

Politiques de santé des pays en développement (PED) et relations internationales

Jean-Loup Rey

GISPE, Marseille, France*

Med Trop 2011 ; 72 : 109-110

Depuis 2001, un tournant a été pris dans le cadre des politiques de santé des pays en développement (PED) et des relations internationales. Pour la première fois en juin 2001, une Assemblée générale de l'ONU était consacrée à la santé, en particulier au sida.

Dans la suite de cette Assemblée était créé le Fonds mondial (FM) contre le sida, étendu après à la tuberculose et au paludisme (FMSTP). Ce Fonds est une structure indépendante de l'ONU, présentée comme un partenariat public-privé et répondant à trois principes :

- la non ingérence dans les politiques nationales ;
- l'additionnalité des crédits ;
- la transparence totale sur l'utilisation des fonds.

Un article récent de D. Kérouedan dans *Médecine tropicale* fait un bilan des interventions du FM¹.

En fait, dans l'esprit des activités caritatives du XIX^e siècle. Diverses Fondations privées se sont intéressées à la santé depuis longtemps. Dans les années 50 des Fondations ont apporté leur appui financier à des programmes de l'OMS.

De 1978 à 1980, l'OMS a lancé le Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour protéger les enfants dans leur première année de vie contre 6 maladies meurtrières : la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole. Les différents états mirent progressivement en place leurs PEV nationaux ainsi que les infrastructures souvent quasi-inexistantes en Afrique (chaîne de froid en particulier), permettant sa réalisation. Les Fondations Rockefeller et Ford ont financé le PEV ainsi que le programme de lutte contre l'onchocercose (avec le Fonds Monétaire International pour ce programme).

Depuis, les Fondations lancent souvent leur propre programme sans concertation vraie avec les autorités nationales concernées ni sur le choix des priorités ni sur les stratégies, parfois même en contradiction avec les politiques antérieures de ces pays ou en provoquant des effets négatifs sur les programmes existants.

Par exemple le programme « Bouter la polio hors d'Afrique » lancé de Washington par le Rotary International, est en contradiction avec le PEV car il privilégie de façon quasi exclusive un vaccin et une stratégie aux dépens des autres. Il a ainsi favorisé la démotivation sociale et politique envers le PEV et secondairement provoqué la réapparition de la rougeole chez les petits Africains. Il favorise la circulation de souches vaccinales de virus polio sans interrompre la circulation des souches sauvages, par l'utilisation exclusive du vaccin oral.

Autre exemple, entre 1981 et 1985, le programme Carter a « détourné » du service public les meilleurs médecins et infirmiers des PED vers la dracunculose alors que le sida était en train de se répan-

dre. En effet ce programme très vertical a embauché de nombreux acteurs de santé pour la lutte exclusive contre cette parasitose.

Mais toutes les Fondations ne sont pas critiquables sur ce plan. Ainsi la Fondation Bill et Melinda Gates en juillet 1999 à Seattle (USA), a initié et financé un large partenariat entre les secteurs publics et privés, l'alliance GAVI. Tous ces partenaires partagent une analyse de la situation, une vision et une série d'objectifs stratégiques pour améliorer les programmes de vaccination dans les 75 pays les plus défavorisés du monde (PNB inférieur à 1 000 US\$ par habitant et par an). Les principaux objectifs sont :

- le financement d'infrastructures et de la formation du personnel de santé ;
- la fourniture des vaccins traditionnels du PEV ;
- la fourniture de vaccins moins utilisés (hépatite virale B, *Haemophilus influenzae* b et fièvre jaune) ;
- la fourniture de seringues à usage unique pour garantir la sécurité des injections.

Le Fonds mondial et « ses petits » (UNITAID, Fondation Clinton) engendrent aussi des effets négatifs : en supprimant le paiement des médicaments par les patients ils provoquent la disparition des centres de santé autofinancés et la fermeture d'officines pharmaceutiques privées. Ceci a été décidé sans concertation réelle avec les ministres de la santé concernés.

Le FM a ajouté paludisme et tuberculose à ses prérogatives de financement sans réelle consultation des pays concernés. La décision a été prise à Genève. Autant pour le sida la priorité est peu discutable, autant pour le paludisme ou la tuberculose cette priorité l'est davantage, la situation étant différente selon les pays. Nous sommes revenus à une situation néocoloniale où les décisions sont souvent prises au Nord.

L'additionnalité des financements apportés par le FM est relative ; il y a toujours des coûts annexes et des effets pervers. Il est normal que les Etats participent à la lutte contre le sida mais il leur est nécessaire d'anticiper les dépenses pour disposer, en particulier, des recettes correspondantes. Or les instances qui gèrent les fonds du FM ont acquis une forte indépendance et un grand pouvoir qui font que des décisions sont prises sans socle institutionnel. Il faut dès maintenant se demander ce que vont devenir les structures construites spécialement pour le traitement du sida quand la maladie sera banalisée et chronique ; de même, que deviendront et comment seront payés les milliers de personnes qui ont été formées à des métiers nouveaux et financés sur fonds du FM comme les conseillers, éducateurs thérapeutiques, médiateurs, pairs éducateurs, etc... ?

Il n'est pas question de remettre en cause l'intérêt fondamental du FM mais il est primordial de réintégrer le sida et les divers

* Correspondance : jean-loup.rey@wanadoo.fr

¹ Kérouedan D. Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Med Trop* 2010 ; 70 : 19-27.

apports financiers extérieurs dans une politique globale de santé. Le FM a pris en compte récemment cette question puisqu'il met en place des stratégies d'intégration et de renforcement des systèmes de santé mais, il demeure un profond fossé entre les capacités des états et les demandes du FMSTP.

En effet, les programmes spécifiques se sont multipliés, outre le programme onchocercose, existent des programmes schistosomiases et helminthiases, filarioses, leishmanioses, trypanosomiases, IRA, diarrhées, diabète, HTA, etc.... Les responsables nationaux n'ont plus que le choix de gérer les fonds et intrants qu'on leur propose. Auraient-ils la possibilité de refuser ?

Enfin la coopération bilatérale ne joue plus le jeu de balancier d'autrefois, comme la coopération française qui consacre main-

tenant 90% de son budget d'aide au multilatéral (y compris la participation aux fonds européens).

La solution la plus réaliste est de militer pour une plus grande collaboration de tous les bailleurs pour qu'au niveau de chaque pays soit mis en place un Fonds commun d'aide à la santé des habitants, avec un contrôle externe et un contrôle interne par le ministère de la santé.

Ce Fonds pourrait en plus, prendre en charge tout ou partie des coûts des soins à la place des patients. ■

* Membres du GISPE : groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie + administrateurs (coauteurs) Barbe S, Milleliri JM, Ott D, Rogerie F, Saliou P.

Lu pour vous



Un prêtre face au sida

Bernard Joinet
Entretien avec Jean-Claude Petit
Editions du Jubilé, 2009

Il ne faudrait pas – sous prétexte qu'il ait été publié chez un éditeur de modeste diffusion – que ce livre passe inaperçu. Pour les professionnels du monde de la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne, Bernard Joinet n'est pas un inconnu.

Sa Flottille de l'Espoir (avec ses trois bateaux : abstinence, fidélité, préservatif) lancé en 1994 après le rêve de Bukoba, a été maintes fois présentée lors de conférences internationales, puis déclinée dans les pays d'Afrique pour permettre aux populations de mieux comprendre les risques et de s'approprier des comportements de prévention face au sida. Pour ne pas se noyer dans le flot de l'épidémie. Le Pr Luc Montagnier présentera même ce concept au Pape Jean-Paul II.

Mais au-delà de ce qui va devenir un jeu interactif de prévention, le parcours de ce prêtre face au sida est celui d'un homme d'Église en prise avec sa propre conscience d'Homme ne renonçant pas face à ses propres questions, ses propres peurs, ses propres incertitudes.

A travers ce livre-témoignage, dans un entretien rempli d'humilité, c'est le cri d'un homme dont le parcours a été semé d'obstacles – ses relations tumultueuses avec sa hiérarchie ecclésiastique –, mais dont l'engagement de 40 ans en Tanzanie – une grande partie de ce temps à côtoyer directement l'épidémie de sida – donne à cette voix une portée universelle. Ce Père Blanc qui est entré en Résistance dès 1944 en France dans le Nivernais, a trouvé sur la terre africaine d'autres champs de combat pour affirmer sa volonté de toujours privilégier la vie à l'inévitabilité de la mort.

Un livre-parcours à lire absolument car ce prêtre face au sida ne prêche pas, ne condamne pas, n'exclue pas. Il dit simplement.

Milleliri JM