

LA COOPÉRATION SANITAIRE FRANÇAISE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT*

R. LAROCHE

• Médecin général des armées •

Med Trop 2005 ; **65** : 109-111

La France a toujours apporté son soutien aux pays en développement (PED) dans les domaines prioritaires de la santé et de l'éducation.

Dans les années 1960, à l'ère des indépendances, notre coopération sanitaire est restée très active, animée par une nombreuse assistance technique « résidentielle », c'est-à-dire constituée de coopérants pour la majorité fonctionnaires et affectés dans des états étrangers pour une longue durée. Des réformes successives, avortées ou abouties, ont tenté d'adapter notre outil de coopération dont la baisse drastique des effectifs, passant de plus de 23000 en 1980 à moins de 1300 en 2004, est l'aspect le plus spectaculaire.

Le contexte de la coopération sanitaire a considérablement évolué tant dans ses rapports avec les pays partenaires qu'avec les bailleurs de fonds multinationaux et l'aide européenne : actuellement c'est dans celui de l'internationalisation que s'inscrit toute opération de partenariat. Restaurer ou conforter le capital de confiance des populations des PED dans l'aide sanitaire de la France et conserver une indispensable maîtrise de l'exercice de la médecine en situation de précarité restent des objectifs prioritaires.

Quarante années de coopération sanitaire

Pour alimenter cette réflexion, il n'est pas inutile de survoler rapidement quarante années de coopération sanitaire (de 1960 à nos jours).

• A l'indépendance de ses anciennes colonies, la France va pendant 20 ans (1960-1980), privilégier l'aide directe.

Dans le domaine sanitaire, le nombre d'assistants techniques reste globalement le même (excepté en ex-Indochine). Cette coopération de « substitution », développe hôpitaux, écoles puis facultés de médecine et poursuit la lutte contre les grandes endémies. La création sous l'égide de la France de structures supranationales (OCCGE : Organisation de la coordination de lutte contre les grandes endémies à Bobo-Dioulasso, OCEAC même structure pour l'Afrique centrale en 1963 à Yaoundé) a pour vocation de proger les préceptes de Jamot.

• Les années 1980 voient la situation sanitaire de la plupart des PED se dégrader :

- crise économique : les politiques d'ajustement structurel seront un échec ;

- crise sanitaire : poussée démographique, explosion du sida, résurgence du paludisme, de la tuberculose, de la maladie du sommeil...

L'inadaptation des systèmes de santé est criante ; la France adhère à la priorité donnée aux soins de santé primaire à Alma-Ata en 1978, mais les agents de santé communautaire responsables de l'application de ces mesures ne sont pas préparés...

• Les années 1990 voient une réorientation de notre coopération sanitaire. Une approche par « projet » privilégiant la santé publique et l'analyse économique va de pair avec la diminution rapide de notre assistance technique. « Il faut mettre un terme à la satellisation de fonctionnaires dont les compétences s'amenuisent d'une émollience tropicale à l'autre ». Paradoxalement, dans un souci récurrent d'universalité, notre intervention est étendue à l'ensemble des pays...

Dans ces mêmes années, la politique de recouvrement des coûts, initiée à Bamako en 1987, rencontre quelques succès. Sa faillite dans de nombreux pays entraîne l'exclusion des systèmes de soins de 5 à 30 % des populations les plus défavorisées.

Aujourd'hui, quel constat ?

La situation sanitaire des PED est très préoccupante ; l'inadéquation profonde entre l'offre et la demande de soins a pour corollaire une dégradation rapide des états de santé des populations, voire une diminution de leur espérance de vie.

Les causes en sont multiples : pandémie de sida, mal gouvernance, démographie galopante, urbanisation anarchique, conflits et guerre... C'est d'ailleurs ce lien entre santé et guerre qui a conduit à la création en 1948 de l'OMS, dont la mission originelle fut de relever les systèmes de santé des pays européens en ruine.

Si le dénominateur commun reste la pauvreté endémique (26 des 36 pays les plus pauvres du monde sont en Afrique au Sud du Sahara), la banque mondiale a bien montré que « les pays sortant de la pauvreté voient rapidement changer la nature de leurs maladies ».

Face à la précarité des systèmes de soins, le recours à l'aide internationale devient incontournable tant pour gérer une urgence humanitaire que pour assurer un développement durable. Cette internationalisation est aussi source de compétition entre les pays donateurs et la coopération en matière de santé est un outil de politique étrangère parmi les autres.

* Les pays en développement (PED) sont représentés par l'Afrique noire, l'Asie, l'Amérique latine et l'Europe orientale. Une place particulière y est réservée à l'Afrique subsaharienne dont la situation est la plus pré-occupante.

Si l'implication des grands bailleurs de fonds est de plus en plus forte (Banque mondiale, OMS, FMI, Commission Européenne...), elle n'en demande pas moins une meilleure coordination et plus de complémentarité. Alors que 189 pays réunis au Nigeria en décembre 2004 confirment les objectifs prioritaires de développement du millénaire (OMD), il ne reste que 10 ans pour réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre sida, paludisme et tuberculose...

Dans ce contexte de solidarité internationale, la France poursuit une coopération sanitaire active (5^e bailleur de fonds auprès de l'OMS, financement du FED à hauteur de 25 %, un des principaux contributeurs au fond mondial sida...).

Fidèle à une longue tradition d'engagement humanitaire, héritière d'un savoir faire indiscuté (l'excellence de l'expertise française est reconnue et recherchée) la France doit redéfinir son partenariat sanitaire. S'il s'avère difficile de dresser un bilan objectif de ces 40 années de coopération, car les évaluations sont par trop globales - politiques souvent dogmatiques et partisans - l'assistance technique « à la française » a cependant permis à de nombreux pays de passer un cap parfois décisif en termes de développement et de pérenniser la francophonie médicale.

Il importe aujourd'hui de conduire une réflexion sérieuse sur une nouvelle forme de coopération sanitaire plus lisible et plus compétitive vis-à-vis notamment des appels d'offre et de l'élaboration des politiques de santé.

Quelques axes de réflexion

Il n'est pas de notre volonté de dresser une liste exhaustive des actions de coopération sanitaire à développer mais deux grands principes peuvent être retenus :

- simplifier l'édifice institutionnel de la coopération française vers plus de lisibilité ;
- accompagner certaines actions techniques illustrant déjà notre savoir faire en les développant et en les structurant.

Préalables « Institutionnels »

• La multiplicité actuelle des opérateurs publics et privés, et le développement rapide des partenariats impliquent une *réforme des structures de la coopération*.

La Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) a pour mission la mise en cohérence d'un dispositif de coopération éclaté :

- MAE, Santé ;
- Instituts publics et privés (INSERM, CNRS, IRD, Pasteur...);
- Universités, ONG, Industriels.

Elle devrait permettre de lancer une action nationale visible et significative tant vis-à-vis du PED que des instances multinationales.

L'organisme France coopération internationale (FCI), créé en 2002 sous tutelle du MAE, a pour but d'adapter la coopération française aux nouvelles exigences internationales et d'en fédérer les compétences (publiques et privées).

Sa structure juridique de type GIP devrait lui conférer, à l'instar de l'agence allemande GPZ, dont nous avons

tous vanté la souplesse d'action, une réactivité plus grande vis-à-vis des problèmes de santé prioritaires.

• Il importe de réaffirmer l'importance de *la coopération bilatérale*. A l'heure de la mondialisation, cette coopération bilatérale longtemps privilégiée puis quelque peu bannie, conserve de singuliers atouts. Bien qu'empreinte d'un certain paternalisme, elle reste le garant de l'adhésion réelle des pays à une action conjointe de développement avec un partenaire dont ils partagent la langue et la culture... médicale.

• Il ne nous paraît pas non plus possible, du fait de ressources budgétaires contraintes (bien que soit programmé un accroissement de l'aide française au développement passant à 0,5 % puis à 0,7 % du PIB) et du nombre réduit de coopérateurs, de vouloir être présent dans toutes les régions du monde.

Il faut *mettre fin au saupoudrage*, à l'émiettement de nos actions et nous recentrer vers les pays résolument engagés dans un développement sanitaire durable. Les pays de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) et l'Afrique subsaharienne, même s'ils n'entrent pas toujours dans le concept de pays performants et de bons élèves, requièrent une attention première.

Quant à la volonté réaffirmée d'une coopération sanitaire en partenariat, elle implique que toute action soit élaborée en adéquation avec les réalités du terrain grâce notamment au recours à des cadres et à des ONG locaux.

• L'assistance technique française, dont beaucoup soulignent encore l'excellence, s'est réduite comme « peau de chagrin » et il n'existe pas à notre connaissance de politiques de *ressources humaines* visant au renouveau et à la consolidation du noyau résiduel de coopérateurs (moins de 1 300).

« L'expert se fait rare et ne se reproduit plus ». Cette boutade de Lapeyssonnie traduit bien la faible ressource existante en coopérateurs médicaux ayant une solide connaissance de terrain, capables d'assurer des missions de longue et de courte durée et d'agir avec compétence, pragmatisme et humilité...

Face à une demande croissante des PED, comment conserver en France un vivier de compétences en santé internationale ?

Plusieurs actions sont envisageables :

- renforcement quantitatif des coopérateurs, arrêt de la déflation et du saupoudrage, appel aux partenaires non étatiques (collectivités locales, ONG...);

- capitalisation des compétences acquises : rapports de fin de mission, rapports d'étape, mise en réseau des acteurs de la santé...;

- lettre de mission, contrat de mission, convention de projet...;

- fédérer les structures existantes : France coopération internationale s'y attelle ;

- l'ancien Ministère de la coopération offrait stages et structures de formation à ses agents. L'absence actuelle de formation est encore une spécificité française (les agences des Nations Unies OMS, PNUD consacrent chaque année un budget de 1 200 à 2 000 dollars pour la formation de chaque agent). Sur le modèle des Hautes études de la défense nationale (IHEDN), l'idée a été émise de créer un « centre des hautes études de la coopération ». Cette mission pourrait être confiée au Haut conseil à la coopération internationale (HCCI).

Actions techniques

Nous ne prendrons pour exemple que quelques actions techniques qui illustrent le savoir faire de la France en matière de coopération sanitaire. Elles méritent d'être accompagnées encouragées et développées.

• L'appui au secteur hospitalier

Souvent sinistré, oublié des programmes internationaux, l'hôpital urbain des PED doit bénéficier d'un accompagnement. Il reste le pilier majeur des systèmes de soins, particulièrement dans les mégapoles africaines, et le lieu privilégié de formation pour les cadres de la santé.

Si les maux dont souffre ce secteur hospitalier sont connus, notre coopération sanitaire a connu bien des infortunes dans les remèdes proposés.

La coopération hospitalière française décentralisée propose des solutions plus novatrices, même si on peut lui reprocher un manque de visibilité institutionnelle et financière

Le partenariat entre établissement de santé du Nord et du Sud mérite d'être développé et recentré : recherche appliquée, formation des personnels du Sud et du Nord avec échange de cadres de santé. La gestion et la maintenance hospitalière sont déjà l'objet d'actions très concrètes.

• Lutte contre le sida

La lutte contre le sida ressort aujourd'hui de la politique internationale voire de la compétition internationale et pourtant l'Organisation Pan africaine de lutte contre le sida (OPALS) et la Croix Rouge française montrent l'intérêt d'une action conjointe entre leurs équipes et les structures de soins de pays d'Afrique et d'Asie. Répondant à la demande prioritaire d'accès aux soins des malades du sida, treize centres de traitement ambulatoire (Brazzaville, Pointe-Noire, Dakar, Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Libreville, Franceville, Port-Gentil, Niamey, Nouackchott, Rabat, Phnom Penh, prochainement Bangui.) sont opérants. Reposant sur les compétences locales, ils mènent aussi des actions de formation et de recherche avec des coûts parfaitement maîtrisés.

• Paludisme

Dans le domaine du paludisme, les compétences françaises sont nombreuses mais dispersées. Le Ministère de la recherche a récemment développé un programme PAL+ dont l'objectif premier était de fédérer la recherche française en paludisme, dans sa composante multidisciplinaire et en partenariat public et privé. La recherche développée sur les priorités de santé publique définies par les pays d'endémie mérite un prolongement.

• Les PED, sous la conjugaison d'une forte démographie et d'une urbanisation rapide et anarchique, connaissent depuis plusieurs années l'émergence de graves problèmes de santé publique qu'on qualifiait encore récemment de « maladie du Nord » : addictions, stress, suicides, pollutions, maladies cardio-vasculaires, cancers... La précarité des systèmes de santé favorise aussi la résurgence de certaines maladies endémiques et l'émergence de maladies transmissibles, virales en particulier.

La dispersion tant de l'habitat que des structures de santé requiert le développement d'une « médecine mobile » seule susceptible, grâce aux outils modernes, de répondre

rapidement aux grands problèmes de santé publique. La France peut contribuer à la formation, à l'équipement et à la logistique d'équipes de terrain développant plusieurs axes :

- mise au point de protocoles thérapeutiques pour le plus grand nombre ;

- surveillance épidémiologique en temps réel ;

- information sanitaire des acteurs de la santé et des populations ;

- diagnostic de terrain par des tests rapides alliant simplicité et faible coût en remplacement des moyens actuels de diagnostic rapide (PCR et immunochromatographie...).

• Dans le domaine de la formation, la coopération sanitaire française est très présente et contribue à pérenniser la culture médicale française.

Malgré le nombre important des cadres de la santé dans les PED, on déplore aujourd'hui la désertion des services hospitaliers par les médecins spécialistes et on redoute un déficit prochain en personnel paramédical.

La revalorisation des professions médicales et la réhabilitation de l'outil de travail restent, comme ailleurs, d'une criante actualité.

Conclusion

La globalisation de la santé génère des mécanismes de compétition où la France, important bailleur de fonds, est très impliquée : la coopération en matière de santé est un outil de politique étrangère.

La situation sanitaire des PED est très préoccupante, celle de l'Afrique subsaharienne est très critique et les demandes en assistance technique « santé » augmentent.

Il est donc nécessaire de redéfinir une coopération sanitaire pérenne avec ces pays. C'est notre tradition et nous avons un savoir-faire qu'il nous faut enrichir et transmettre. Ce savoir faire (l'exercice de la médecine en situation précaire voire dégradée) est fort utile à l'exercice de notre art dans l'hexagone, du fait notamment d'une clientèle médicale issue de l'immigration et de la rapidité et de la multiplicité des échanges...

Il nous permet aussi de répondre à notre devoir de solidarité internationale et de défendre une certaine « francophonie médicale ».

Si les réformes en cours du très complexe édifice institutionnel de notre coopération semblent aller vers plus de cohérence et de lisibilité, il n'en est pas moins capital de renforcer la coopération bilatérale. Pour conserver un noyau compétent et motivé de « coopérants de la santé », il s'impose de développer une nouvelle politique des ressources humaines avec formation adaptée, et capitalisation des expériences acquises.

L'heure est peut-être venue de recentrer nos actions sur des opérations à vocation régionale ou sous régionale.

La création de pôles régionaux d'expertise et de développement pourrait se faire par le biais d'un partenariat public-privé. Des fondations, avec une structure juridique de type GIP, assureraient des missions de soins, de formation, de recherche et l'agrégation des compétences locales en santé ■