scène internationale : engagement politique de haut niveau et constant, mobilisation de moyens financiers et de ressources humaines importants, promotion de travaux de recherche de renommée internationale, participation d'un très puissant réseau de la société civile (privé et communautaire), représentation significative dans les organismes multilatéraux de référence (Fonds Mondial où le président du Conseil Scientifique est français, OMS et ONUSIDA où du personnel français est détaché) et visibilité de l'Ambassadeur itinérant sur le VIH/sida-Maladies transmissibles.

Expertise en santé publique et recherche, mobilisation rapide d'experts, synergie des programmes de recherche et des programmes de santé, insertion à l'internationale de longue durée au travers d'experts nationaux détachés, formation diversifiée, telles semblent être les pièces clés à réunir pour être là au moment opportun de la définition des politiques internationales, l'ensemble étant valorisé et appuyé par une volonté politique forte de longue haleine accompagnée de moyens humains et financiers à la hauteur.

VI.1.2. L'année 2004 en préparation du Sommet des Nations Unies en 2005

Notons tout de même, que la place de la France dans le débat international sur le secteur de la santé, et sans doute sur la coopération au développement, est croissante sur la période 2000-2005, avec :

1. une contribution politique et technique remarquable lors de l'élaboration des OMD en 2000, pour distinguer un objectif relatif à la pandémie de sida des autres OMD de la santé et définir l'OMD 6, et attirer davantage l'attention de la communauté internationale sur les ravages de la pandémie de sida
2. un très fort engagement politique du chef de l'Etat en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire, dont la volonté de rénovation du dispositif français de la Coopération, dans un esprit de partenariat et un souci d'efficacité, « *avec la détermination de prendre toute sa part dans la réalisation des OMD²²⁰* », est une expression.

En témoignent aussi la forte représentation et participation du MAE et de l'AFD à la réunion d'échanges sur le contenu du rapport du Projet du Millénaire présenté par J Sachs à Londres en octobre 2004, la note adressée par la France à ce projet début novembre 2004,

²²⁰ Rapport sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Contribution française. Rapport à l'Union Européenne. 29 Octobre 2004.

riche des positions françaises, les travaux récents de M. Landau sur la taxation internationale, la participation de la France aux Forum de Haut Niveau sur les OMD Santé, la Déclaration du Président de la République à Davos au début de l'année 2005 et les travaux qui en découlent.

VI.2. Positionnement de la France sur les politiques et stratégies de lutte contre le sida

Il n'est pas inintéressant de revenir plus spécifiquement sur la perspective historique de développement des partenariats entre la France et les organismes onusiens dans le domaine de la lutte contre le sida, pour mieux situer le positionnement français dans ce domaine et l'articulation des aides bilatérales et multilatérales sur cette thématique, pour se rendre compte à quel point la France a pris position pendant vingt ans, au côté des pouvoirs publics africains et des personnes vivant avec le VIH, sur le thème de la prise en charge des patients atteints de sida, envers et contre tous (y compris les agences multilatérales) dès le début et pendant plusieurs années, défendant ardemment certaines valeurs fortes telles que la santé comme droit (article 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme), et l'équité.

La stratégie de la coopération française de lutte contre le sida en Afrique, a défendu sur le terrain, la pertinence d'actions intégrées de prévention et de prise en charge du sida, et une approche globale impliquant les associations de personnes vivant avec le VIH, plus d'une décennie avant que ces points de vue ne soient partagés, finalement, et enfin, par les organisations internationales de référence, jusque là réticentes à toute action autre que préventive (Programme GPA/OMS).

Il faut attendre 1995 pour que l'OMS se prononce sur une stratégie concernant la prévention de la transmission maternelle du VIH et de la transmission du VIH par le lait maternel²²¹, alors que le Projet Santé Abidjan appuyait la dynamique de réflexion et de définition d'une stratégie de prévention de la transmission maternelle du VIH dès 1992 et les travaux d'un groupe de travail multidisciplinaire, en réponse au constat de très forts taux de prévalence de l'infection à VIH des femmes enceintes à Abidjan (déjà entre 12% à 16% des femmes enceintes selon les quartiers)²²².

L'UNICEF alors très active à Abidjan pour promouvoir dans les CHU son programme de promotion de l'allaitement maternel exclusif dans le cadre des stratégies de « Hôpital ami des bébés » ou « *Baby Friendly Hospital* » ne partageait pas encore les recommandations du groupe de travail du Programme de lutte contre le sida d'Abidjan, qui ont pourtant inspiré

²²¹ OMS/GPA. Effective approaches for the prevention of HIV/AIDS in Women. Report of Meeting. Geneva, February 1995.

OMS/GPA. Counselling for HIV/AIDS: a key to caring. For policy makers, planners and implementors of counselling activities. 1995.

²²² Programme National de Lutte contre le Sida, les IST et la Tuberculose en Côte d'Ivoire. Groupe consultatif de réflexion auprès du Ministère de la Santé. Eléments pour une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Rapport final, Abidjan, juin 1995. Document qui a inspiré les positions de l'OMS et UNICEF par la suite.

bien plus tard les positions de l’OMS, notamment sur la question de l’allaitement maternel des enfants nés de mères séropositives²²³.

Il faut attendre 1996, soit plus de dix ans après le démarrage de l’épidémie en Afrique, pour que les agences de référence des Nations Unies, réunies avec la Banque Mondiale sous l’égide de l’ONUSIDA (créée en janvier 1996), incitent les pays à intégrer les actions de prévention et de prise en charge médicale du sida et vantent les mérites et la pertinence de cette approche globale! A partir de la Conférence Internationale du sida d’Abidjan en décembre 1997, et seulement à partir de la Conférence d’Abidjan, l’ONUSIDA a soutenu les positions françaises. **Pendant plus de 10 ans la France a été la seule agence dans les pays à financer des actions de prise en charge des malades, associant les personnes vivant avec le VIH, même pour les seules infections opportunistes à l’époque.**

La France a été la première agence bilatérale à soutenir à la création des associations de personnes séropositives qui n’existaient pas en Afrique de l’ouest avant 1994²²⁴. Le soutien que la France a apporté à la création des premières associations de personnes séropositives en Afrique de l’ouest et à la participation de celles-ci à toutes les instances de réflexion et de décision à l’échelle des pays, et l’ensemble de son intervention communautaire dans le domaine de la lutte contre le sida, ont contribué à donner une place politique et stratégique des associations francophones de PVVIH au sein des institutions internationales.

Si l’association française AIDES est aujourd’hui vice-présidente du CA du Fonds Mondial, c’est parce que la Coopération française a suscité l’intérêt de AIDES à l’international, et financé dès 1997 la première mission de AIDES sur le continent africain (Abidjan), puis des activités de soutien institutionnel de AIDES aux associations de PVVIH d’Afrique de l’Ouest. AIDES a développé progressivement une expertise sur le terrain africain de la prise en charge du sida soutenue par le gouvernement français dans le cadre de la mise en œuvre d’une approche globale de prise en charge du sida²²⁵. **Ce sont là aussi des expressions de la synergie des interventions françaises sur le terrain.**

Dans le domaine de la lutte contre le sida, l’avantage comparatif de la France est resté constant et fidèle à ses convictions politiques depuis 20 ans : la France apporte son soutien à l’ensemble des interventions de prévention, de dépistage de prise en charge médicale et thérapeutique, soucieuse de soutenir le continuum de soins entre le dépistage et le traitement des personnes séropositives et malades. Il faut rendre à César ce qui est à César et reconnaître l’action véritablement pionnière de la France dans le domaine de la prise en charge du sida en Afrique, tant du point de vue des stratégies que des interventions. La Coopération française accompagnait les autorités sanitaires à définir une stratégie en réponse à un véritable problème de santé publique. Cet exercice n’était pas facile quand il l’opposait aux stratégies internationales.

²²³ OMS/GPA. Effective approaches for the prevention of HIV/AIDS in Women. Report of Meeting. Geneva, February 1995.

OMS/GPA. Counselling for HIV/AIDS: a key to caring. For policy makers, planners and implementors of counselling activities. 1995.

²²⁴ L’association Lumière Action créée avec l’appui de l’Etat français, fête ses dix ans d’existence cette année à Abidjan.

²²⁵ AIDES. Réseau Afrique 2000. Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique. 2^{ème} édition. Janvier 2005.

Par contre, s'il est vrai que les interventions étaient véritablement innovantes sur le terrain, le Département en 1995 à Paris n'a pas su les valoriser et les diffuser, ni au bénéfice des acteurs de sa propre administration, oeuvrant dans d'autres pays, ni auprès des agences des Nations Unies à Genève, pour justement susciter le plus tôt possible une évolution des stratégies internationales, alors qu'il avait tous les éléments, toutes les données et les outils d'aide à la décision sur lesquels argumenter son influence.

Ce n'est qu'à la Conférence d'Abidjan en 1997 que l'ONUSIDA créée en 1996 prend conscience de la pertinence d'une approche globale. Mais il faut encore se battre en 2001 pour amener la communauté internationale dans son ensemble à financer l'achat des ARV sur les dons du Fonds Mondial.

VI.3. Positionnement financier de la France

Sur la période 2001-2003 la France a contribué au financement du secteur de la Santé des pays de la ZSP à hauteur de 184.95 millions d'euros, dont près de 60% (59.4%) sous forme bilatérale et 41% sous forme multilatérale. La contribution de la France au Fonds Mondial en 2004 inverse cet équilibre en faveur de l'aide multilatérale qui représente 65% des financements.

Selon le Comité d'Aide au Développement du CAD en 2002, la part de la santé dans l'APD française est de 4%. La moyenne de cette part pour les pays de l'OCDE est de 11%. Si la France se défend d'être en avance sur les autres pays européens vis-à-vis de leurs engagements à Barcelone en 2002, d'augmenter l'APD à près de 0.4% du RNB en 2006, elle est mal positionnée quant à la part de l'APD qu'elle consacre au secteur de la santé.

VI.3.1. Analyse comparative des contributions bilatérales dans le champ de la santé

A l'échelle des pays, les contributions financières de la France en appui au secteur de la santé des pays où elle intervient sont le plus souvent bien inférieures à ceux de la Commission européenne, de la Banque Mondiale et de la Coopération américaine, mais voisins de ceux de la Coopération allemande et supérieurs à ceux des agences des Nations Unies en faveur des pays.

La Coopération britannique est le plus souvent absente des pays où la France intervient de manière significative (pays francophones d'Afrique de l'ouest, d'Afrique centrale et Océan Indien), mais on a observé la disproportion des contributions volontaires du gouvernement britannique aux agences des Nations Unies, comparées à celles de la France.

L'analyse comparative de la part de l'aide publique totale allouée à la santé révèle les résultats présentés au tableau ci-dessous. La France, l'Allemagne et la Commission européenne ont les financements les plus bas alloués à la santé.

Les autorités de la DCSUR du MAE font remarquer que la comptabilisation de la part de l'aide publique allouée à la santé présentée au CAD, n'inclut pas les salaires des milliers d'experts français mis à disposition par les hôpitaux ou les universités, souvent élevés en France car ce sont en règle générale des praticiens hospitaliers-praticiens universitaires ; de même que les salaires des centaines de postes de faisant fonction d'internes (30 000 euros par an charges sociales incluses) venant des pays éligibles au CAD et assurant comme les internes français des fonctions de praticiens en formation, soit 50% du salaire pour la formation.

Analyse comparative des Coopérations internationales en 2003 et 2004
Tableau récapitulatif des financements bilatéraux et multilatéraux alloués à la santé

	Coopération France	Coopération Belge	Commission Européenne	Coopération Britannique	Coopération allemande	Coopération américaine
Institutions Fixent les stratégies	CICID MAE MINEFI	DGCD	DG/DEV	DFID	Ministère de la Coopération	Congrès
Institutions Chargées des opérations	DGCID AFD	CTB	AIDCO	DFID	GTZ	USAID CDC PEPFAR
Statut de l'opérateur Selon les thématiques	Département ministériel Banque AFD	Société anonyme de droit public à finalité sociale CTB	Agence	Département ministériel	La GTZ a un statut d'entreprise privée appartenant à l'Etat	Agences de statut public
Part de l'APD totale allouée au secteur santé²²⁶ <i>Pour une moyenne des pays du CAD 11%</i>	4%	19%	9 ^{ème} FED : 4.5% des fonds du FED	21%	5%	18%
Volumes d'aide bilatérale santé	2001-2003 185 M€/an	2004 40M€	2003 433.68 M€ soit 5.7% de l'aide totale administrée par AIDCO ²²⁷ 2004 519.32 M€	2003 270 M€ = 385.64M€	Par an 300M€ sida 100 M€ santé GTZ 100 M€ santé KFW	2003 2,163167000\$ aide bi et multi: stabilisation population mondiale et santé

²²⁶ Rapport de l'OCDE 2002 publié en 2003 qui donnent les chiffres sur la période 1999-2001.

²²⁷ Ceci n'inclut pas la contribution des fonds humanitaires ECHO alloués à la santé, de 100 M€ en 2003, ni la part de l'aide budgétaire globale de la CE que les pays allouerait au secteur de la santé, qui n'est pas toujours connue et varie considérablement d'un pays à l'autre : elle est estimée à 1.9% au Nigéria, 18.5% en république Centrafricaine par exemple.

VI.3.2. Analyse comparative des contributions multilatérales et mondiales

On a vu que du point de vue de ses contributions volontaires aux organisations multilatérales, la France arrive au 13^{ème}, 15^{ème} ou au 22^{ème} rang des pays contributeurs à l'ONUSIDA et l'OMS. La contribution française représente 2.3% du montant apporté par le Royaume Uni, 1^{er} contributeur en 2003. De même, la contribution française représente 5.5% de la contribution américaine, 1^{ère} contributeur en 2002, et 4.6% de la contribution américaine à l'UNICEF en 2003.

Dans le domaine de la lutte contre le sida par contre, la France est en 2004 le deuxième contributeur bilatéral et le troisième contributeur international au Fonds Mondial de lutte contre le sida après les Etats-Unis et la Commission Européenne. La contribution du Royaume Uni à ce Fonds pour l'année 2005 et l'engagement croissant de ce pays sur la lutte contre le sida, risque de placer la France en quatrième position des donateurs du FM en 2005, à moins que les contributions de la Commission européenne ne soient révisées à la baisse.

Contributions de la communauté internationale au Fonds Mondial STP en 2004²²⁸ (en USD)

Institution	Engagements	Versements
Etats Unis	546 755 000	360 000 000
Commission Européenne	264 413 350	264 413 350
France	190 839 695	190 839 695
Italie	127 226 463	En attente
Japon	100 000 000	86 126 233
Royaume Uni	60 333 210	60 333 210
Canada	50 000 000	50 000 000
Fondation Bill Gates	50 000 000	50 000 000
Allemagne	45 944 850	45 944 850
Belgique	10 270 518	10 270 518

VI.4. Positionnement en termes de moyens humains

De la description des interventions des organisations bilatérales, nous déduisons à première vue que les ressources humaines allouées à la santé par la Coopération britannique (DFID) et la Coopération allemande (GTZ) sont plus importantes au siège que celles dont dispose la France.

Il serait intéressant cependant, de ramener le nombre de ressources humaines affectées au secteur de la santé, aux montants de financements administrés dans ce secteur, ce qui n'a pu être fait dans le cadre de cette étude pour l'ensemble des coopérations.

La Commission Européenne ne dispose qu'une poignée de personnes au siège en appui à la gestion des fonds européens FED alloués au secteur de la santé des pays ACP, et de très peu d'experts spécialisés en santé publique en appui aux Délégations. Sur le terrain, la France est mieux représentée avec ses 197 assistants techniques et 9 conseillers régionaux de la santé.

²²⁸ Site www.theglobalfund.org

VII. SEPTIEME PARTIE

Problématique et enjeux de l'articulation des aides bilatérales et des programmes multilatéraux dans le domaine de la santé

La France a, jusqu'en 2004, toujours privilégié la mise en œuvre d'une aide bilatérale en appui aux systèmes de santé et à la lutte contre le sida et les grandes endémies dans les pays de sa zone d'influence. La visibilité de la contribution française en appui développement sanitaire des pays en développement passe beaucoup par ce canal bilatéral pour les raisons suivantes qui dépassent de loin la question des volumes financiers mobilisés:

VII.1. La demande et les attentes des partenaires dans les PED

La France est attendue. Or la réponse positive à une attente génère de la visibilité et de la crédibilité. Les partenaires des pays de la ZSP ne comprennent pas que la France puisse envisager se retirer, que ce retrait soit provisoire (contraint du point de vue financier), ou définitif à l'occasion de politiques de concentration et de choix sectoriels. **En cela, il est possible que le choix des ambassadeurs de concentrer les interventions sur des secteurs autres que la santé, comme le font les ambassadeurs des Délégations de la Commission européenne dans les pays, ne corresponde pas aux attentes des pays, ce serait à vérifier dans la le contexte d'une plus grande concertation des pays en vue de l'élaboration des DCP.**

De manière générale la France reste un partenaire privilégié des pays d'Afrique francophone, qu'elle ait ou non participé à l'élaboration des politiques et stratégies internationales de santé, du fait de sa contribution historique et reconnue au développement des services de soins, des hôpitaux, des Facultés de Médecine et des Instituts Pasteur, puis au développement de programmes de santé publique et à la mise en œuvre de stratégies sectorielles dans ces pays, et surtout du fait de la présence de son assistance technique.

La demande des pays à travailler avec la France s'exprime dans des thématiques diverses, telles que la surveillance épidémiologique, l'information sanitaire, le développement de politiques de santé urbaine, la formation des ressources humaines de haut niveau en Médecine, Recherche et Santé Publique, le financement de la santé, le développement de programmes de prise en charge du sida dont le volet relatif au laboratoire (diagnostic et suivi biologique) est très apprécié, etc.

VII.2. Le canal bilatéral est celui par lequel l'expertise française et les avantages comparatifs de la France se distinguent

L'appui au développement de formes diversifiées et innovantes d'offres de soins en milieu urbain, l'appui à la réforme hospitalière, l'appui aux systèmes de surveillance des maladies et aux systèmes d'information sanitaire des services publics, le développement de formes alternatives de financement des soins, l'appui à la prise en charge médicale et thérapeutique du sida et de la tuberculose notamment, l'appui au développement de la recherche médicale et scientifique, au développement des ressources humaines, l'appui institutionnel aux services centraux et régionaux de l'Administration de la santé, dont les services pharmaceutiques, etc. sont autant de thématiques très spécifiques de l'expertise française en Afrique francophone.

Cette influence pourrait être reconfigurée par l'augmentation croissante des financements d'autres coopérations bilatérales telles que la Coopération américaine et la Coopération

britannique dans des zones d'influence classiquement françaises, telles que le Mali, Madagascar, le Sénégal ou la Côte d'Ivoire, ou les pays d'Asie du Sud Est, et ce d'autant plus facilement, que les appuis français sont souvent plus mal valorisés (ou mieux intégrés ?) pendant que la communication et la médiatisation américaines sur la moindre de leurs contributions est tapageuse.

Les ressources humaines et la diversité de l'expertise française, sont une expression très forte du rayonnement intellectuel et de l'action bilatérale de la France : les conseillers régionaux santé du MAE en appui aux ambassades, les assistants techniques en appui aux pouvoirs publics, parfois en appui aux ONG, les conseillers sociaux du Ministère français de la santé en appui aux ambassades ou aux organisations internationales, les chercheurs de l'IRD ou de l'ANRS sur le terrain, les équipes des Instituts Pasteur d'Outre-Mer, sont autant d'acteurs visibles de l'aide bilatérale française. Les experts français sont souvent les plus nombreux sur le terrain, à côté de la GTZ et des projets financés par la Commission européenne. La visibilité de cette expertise française est d'autant plus forte qu'elle est coordonnée et rattachée à une tutelle commune.

Néanmoins, trop rares sont ceux, parmi les assistants techniques, qui s'intéressent aux politiques et stratégies internationales de développement, que la réflexion vienne de la France ou des partenaires nationaux et de la communauté internationale, même dans le domaine de la santé et de la réalisation des OMD. Il serait intéressant d'approfondir les raisons pour lesquelles les assistants techniques ne prennent pas une part plus grande dans la réflexion sur ces stratégies internationales ou françaises. On le voit sur le terrain, cela ne les intéresse pas beaucoup. Or la portée bilatérale de la France pourrait s'exprimer de manière encore plus puissante à travers ce réseau de proximité sur le terrain, qui témoigne le plus souvent d'une expertise très pointue, compétente et spécialisée, mais ne représente pas assez une force de proposition politique et stratégique, réservée finalement au seul « Département » (conseillers régionaux de santé auprès des ambassades ou équipe des chargés de mission à Paris de la DCT à Paris), avec les limites soulignées, et la faible contribution, même du Département, à l'élaboration ou à l'actualisation des politiques internationales de santé.

Seuls les membres actifs de *l'Association des Professionnels de Santé en Coopération* (ASPROCOP) fondée en 1992, regroupant les AT et les ex coopérants, prennent tout au long de la décennie écoulée, des positions qu'ils partagent avec la DGCID/MAE sur telle ou telle thématique, et siègent aux Commissions *ad hoc* du Haut Conseil de la Coopération Internationale. Leur contribution aux travaux de la *Commission Santé* mise en place par le HCCI sur la période 2001-2002, et à la rédaction du Rapport final et de l'Avis de cette commission, a été très appréciée du HCCI. L'ASPROCOP est aussi représentée au sein d'autres commissions du HCCI et vient de contribuer à son Avis de la *Commission sur la Recherche et le Développement*.

La DGCID et l'AFD pourraient trouver en l'ASPROCOP un partenaire de choix pour la réflexion sur les politiques et les stratégies, pour la définition très concrète des modalités de mise en œuvre de la réforme. Les positions défendues depuis de nombreuses années par l'ASPROCOP sur la place de l'assistance technique dans la coopération française et internationale méritent d'être entendues. L'association pourrait faire partie des Comités de pilotage de la réforme, tant du côté de l'AFD que du MAE ou du Secrétariat du CICID.

L'ASPROCOP doit être soutenue par le MAE et l'AFD car c'est la seule association de professionnels de santé en coopération, en Europe et dans les pays du Sud, qui réunisse une

telle diversité d'expertise de terrain dans tous les exercices des métiers de la Médecine et de la Santé Publique. En ce sens, elle réunit une expertise de qualité et constitue un vivier qui doit être connu du GIP FCI et du GIP Santé Protection Sociale.

VII.3. L'aide bilatérale sert la crédibilité de la France dans les instances multilatérales

Les acteurs français du développement, dont le MAE et l'AFD, s'accordent à penser que l'expérience bilatérale de proximité de la France nourrissent la réflexion, les positions et la crédibilité de la France au sein des organisations internationales afin de rendre les stratégies et les mécanismes plus opérationnels. Nous avons vu en quoi les acteurs de la Coopération français ont tous les éléments pour influencer, fonder et orienter les choix stratégiques internationaux dans le domaine de la santé, et comment la France pourrait le faire davantage.

Ce sont les résultats des travaux de recherche sur le sida en Afrique de l'ouest puis dans d'autres régions du monde, coordonnés et publiés par les équipes des sites de l'ANRS en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Burkina Faso, au Cameroun, au Viêt-nam, au Cambodge et au Brésil, en synergie avec les équipes et les projets financés par les FSP du MAE, qui ont permis à la France de fonder ses arguments pour défendre vigoureusement auprès des organisations multilatérales et de la communauté internationale la nécessité de rendre très largement accessibles les traitements anti-rétroviraux aux pays en développement, et notamment aux patients africains (75 % des malades mondiaux atteints de sida).

VII.4. Questions autour de la visibilité et de l'efficacité de l'aide bilatérale dans le cadre de la réforme en cours du dispositif français de Coopération

Cette mission se situe en pleine réforme du dispositif de la Coopération, qui souhaite distinguer la mission politique de la mission des opérations, dans un souci de meilleure coordination, cohérence et rationalisation des interventions, l'Etat étant préoccupé de faire des économies structurelles. Il nous paraît opportun de partager avec les interlocuteurs quelques réflexions qui se fondent sur l'expérience et les résultats des autres Coopérations, notamment américaine et européenne.

Certes, le recul n'est pas suffisant sur la période 1999-2004 pour estimer la capacité de l'AFD à appuyer le secteur de la santé des pays en développement, car l'institution évolue et s'adapte progressivement à ses nouvelles missions dans un environnement budgétaire contraint. Il est juste d'accorder du temps à une institution avant de juger de sa capacité à être un opérateur et à répondre à la demande du Gouvernement de se montrer très opérationnelle dans une vocation nouvelle ; mais l'AFD pourrait maintenant publier les résultats de son intervention sur le secteur de la santé sur la période 2000-2005. En outre, l'institution bancaire sera tôt ou tard amenée à changer de statuts comme l'y invitent les dispositions du CICID de juillet 2004 et il lui faudra des moyens supplémentaires si ses mandats sont démultipliés.

Certes l'équipe sectorielle est de petit nombre mais cela peut évoluer. Certes les agences dans les pays ne sont pas encore préparées à gérer la mise en œuvre de tous les secteurs confiés à l'AFD, mais s'il ne s'agit peut-être que d'adapter ses procédures et ses compétences, tout cela devrait être faisable avec du temps, une excellente politique de communication de la part du MAE, de l'AFD, du Ministère des Finances, du CICID dans son ensemble, en interne et à l'extérieur des institutions, pour faciliter le processus de transformation de ces institutions de manière progressive en vue du repositionnement de la mission respective de chacune dans la mise en œuvre des politiques de financement du développement sanitaire.

La question nous semble-t-il n'est pas tant là, même si des mesures doivent être prises pour que la transition se passe en douceur dans un secteur particulièrement sensible comme celui de la santé. La question est aussi de se s'interroger sur la performance, l'efficacité, les résultats des partenaires de la communauté internationale qui ont choisi de mettre en œuvre l'aide publique sectorielle santé au travers d'organismes tiers, comme l'AFD le fait déjà et prévoit de le faire notamment pour le recrutement de l'assistance technique.

VII.4.1. Visibilité de l'aide bilatérale française

Si la volonté de poursuivre l'action bilatérale de la France est largement partagée par les équipes de l'AFD, et le souci de la visibilité commun à l'ensemble des acteurs qui contribuent à la mise en œuvre de l'aide bilatérale, un certain nombre de questions se posent, comme elles se posent aux organisations internationales qui choisissent de mettre en œuvre l'aide publique sectorielle au travers d'organismes tiers, comme la Coopération américaine et la Commission européenne par exemple. On peut s'interroger sur le maintien de la visibilité de l'action française au travers d'une institution qui va confier l'exécution des financements directement aux Etats, sous la forme de prêts ou de dons, contractualiser sa mission éventuellement à des opérateurs, selon les volets des programmes et des projets.

L'expérience des autres coopérations est celle-ci : l'image du pays disparaît derrière l'opérateur (ou les opérateurs) qui, dans les esprits des bénéficiaires, ne représente pas le Gouvernement qui finance, ne représente justement pas le politique.

En d'autres termes, c'est Family Health International, une ONG largement financée par USAID qui est visible sur le terrain, et plus du tout USAID. Les bénéficiaires comprennent que l'opérateur est américain, mais ne perçoivent pas l'aide comme une aide bilatérale venant du Gouvernement américain. Si le gouvernement de son côté ne met en œuvre aucun projet dans le pays où FHI est présent, USAID est perçu comme totalement absent du paysage de l'aide internationale dans ce pays, quels que soient les montants financiers et la taille des projets gérés par FHI financée par USAID.

L'agence américaine est bien consciente des effets sur sa visibilité du choix des instruments de mise en œuvre de l'aide publique, puisque c'est exactement l'effet recherché : soucieuse de la bonne gouvernance et de son « accountability » envers le Congrès, elle choisit de ne pas financer les Etats mais bien les des opérateurs privés, qui peuvent être des Universités, des ONG, des entreprises, américaines, ou locales des pays récipiendaires.

En passant par ces opérateurs, USAID fait donc délibérément le choix de la non visibilité, ce qui prouve en soi que c'est le risque que tout Gouvernement prend en

laissant une agence recourir à des opérateurs tiers, pour mettre en œuvre l'aide publique.

Bien que ce ne soit pas l'effet recherché du côté de la Commission européenne, les bureaux d'études qui administrent les projets financés par elle, font disparaître la Commission du paysage bilatéral dans les pays. C'est le bureau d'études qui est vu en première ligne (Projets santé du CREDES au Mali, à Madagascar et au Tchad, projet santé administré par le bureau SOFRECO au Bénin par exemple).

En confiant le suivi technique et financier du projet aux partenaires et aux bureaux d'études, les Délégations vont parfois jusqu'à se désintéresser du projet en question et ne siègent pas toujours dans les plateformes nationales de concertation des bailleurs de fonds sur le secteur de la santé. Ceci s'observe plus fréquemment lorsqu'il s'agit d'un projet de prévention du sida (exemple du projet régional basé en Guyana en appui à la lutte contre le sida dans les Etats Caraïbes anglophones du CARICOM où les Délégations européennes des Etats récipiendaires ne connaissent même pas le projet).

Bien que ces appuis soient de nature bilatérale, la dimension politique de l'appui s'efface devant la dimension technique qui prend une autre identité sur le terrain, celle de l'opérateur et des sous contractants.

Par ailleurs, et ce point est également important, lors de la mise en œuvre de gros projets du secteur de la santé en bilatéral, les équipes sont amenées à mener sur le terrain avec les autorités sanitaires un certain nombre de négociations relatives aux politiques publiques qui peuvent influencer ou faciliter le déroulement du projet. A ce moment là, les partenaires nationaux veulent des interlocuteurs qui soient crédibles, c'est-à-dire acceptés comme interlocuteurs institutionnels de haut niveau, ils veulent des politiques ou des représentants des institutions de l'Etat français : ce ne sont pas les équipes de techniciens recrutés par les bureaux d'études et autres opérateurs contractés par l'AFD qui mèneront à bien cette concertation avec les Etats.

C'est ici que l'ambassadeur doit démontrer la dimension de solidarité de l'action de la France et un fort intérêt pour le secteur de la santé, car c'est lui qui sera attendu par les parties prenantes françaises sur le terrain. C'est ici que l'AFD devra assurer jusqu'au bout le suivi et l'encadrement du projet : la dimension politique du projet devra être portée conjointement par l'AFD et le MAE, au risque de perdre toute lisibilité de l'aide bilatérale française.

VII.4.2. Efficacité de l'aide publique sur le secteur de la santé

On peut s'interroger par ailleurs, comme la Commission européenne le fait en ce moment, sur l'efficacité de l'aide publique dont la gestion de volumes financiers très importants est confiée à des bureaux d'études et dont on constate, pour diverses raisons, des résultats finaux très mitigés comme discuté plus haut. Des évaluations de ces aides projet en appui au secteur santé des pays ACP, menées dans le cadre du 8^{ème} FED sont en cours, qui permettront à la Commission européenne de mieux identifier les obstacles à la performance de ces projets.

On peut se demander aussi, si les projets d'appui au secteur de la santé financés par la Banque Mondiale, mis en œuvre par les pouvoirs publics et gérés par des équipes nationales, sont un modèle à reproduire, compte tenu là aussi de leurs faibles résultats globalement.

Il semble urgent de mener une étude pour apporter à la France dans le cadre de sa réflexion sur la réforme du dispositif de la Coopération, une meilleure compréhension des limites de l'efficacité et de la visibilité de l'aide bilatérale quand elle est sous-traitée pour en tirer les leçons dans le cadre de la réforme.

L'idée est de s'assurer qu'en transférant les opérations à l'AFD, on assure quand même l'équilibre (et la visibilité locale) de l'aide bilatérale de la France, ainsi que sa crédibilité sur la base de la performance des instruments de sa mise en œuvre, notamment dans le domaine de la santé. L'expérience de la Commission européenne sur l'aide projet montre que ce sont justement les plus petits projets qui donnent les meilleurs résultats. Alors que l'AFD témoigne déjà de sa préoccupation concernant le coût de gestion de ces petits projets.

Dans tous les cas les ajustements institutionnels seront tels à Paris, à l'AFD et au MAE notamment, qu'ils auront pour effet de générer des incertitudes dont les retentissements sur les relations avec les partenaires locaux seront d'autant moins déstabilisants qu'eux-mêmes en seront également informés.

VII.5. Capacité d'influence de l'expertise française dans les programmes multilatéraux et européens

VII.5.1. Articulation de l'aide bilatérale et des programmes multilatéraux

Les interlocuteurs de cette mission s'entendent pour dire qu'il ne s'agit pas de choisir entre l'aide bilatérale et l'aide multilatérale, une option aux dépens de l'autre, la présence de la France dans les instances multilatérales est tout aussi importante du point de vue de sa visibilité et de sa crédibilité.

La France est très engagée sur le concept des Biens Publics Mondiaux, et pour ce qui concerne la santé, souhaite vivement contribuer à prévenir l'émergence et la propagation de nouvelles épidémies telles que le SRAS, comme en témoignent les actions de l'INVS, la lettre adressée par le Directeur Général de l'Institut Pasteur au Ministre M. Barnier sus-mentionnée, et l'Accord-Cadre récemment conjointement signé par le MAE et le Ministère français de la Santé, avec l'OMS en continuité avec la Convention signée en 2000 avec le Pôle de Lyon du Département de lutte contre les Maladies Transmissibles de l'OMS.

La participation de la France aux programmes multilatéraux donne tout son sens à l'engagement de la France sur le concept des biens publics mondiaux et participe de la capacité de notre pays à contribuer à relever des défis mondiaux.

Les contributions financières de la France à l'OMS et à l'ONUSIDA sont faibles, comme nous l'avons souligné. Néanmoins, la présence d'une expertise reconnue, si mince

soit-elle, financée par la France basée au siège de l'ONUSIDA à Genève, auprès du bureau sida de l'OMS en appui à l' « Initiative 3x5 », et auprès du Département des politiques pharmaceutiques, est d'une influence non négligeable au sein d'une structure dominée par les anglo-saxons. De même au siège de la Banque Mondiale à Washington avec un conseiller social auprès de l'Administrateur français de la BM et un expert Directeur d'hôpital auprès de l'Unité Santé.

Les positions françaises sur la nécessité d'autoriser, sur les financements du Fonds Mondial, l'achat par les pays récipiendaires les médicaments ARV, soutenues par la Commission européenne, et qui se distinguent des principes du projet PEPFAR, en même temps que sa représentation remarquée au Conseil d'Administration, ainsi que le montant élevé de sa contribution financière pour l'année 2004, ont donné à la France des pouvoirs de décision plus significatifs au sein de cette institution, et distingué son positionnement de celui d'autres donateurs.

Nous sommes néanmoins obligés de constater que sur la période 2002-2004, le positionnement de la France en appui à la mise en œuvre, au suivi et évaluation des projets du FM dans les pays, est relativement faible, du fait de l'irrégularité de la représentation française au sein des instances nationales de coordination pays des projets du Fonds Mondial, de la méconnaissance des principes et mécanismes de mise œuvre des projets, par les conseillers sectoriels des SCAC, et de la méconnaissance plus générale des assistants techniques de l'organisation institutionnelle des systèmes de santé, des institutions multilatérales, des autres coopérations internationales et des plateformes de concertation, sans parler de leur méconnaissance de la diversité des instruments de financements de l'aide publique. Ceci évolue progressivement mais l'effort de formation et d'information de l'expertise française sur le terrain, aussi diverse soit elle, doit être poursuivi.

Un « Séminaire sur le Développement Humain » a été organisé à Paris fin août 2004 pour informer les assistants techniques sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le financement du développement, les nouvelles dispositions de la réforme, le Fonds Mondial, etc.²²⁹ La question est de savoir quel impact peuvent avoir ces rencontres annuelles avec les AT sur leur capacité à s'impliquer dans les politiques et stratégies nationales et à avoir une compréhension globale de l'architecture internationale d'aide au secteur santé et sida, des pays où ils sont affectés.

C'est ici que l'articulation de l'aide bilatérale de la France et de sa participation aux programmes multilatéraux prend tout son sens et toute sa dimension. C'est bien le relais par les représentations de la France sur le terrain, de politiques et engagements forts pris au niveau international, qui va déterminer l'influence de la France sur les choix stratégiques choisis à l'échelle des pays, en appuyant très concrètement la planification des projets du Fonds Mondial et en participant de fait, à la coordination des activités de prévention et de prise en charge du sida financées par les donateurs, au sein de CCM dont elle peut contribuer à améliorer la transparence et le fonctionnement démocratique.

Tant que les représentations françaises et européennes ne porteront pas jusque dans les pays le message que leurs institutions colportent à l'échelle internationale, la participation de la France et de l'Union Européenne aux instances multilatérales ou

²²⁹ Réseau Impact. Synthèse. Séminaire sur le Développement Humain. Paris 30-31 août et 1^{er} septembre 2004.

mondiales, est vidée de son sens : en l'occurrence lutter efficacement contre le sida et ses retentissements, à l'échelle des pays à forte prévalence notamment. Ainsi la position de la France même forte dans des instances multilatérales et mondiales, peut-elle être rendue extrêmement vulnérable en l'absence de relais bilatéral. Compte tenu de ses engagements financiers, la France pourrait prendre le leadership de la communauté internationale siégeant dans les instances de coordination nationale des projets du Fonds Mondial (CCM).

Relevons qu'une expertise française et sa capacité d'influence politique et stratégique ne sont pas positionnées au sein du dispositif de coopération au développement de la Commission européenne, qui ne dispose d'aucun expert auprès des services de la Commission (DG DEV ou AIDCO) relevant du secteur de la santé: pas un conseiller, pas un assistant technique, pas un expert national détaché français, n'est mis à disposition, ni des unités de Développement Humain de la Direction Générale du Développement, ni auprès des unités thématiques Santé des services de mise en œuvre opérationnelle du FED administré par Europaid (AIDCO), malgré la très forte contribution de la France ce fonds.

Les français présents parmi ces équipes du siège de la Commission européenne à Bruxelles, le sont de par leur mérite propre, à l'issue du concours organisé par la Commission qui a permis il y a quelques années le recrutement d'une quinzaine de médecins spécialisés en santé publique des pays en développement. Les experts nationaux détachés auprès de l'unité Développement Humain de la DG/DEV sont pour la plupart de nationalité britannique et espagnole. La force de proposition politique et stratégique de la France au sein de la Commission européenne est de ce fait très faible au profit de l'influente Coopération britannique, puisque les experts nationaux détachés du Royaume Uni à la Commission européenne viennent souvent de la Coopération britannique DFID et quand ils repartent, ils repartent aussi vers DFID. DFID a par ailleurs évalué l'OMS en 2002. Les interrelations de DFID avec les partenaires multilatéraux et européens sont donc très étroites.

VII.5.2. Mobilisation de fonds internationaux par l'expertise française

La mobilisation de l'expertise française se pose aussi sur les financements internationaux dans le domaine de la santé. Les crédits multilatéraux d'institutions internationales comme l'Union Européenne, la Banque Mondiale ou les banques régionales de développement (surtout la Banque Interaméricaine de Développement) ont un fort potentiel de croissance dans le domaine de la santé.

En 2003, il a été estimé par la DCSUR/MAE que « *les financements disponibles sur les questions de santé et d'assurance maladie, ont été estimés à plus de 3.2 milliards d'euros pour cinq institutions multilatérales : 2300 euros pour la BIRD-AID, 446 millions d'euros pour l'UE (FED pour les ACP, fonds MEDA pour les pays méditerranéens, etc.), 406 M€ pour la BID et 43 M€ pour la BAfD et 20M€ pour la BASD²³⁰* ».

Le GIP France Coopération Internationale a pour mission de développer les capacités de la France pour mobiliser les expertises publique et privée françaises en vue de leur

²³⁰ Note au Directeur Général de France Coopération Internationale. B. Montaville et JL Boppe. 1^{er} septembre 2004.

contribution à la mise en œuvre des programmes multilatéraux, et de mieux positionner la France dans le champ du développement, et de faciliter la mise en place d'institutions capables de répondre à des appels d'offres internationaux et de mobiliser les financements de ces institutions. En effet, à ce jour, les bureaux d'études et cabinets privés sont en nombre relativement limité et le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, vient, en février 2005, d'inaugurer le « GIP Santé Protection Sociale ».

Perspectives : Crédibilité de l'aide publique française sur la période 2005-2015

Les priorités politiques pour l'Afrique et l'Océan Indien énoncées par la Direction d'Afrique et de l'Océan Indien en septembre 2004, dans le cadre de la programmation 2005²³¹, « tiennent compte des orientations définies par le CICID de juillet 2004 : place prépondérante à l'Afrique et aux PMA, et nécessité d'une plus grande sélectivité géographique dans la répartition de l'APD en fonction des performances des Etats dans les domaines de la gouvernance et du développement. »

La méthodologie d'évaluation des performances doit être présentée lors du prochain CICID, mais d'ores et déjà certains pays comme le Niger, le Mali et le Burkina, le Ghana, le Mozambique et l'Afrique du Sud apparaissent comme des zones de concentration possible. Les pays en sortie de crise sont prioritaires, tels que la RCA, la RCI et la RDC. Les pays n'appartenant pas à la Francophonie tels que le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie et le Zimbabwe, l'Ethiopie, l'Erythrée et le Nigeria pourraient bénéficier d'une augmentation de l'APD.

Les perspectives de l'année 2005 sont fixées par le Projet de Loi de Finances et les dispositions de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF). Si l'on en croit la présentation du Projet de loi de Finances pour l'année 2005 par la sous-direction de la Programmation et des Affaires Financières de la DGCID, en date du 2 septembre 2004²³², « la comparaison des enveloppes 2005/2004 en dépenses ordinaires et crédits de paiement montre une baisse de 0.7% ».

« Sur Titre VI, les autorisations de programme sont en baisse de 17.5%, soit moins 60M€ », par rapport à 2004, mais « la participation de la France au FED, bien qu'augmentés de 63M€ par rapport à 2004, reste très en deçà des prévisions de décaissement de 2005 » ;

Sur le Titre IV, la chapitre relatif à l'appui aux initiatives privées ou décentralisées bénéficie d'une mesure nouvelle de 0.5M€ pour la coopération avec les OSI. La répartition globale des financements est autrement à peu près équivalente avec l'année 2004, en dehors d'une mesure nouvelle de 10M€ sur le chapitre 42.15 de la Coopération Internationale au développement en vue du financement d'une expertise de longue durée auprès des fonds européens, agences et programmes multilatéraux, et de la création d'un fonds de coopération pour la recherche, la technologie et les échanges universitaires avec les pays émergents, outre le financement de bourses d'études pour les étudiants étrangers.

²³¹ MAE. Direction d'Afrique et de l'Océan Indien. *Note au Directeur Général de la Coopération Internationale et du Développement*. 27 septembre 2004.

²³² MAE. DGCID. Sous-Direction de la Programmation et des Affaires Financières. *Projet de Loi de Finances 2005 pour la DGCID*. 2 septembre 2004, suivie d'une deuxième note de la même Sous-Direction de la Programmation et des Affaires Financières. *Projet de Loi de Finances 2005 pour la DGCID*. 22 septembre 2004.

En résumé, il n'y a pas de modification majeure des budgets alloués à la Coopération, pas d'augmentation significative des financements de projets ni pour la DGCID, ni pour l'AFD qui se voit pourtant confier des missions additionnelles. De plus, ce qui risque d'influer sur le secteur de la santé, on observe plutôt une baisse des autorisations de programmes (de l'instrument FSP bilatéral).

Par contre, un pas en direction du renforcement de l'aide multilatérale, envers les agences de l'ONU et de l'Union européenne, se traduit par une augmentation des contributions volontaires, et du montant alloué au FED, en même temps que les mesures nouvelles destinées à recruter une expertise auprès des programmes européens et multilatéraux.

Au-delà de 2005, les perspectives d'augmentation de l'aide publique et de la part d'APD allouée au secteur de la santé ne sont pas encore très claires. La seule certitude est le maintien en 2006 de la contribution de la France à un niveau de 150 M€ pour le Fonds Mondial.

A Davos au début de l'année 2005, le Président de la République a fait part de sa volonté de voire se formaliser une taxe internationale en faveur de la lutte contre le sida notamment afin de mobiliser 10 milliards de dollars par an pour lutter contre ce fléau.

Conclusions

1. La Santé, « cheval de Troie » de l'influence française

« La promotion d'une mondialisation à visage humain, démocratique et solidaire est au cœur des préoccupations françaises. Le Président de la République est à l'origine de plusieurs initiatives visant l'insertion des pays africains dans l'économie mondiale » nous rappelle le rapport du CAD. La santé des populations, qui fait partie des droits humains les plus élémentaires, réunit avec passion la communauté internationale autour de certaines valeurs fortes qui semblent singulières à ce secteur. A ce titre, la France doit étendre à l'ensemble de la thématique santé des pays en développement, l'engagement politique de très haut niveau dont a bénéficié de manière constante depuis une vingtaine d'années la lutte contre le VIH/sida et l'approche intégrée de prévention et de prise en charge de la maladie prônée mondialement par le gouvernement français.

Par nature une valeur neutre et universelle, commune à tous les peuples, la Santé peut être un vecteur exceptionnel, efficient et très puissant, des relations internationales, un instrument charismatique de la diplomatie française, un cheval de Troie de son influence politique, géostratégique et militaire, de son rayonnement intellectuel et de son image, de ses ambitions économiques, industrielles et commerciales.

Expression de la politique étrangère de la France, du Ministère des Affaires Etrangères au plus haut niveau de l'Etat, la santé peut démultiplier l'action diplomatique française. Le Sommet des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, prévu de se réunir en septembre 2005 est une occasion offerte à la France de reconnaître à sa juste valeur la portée de ce secteur, tant la plupart des OMD, même non spécifiques, y font référence, même indirectement: lutte contre la pauvreté, statut social des femmes, environnement, eau et assainissement, etc.

La diplomatie de la Santé peut être abordée par un autre biais que le seul développement. En s'associant au Groupe de Travail sur les Biens Publics Mondiaux (BPM) à Stockholm, la France réitère sa conviction sur la pertinence du concept des BPM. Le principe est de garantir à l'ensemble des acteurs de l'économie mondiale l'accès à des biens publics tels que la qualité de l'environnement, la paix et la sécurité, la protection contre les grandes endémies. La santé publique est aujourd'hui mondialisée : le déclenchement d'une épidémie dans une région ou un pays ne possédant pas les compétences ou les infrastructures pour y faire face, présente une menace à l'ensemble de la planète. La capacité d'anticiper cette menace et la capacité de réactivité à y répondre avec efficacité le jour venu, implique d'avoir pris la mesure des enjeux.

Si la France doit prendre toute sa part et faire face à ces enjeux mondiaux, les politiques et les acteurs du développement, doivent dépasser leur vision exclusivement médicale, hospitalière et curative de la Santé. Les déterminants de l'état de santé des populations des pays en développement, et les déterminants de la propagation à vive allure de l'épidémie de sida dans des bassins gigantesques de population (la Chine, l'Inde et la Communauté des Etats Indépendants) ont atteint un tel niveau de complexité, qu'ils méritent qu'on y accorde une attention politique, une stratégie et des moyens humains et financiers tout à fait singuliers à la hauteur des enjeux.

Les américains l'ont bien compris qui mettent à la disposition de leurs organismes publics et privés de recherche et de santé publique, des moyens sans commune mesure en appui au développement et à la structuration d'un réseau mondial d'alerte et de recherche épidémiologique et infectieuse. La montée en charge des financements privés américains doit être très sérieusement prise en compte.

Le redéploiement de l'aide américaine en faveur de la santé et de la lutte contre le sida dans les pays du Sud, constitue de toute évidence un moteur d'influence géostratégique et politique. La mise en garde sur le risque de perte d'influence de la France, exprimée récemment par le Directeur Général de l'Institut Pasteur dans sa lettre au Ministre des Affaires Etrangères, doit retenir toute l'attention des pouvoirs publics.

2. L'expertise française est peu préparée à investir les lieux où se dessine la politique sectorielle de demain

L'examen de la participation de la France aux programmes multilatéraux dans le champ de la santé, nous amène à constater que de manière générale, la France ne participe pas, ou de façon inconstante et inégale, à la définition des politiques et stratégies internationales de santé.

Ceci peut s'expliquer de différentes façons, dont la crédibilité et la confiance que la France accorde (ou non) aux agences des Nations Unies observées sur le terrain depuis plus de quarante ans, la conviction de l'efficacité plus grande de l'action curative et hospitalière sur le terrain, héritée directement de la vision de notre propre système de soins (sinon de santé), la rareté de l'expertise anglophone, la faiblesse de la représentation française dans les instances internationales, etc. La France, sous la très forte pression des demandes des Etats africains dans les années 70 et 80, aurait privilégié des stratégies d'amélioration de l'offre curative de soins, et accordé une attention moindre à la valorisation de ses compétences et méthodes de prévention des grandes endémies tropicales, au fur et à mesure de la disparition des grandes endémies (variole, fièvre jaune, peste, etc.).

Il n'est pas facile sur la terre de Pasteur, de dépasser le paradigme microbien de la maladie infectieuse, de prolonger, sans les oublier, la vision des grands spécialistes de la Médecine Tropicale française, Laveran, Nicole, Jamot, d'adapter ses compétences pour répondre à l'immensité des enjeux sanitaires et des déterminants contemporains socio-économiques et démographiques de la santé des pays en développement, dont les systèmes de santé ont traversé des réformes tout au long des années 90.

Il n'est pas aisé de comprendre en quoi la Santé Publique se distingue de l'Epidémiologie : cette discipline est un outil de connaissance et de compréhension de l'état de santé des populations, dont l'utilisation se situe en amont et au service de la décision en santé publique. Dans ce sens, l'Epidémiologie n'est pas un élément de réponse, elle n'en est que la première étape, certes incontournable.

De notre analyse ressort un handicap à la présence française en amont de la définition des politiques de santé dans les organisations multilatérales: la difficulté des services publics de la coopération au développement à identifier et à mobiliser une expertise française anglophone très pointue dans les différentes disciplines de la santé publique : si les

épidémiologistes français sont bien représentés, les spécialistes en Economie de la santé, les experts en Planification, Programmation, Suivi et Evaluation de projets et programmes sectoriels, en revue de Dépenses Publiques, etc. sont plus difficiles à trouver.

Il suffit d'observer les anglo-saxons, omniprésents dans le champ de la définition des politiques internationales de santé, tant à Bruxelles, qu'à Genève et à Washington, pour comprendre que les Ecoles de Santé Publique de leurs Universités produisent par milliers des experts polyvalents en santé publique internationale (et pas seulement en Epidémiologie ou en Evaluation).

Comprenons-nous bien. Il ne s'agit pas de mépriser la formation en santé publique existante en France, bien au contraire. Les Universités françaises offrent des enseignements exceptionnels de grande qualité, internationalement reconnus, dans divers domaines liés à la Santé Publique et au Développement. Mais nos universités ne dispensent pas encore d'enseignements multidisciplinaires équivalents aux Masters de Santé Publique des universités américaines, britanniques et belges (qui dispensent des formations en français et en anglais). Il s'agit, tout en gardant son identité et sa spécificité, d'avoir aussi appris à parler le même langage que les anglophones, de gagner en crédibilité, en confiance et en légitimité, de faire partie du Club en quelque sorte, pour investir les lieux où s'élabore la politique sectorielle de demain. Il s'agit de comprendre comment mieux préparer l'expertise française à l'exercice d'un profil de poste politique et stratégique recherché par les institutions internationales, et à mieux placer la France à l'arrivée de la course internationale à l'influence.

De l'évolution de la compréhension du concept de santé en France, du passage de la Médecine à la Santé Publique, et de la capacité de nos universités à produire des experts par centaines ou par milliers, dans tous les champs de la santé publique internationale et des sciences sociales, tant au Nord qu'au Sud, dépend la capacité de vision, de réaction et de positionnement de la France dans le champ international de la santé, dont les OMD constituent la plus récente expression.

L'expertise française en appui à la conception d'enseignements en santé publique internationale et mobilisable dans ce domaine, pourrait être puisée auprès des réseaux suivants : L'Institut de Médecine Tropicale et de Santé Publique (regroupant les Départements des universités de Bordeaux, Marseille, Limoges et Paris), l'Association des Professionnels de Santé en Coopération (ASPROCOP) regroupant des professionnels de santé en coopération ou réinsérés dans le dispositif français, européen et international de santé publique, le fichier de coopérants du MAE, les universitaires spécialisés sur les questions de développement sanitaire des pays en développement (département de Médecine tropicale et de santé Publique tels que l'ISPED de Bordeaux et l'Ecole de santé Publique de Nancy par exemple), ou bien encore le réseau des anciens du DEA de Santé et Développement de l'Université de Paris VI.

En outre il est impératif de se préparer à former des experts de haut niveau en surveillance épidémiologique afin de positionner la France dans ce champ international dont les enjeux sont de plus en plus importants compte tenu de la menace de l'émergence de nouvelles pandémies à l'échelle planétaire.

La nécessité d'ajuster et d'étendre la capacité d'enseignement de notre pays dans le champ de la surveillance des maladies et de la santé publique internationale, constitue à notre sens, l'un des défis les plus importants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé

Publique créée par la Loi de Santé Publique 2004, défi auquel le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille devrait accorder une attention toute prioritaire.

3. Influence politique, solidarité, innovation : la mutation de l'AFD et la décentralisation opérationnelle des projets

Le CICID de juillet 2004 confirme les dispositions de la réforme 1998 qui font de l'AFD l'opérateur pivot de mise en œuvre de l'aide publique au développement française. En conférant à l'AFD une compétence élargie dans le domaine de l'éducation et de la santé, sous l'autorité directe du ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie, le CICID du mois de juillet 2004 a pour principale préoccupation l'efficacité de l'aide. L'AFD sera chargée de la mise en œuvre de la coopération au développement nécessitant une adaptation statutaire, comme l'y invitent les dispositions du CICID du mois de juillet, au titre du rattachement au Ministère des Affaires Etrangères, ministère de tutelle.

L'appui au secteur de la santé se fera sous la forme de dons ce qui permet d'assurer ainsi une traçabilité et une lisibilité de la France dans un domaine où son savoir faire est reconnu. L'utilisation de prêts dans ce secteur ne permet pas d'assurer cette lisibilité. S'il est envisageable de susciter la demande de prêts par les pays émergents, il serait très difficile de convaincre les pays les moins avancés de demander des prêts pour améliorer les systèmes de santé ou les services sociaux plus généralement, alors qu'ils ne sont pas demandeurs de prêts dans ces secteurs.

Dans le contexte de volonté affirmée d'harmonisation de l'aide, l'aide bilatérale française en santé peut être véhiculée en appui aux politiques sectorielles et aux aides programmes dans les pays en développement. C'est un processus et un instrument qui continuera de s'étendre dans les prochaines années. Ces approches peuvent constituer des cadres importants d'influence stratégique française au niveau des pays en ce qu'ils amènent les bailleurs à orienter les politiques et accompagner les réformes structurelles sectorielles. Il est important que la France y soit représentée aux côtés des autres bailleurs et qu'elle en devienne le chef de file dans un certain nombre de pays ciblés, comme le souhaite la stratégie sectorielle CICID en santé.

La France se doit d'éviter l'écueil consistant à administrer la plupart de son aide publique au développement sanitaire des pays qu'elle soutient au travers d'un instrument d'aide budgétaire macro-économique. Selon les études de la Commission européenne, le recul est encore insuffisant, et des incertitudes demeurent sur la mesure de l'impact de ces financements globaux sur l'amélioration escomptée de la performance des services sociaux, même si l'usage de ces instruments a des effets reconnus sur l'appropriation et la responsabilisation des pays, la structuration des institutions et les mécanismes publics de financement, la coordination et l'harmonisation de l'aide internationale, etc.

Des études sont en cours du côté de la Banque Mondiale. Un certain nombre de questions se posent si la France décide de privilégier cet instrument : quelle serait sa valeur ajoutée par rapport aux gros joueurs sur le terrain que sont la Banque Mondiale et la Commission européenne, qui occupent toute la scène ? Quels seraient les segments clés, les atouts, la plus-value de l'expertise française dans ce cadre ? Qu'apprend-on des coopérations

internationales et quels résultats obtiennent-elles selon les stratégies et les instruments choisis pour appuyer le secteur de la santé? Telles sont les questions stratégiques qui se posent dont découlerait l'organisation de l'architecture institutionnelle et le choix des instruments de mise en œuvre de l'aide publique au développement dans le secteur de la santé.

La France doit attacher une importance toute particulière à son rôle et ses responsabilités face aux enjeux internationaux, au rayonnement culturel, scientifique et universitaire, à la diffusion des savoir-faire, au renforcement des capacités locales, à l'exploration de pratiques innovantes au travers d'un instrument bilatéral.

Dans un esprit de continuité, de réactivité et de pérennisation des actions, il importe de mettre en œuvre la décentralisation opérationnelle des projets en confiant à nos ambassades le soin d'élaborer et de mettre en œuvre des projets répondant aux attentes des pays récipiendaires dans le cadre des Documents Cadre de Partenariat.

Cette gestion décentralisée présentera l'avantage de susciter une dynamique motivant nos personnels et l'assistance technique, de donner des responsabilités à nos ambassades qui s'appuieront sur nos services ainsi valorisés. Grâce à cette responsabilisation, nous pourrions conserver la mémoire française, notamment dans le domaine sanitaire et d'individualiser notre action, et d'enraciner notre influence.

4. Développement humain (approche bilatérale et dons) ou approche financière de l'aide au développement (approche multilatérale et prêts) ?

Nous l'avons illustré à propos du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme: le financement des organisations multilatérales et des initiatives mondiales dans le secteur de la santé, n'a de sens en pratique que si elles sont relayées et suivies sur le terrain par une expertise bilatérale qui s'assure de l'action de prévention et de soins.

Le Secrétariat et le Conseil d'Administration du Fonds Mondial s'évertuent à se définir comme un Fonds seulement, et expliquer qu'il n'est pas une agence, c'est-à-dire qu'il n'a pas en son sein d'expertise technique en appui aux pays qui sont constamment invités à la mobiliser eux-mêmes.

Si nous attendions de J. Sachs qu'il prenne en compte dans son rapport au SG des Nations Unies les limites de l'augmentation massive et isolée des fonds d'aide publique, telles que nous les lui avons rappelées en octobre à Londres, et comprenne que l'absorption de ressources additionnelles ne se fait pas d'un coup de baguette magique pour toutes sortes de raisons, notre politique doit être cohérente avec nos convictions: les financements multilatéraux doivent être relayés et suivis politiquement, techniquement et financièrement sur le terrain.

La communauté internationale a (trop récemment) pris conscience qu'un des grands enjeux de l'efficacité de l'aide tourne autour des capacités des ressources humaines à mettre en œuvre les actions à l'échelle des pays (pas seulement dans les capitales). Le développement des ressources humaines, le renforcement des capacités, et la formation

initiale et continue appellent par nature des hommes et le maintien d'une assistance technique de proximité, bien souvent espérée aussi par les partenaires sur le terrain.

Recommandations

1. Mettre en place une tutelle unique d'un dispositif stratégique et de pilotage mieux coordonné

Il s'agit de mettre en cohérence le dispositif et les moyens financiers et humains de la Coopération internationale avec la volonté du Président de la République.

Les incertitudes sur le devenir des projets, que génère la répartition actuelle des portefeuilles et des projets entre la DGCID et l'AFD, et sur les modalités d'effectivité de la tutelle du MAE sur l'AFD, déstabilisent tout à la fois les postes diplomatiques, les opérateurs, les autorités sanitaires des pays récipiendaires de l'aide française, qui attendent de Paris des directives et des clarifications. En pratique et de façon immédiate, conformément aux souhaits des postes, les choix politiques et les transferts effectués à l'AFD, ne doivent pas avoir pour conséquence de casser la dynamique d'instruction, d'examen et de mise en œuvre des projets du FSP sur la période 2005-2006. La complexité des modalités de mise en œuvre de la réforme 2004/2005, invite les responsables politiques et administratifs de toutes les parties, à prendre les mesures et les garanties nécessaires à la continuité de l'aide, conformément aux instructions du ministre délégué à la Coopération, et à la permanence des soins préventifs et curatifs, puisque c'est de cela qu'il s'agit, et au respect des engagements vis-à-vis de nos assistants techniques sur le terrain. L'image de la France, auprès des partenaires nationaux du terrain, ou internationaux, ne se relèverait pas d'une suspension de fait de ses programmes d'aide à la santé, après le séisme déjà traversé par tous sur la période 2003 (lié à l'insuffisance des crédits de paiement).

La première recommandation a trait à l'architecture institutionnelle de la politique et de la stratégie de mise en œuvre de l'aide publique sectorielle : les acteurs français de la coopération, en France et sur le terrain dans les pays récipiendaires de l'aide, ainsi que la communauté internationale et l'opinion publique française, souhaitent voir se construire au niveau national un dispositif politico-administratif unique, efficace, coordonné, crédible, lisible, réactif et opérationnel de mise en œuvre de l'aide publique française en vue de sa contribution à la réalisation des OMD.

Des clarifications attendues de tous, en France et à l'étranger, doivent être apportées très rapidement sur les attributions respectives et les statuts des institutions identifiées chargées de mettre en œuvre l'aide publique française, afin de redonner à chacune une identité claire, tant la réforme leur confie a priori des missions en décalage par rapport à leurs vocations respectives initiales.

Les modalités de l'efficacité de la tutelle exercée par le MAE sur l'AFD, doivent être mieux définies lors du CICID qui doit se réunir le plus rapidement possible, puis de manière

régulière au moins une fois par trimestre le temps de la structuration du dispositif de la réforme.

Il s'agit :

- (xiii) d'élaborer une politique française de Développement qui précise clairement les zones géographiques et les secteurs de concentration, la répartition des volumes de financements entre les aides bilatérales et multilatérales, le choix des instruments privilégiés de financements des actions bilatérales (aide budgétaire globale affectée ou non affectée, traitement de la dette, aide programme, aide projet, etc.), le positionnement de la France dans le débat sur les modalités de la Facilité Financière Internationale et la taxation internationale, etc., qui résume tout à la fois les points d'accord de la communauté internationale sur les procédures d'harmonisation et de complémentarité des interventions sur le terrain, que la France s'est engagée à respecter.
- (xiv) de valider, publier et diffuser cette politique de Développement rénovée de l'Etat français, incluant les modalités de mise en cohérence des priorités stratégiques sectorielles avec la programmation des pays dans le cadre des DCP en cours d'élaboration et discutés réciproquement entre Paris (MAE et AFD) et le terrain.
- (xv) de suivre les directives d'une seule tutelle politique forte et finaliser rapidement les termes de la Convention Cadre liant l'AFD et le Gouvernement, incluant les dispositions relatives à la mise en œuvre concertée de la politique de développement sur le terrain et la méthodologie de la mesure de sa performance en cohérence avec les principes de la LOLF qui ne s'applique qu'à l'Etat.
- (xvi) de simplifier les organigrammes et les procédures, clarifier les statuts de l'AFD qui n'est pas reconnue comme un opérateur par le MINEFI lui-même, ni par Bruxelles, tant qu'elle reste un organisme bancaire
- (xvii) **de coordonner tous les acteurs tant institutionnels qu'associatifs publics ou privés au niveau central et au niveau périphérique. Les difficultés actuelles de réforme de la Coopération avec le transfert de compétences de la DGCID/MAE vers l'AFD, sources de nombreuses interrogations, pourraient trouver une solution au travers de l'association de ces deux structures à l'occasion des modifications statutaires incontournables de l'AFD.**
- (xviii) de préciser la philosophie du maintien de l'AT et les modalités de gestion de l'AT. **La priorité étant de sécuriser le capital de savoir faire, d'expérience et de réseau de l'AT, tant pour des raisons de cohérence avec une volonté politique de maintien d'influence que de respect des ressources humaines.** La question du maintien, du redéploiement, et de la gestion de l'assistance technique, se pose, en attendant de connaître quelles seront les recommandations qui seront retenues du rapport Connan/Wattez, de la mission en cours de trois autres experts, des positions du Conseil

d'Etat, des discussions avec FCI et l'AFD, et les décisions politiques et stratégiques qui s'en suivront. Encore une fois le secteur de la santé doit retenir toute l'attention des autorités étant donné la portée planétaire et politique des enjeux et de la sensibilité des choix qui peuvent être faits dans ce domaine.

- (xix) de mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre des DCP, à Paris et sur le terrain, en coordination avec les partenaires nationaux et internationaux, qui facilite la mesure de la performance et la lisibilité des interventions, tant en interne que par les partenaires extérieurs de la France
- (xx) de simplifier les procédures de gestion des financements par les ONG, et par les SCAC, de renforcer la souplesse de la gestion décentralisée par les postes dans les pays en augmentant les enveloppes du Titre IV dans les domaines qui relèvent de ses compétences, c'est-à-dire, pour le secteur santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- (xxi) du côté de l'AFD, comme elle s'y est engagée, la tutelle stratégique de l'AFD devra tout mettre en œuvre pour (i) s'assurer de la capacité de l'Agence à prendre ses responsabilités dans les pays, (ii) s'assurer de la capacité de ses agences à devenir un interlocuteur technique compétent à la fois pour les autorités sanitaires des pays et les partenaires occidentaux publics et privés, (iii) s'assurer en permanence de la rigueur, de la transparence et de l'équité de l'attribution des marchés par les Etats bénéficiant de ses financements quels que soient les instruments avant de leur procurer un avis de non objection. Une instance de contrôle pourrait être créée garantissant cette transparence et permettant aux sociétés des recours, (iv) préserver et continuer de promouvoir la visibilité de la France au travers de ses interventions sur le terrain, à maintenir un instrument de mise en œuvre de projets pilotes ou de dimension modeste, qui seuls permettent de tester des pratiques innovantes et constituent, en produisant des actions de proximité, la plus visible et la plus souple expression de la solidarité, sans parler de leur précieuse pertinence à fonder des choix stratégiques dans les instances multilatérales et mondiales. Des dispositions doivent être prises par le Gouvernement pour garantir la continuité et la mise en œuvre des projets instruits dont les budgets sont inférieurs à 5 ou 6 millions d'euros, et le maintien des ressources humaines en appui à ces projets, quels que soient les opérateurs choisis. Afin de faciliter le maintien de projets de petite taille sous la forme de dons, aux coûts de formulation et de gestion tout aussi élevés, la question de la rémunération de l'AFD par le Gouvernement doit être examinée avec attention, car dans l'immédiat, c'est l'activité « prêts » de l'AFD qui subventionne l'activité « dons », mais nous insistons pour que le don reste l'instrument privilégié de financement des secteurs sociaux.
- (xxii) De s'assurer de la visibilité de notre aide quels que soient les instruments retenus dans le champ de la santé, au travers d'un dialogue politique avec les Etats, de la mesure des résultats des projets mis en œuvre par l'AFD, capitalisés et disséminés à l'échelle des pays et internationale en concertation avec le MAE.

- (xxiii) d'allouer des moyens financiers suffisants en cohérence avec nos engagements politiques internationaux, nous y reviendrons au point 2.
- (xxiv) **dans le domaine de l'offre de soins, la recherche du meilleur rapport coût-efficacité qui tienne compte des contraintes budgétaires et des ressources humaines limitées concentrées dans les mégapoles des PMA impose d'éviter les écueils de l'hospitalo-centrisme ou de la dispersion des moyens au travers des dispensaires de soins. Le développement de centres de traitement ambulatoire répond aux différentes contraintes précitées.**

Pour le secteur de la santé, la répartition de l'APD entre les différents instruments (FSP, aide budgétaire, aides programmes, etc.) et entre le bilatéral et le multilatéral, doit faire partie d'une position et d'une prise de décision politiques et stratégiques, dont découleraient secondairement le choix des modalités de mise en œuvre puis l'identification de la ou les, institutions les plus adaptées et les plus opérationnelles à exécuter ces modalités.

Dans les pays francophones bénéficiaires de l'aide publique européenne, la France pourrait se proposer d'être chef de file de la mise en œuvre des financements européens alloués au secteur de santé, notamment dans le cadre des aides programmes, des approches sectorielles, et des aides budgétaires globales (à tranches fixes et/ou variables). De même, elle pourrait prendre une part beaucoup plus active au sein des instances de coordination des projets du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme du fait de ses très forts niveaux d'engagements à l'échelle mondiale, et de son expertise reconnue dans ces domaines à l'échelle internationale.

2. Pour plus de cohérence entre l'engagement politique et les moyens humains et financiers consacrés à la santé

De façon plus globale, les acteurs du développement sanitaire attendent plus de cohérence entre le discours, l'affichage et l'engagement politiques d'un côté, et les moyens accordés de l'autre. Il semble qu'à poursuivre la réforme dans un contexte budgétaire contraint et de diminution des autorisations de programmes, le gouvernement prenne le risque de la rendre périlleuse.

Le CICID et le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, convaincu au sommet de la pertinence de maintenir la diversité des instruments de mise en œuvre de l'aide publique, comme en témoigne la lettre du Ministre des Finances à J. Sachs, devront accorder les moyens à l'AFD de relever ce défi de taille qui lui est lancé dans le cadre de cette réforme. Le Ministère des finances pourrait prendre le leadership à l'échelle européenne d'une concertation entre les Etats membres sur le suivi et les résultats de l'aide budgétaire globale et ses effets sur les secteurs sociaux des pays soutenus, en collaboration avec les travaux en cours de la Banque Mondiale. L'AFD pourrait prendre dans les pays le leadership de la mise en œuvre des aides programmes des Etats membres de l'Union européenne.

L'ensemble des moyens financiers et humains doit être accru en faveur de ce secteur qui ne reçoit que 4% de l'APD française. Si l'objectif de consacrer 0.7% du RNB à l'APD

doit être atteint en 2012, conformément aux engagements internationaux de la France, le secteur de la santé pourrait bénéficier de l'augmentation des budgets de l'Etat français pour atteindre au moins la moyenne des pays du CAD de l'OCDE, de 11% de part d'APD consacrée à la santé, sans attendre 2012 afin d'être en cohérence avec la volonté du Président de la République. Les contraintes budgétaires auxquelles nous sommes confrontés, le poids de la dette publique, la croissance convalescente ne doivent pas freiner cette remise à niveau impérative.

En même temps, des outils doivent être développés pour parfaire le cycle de réalisation du DCP : (i) Objectifs, Programmation, Suivi-évaluation, (ii) harmonisation et complémentarité avec les politiques nationales des pays en développement, et avec les contributions européennes et internationales existantes et programmées, (iii) évaluation de la performance de la politique transversale de l'aide publique au développement dont le MAE est le chef de file, (iv) capitalisation des interventions, en vue de la publication des résultats et de la performance de la France à l'attention du citoyen contribuable français et de la communauté internationale.

Les Ministères techniques, dont le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, ses agences et organismes publics autonomes sous tutelle (dont l'Institut National de Veille Sanitaire), les Instituts de Recherche, l'ANRS, principaux partenaires du Gouvernement sur la mise en œuvre de projets de recherche, Coordination Sud et les grandes OSI, y compris urgentistes et humanitaires, dont les programmes s'inscrivent en synergie des interventions bilatérales et multilatérales, doivent prendre toute leur part dans la Coopération au Développement et bénéficier de subventions annuelles largement accrues à la hauteur de leurs missions, facilitant l'exercice de leurs responsabilités face à l'immensité des enjeux sanitaires mondiaux. La coordination et le maillage de ces différents réseaux ainsi que ceux de la francophonie sont essentiels au développement de notre influence.

La Recherche française médicale, scientifique, pharmaceutique et la recherche en santé publique, doivent être soutenues en priorité, dont les résultats permettront une meilleure compréhension, anticipation, et réponse aux menaces potentielles auxquelles nous devrions faire face.

L'équilibre des aides bilatérales et multilatérales doit être maintenu, car nous l'avons décrit, la relève sur le terrain, et le relais technique sur place des engagements internationaux, donne tout son sens à la participation de la France aux programmes multilatéraux : les engagements et les programmes multilatéraux doivent être conduits jusqu'au niveau où se situe l'action de prévention et de soins.

La répartition des contributions de la France aux organisations multilatérales ou aux fonds mondiaux, doit faire l'objet de décisions politiques, être cohérente avec les stratégies sectorielles et géographiques et cibler la réalisation des priorités de la contribution française à la réalisation des OMD de la santé « en fonction des décisions prises sur les types d'instruments auxquels nous souhaitons recourir pour tel ou tel domaine d'action (bilatéral, multilatéral, bi-multi), en tenant compte de leurs avantages comparatifs. Il faut mettre en place des groupes de pilotage (de suivi-évaluation) associant la DGCID et NUOI et, le cas échéant, d'autres ministères concernés (notamment la santé pour l'OMS, les Affaires Sociales pour l'OIT²³³, ... ».

²³³ MAE. NUOI. JM. Ripert. Note relative au « *CICID : renforcement des moyens d'élaboration, de suivi et d'évaluation des contributions multilatérales* ». 2 novembre 2004.

S'agissant des contributions volontaires aux organisations internationales, la France pourrait développer : (i) un avis sur la validité des différentes organisations selon leurs compétences respectives et selon leurs capacités budgétaires, (ii) une étude de la présence française dans ces organisations comme mesure de notre influence sur les priorités stratégiques, (iii) une étude surtout des priorités stratégiques que nous poursuivons avec ces organisations et que nous avons commencé à formaliser, s'agissant de l'OMS, avec l'Accord Cadre du 5 novembre 2003 entre le MAE et le Ministère de la santé. Cet accord, outre ses intérêts techniques, vise aussi à rendre plus visible vis-à-vis de l'OMS notre contribution totale et l'orientation que nous voudrions qu'elle donne à ses actions. Au regard de la part importante que représente l'Afrique dans notre APD, ainsi que les OMD dans celle-ci, il serait intéressant que la France puisse obtenir à nouveau un statut d'observateur au sein du Bureau Régional pour l'Afrique de l'OMS.

Nos autorités devraient se montrer vigilantes sur la synergie des actions bilatérales et multilatérales dans le champ de la santé, en particulier dans les pays où les DCP n'inscrivent pas d'action spécifique dans ce secteur : si un projet du FM est mis en œuvre dans un pays dont le secteur santé n'a pas été identifié comme prioritaire par les postes, il devrait pouvoir tout de même recevoir l'appui technique des représentations françaises (AFD, ambassades, organismes de recherche, expertise technique) à sa réalisation.

La France, en tant que premier contributeur du FED pourrait inciter la Commission européenne à contribuer de manière plus significative aux Initiatives mondiales, telles que GAVI et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et s'assurer d'une plus grande cohésion entre les politiques et les réalisations, et d'une plus forte cohérence : (i) entre les différentes institutions européennes (DG DEV et AIDCO), (ii) entre Bruxelles et les Délégations sur le terrain.

Les conclusions et recommandations du groupe de travail sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes européens et multilatéraux de coopération, initié dans le cadre du CICID de juillet 2004, animé par le SME/MAE, sont impatientement attendues dans le cadre de la prochaine réunion du CICID.

Nous recommandons d'ores et déjà que l'expertise française soit mieux représentée de manière permanente auprès des instances européennes, multilatérales (ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP notamment) et du Secrétariat des initiatives mondiales, comme celui du Fonds Mondial à Genève. Les montants des contributions de notre gouvernement à ces Fonds multilatéraux justifient à eux seuls la nécessité pour la France de mieux suivre l'utilisation stratégique et opérationnelle des programmes, en y affectant une expertise française de haut niveau. Il nous semble légitime, en tant que deuxième contributeur bilatéral à ce Fonds, d'exiger de voir des experts français beaucoup plus nombreux à des postes stratégiques, à la fois au Secrétariat à Genève et en appui au terrain.

Le projet de loi de Finances 2005 témoigne d'un effort dans ce sens qui doit être maintenu et accru tout au long de la période 2005-2015. Des aménagements réglementaires doivent permettre de surmonter les obstacles administratifs à la mise à disposition d'assistants

techniques auprès des ces institutions internationales, comme ils le sont auprès d'Etats étrangers²³⁴.

Les ministères techniques (Santé et Recherche, Education Nationale et Enseignement Supérieur) pourraient avec le MAE réfléchir au développement d'un projet relatif à la promotion de ressources humaines dans le champ du développement, incluant la formation en santé internationale à l'EHESP, et l'accroissement des potentiels et capacités à l'international des ministères techniques, des GIPs associés, en lien avec la DGCID, l'AFD et FCI.

La crédibilité de l'expertise française, en jeu lorsqu'elle est représentée (ou non) au sein des plateformes techniques ou stratégiques de concertation internationale, bénéficiera de la capitalisation et de la publication internationale des travaux et des enseignements tirés de sa longue pratique de terrain, tant dans le domaine de la recherche que dans le domaine de l'hôpital et de la clinique, que dans le champ de la santé publique, de la surveillance et de la lutte contre les maladies transmissibles, dont l'expertise française est internationalement reconnue.

3. Structurer des Partenariats Public-Privé et créer de toute urgence une « Task Force Accès aux Médicaments »

La mise en œuvre de l'aide bilatérale associée en ordre dispersé, comme nous l'avons décrit, des acteurs publics, privés industriels et commerciaux, confessionnels, communautaires, territoriaux, etc. Ces intervenants doivent pouvoir coordonner leurs actions grâce à l'aide du Gouvernement en fonction des stratégies sectorielles définies de concert avec eux dans le cadre du CICID. Les réalisations doivent être pilotées conjointement.

PPP dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida

La dynamique de la plateforme thématique VIH/Sida, animée conjointement par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et le Ministère des Affaires Etrangères, réunissant autour des pouvoirs publics l'expertise multidisciplinaire française dans ce domaine, et la richesse de ses échanges avec le Groupe Sectoriel Santé du CICID à l'occasion de l'élaboration de la politique sectorielle, illustrent la pertinence de cette démarche, qui doit se prolonger sous la forme de la structuration de PPP.

Les partenariats de longue haleine que la France a développés avec les organisations communautaires de lutte contre le sida, et les associations de personnes vivant avec le VIH, tant en France que sur le terrain, ont donné une envergure internationale, voire mondiale à ces mouvements.

La France a initié des PPP avec les entreprises privées et la Coalition Mondiale des Entreprises sur la thématique du VIH/sida. La DDCT/DGCID a commandité une étude²³⁵ très

²³⁴ MAE. DAG. DRH. Note relative à l'envoi de coopérants techniques auprès d'organisations internationales ou de structures privées. 1^{er} octobre 2004.

²³⁵ Cabinet Michèle Barzach Santé Internationale (MBSI). *Etude sur les PPP dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida*. Rapport à la DDCT/DGCID/MAE. Novembre 2004.

intéressante dressant l'état des politiques, stratégies et réalisations du secteur privé industriel et commercial, et des autres coopérations bilatérales et multilatérales dans ce domaine.

De la capacité à construire et à structurer des plateformes de concertation et des partenariats entre les secteurs public et privé, en France et sur le terrain, dépendent la cohésion et la coordination de l'aide bilatérale française, mais aussi la cohérence de celle-ci avec les politiques plus générales du Gouvernement (commerciales, extérieures, environnementales, culturelles, relatives aux technologies de l'information, etc.).

PPP avec l'Industrie Pharmaceutique

Par contre la France a pris un certain retard dans le domaine du PPP avec l'Industrie Pharmaceutique, aucune plateforme de concertation n'ayant jusqu'ici réuni l'ensemble des acteurs publics, privés et associatifs concernés. L'expérience de DFID²³⁶ de construction d'un PPP entre DFID et l'Industrie Pharmaceutique au Royaume Uni, et de mise en œuvre de cette politique d'accès aux médicaments essentiels dans toutes ses composantes sur le terrain au Ghana²³⁷ est une illustration de PPP avec l'IP très riche d'enseignements pour la France. DFID souhaite dans le cadre des quatre orientations relatives à sa stratégie « *Access to Medicines* » décrite plus haut, développer des partenariats avec les gouvernements des pays en développement, les institutions internationales au développement (multilatérales et bilatérales), la société civile et l'industrie pharmaceutique pour contribuer à rendre plus accessibles les médicaments. La France est attendue par les équipes du Département « *Access to Medicines* » à Londres pour travailler de concert sur ces questions à la fois au siège et dans les pays.

Sur tout ce qui concerne la Cible 17 de l'OMD 8 relative à l'Accès au Médicament, les évolutions internationales s'accroissent au moment même où se déroule notre mission. Nous avons rendu compte dans le présent document de l'audition du Parlement Européen sur ces questions, des discussions relatives à l'entrée en vigueur des accords de l'OMC pour certains pays comme l'Inde. Les enjeux en termes de concurrence internationale de production de génériques sont très importants : en ce moment même la Chine, le Brésil, la Russie et l'Inde s'organisent pour produire des génériques à bas prix, les premiers fournissant la matière première, les autres produisant les réactifs ou le médicament. Parallèlement la pharmacie occidentale est confrontée à un développement du générique en Europe et notamment à un passage dans le domaine public des « *block busters* » les plus rentables pour l'horizon 2007 et à une faiblesse de son portefeuille de molécules innovantes.

La France et l'Industrie française doivent prendre de toute urgence la mesure de ces négociations qui préparent ces pays émergents à rendre plus performante leur capacité de production pharmaceutique. Les délais d'adaptation de notre industrie et de notre législation sont très courts face à cette menace concurrentielle. Le texte de Loi en préparation, qui autoriserait l'industrie française à produire des génériques, dans sa forme actuelle, ne

²³⁶ DFID. *Increasing access to essential medicines in the developing world: UK Government Policy and Plans*. June 2004.

²³⁷ DFID. *Increasing access to medicines: an assessment and policy options for Ghana*. December 2003.

permettrait pas de protéger notre industrie à la hauteur des enjeux commerciaux qui se dessinent à l'échelle internationale.

Le groupe Sanofi-Aventis, récemment créé, constitue un atout majeur pour la France et l'Europe en ces domaines. Troisième groupe pharmaceutique mondial et leader mondial des vaccins, il a manifesté à travers son projet, et réitéré lors de cette Mission, son intérêt pour l'Accès aux Médicaments et aux vaccins des pays de l'Hémisphère Sud. La définition d'un projet global de production et de commercialisation à des prix différenciés des médicaments génériques essentiels et des médicaments et vaccins destinés aux pandémies du Sud est en cours de finalisation. Cette stratégie ne peut prendre sa dimension qu'à travers la collaboration avec les pouvoirs publics du Nord et des partenaires volontaires avec les gouvernements des Etats du Sud.

Plus globalement, la France doit travailler davantage avec les Etats membres de l'Europe sur ces questions, et amener la Commission européenne à prendre des positions beaucoup plus affirmées et rapides dans ce domaine, afin que les producteurs de génériques européens, tels que Novartis, prennent toute leur place dans cette course mondiale à la production compétitive de génériques.

C'est dans cet esprit que la création d'une « *Task Force Accès au Médicament* » de concertation des acteurs français travaillant sur la réalisation de l'OMD 8/Cible 17, s'impose de toute urgence. Elle réunirait en priorité les services concernés du MINEFI, du MAE, du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, de l'AFD, le LEEM, Industrie Pharmaceutique, la Campagne d'Accès aux Médicaments de MSF, le Réseau REMED.

Les objectifs de la Task Force pourraient être les suivants :

- structurer le dialogue national avec l'industrie pharmaceutique et préparer l'Industrie à se repositionner dans le contexte actuel international de la production de génériques
- élaborer une politique et une stratégie nationale de la France en faveur de la réalisation de la Cible 17 de l'OMD 8, en concertation avec les Etats membres et les travaux de la Commission européenne
- formaliser des partenariats public-privé avec l'Industrie Pharmaceutique
- venir en appui du développement de la politique pharmaceutique des pays en développement et faciliter l'accès de ces pays aux médicaments essentiels et génériques, dans le cadre des accords de Doha. La Cible 17 de l'OMD 8 exige, dans sa définition même que les pouvoirs publics coopèrent avec les entreprises pharmaceutiques. Une contractualisation entre les organisations internationales d'un côté, apportant leur appui à la définition des besoins futurs en médicaments essentiels et en vaccins et à la prédictibilité de la demande, et l'Industrie Pharmaceutique de l'autre, afin de les produire à des taux concurrentiels et de qualité certifiée, serait une activité opportune à laquelle la France pourrait apporter une précieuse contribution.
- s'assurer de la contribution française aux dispositions et les conclusions du Conseil Européen du 23 Novembre 2004, rappelant les engagements de la communauté internationale et de la Commission européenne à mettre en œuvre la

Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique²³⁸, sans que des négociations bilatérales ou des législations nationales ne viennent empêcher cet accord²³⁹.

PPP dans le domaine du financement des soins : mutualité

La Recherche, la Formation et l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers sont des éléments indissociables du trépied sanitaire nécessitant la coordination de tous les acteurs et l'établissement de partenariats multiples autour d'un opérateur pivot. Ces actions imposent de ne pas occulter la nécessité vitale de mettre en place des systèmes de protection sanitaire assurantielle adaptée à la réalité économique et culturelle de ces pays afin de pérenniser leurs dispositifs de soins et libérer de leur situation de perfusion financière et technique.

Les PMA sont caractérisés par la part écrasante de l'économie informelle avec des structures le plus souvent rurales marquées par un pourcentage important (autour de 20%) d'indigents et une majorité de personnes ne pouvant contribuer que de manière tout à fait modeste au financement des systèmes de soins.

L'erreur la plus commune est d'avoir voulu leur imposer nos systèmes administratifs complexes fondés sur une économie formelle suffisamment riche. Il importe donc de s'adresser aux bailleurs internationaux pour abonder un fond de roulement réservé aux indigents, financé par la taxe internationale proposée par le Président de la République et complétée par la participation contributive réaliste du reste de la population afin de mutualiser la prise en charge assurantielle autour d'un panier de soins limité à l'essentiel. L'impérative nécessité d'atteindre une masse démographique critique afin de répartir le risque et d'équilibrer les coûts doit s'articuler avec l'approbation par la société civile (conseil de village) de son contrôle notamment quant à la définition de ses bénéficiaires (indigents).

Comme le souligne la Fédération Nationale de la Mutualité Française, « *la France a innové dans sa politique de coopération en matière de santé en intégrant le financement de la santé comme une des priorités sectorielles. Cette question pose les fondements d'une nouvelle approche basée sur le renforcement de l'appui normatif et donc de l'Etat de droit, l'appui au lancement de partenariats entre les pouvoirs publics, les usagers des services de santé et les acteurs économiques du secteur de la santé. Mettant à jour plusieurs formes de gouvernance, elle permet de réaffirmer dans une coopération partenariale que les Etats bénéficiaires de l'APD, quels que soient ses montants, sont à la fois les premiers acteurs et avocats de la lutte contre la pauvreté et la réalisation des ODM dans leur propre contexte. Or, l'étude de certains documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) fait ressortir certains résultats contradictoires. L'intégration dans les dépenses de santé de la part de financement privé des populations, par les pouvoirs publics, dans le cadre de la mise en place de politiques nationales de santé, revêt un caractère stratégique. Lorsque cette complémentarité*

²³⁸ OMC. Conférence Ministérielle. Quatrième Session. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. Doha, 9-14 novembre 2001.

²³⁹ Conseil Européen. Relevé des Conclusions sur un cadre politique européen cohérent pour une action extérieure de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bruxelles. 23 Novembre 2004.

existe, elle permet une action en profondeur et on l'espère durable ²⁴⁰. Lorsque cette complémentarité ne peut pas être organisée, la faible capacité d'absorption de l'aide par les pouvoirs publics entraînera souvent une stagnation des résultats ²⁴¹. La situation peut malheureusement conduire à un recul des objectifs du millénaire ²⁴², ce qui expliquerait les réductions des décaissements, prévus dans les cadres de dépenses à moyen terme, sans être justifiées par une amélioration de la situation sanitaire.

*Si d'aventure l'analyse de ces résultats devait conduire à une réorientation des cibles prioritaires bénéficiaires de l'aide publique au développement des principaux bailleurs multilatéraux, la France pourrait, du fait de son antériorité et de son expertise en matière de projets d'appui au financement de la santé, contribuer au débat mondial sur le renforcement de l'aide et ses nouvelles formes de financement*²⁴³ ».

La France devra alors, elle aussi, renforcer le partenariat public-privé pour augmenter sa capacité d'action. Dans le même temps, il convient de promouvoir davantage une expertise française qui est souvent recherchée et qu'il est important de diffuser et de rendre plus visible. Là encore le savoir-faire mutualiste français pourrait trouver de nouveaux horizons propices à son expansion. **Le développement de ces partenariats constitue une action intelligible et lisible et immédiatement opérationnelle pour le citoyen français, qui s'assure ainsi de l'utilisation à bon escient des fonds publics d'aide au développement, en même temps qu'elle permet aux pouvoirs publics d'avoir des politiques industrielles et commerciales cohérentes avec les choix d'aide au développement et réciproquement. Cette dynamique permettrait à notre pays, dont l'expertise et le savoir-faire dans le domaine sanitaire sont mondialement reconnus, d'optimiser notre présence à court et long terme dans tous les domaines stratégiques. Lors du X^e sommet de la Francophonie, l'initiative du Président de la République d'organiser, en juin 2005, une conférence internationale dans le cadre des événements liés à l'année du micro-crédit, doit permettre d'y intégrer des questions liées au financement de la santé. La pérennisation des objectifs du millénaire doit rester un axe majeur de notre politique de coopération.**

La FNMF rappelle que « *les faibles niveaux de dépenses de santé dans les pays en développement, ainsi que le sous-financement structurel des systèmes de santé rendent l'atteinte des objectifs du millénaire, d'une manière générale et en santé en particulier, difficiles. La canalisation des ressources de financement de la santé, hors aide publique au développement (à savoir la taxation, les contributions sociales des entreprises et des salariés, et surtout, les contributions volontaires ou les paiements directs) doit rester le but à atteindre. Toutes les formules qui ont été expérimentées en matière d'assurance maladie dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) ont laissé apparaître que le paiement direct des usagers restait toujours important. Dès lors, il apparaît nettement que les choix*

²⁴⁰ Joint Staff Assessment de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International sur le DSRP du Rwanda, mai 2004 : met en évidence que près de 500 000 personnes sont couvertes par des systèmes à contributions à contribution volontaire (en anglais *micro insurance*) en s'appuyant sur des associations ou des regroupements professionnels.

²⁴¹ Joint Staff Assessment du DSRP du Sénégal, du Burkina Faso et de Madagascar en 2003 et 2004 : il existe des écarts sensibles entre les objectifs déclarés en santé, les sommes affectées et les résultats concrètement obtenus.

²⁴² Joint Staff Assessment du DSRP du Mali, mai 2004.

²⁴³ Les nouvelles contributions financières internationales (groupe de travail présidé par J.P. Landau), *Commission for Africa* (présidée par Monsieur Tony Blair).

opérés en matière de systèmes d'assurance maladie ne peuvent être que fonction des contextes et qu'ils doivent correspondre aux capacités contributives des différents acteurs. »

4. Permettre à l'expertise française de s'exprimer à l'international

La France, en particulier sa Fonction Publique, est trop refermée sur elle-même et les préoccupations franco-françaises. La méconnaissance de l'ensemble des acteurs français du développement, des choix politiques et stratégiques, de l'organisation institutionnelle, des modalités de mise en œuvre et des résultats de l'aide publique au développement des agences bilatérales et des institutions multilatérales, est préoccupante.

Or la France est attendue par les pays, comme elle est attendue par la communauté internationale, sur le terrain des politiques et des stratégies internationales dans le champ de la santé. En réponse à ces attentes qui l'honorent, la France doit être plus présente, plus nombreuse, plus visible et plus réactive surtout, aux attentes de collaboration exprimées par acteurs de la Coopération britannique, belge, allemande, ou européenne.

Pour faciliter le déploiement de l'expertise française à l'international, tous secteurs confondus, en appui à la réalisation des OMD, FCI pourrait contribuer à la constitution d'un vivier de jeunes diplômés qualifiés, de niveau bac plus 4 ou 5 années d'études, actuellement à la recherche d'un emploi en France, et disposés à consacrer quelques années de leur vie au volontariat en appui à l'aide publique au développement. Dans cet esprit les entreprises privées ayant des filiales dans les pays en développement pourraient contribuer au financement de séjours de jeunes qui seraient recrutées par elles, mais dont la mission serait de travailler en appui au développement des capacités institutionnelles des Etats du Sud dans différents domaines (juridiques et commerciaux, finances publiques, santé et développement social, gestion des ressources humaines, etc.). Son financement adossé ainsi sur les bailleurs bi et multilatéraux, le partenariat public/privé limiterait de ce fait son impact sur le budget français.

De façon générale, la capacité des ressources humaines publiques et privées françaises dans le champ du développement, doit être considérablement renforcée. Ceci passe notamment par les actions suivantes :

Dans le champ de la Santé : nous sommes dans l'attente du décret relatif à la Loi de Santé Publique 2004, qui prévoit de créer une Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Celle-ci, pourrait, à l'instar des universités anglo-saxonnes, proposer des enseignements type Master de Santé Publique, investir le champ de la santé internationale (pas seulement les sciences biomédicales), et proposer aux ressources humaines publiques et privées françaises, des formations complémentaires à celles existantes, et promouvoir ainsi une expertise en santé publique internationale (politiques et stratégies), publique et privée, mobilisable par les instances de FCI et du GIP Santé et Solidarité.

En outre, une formation des élèves de l'Ecole Nationale d'Administration très ciblée sur la Santé Publique et le Développement, y compris sur les grands enjeux autour de la pandémie du sida, et des diplomates, au moment où on donne instructions précises pour leurs trois années en poste juste avant l'envoi des nouveaux ambassadeurs, pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la santé publique, permettre de dépasser la vision strictement

médicale de la santé de la plupart des énarques, de lever certaines zones d'ombres entourant ce secteur, et de susciter un réel intérêt des futurs diplomates et administrateurs pour la santé publique des pays en développement. Ils ne seront que mieux armés pour distiller et valoriser dans les pays le savoir-faire français. Cette réflexion sur la formation des futurs Administrateurs de l'Etat, s'inscrirait en continuité avec un travail commencé sur le thème *Santé et Développement* lors d'un séminaire sur les politiques de santé animé à l'ENA en juillet 2003²⁴⁴, dont est issu un rapport sur la Santé et le Développement, travail dont un des objectifs était d'étudier « *les approches propres à sensibiliser les politiques et à réguler les systèmes, de façon comparative en quelques grands acteurs/bailleurs, qu'ils soient nationaux : français et une pays non européen par exemple* », travail suivi par la DCSUR (B. Montaville).

Par ailleurs le GIP France Coopération Internationale devrait établir un fichier exhaustif de l'ensemble de nos compétences. Une cartographie de l'expertise française par secteur a été réalisée mais les compétences en santé sont encore trop assimilées au domaine médical et insuffisamment à l'ensemble des champs de la santé publique internationale). En effet, il revient à FCI d'identifier tous les lieux publics, privés et communautaires (associatifs et non gouvernementaux) de l'expertise française dans l'ensemble des champs de la Santé Publique et des Sciences Sociales (pas seulement de la Médecine et des sciences biologiques et médicales, mais aussi de l'Economie de la santé, de l'organisation institutionnelle de l'aide publique, des mécanismes de définition et du contenu des politiques et stratégies internationales, de l'organisation des finances publiques en appui au secteur de la santé, etc.), et de la mettre au service des acteurs du développement de demain : le MAE et l'AFD, mais aussi les Ministères techniques, les bureaux d'études, etc.

Les assistants techniques, conseillers multi-mission et conseillers aux affaires sociales, pourraient être formés sur les objectifs du Millénaire pour le Développement et plus globalement sur les instruments de l'aide publique au développement française. Une étude d'évaluation des besoins en formation des professionnels publics et privés oeuvrant à la réalisation des OMD du secteur de la santé, pourrait être conduite en partenariat avec la DCSUR/MAE. Cette étude pourrait inclure par exemple, une analyse des perspectives de carrière internationale des fonctionnaires et de l'expertise privée du secteur de la santé, en ciblant les observations et les recommandations sur les directions internationales des ministères techniques.

Une fois identifiée et formée, il est impératif que la mobilité de cette expertise, publique ou privée, soit garantie. Ceci impose que tous les obstacles réglementaires et législatifs à cette mobilisation soient levés : qu'il s'agisse de la mise à disposition de personnels contractuels auprès des organisations multilatérales, ou de la mobilisation de l'expertise publique et territoriale hospitalière, etc. en appui à des missions de courte, moyenne et longue durée, les textes relatifs à la gestion des ressources humaines, doivent être révisés.

Plus globalement, la gestion des ressources humaines de la fonction publique doit permettre à ceux qui le souhaitent d'intégrer à leur carrière un parcours international. Une coopération multilatérale dans laquelle les français sont présents au sein de Consortium réunissant des partenaires publics et privés internationaux, y compris en long terme, doit compléter la stratégie de visibilité et d'influence de l'assistance technique bilatérale. Ceci suppose une excellente maîtrise de l'anglais, tant pour

²⁴⁴ ENA. Promotion Léopold Sédar Senghor (2002-2004). Séminaire "Les politiques de santé". Juillet 2003.

répondre aux appels d'offres internationaux que pour travailler auprès de partenaires très diversifiés. Il est temps de préparer le secteur public et d'étendre la capacité du secteur privé à se positionner davantage dans le domaine international.

La capacité de FCI à venir en appui du développement de l'ingénierie de montage de Consortium, et renforcer ainsi la capacité publique, universitaire, privée de réponse à des appels d'offres internationaux et de mobilisation de fonds européens et multilatéraux pourrait être développée.

L'influence de la France se développera au travers d'1. un renforcement des moyens de pilotage stratégique de la France, souhaité par le CICID, mais qui reste à définir et structurer, tant à Paris que sur le terrain en vue du suivi des DCP, et 2. une présence accrue des experts français au sein des organisations internationales, forums mondiaux et des projets financés par l'aide multilatérale.

Dans ce contexte, le dispositif français de la Coopération internationale se sera préparé à accompagner, tout au long de la décennie à venir, les pays bénéficiaires d'une aide publique considérablement accrue au travers de mécanismes internationaux en cours de discussion (taxation internationale et FFI), en vue de la réalisation effective des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Nous vivons un moment historique où la mondialisation du risque sanitaire est amplifiée par l'expansion démographique avec la précarisation économique chronique et l'instabilité politique que cela sous-entend. Confrontés à ces défis et ces enjeux planétaires, les organismes internationaux et l'hyper puissance américaine ont décidé d'investir le domaine vital de la santé. Les Nations émergentes et les puissances asiatiques ne sont pas en reste et prétendent maîtriser leur avenir voire conduire celui du monde.

Face à ce positionnement des puissances actuelles et futures, la France a désormais une fenêtre de tir très étroite. Afin de saisir l'opportunité historique qui lui est offerte, nous devons valoriser notre savoir-faire scientifique, technique et industriel mondialement reconnu en fusionnant de façon urgente nos services sans attendre un quelconque darwinisme administratif et en y attribuant les moyens budgétaires et humains nécessaires à notre coopération et ainsi concrétiser la vision du Chef de l'Etat pour redonner à notre pays son ambition légitime liée à l'universalité de sa pensée.

Liste des Annexes

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées lors de la Mission

Annexe 2. Liste des documents lus et des références bibliographiques

Annexe 3. Tableau de répartition de l'APD française (versements nets)

Annexe 4. Tableaux de classement des pays de la ZSP selon l'APD reçue hors traitement de la dette

Annexe 5. Tableaux de répartition de l'APD par secteurs pour les vingt premiers pays bénéficiaires de l'aide publique française

Annexe 6. Tableaux de répartition de l'APD par secteurs pour les PMA

Annexe 7. Données consolidées des moyens financiers affectés à la réalisation des OMD

Annexe 8. Liste des FSP sur la période 1999-2004

Annexe 9. Liste des ONG avec agréées pour le volontariat

Annexe 10. Analyse synthétique des FSP Mobilisateurs MAE/DCT/Santé

Annexe 11. Moyens alloués par la France à différents Fonds et part des projets « santé » de ces Fonds

Annexe 12. Contributions volontaires de la France aux Nations Unies sur la période 2001-2003.

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées

**Par M. le Dr Pierre Morange, Député
et Mme le Dr Dominique Kerouedan, consultante internationale en santé publique**

Octobre 2004-Juin 2005

Cette liste est relative aux personnes rencontrées en mission à Paris et en Europe, à laquelle s'ajoutent les personnels de la coopération civile et militaire rencontrées sur le terrain à Djibouti, Madagascar, au Mozambique, au Burkina Faso, au Mali, au Cambodge, au Laos et au Viêt-nam.

Cabinet de l'Elysée

- M. Laurent Vigier, Conseiller technique Cellule Diplomatique, G8 et dossiers multilatéraux.

Cabinet du Premier Ministre

- M. Serge Degallaix, Conseiller Diplomatique du Premier Ministre
- M. Emmanuel Glimet, Conseiller technique chargé des affaires économiques internationales

Le Conseil National du Sida

- Pr Willy Rozenbaum, Président
- Mme Marie-Hélène Balique, membre
- Mme Véronique Nahoum-Grappe, membre
- M. Marc Dixneuf, rapporteur
- M. Anthony Poncier, rapporteur

Haut Conseil de la Coopération Internationale (HCCI)

- Mme Michèle Barzach, ex ministre de la Santé, membre du HCCI et directeur du Cabinet MBSI.

Le Groupe interministériel Sectoriel Santé du CICID

La Mission a participé une des réunions des travaux relatifs à la définition de la politique sectorielle le 22 octobre 2004 et y a rencontré ses membres.

Ministère des Affaires Etrangères

- M. Michel Barnier, Ministre.
- M. Alain Juillet, Haut Responsable en charge de l'intelligence économique
- M. Patrick Roussel, Ambassadeur de France à Djibouti.
- Mme Catherine Boivineau, Ambassadeur de France à Madagascar.
- Mme Louise Avon, Ambassadeur de France au Mozambique.
- M. Francis Blondet, Ambassadeur de France au Burkina Faso.
- M. Nicolas Normand, Ambassadeur de France au Mali.
- M. Yvon Roé d'Albert, Ambassadeur de France au Cambodge.
- M. Maurice Portiche, Ambassadeur de France au Laos.
- M. Kessedjian, Ambassadeur à la Représentation Permanente auprès des Agences des Nations-Unies (Genève).

- Pr Michel Kazatchkine, ambassadeur de France en mission pour la lutte contre le sida (2005), Directeur de l'ANRS, ex président du Conseil Scientifique du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
- Mme Mireille Guigaz, ex Directeur du Développement DGCID/MAE, ambassadeur de France en mission pour la lutte contre le sida (2004)

Cabinet du Ministre

- Mme Elisabeth Béton-Délègue, Conseiller en charge des relations scientifiques, techniques. Aide au Développement- Audiovisuel.

Direction des Affaires Economiques et Financières

- M. Alain Le Roy, Directeur des Affaires Economiques et Financières, en charge du suivi du Sommet du G8
- Mme Geneviève Chedeville-Murray, chargée de la mission du G8
- M. Cyrille Pierre, Chargé de mission G8, adjoint au sous-directeur des Affaires financières internationales

Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales

- M. Jean-Maurice Ripert, Directeur des Nations Unies
- M. Christophe Guilhou, sous-directeur des Affaires Economiques
- M. Guillaume Delvallée, sous-direction des Affaires Economiques

Direction de la Coopération Européenne

- M. Antoine Michon, sous-direction des relations extérieures de la Communauté

Direction de la Coopération Militaire et de Défense

- M. Vice-Amiral d'Escadre Hervé Giraud, Directeur de la DCMD
- M. Colonel Patrick Guillou, chef du Département moyens

Représentation Permanente auprès des agences des Nations Unies (Genève)

- Mme France Auer, Conseiller chargée des affaires sociales
- Melle Audrey le Guevel, deuxième secrétaire attachée aux affaires sociales

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne (Bruxelles)

- M. Pierre Vernhes, conseiller commercial
- Mme Corinne Balleix, attachée pour la Coopération

Ministère délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie

- Mme Brigitte Girardin, ministre
- M. Xavier Darcos, ministre
- M. Perret, Directeur de Cabinet
- M. François Jay, Conseiller technique Développement Economique et Santé pour l'Afrique de l'Ouest

Direction Générale de la Coopération Internationale au Développement

- M. Philippe Etienne, Directeur Général (2005)
- M. Claude Blanchemaison, Directeur Général (2004)

Service de la Stratégie, des Moyens et de l'Évaluation de la DGCID

- M. François Sénémaud, Directeur
- M. Philippe Orliange, sous-directeur de la Stratégie et des Questions Multilatérales
- M. Stéphane Foin, sous-direction de la Stratégie et des questions multilatérales

Direction de la Coopération Scientifique et Universitaire

- Dr Bernard Montaville, secteur santé de la sous-direction de la Coopération Universitaire et de la Formation Professionnelle
- Dr Daniel Drevet, sous-direction de la Coopération Scientifique et de la Recherche

Mission pour la Coopération non Gouvernementale

- M. Jean-Louis Sabatié, Directeur
- Melle Isabelle Le Guellec, chef du Bureau du Volontariat

Direction du Développement et de la Coopération Technique

- Mme Bérengère Quincy, Directrice
- M. Serge Tomasi, Directeur Adjoint
- M. Laurent Fontaine, sous-directeur du développement humain
- Dr Bruno Floury, adjoint au sous-directeur du développement humain
- M. Pierre Bacheré, chargé de mission (échanges tél et documents)

Bureau de la Santé

- Dr Frédéric Goyet, chargé de mission sur le VIH/sida, puis chef du Bureau Santé
- Dr Christian Boulais, chargé de mission
- M. Hervé d'Oriano, chargé de mission politique hospitalière et projets hospitaliers
- Dr. Philippe Bouscharain, chargé de la Politique du Médicament
- Dr Sidi Diallo, en charge du programme mondial GAVI et autres programmes d'Immunisation
- Dr François-Marie Lahaye, chargé de mission développement des ressources humaines
- Dr Catherine Bonnaud, chargé de mission sur le VIH/Sida (2005)
- Dr Christian Bailly chef du bureau Santé (a quitté ses fonctions le 30 octobre)

Bureau du Développement Social

- Dr Michèle Ooms, chef de bureau
- M. Jean-Baptiste Gros, chargé des questions de lutte contre la pauvreté et les inégalités
- M. Laurent Aventin, chargé de la Protection Sociale et du financement de la Santé

Ministère de la Défense

- Dr Jacques de Saint-Julien, Médecin Général des Armées, Inspecteur Général du Service de Santé des Armées.

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique

- Mme Odile Renaud-Basso, Chef du Service des Affaires Multilatérales et du Développement (SAMD)
- Melle Sophie Castelnaud, collaboratrice de Mme Renaud-Basso
- M. Brice Quesnel, chef du bureau Aide au Développement et Institutions Multilatérales de Développement.

Direction de la Réforme Budgétaire

- M. Mordacq, Directeur de la Réforme Budgétaire
- M. Romain Dubois, Mission de la Modernisation Budgétaire
- Melle Karin Ciavaldini, Mission de la Modernisation Budgétaire

Direction Générale de l'Industrie, des Technologies de l'Information et des postes

- Mme Catherine Trenque, chef de la Division Pharmacie, sous-direction des Industries et technologies du vivant, de la chimie et des matériaux

Agence Française de Développement

- M. Jean-Michel Sévérino, Directeur Général
- M. Christian Szersnovicz, Conseiller auprès de la Direction Générale de l'AFD, directeur du comité de pilotage de la réforme
- M. Alain Colas, Secrétaire Général Adjoint
- M. Jean-Marc Chataignier, directeur du Département de Pilotage et des Relations Stratégiques
- Mme Anne Paugam, directrice du Département du Développement Humain
- Mme Marie-Odile Waty, chef de la Division Santé du Département du Développement Humain
- Madame Cécile Couprie, responsable de la division du pilotage stratégique
- Melle Anne-Sophie Kervella, département du Pilotage et des questions stratégiques
- Melle Pascale Dumoulin, chargée des questions d'harmonisation et d'efficacité de l'aide

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

- M. Philippe Douste-Blazy, ministre

Cabinet du Ministre

- Mme Bérengère Arnold, conseiller technique aux affaires européennes et internationales

Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

- Mme Brigitte Arthur, chargée de la Coopération internationale bilatérale et multilatérale (hors Europe)
- Dr Madeleine Leloup, chargée du suivi du GIP ESTHER et des relations multilatérales avec la Banque Mondiale et l'ONU (sur la préparation de la convention internationale sur le Handicap)
- Dr Jean-Louis Boppe, chargé de mission et correspondant FCI

-Melle Estelle Sicard, chargée du dossier de l'Accord-Cadre du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille avec l'OMS

Mission Européenne et Internationale sur le Médicament

- Dr. Philippe Duneton, chargé de mission

Institut National de Veille Sanitaire

- Dr Gilles Brücker, Directeur général
- Dr Christophe Paquet, Département International et Tropical

AFSSAPS

- Mme Emmanuelle Wargon, Adjointe au Directeur Général
- Mme Rosine Deniau, responsable de la Mission Affaires Internationales

SAMU Social International

- M. le ministre Xavier Emmanuelli, Président

Agence Nationale de Recherche sur le Sida

- Pr Michel Kazatchkine, Directeur de l'ANRS et président du Conseil Scientifique du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Institut de Recherche pour le Développement

- M. Jean-François Girard, Président
- M. Jacques Charmes, Directeur du Département Sociétés et Santé

Institut Pasteur

- Pr Philippe Kourilsky, Directeur Général
- Dr Boccoz, chargée des programmes internationaux (Echanges d'informations par téléphone et email)

Société civile

Organisations Non Gouvernementales

Coordination Sud

- M. Henri Rouillé d'Orfeuil, Président

Croix-Rouge Française

- Pr Marc Gentilini, Président (2004)
- M. Antoine Peigney, Directeur des Opérations Internationales

REseau MEDicament (REMEDI)

- Mme Carine Bruneton, déléguée générale

CIDR

- M. Bruno Galland, Directeur de Recherche

MSF

- Mme Annick Hamel, responsable de la Campagne Médicaments MSF France

AIDES

- M. Emmanuel Trénado, Directeur des programmes internationaux

Equilibre et Population

- Dr Robert Toubon, Directeur de la stratégie et rédacteur en chef

Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

- M. Jean-Pierre Davant, Président
- M. Etienne Caniard, Administrateur délégué chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale (2004)
- M. Kulmie Samantar, responsable du Département International
- Mme Agnès Bocognano, conseiller technique pour l'Assurance Maladie
- M. Vincent Figureau, responsable du Département des Relations Extérieures

Fédération Hospitalière de France (FHF)

- M. le ministre Claude Evin, Président
- M. Gérard Vincent, Délégué Général
- M. David Causse, Délégué général adjoint

Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP)

- -M. Jean Parrot, président de l'Ordre National des Pharmaciens et de la Fédération Internationale Pharmaceutique, président de la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones

Ordre National des Pharmaciens

- M. Claude Ameline, Secrétaire Général de l'Ordre National des Pharmaciens
- Dr Jean-Luc Audhoui, Trésorier de l'Ordre National des Pharmaciens

Les Entreprises du Médicament (LEEM)

- M. Bernard Lemoine, vice-président délégué
- M. Michel Katz, conseiller consultant
- Mme Béatrice Kressmann, Directrice des Affaires européennes et internationales
- M. Louis Teulières, consultant chargé des opérations internationales

Secteur privé

Les bureaux d'études

- Dr. Jacques Lebas, directeur général du CREDES
- M. Eric Gauvrit, CREDES
- M. Gwenaël Dhaene, IRIS Conseil Santé
- M. Jean-Marc Guimier, co-auteur du rapport d'évaluation de la Coopération dans le secteur pharmaceutique sur la période 1994-2001, actuellement chargé de mission au bureau de MSH à Genève.
- M. Emeric Debionne, responsable Développement, MSH

- Le Groupe Pharmaceutique Sanofi-Aventis

- M. JM Dehaeq, Président Directeur Général
- Dr. R Sebbag, médecin spécialiste des Maladies Infectieuses et du Sida, Directeur de la Mission de Solidarité sur l'Accès au Médicament

GIP France Coopération Internationale (FCI)

- M. Olivier de Saint-Lager, Président directeur général
- M. Raymond Le Ruyet, Correspondant de FCI à Bruxelles
- Dr. Bernard Montaville, Correspondant FCI à la DGCID
- M. Jean-Paul Morin, Directeur de la Direction de l'expertise privée et des services
- Dr. Jean-Louis Boppe, correspondant FCI au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

GIP ESTHER

- M. le ministre Bernard Kouchner, Président du Conseil d'Administration, contacté.

GIP ADETEF

- M. Daniel Morel, Président

GIP SANTEXCEL

- M. Olivier Baron, Directeur Général
- M. Patrick Devorest, responsable Coopération internationale
- M. Mathieu Delmotte

Organisations internationales

Commission Européenne

Direction Générale du Développement

- M. Athanassios Théodorakis, Directeur général adjoint
- M. Gilles Hervio, conseiller économique, chef d'Unité
- M. Amadou Traoré, conseiller économique (échanges téléphoniques)
- Dr Lieve Fransen, chef d'Unité Développement Humain
- M. Tomas Niklasson, Administrator, Unité Développement Humain
- M. Johann Stierna, Administrator, Unité Développement Humain
- Dr Neil Squires, Unité Développement Humain

Europeaid (AIDCO)

- M. Hugh Richardson, Directeur général adjoint
- M. José-Luis Trimino-Perez, chef d'Unité Développement social et humain
- Dr. José-Antonio Valente, chef de bureau Santé, Unité Développement social et humain
- Dr. Joan Casanova, chargé de mission, Unité Développement social et humain
- Dr Thierry Barbé, coordonnateur géographique pour l'Afrique de l'Ouest
- Dr. Emile Jeannée, chargé de mission lignes thématiques
- Dr Elisabeth Féret, chef d'Unité Santé programme MEDA

Coopérations internationales bilatérales

CTB : Coopération Technique Belge

- Dr. Jean-Pierre Luxen, Directeur des Services Internationaux

GTZ : Coopération allemande

Dr Thomas Kisch-Woik, conseiller du ministre allemand de la Coopération pour le sida, basé à Berlin, échanges d'informations par email et téléphone

DFID : Coopération britannique

Echanges d'informations par mel et téléphone

-Mme Kirsteen Hall, conseiller à l'Ambassade du Royaume Uni en France,

-Mme Emma Back, Mme Jane Haycock, Mme Sarah Kaya, M. Stewart Tyson, experts santé à DFID.

USAID : Coopération américaine

-Ms Laura Kayser et Elisabeth Cox de Family Health International

-Ms Mary Jordan et M. Jason Wright, USAID Washington, échanges d'informations par mel et téléphone

Organisations multilatérales

Banque Mondiale

- M. Jacques Baudouy, Directeur du Département Nutrition, Santé et Population, Washington

- Mme Elisabeth Sandor, Conseillère pour les affaires sociales auprès de l'Administrateur français à la Banque mondiale et au FMI, à Washington.

Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI)

- M. André Heitz, Directeur du Bureau de Coordination à Bruxelles

Organisations des Nations Unies

OMS

-M. Michel Jancloes, conseiller du Directeur Général

- Dr Nordstrom, assistant du Directeur Général

- Dr Bernard Dizier, external officer, government and private sector relations

- Dr Guénaél R. Rodier, Directeur du Département des maladies transmissibles, Surveillance et Réponse.

ONUSIDA

- Dr Peter Piot, Directeur Exécutif

- Melle Rasha El Diwany, conseiller politique, direction exécutif

Initiatives mondiales

The Vaccine Fund

-M. Jacques-François Martin, Président

- Mme Pazanne Le Cour Grandmaison, APCO Cabinet de Conseil en Affaires publiques, facilitateur des relations de Vaccine Fund avec les pouvoirs publics

- Dr. Joris Vandeputte, Vice-président des affaires européennes, Bruxelles

Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

- M. Brad Herbert, Directeur des opérations

- M. As Sy, Directeur pour l'Afrique

- M. Michel Lavollay, conseiller pour le secteur privé et les relations extérieures

Annexe 2. Références et documents consultés

AEDES. Evaluation de l'aide la Commission européenne dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la santé. Rapport de phase 3. Juillet 2002. Contrat cadre : évaluations de l'aide de la Commission européenne dans les secteurs sociaux et ruraux.

AIDES. Réseau Afrique 2000. Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique. 2^{ème} édition. Janvier 2005.

AIDES. Pétition en faveur du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Communiquée par AIDES, février 2005, signée de très nombreux organismes.

Ambassadeur de France auprès des agences des Nations Unies à Genève. Note à la Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales du Ministère des Affaires Etrangères. Contributions volontaires et place de la France dans les organisations internationales. Janvier 2004.

AMIPS. Produits de santé et Tiers-Monde : les aspects industriels. Numéro Spécial. Premier et deuxième trimestre 2004.

Assemblée Paritaire ACP-CEE. Quatrième convention de Lomé du 15 décembre 1989. Le Courrier ACP-CEE, 1990 ; 120 :41.

Audibert M., Mathonnat J., de Roodenbeke E. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Karthala ed., 2003.

Aurillac M. cité par B. Floury. Le discours de la Coopération française en matière de santé depuis les indépendances. in Rapport OPCF 1998. Karthala, 1998. 161-179.

Balique H et Berthe YA. Etude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Mali. Rapport remis au Ministère de la Santé à Bamako et à la DDCT/DGCID. Octobre 2004.

Banque Mondiale. Rapport sur le développement dans le Monde. Investir dans la Santé. Banque Mondiale, Washington. 1993

Banque Mondiale. Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience. Banque Mondiale, Washington, 1994.

Banque Mondiale. Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic, a World Bank Policy Research Report, 1997.

Banque Mondiale. The Millenium Development Goals. Rising to the Challenges. December 2003.

Banque Mondiale. Interim Review of the Multi-country HIV/AIDS Program for Africa. March 2004.

Banque Mondiale Institute. Development Outreach. Access for all fighting against HIV/AIDS. July 2004.

Banque Mondiale. Turning Bureaucrats into warriors. Preparing and implementing multi-sector HIV/AIDS Programs in Africa. A Generic Operations Manual. 2004.

Banque Mondiale. Making Services work for poor people. Rapport annuel 2004.

Banque Mondiale. Bureau de Washington. Note de l'Administrateur pour la France à M. le Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie. *Réengagement de la Banque mondiale dans la lutte contre le paludisme*. Présentation technique le 9 février 2005.

Barbé T. et al. Résultats des FSUCOM d'Abidjan dans le cadre du Projet Santé Abidjan financé par la Coopération française. Colloque International sur les Innovations dans la Pratique Médicale et le Financement de la Santé en Afrique au Sud du Sahara. Bamako-Mali, février 1995.

Bouché J. Auditeur du Conseil d'Etat. La mobilisation de l'expertise publique sur les actions de coopération institutionnelle internationale. Rapport au premier Ministre. Juillet 2003.

Bresil Brazilian Mission to the European Communities in Brussels. Reinaldo José de Almeida Salgado. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

Brunet-Jailly J. (sous la direction de). Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest. Karthala, Paris, 1997.

Brunet-Jailly J. (sous la direction de). Santé en Capitales. Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. Ed. CEDA. Abidjan, 1999.

Brunet-Jailly J. La Banque Mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? Revue Internationale des Sciences Sociales 1999, 161 :355-370.

Cabinet Gilles de Pas. Evaluation rétrospective du projet d'appui à la réforme des systèmes hospitaliers dans les pays de la ZSP. 1999-2003. Rapport final. Janvier 2005.

Cabinet Michèle Barzach Santé Internationale (MBSI). Etude sur les PPP dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida. Rapport à la DDCT/DGCID/MAE. Novembre 2004.

Charles Hongor et Barbara MacPake. *How to bridge the gap in human resources for health*. The Lancet. October 16, 2004.

Charmes J. Les OMD. Note à propos de la participation de l'IRD aux groupes de travail du CICID. Juin 2004.

Chataignier JM. Compte rendu de la réunion organisée à Londres par le DFID pour discuter du rapport provisoire du Projet du Millénaire conduit par J Sachs. 17 octobre 2004.

CICID. Groupe Sectoriel Santé en préparation de la réunion de juillet 2004. Participation de l'APD française aux OMD. Lutte contre le VIH/sida. OMD 6-cible 1. Juillet 2004.

CICID. Groupe Sectoriel Santé. Tableau récapitulatif des financements alloués à la réalisation des OMD de la santé tous instruments confondus. DDCT/MAE. Juillet 2004.

CICID. Groupe Sectoriel Santé. Stratégie sectorielle Santé. (deux composantes : Santé et lutte contre le VIH/sida). Janvier 2005.

CICID. Co-secrétariat. Instructions relatives à l'élaboration par les postes des DCP. Non daté.

CIDR. Centre International de Développement de Recherche. Les facteurs de mobilisation durable de la population rurale dans la gestion des CSCOM et des CSAR au Mali. Décembre 1999. 100 p.

CIDR et Direction du Développement et de la Coopération Suisse. Comment impliquer durablement les populations rurales dans la gestion des services de santé de base. Synthèse d'une recherche menée à Madagascar, au Bénin, au Mali. Paris, septembre 2001.

CIPLA Ltd. Testimony of William Haddad, Chairman and CEO of Biogenerics, Inc. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

Comité d'Aide au Développement de l'OCDE. La France. Examen par les pairs. Mai 2004.

Connan C. , Wattez E. La rénovation de l'expertise technique : un défi français. Rapport au CICID. 31 octobre 2004.

Coopération Technique Belge. Rapport annuel. 2002.

Coopération Technique Belge. Evaluation à mi-parcours du " Projet d'appui au district sanitaire urbain de la Commune de Niamey III à Niamey ». Rapport de Mission d'Evaluation 20-27 février 2003.

Cot J.-P. A l'épreuve du pouvoir. Paris : Le Seuil. 1983 : 219.

CREDES. Evaluation des formations sanitaires urbaines à base communautaire FSU-Com (1993-1999). Projet Santé Abidjan. Collection évaluations n°47, novembre 1999.

CREDES. Evaluation finale externe du " Projet d'appui à la mise en place de la politique de district sanitaire au Niger. Commune de Niamey II. 1997-2003 ". Rapport final, décembre 2003.

CREDES. Evaluation des instances de coordination nationales du Projet du Fonds Mondial au Sénégal, au Bénin, au Cameroun et au Viêt-nam. Note de Synthèse D. Kerouedan au MAE sur les projets du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les Local Fund Agent. Mai 2004.

CREDES. Evaluation des instances de coordination nationales du Projet du Fonds Mondial au Sénégal, au Bénin, au Cameroun et au Viêt-nam. Rapport final. Mai 2004.

Cristina d'Almeida, Pedro Chequer, Benjamin Coriat et Michel Kazatchkine. Sida : non à l'OMC. Le Monde. 13 janvier 2005.

DFID. UK's Call for Action on HIV/AIDS. Décembre 2003

DFID and the Republic of Ghana. Increasing access to medicines: an assessment and policy options for Ghana. December 2003.

DFID. Increasing access to essential medicines in the developing world: UK Government Policy and Plans. June 2004.

DFID. HIV and AIDS Treatment and Care Policy. July 2004.

DFID. Press Release. Prime Minister launches UK's new Global Strategy. 20 July 2004.

DFID. Departmental Report 2004.

Dujardin B. Les politiques de district de santé. Santé publique 1994, 4 :339-355.

Dujardin B. Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue. Karthala ed., Paris, 2003.

Fonds Monétaire International et Banque Mondiale. Stabilité et Croissance, Développement, Gouvernance. La France, le FMI et la Banque Mondiale en 2003/2004. Rapport présenté au Parlement sur les activités du FMI et de la Banque Mondiale Juillet 2003-Juin 2004.

Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Rapport d'activités- 21 janvier 2005.

France Coopération Internationale. B. Montaville et JL Boppe. Note à Olivier de Saint-Lager Directeur Général du GIP FCI. *Problématique de la mobilisation de l'expertise publique française sur les financements internationaux dans le domaine de la santé*. 1^{er} septembre 2004.

Fuchs JP, Député. *Pour une politique de développement efficace, maîtrisée et transparente*. Rapport au Premier Ministre. Collection des rapports officiels. La Document Française. Paris, 1995.

GIP Santé et Protection Sociale. Projet de Termes de référence de la constitution. Juillet 2004.

GSK and EFPIA Statement. Hearing on TRIPS and Access to Medicines. European Parliament. Brussels, January 2005

GSK. GSK's contribution to fighting HIV/AIDS and improving health care in the developing world. Dépliant présenté au Parlement Européen le 18 janvier 2005.

Haut Conseil de la Coopération Internationale. La Coopération dans le secteur de la santé des pays en développement. Avis du HCCI et Rapport du HCCI. 25 Juin 2002.

High-level Forum on the Health MDGs. Monitoring the Health MDGs. Issues for discussion: session 3. December 2003.

High-level Forum on the Health MDGs. Summary of discussions and agreed action points. Geneva, 8-9 January 2004.

High-level Forum on the Health MDGs. Nations Unies. Department of Social and Economic Affairs Statistics Division and Development Policy and Planning Office. Inter-agency and Expert Meeting on Millennium Development Goals Indicators. Geneva, 29 September -1 October 2004.

High-level Forum on the Health MDGs. Advisory Group Meeting. Summary of discussions and agreed action points. Paris, October 2004.

High Level Forum on the Health MDGs. Summary of discussions and action points. WHO and WB secretariat. Washington, December 2004.

High Level Forum on the Health MDGs. Tracking resources for Global Health: progress toward a policy-responsive system. Abuja, December 2004.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed. Paris, 2003.

Kaspar Wyss. *An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals*. Human resources for Health 2004; 2:11.

Kerouedan D. L'Afrique, la France et les Etats-Unis: contributions de la Coopération française et de USAID à la lutte contre le sida en Afrique sur la période 1987-1997. Conférence L'Afrique la France et les Etats-Unis. Centre d'Etudes et d'Afrique Noire et African Studies Centre of Boston University. Bordeaux. 22-24 Mai 1997.

Kerouedan D. Douze ans d'épidémie de sida en Côte d'Ivoire Afrique de l'ouest : analyse critique des stratégies internationales sur la période 1987-1998. Bilan et perspectives. Thèse de Doctorat en Epidémiologie et Santé Publique. Faculté de Médecine. Université de Nancy. 6 Juillet 1998.

Kerouedan D. J. Brunet-Jailly. La France a-t-elle une stratégie de coopération en matière de santé avec l'Afrique et Madagascar ? in : L'Afrique Politique. Réformes des Etats africains. CEAN- Karthala. Paris, octobre 2001. p 165-180.

Kourilsky. Lettre adressée au ministre des Affaires Etrangères. Note sur l'influence croissante des Etats-Unis dans la santé publique mondiale et sur le rôle des Instituts Pasteur. 19 octobre 2004.

Knippenberg R., Alihonou E., Soucat A., et al. Implementation of the Bamako Initiative, strategies in Benin and Guinea (1997). International Journal of Health Planning and Management 1997, vol 12 supplément 1 (June).

LEEM. Médicaments : quelques exemples de contribution des entreprises. Note du 5 septembre 2003.

LEEM. Réception des Délégations francophones. Accessibilité aux Médicaments et aux soins. Assemblée Générale de l'OMS. 16 mai 2004.

The Millenium Project. A Global Plan to achieve the Millenium Development Goals. Draft presented by the UN Millenium Project. 23 September 2004.

The Millenium Project. J. Sachs. A Global Plan to achieve the Millenium Development Goals. Final Report. January 2005.

Ministère de la Coopération et du Développement. Rapport d'activités de la sous-direction de la santé et du développement social, 1990-1991-1992. Ministère de la coopération et du Développement, 1992.

Ministère de la Coopération et OMS. Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique. 1996.

Ministère de la Défense. Inspecteur Général du Service de Santé des Armées. Médecin Général des Armées Jacques de Saint-Julien. Coopération de Santé Militaire en Afrique. 1^{er} décembre 2003.

MAE. Projet de Termes de références pour l'Ambassadeur itinérant sur le VIH/sida-Maladies transmissibles. 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. Discours du ministre délégué à la Coopération, au Développement et à la Francophonie devant les Conseillers de Coopération et d'Action Culturelle. 8 novembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DAG. DRH. Note relative à l'envoi de coopérants techniques auprès d'organisations internationales ou de structures privées. 1^{er} octobre 2004.

MAE. Direction et Affaires Economiques et Financières et Direction des Nations Unies et des Organisations Internationales. Note au DG de la DGCID. T. Mathou et C. Guillhou. *Rencontre entre le DGCID et son homologue allemand, M. Hofmann (3 et 4 février 2005) - Rapport Sachs : « Investir dans le développement. Un plan concret pour atteindre les objectifs de développement du millénaire »*. 31 janvier 2005.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID.DDCT. Projet FAC intitulé " Programme de Coopération bilatérale avec l'UNICEF " adopté en juillet 1997.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement. Eléments de cadrage sur les priorités de la DGCID. Février 2000.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement. Evaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998. Octobre 2000.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. Evaluation de l'aide française dans le secteur pharmaceutique. Afrique subsaharienne et Madagascar (1994-2001). Série Evaluations N° 59. 2002.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. DCSUR. B. Montaville. Actions de Coopération internationale dans le domaine de la Santé-Médecine. 2002.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. DDCT. Rapport de l'évaluation conjointe du projet d'amélioration globale du CHU de Majunga. Projet tripartite malgache, français et japonais. Septembre 2003.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. DDCT. La Coopération santé dans la zone de solidarité prioritaire. Orientations sectorielles. Décembre 2003.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. Bilan 2003 et perspectives.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. DDCT. d'Oriano H. Eléments de cadrage pour une note de stratégie hospitalière. Mars 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. Memorandum de la France sur ses politiques et programmes en matière de Coopération pour le Développement. Mai 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. Lettre de la DGCID au DG de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. 8 octobre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. DDCT. d' Oriano H. Note communiquée le 23 novembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID.DDCT. d'Oriano H. Note sur la politique hospitalière préparatoire à la réunion du Groupe Sectoriel Santé du 24 novembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. SME. Journées de la Coopération Internationale et du Développement. Synthèse. Juillet 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. SME. Sous-Direction de la Programmation et des Affaires Financières. Projet de Loi de Finances 2005 pour la DGCID. 2 septembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. DGCID. SME. Sous-Direction de la Programmation et des Affaires Financières. Projet de Loi de Finances 2005 pour la DGCID. 22 septembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction d'Afrique et de l'Océan Indien. Note au Directeur Général de la Coopération Internationale et du Développement. 27 septembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction des Nations Unies et Organisations Internationales. Note sur le projet de Rapport du Millenium Project. 1^{er} novembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction des Nations Unies et Organisations Internationales. Contributions volontaires aux organisations du système des Nations Unies et augmentation de l'APD française : propositions pour les cinq prochaines années. Novembre 2002.

Ministère des Affaires Etrangères. Direction des Nations Unies et Organisations Internationales. Ripert JM. Note relative au " CICID : renforcement des moyens d'élaboration, de suivi et d'évaluation des contributions multilatérales ". 2 novembre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères. Mission de Coopération Non Gouvernementale. Bureau des OSI et des Entreprises. B. Dusuzeau. Note descriptive des activités financées au travers des OSI dans le domaine de la lutte contre le sida. 24 octobre 2004.

Ministère des Affaires Etrangères et Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie. Document de référence Trésor/DGCID. Orientations stratégiques de l'aide publique au développement bilatérale. Septembre 1999.

MINEFI. Plaquette de présentation du GIP ADETEF. Assistance au développement des échanges en technologies économiques et financières.

MINEFI. La Coopération technique internationale. Rapport d'activités 2003.

MINEFI. La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs. Guide méthodologique pour l'application de la Loi Organique relative aux Lois de Finances du 1^{er} août 2001. Juin 2004.

MINEFI. Un nouveau cadre budgétaire pour réformer l'Etat. L'architecture du budget de l'Etat. Communication en Conseil des ministres de Dominique Bussereau, Secrétaire d'Etat au Budget et à la Réforme budgétaire. 16 juin 2004.

MINEFI. La réforme budgétaire de l'Etat : guide de lecture du nouveau budget. Septembre 2004.

MINEFI. Document de politique transversale présenté par (Ministère Chef de File). Schéma de document de travail. Intitulé de la politique transversale. 2004.

MINEFI. Direction de la Réforme Budgétaire. Note sur les documents de politique transversale. 2004.

MINEFI. Un nouveau cadre budgétaire pour réformer l'Etat. Projet de Loi de Finances pour 2005.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Direction des Affaires Européennes et Internationales. Compte rendu de la réunion de concertation sur les missions de coopération internationale et européenne en matière de santé. 12 octobre 2004

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Lettre de mission pour le Chargé de mission européenne et internationale sur le Médicament. 12 janvier 2005.

Mission interministérielle. Aide Publique au Développement. Projet de Loi de Finances pour 2005. Préfiguration de la Loi Organique relative aux Lois de Finances. 2004.

Moatti JP., N'Doye I, Hammer SM, Hale P, Kazatchkine M. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries : an attainable new paradigm. Nature Medicine. Vol 9. N° 2. December 2003.
Nations Unies. Session Extraordinaire de l'AG des NU. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. 25-27 juin 2001.

MSF. Campagne d'accès aux médicaments essentiels. Doha détaille : rapport sur les évolutions des accords ADPIC et l'accès aux médicaments. Contribution de MSF en vue de la 5^{ème} conférence ministérielle de l'OMC à Cancun en 2003.

MSF Campaign for Access to essential medicines. Access to Medicines at risk across the Globe : what to watch out for in free trade agreements with the United States. May 2004.

MSF Statement. Ellen't Hoen. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

Nemo J. Rapport d'Etape : évolution du dispositif d'assistance technique. Juin 1999. Suivi du rapport final : Les appuis en personnel dans les actions de l'assistance technique à des nouvelles modalités de coopération dans le cadre de la réforme. Mars 2000.

Nigeria trade Office to the WTO. Maigari Gurama Buba. Hearing on TRIPS and Access to Medicines European Parliament. Brussels, January 19, 2005

OCDE. Rapport de l'année 2003 publié en 2004.

OMC. Conférence ministérielle. Quatrième session. Doha, 9-14 novembre 2001. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. 14 novembre 2001.

OMC. Roger Kampf. Introductory Statement. Hearing on TRIPS and Access to Medicines. Intellectual Property Division. World Trade Organisation. European Parliament. Brussels, January 2005

OMPI. Brevets et accès aux Médicaments et aux soins de santé : un équilibre à trouver. Non daté. Site web : www.OMPI.int

OMS/UNICEF. Allaitement maternel et sida: faire un choix bien renseigné. Résumé de la Déclaration de Consensus de l'OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel et la transmission du sida. Genève 1er mai 1992.

OMS/GPA. Counselling for HIV/AIDS: a key to caring for policy makers, planners and implementors of counselling activities. 1995.

OMS/GPA. Effective approaches for the prevention of HIV/AIDS in Women. Report of Meeting. Geneva, February 1995.

OMS. Déclaration de l'OMS sur l'issue du procès en Afrique du Sud. 19 avril 2001.

OMS. Rapport de la Commission Macro-économie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. J Sachs et GH Brundtland. Décembre 2001.

OMS. Financial Performance 2002-2003.

OMS. 3x5 Progress report. Genève, décembre 2004.

OMS. Administration : cadre stratégique 2004-2005. Genève, mai 2004.

OMS. Projet de Budget Programme. 2006-2007.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Décembre 2004.

Over Mead et al. Rapports de ces études disponibles au centre de documentation de la Banque Mondiale à Washington.

PHI Consulting. SATEC. Evaluation de processus du projet « Santé urbaine ». Rapport provisoire. Octobre 2002.

République française. Rapport sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Contribution française. 29 octobre 2004.

République du Sénégal. Ministère de la Santé Publique. Les Entreprises du Médicament. JM Guimier et D Candau. Etude sur l'accessibilité au médicament. Rapport définitif. 2001.

Réseau Impact. Synthèse. Séminaire sur le Développement Humain. Paris 30-31 août et 1^{er} septembre 2004

Soucat A. Lévy Bruhl D., de Béthune X, et al. Affordability, cost-effectiveness, and efficiency of primary health care, the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea (1997). *International Journal of Health Planning and Management* 1997, vol 12 supplément 1 (June).

SPA Secretariat. SPA-2003. Sector Program tracking report. June 2004.

SPA Secretariat. SPA-2003. Sector Program tracking report. January 2005.

Talpain D., Mathonnat J. La politique internationale de la France en matière de santé. Rapport à M. le ministre des Affaires Etrangères et M. le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Février 2004.

Union Européenne. Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé/sida. Note d'orientation pour la préparation et la conduite sous Lomé IV des interventions dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne. Document de travail, 1993.

Union Européenne. Commission Européenne. Programme for Action: Acceleration Action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of Poverty Reduction. 21 février 2001.

Union Européenne. Commission européenne. Budget support for Poverty Reduction in ACP countries. Note to the members of the EDF Committee. 381st meeting of 30 March 2004.

Union Européenne. Commission européenne. EC DEV/RELEX/AIDCO and Delegations staff briefing Note. EC Delegations and the Country Coordinating Mechanisms (CCM) of the Global Fund to fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria. Brussels, May 14, 2004.

Union Européenne. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen. Elaboration d'un cadre politique européen cohérent pour les actions extérieures visant à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. 21 octobre 2004.

Union Européenne. Commission Européenne. Deuxième Rapport d'évaluation du "*Programme for Action : Accelerated Action on HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis in the context of poverty Reduction*". 26 Octobre 2004.

Union Européenne. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen. Elaboration d'un cadre politique européen cohérent pour les actions extérieures visant à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. 26 octobre 2004.

Union Européenne. Commission of the European Communities. Commission staff working document. EC Report on Millennium Development Goals 2000-2004. 29 October 2004.

Union Européenne. Commission des Communautés européennes. Proposition de Règlement du Parlement Européen et du Conseil concernant l'octroi de licences obligatoires pour des brevets visant la fabrication de produits pharmaceutiques destinés à l'exportation vers des pays connaissant des problèmes de santé publique. 29 octobre 2004.

Union Européenne. Conseil Européen. Relevé des Conclusions sur un cadre politique européen cohérent pour une action extérieure de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bruxelles. 23 novembre 2004.

Union Européenne. Lieve Fransen et Niel Squires. High-Level Forum on the Health MDGs. Abuja, Nigeria 2-3 décembre 2004. Rapport de mission. Décembre 2004.

Union Européenne. Commission européenne. Rapport annuel 2004.

Union Européenne. La politique de Développement de l'Union Européenne. Questions pour le débat. 7 janvier 2005.

Union Européenne. Commission européenne. DG/DEV. Financial Perspectives 2007-2012. Présentation ppt aux partenaires extérieurs. 21 janvier 2005.

USAID. User's Guide to USAID/W Population, HIV/AIDS, Health and Nutrition Programs. 2004.

USAID. US Government funding for the Global HIV/AIDS through FY 2005. June 2004.

Viens P. Le GPA attendait des PNLs une soumission totale...Le Journal du Sida, 1996; 86: 106-108.

Vivien A. Député. La rénovation de la coopération française. Rapport au premier Ministre. Collection des rapports officiels. La Documentation française. Paris, juin 1990.

Yves Mamou. Le PDG de Sanofi-Aventis se donne six mois pour boucler la fusion. Journal *Le Monde*. 14 décembre 2004.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Versements nets en MXEU/MEUR	Montants													
Ministère de l'Economie et des Finances	2 593,93	2 740,90	3 027,62	2 905,42	3 485,09	2 902,06	2 452,35	2 442,36	2 061,80	2 151,81	2 021,82	2 042,00	2 329,52	2 970,81
* Aide multilatérale	1 105,33	1 186,84	1 378,26	1 362,60	1 430,05	1 471,73	1 238,72	1 253,41	1 281,87	1 307,50	1 250,29	1 669,05	1 235,52	1 210,44
* Prêts et dons du Trésor	813,27	821,47	866,34	727,10	549,25	430,08	344,48	211,69	144,79	54,51	-54,17	-183,16	-156,50	-82,10
* Allègements de dettes	675,22	578,61	608,80	623,32	1 334,74	877,09	771,79	973,64	630,23	789,80	520,32	470,37	1 137,47	1 842,47
* Garanties diverses	0,10	20,40	23,38	21,79	22,33	22,89	30,86				305,39	85,74	63,03	
* Fonds SIDA													50,00	
* Dons projet et dons à l'ajustement structurel		133,58	150,71	170,61	148,72	100,27	66,50	3,62	4,91					
Ministère des Affaires Etrangères	1 170,28	1 184,06	1 178,82	1 257,56	1 234,32	1 178,30	1 177,16	1 056,54	1 024,00	1 009,43	1 115,28	1 107,04	1 703,02	1 581,69
* Nations Unies + FED à partir de 2002	114,27	117,82	144,66	143,69	138,46	87,06	116,44	101,32	107,02	111,40	134,26	120,04	749,96	594,94
* Coopération technique	816,46	802,90	831,30	831,01	798,47	773,19	757,05	685,65	642,56	608,38	586,51	570,90	577,01	573,60
* Dons projet et dons à l'ajustement structurel		107,48	73,78	148,97	144,83	132,36	137,31	153,98	159,39	155,97	167,09	168,72	166,80	179,01
* Fonds de Solidarité Prioritaire**	221,85	192,29	192,98	196,87	188,91	201,91	185,39	154,95	159,83	131,64	133,38	129,28	109,30	121,11
* opération de maintien de la paix (OMP)														
* Concours financiers	94,97	20,78	23,70	18,98	35,36	21,57	47,20	8,70	13,37	23,99	24,16	17,04	23,41	25,90
* Transport aide alimentaire + produit 2005	10,68	12,70	9,58	15,61	27,51	14,57	13,42	18,75	16,75	17,99	16,81	19,10	17,84	21,93
* Aide d'urgence		19,94	20,03	21,41	17,09	13,02	14,52	12,25	7,72	36,23	12,89	9,54	11,37	25,68
* Autres dons	26,32	27,98	27,46	24,71	22,15	21,69	22,26	22,66	24,36	35,24	40,16	72,41	47,33	39,52
Agence Française de Développement	606,27	571,61	606,58	822,03	478,58	447,41	296,11	176,54	110,61	124,38	23,83	47,45	168,88	-19,59
* Prêts du premier guichet	327,49	319,47	282,66	246,30	130,72	158,08	121,43	95,82	103,85	94,74	88,49	79,50	100,77	44,56
* Prêts d'ajustement	278,78	250,18	321,19	573,19	347,85	289,33	174,69	80,72	6,77	29,64	-64,66	-32,06	64,89	-66,97
* Coopération technique													3,22	2,82
* Souscription au capital		1,96	2,73	2,53										
Autres ministères	585,51	640,36	664,64	717,61	859,79	917,99	934,58	887,99	837,97	909,44	920,49	1 102,74	1 226,15	1 466,77
* Ecolage	117,98	126,80	138,09	157,19	201,02	251,03	309,45	310,44	321,61	338,60	365,01	451,19	547,36	640,03
* Recherche	420,21	458,55	460,81	408,65	410,89	435,93	422,32	408,01	385,01	373,09	335,37	350,49	352,65	322,43
* Aide alimentaire ministère Agriculture	12,28	19,84	23,61	20,62	33,87	33,89	42,52	24,75	29,76	29,88	34,11	38,85	16,96	13,45
* Aide aux réfugiés				85,55	86,27	96,12	62,44	50,38	71,62	146,81	159,99	226,32	260,87	394,04
* Coopération décentralisée													6,61	40,54
* Autres	35,04	35,17	42,12	45,61	127,73	100,13	97,86	94,40	29,97	21,08	26,01	35,89	41,69	56,27
TOM	483,78	556,23	580,91	690,31	729,15	755,58	731,42	682,81	738,15	752,77	167,82	188,77	187,69	195,44
Coûts administratifs	105,74	160,10	197,61	231,98	233,66	244,51	242,11	235,73	241,92	233,66	204,80	199,63	206,09	224,60
TOTAL	5 545,50	5 853,25	6 256,07	6 624,91	7 020,58	6 445,84	5 833,74	5 481,96	5 014,45	5 181,49	4 454,03	4 687,62	5 821,35	6 419,72
RNB en Mds EUR au 27-02-04	1 005,33	1 043,76	1 082,43	1 100,70	1 138,95	1 175,61	1 211,48	1 254,06	1 311,94	1 369,66	1 431,77	1 487,14	1 534,66	1 560,08
ratio APD/RNB	0,55%	0,56%	0,58%	0,60%	0,62%	0,55%	0,48%	0,44%	0,38%	0,38%	0,31%	0,32%	0,38%	0,41%

* prévisions associées au PLF 2004

** ancien Fonds d'Aide et de Coopération

4 325,89 4 548,60 4 733,13 5 118,62 5 452,08

**Classement des pays de la ZSP selon l'APD française reçue
(hors traitement de la dette)**

rang	Pays de la ZSP	Moyenne 2000-2001-2002 des versements hors dettes (en millions €)
1	Maroc	159,70
2	Côte d'Ivoire	121,21
3	Sénégal	119,81
4	Tunisie	100,35
5	Algérie	75,91
6	Mali	75,89
7	Vietnam	69,65
8	Burkina Faso	61,44
9	Bénin	54,43
10	Cameroun	51,25
11	Madagascar	44,41
12	Niger	37,75
13	Tchad	34,29
14	Liban	33,07
15	Djibouti	24,86
16	Cambodge	24,48
17	Guinée Conakry	19,92
18	Togo	19,04
19	Centrafrique	18,41
20	Mozambique	17,55
21	Mauritanie	16,32
22	Afrique du Sud	16,08
23	Terr Palestiniens	15,38
24	Haiti	14,93
25	Laos	13,82
26	Congo-Brazzaville	13,59
27	Comores	10,82
28	Nigéria	10,11
29	Ethiopie	9,35
30	Angola	8,48
31	Vanuatu	7,21
32	Ghana	6,34
33	RD Congo	5,44
34	Burundi	5,35
35	Guinée Equatoriale	5,30
36	Guinée-Bissao	5,24
37	Kenya	4,99
38	Rep dominicaine	4,90
39	Rwanda	4,73
40	Erythrée	4,63
41	Sao Tome et PR	3,83
42	Cap-Vert	3,62
43	Yemen	3,62
44	Soudan	3,52
45	Namibie	3,40
46	Tanzanie	3,39
47	Zimbabwe	3,04
48	Ouganda	2,72
49	Cuba	1,90
50	Libéria	0,88
51	Sierra Léone	0,86
52	Gambie	0,32
53	Surinam	0,20
54	Gabon	-6,75

**Classement des vingt premiers bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française
selon la moyenne annuelle des décaissements sur la période 2000-2002**

Rang	Pays	Type de pays	Aide Publique au Développement bilatérale française										Pilotage et indicateurs					
			En décaissements					En engagements										
			Pays à faible revenu dont Pays les Moins Avancés	Pays à revenu intermédiaire	Pays en sortie de crise	Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Part française dans l'APD bilatérale reçue	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette	En % du total des engagements	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements	Appartenance à la ZSP	Existence d'un DSP	Existence d'un CSLP (1)	Indice de performance selon la Banque Mondiale (2)	Indice de développement humain selon le PNUD (3)	Evolution 1995-2001 de l'indice de développement humain
1	Côte d'Ivoire	☑		☑		266,0	64%	382,3	150,1	39%	52,1	14%	☑	⊗	④	⑥	↘	
2	Egypte		☑			181,1	16%	187,5	22,6	12%	22,6	12%				③	↗	
3	Maroc		☑			158,3	56%	183,2	168,3	92%	168,3	92%	☑			③	↗	
4	Mozambique	☑	☑			154,3	15%	157,6	10,1	6%	10,1	6%	☑	☑	☑	③	⑥	↗
5	Sénégal	☑	☑			118,0	47%	136,0	96,0	71%	72,2	53%	☑	☑	☑	①	⑤	↗
6	Tunisie		☑			92,3	58%	112,3	112,3	100%	112,3	100%	☑			②	②	↗
7	Cameroun	☑				88,2	29%	115,7	54,1	47%	54,1	47%	☑		☑	③	⑤	→
8	Mali	☑	☑			74,2	29%	80,8	60,9	75%	36,3	45%	☑		☑	②	⑥	↗
9	Algérie		☑			70,1	99%	72,4	72,4	100%	72,4	100%	☑			②	②	↗
10	Viet Nam	☑				64,2	7%	74,4	74,4	100%	74,0	99%	☑	☑	☑	①	③	↗
11	Burkina Faso	☑	☑			60,0	27%	68,2	52,0	76%	36,0	53%	☑	☑	☑	②	⑥	↗
12	Chine		☑			55,3	5%	60,4	60,4	100%	60,4	100%				②	②	↗
13	Bénin	☑	☑			52,4	33%	51,1	41,0	80%	16,3	32%	☑		☑	②	⑤	↗
14	Serbie/Monténégro		☑			45,4	4%	38,5	6,8	18%	6,8	18%			⊗	③		
15	Madagascar	☑	☑			44,8	33%	61,3	49,0	80%	47,2	77%	☑	☑	☑	②	⑤	↗
16	Niger	☑	☑			37,6	34%	48,2	35,1	73%	21,4	44%	☑	☑	☑	④	⑥	↗
17	Tchad	☑	☑			33,0	51%	40,8	34,4	84%	32,2	79%	☑		☑	④	⑥	↗
18	Indonésie	☑				30,9	2%	73,5	8,7	12%	8,7	12%			⊗	②	③	↗
19	Liban		☑			30,5	31%	31,5	31,5	100%	31,5	100%	☑	☑		②	②	↗
20	Djibouti	☑	☑			22,9	64%	25,0	24,6	98%	21,4	86%	☑		⊗	④	⑤	→

En millions de dollars

(1) ⊗ : CSLP intérimaire seulement

(2) Classement en quintiles de 1 à 5 (du plus élevé au plus faible) - Source Country Policy and Institutional Assessment (CPIA) 2003

(3) Classement de 1 à 6 (du plus élevé au plus faible, en dixièmes de 0,8 et supérieur à 0,3 et inférieur) - Source Rapport mondial sur le développement humain 2003

Mise à jour :

21/5/04 13:00

**Répartition des engagements dans les secteurs prioritaires
pour les vingt premiers bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française**

Rang	Pays	Montants totaux d'APD bilatérale française				Répartition sectorielle des engagements hors traitement de la dette et concours financiers									
		Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements	Secteurs prioritaires								Actions transversales	
						Education	Santé et lutte contre le SIDA	Eau et assainissement	Agriculture et développement rural	Infrastructures	Environnement	Total secteurs prioritaires	Gouvernance et Etat de droit	Promotion de la diversité culturelle	
1	Côte d'Ivoire	266,0	382,3	52,1	14%	20%	6%	9%	21%	6%	5%	67%	4%	2%	
2	Egypte	181,1	187,5	22,6	12%	14%	2%	40%	2%	11%	2%	71%	1%	13%	
3	Maroc	158,3	183,2	168,3	92%	35%	1%	9%	4%	15%	1%	65%	1%	4%	
4	Mozambique	154,3	157,6	10,1	6%	12%	6%	22%	2%	20%	1%	64%	17%	4%	
5	Sénégal	118,0	136,0	72,2	53%	26%	13%	0%	13%	6%	9%	67%	3%	2%	
6	Tunisie	92,3	112,3	112,3	100%	23%	2%	13%	16%	1%	2%	57%	0%	2%	
7	Cameroun	88,2	115,7	54,1	47%	21%	6%	0%	14%	21%	3%	65%	5%	2%	
8	Mali	74,2	80,8	36,3	45%	18%	7%	6%	14%	14%	4%	62%	10%	6%	
9	Algérie	70,1	72,4	72,4	100%	49%	1%	2%	0%	1%	0%	53%	2%	2%	
10	Viet Nam	64,2	74,4	74,0	99%	7%	2%	27%	28%	8%	3%	76%	2%	4%	
11	Burkina Faso	60,0	68,2	36,0	53%	14%	7%	13%	22%	1%	7%	65%	6%	4%	
12	Chine	55,3	60,4	60,4	100%	13%	2%	11%	1%	31%	2%	60%	1%	3%	
13	Bénin	52,4	51,1	16,3	32%	23%	6%	0%	9%	0%	7%	45%	9%	4%	
14	Serbie/Monténégro	45,4	38,5	6,8	18%	22%	4%	2%	7%	16%	0%	52%	5%	12%	
15	Madagascar	44,8	61,3	47,2	77%	17%	7%	10%	24%	0%	5%	63%	3%	3%	
16	Niger	37,6	48,2	21,4	44%	6%	8%	22%	31%	0%	5%	73%	6%	4%	
17	Tchad	33,0	40,8	32,2	79%	7%	12%	19%	19%	19%	2%	78%	3%	3%	
18	Indonésie	30,9	73,5	8,7	12%	7%	7%	0%	42%	1%	10%	67%	1%	8%	
19	Liban	30,5	31,5	31,5	100%	29%	1%	36%	1%	0%	0%	67%	0%	7%	
20	Djibouti	22,9	25,0	21,4	86%	40%	5%	5%	1%	1%	0%	53%	6%	3%	

En millions de dollars

Mise à jour :
22/4/04 13:15

**Classement des vingt premiers bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française
selon la moyenne annuelle des engagements sur la période 2000-2002
(en totalité, hors traitement de la dette, hors traitement de la dette et appuis financiers)**

Selon la totalité des engagements					Selon les engagements hors traitement de dette					Selon les engagements hors traitement de la dette et appuis financiers				
Rang	Pays	Catégorie de revenus (1)		Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Rang	Pays	Catégorie de revenus (1)		Moyenne annuelle des eng ¹ hors traitement de la dette	Rang	Pays	Catégorie de revenus (1)		Moyenne annuelle des eng ¹ hors dette et appuis financiers
1	Côte d'Ivoire	○	☑	382,3	1	Maroc	□	☑	168,3	1	Maroc	□	☑	168,3
2	Egypte	□		187,5	2	Côte d'Ivoire	○	☑	150,1	2	Tunisie	□	☑	112,3
3	Maroc	□	☑	183,2	3	Tunisie	□	☑	112,3	3	Viet Nam	○	☑	74,0
4	Mozambique	●	☑	157,6	4	Sénégal	●	☑	96,0	4	Algérie	□	☑	72,4
5	Sénégal	●	☑	136,0	5	Viet Nam	○	☑	74,4	5	Sénégal	●	☑	72,2
6	Cameroun	○	☑	115,7	6	Algérie	□	☑	72,4	6	Chine	□		60,4
7	Tunisie	□	☑	112,3	7	Mali	●	☑	60,9	7	Cameroun	○	☑	54,1
8	Mali	●	☑	80,8	8	Chine	□		60,4	8	Côte d'Ivoire	○	☑	52,1
9	Viet Nam	○	☑	74,4	9	Cameroun	○	☑	54,1	9	Madagascar	●	☑	47,2
10	Indonésie	○		73,5	10	Burkina Faso	●	☑	52,0	10	Mali	●	☑	36,3
11	Algérie	□	☑	72,4	11	Madagascar	●	☑	49,0	11	Burkina Faso	●	☑	36,0
12	Burkina Faso	●	☑	68,2	12	Bénin	●	☑	41,0	12	Tchad	●	☑	32,2
13	Madagascar	●	☑	61,3	13	Niger	●	☑	35,1	13	Liban	□	☑	31,5
14	Gabon	□	☑	60,9	14	Tchad	●	☑	34,4	14	Brésil	□		24,6
15	Chine	□		60,4	15	Liban	□	☑	31,5	15	Guinée	●	☑	24,6
16	Bénin	●	☑	51,1	16	Brésil	□		24,6	16	Gabon	□	☑	24,2
17	Niger	●	☑	48,2	17	Guinée	●	☑	24,6	17	Ghana	●	☑	22,9
18	Pakistan	●		46,2	18	Djibouti	●	☑	24,6	18	Egypte	□		22,6
19	Tchad	●	☑	40,8	19	Gabon	□	☑	24,2	19	Afrique du Sud	□	☑	22,2
20	Serbie/Monténégro	□		38,5	20	Ghana	●	☑	22,9	20	Djibouti	●	☑	21,4

En millions de dollars

- (1): ● : Pays les moins avancés
○ : Pays à faible revenu non PMA
□ : Pays à revenu intermédiaire

Mise à jour :
22/4/04 13:15

Classement des pays à faible revenu (y compris PMA) selon la moyenne annuelle des décaissements d'aide publique au développement bilatérale française sur la période 2000-2002

Rang	Pays	Type de pays	Aide Publique au Développement bilatérale française								Pilotage et indicateurs					
			En décaissements				En engagements				Appartenance à la ZSP	Existence d'un DSP	Indice de performance selon la Banque Mondiale (1)	Indice de développement selon la Banque Mondiale (2)	Evolution 1995-2001 de l'indice de développement humain (3)	
		Pays les moins avancés	Pays à faible revenu non PMA	Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Part française dans l'APD bilatérale reçue	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette	En % du total des engagements	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements						
1	Côte d'Ivoire		☑	266,0	64%	382,3	150,1	39%	52,1	14%	☑		⊗	④	⑥	↓
2	Mozambique	☑		154,3	15%	157,6	10,1	6%	10,1	6%	☑	☑	☑	③	⑥	↗
3	Sénégal	☑		118,0	47%	136,0	96,0	71%	72,2	53%	☑	☑	☑	①	⑤	↗
4	Cameroun		☑	88,2	26%	115,7	54,1	47%	54,1	47%	☑		☑	③	⑤	→
5	Mali	☑		74,2	29%	80,8	60,9	75%	36,3	45%	☑		☑	②	⑥	↗
6	Viet Nam		☑	64,2	7%	74,4	74,4	100%	74,0	99%	☑	☑	☑	①	③	↗
7	Burkina Faso	☑		60,0	27%	68,2	52,0	76%	36,0	53%	☑	☑	☑	②	⑥	↗
8	Bénin	☑		52,4	33%	51,1	41,0	80%	16,3	32%	☑		☑	②	⑤	↗
9	Madagascar	☑		44,8	33%	61,3	49,0	80%	47,2	77%	☑	☑	☑	②	⑤	↗
10	Niger	☑		37,6	34%	48,2	35,1	73%	21,4	44%	☑	☑	☑	④	⑥	↗
11	Tchad	☑		33,0	51%	40,8	34,4	84%	32,2	79%	☑		☑	④	⑥	↗
12	Indonésie		☑	30,9	2%	73,5	8,7	12%	8,7	12%				②	③	↗
13	Djibouti	☑		22,9	64%	25,0	24,6	98%	21,4	86%	☑		⊗	④	⑤	→
14	Cambodge	☑		22,5	9%	20,7	20,7	100%	20,7	100%	☑		☑	④	④	↗
15	Guinée	☑		20,9	18%	34,9	24,6	70%	24,6	70%	☑		☑	④	⑤	ns
16	Mauritanie	☑		20,7	20%	23,9	16,1	67%	16,1	67%	☑	☑	☑	①	⑤	↗
17	Togo	☑		19,3	48%	29,9	19,8	66%	12,2	41%	☑			⑤	④	↗
18	Centrafrique	☑		18,7	40%	25,6	15,8	62%	14,6	57%	☑		⊗	⑤	⑥	↓
19	Tanzanie	☑		15,0	2%	16,4	3,2	20%	3,2	20%	☑	☑	☑	①	⑤	→
20	Congo		☑	14,9	48%	30,0	15,3	51%	15,3	51%		☑		④	④	↓

Classement des pays à faible revenu (y compris PMA) selon la moyenne annuelle des décaissements d'aide publique au développement bilatérale française sur la période 2000-2002

Rang	Pays	Type de pays	Aide Publique au Développement bilatérale française									Pilotage et indicateurs				
			En décaissements			En engagements						Appartenance à la ZSP	Existence d'un DSP	Indice de performance selon la Banque Mondiale (1)	Indice de développement selon la Banque Mondiale (2)	Evolution 1995-2001 de l'indice de développement humain (3)
			Pays les moins avancés	Pays à faible revenu non PMA	Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Part française dans l'APD bilatérale reçue	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette	En % du total des engagements	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements					
21	Haiti	☑		13,9	10%	11,8	10,5	89%	10,5	89%	☑		⑤	⑤	↗	
22	Bangladesh	☑		13,9	2%	5,4	1,2	22%	1,2	22%		⊗	②	④	↗	
23	Laos	☑		12,8	7%	16,8	16,5	99%	16,5	99%	☑	☑	⊗	⑤	④	↗
24	Pakistan		☑	12,0	2%	46,2	1,2	3%	1,2	3%			☑	②	⑤	↗
25	Kenya		☑	10,5	4%	32,3	18,1	56%	18,1	56%	☑	☑	⊗	③	⑤	↘
26	Comores	☑		10,3	99%	11,0	9,4	85%	7,8	71%	☑			⑤	④	↗
27	Zambie	☑		10,3	3%	6,8	0,8	12%	0,8	12%			☑	③	⑥	↘
28	Nigeria		☑	9,2	7%	8,3	8,3	100%	8,3	100%	☑			⑤	⑤	↗
29	Ethiopie	☑		8,7	2%	9,9	9,5	96%	9,5	96%	☑		☑	③	⑥	↗
30	Angola	☑		7,8	4%	6,0	6,0	100%	6,0	100%	☑			⑤	⑥	ns
31	Afghanistan	☑		7,4	2%	4,0	4,0	100%	4,0	100%	☑					
32	Rwanda	☑		6,8	4%	8,0	4,4	54%	4,4	54%	☑		☑	②	⑤	↗
33	Vanuatu	☑		6,6	27%	5,6	5,4	97%	5,4	97%	☑			④	④	ns
34	Ouganda	☑		6,5	1%	7,6	2,5	33%	2,5	33%	☑		☑	①	⑤	↗
35	Ghana		☑	6,0	2%	23,9	22,9	96%	22,9	96%	☑		☑	②	④	↗
36	R.D. Congo	☑		5,7	3%	14,6	9,4	64%	9,4	64%	☑		⊗	④	⑥	↘
37	Burundi	☑		5,5	9%	7,5	3,4	45%	2,8	37%	☑		⊗	⑤	⑥	↗
38	Guinée équat.	☑		5,4	36%	5,4	3,4	64%	3,4	64%	☑				③	ns
39	Guinea-Bissau	☑		4,8	15%	3,8	3,8	98%	1,1	29%	☑		⊗	⑤	⑥	↗
40	Erythrée	☑		4,3	3%	0,8	0,8	100%	0,8	100%	☑			④	⑤	↗

Classement des pays à faible revenu (y compris PMA) selon la moyenne annuelle des décaissements d'aide publique au développement bilatérale française sur la période 2000-2002

Rang	Pays	Type de pays	Aide Publique au Développement bilatérale française									Pilotage et indicateurs				
			En décaissements			En engagements						Appartenance à la ZSP	Existence d'un DSP	Indice de performance selon la Banque Mondiale (1)	Indice de développement selon la Banque Mondiale (2)	Evolution 1995-2001 de l'indice de développement humain (3)
			Pays les moins avancés	Pays à faible revenu non PMA	Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Part française dans l'APD bilatérale reçue	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette	En % du total des engagements	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements					
41	Yemen	☑		4,1	3%	3,6	1,9	53%	1,9	53%	☑	☑	②	⑤	↗	
42	Sao Tome & Pr.	☑		3,7	19%	3,9	3,3	87%	3,3	87%	☑		⑤	③	ns	
43	Soudan	☑		3,6	2%	3,2	1,3	40%	1,3	40%	☑		⑤	④	↗	
44	Arménie		☑	3,5	2%	1,8	1,8	100%	1,8	100%		☑	①	②	↗	
45	Cap Vert	☑		3,4	6%	2,6	2,5	94%	2,5	94%	☑	⊗	①	②	↗	
46	Ouzbékistan		☑	3,2	2%	0,7	0,7	100%	0,7	100%			⑤	②	↗	
47	Zimbabwe		☑	2,8	2%	1,4	1,4	100%	1,4	100%	☑		⑤	⑤	↘	
48	Nicaragua		☑	2,4	1%	0,7	0,1	17%	0,1	17%		☑	①	③	ns	
49	Sierra Leone	☑		2,1	1%	3,1	1,0	32%	1,0	32%	☑	⊗	④	⑥	ns	
50	Malawi	☑		1,8	1%	1,0	0,3	24%	0,3	24%		☑	③	⑥	↘	
51	Azerbaïdjan		☑	1,7	1%	0,9	0,9	100%	0,9	100%		☑	②	②	ns	
52	Géorgie		☑	1,6	1%	0,9	0,9	100%	0,9	100%		☑	③	②	ns	
53	Moldavie		☑	1,5	2%	1,3	1,3	100%	1,3	100%		⊗	③	②	↘	
54	Liberia	☑		1,3	6%	3,7	0,4	10%	0,4	10%	☑					
55	Myanmar	☑		1,3	2%	3,5	0,1	4%	0,1	4%				④	ns	
56	Mongolie		☑	1,0	1%	0,5	0,5	100%	0,5	100%		☑	③	③	↗	
57	R.D. Corée		☑	0,8	1%	0,2	0,2	100%	0,2	100%						
58	Somalie	☑		0,5	1%	2,0	0,1	4%	0,1	4%						
59	Papouasie N.G.		☑	0,4	0%	0,3	0,3	100%	0,3	100%			⑤	④	↗	
60	Rép. Kyrgyze		☑	0,3	0%	0,3	0,3	87%	0,3	87%		☑	③	②	ns	

Classement des pays à faible revenu (y compris PMA) selon la moyenne annuelle des décaissements d'aide publique au développement bilatérale française sur la période 2000-2002

Rang	Pays	Type de pays	Aide Publique au Développement bilatérale française								Pilotage et indicateurs				
			En décaissements				En engagements				Appartenance à la ZSP	Existence d'un DSP	Indice de performance selon la Banque Mondiale (1)	Indice de développement selon la PNUD (2)	Evolution 1995-2001 de l'indice de développement humain (3)
			Pays les moins avancés	Pays à faible revenu non PMA	Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Part française dans l'APD bilatérale reçue	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette	En % du total des engagements	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers					
61	Gambie	☑		0,3	2%	0,8	0,8	89%	0,8	89%	☑	☑	④	⑤	↗
62	Timor-Leste		☑	0,2	0%	-	-	-	-	-					
63	Tuvalu	☑		0,1	1%	-	-	-	-	-					
64	Samoa	☑		0,1	0%	-	-	-	-	-			①	②	↗
65	Tadjikistan		☑	0,1	0%	0,0	0,0	100%	0,0	100%		☑	④	③	↗
66	Bhoutan	☑		0,1	0%	0,0	0,0	100%	0,0	100%			①	④	ns
67	Kiribati	☑		0,0	0%	0,0	0,0	100%	0,0	100%			④		
68	Maldives	☑		0,0	0%	0,0	0,0	100%	0,0	100%			①	②	ns
69	Népal	☑		-0,2	0%	1,1	0,3	30%	0,3	30%		☑	②	⑤	↗
70	Iles Salomon	☑		-0,2	-1%	0,0	0,0	100%	0,0	100%			⑤	③	ns
71	Lesotho	☑		-0,5	-2%	0,3	0,1	21%	0,1	21%			③	④	↘
72	Inde		☑	-52,1	-7%	12,2	12,2	100%	12,2	100%			①	④	↗

En millions de dollars

(1) ⊗ : CSLP intérimaire seulement

(2) Classement en quintiles de 1 à 5 (du plus élevé au plus faible) - Source Country Policy and Institutional Assessment (CPIA) 2003

(3) Classement de 1 à 6 (du plus élevé au plus faible, en dixièmes de 0,8 et supérieur à 0,3 et inférieur) - Source Rapport mondial sur le développement humain 2003

Mise à jour :
21/5/04 12:30

**Répartition des engagements dans les secteurs prioritaires pour les pays à faible revenu (y compris PMA)
bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française**

Rang	Pays	Montants totaux d'APD bilatérale française					Répartition sectorielle des engagements hors traitement de la dette et concours financiers								
		Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements	Education	Secteurs prioritaires					Actions transversales			
							Santé et lutte contre le SIDA	Eau et assainissement	Agriculture et développement rural	Infrastructures	Environnement	Total secteurs prioritaires	Gouvernance et Etat de droit	Promotion de la diversité culturelle	
1	Côte d'Ivoire	266,0	382,3	52,1	14%	20%	6%	9%	21%	6%	5%	67%	4%	2%	
2	Mozambique	154,3	157,6	10,1	6%	12%	6%	22%	2%	20%	1%	64%	17%	4%	
3	Sénégal	118,0	136,0	72,2	53%	26%	13%	0%	13%	6%	9%	67%	3%	2%	
4	Cameroun	88,2	115,7	54,1	47%	21%	6%	0%	14%	21%	3%	65%	5%	2%	
5	Mali	74,2	80,8	36,3	45%	18%	7%	6%	14%	14%	4%	62%	10%	6%	
6	Viet Nam	64,2	74,4	74,0	99%	7%	2%	27%	28%	8%	3%	76%	2%	4%	
7	Burkina Faso	60,0	68,2	36,0	53%	14%	7%	13%	22%	1%	7%	65%	6%	4%	
8	Bénin	52,4	51,1	16,3	32%	23%	6%	0%	9%	0%	7%	45%	9%	4%	
9	Madagascar	44,8	61,3	47,2	77%	17%	7%	10%	24%	0%	5%	63%	3%	3%	
10	Niger	37,6	48,2	21,4	44%	6%	8%	22%	31%	0%	5%	73%	6%	4%	
11	Tchad	33,0	40,8	32,2	79%	7%	12%	19%	19%	19%	2%	78%	3%	3%	
12	Indonésie	30,9	73,5	8,7	12%	7%	7%	0%	42%	1%	10%	67%	1%	8%	
13	Djibouti	22,9	25,0	21,4	86%	40%	5%	5%	1%	1%	0%	53%	6%	3%	
14	Cambodge	22,5	20,7	20,7	100%	11%	7%	1%	24%	10%	4%	57%	8%	5%	
15	Guinée	20,9	34,9	24,6	70%	19%	6%	0%	29%	13%	6%	73%	4%	1%	
16	Mauritanie	20,7	23,9	16,1	67%	32%	6%	1%	12%	2%	3%	56%	9%	5%	
17	Togo	19,3	29,9	12,2	41%	27%	22%	4%	8%	0%	1%	62%	5%	5%	
18	Centrafrique	18,7	25,6	14,6	57%	19%	10%	0%	15%	12%	1%	58%	6%	5%	
19	Tanzanie	15,0	16,4	3,2	20%	3%	0%	0%	55%	1%	2%	61%	0%	10%	
20	Congo	14,9	30,0	15,3	51%	43%	3%	0%	1%	2%	1%	50%	10%	6%	
21	Haiti	13,9	11,8	10,5	89%	29%	7%	6%	6%	1%	0%	50%	5%	8%	
22	Bangladesh	13,9	5,4	1,2	22%	4%	1%	0%	0%	2%	0%	7%	5%	10%	
23	Laos	12,8	16,8	16,5	99%	13%	4%	11%	30%	4%	2%	64%	4%	3%	
24	Pakistan	12,0	46,2	1,2	3%	34%	2%	0%	0%	0%	0%	36%	2%	15%	
25	Kenya	10,5	32,3	18,1	56%	2%	2%	2%	16%	16%	7%	45%	0%	2%	

**Répartition des engagements dans les secteurs prioritaires pour les pays à faible revenu (y compris PMA)
bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française**

Rang	Pays	Montants totaux d'APD bilatérale française				Répartition sectorielle des engagements hors traitement de la dette et concours financiers								
		Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements	Secteurs prioritaires						Actions transversales		
						Education	Santé et lutte contre le SIDA	Eau et assainissement	Agriculture et développement rural	Infrastructures	Environnement	Total secteurs prioritaires	Gouvernance et Etat de droit	Promotion de la diversité culturelle
26	Comores	10,3	11,0	7,8	71%	38%	12%	0%	8%	3%	0%	61%	7%	3%
27	Zambie	10,3	6,8	0,8	12%	14%	1%	0%	1%	0%	61%	76%	3%	13%
28	Nigeria	9,2	8,3	8,3	100%	17%	10%	4%	15%	0%	13%	59%	5%	9%
29	Ethiopie	8,7	9,9	9,5	96%	3%	1%	20%	42%	0%	4%	70%	7%	2%
30	Angola	7,8	6,0	6,0	100%	16%	11%	0%	8%	1%	0%	36%	2%	15%
31	Afghanistan	7,4	4,0	4,0	100%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	0%	0%
32	Rwanda	6,8	8,0	4,4	54%	31%	15%	0%	1%	0%	0%	47%	12%	8%
33	Vanuatu	6,6	5,6	5,4	97%	14%	3%	0%	13%	21%	4%	54%	6%	2%
34	Ouganda	6,5	7,6	2,5	33%	13%	3%	47%	18%	0%	0%	82%	1%	5%
35	Ghana	6,0	23,9	22,9	96%	4%	1%	12%	25%	0%	1%	42%	1%	2%
36	R.D. Congo	5,7	14,6	9,4	64%	25%	6%	0%	1%	0%	1%	33%	1%	18%
37	Burundi	5,5	7,5	2,8	37%	11%	11%	0%	8%	0%	0%	30%	18%	12%
38	Guinée équat.	5,4	5,4	3,4	64%	22%	9%	0%	20%	0%	0%	51%	22%	8%
39	Guinea-Bissau	4,8	3,8	1,1	29%	12%	10%	0%	0%	0%	0%	21%	11%	10%
40	Erythrée	4,3	0,8	0,8	100%	3%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	0%	28%
41	Yemen	4,1	3,6	1,9	53%	8%	2%	0%	3%	0%	0%	13%	4%	17%
42	Sao Tome & Pr.	3,7	3,9	3,3	87%	11%	2%	0%	17%	23%	1%	54%	7%	4%
43	Soudan	3,6	3,2	1,3	40%	21%	4%	0%	4%	0%	5%	34%	1%	19%
44	Arménie	3,5	1,8	1,8	100%	28%	1%	0%	0%	1%	0%	30%	2%	5%
45	Cap Vert	3,4	2,6	2,5	94%	32%	7%	0%	17%	0%	0%	56%	17%	12%
46	Ouzbékistan	3,2	0,7	0,7	100%	27%	5%	1%	3%	0%	0%	35%	8%	19%
47	Zimbabwe	2,8	1,4	1,4	100%	13%	7%	0%	10%	1%	32%	62%	7%	13%
48	Nicaragua	2,4	0,7	0,1	17%	49%	0%	0%	0%	0%	0%	49%	0%	0%
49	Sierra Leone	2,1	3,1	1,0	32%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	31%	1%
50	Malawi	1,8	1,0	0,3	24%	29%	0%	0%	0%	0%	0%	29%	0%	54%

**Répartition des engagements dans les secteurs prioritaires pour les pays à faible revenu (y compris PMA)
bénéficiaires de l'aide publique au développement bilatérale française**

Rang	Pays	Montants totaux d'APD bilatérale française				Répartition sectorielle des engagements hors traitement de la dette et concours financiers								
		Moyenne annuelle des décaissements 2000-2002	Moyenne annuelle des engagements 2000-2002	Idem hors opérations de traitement de la dette et concours financiers	En % du total des engagements	Secteurs prioritaires						Actions transversales		
						Education	Santé et lutte contre le SIDA	Eau et assainissement	Agriculture et développement rural	Infrastructures	Environnement	Total secteurs prioritaires	Gouvernance et Etat de droit	Promotion de la diversité culturelle
51	Azerbaïdjan	1,7	0,9	0,9	100%	31%	0%	0%	0%	0%	0%	31%	2%	19%
52	Géorgie	1,6	0,9	0,9	100%	36%	0%	0%	0%	0%	0%	36%	5%	25%
53	Moldavie	1,5	1,3	1,3	100%	32%	1%	0%	6%	0%	1%	39%	2%	14%
54	Liberia	1,3	3,7	0,4	10%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	26%	4%
55	Myanmar	1,3	3,5	0,1	4%	15%	8%	0%	2%	0%	0%	25%	0%	54%
56	Mongolie	1,0	0,5	0,5	100%	30%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	1%	15%
57	R.D. Corée	0,8	0,2	0,2	100%	46%	2%	0%	2%	0%	3%	53%	2%	0%
58	Somalie	0,5	2,0	0,1	4%	76%	0%	0%	0%	0%	0%	76%	0%	0%
59	Papouasie N.G.	0,4	0,3	0,3	100%	2%	13%	0%	21%	0%	19%	54%	9%	5%
60	Rép. Kyrgyze	0,3	0,3	0,3	87%	26%	0%	0%	0%	0%	0%	27%	0%	19%
61	Gambie	0,3	0,8	0,8	89%	72%	1%	0%	5%	0%	2%	80%	0%	11%
62	Timor-Leste	0,2	-		-							-		
63	Tuvalu	0,1	-		-							-		
64	Samoa	0,1	-		-							-		
65	Tadjikistan	0,1	0,0	0,0	100%	26%	0%	0%	0%	0%	0%	26%	0%	0%
66	Bhoutan	0,1	0,0	0,0	100%	12%	0%	0%	13%	0%	0%	24%	47%	0%
67	Kiribati	0,0	0,0	0,0	100%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	0%	0%
68	Maldives	0,0	0,0	0,0	100%	47%	0%	0%	0%	0%	0%	47%	0%	0%
69	Népal	-0,2	1,1	0,3	30%	21%	0%	0%	10%	5%	0%	36%	0%	25%
70	Iles Salomon	-0,2	0,0	0,0	100%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%
71	Lesotho	-0,5	0,3	0,1	21%	58%	0%	10%	0%	0%	0%	67%	0%	17%
72	Inde	-52,1	12,2	12,2	100%	13%	5%	31%	2%	1%	4%	56%	1%	10%

En millions de dollars

Mise à jour :
5/5/04 15:15

Coopération internationale de la France en Santé y compris OMD4, OMD5, OMD6 et cible 17 de l'OMD8 (M €)

Engagements politiques internationaux	Volumes globaux requis ou mobilisés sur les principales maladies ou initiatives	Part de la santé dans l'APD française : 4%			Perspectives pour les années à venir en volume, par instrument et par pays					
		Volume global APD française en santé								
ODM 6 Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	Santé : effort APD supplémentaire nécessaire pour atteindre les ODM santé estimé à 0,1% PIB (soit pour la France +1,5Md€) (rapport OMS Jeffrey Sachs)		Décassements moyens/an sur 2000/2002	Engagements moyens/an sur 2001/2003	Engagements prévisionnels 2004 consacrés à la santé					
		Bilatéral	78,69	109,86						
		Multilatéral	48,93	75,09 *						
		Total	127,62	184,95						
1) stopper la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle 2) maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle	SIDA : ONUSIDA évalue à 8Mds \$ les besoins pour 2004 (ONUSIDA 2002) Paludisme : 130M\$ ont été mobilisés en 2002 (Roll Back Malaria) Tuberculose : besoin estimé à 1,4Md\$ (dont 400M\$ pour Russie) en 2004 (OMS "global tuberculosis control" 2004)	Répartition de la santé en bilatéral (par opérateur gestionnaire)								
		Engagements moyens/an sur 2001/2003			Bilatéral	2004	2005	2006	2007	
		- MAE	64,11		Budg. et prog.					
		- C2D	8,40		Aide projet	63,54				
		- SAS	0,80		Assistance tech.	28,24				
		- AFD (dons et prêts)	13,30		Dettes	4,00				
		- MSPS (ESTHER)	4,33		SAS	0,4				
		- IRD	14,16		Total Bi	96,18				
		- MENESR (ANRS)	4,76		Multilatéral					
		-			Système ONU	25,35				
-			Autres	155,00						
Plan d'action du G8 (sommet d'Evian 2003)	Polio : montant du programme "éradication de la polio" pour : 2004/2005 : 765Mds\$ (gap : 130M\$) 2006/2008 : gap 380M\$ (global polio eradication initiative, décembre 2003)	Total	109,86							
- lutter contre le VIH/SIDA et apporter un soutien au Fonds Mondial - renforcer les systèmes de santé pour favoriser l'accès aux soins - lutter contre le maladies "négligées" (inclus paludisme) - initiative d'éradication de la poliomyélite		Pays de concentration de l'APD bilatérale en 2001/2003			Total Multi	180,35				
		- ZSP 95,7%			Total général	276,53				
		- PMA 63,0%			Pays Cibles au sein de la ZSP et volume de concentration/ pays (Sera renseigné plus tard)					
		- Afrique 87,63 %								
		- Afrique SS 71,4%								
		- Francophonie 78,2%								
		Multilatéral Santé identifiable en 2003								
		OI/IFI	Projets/an	Part santé	Dont SIDA	Contrib Fr	Choix d'institution multilatérale (critère géographique ou critère sectoriel) (Sera renseigné plus tard)			
		OMS			12,5 M\$	23,95 M€				
		ONUSIDA				1,14 M€				
FMSTP			1,0 Mds\$	50,00 M€						
UNICEF										
UE/FED										
BIRD/AID	20,0 Mds\$	2,3 Mds\$	352 M\$							
BafD/FafD	2,1 Mds\$	43 M\$	10 M\$							
BasD/FasD	5,6 Mds\$	20 M\$								
BID	6,8 Mds\$	406 M\$								
Total				75,09 M€						

* 2003 uniquement

Secteur	domaine	Nature	RP	Intitulé	Montant	Comité des projets
HEA	Education:Education de base	Guinée	1998-119	Appui au système éducatif guinéen	1 219 592,14 €	14/12/1999
HEA	Education:Administration du système amélioration qualité	Rep. Centrafricaine	2000-28	Appui au système éducatif centrafricain -"EDUCA-2000"	914 694,10 €	13/06/2000
HEA	Education:appui au système éducatif	Palestine	2000-32	Développement éducatif dans les territoires palestiniens et Jérusalem Est	1 981 837,22 €	13/06/2000
HEA	Education:pilotage du système éducatif, planification	Angola	2000-71	projet intégré de formation à la gestion de l'éducation	503 081,76 €	15/11/2000
HEA	Education:formation de ressources nationales aux nouvelles technologies	Mobilisateur	2000-121	Nouvelles technologies pour l'éducation -Appui au programme RESAFAD	1 524 490,17 €	20/12/2000
HEA	Education:éducation de base et enseignement secondaire	Burkina-Faso	2000-128	Projet d'appui à l'éducation nationale au Burkina-Faso	1 981 837,22 €	20/12/2000
HEA	Education:enseignement secondaire harmonisé et contextualisé	Mobilisateur	2000-139	Appui au projet interafricain d'harmonisation des enseignements secondaires (ARCHES"	1 524 490,17 €	20/12/2000
HEA	Education:enseignement secondaire pour la formation des cadres	Laos	2000-145	Dispositif local de préparation aux études supérieures en Français	1 143 367,63 €	20/12/2000
HEA	Education:formation continue	Liban	2000-165	Aide à la création d'un dispositif permanent de formation continue	1 905 612,72 €	20/12/2000
HEA	Education:réforme du système éducatif	Mauritanie	2001-16	Appui à la réforme du système éducatif mauritanien (ARSEM)	1 829 388,21 €	11/09/2001
HEA	Education:formation des cadres des collèges, déconcentration	Vanuatu	2001-18	Projet d'appui au système éducatif du Vanuatu (PASEV)	311 000,00 €	17/12/2001
HEA	Education:appui à la réforme, déconcentration ; accès à la qualité	Mali	2001-30	Appui au programme décennal de développement de l'éducation "Enseignement fondamental" au Mali (PRODEC)	1 830 000,00 €	11/09/2001
HEA	Education:appui à la réforme	Cameroun	2001-43	Programme d'accompagnement de la réforme de l'éducation (PARE)	1 524 490,17 €	11/09/2001
HEA	Education:suivi enseignants, évaluation	Viet-Nam	2001-100	Formation des inspecteurs et des cadres éducatifs du Vietnam	1 700 000,00 €	20/11/2001
HEA	Education: enseignement de base	Congo	2001-120	Appui à la réhabilitation de l'enseignement primaire et de l'alphabétisation (AREPA)	915 000,00 €	17/12/2001
HEA	Education: éducation de base	Laos	2001-126	Appui à l'éducation de base du Laos	2 600 000,00 €	11/02/2002
HEA	Education: Education de base	Afrique du Sud	2001-164	Soutien à la mise en place de zones d'action éducatives	760 000,00 €	28/03/2002
HEA	Education: Enseignement fondamental	Maroc	2002-031	Appui à l'enseignement fondamental (APEF)	6 000 000,00 €	25/06/2002
HEA	Education : éducation de base	Madagascar	2002-098	Ecole de la réussite (MADERE)	1 814 000,00 €	03/12/2002
HEA	Education : schéma directeur	Djibouti	2002-099	Appui au schéma directeur de l'éducation (PASDED)	610 000,00 €	03/12/2002
HEA	Education : pilotage système éducatif	Togo	2002-101	Appui au pilotage du système éducatif togolais (APSET)	1 070 000,00 €	03/12/2002
HEA	Education : pilotage système éducatif	Côte d'Ivoire	2002-104	Contrat pour l'amélioration du pilotage du système éducatif (CAPSE)	1 600 000,00 €	03/12/2002
HEA	Education : gestion de l'éducation	Bénin	2003-60	Appui à la gestion de l'éducation (PAGE)	1 200 000,00 €	30/10/2003
HEA	Education : éducation pour tous	Burkina Faso	2003-93	Programme de soutien à la procédure accélérée en faveur de l'éducation pour tous au Burkina Faso	15 000 000,00 €	13/01/2004

Secteur	domaine	Nature	RP	Intitulé	Montant	Comité des projets
HEA	Education : éducation pour tous	Niger	2003-94	Programme de soutien à la procédure accélérée en faveur de l'éducation pour tous au Niger	12 000 000,00 €	13/01/2004
HEA	Education : appui à la qualité du pilotage	Sénégal	2003-76	Qualités : projet d'appui à la qualité du pilotage et des enseignements en français	5 000 000,00 €	13/01/2004
TOTAL					68 462 881,51 €	
HEP	Education: formation professionnelle	mobilisateur	1999-31	Appui à la politique sectorielle de l'éducation et de la formation professionnelle	2 134 286,24 €	14/10/1999
HEP	Education: formation professionnelle	Djibouti	1999-92	Appui à la formation et à l'insertion professionnelles	609 796,07 €	13/06/2000
HEP	Education: formation professionnelle	Haiti	2000-23	Appui au filières professionnelles (PAFIP)	1 219 592,14 €	13/06/2000
HEP	Education: enseignement technique	Cuba	2000-133	Enseignement technique et formation professionnelle à Cuba	914 694,10 €	20/12/2000
HEP	Education: form.tech, profes.	Benin	2001-62	Projet d'appui aux formations techniques et professionnelles	1 200 000,00 €	11/02/2002
HEP	Education: enseig. techn, form. prof.	Tchad	2001-81	Appui à l'enseignement secondaire technique et à la formation professionnelle	1 000 000,00 €	11/02/2002
HEP	Education:Formation professionnelle	Côte d'Ivoire	2001-145	Appui à l'extention des centres des métiers ruraux en Côte d'Ivoire	1 524 489,56 €	17/12/2001
HEP	Education: Form.prof. Ens.technique	Mobilisateur	2001-158	Appui à l'implication des patenaires sociaux dans la problématique de la formation professionnelle et de l'enseignement technique	1 970 635,00 €	25/06/2002
HEP	Education: Formation professionnelle	Centrafrique	2001-167	Appui à l'enseignement technique et à la formation professionnelle	765 000,00 €	28/03/2002
HEP	Education : formation professionnelle	Algérie	2002-28	Pilotage et ingenierie de la formation et de l'enseignement professionnels	3 500 000,00 €	23/06/2003
HEP	Education : enseignement et formation professionnelle	Burkina-Faso	2002-126	Appui à la formation professionnelle et aux métiers d'artisanat : FPMA	1 800 000,00 €	30/10/2003
HEP	Education : enseignement et formation professionnelle	Sénégal	2003-1	Partenarais pour l'apprentissage et l'ouverture du système de formation professionnelle	2 750 000,00 €	30/10/2003
TOTAL					19 388 493,11 €	
HSA	Santé: tuberculose	mobilisateur	1999-6	Appui à la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes : volet tuberculose	1 067 143,12 €	12/05/1999
HSA	Santé: hôpital	Burkina-Faso	1999-18	Construction du centre hospitalier pédiatrique; tranche II	1 021 408,12 €	14/10/1999
HSA	Santé:formation, gestion	Haiti	1999-48	Formation des cadres et renforcement des capacités de gestion des services de santé	1 524 490,17 €	14/10/1999
HSA	Santé: épidémies	mobilisateur	1999-49	Appui à la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes -volet 2 : épidémies	762 245,09 €	14/10/1999
HSA	Santé	Côte d' Ivoire	1999-50	Appui au système de santé ivoirien	2 744 082,31 €	14/10/1999
HSA	Santé: SIDA	Mozambique	1999-57	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA	1 219 592,14 €	14/12/1999
HSA	Santé: développement sanitaire	Mali	1999-61	Appui institutionnel au programme de développement sanitaire et social	2 134 286,24 €	14/12/1999
HSA	Santé:financement de la santé	mobilisateur	1999-84	Appui au financement de la santé	1 829 388,21 €	14/12/1999
HSA	Santé: hôpital	Madagascar	2000-18	Modernisation du centre hospitalier régional de Majunga	457 347,05 €	13/06/2000

Secteur	domaine	Nature	RP	Intitulé	Montant	Comité des projets
HSA	Santé:maladies transmissibles, trypanosomiase	mobilisateur	2000-22	Lutte contre les maladies émergentes et réémergentes-Volet III lutte contre la trypanosomiase humaine africaine	1 219 592,14 €	13/06/2000
HSA	Santé:trypanosomiase	Congo	2000-43	Appui à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine au Congo	457 347,05 €	15/11/2000
HSA	Santé:formation décentralisation politique pharmaceutique	Togo	2000-51	Appui au secteur de la santé	1 524 490,17 €	20/12/2000
HSA	Santé: santé publique formation	Tchad	2000-57	Formation en santé publique	1 372 041,16 €	15/11/2000
HSA	Santé: paludisme, maladies transmissibles	Mobilisateur	2000-59	Lutte contre les maladies émergentes et réémergentes: appui à l'initiative"faire reculer le paludisme"	1 524 490,17 €	15/11/2000
HSA	Santé : bilhaziose	Sénégal	2000-60	Santé urbaine et contrôle de la bilhaziose	914 694,10 €	15/11/2000
HSA	Santé:Sida	Burundi	2000-66	Lutte contre le Sida	762 245,09 €	15/11/2000
HSA	Santé:Sida	Mali	2000-67	Reseaux de prise en charge des personnes vivants avec le VIH-SIDA dans les 3 régions de Mali	1 372 041,16 €	15/11/2000
HSA	Santé: épidémiologie, paludisme	Suriname	2000-70	Appui à la surveillance des maladies transmissibles en particulier le paludisme, sur le Maroni, fleuve frontière entre le suriname et le dpt Guyane	381 122,54 €	20/12/2000
HSA	Santé: formation	Laos	2000-72	Appui au dispositif de formation des personnels au laos	1 143 367,63 €	15/11/2000
HSA	Santé: maladies transmissibles, tuberculose	Cameroun	2000-76	Lutte contre les MST, le SIDA et la tuberculose dans les provinces du Cameroun	990 918,61 €	20/12/2000
HSA	Santé:réforme des systèmes de santé	Inter-Etat	2000-89	Appui à la réforme des systèmes de santé dans les pays de l'OECS	762 245,09 €	20/12/2000
HSA	Santé:aide médicale urgence	Tunisie	2000-129	Appui à la mise en place d'un réseau d'aide médicale d'urgence en Tunisie	1 600 000,15 €	02/05/2001
HSA	Santé:épidémiologie-alerte	Mobilisateur	2000-146	Appui aux systèmes d'alertes épidémiques et à la surveillance des maladies transmissibles dans 10 pays de la ZSP	1 067 143,12 €	20/12/2000
HSA	Santé- SIDA	Mobilisateur	2000-158	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de l'Est	1 524 490,17 €	20/12/2000
HSA	Santé:sida	Namibie	2000-164	Amélioration de l'accès aux soins dans la lutte contre le sida en Namibie	914 694,10 €	20/12/2000
HSA	Santé:soins	Cambodge	2001-52	Appui institutionnel au Ministère de la santé	1 200 000,01 €	11/02/2002
HSA	Santé: lutte pauvreté et SIDA	Madagascar	2001-64	Appui au plan directeur santé 2001/2003	2 286 000,00 €	20/11/2001
HSA	Santé: SIDA	Mobilisateur	2001-88	Mise en place d'un réseau associatif Nord&Sud de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique	2 285 000,39 €	17/12/2001
HSA	Santé: hôpital formation	Afrique du Sud	2001-94	Mise en place d'une unité de formation des cadres hospitaliers au sein du Ministère de la santé	610 000,00 €	11/02/2002
HSA	Santé: épidémies trypanosomiase	R.D. Congo	2001-97	Alerte aux épidémies et lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en Rép. Dém. du Congo	1 137 560,00 €	11/02/2002
HSA	Santé: SIDA - tuberculose	Centrafrique	2001-104	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA et la Tuberculose (PALST)	930 000,00 €	17/12/2001

Secteur	domaine	Nature	RP	Intitulé	Montant	Comité des projets
HSA	Santé:SIDA	Benin	2001-113	Appui à la lutte contre le sida au Bénin	762 253,93 €	17/12/2001
HSA	Santé:SIDA	Sénégal	2001-117	Prévention et dépistage de l'infection à VIH/ au Sénégal	1 067 143,12 €	17/12/2001
HSA	Santé: assurances maladie, mutuelles	Mobilisateur	2001-123	Favoriser l'extention de l'assurance maladie volontaire et des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest	4 000 000,00 €	17/12/2001
HSA	Santé:mortalité maternelle, infantile et SIDA	Burkina Faso	2001-124	Prévention de la mortalité maternelle et infantile et de la mortalité par VIH/SIDA dans les régions de Bobo-Dioulasso et Banfora (PREMIS-BB)	1 372 039,94 €	17/12/2001
HSA	Santé: IST, SIDA, sécurité transfusionnelle	Djibouti	2001-125	Renforcement et extension de la sécurité transfusionnelle et de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA	700 000,00 €	28/03/2002
HSA	Santé: gestion des services de santé , médicaments, urgences	Cuba	2001-131	Programme d'appui à l'actualisation du système de santé publique cubain	1 500 000,00 €	17/12/2001
HSA	Santé: SIDA	Inter-Etat	2001-137	Appui régional à la lutte contre l'infection a VIH et le sida dans les pays de la Caraïbe	1 070 000,00 €	17/12/2001
HSA	Santé:réforme gestion hospitalière	Guinée	2001-138	Appui au secteur santé guinéen	1 219 592,14 €	11/02/2002
HSA	Santé: SIDA	Côte d'Ivoire	2001-144	Appui à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire	2 286 994,42 €	17/12/2001
HSA	Santé: soins, endemies, maladies transmissibles, accès médicaments	Cameroun	2001-147	Appui à la mise en oeuvre de la stratégie sectorielle santé	1 000 000,00 €	28/03/2002
HSA	Santé: MSI	Mobilisateur	2001-149	Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les PED	2 300 000,00 €	17/12/2001
HSA	Santé:cancer et réduction des risque {drogue}	Yougoslavie	2001-170	Appui à la santé publique en République fédérale de Yougoslavie	763 000,00 €	17/12/2001
HSA	Santé: SIDA	Gabon	2002-011	Appui à la lutte contre le VIH-SIDA	461 760,45 €	28/03/2002
HSA	Santé: form. Gestionnaires hospitaliers	Maroc	2002-035	Appui à la formation des gestionnaires hospitaliers	850 000,00 €	25/06/2002
HSA	Santé: tuberculose	Mobilisateur	2002-036	Appui à la lutte contre la tuberculose dans les pays de la ZSP	2 200 000,00 €	25/06/2002
HSA	Santé : mère/enfant	Zimbabwe	2002-040	Prévention de la transmission mère/enfant du VIH dans 3 districts	914 025,00 €	03/12/2002
HSA	Santé; Système de santé	Rwanda	2002-081	Appui et renforcement du système de santé	1 220 000,00 €	03/12/2002
HSA	Santé : santé scolaire	Rép.Domini-caine	2002-089	Appui au programme national de santé scolaire	760 000,00 €	03/12/2002
HSA	Santé : transfusion sanguine	Macédoine	2003-48	Soutien au secteur de la transfusion sanguine	306 000,00 €	30/10/2003
HSA	Santé : prise en charge urgences et lutte contre VIH/SIDA	Inter-Etats	2003-96	Appui à la COI dans la coordination de loa prise en charge des urgences et de la lutte contre le VIH/SIDA	1 500 000,00 €	02/07/2004
HSA	Santé : renforcement programme concerté	Mali	2003-102	Renforcement du programme concerté santé	2 500 000,00 €	02/07/2004
TOTAL					67 492 274,30 €	
HSO	Social: mobilisation des jeunes	Mobilisateur	1999-23	Jeunes, vie associative	2 439 184,28 €	14/10/1999
HSO	Social:Action sociale	Mozambique	1999-56	Appui au ministère de l'action sociale pour l'amélioration des services sociaux	457 347,05 €	14/12/1999
HSO	Social:Appui au mouvement associatif	Djibouti	1999-90	Structuration du mouvement associatif par les activités sportives culturelles et de jeunesse	686 020,58 €	13/06/2000

Secteur	domaine	Nature	RP	Intitulé	Montant	Comité des projets
HSO	Social:développement	Cameroun	2000-17	Appui au développement social du Cameroun	457 347,05 €	13/06/2000
HSO	Social:insertion sociale,dévelop.Local	Madagascar	2000-50	Programme d'appui aux initiatives de quartier	1 067 143,12 €	15/11/2000
HSO	Social:santé de la reproduction	Niger	2000-114	Coopération Sud&Sud d'appui au programme de santé de la reproduction	716 510,38 €	20/12/2000
HSO	Social:enfants	Mobilisateur	2000-149	Protection de l'enfant	2 286 735,26 €	20/12/2000
HSO	Social: insertion sociale et profes.	Cameroun	2000-157	Jeunesse et Vie Associative pour l'insertion Sociale-JEVAIS	920 000,00 €	11/02/2002
HSO	Social: protection sociale	Mobilisateur	2000-169	Partenariat bi-multi avec le BIT, expérience pilote dans le domaine de la protection sociale dans 3 pays de la ZSP	1 524 490,17 €	20/12/2000
HSO	Social:Action sociale	Mobilisateur	2001-10	Partenariat bi-multi avec UNRWA,. Amélioration conditions sociales de vie/réfugiés palestineins des territoires palestiniens, Jordanie, Liban	2 286 735,26 €	02/05/2001
HSO	Social: action et formation sociales	Angola	2001-73	Appui au développement social en Angola	609 848,00 €	20/11/2001
HSO	Social: développ.social urbain	Mali	2002-22	Programme de développement social urbain	2 100 000,00 €	25/06/2002
HSO	Social : insertion sociale	Madagascar	2002-48	Programme d'appui à l'insertion socio-économique (PAISE)	610 000,00 €	05/11/2002
HSO	Social : insertion sociale	Niger	2002-102	Renforcement des capacités locales de lutte contre la pauvreté en milieu urbain	1 500 000,00 €	03/12/2002
HSO	Social : insertion sociale	Mobilisateur	2003-26	Accompagnement de l'évolution du droit des femmes et de la famille dans le monde arabe	2 320 000,00 €	23/06/2003
HSO	Social : orphelins du Sida	Mobilisateur	2003-68	Appui au renforcement de la prise en charge des orphelins du Sida dans 4 pays d'Afrique - Partenariat bi-multi avec l'UNICEF	2 100 000,00 €	13/01/2004
TOTAL					22 081 361,15 €	

Associations adhérentes au décret 1995-94 relatif au volontariat de solidarité internationale

1	ACF	Action contre la Faim
2	ATD	ATD quart monde
3	ASMAE	Association Sœur Emmanuelle
4	CEFODE	Coopération Et Formation au Développement
5	CICDA*	Centre International de Coopération pour le Développement Agricole
6	DCC	Délégation Catholique pour la Coopération
7	DEFAP	Département Evangélique Français d'Action Apostolique
8	DSF	Douleur Sans Frontières
9	EED	Enfants Et Développement
10	EMDH	Enfants du Monde Droits de l'Homme
11	EMI	Entraide Médicale Internationale
12	ERM	Enfants Réfugiés du Monde
13	ESF	Ecoles Sans Frontières
14	GER	Guilde Européenne du Raid
15	GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
16	HI	Handicap International
17	MDM	Médecins du Monde
18	MSF	Médecins Sans Frontières
19	PE	Planète Enfants
20	PSF	Pharmaciens Sans Frontières
21	SANTE SUD	Santé Sud
22	SCD	Service de Coopération au Développement
23	SIPAR	Soutien à l'Initiative Privée pour l'Aide à La Reconstruction du sud-est asiatique
24	SOS ESF	SOS Enfants Sans Frontières
25	UNMFREO	Union Nationale des Maisons Familiales et Rurales d'Education et d'Orientation
26	VSF*	Vétérinaires Sans Frontières

* : CICDA et VSF fusionnent en 2004.

Analyse synthétique des FSP Mobilisateurs DCT/H

	N°	Titre	Montant €	Exécution / préparation	Date clôture	Analyse	Proposition
HSA	1997-28	PARMU Appui à l'anesthésie, la Réanimation et la Médecine d'Urgence dans l'Océan Indien (INTER ETATS)	1.524.490	En cours	31/12/2004	Globalement opérationnel, mais déjà au stade de l'évaluation terminale	Maintien MEO MAE
HSA	1999-49	Appui à la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes Volet II : Lutte contre les épidémies résurgentes	762.245	En cours	30/11/2003	Projet globalement opérationnel, qui s'achèvera probablement en 2005 (retard d'exécution de la partie Afrique Centrale, prolongation en cours). Mise en œuvre Pasteur, clôture proche	Maintien MEO MAE
HSA	2000-59	Lutte contre les maladies émergentes et réémergentes. Appui à l'initiative "Faire reculer le paludisme"	1.524.490	En cours	05/12/2005	Renforcement institutionnel, actions pilote et contribution volontaire multilatérale, fin proche	Maintien MEO MAE
HSA	2000-158	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de l'Est	1.524.490	En cours	09/05/2005	Projet "actions pilote", au niveau des ONG, évaluation et clôture proches	Maintien MEO MAE
HSA	2001-88	Mise en place d'un réseau associatif Nord/Sud de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique	2.285.000	En cours	17/02/2005	Opérationnel, mais avec des ONG, évaluation et clôture proches	Maintien MEO MAE
HSA	2000-89	Appui à la réforme des systèmes de santé dans les pays de l'OECS (INTER ETATS)	762.245	En cours	fin 2005	Appui à la définition des politiques publiques, à mi-parcours	MEO MAE
HSA	2001-137	Appui régional à la lutte contre l'infection à VIH/SIDA dans les pays de la Caraïbe (INTER ETATS)	1.070.000	En cours	06/12/2006	Globalement opérationnel, mais passant par des organismes multilatéraux, à mi-parcours	Maintien MEO MAE/AFD

HSA	2001-149	AQUASSOU Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les PED	2.300.000	En cours	22/02/2005	Projet "recherche/action" confié à plusieurs opérateurs, à mi-parcours - à prolonger	Maintien MEO MAE
HSA	2002-22	Lutte contre les maladies émergentes et réémergentes Volet 3 : lutte contre la THA	1.219.592	En cours	30/06/2005	Globalement opérationnel, mais notion de contribution volontaire multilatérale, projet commencé, et fin proche	Maintien MEO MAE
	2002-36	Appui à la lutte contre la tuberculose dans les pays de la ZSP	2.200.000	En cours	04/09/2005	Mixte car soutien aux programmes, à la recherche et à la formation, mais contribution volontaire à une organisation internationale non gouvernementale, projet à mi-parcours	Maintien MEO MAE
HSA	2002-105	Appui au programme APOC de lutte contre l'onchocercose en Afrique Centrale et Orientale (Phase I : 1996-2001, 2ème tr. Et Phase II : 2002-2007, 1ère tr.)	3.525.000	En cours	31/12/2005	Globalement opérationnel, mais notion de contribution volontaire multilatérale, projet commencé, et fin proche	Maintien MEO MAE
HSA	2003-106	Appui à l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite dans les pays de la ZSP	10.000.000	En cours	02/07/2005	Projet bi-multi avec l'OMS et l'UNICEF.	Maintien MEO MAE
HSA	2003-69	Appui à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la ZSP	2.500.000	En cours de préparation : FPC acceptée, RP en cours d'écriture		Projet mixte : contribution volontaire multilatérale (OMS, UNICEF) et actions de formation par opérateur (AMP/cours EPIVAC)	Projet à proposer à la revue conjointe MAE/AFD
HSA	2004-44	Politique pharmaceutique : appui aux Etats de la ZSP	3.600.000	Projet présenté au Comité des Projets du 26 octobre 2004.		Projet totalement institutionnel avec une composante "Usage rationnel du médicament", centrée sur la formation.	Maintien MEO MAE

HSA	2004-19	Appui à la société civile pour l'accès au traitement ARV/SIDA dans les pays de la ZSP	5.000.000	En cours de préparation : FPC acceptée, RP en cours d'écriture		Projet d'appui aux actions de la société civile, co-préparé désormais avec la MCNG	Maintien MEO MAE Crédits MCNG
HSA	2004 ?	Appui à l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite dans les pays de la ZSP	5.000.000	A préparer		Contribution volontaire multilatérale à sécuriser de préférence sur Titre IV.	Maintien MEO MAE
Analyse synthétique des FSP Mobilisateurs HEF octobre 2004							
HEF	1999-031	Appui à la politique sectorielle de l'éducation et de la formation professionnelle	2 134 286	En cours	31/08/2005	Le projet a pour objectifs de soutenir et de mobiliser les acteurs de coopération dans les domaines de l'éducation et de la formation professionnelle (renforcement de capacités, soutien d'innovations, adaptation de dispositifs, mise en place de partenariats).Globalement opérationnel	Maintien MEO MAE
HEF	2000-121	Nouvelles technologies pour l'éducation - Appui au programme RESAFAD	1 524 490,17	En cours	23/10/2004	Le projet a pour objectif d'appuyer l'utilisation des technologies TICE pour la formation à distance dans un cadre interafricain - A proroger.	MEO MAE
HEF	2001-158	Appui à l'implication des partenaires sociaux dans la problématique de la formation professionnelle et de l'enseignement technique	1 970 635	En cours	31/12/2005	Le projet a pour objectif de favoriser l'implication des partenaires sociaux dans la problématique de la formation professionnelle. Il s'agit d'un Projet en appui à la définition des stratégies et des politiques dans le domaine de l'ETFP.Globalement opérationnel	Maintien MEO MAE
HEF	2004	Appui au renforcement des politiques éducatives et de formation professionnelles dans les pays de la ZSP	2 000 000	FPC en cours de finalisation		Le projet a pour objectif d'appuyer transversalement les pays de la ZSP, et plus particulièrement ceux d'Afrique francophone, dans l'élaboration de leurs politiques éducatives et de formation professionnelle	MEO MAE

ANALYSE SYNTHETIQUE DES PROJETS MOBILISATEURS HSO

	N°	Titre	Montant €	Exécution/préparation	Date clôture	Analyse	Proposition
HSO	1998 - 77	Promotion des droits des femmes	762.245,09	En cours	12/12/2004	Renforcement des capacités des acteurs institutionnels et associatifs. Clôture proche.	Maintien MEO MAE

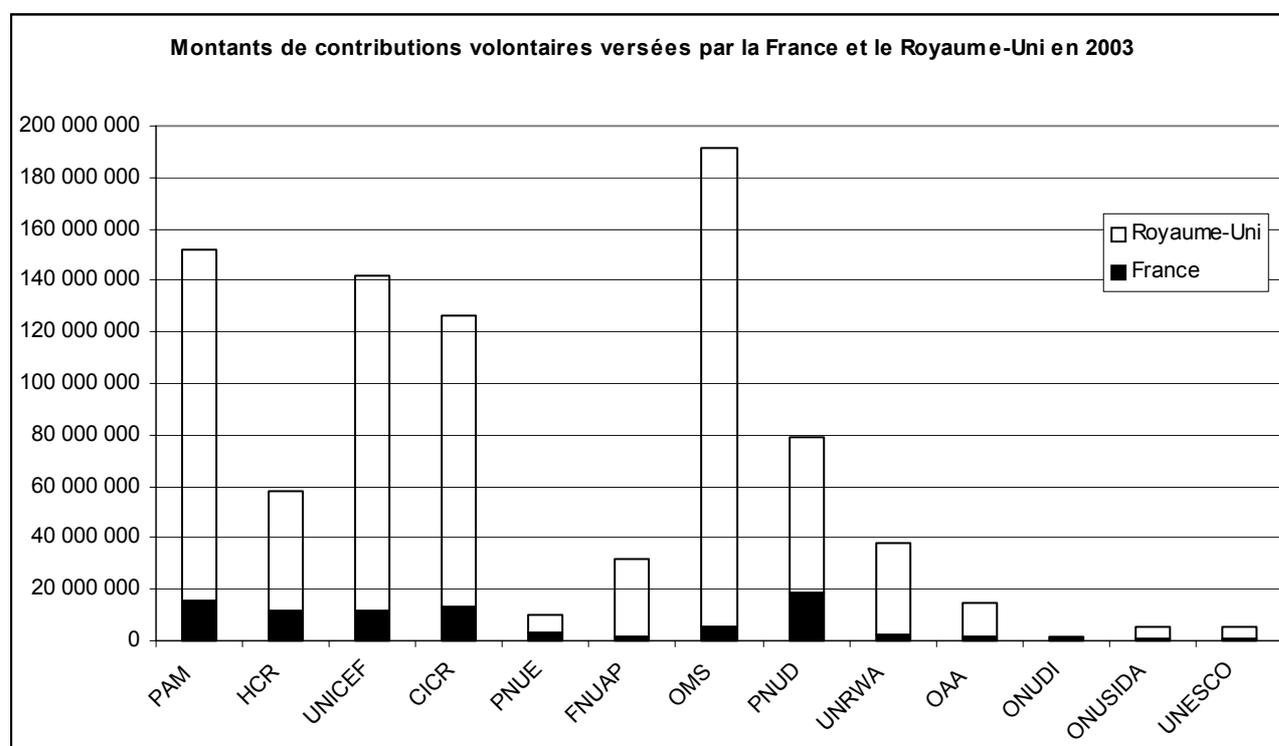
HSO	1999 - 23	Programme Jeunes Vie Associative	2.439.184	En cours	30/04/2005	essentiellement opérationnel bien qu'il participe à l'élaboration d'une politique de la jeunesse.	Maintien MEO MAE
HSO	1999 - 84	Appui au financement de la santé	1.829.388	En cours	mars 2005 (initialement prévue : 14/12/04)	Projet mobilisateur qui sera clôturé dès finalisation de la composante Afrique du Sud - A proroger.	Maintien MEO MAE
HSO	2000 -149	Protection de l'enfant	2.286.735	En cours	18/03/2005	Projet bi-multi avec l'Unicef	Maintien MEO MAE
HSO	2000 -169	Expérience pilote dans le domaine de la protection sociale dans 3 pays de la ZSP	1.524.490	En cours	(initialement prévue: 27/02/05)	Projet bi-multi avec le BIT	Maintien MEO MAE
HSO	2000 -150	Appui à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des CSLP	2.286.735	En cours	15/01/2005	Appui à la définition de politiques publiques. Ce projet devrait être prorogé jusqu'en janvier 2006.	Maintien MEO MAE
HSO	2001 - 10	Amélioration des conditions sociales de vie des camps de réfugiés palestiniens des Territoires palestiniens, de Jordanie et du Liban	2.286.735	En cours	31/12/2004	Projet bi-multi avec l'UNWRA - Evaluation finale réalisée	Maintien MEO MAE
HSO	2001 - 34	Renforcement des capacités statistiques	1.535.000	En cours	31/10/2004	Projet mobilisateur	Maintien MEO MAE
HSO	2001 -123	Favoriser l'extension de l'assurance maladie volontaire et des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest	4.000.000	En cours	décembre 2005 (initialement prévue : 27/02/05)	Projet mobilisateur avec une composante bi-multi avec le BIT	Maintien MEO MAE
HSO	2003 - 15	Méthodes et outils pour les stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté	900.000	En cours	23/07/2006	Projet d'expertise avec DIAL	Maintien MEO MAE
HSO	2003 - 26	Accompagnement de l'évolution du droit des femmes et de la famille au Maghreb et au Machrek	2.320.000	En cours	23/07/2006	Projet bi-multi avec l'UNIFEM qui vient de démarrer. Renforcement des capacités des acteurs institutionnels et associatifs. Actions pilotes.	Maintien MEO MAE
HSO	2003 - 68	Appui au renforcement de la prise en charge des orphelins du sida dans 3 pays d'Afrique	2.100.000	En cours	26/01/2007	Projet bi-multi avec l'Unicef	Maintien MEO MAE

Moyens alloués par la France à différents Fonds et part des projets "santé" de ces Fonds

Banque Fonds		périodicité	dernière reconstitution	période (CP)	montant (en M€)	approuvés en 2003 dont santé
Fonds africain BAfD	total reconstitution	3 ans	9	2002-2004	1 780	1 174 42,77 (3,6%)
	contribution française				250	
Fonds asiatique BAsD	total reconstitution	4 ans	9	2005-2008	2 700	1 400 172 (12,28%)
	contribution française				122	
Fonds des Opérations Spéciales BID	total reconstitution	NA	8	NA	885	513 ---
	contribution française				48	
AID Banque Mondiale	total reconstitution	3 ans	13	2003-2005	14 400	9 034 1 264 (14%)
	contribution française				864	
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	total contribution 2004	3 ans	NA	2005-2007	12,7	100%
	contribution française				1,5	

Les contributions volontaires de la France et du Royaume Uni au système des Nations Unies

	Rang			montant des contributions 2003 (en \$)		
	2001	2002	2003	France	1er contributeur	Royaume-Uni
PAM	13	15	16	15 132 666	1 466 944 645	136 702 734
HCR	14	14	13	11 848 555	308 694 127	46 108 989
UNICEF	14	14	14	11 984 267	288 126 600	130 084 024
CICR	13	11	11	13 000 000	232 000 000	113 690 000
PNUE	12	11	5	3 340 130	6 867 000	6 867 000
FNUAP	18	13	14	1 436 985	67 581 498	30 221 465
OMS	16	14	16	5 138 250	186 656 137	186 656 127
PNUD	14	12	11	18 280 000	103 720 000	60 440 000
UNRWA	14	14	17	2 681 569	134 020 000	35 440 362
OAA	13	12	21	1 342 000	33 995 000	13 041 000
ONUDI	6	7	5	1 815 408	10 483 171	non membre
ONUSIDA ¹	22	19	18	524 146	41 725 267	4 935 300
UNESCO	nd	11	18	1 000 000	95 814 000	4 275 000
Moyenne	12	13	14	87 523 976	2 976 627 445	768 462 001



La comparaison entre les contributions françaises et britanniques est présentée dans la mesure où les deux pays, tous deux membres du Conseil de Sécurité, ont quasiment la même part comme contributeur obligatoire aux organisations du système des Nations Unies.

¹ Budget général