

## LA COOPÉRATION SANITAIRE FRANÇAISE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

M. GENTILINI

*Med Trop* 2006; 66 : 348-350

**RÉSUMÉ** • Face à une situation sanitaire mondiale qui s'aggrave, le savoir-faire français en coopération justifierait un engagement beaucoup plus actif de notre pays. Or, on assiste, en dépit de quelques avancées, à un déclin programmé de notre présence. L'avis émis par le Conseil Economique et Social en 2006 - et dont cette conférence présente les éléments marquants - milite pour une politique volontariste de réactivation de la coopération sanitaire en encourageant au sein de la jeunesse l'expression d'une démarche civique de solidarité internationale au service des populations les plus pauvres. Elle implique la mise en place immédiate, face à la carence en ressources humaines dans ces pays, du renforcement de l'aide à l'action, à la formation et à la recherche, non par une opération de substitution mais par un partenariat vrai. Notre aide publique au développement dans le cadre de la santé ne doit pas s'opérer au détriment de la part bilatérale de celle-ci qu'il convient, au contraire, de renforcer d'urgence. D'autre part, une drastique coordination de tous les acteurs de la coopération doit être mise en place pour plus d'efficacité et de cohérence. Des financements innovants (amorcé par la taxe sur les billets d'avion) et la mobilisation accrue de l'Union Européenne apporteraient des moyens plus importants dans cette « bataille pour la santé » au bénéfice des pays pauvres. La réduction de la « fracture sanitaire » qui entrave le développement et déstabilise les sociétés doit être la priorité absolue de la coopération française.

**MOTS-CLÉS** • Coopération – Pays en développement – santé - solidarité

### FRENCH SANITARY COOPERATION IN DEVELOPING COUNTRIES

**ABSTRACT** • In the face of a worsening public health situation throughout the world, French know-how in the field of sanitary cooperation warrants a far more active commitment from our country. Instead there have been only a few initiatives and we are witnessing a programmed decline of our presence. The statement issued by the Economic and Social Council in 2006 – the highlights of which will be presented at this meeting – strongly advocates a voluntary program to revive sanitary cooperation by encouraging civic-spirited young people to express international solidarity through public service in impoverished areas. By compensating the shortage of human resources in developing countries, this program would allow immediate implementation of measures to promote action, training and research not as a replacement operation but rather as a genuine partnership. Deployment of our public aid for development in the field of health-care must not have a detrimental effect on the bilateral dimension of the relationship that indeed requires urgent strengthening. In addition tighter coordination of all parties involved in cooperation activities is needed to ensure greater efficiency and consistency. New funding sources (starting with the airline ticket tax) and greater mobilization of the European Union is necessary to ensure that developing countries have more financial resources to wage the « health-care battle ». Reducing the « health-care gap » that cripples development and destabilizes societies must be the first priority of French Cooperation.

**KEY WORDS** • Developing countries – Health care – Solidarity.

La coopération sanitaire française n'est plus ce qu'elle était. Ce n'est pas un constat nostalgique mais une évidence regrettable. La situation sanitaire mondiale s'aggrave et l'accès à la santé est de plus en plus inégal. Et les responsables politiques de tous les pays affichent leur volonté de faire de l'accès à la santé, condition préalable au développement durable, la priorité.

Alors que le savoir-faire français spécifique en matière de santé dans les pays en voie de développement (PED), universellement reconnu, militerait en faveur d'un engagement beaucoup plus actif, l'on constate au contraire un déclin de

notre présence sur le terrain avec retrait des hommes et réduction des moyens.

À l'aube du troisième millénaire, de nombreux facteurs concourent à aggraver la situation sanitaire des PED. Aux maladies transmissibles affectant traditionnellement ces régions, s'ajoutent de nouvelles affections (SRAS, sida, Chikungunya...) et des maladies jusque-là spécifiques de l'hémisphère nord (maladies cardiovasculaires, diabète...). La nécessité d'une solidarité sanitaire internationale s'impose dans un contexte de mondialisation politico-économique et du « sans-frontiérisme » des agents pathogènes et de leurs vecteurs.

En analysant le bilan de la coopération sanitaire française et les conséquences d'une réforme inachevée, il est possible d'émettre des propositions pragmatiques afin de renforcer intelligemment et équitablement la coopération sanitaire française.

• Travail de M.G., Professeur, Membre de l'Académie nationale de médecine et du Conseil économique et social, Ancien président de la Croix rouge française.

• Correspondance : M. GENTILINI, 7 rue de l'Armée Patton, 91640 Briis sous Forges, France.

• Courriel : [secretariat@asie-enfants-isoles.org](mailto:secretariat@asie-enfants-isoles.org)

## LA COOPÉRATION SANITAIRE HIER

Durant la période coloniale, le développement d'un système de soins «à la française», et notamment un maillage sans rupture reconnu d'une grande efficacité, a permis nombre d'acquis. Aux côtés de médecins et d'agents sanitaires locaux, formés dans des écoles créées sur place, les médecins militaires issus dès 1905 de l'École du Pharo, ont tenu un rôle fondamental et structurant. Dans les quarante années qui suivirent, l'aide sanitaire de la France évolue.

De 1960 à 1980, cette aide majoritairement bilatérale reste importante et modélisante. Centrée sur les pays des anciennes colonies, le soutien s'oriente prioritairement vers le secteur hospitalier et l'expertise française (avec une assistance technique de terrain très présente) s'oriente vers la lutte contre les grandes endémies. La formation des médecins s'amplifie à travers les universités nouvellement créées.

De 1980 à 2000, la coopération sanitaire française modifie radicalement son profil, perdant sa singularité et se fondant progressivement dans les stratégies internationales. Abandonnant une coopération marquée par une assistance technique de substitution pour une assistance technique d'accompagnement, la diminution de l'expertise est drastique, maladroite, mal reçue par nos partenaires et préjudiciable aux populations. Néanmoins, durant cette période, la France s'impose comme précurseur international dans le domaine du sida en prônant le droit aux médicaments pour tous les malades et en initiant une nouvelle stratégie d'intervention dans ce domaine.

Depuis 2000, la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) constitue la feuille de route de la coopération française. Seuls trois de ces objectifs concernent directement la santé : l'ODM4, réduire la mortalité infantile, l'ODM5, améliorer la santé maternelle et l'ODM6, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Pour sa part, la France a défini trois axes prioritaires : la lutte contre le sida et les maladies transmissibles, le renforcement des systèmes de santé et le financement de la santé. De plus, la réforme institutionnelle de la coopération française a élaboré des documents-cadre de partenariat (DCP) mais parmi les 25 pays auxquels ils ont été soumis, seuls 9 ont retenu la santé comme secteur de concentration de l'aide française.

Enfin, parmi les évolutions positives, il convient de noter l'accroissement de notre aide multilatérale et l'importance nouvelle de la coopération décentralisée souvent efficace, parfois désordonnée.

## LA COOPÉRATION SANITAIRE AUJOURD'HUI

L'aggravation de la situation sanitaire dans les pays pauvres est très marquée. Les remarquables progrès scientifiques accomplis ces cinquante dernières années ne profitent pas suffisamment aux populations vivant dans ces pays. Les causes de ce fossé sont nombreuses et en Afrique subsaharienne, 50% de la population n'a pas plus de 2 dollars chaque année à consacrer à sa santé. Le délabrement des

structures, la carence en ressources humaines ajoute à cette crise et dans ce contexte, les endémies traditionnelles s'étendent : le paludisme, la tuberculose et le sida tuent 6 millions de personnes chaque année dont 90% dans les PED. D'autre part, 10 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent annuellement d'affections presque toutes évitables.

Même si la France occupe depuis peu une place non négligeable dans les programmes internationaux, il existe un recul global de son engagement. Actuellement, 4% seulement de l'aide publique française au développement sont affectés directement au bénéfice de la santé contre 11% en moyenne pour les autres pays de l'OCDE. L'orientation des financements vers le canal multilatéral, la régression de la présence de l'expertise française sur le terrain ont réduit la visibilité de l'aide et de l'action. De plus, sa traçabilité et sa gestion se posent dans le cadre de «l'aide - programme» face «l'aide - projet» pour des financements directement versés à nos partenaires. Enfin, la dichotomie créée entre l'Agence française de développement (AFD) et le Ministère des affaires étrangères (MAE) entrave la gouvernance de cette APD tronçonnée en aide aux actions de terrain gérées par la première, formation et recherche gérées par le second. La coopération sanitaire française est en mal d'identité. Nos coopérants techniques du secteur santé, acteurs concrets de terrain, ont été envieux par les nations développées et notre modèle copié dans sa conception et ses réalisations. Ce corps est en voie d'extinction programmée au bénéfice relatif d'acteurs administratifs et d'experts internationaux !

## QUELS MOYENS POUR UN REDRESSEMENT ?

Il faut stopper le désengagement français dans le domaine sanitaire et inverser la tendance d'urgence. La France devrait non seulement renforcer son action mais encore lancer, avec détermination, une politique de coopération technique exemplaire, répondant aux besoins des populations pauvres, aux souhaits des responsables, et attractive pour notre jeunesse en quête d'une solidarité efficace.

### Des propositions peuvent être faites :

- La santé doit d'abord être érigée en secteur non négociable de la politique de développement. La coopération sanitaire est une «matière obligatoire et non une matière à option», avec une augmentation sensible de la part sanitaire au sein de l'APD.
- Il est nécessaire de lier l'action sanitaire à l'action éducative. A cet égard, on doit regretter l'engagement insuffisant, confus de l'Organisation internationale de la francophonie (OIF).
- L'engagement de la France au sein des organisations internationales, en soi un bon choix, ne peut se faire au détriment de l'aide bilatérale et de surcroît doit être conditionnel et encadré. Notre pays devrait œuvrer pour une réorientation des programmes européens de coopération sanitaire et militer en faveur d'une coordination efficace mise en œuvre par les Etats membres.

- L'élargissement du concept de co-développement, la coordination et l'évaluation de la coopération décentralisée devraient être pris en compte dans la mise en place des programmes d'appui, centrés sur les besoins exprimés par les populations.

- L'utilisation des structures de l'Outre-mer français comme base avancée de la coopération sanitaire pourrait être valorisée et la création de plates-formes permanentes de coopération permettrait une vraie coopération de voisinage immédiatement efficace.

- Le redéploiement d'un partenariat hospitalo-universitaire avec réciprocité concourrait à pallier en partie les carences humaines dans les pays en difficultés tant dans la pratique médicale que dans la recherche et la formation.

- La place des ONG doit être redéfinie, à la fois valorisée et contrôlée.

- Une coordination de tous les acteurs en coopération est indispensable, secteur public et secteur privé, laïque et confessionnel, pour mettre un terme à la cacophonie actuelle préjudiciable à l'efficacité faute d'une réflexion en profondeur sur les objectifs d'accompagnement et à la réalisation des projets, d'évaluation des réalisations. Cette concertation est aussi à conduire avec nos partenaires.

- Enfin, la mise en place d'un service civique national avec 300 coopérants sanitaires de tous niveaux permettrait de renforcer le vivier des opérateurs. Ces coopérants du domaine de la santé pourraient être formés en quelques semaines à l'école du Pharo à Marseille avec le concours des Ecoles de Bordeaux et de Lyon et celui de l'Université.

Toutes ces mesures ne pourront prendre effet tant que la réforme institutionnelle de la coopération ne sera pas achevée. La dichotomie actuelle entre le Ministère des affaires étrangères et l'Agence française de développement est en effet préjudiciable au bon fonctionnement et à l'image de notre coopération.

---

### CONCLUSION

---

La France doit réagir immédiatement face à cette régression de notre action de coopération sanitaire envers les pays en développement.

La réduction de la fracture sanitaire qui entrave le développement et déstabilise les sociétés doit être la priorité absolue de la coopération française ■