

La coopération en santé dans les pays africains

Didier Gobbers

Ingénieur-conseil en organisation, ingénierie du développement, membre de l'Association des professionnels de santé en coopération

En Afrique, la coopération en santé est une réalité complexe. Sans elle, les États du Sud ne pourraient développer leurs systèmes sanitaires. Mais elle permet aussi aux apporteurs d'aide de contribuer à traiter des questions essentielles pour eux (économie, recherche, sécurité sanitaire).

La coopération suppose que deux parties conjuguent leurs volontés pour accomplir ensemble des actes au profit de l'une ou des deux. L'aide publique au développement¹, APD, dans le secteur de la santé est présente en Afrique dès les indépendances au début des années soixante ; longtemps marquée par les relations bilatérales, elle constitue aujourd'hui une trame très complexe où se croisent toutes les formes de coopération.

La coopération internationale dans le domaine de la santé occupe une place croissante dans le « concert des nations ». Elle est désormais régulièrement abordée dans des enceintes où elle n'avait autrefois pas droit de cité (par exemple les réunions du G 8 ou le Conseil de sécurité des Nations unies). Pour la première fois de son histoire, l'Assemblée générale des Nations unies s'est réunie en session extraordinaire, en juin 2001, sur une question de santé : le sida.

À l'APD s'ajoutent les actions d'acteurs privés dont les formes et les modalités d'intervention sont également très variées. Depuis une décennie, des conférences thématiques ouvrent une voie nouvelle : des négociations commerciales, particulièrement sur les médicaments.

Ici, la coopération en santé dans les pays en développement, PED², est considérée via trois groupes d'intervenants : les

organismes internationaux, les politiques bilatérales d'aide au développement — avec une attention particulière pour l'exemple français — et enfin les associations humanitaires.

Il est très difficile de produire un chiffre sérieux du volume global annuel de l'aide financière de la coopération en santé, non pour des raisons de parité monétaire mais parce que les annonces des uns et des autres obéissent à des mécanismes comptables où se confondent les « engagements » et les « décaissements ». Néanmoins, on peut avancer que ce sont de l'ordre de 7 milliards d'euros « utiles » qui sont injectés chaque année par la communauté internationale aux problèmes de santé des pays du continent africain³.

Les organismes internationaux

Les organismes internationaux qui interviennent dans le secteur de la santé dans les pays en développement sont de deux familles : les généralistes et les spécialistes.

Les organismes généralistes

Dans la famille des généralistes, il faut citer les grandes institutions⁴ dont la santé n'est qu'un des axes d'action : la Banque africaine de développement (BAD), la Banque

3. À titre de repère, les dépenses de santé de la plupart des pays avoisinent les 25 euros par an et par habitant, avec des écarts gigantesques, par exemple entre la Libye et Madagascar.

4. Elles sont nombreuses, mais certaines tournées vers des pays particuliers : Banque islamique, Banque ouest-africaine de développement...

1. Le terme de coopération est de moins en moins employé, même chez les acteurs bilatéraux.

2. On ne parle plus aujourd'hui de pays sous-développés ou en voie de développement.

mondiale (BM) et l'Union européenne dont le rôle ne se limite pas à financer des projets « santé » ; soulignons à ce propos l'influence du rapport de 1993 de la BM *Investir dans la santé*. Les organismes internationaux généralistes ont les capacités financières les plus importantes, ainsi qu'un potentiel d'influence en découlant.

La Banque africaine de développement — dont une part majeure du capital est détenue par des États non africains — finance des projets pour l'amélioration de la santé en considérant de façon croissante l'impact de ses apports sur les systèmes socio-économiques ; en d'autres termes, les infrastructures sanitaires ne sont plus les uniques bénéficiaires de son soutien. Par ailleurs, la BAD s'efforce d'affirmer une vision transversale dans laquelle les ministères de la Santé ne sont pas les uniques acteurs. Ses capacités de financement importantes restent néanmoins dédiées en priorité aux soins de santé primaire. Bien que son expertise technique soit de première qualité, la BAD ne peut s'affranchir de l'obligation de respect des équilibres politiques en son sein.

La Banque mondiale est un poids lourd des projets « santé », non seulement par l'importance des financements qu'elle alloue au secteur mais surtout par le caractère normatif des projets qu'elle impulse, allant parfois jusqu'à la confusion entre « la » politique sanitaire nationale et « le » projet santé BM. De plus en plus, les projets santé BM embrassent tous les grands thèmes de la santé publique et leur environnement institutionnel : du sida au financement de la santé en passant par la décentralisation...

L'Union européenne est aujourd'hui l'acteur le plus déterminant sur le continent africain pour l'aide au développement en général et de celui de la santé en particulier, car outre le gros volume financier d'intervention les positions de l'UE « s'imposent » aux États membres tout comme les positions du Fonds monétaire international (FMI) contraignent celles de l'UE. Les délégations locales de la Commission européenne disposent de marges de manœuvre importantes pour appuyer les politiques sanitaires nationales. Depuis quelques années, la tendance de l'UE est à la fois de procurer des appuis budgétaires aux politiques nationales sanitaires (donc sans obligation d'identifier un projet particulier) mais aussi d'agréger la santé à d'autres

secteurs pour former des programmes plus cohérents.

Que les projets d'amélioration de la santé soient financés par l'une ou l'autre de ces grandes institutions généralistes, ils se caractérisent par une lourdeur des mécanismes de mise en œuvre prenant le pas sur les objectifs sanitaires et un taux de décaissement toujours inférieur aux prévisions.

Rappelons que la BAD et la BM-IDA interviennent au moyen de prêts avantageux⁵ alors que les crédits accordés par l'UE sont des dons.

Les organismes spécialistes

La famille des organismes internationaux spécialistes comporte de nombreuses branches, dont seules quatre seront évoquées : les institutions du système des Nations unies, les organisations dédiées à des pathologies, les structures régionales et les fondations de solidarité. Dans chacune de ces branches, il existe une grande quantité d'acteurs ; ceux cités ici n'en représentent qu'une part⁶.

Les institutions du système des Nations unies

En fonction d'une vision plus ou moins large de la santé et de leur mission naturelle, plusieurs agences des Nations unies sont présentes peu ou prou sur des dossiers concrets. On ne peut commencer une liste que par l'OMS, dont le rôle leader incontesté embrasse désormais des domaines moins médicaux tels que l'organisation et le financement des systèmes sanitaires. Principalement normatif, ce rôle ne débouche pas sur le financement de projets d'amélioration quantitative de l'offre de soins et de leur qualité.

L'Unicef, en partant de la santé de l'enfant, d'abord jeune puis grandissant, en vient à couvrir celle de la mère puis de toute la population d'abord en milieu rural et de plus en plus en ville. Grâce à ses capacités de plaidoyer et de mobilisation, l'Unicef devient un acteur non négligeable dans la mise en œuvre de projets concrets sur le terrain.

Si le Fonds des Nations unies pour la population intervient naturellement

5. Taux d'intérêt de l'ordre de 0,5 %, délai de remboursement de 40 ans avec différé de 5 à 10 ans du versement de la 1^{re} échéance.

6. Une liste plus nourrie peut être constituée en consultant les bases de données évoquées en bibliographie.

en santé de la reproduction et en planification familiale, pour ces raisons il ne peut ignorer la question du VIH-sida, tout comme l'Unesco désormais présente au titre de la recherche.

Le Bureau international du travail, plus tourné vers les problématiques de la santé des travailleurs, en vient à élargir son champ d'action aux familles, aussi bien à la campagne qu'en ville, par le biais des questions de financement ou de lutte contre le sida.

Les organisations dédiées à des pathologies

Souvent initiées par des institutions bi ou multilatérales, les organisations dédiées à des pathologies sont nombreuses et la qualité de leur action est manifeste, même si elles sont régulièrement confrontées à des difficultés techniques et financières. On peut citer :

- l'Institut Pierre Richet de Bouaké (Côte d'Ivoire) pour la recherche sur le paludisme et la trypanosomiase humaine ;
- le programme de lutte contre la lèpre supporté par la Fondation Follereau ;
- l'Union internationale de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires qui soutient et promeut les bonnes pratiques thérapeutiques (DOTS...);
- le Centre de recherche sur les méningites et la schistosomiase de Niamey ;
- l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique de Bamako, structure de dépistage, de traitement et de recherche sur les affections cécitantes ;
- l'Onusida (regroupant six agences des Nations unies) qui soutient les différents aspects de la lutte contre le VIH-sida et surtout fédère les efforts de la communauté internationale ;
- l'Onchocerciasis Control Program, qui associe divers partenaires : France, Banque mondiale, OMS.

Les structures régionales

Leurs rayonnement et influence varient d'une sous-région à l'autre, ces structures sont plus ou moins fragiles du fait, notamment, de leurs besoins de financement :

- l'Organisation de coordination contre les grandes endémies, OCCGE devenue OAS en partenariat avec l'OMS ;
- les Instituts Pasteur (IPOM), laboratoires de référence, de recherche et de réponse à diverses situations épidémiques (fièvre jaune, Ebola...);
- l'Organisation de coordination pour

la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), à Yaoundé-Cameroun, qui pilote des activités de recherche en épidémiologie et de formation en santé publique ;

- l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida dont une des actions remarquables a conduit à la création dans divers pays de centres de traitement ambulatoires ;

- la Société africaine de gynéco-obstétrique dédiée aux questions de la santé maternelle ;

- la Conférence inter-africaine de prévoyance sociale pour l'harmonisation des législations de protection sociale.

Les fondations de solidarité

Elles sont également très nombreuses, de tailles différentes et d'origines variées, aux buts très divers, certaines anciennes et assez autonomes, d'autres plus récentes s'apparentant à des techno-structures. Évoquons :

- Save the Children, tournée vers les questions de l'enfance avec un regard appuyé vers les plus démunis ;

- Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI, fondé en 2000 sur l'initiative de Bill Gates (Microsoft) ; contribue au financement mais également à la définition des politiques vaccinales ;

- Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida, nouvel acteur majeur pour le financement de la lutte contre les trois grands fléaux, y compris l'accès aux thérapies comportant des antirétroviraux ;

- la Fondation Aga Khan dont l'appui à la solidarité revêt un volet pour l'accès aux soins ;

- la Chaîne de l'espoir, spécialisée dans la prise en charge de pathologies graves et coûteuses, dont chirurgicales.

La diversité des modes et des capacités d'intervention des organismes internationaux ne permet pas de faire un tableau synthétique avec des chiffres qui peuvent être comparés ; on peut cependant donner des tendances vérifiables sur presque tout le continent.

Avec des objectifs, des styles et des procédures très différents, les organismes internationaux jouent un rôle que l'on peut résumer en six situations :

- ils sont en position d'aiguillon, conduisant les responsables nationaux ainsi que les administrateurs et producteurs de soins locaux à s'interroger sur la

pertinence de leurs décisions et façons de faire ; cela vaut en matière de gestion autant qu'en démarche de soins ;

- ils participent à la mise en œuvre des intégrations régionales que les gouvernements des diverses zones affichent comme une priorité politique ;

- ils procurent un appui technique aux créateurs des politiques nationales, soit sur certaines facettes sanitaires soit en terme de définition et d'application ;

- ils procurent un soutien financier indispensable, non seulement pour les investissements mais également pour le fonctionnement des systèmes sanitaires publics ;

- ils appuient une élévation des compétences nationales en promouvant et finançant des actions de formations initiales et surtout permanentes ;

- ils plaident pour l'intégration de la recherche en santé sous toutes ses formes dans les politiques et pratiques sanitaires.

Même à une place de choix, la santé est restée longtemps secondaire dans les faits pour les grandes institutions financières. Ce n'est qu'avec la décennie quatre-vingt-dix que les mots ont débouché sur des actes franchissant le domaine du symbolique. L'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux apporteurs de financement ; selon les pays, leur poids dans les investissements varie de 20 à 70 %. On peut également prétendre que ces organisations ont aidé à porter un autre regard sur la santé ; par exemple, en popularisant le concept d'« années de vie corrigées de l'incapacité », la BM a tenu une place de pionnier pour conjuguer la santé et le développement économique.

Concernant les politiques menées, toutes les institutions internationales prétendent et déclarent inscrire leur action dans le cadre de politiques sanitaires définies par les États ; cependant la tendance lourde depuis une vingtaine d'années est de pousser ces États à adopter des schémas conceptuels⁷ et des pratiques obéissant à des standards internationaux⁸. L'évolution politique mondiale influe certainement sur la définition et l'opérationnalisation de certains concepts ; ainsi l'initiative dite de

7. Par exemple, les plans nationaux de développement sanitaires, PNDS, et le district sanitaire.

8. Par exemple, la DOTS pour le traitement de la tuberculose.

Bamako a-t-elle pris une accélération lors des changements intervenus en ex-URSS et en Europe de l'Est.

Alors que la plupart s'inscrivent dans un cadre de relations d'institution à État, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix certaines organisations s'efforcent de bâtir des partenariats plus directs et efficaces soit avec les représentations déconcentrées de l'État soit avec des collectivités territoriales et/ou des émanations de la société civile.

Les politiques bilatérales d'aide au développement

Les politiques bilatérales, bien que plus modestes en termes financiers que celles des institutions internationales, demeurent importantes malgré la tendance au multilatéralisme observable dans chacun des pays. Elles sont mises en œuvre par deux catégories de pays : ceux qui ont un passé colonial et les autres. On énoncera rapidement quelques éléments sur les unes et les autres avant d'examiner plus en détail l'exemple français.

Les politiques bilatérales de coopération en santé, qui ne sont pas uniquement le fait des grands pays développés, prennent des formes différentes selon les passés historiques et les perceptions des questions sanitaires majeures.

L'action des pays sans passé colonial en Afrique

Bien que la question des intérêts politiques et économiques se profilant derrière toute coopération puisse n'être pas innocente, elle sera ici ignorée. Dans le domaine de la santé, les relations bilatérales sont assurées par :

- des pays occidentaux, soit européens : la Suisse, la Norvège..., soit d'autres continents : États-Unis d'Amérique, Canada... de gouvernement à gouvernement souvent via des agences de coopération ou par des relations spécifiques d'acteurs variés comme les hôpitaux ou les universités ;

- les autres pays d'autres continents : Cuba, Chine, Japon, également selon les modalités ci-dessus.

L'ex-Union soviétique et les pays du bloc communiste (RDA...), qui ont eu un rôle important jusqu'à la fin des années quatre-vingt, ne sont pratiquement plus présents en Afrique dans la coopération en santé.

Enfin, bien que marginale, on doit préciser

qu'une coopération Sud-Sud, spécifique au continent africain, est observable dans quelques pays ; parmi les États contributeurs les plus remarquables citons l'Égypte, le Maroc, la Libye. Cette coopération devrait prendre plus d'ampleur avec la montée en puissance de l'Union africaine et du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD).

L'action des ex-puissances coloniales

La coopération des pays qui ont un passé colonial s'exprime en premier lieu dans leur ancienne zone d'influence : la Belgique en ex-Zaïre, l'Angleterre au Kenya, le Portugal au Mozambique... mais de plus en plus au-delà : la France au Liberia, en Afrique du Sud, l'Allemagne et l'Italie au Congo ou à Djibouti...

Toutes les formes de coopération sont observées, jusqu'à des « aides liées » comme la pratique, par exemple, l'Espagne en Afrique de l'Ouest.

Quelles que soient les caractéristiques historiques de leurs relations avec les pays africains, les coopérations bilatérales sont présentes essentiellement, hormis la France, dans le champ des soins de santé primaire et dans la lutte contre le sida.

Longtemps présentes uniquement sur le terrain opérationnel des soins et plus particulièrement en milieu rural, certaines coopérations bilatérales dont celles de l'Allemagne et de la Belgique s'insèrent dorénavant dans les projets structurant les niveaux régionaux et centraux des ministères de la Santé y compris sur des thèmes de souveraineté comme la définition des politiques des ressources humaines ou de la maintenance des équipements bio-médicaux.

À côté de l'action des États, des institutions particulières ont un rôle remarquable dans deux domaines : la formation et la recherche tant dans les domaines cliniques que de la santé publique ; certaines ont un rayonnement exceptionnel tels l'Université libre de Bruxelles, le Centre de médecine tropicale d'Anvers, le CDC d'Atlanta, l'Institut de santé publique de Lausanne, l'Université de Montréal, l'ENSP de Rennes ou l'ESP de Nancy.

Les associations humanitaires

Cette catégorie d'acteurs du développement sanitaire est numériquement la plus importante, plusieurs milliers d'organisations de tailles et de statuts très différents

agissant sur fonds propres et/ou grâce à des concours de fonds publics. Cette catégorie prend également en compte des questions peu regardées par les deux premières familles d'acteurs, telles la santé en milieu carcéral, la lutte contre le trafic des enfants, la prostitution... On peut les répartir en trois groupes principaux : les internationales professionnalisées, les nationales polyvalentes, les caritatives. Leur rôle est précieux pour de multiples raisons (proches des populations, utilisation optimale des financements...) et beaucoup s'efforcent de relayer leur action en épaulant des ONG locales.

Les internationales professionnalisées

Certaines sont tellement reconnues (Comité international de la Croix Rouge, CICR) qu'on pourrait les classer autrement.

Des organisations comme Médecins et Pharmaciens sans frontières, Médecins du monde, Handicap international (par ailleurs reconnues par les Nations unies) ont des structures dans plusieurs pays ; leur action, spécifique au secteur de la santé et à ses cofacteurs, démarre souvent dans les situations d'urgence pour se poursuivre dans la logique du développement.

Plusieurs constituent un volet particulier de l'activité de sociétés ou groupes professionnels du secteur santé, telle l'Association pour la médecine préventive, fruit de la pensée humanitaire du laboratoire pharmaceutique Mérieux.

D'autres ont un objet unique : la distribution de préservatifs pour la prévention du sida (SFPS, PSI), ou bien que n'ayant rien à voir avec la santé mènent des actions remarquables comme les clubs de services Rotary (vaccinations...) et Lyon's (prise en charge du diabète...).

Si la France peut s'enorgueillir de compter de grands humanitaires, cette famille compte de prestigieux et efficaces membres de nombreux pays : OXFAM, CARE, World Vision, Mercy Corp...

Les nationales polyvalentes

Dans chaque « pays riche » des ONG nationales⁹ initient des actions de solidarité vers l'Afrique avec un volet plus ou moins

9. Par exemple en France, parmi des milliers, voici quelques organisations regroupées dans une « coordination Sud » : Association pour le développement économique régional, Afrique verte, Agir abcd, AICF, Agir ici pour un monde solidaire, Aitec (Association internationale de techniciens experts

ample dans le secteur de la santé ; elles se caractérisent généralement par une relation directe entre financeur et bénéficiaire.

On peut estimer que cette catégorie d'ONG implique des citoyens sceptiques sur le rendement obtenu par les grandes humanitaires internationales et préférant s'investir eux-mêmes dans la construction d'un puits, la réhabilitation d'un centre de santé...

Des professionnels de la santé du Nord s'impliquent aussi de plus en plus dans cette coopération directe dont l'un des défauts réside parfois dans la conduite d'opérations ignorant des aspects de la politique sanitaire nationale¹⁰.

Les ONG anglo-saxonnes sont de plus en plus présentes sur le continent et montent en puissance en Afrique francophone.

Les caritatives

Moins nombreuses, souvent d'inspiration religieuse et majoritairement chrétiennes, les organisations caritatives inscrivent fréquemment leur action dans la durée et s'intéressent prioritairement aux populations fragiles et aux exclus.

Le prosélytisme n'est pas toujours absent de leur démarche, ce qui peut parfois constituer un risque lorsque certaines obédiences s'apparentent, selon la définition française, à des sectes.

On ne saurait dresser ni la liste ni le profil type d'organisations aussi différentes que le Secours catholique, l'Ordre de Malte, Emmaüs, Action internationale contre la faim, Mémisa, Caritas, Comité catholique contre la faim et pour le développement...

L'exemple français de coopération internationale en santé avec le continent africain

Le terme d'exemple n'est pas exact

et chercheurs), Les Amis de la Terre, CADTM France (Comité pour l'annulation de la dette du tiers-monde France), Chambre des Beaux-arts de Méditerranée, CICDA (Centre international de coopération pour le développement agricole), Cimade, Coordination SUD, Crid (Centre de recherche et d'information pour le développement), Eau vive, Enfants du Monde Droits de l'homme, Équilibres & Populations, Fonds mondial de solidarité contre la faim, Santé Sud, Solagral, Terre des Hommes France, Vétérinaires sans frontières.

10. On voit fréquemment des ONG intervenir deux mois dans la brousse-soignant et distribuant des médicaments gratuitement, alors que les autorités nationales s'efforcent d'améliorer le recouvrement des coûts.

puisque, jusqu'à une période récente, la coopération sanitaire française — au moins dans les pays de son ex-empire colonial — couvrait la quasi-totalité des questions de santé publique : formation des acteurs, organisation des systèmes, soins du niveau primaire à celui des CHU¹¹.

La coopération française est, à l'image des organismes internationaux, composée d'une mosaïque d'institutions et d'organismes dont la convergence des actions n'est pas toujours évidente. On considérera ici la politique menée en matière de santé puis ses moyens et ses acteurs.

La politique contemporaine¹² de la France est adossée à l'agenda international du sommet du millénaire (objectifs ambitieux à l'horizon 2015 : réduire de 2/3 la mortalité infantile et de 3/4 la mortalité maternelle sur la période 1990/2015, diviser de moitié les taux de transmission du VIH-sida et l'incidence du paludisme et des principales maladies). La France souligne la corrélation positive¹³ entre investissement dans la santé, croissance économique et réduction des inégalités.

Elle développe une stratégie de lutte contre la pauvreté, de réduction des inégalités et de promotion des valeurs de solidarité qui se décline en trois éléments dans les pays les plus pauvres¹⁴ :

- sida et maladies transmissibles : près d'un quart des financements dans le domaine de la santé est concentré sur ce thème, représentant un effort annuel moyen de 15 millions d'euros. La mobilisation contre le sida s'inscrit dans un programme plus large de lutte contre les maladies transmissibles comprenant la tuberculose et le paludisme, ainsi que sur les maladies cécitantes, la trypanosomiase et les épidémies ;
- renforcement des systèmes de santé : politiques nationales de santé publique

11. On ne peut dans cet article faire d'historique de la coopération française ; on se contentera de rappeler qu'elle est passée d'une pratique de substitution à une politique de projet et tend vers des soutiens uniquement financiers.

12. On traite ici du secteur santé *stricto sensu*, la France ayant par ailleurs une politique pour le secteur social : population, l'enfant, les interactions entre l'économique et le social, la protection sociale, égalité des droits/égalité des chances entre les hommes et les femmes...

13. Cf. rapport de « la commission macro-économie et santé » de l'OMS.

14. Une attention privilégiée est accordée aux 54 pays de la Zone de solidarité prioritaire, ZSP, qui regroupe environ 900 millions d'habitants.

(réforme institutionnelle, planification stratégique, continuum et qualité des soins, évaluation...), organisation de l'offre de santé (ciblée sur le district et autour de la notion de filière de santé allant du dispensaire au centre hospitalier), développement des ressources humaines (gestion et formation des différentes professions de santé), et politique du médicament (amélioration de l'accessibilité et de l'usage des médicaments génériques et essentiels) ;

- financement de la santé : les programmes de coopération ambitionnent d'assurer la viabilité de ces systèmes par la recherche d'un équilibre entre l'aide extérieure, les budgets nationaux, la participation des populations et la mise en place de mécanismes de solidarité.

Alors que l'aide publique au développement de la France pour 2004 est de l'ordre de 5,4 milliards d'euros¹⁵, le domaine de la santé reçoit en moyenne près de 100 millions d'euros par an ; soit près de 4 % du total (contre une moyenne de 6 % pour le Comité d'assistance au développement, CAD¹⁶). La part consacrée à la santé de base est la plus faible du CAD à l'exception du Portugal.

Mais ces chiffres ne doivent être lus que comme des repères tant il est délicat d'agrèger les fonds dédiés par les pouvoirs publics et les montants apportés par une multitude d'intervenants publics et privés français. On peut cependant considérer en perspective les efforts des États bénéficiaires pour la santé : le budget du ministère de la santé du Bénin (6,5 millions d'habitants) est de 6 millions d'euros.

L'instrument de coopération sanitaire le plus visible (donc hors les transferts

financiers) est le Fonds de solidarité prioritaire (FSP) duquel les projets santé ont obtenu : 12,3 millions d'euros en 1999, 15,5 en 2000 et 18,2 millions d'euros en 2001.

Les interventions du FSP se situent à différents niveaux géographiques et peuvent être conduites en coordination avec les institutions multilatérales ; on distingue :

- les FSP pays : menés par le Service de coopération et d'action culturelle (SCAC) des ambassades en coordination avec les autorités locales. Ces projets couvrent généralement un thème de santé ou une zone géographique donnée : par exemple, l'appui institutionnel au programme de développement sanitaire et social du Mali (2,13 millions d'euros) ;
- les FSP inter-États qui permettent de développer une approche régionale, particulièrement utile dans la lutte contre les maladies transmissibles : ainsi la lutte contre le sida en Afrique de l'Est prévoit des interventions au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie ;
- les FSP mobilisateurs, qui, à partir d'une vue d'ensemble, accompagnent une orientation stratégique ou une démarche novatrice pour enrichir les modalités de l'aide au développement : par exemple, l'appui au développement des mutuelles pour le financement de la santé (1,83 million d'euros) ;
- Les FSP bi-multilatéraux permettent de s'associer à une organisation multilatérale pour réaliser des projets en commun sur le terrain ou développer des recherches opérationnelles (par exemple, avec l'OMS pour l'initiative « Faire reculer le paludisme » avec la création du bureau de l'OMS à Lyon sur ce thème). Elle a aussi développé avec l'Unicef un programme de recherche-action sur la santé urbaine.

Dans le cadre de l'annulation de la dette pour les pays pauvres très endettés, des contrats de désendettement-développement devraient permettre d'augmenter les appuis dans le secteur de la santé de base, ciblé comme un des secteurs prioritaires.

Comme pour les autres secteurs, les acteurs publics de la coopération française en santé sont en premier lieu le ministère des Affaires étrangères et l'Agence française de développement. Le premier se caractérise par :

- une assistance technique spécialisée¹⁷, spécificité de l'aide française au développement, elle apporte un savoir-

15. Aide publique au développement pour la France, en millions d'euros :

	1999*	2000	2001*	2002*
Crédits pour l'aide bilatérale	3248	3069	3016	3288
Crédits pour l'aide multilatérale	669	526	751	706
Crédits pour l'aide de l'Union européenne	750	859	1026	1360
Total	4 667	4 454	4 793	5 354
Pourcentage d'APD/PIB	0,35 %	0,32 %	0,34 %	0,36 %

* Référence CAD 2000.

16. Globalement, l'APD pour la santé des pays du CAD et les agences multilatérales est estimée à 6 milliards de dollars par an, en constante augmentation malgré la contraction globale de l'APD constatée dans les années quatre-vingt-dix.

faire aux systèmes de santé locaux dans métiers très divers¹⁸ ;

- des réseaux thématiques (santé de la mère et cancérologie, gestion hospitalière avec la Fédération des hôpitaux de France, urgences, appui aux mutuelles de santé : Ramus, médicament : Remed...);

- une couverture régionale : les conseillers santé régionaux dans quelques postes diplomatiques coordonnent pour plusieurs pays les projets français ;

- une coopération renforcée avec les institutions multilatérales¹⁹.

L'Agence française de développement (la « banque » du développement) est qualifiée d'opérateur pivot, mais l'impact de son action dans le secteur de la santé est encore peu perceptible.

Parmi les dizaines d'institutions-acteurs, on doit également citer :

- l'Institut de recherche pour le développement, ex-Orstom, qui mène des programmes qui lui sont propres aussi bien en anthropologie, entomologie, ethnologie, économie de la santé... ;

- des universités tournées vers des questions précises (Clermont-Ferrand en économie, Marseille en anthropologie, Bordeaux en méthodologie de recherche...);

- l'Agence nationale de recherche sur le sida, qui finance et oriente de nombreux travaux (réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant...);

- le groupement d'intérêt public Esther, pour la mise en relation des établissements hospitaliers du Nord et du Sud traitant les malades du sida et aidant à l'accès aux médicaments antirétroviraux.

17. Le tableau ci-après indique, pour les quinze années écoulées l'évolution quantitative des experts français en santé travaillant à temps plein au titre du MAE, pour 90 % d'entre eux en Afrique.

	1987-1988	1988-1989	1998-1999	1999-2000	2001-2002
Total Zone de solidarité prioritaire	831	788	378	295	196
Indice	100	95	45	35	23

18. Spécialistes en santé publique, placés auprès des ministres de la Santé ou en appui aux équipes locales (45 % de médecins de santé publique, 24 % de médecins hospitaliers, 9 % de pharmaciens et de biologistes, 6 % de soignants, 5 % de directeurs d'établissement, 3 % d'ingénieurs).

19. En complément aux contributions obligatoires et volontaires apportées au budget régulier des agences spécialisées des Nations unies, notamment l'OMS, l'Onusida, l'Unicef et le FNUAP, pour un montant de plus de 46 millions d'euros par an.

La politique française d'aide au développement s'appuie également sur les organisations humanitaires, elle leur attribue des subventions toujours considérées insuffisantes par les ONG²⁰.

Enfin, une place particulière doit être accordée à la coopération décentralisée, grâce à laquelle des collectivités territoriales françaises apportent un soutien à leurs homologues africaines ; par exemple l'Association des maires de France procure un appui technique et financier à de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. La critique est parfois émise que des élus locaux s'attachent plus à leur image de marque qu'à l'efficacité des projets entrepris.

Sous cette rubrique, on peut inclure les jumelages hospitaliers qui, outre les actions de formation professionnelle et la réhabilitation de la gestion et des plateaux techniques, tissent des liens directs entre professionnels du Nord et du Sud.

Conclusion

La coopération internationale dans le secteur de la santé en Afrique occupe une place croissante dans l'aide au développement, tant pour des raisons philosophiques (théorie des biens publics mondiaux), qu'économiques (théorie du « village mondial »), que pour des motifs de sécurité sanitaire (sida, Sras, grippe aviaire, rage...).

L'examen des politiques d'ajustement structurel puis les grandes conférences de l'ONU de la décennie quatre-vingt-dix ont repositionné le développement humain et la couverture des services sociaux de base au cœur des stratégies de développement.

Les institutions de coopération, très nombreuses, changent progressivement de physionomie, allant vers une professionnalisation plus marquée en raison, notamment, d'un accroissement du nombre et de la compétence des acteurs africains.

Les coopérations bilatérales, dont les mobiles sont variés, évoluent également vers une implication moins directe en faisant progresser la place des organisations de solidarité internationale, qui occupent autant le champ de l'action humanitaire que celui du développement.

20. Sur le budget 2004 du ministère des Affaires étrangères, les ONG et la coopération décentralisée émergent pour 33 millions d'euros, soit environ 1 % de l'APD publique.

Les nouveaux acteurs que sont les fonds mondiaux²¹ ouvrent une voie originale dont il est pour l'instant prématuré de prévoir s'ils seront le réceptacle de financements d'un autre type, si par exemple les initiatives apparentées à l'esprit de la taxe dite « Tobin » prennent corps.

Cette forte contribution de la coopération internationale reste encore indispensable à la plupart des États africains qui doivent faire face à l'équation infernale des besoins de populations chaque année plus nombreuses²² et de moyens largement insuffisants. Cependant les logiques décisionnelles et le formalisme procédural des apporteurs d'aide conduisent à un décalage entre l'identification des besoins et leur satisfaction, dont un des aspects visibles est le taux de décaissement toujours inférieur aux prévisions. ■

Bibliographie

On consultera avec profit les sites Internet²³ des différents acteurs officiels autant que les rapports des institutions : Comité d'assistance au développement de l'OCDE, Banque mondiale, Banque africaine de développement, Union européenne, British Council, et pour la France, notamment, Direction générale de la coopération internationale et du développement du ministère des Affaires étrangères, Haut Conseil de la coopération internationale, Comité interministériel de la coopération internationale et du développement... Beaucoup d'organisations de la mouvance alter-mondialiste diffusent sur leurs sites des informations partielles mais pertinentes.

21. Dont les plus médiatisés, GAVI et Global Fund.

22. Taux de croissance démographique annuel supérieur à 3 %.

23. Par exemple en consultant le site de l'École de santé publique de Nancy : <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/sitessp.html>, qui établit des liens avec de nombreux sites d'organismes internationaux.