

ÉVOLUTIONS DES PROFILS DE L'EXPERTISE FRANÇAISE EN SANTÉ DANS LE CONTEXTE DES STRATÉGIES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE

D. KEROUEDAN

• (D.K., Consultante internationale en santé publique), avenue Van Horenbeeck 174, 1160 Bruxelles, Belgique.
• Courriel : d.kerouedan@skynet.be •

Med Trop 2004 ; 64 : 321-325

Les stratégies internationales de coopération dans le secteur de la santé ont beaucoup évolué depuis les indépendances, invitant à basculer d'une approche médicale vers de nouvelles approches de la coopération au sens large, invitant les Etats africains à s'approprier davantage le développement des pays, à une responsabilisation plus importante vis-à-vis du choix des priorités de développement et des résultats des interventions. Ces stratégies conjuguent à l'échelle nationale une mosaïque d'interventions non exclusives telles que l'approche sectorielle, l'initiative pour les pays pauvres très endettés et la lutte contre la pauvreté, les objectifs de développement du millénaire, où la santé est l'un des domaines d'un vaste Programme qui s'étale sur une décennie. Il découle de ces évolutions que les profils d'expertise recherchée en appui à la mise en œuvre de ces nouvelles approches et de leurs composantes santé, sont très différents des profils recrutés jusqu'ici : les nouvelles recrues doivent avoir des connaissances beaucoup plus pointues en santé publique, en sciences sociales (notamment en gestion et en économie) et plus globalement sur les procédures et mécanismes de financements publics des programmes de développement.

Des indépendances aux années 90 : assistance technique de « substitution »

Les grandes lignes des axes stratégiques choisis par le gouvernement français en matière de santé en Afrique depuis les indépendances ont été décrites dans le dossier « Santé » présenté par l'Observatoire permanent de la coopération française (1) et le rapport d'activités de la sous-direction de la Santé et du développement social du

Ministère de la coopération et du développement en 1992 (2). L'évolution se résume comme suit :

• *Aux lendemains des indépendances et pendant deux décennies*, la France a tenté de faire face aux problèmes majeurs de santé des pays africains : les pathologies infectieuses (paludisme, variole, peste, fièvre jaune, lèpre, tuberculose, trypanosomose, etc.). En réponse à ces maladies transmissibles, le service de santé des armées organisait donc la lutte contre les grandes endémies. 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. La Coopération française s'attachait dans le même temps à édifier des Facultés de Médecine dans tous les Etats qui le demandaient (et tous l'ont voulu), à développer le réseau des Instituts Pasteur d'Outre-Mer (IPOM) et à construire des hôpitaux dans les seules capitales sur le modèle des centres hospitaliers universitaires français des années 70.

• *Dans les années 80*, les problèmes qui apparaissent prioritaires sont liés : (i) aux maladies infectieuses bien sûr (avec au premier plan l'épidémie de sida, la résurgence de la tuberculose et encore et toujours le paludisme), (ii) 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), (iii) à la croissance démographique et à la crise économique qui perdure en Afrique. Ne faut-il pas alors admettre que le paradigme pastorien de la médecine appliqué au milieu tropical était devenu une approche dérisoire au regard de la complexité et de la multiplicité des déterminants de l'état de santé des populations ?

Rappelons que les politiques d'ajustement structuré du Fonds Monétaire International (FMI) et de la Banque Mondiale

(BM) sont mises en œuvre sur le continent au cours de cette décennie, et qu'elles affectent les secteurs sociaux. Dans un contexte caractérisé par la réduction des dépenses publiques, parallèlement à une résurgence des endémies et à l'explosion de la pandémie de sida, 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 derniers 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). 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 déontologie (3). Il en résulte, faute de compétences et de moyens, une mortalité maternelle et infantile élevée dans les pays d'Afrique Noire et à Madagascar, pour ne considérer que ce seul indicateur de résultat.

• *Pendant toutes ces années*, la Coopération française continue de privilégier une approche médicale de la santé en Afrique et de mettre à la disposition des services de soins une assistance technique de substitution très compétente et très appréciée, notamment dans les hôpitaux : des médecins, cliniciens spécialistes (internistes, biologistes, radiologues, pédiatres, chirurgiens, etc.) et des infirmiers qui soignent les malades et forment les jeunes médecins et autres professions médicales.

Politique et stratégies de santé privilégiant la santé publique dans les années 90 : expertise en appui à « l'aide projet »

Il faut attendre le début des années 80 pour que le ministre de la Coopération fra-

çaise, alors Jean-Pierre Cot, prenne conscience du nécessaire «décloisonnement de l'action médicale pour l'intégrer au contexte global de développement» (4) 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 sur-développement des structures hospitalières face à une pathologie qui relève avant tout d'actions extra-hospitalières» (Michel Aurillac cité par B. Floury). 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), afin 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» (2). Cet audit invite 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 Debarge, 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 (1). C'est la période la plus novatrice de la Coopération française, où des alternatives, à l'offre publique de soins, reposant sur des initiatives décentralisées, associatives, privées à but non lucratif, sont recherchées et expérimentées en milieu urbain par une équipe de conseillers de mission et d'assistants techniques compétents et motivés. C'est le début de la stratégie de santé urbaine de la Coopération française au Mali et en Côte d'Ivoire où est aidée la création des centres de santé communautaires qui seront gérés par des associations d'usagers (5), stratégie qui sera progressivement étendue à d'autres capitales d'Afrique de l'Ouest (Conakry, Niamey, etc.).

L'expertise recherchée en appui à ces projets, est moins le soignant que le médecin de santé publique avec des compétences en gestion et en économie de la santé, car

tous ces projets font référence aux modalités de recouvrement des coûts, testées quelques années plus tôt par l'UNICEF en milieu rural dans le contexte de l'Initiative de Bamako (6, 7).

Près de 350 coopérants apportent leur savoir-faire aux systèmes de santé. Les métiers représentés sont très divers mais on observe, dès la fin des années 90, en cohérence avec les nouvelles stratégies et interventions, la prédominance de l'expertise en santé publique : 45% de médecins de santé publique, 24% de médecins hospitaliers, 9% de pharmaciens et de biologistes, 6% de soignants, 5% de directeurs d'établissements, 3% d'ingénieurs. Cette assistance technique assure la mise en œuvre des projets, participe au renforcement des capacités locales. Elle est particulièrement appréciée de l'ensemble des institutions multilatérales qui peuvent ainsi bénéficier d'un appui pour un diagnostic, un conseil ou une évaluation. Mais, si les experts français connaissent le terrain, les problèmes et les pratiques de santé, ils méconnaissent souvent les stratégies internationales et les enjeux institutionnels, et situent peu leurs interventions dans le cadre plus global des évolutions de la coopération internationale.

Réforme de la Coopération française et création de France coopération internationale

A la fin des années 90, on assiste à la réforme de la Coopération qui fait disparaître le Ministère de la coopération, dont les services sectoriels sont rattachés au Ministère des affaires étrangères et dépendent désormais de la Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID). Gardons à l'esprit que la réforme de la Coopération a été entreprise en février 1998, sous l'impulsion de motivations diverses dont le souci de réaliser des économies dans les budgets de fonctionnement de l'Administration, l'extension de l'intervention à l'ensemble des pays du monde, l'engagement vers le multinationnel, et, ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, les évolutions internationales et la pression de la mondialisation. Rappelons aussi que la dévaluation du FCFA, acceptée par la France à la demande du FMI et de la BM en janvier 1994 avait déjà été une forme, et peut être la première expression, de l'alignement des stratégies de coopération au développement de la France sur les stratégies internationales multilatérales.

C'est un fait que depuis une dizaine d'années maintenant, en dépit du maintien de son assistance technique classique (fût-

elle réduite, elle reste la plus nombreuse sur le terrain) la France perd progressivement sa spécificité (son identité ?) dans le domaine de la coopération sanitaire internationale : à partir de 1994, ses orientations et stratégies de santé ne sont-elles pas calquées sur celles des institutions multilatérales, où l'hôpital de référence notamment, a bien du mal à trouver sa place?

Bien sûr, la perte d'identité de l'aide française s'est encore aggravée pendant l'année 2003, du fait des gels budgétaires subis par le Ministère des affaires étrangères et de leurs conséquences, non seulement sur la mise en œuvre des projets aux dépens des bénéficiaires, mais aussi sur l'image et l'influence de l'aide française (en comparaison avec les autres coopérations bilatérales). Ainsi la coopération américaine (USAID : *United States Agency for International Development* et Gouvernement Bush) dont les financements accordés au secteur de la santé et au sida sont croissants, prend-elle une place de plus en plus influente dans les pays d'Afrique de l'Ouest francophone tels le Mali, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, dont le développement a depuis toujours été très appuyé par la France.

La réforme de la Coopération s'est accompagnée d'une réflexion sur le devenir de l'assistance technique (8). Cette démarche a abouti notamment à la création en avril 2002 du Groupement d'intérêt public France coopération internationale (FCI) qui se propose de «faciliter l'utilisation de l'expertise française pour des missions de moins d'un an dans les coopérations bilatérales d'une part et dans des contextes communautaires ou multilatéraux d'autre part». Les trois missions principales à FCI sont de :

- mobiliser l'expertise publique de courte et moyenne durée et amplifier le soutien aux programmes de jumelages institutionnels européens ;
- amplifier l'appui aux opérateurs nationaux publics et privés qui travaillent à l'international et organiser des partenariats public/privé et internationaux ;
- gérer des missions pluridisciplinaires d'assistance technique de courte et moyenne durée, suite à des commandes directes, dans les pays en situation de post-crise et de transition au développement.

Il semble cependant que l'assistance technique, dont la forte réduction a été annoncée dans le cadre de la réforme, soit peu concernée par la mission de FCI qui cible davantage l'expertise mobilisable dans la fonction publique française pour la mettre à disposition des institutions multilatérales et communautaires pour des missions de courte et moyenne durée. Notons que si l'expertise française doit prendre une

dimension internationale, l'approche ne peut pas faire l'économie du développement des capacités linguistiques des experts et de la maîtrise de l'anglais.

Alignement de la Coopération de la France sur les stratégies internationales

Au début du millénaire, la France devient, avec la Coopération allemande (GTZ), la Coopération américaine (USAID), mais surtout la Banque Mondiale et la Commission Européenne, un des partenaires financiers des réformes des systèmes de santé en Afrique qui prennent désormais les formes qui suivent.

L'approche sectorielle santé (en anglais SWAP : *Sector-Wide Approach program*)

L'approche sectorielle est une stratégie de coopération mise en œuvre dans la seconde partie des années 90, qui permet au pays récipiendaire de financements en provenance de nombreux bailleurs, de mettre en place une politique nationale commune de santé, d'organiser un cadre unifié de dépenses et des systèmes de gestions communs à l'ensemble des contributions internationales : le secteur de la santé est financé à travers un outil de mise en œuvre qui est le Plan national de développement sanitaire (ou Plan directeur de la santé qui s'étale sur 5 ou 10 ans) dont les procédures de suivi et d'évaluation sont élaborées de concert entre le Gouvernement et les partenaires.

C'est une manière de travailler plus coordonnée et plus efficiente entre le Gouvernement et l'ensemble des partenaires du secteur de la santé que l'appui de type projet : les bailleurs de fonds injectent de l'argent au niveau national dans le programme commun et ont un aperçu global du secteur. C'est une stratégie qui peut être pertinente dans des pays où la communauté internationale est très représentée, mais qui nécessite, pour être véritablement opérationnelle, que les mécanismes et procédures d'exécution des budgets, du niveau central à la périphérie, soient souples et rapides.

La réduction de la pauvreté et l'Initiative pour les pays pauvres très endettés (IPTE)

La réduction de la Pauvreté, stratégie initiée en 1999 en liens avec les initiatives d'allègement de la dette, par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international en crise de légitimité après l'échec des

politiques d'ajustement structurel des années 80, est devenue l'objectif central de la coopération, en particulier pour les pays les moins avancés (PMA). Elle partait du constat que les ressources publiques ne profitent pas aux pauvres, de la nécessité d'avoir une approche globale ayant un impact sur l'ensemble des déterminants du développement. Le document national de référence, dont l'élaboration est nationale et participative, présente une analyse de la pauvreté dans le pays, et couvre toutes les composantes de politique générale, économique et sociale (dont les interventions en santé), est le Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté (CSR) qui doit être approuvé par la BM et le FMI pour que le pays soit éligible à la réduction de sa dette. Cette stratégie de réduction de la pauvreté est massivement appuyée par la Commission européenne (9). Pour ce qui concerne les stratégies soutenues par la France, les prérogatives de suivi de remise de la dette ont été confiées à l'Agence Française de Développement (AFD).

Les objectifs de Développement du millénaire (mieux connus sous le sigle MDG : *Millenium Development Goals*)

En septembre 2000, 189 pays réunis sous l'égide des Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire. Les 8 objectifs généraux du millénaire pour le développement, les 18 objectifs spécifiques et les 48 indicateurs, servent de référence commune à la communauté internationale pour déterminer l'orientation de leurs politiques et programmes de développement et en évaluer l'efficacité (voir site de l'OCDE : www.ocde.org). Les objectifs 4, 5 et 6 sont directement relatifs à la santé : il s'agit de réduire la mortalité infantile, d'améliorer la santé maternelle, de combattre le sida, le paludisme et les autres maladies (dont la tuberculose).

L'aide budgétaire

Ici, les fonds d'aide publique sont injectés directement sur le compte du Trésor des Etats appuyés, à charge pour ces derniers de décider de la répartition des fonds entre les différents secteurs (aide non ciblée) ou de respecter le ciblage ordonné par le bailleur de fonds (aide budgétaire ciblée sur la santé par exemple). Ces stratégies s'accompagnent souvent d'une révision préalable des procédures de gestion et de décaissements des fonds publics pour s'assurer de la fluidité des mécanismes existants que vont emprunter les fonds extérieurs.

L'aide budgétaire est de moins en

moins ciblée, mais le versement des tranches successives est théoriquement tributaire des résultats obtenus dans les secteurs sociaux mesurés à l'aide d'indicateurs, tels, par exemple, la couverture vaccinale et les taux d'utilisation des services publics de soins pour ce qui concerne les résultats attendus dans le secteur de la santé. Si les indicateurs de mesure de la performance sont bien définis, les systèmes de recueil de l'information sanitaire sont souvent déficients dans les pays. Enfin, peut-on s'attendre à ce que les indicateurs évoluent favorablement sur une courte période ?

Les stratégies de lutte contre le sida

S'ajoutant aux stratégies de santé ci-dessus résumées, la lutte contre le sida bénéficie d'une attention particulière qu'il importe de présenter. Elle se caractérise par une mobilisation additionnelle de financements. La propagation très rapide de l'épidémie en Afrique australe et dans certaines régions d'Asie (Chine et Inde) ont invité la communauté internationale à passer à la vitesse supérieure et proposer deux réponses : la création en 2001 d'un Fonds Mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose, et le lancement en décembre 2003 de l'Initiative 3x5 de l'OMS.

• *Le Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose*

Outre les stratégies de coopération sanitaire ci-dessus résumées, la communauté internationale contribue au financement de projets verticaux, tels que le Fonds Mondial. Créé en 2001 à l'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies Koffi Annan, le Secrétariat du Fonds Mondial, distinct de l'ONU et de l'ONUSIDA, est basé à Genève. L'objectif de ce fonds est de mobiliser des ressources additionnelles et complémentaires aux ressources existantes, d'accroître la rapidité des décaissements et de rendre plus opérationnelles les interventions. L'originalité de ce fonds est d'avoir encouragé la création au niveau des pays récipiendaires de partenariats public-privé de lutte contre le sida, intitulés « Instances de Coordination Pays », plateforme autour de laquelle se retrouvent l'ensemble des secteurs publics impliqués dans la lutte contre le sida, les services de santé, la société civile incluant les associations de personnes vivant avec le VIH, les entreprises, les groupements confessionnels, etc. qui doivent tous bénéficier des financements et démultiplier l'impact des interventions à l'échelle nationale.

Sur la période 2002-2004 plus de 140 pays ont bénéficié de financements, mais le Fonds Mondial n'étant pas représenté dans

les pays, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre (du Partenariat et des interventions de prévention et de prise en charge) présente de nombreuses difficultés dont l'évaluation est en cours (les Instances de coordination pays sont actuellement à l'étude dans une vingtaine de pays dans le cadre d'une étude qui sera présentée au Conseil d'Administration du Fonds Mondial en juin 2004). La France est un des plus gros contributeurs du Fonds Mondial après les Etats-Unis, la Commission européenne et le gouvernement italien.

• L'Initiative 3x5 de l'OMS

«Trois millions de malades atteints de sida de 50 pays bénéficient des traitements ARV d'ici à la fin de l'année 2005»: c'est le leitmotiv de l'OMS pour les deux ans à venir. L'idée est de simplifier les protocoles de traitement et le suivi biologique, de former 100 000 professionnels de santé (médecins et infirmiers) à la prescription des médicaments antirétroviraux et au suivi des patients, afin de décentraliser la prise en charge à l'échelle des centres de santé (et non plus des seuls hôpitaux) et démultiplier ainsi le nombre de patients bénéficiaires de traitements ARV. L'OMS ne dispose pas des financements nécessaires à la mise en œuvre de cette Initiative et fera appel aux coopérations bilatérales et multilatérales pour atteindre l'objectif fixé.

Conclusions et recommandations

Les nouvelles approches macroéconomiques de la promotion du développement ci-dessus résumées sont celles qui sont désormais les plus financées par la Banque Mondiale (sous forme de prêts ou de dons) et par la Commission européenne (sous

forme de dons uniquement). Le financement de la santé se fait de manière dominante à travers ces politiques macroéconomiques des institutions multilatérales et communautaires, les coopérations bilatérales, dont la France intervient dans une moindre mesure (en termes de volumes financiers mobilisés) au bénéfice des programmes.

Malgré ces changements très importants datant de la seconde partie des années 90, les compétences de l'expertise française du secteur santé sont globalement restées les mêmes: la méconnaissance de ces nouvelles approches est flagrante, que l'expertise soit sur le terrain ou en France (dans les universités, la fonction publique ou même les bureaux d'études et le secteur privé). Ceci vient en partie du fait que du côté français, l'institution partenaire des programmes internationaux macroéconomiques d'aide au développement est moins le Ministère des Affaires Etrangères que le Ministère des Finances et l'Agence Française de Développement, et que celle-ci interagit moins avec l'expertise que ne le fait le MAE qui a gardé toute une méthode plutôt classique de coopération (assistance technique «habillée» d'une enveloppe autour d'un projet).

Ne sous-estimons pas pour autant le fait que ces nouvelles compétences existent en très petit nombre en France de toute façon, où les économistes ou les économistes de la santé sont rares et peu mobilisables à l'étranger sur des contrats long terme. La Commission européenne mobilise davantage des experts belges ou allemands dans ce domaine pour accompagner les autorités sanitaires africaines dans la mise en œuvre des programmes et obtenir les indicateurs de résultats satisfaisants autorisant le versement des tranches suivantes d'aide budgétaire par exemple.

La question de l'adaptation de l'expertise française aux nouvelles modalités de coopération au développement rejoint celle du positionnement français dans les institutions internationales. Si l'assistance technique est encore déployée sur le terrain, l'expertise française est très faiblement représentée au niveau des sièges respectifs de la Commission européenne, de la Banque Mondiale et des institutions onusiennes de référence sur la santé (OMS, UNICEF, FNUAP (Fonds des Nations-Unies pour la Population) ou d'autres) où les anglo-saxons prédominent.

Ceci est d'autant plus regrettable que la France, riche de son expérience, pourrait contribuer outre la mise en œuvre sur le terrain, à la conception des politiques et des stratégies. Le paradoxe de voir d'un côté une expertise, connaissant bien le terrain, non associée à l'élaboration des politiques de santé, et de l'autre, des concepteurs qui connaissent très mal les terrains dont ils parlent, ce qui explique pour partie l'inadéquation des stratégies recommandées, n'est pas des moindres. Mais la France défend mal ses atouts: est-elle véritablement engagée dans cette solidarité Nord-Sud? L'opinion publique est-elle mobilisée? Les élus inscrivent-ils dans leurs campagnes électorales des thématiques liées au développement?

Les recommandations dans ce domaine ne feront pas l'économie d'une analyse approfondie de la question qui fait référence à de multiples dimensions. Le haut conseil de la Coopération internationale, dont la mission est de présenter au Premier ministre français des recommandations, pourrait s'associer à l'AFD, au MAE, à France coopération internationale et quelques représentants de la société civile intervenant en coopération (universités, ONG dont l'ASPROCOP (Association des profes-

RÉFÉRENCES

- 1 - FLOURY B - Le discours de la Coopération française en matière de santé depuis les indépendances. In «Rapport de l'Observatoire Permanent de la Coopération Française. 1998». Karthala ed, Paris, 1998, pp 161-179.
- 2 - 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. 85p.
- 3 - JAFFRÉY, OLIVIER DE SARDAN J-P - Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 2003, 462 p.
- 4 - COT JP - A l'épreuve du pouvoir. Le Seuil ed, Paris, 1983, 219 p.
- 5 - BRUNET-JAILLY J - (sous la direction de): Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 1997, 435 p.
- 6 - Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A *et Coll* - Implementation of the Bamako Initiative, strategies in Benin and Guinea (1997). International Journal of Health Planning and Management 1997, vol 12 supplément 1 (June).
- 7 - SOUCAT A, LÉVY BRUHL D, DE BÉTHUNE X *et Coll* - 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).
- 8 - NEMO J - Rapport d'Etape: évolution du dispositif d'assistance technique. Juin 1999.
- 9 - COMMISSION EUROPÉENNE - Communication au Conseil et au Parlement Européen. Santé et Réduction de la Pauvreté dans les pays en développement. Bruxelles, 22 mars 2002.

sionnels de santé en coopération), collectivités territoriales par exemple) pour réfléchir ensemble à ces problématiques de valorisation de l'expertise française dans le domaine de la coopération internationale et faire des recommandations sur les dispositions pratiques à prendre, notamment dans le domaine de la formation (initiale et continue) afin de capitaliser les expériences et rendre plus présente et plus performante l'expertise française dans le domaine de la coopération sanitaire au développement. La première des recommandations serait sans doute d'améliorer l'apprentissage des langues étrangères dans nos écoles dès le premier âge et tout au long de la vie scolaire et universitaire donnant ainsi les outils de base à nos

experts pour travailler avec les institutions internationales. Apprendre une langue permet de communiquer avec autrui, mais ce n'est pas suffisant ici : positionner une expertise, c'est contribuer à la conception

des politiques et stratégies et cela implique de maîtriser parfaitement les langues pratiquées dans ces instances ; il s'agit de faire passer des idées, de soumettre des nuances, d'affiner sa pensée ■

LISTE DE SITES WEB DE RÉFÉRENCE

- Le Ministère des Affaires Étrangères : www.diplomatie.gouv.fr
- AFD : www.afd.fr
- Haut Conseil de la Coopération Internationale : www.hcci.gouv.fr
- FCI : www.fci.gouv.fr
- Banque Mondiale : www.worldbank.org
- Union européenne : www.europa.eu.int
- OCDE : www.ocde.org
- OMS : www.oms.org
- ONUSIDA : www.onusida.org
- Fonds Mondial contre le sida le paludisme et la tuberculose : www.theglobalfund.org



Medicine and Health in The Tropics

Marseille - France
11-15 September 2005

Congrès Mondial de Médecine Tropicale et Santé Internationale

> À MARSEILLE DANS LE PARC DU PHARO

La manifestation se tiendra dans l'un des plus beaux sites de la ville de Marseille, le Parc du Pharo, à l'entrée du Vieux Port (Auditorium du Palais du Pharo, IMTSSA, Université de la Méditerranée, Marseille-Provence-Métropole).

> CONGRÈS COMMUN

- À la Fédération Internationale de Médecine Tropicale (IFTM).
- Aux sociétés européennes (FESTMIH)
- À la Société de pathologie exotique (SPE).
- À l'Institut de Médecine Tropicale du Service de santé des Armées (IMTSSA - "Le Pharo"), à l'occasion de son Centenaire.

Contact :

ALBINE CONSEIL
209 rue de l'Université
75007 Paris - France
Tél. +33 (0)1 53 85 00 20
Fax +33 (0)1 53 85 00 39
alexandra@albino-conseil.fr
www.iftm-pharo2005.org

