

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

*LA COOPÉRATION
SANITAIRE
FRANÇAISE DANS
LES PAYS EN
DÉVELOPPEMENT*

2006
Avis présenté par
M. Marc Gentilini

MANDATURE 2004-2009

Séance des 16 et 17 mai 2006

**LA COOPÉRATION SANITAIRE
FRANÇAISE DANS LES PAYS EN
DÉVELOPPEMENT**

**Avis du Conseil économique et social
présenté par M. Marc Gentilini, rapporteur
au nom de la section des relations extérieures**

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 5 juillet 2005 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique et social)

SOMMAIRE

AVIS adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 17 mai 2006	5
Première partie Texte adopté le 17 mai 2006	7
INTRODUCTION	7
I - LA COOPÉRATION SANITAIRE HIER.....	9
II - LA COOPÉRATION SANITAIRE AUJOURD’HUI.....	12
1. Aggravation de la situation sanitaire dans les pays les plus pauvres	12
2. Recul de la France dans le domaine sanitaire	13
3. Une coopération en mal d’identité.....	14
III - LES MOYENS DU REDRESSEMENT.....	15
A - UNE COOPÉRATION SANITAIRE OBLIGÉE ET RENFORCÉE.....	15
1. Ériger la santé en secteur non négociable de la politique de développement	15
2. Lier l’action sanitaire à l’action éducative.....	16
3. S’engager pleinement dans le multilatéralisme pour peser sur ses choix stratégiques.....	16
4. Renforcer le bilatéralisme.....	17
B - PAR QUELS MOYENS ?	18
1. Élargir le concept de co-développement et rappeler la réciprocité des droits et devoirs	18
2. Coordonner et évaluer la coopération décentralisée	19
3. Utiliser les structures de l’Outre-mer français comme base avancée de la coopération sanitaire.....	20
4. S’engager résolument en faveur du renforcement des ressources humaines dans le domaine sanitaire.....	20
5. Redéployer le partenariat hospitalo-universitaire avec réciprocité	21
6. Soutenir et développer les programmes de recherche.....	21
7. Structurer une politique de coopération pharmaceutique pour organiser l’achat et la distribution des médicaments.....	23
8. Chiffrer, accompagner, valoriser la coopération des ONG.....	23
9. Instituer un service civique national	24
10. Rechercher de nouvelles sources de financement.....	25

C - CONCERTATION, COHÉRENCE, EFFICIENCE, MOBILISATION ET ACHÈVEMENT DE LA RÉFORME.....	26
1. Engager tous les intervenants français dans le champ de la coopération sanitaire dans une authentique démarche de concertation et de cohérence	26
2. Organiser une concertation nationale sur les grandes options politiques de la coopération sanitaire et une mobilisation de l'opinion publique par une campagne de communication.....	27
3. Achever la réforme de la coopération.....	27
CONCLUSION.....	29
Deuxième partie Déclarations des groupes	31
ANNEXE A L'AVIS.....	55
SCRUTIN.....	55
DOCUMENTS ANNEXES.....	57
Document 1 : la réforme de la coopération	59
Document 2 : le budget de la coopération française, de 2002 à 2006	63
Document 3 : l'évolution du nombre d'assistants techniques	67
Document 4 : l'OMS et la crise des ressources humaines en matière de santé ...	71
Document 5 : les chiffres du Sida.....	73
Document 6 : bibliographie	75
Document 7 : table des sigles	83

AVIS

**adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du mercredi 17 mai 2006**

Première partie
Texte adopté le 17 mai 2006

Le 5 juillet 2005, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des relations extérieures la préparation d'un projet d'avis sur « *La coopération sanitaire française dans les pays en développement* »¹

La section a désigné le Professeur Marc Gentilini comme rapporteur.

Pour son information, la section a entendu les personnalités suivantes :

- Dr Michèle Barzach, ancien ministre de la santé, présidente de la fondation Glaxo Smith Kline (GSK) ;
- Dr Michel Brugière, directeur général action humanitaire de Médecins du monde ; membre du conseil d'administration de Coordination Sud ;
- M. Jean-Christophe Deberre, directeur des politiques de développement au ministère des Affaires étrangères ;
- Dr Henri Dubois, président de l'Association des professionnels de santé en coopération (ASPROCOP) ;
- Dr Philippe Duneton, chef de la mission européenne et internationale sur le médicament au ministère de la Santé et des solidarités ;
- Dr Dominique Kérouedan, vice-présidente de l'Association des professionnels de santé en coopération (ASPROCOP) ;
- Dr Bernard Kouchner, ancien ministre de la santé et de l'action humanitaire, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) ;
- Dr Pierre Morange, député, vice-président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ;
- M. Jean-Michel Severino, directeur général de l'Agence française de développement (AFD) ;
- Dr Marie-Claude Tesson-Millet, présidente de l'association *Équilibres et Populations*.

Une délégation de la section, composée de M. Jean-Claude Pasty, président, du Pr Marc Gentilini, rapporteur, et de Mme Isabelle Bacq, administrateur, s'est rendue au Mali et au Sénégal en janvier-février 2006, pour examiner, en fonction des évolutions récentes, l'application sur le terrain de la politique française de coopération en matière de santé : ses avancées, ses faiblesses, ses reculs et nos engagements dans le bilatéral et le multilatéral.

Dans ce cadre, la délégation a notamment rencontré :

- au Mali (Bamako) :

S. Exc. M. Amadou Toumani Touré, Président de la République du Mali ;
Mme Touré Lobo Traoré, présidente de la fondation pour l'enfance ;

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public à l'unanimité des votants (voir le résultat du scrutin en annexe).

Pr Moussa Traoré, doyen de la faculté de médecine de Bamako ;
 Pr Abdoulaye Diallo, directeur p.i. de l'institut d'ophtalmologie tropicale africain ; Dr Nouhoum Diani, chef du service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré ; Mme Patricia Diam, M. Emile Ali Diouf, Dr Georges Diouf, membres du centre de promotion de la santé *Cardinal Hyacinthe Thiandoum* ; M. Vincent Douillet, chargé de mission auprès de l'Agence française de développement ; Dr François-Marie Lahaye, conseiller régional santé et développement social près l'ambassade de France ; Dr Youssouf Konate, directeur général adj. de l'hôpital Gabriel Touré ; Dr Mahamane Maiga, médecin directeur de l'Association santé communautaire de Banconi ; M. Joël Meyer, premier conseiller à l'ambassade de France ; Dr Oumar Ouattara, directeur général de la Mutualité malienne ; M. Mamady Sissoko, directeur général adj. de l'hôpital national du *Point G* ; Dr Aliou Sylla - Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil ; Dr Abdrahamane Tounkara, secrétaire exécutif adj. du Haut conseil national de lutte contre le Sida.

- Au Sénégal (Dakar et Saint-Louis) :

Pr Doudou Thiam, doyen de la faculté de médecine de l'université *Cheikh Anta Diop* ; Colonel Babacar Ngom, directeur de l'hôpital régional de Saint-Louis ; Dr Laurence Bequet, assistante technique à l'institut d'hygiène sociale ; Sœur Bertolucci, directrice de l'association des postes de santé privés catholiques du Sénégal ; Dr Vanina Cilote, assistante technique de l'Agence nationale de recherche sur le Sida ; Mme Aminata Diallo, directrice de la coopération à l'université *Cheikh Anta Diop* ; Mme Patricia Dieme, directrice adj. du centre de promotion de la santé/Sida service ; Colonel Massamba Diop, directeur de l'hôpital *Aristide Le Dantec* ; M. Omar Diouf, président de l'association pour la gestion communautaire de la polyclinique du *Golfsud* ; Dr Alioune Gaye, médecin chef de district au centre de santé *Roi Baudouin* ; Dr Selly Kane, médecin chef de district au centre de santé de Sor ; Médecin général Francis Klotz, directeur de l'hôpital principal de Dakar ; M. Jacques Kopp, assistant technique ; M. Philippe Lacoste, premier conseiller à l'ambassade de France ; Pr Philippe Mauclere, directeur de l'institut Pasteur de Dakar ; M. Patrick Mazounie, consul général ; Dr Ibra Ndoye, secrétaire exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida ; Dr Fatou Ngom du Centre de traitement ambulatoire ; S.Exc. M. André Parant, ambassadeur de France ; Dr Jean-Yves Redon, assistant technique au centre de santé *Roi Baudouin* ; Mme Evelyne Sengsuwan, attachée de coopération – santé - auprès de l'ambassade de France ; Pr Salif Sow, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann.

*

* * *

Le rapporteur remercie vivement toutes ces personnalités, et leurs collaborateurs, pour l'aide précieuse qu'elles lui ont apportée au cours de l'élaboration de l'avis.

INTRODUCTION

La coopération sanitaire constitue une dimension et un volet essentiels de l'aide au développement. L'une et l'autre sont reliés au passé de l'Europe du XX^e siècle, et particulièrement à celui de la France, par les deux processus historiques majeurs qu'ont été la colonisation et la décolonisation. Il convient d'être lucide sur la pesanteur de cette dépendance. Elle reste présente à travers les liens politiques, économiques, financiers et culturels qui leur ont succédé. Aucun bilan ayant la prétention de résumer le sens de cette longue période historique, ne peut aider ni à comprendre le passé ni à éclairer l'avenir. *A contrario*, une analyse critique du double mouvement de la colonisation et de la décolonisation ne peut qu'aider à maîtriser la nouvelle vague de la mondialisation, à la faire déboucher sur la prise de conscience d'une communauté de destin de l'ensemble de l'Humanité.

Le Conseil économique et social estime que les questions de l'aide au développement doivent maintenant faire l'objet d'un regard nouveau et de pratiques nouvelles liant durablement et équitablement l'avenir des sociétés qui doivent en bénéficier à celui de celles qui sont en mesure de les procurer. La relance de la coopération sanitaire française, pour laquelle, après avoir procédé à un diagnostic, nous formulons des propositions pragmatiques, s'inscrit dans ce « regard nouveau » et ces « pratiques nouvelles ».

*
* *
*

En dépit d'une amélioration, dans quelques régions du monde, de la santé des populations, la poussée démographique, l'instabilité politique, les guerres ou guérillas, les déséquilibres économiques, une précarité croissante relevant en partie d'un chômage dépassant les 50 ou 70 % de la population active, sont autant de facteurs qui concourent, à l'aube du troisième millénaire, à aggraver la situation sanitaire des pays en développement, victimes de l'émergence de nouvelles épidémies, préjudiciable en particulier aux femmes et aux enfants.

➤ Aux maladies transmissibles, bactériennes, virales ou parasitaires, qui constituaient traditionnellement la dominante pathologique dans les pays de l'*hémisphère Sud* jusqu'aux dernières décennies, s'ajoutent, de nos jours, non seulement l'émergence des nouvelles affections virales (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise – Sida -, Ébola, Chikungunya, menaces de grippe aviaire...) aux retentissements économiques désastreux pour les pays pauvres, mais encore des affections considérées comme spécifiques de l'*hémisphère Nord* : maladies cardiovasculaires, déséquilibres nutritionnels - de l'obésité au diabète -, toxicomanies, accidents de la voie publique, devenus priorités de santé en zone tropicale.

➤ Inversement, dans le Nord, qui se croyait à l'abri des maladies infectieuses maîtrisées par l'assainissement, les vaccinations, les antibiotiques, surgissent, outre le Sida, toute une série d'affections exotiques importées, potentiellement explosives, en même temps que des épizooties et des zoonoses nouvelles.

➤ De ce constat, on doit conclure à la nécessité d'une **solidarité sanitaire internationale**, en particulier au niveau des maladies transmissibles, dont les agents pathogènes ne connaissent pas davantage de frontières que leurs vecteurs.

➤ C'est à cette phase de **mondialisation sanitaire et d'interdépendance**, qu'intervient la prise de conscience tardive mais massive des responsables politiques, de **la priorité des problèmes de santé** dans la vie des individus et des collectivités et comme **facteur-clé du développement**. Cette approche est nouvelle car, jusqu'alors, l'état sanitaire mondial était considéré comme non prioritaire par la plupart des dirigeants politiques.

➤ Or, c'est au moment où intervient ce changement d'orientation -internationalisation des pathologies et responsabilisation soudaine des élites hantées par le principe de précaution-, qu'apparaît un recul de la France dans son engagement auprès des pays les plus démunis en matière de santé. Cette attitude est d'autant plus regrettable que le savoir-faire français y est pourtant incontestable, internationalement reconnu, et pris comme modèle par la plupart des États, même s'il peut être perfectible au plan de la prévention.

*
* *

Il convient d'examiner, pour la santé, le bilan de la période précédant les indépendances, celui des quarante années suivantes, et les conséquences d'une **réforme inachevée** engagée par les gouvernements successifs dans le domaine global de la coopération pour les pays en développement et d'émettre des propositions pragmatiques applicables immédiatement et spécifiquement pour un renforcement équitable de la coopération sanitaire française.

I - LA COOPÉRATION SANITAIRE HIER

- La période coloniale : l'acquis sanitaire

Le Conseil économique et social considère la réalité de l'héritage de la présence française au plan sanitaire : découverte de l'hématozoaire du paludisme par Laveran - premier Prix Nobel de médecine français -, du bacille de la peste par Yersin, en Indochine, mise au point du vaccin de la fièvre jaune, lutte contre les grandes endémies par des campagnes de dépistage, de traitement et de vaccinations, implantation d'un réseau sanitaire, de la base au sommet, par des centres de santé, de protection maternelle et infantile, de dispensaires polyvalents, d'hôpitaux régionaux ou fédéraux, extension du service de l'Assistance médicale indigène (AMI) de l'Afrique francophone à Madagascar, formation d'un personnel médical et paramédical autochtone adapté aux besoins du terrain et hautement qualifié. À cette époque, furent créées les facultés ou écoles de médecine d'Alger, Tunis, Rabat, Dakar, Tananarive, Hanoi, Pondichéry, Phnom Penh... Ces centres de formation ont été souvent doublés de centres de recherche tels les instituts Pasteur d'Alger, de Tunis ou de Dakar dont les performances sont historiquement et internationalement reconnues.

Présenté par certains comme seulement orienté vers la présence française en zone tropicale, ce système de soins, au contraire, couvrait toutes les régions et toutes les couches de la société, réalisant un maillage sans rupture de soins ou d'approvisionnement, avec des ressources humaines, certes limitées, mais d'une remarquable compétence et d'une grande disponibilité. En leur sein et aux côtés de médecins et d'agents sanitaires locaux, les médecins militaires ont tenu un rôle fondamental et structurant.

- Les quarante premières années d'indépendance : *trois étapes*

– **1960-1980** : aux indépendances et dans les deux décennies suivantes, de 1960 à 1980, l'aide sanitaire de la France est restée importante et modélisante. Elle privilégie les anciennes colonies et notre pays est, à cette époque, le premier bailleur d'aide publique au développement pour l'Afrique subsaharienne. Cette activité sanitaire reste majoritairement bilatérale. Elle représentait, en 1982, plus de 82 % de l'Aide publique au développement française (APD). Notre soutien va avant tout au secteur hospitalier, et quelques uns reprochent à la coopération sanitaire son *hospitalo-centrisme*. Enfin, par les moyens déployés, l'expertise française s'oriente prioritairement vers la lutte contre les grandes endémies (maladie du sommeil, fièvre jaune, paludisme...).

À cette époque, la France est un partenaire privilégié pour la formation des médecins francophones à travers les universités antérieurement et nouvellement créées, notamment dans les pays enclavés (Abidjan, Bamako, Niamey, Ouagadougou, Yaoundé...). Pendant toute cette période, l'assistance technique reste importante et, en 1982, la France représentait encore 50 % de l'assistance technique mise à la disposition des pays en développement par les pays développés. Néanmoins, l'aide française seule ne peut faire face à la croissance démographique, elle-même résultante de l'amélioration de l'état sanitaire des

populations, à l'instabilité politique, à l'émergence de maladies nouvelles (Sida, ...), à l'aggravation de la pauvreté et même, paradoxalement, à un intérêt insuffisant porté par les gouvernants à la santé de leurs concitoyens.

- **1980-2000** : au cours des vingt dernières années du XX^e siècle, la coopération sanitaire française modifie radicalement son profil.

Elle perd sa singularité et se fond progressivement dans les stratégies internationales. Pendant plusieurs années, la coopération hospitalière reste l'instrument privilégié de la politique sanitaire de la France, sans pour autant effacer les dysfonctionnements hospitaliers persistant dans les pays aidés. Cette position, critiquée dès 1978, année de la déclaration sur les soins de santé primaires d'Alma Ata, conduit la France à développer une politique sanitaire différente, abandonnant une coopération marquée par une assistance technique de substitution pour une assistance technique d'accompagnement tenant compte des compétences locales et de la volonté de diminuer globalement le nombre d'assistants techniques. Cette diminution est drastique, maladroite, blessante, mal reçue par nos partenaires et préjudiciable aux populations. Les progrès restent rares par suite de la défectuosité de l'organisation et de la gestion des structures. Malgré une politique de parrainage ou de partenariat entre hôpitaux français et africains, des bourses de stages de fin d'études, de soutien aux personnels para-médicaux, aux écoles de formation, la situation ne s'améliore guère.

À cette époque, la coopération sanitaire française rejoint progressivement les stratégies internationales, animées par de nouveaux acteurs dans le secteur de la santé. Ainsi, la Banque mondiale, longtemps hostile à tout engagement dans ce domaine mais interpellée sur les conséquences sociales des politiques d'ajustement sectorielles et par la prise en compte des conséquences économiques lourdes de maladies telles que l'onchocercose, la cécité des rivières, consacre enfin son rapport annuel de 1993 à la santé ! De même, la Commission européenne intervient-elle, par le biais de la compétence de la Communauté européenne en matière d'aide au développement des États d'Afrique Caraïbes et Pacifique (ACP), en réservant dans la convention de Lomé 4, pour la première fois en 1989, un chapitre à ce secteur. Progressivement, la France perd sa place de premier contributeur, même au sein des pays francophones.

Mais, dans cette même période, notre pays s'impose comme précurseur international dans le domaine du Sida en prônant le droit aux médicaments pour tous les malades, et initie une nouvelle stratégie internationale dans ce domaine (déclaration de J. Chirac, à Abidjan, décembre 1997). L'engagement de notre pays a été continu aux côtés des États africains dans l'accès aux anti-rétroviraux (ARV) et la mise en place du Fonds de solidarité thérapeutique international (B. Kouchner), rejoint par quelques États de l'Union européenne.

- **2000 et au-delà** : la France s'est engagée au sein de la communauté internationale pour la réalisation des Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) qui deviennent la feuille de route de la coopération française. Or, trois objectifs seulement concernent la santé : l'ODM 4, réduire la mortalité

infantile ; l'ODM 5, améliorer la santé maternelle ; l'ODM 6, combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies, auxquels il faut ajouter, dans l'objectif 8, l'accès aux médicaments.

Pour sa part, la France a adopté *une stratégie dans le secteur de la santé*. Celle-ci a été mise à jour en 2003 et retient trois axes prioritaires :

- **lutte contre le Sida et les maladies transmissibles** ;
- **renforcement des systèmes de santé** (développement des politiques nationales de santé publique, organisation décentralisée de l'offre de soins, développement des ressources humaines, politique du médicament essentiel) ;
- **financement de la santé** (aide à la viabilité des systèmes).

Sur le plan institutionnel, la période 1998-2004 est marquée par la **réforme de la coopération**, qui fixe une liste de sept stratégies sectorielles, présentée à nos partenaires par notre ambassadeur, et qui doit aboutir, au terme d'une concertation, à l'élaboration d'un Document-cadre de partenariat (DCP) retenant trois secteurs d'intervention prioritaires sur lesquels notre aide portera. Le premier bilan pour 2005 de sa mise en œuvre n'est guère positif pour la santé, rarement retenue par les DCP : parmi les vingt-cinq DCP qui avaient été soumis à Paris par les ambassades en septembre 2005, seuls neuf avaient retenu la santé comme secteur de concentration de l'aide française.

En 2004, le Comité interministériel de coopération internationale et du développement (CICID) a défini sept secteurs d'intervention prioritaires, en cohérence avec les ODM : l'éducation ; l'eau et l'assainissement ; la santé et la lutte contre le Sida ; l'agriculture et la sécurité alimentaire ; le développement des infrastructures en Afrique subsaharienne ; la protection de l'environnement et de la biodiversité ; le développement du secteur productif. Le secteur 3 porte sur « *la santé et la lutte contre le Sida (réduction de la mortalité maternelle et infantile, lutte contre la propagation des grandes maladies)* ».

Enfin, parmi les évolutions importantes des cinq dernières années, on relèvera la **croissance de la part de l'aide multilatérale**, majoritaire depuis 2004 (avec le triplement de la contribution française au Fonds mondial de lutte contre le Sida), et l'**importance nouvelle de la coopération décentralisée** réalisée par les collectivités territoriales et les structures hospitalières, estimée, selon le rapport Talpain, à 330 millions d'euros en 2004.

II - LA COOPÉRATION SANITAIRE AUJOURD'HUI

1. Aggravation de la situation sanitaire dans les pays les plus pauvres

- Malgré les remarquables progrès accomplis par la science médicale au cours des cinquante dernières années, l'état de santé des populations vivant dans les pays les plus pauvres n'a cessé de se dégrader. Or, ces populations représentent 5,2 milliards de personnes sur les 6,3 milliards que compte la planète.

L'explosion démographique qu'ont connue les pays en développement au cours des années 1950-1980 s'est certes muée dans la plupart d'entre eux - avec des nuances - en une *transition démographique* mieux maîtrisée, mais cette transition est à peine engagée en Afrique subsaharienne où le taux de natalité reste le plus élevé du monde.

L'instabilité politique et économique, la corruption, les conflits armés et les guerres civiles contribuent à accroître la pauvreté : en Afrique subsaharienne, où ces causes sont souvent cumulatives, 50 % de la population n'a pas plus de 2 dollars, chaque année, à consacrer à sa santé et n'a pas accès aux médicaments. Parmi ces populations, on admet que la moitié des pauvres survivent avec moins de deux dollars par jour, que 200 millions sont mal nourris et que plus d'un milliard d'êtres humains sont privés d'accès à l'eau potable.

- Enfin, le délabrement fréquent des structures de santé s'explique à la fois par un manque d'intérêt des autorités locales et par une carence en ressources humaines. Cette carence ne permet pas - à de rares exceptions près - de répondre décemment à une demande de soins en expansion. Cette crise frappe non seulement les médecins (dont les mieux formés quittent généralement leur pays d'origine pour les pays riches ou bien exercent dans le secteur privé) mais également, ce qui n'est pas moins préoccupant, les personnels techniques, en particulier les infirmiers et les sages-femmes. Au Malawi, on compte seulement deux médecins pour 100 000 habitants (un pour 3 000 en France).

Dans ce contexte, les endémies traditionnelles n'ont cessé de sévir et souvent de s'étendre ; de nouvelles sont apparues (maladies émergentes), en particulier, le fléau du Sida qui, depuis un quart de siècle, a ajouté ses ravages. Le paludisme, la tuberculose et le Sida tuent plus de 6 millions de personnes chaque année, dont 90 % dans les Pays en développement (PED), 60 % pour la seule Afrique subsaharienne. Le paludisme tue environ 1 à 2 millions de personnes par an, le Sida en a tué 3,1 millions en 2005, année du plus fort taux de nouvelles infections dans le monde.

En dehors des épidémies et bien que l'amélioration de la **santé maternelle** et celle de la **santé infantile** soient des objectifs explicites du millénaire pour le développement, la *grossesse et la naissance* sont encore des causes majeures de décès dans les pays en développement, où plus de 500 000 femmes meurent chaque année de maladies liées à la procréation. D'autre part, 10 millions

d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année d'affections variées presque toutes aisément évitables.

2. Recul de la France dans le domaine sanitaire

- Face à cette aggravation, le Conseil économique et social déplore le recul de la France, non dans le volume de l'Aide publique au développement (APD) mais, au sein de celle-ci, dans la part affectée à la santé ; désengagement inopportuniste, mal vécu par nos partenaires et nos coopérateurs : **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 !**

Même si notre pays occupe une place non négligeable dans certains programmes internationaux, en particulier depuis peu au *Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose*, où la France est écoutée compte tenu de son savoir-faire et de ses engagements, il n'en reste pas moins qu'il y a là un recul global évident.

Les conséquences en sont d'ailleurs tangibles : moins d'actions sur le terrain, moins de présence (assistants techniques en nombre réduit, voire nul), moins de visibilité de l'aide et de lisibilité de l'action, qui se conjuguent avec un recul concernant la formation des personnels sur place et contribuent indirectement et tragiquement à la fuite des cerveaux.

- L'orientation des financements vers le canal **multilatéral** (Union européenne, Banque mondiale, Fonds mondial, Organisation mondiale de la Santé - OMS, *United nations international children's emergency fund* - Unicef, Fonds des Nations unies pour la population - FNUAP) entraîne une diminution inopportuniste des moyens offerts au bilatéral en même temps qu'un manque de visibilité de la participation française. Pourtant, dans ce contexte, l'efficacité des appuis apportés par le multilatéral reste à démontrer car ses canaux et ses hommes sont souvent éloignés des réalités complexes du terrain. Le financement est une chose, les réalisations une autre qui impliquent compétence et respect des partenaires. Il en est de même pour les choix d'un appui budgétaire, direct ou sectoriel, telle la formule de « l'aide programme », qui se traduit par de l'argent versé directement par l'AFD à nos partenaires, mis en œuvre par eux seuls, et posant, par là même, la question de la traçabilité, à chaque étape, de son utilisation.

Dans le secteur du Sida, le choix du multilatéral est perçu par les partenaires comme un désengagement des soutiens directs apportés jusqu'à présent par la France, ressentiment lié à la lenteur et à la complexité de la mise en place des financements alloués par le Fonds mondial qui reste cependant l'un des guichets de bailleurs internationaux les mieux gérés.

- Mais l'une des entraves à une bonne gouvernance de notre APD relève de son éclatement entre l'Agence française de développement (AFD) et le ministère des Affaires étrangères (MAE), **dichotomie irrationnelle** dénoncée par tous les acteurs en attente d'une position de principe qui tarde ou se dérobe.

- L'Agence française de développement est désormais identifiée comme l'opérateur pivot de la mise en œuvre des opérations de développement mais, dans les faits, elle fonctionne avant tout sur une logique financière. Le concept santé est tronçonné entre actions de santé publique, formation de personnels et recherche spécifique sans que rien ne justifie que la première tranche soit confiée à une banque (l'AFD) et que les deux autres - personnels de santé et recherche tropicale - relèvent de la compétence du ministère des Affaires étrangères. Cette partition incohérente complique l'utilisation pratique de l'aide française en matière de santé sur le terrain.

3. Une coopération en mal d'identité

- Il est regrettable de constater que notre coopération a renoncé à donner la priorité à deux démarches qu'elle a toujours su bien conduire et, sans doute, mieux faire que d'autres : **soigner et éduquer**. La santé et l'éducation sont deux priorités incontournables pour un développement durable, auxquelles on doit ajouter une troisième composante, l'alimentation : **soigner, éduquer et nourrir** constitue le triptyque d'une coopération efficace et généreuse. Un effort sans précédent doit être engagé pour l'**alphabétisation** et la **scolarisation**.

- Mais actuellement, l'asphyxie du système aboutit à l'extinction d'un corps de coopérants, unique au monde, envié par les nations développées, et copié dans ses inspirations et ses réalisations. On peut néanmoins craindre que ne grossisse démesurément le nombre de représentants français institutionnels de statut administratif, en doublant ceux du ministère des Affaires étrangères en matière de santé par ceux de l'Agence française de développement, au détriment des postes de coopérants techniques, vrais acteurs de terrain.

- Au moment où tous les hommes politiques du monde à travers les grands Sommets, les rencontres du G8 ou de Davos, déclarent vouloir prendre en compte les drames sanitaires et leurs conséquences, où des personnalités s'engagent (Bill et Melinda Gates...), la France, jusque là particulièrement performante dans ce domaine, choisit une position de repli et déserte le champ qu'elle a longtemps et brillamment sillonné.

- En l'an 2000, lors de la réunion de tous les chefs d'État du monde, ont été définis les ODM. Certains de ceux-ci concernent la santé directement, d'autres indirectement. Contrairement aux déclamations optimistes ou fallacieuses, aucun objectif ne sera atteint en 2015 si les 189 États membres de l'Organisation des Nations unies (ONU) ne s'engagent résolument sur les huit thèmes retenus. Pour l'instant, les organisations internationales, tant au niveau mondial que régional, n'ont réussi ni le dialogue ni la solidarité, ni la mise en place des moyens financiers.

III - LES MOYENS DU REDRESSEMENT

Concrètement, quelles propositions peut et doit avancer le Conseil économique et social, représentant les forces vives de la nation, la société civile ?

La question fondamentale est : quelle place voulons-nous donner à la coopération sanitaire au sein de l'APD ? Quelle volonté politique en la matière ? Quels engagements concrets vis-à-vis des ODM pour la santé ? Quelle aide à la recherche universitaire, à la formation des personnels de santé, à la réforme des structures de santé ? Comment s'assurer d'une traçabilité de l'aide allouée pour une plus grande équité entre le Nord et le Sud et pour une plus grande efficacité ?

*
* *

Le désengagement français dans le domaine sanitaire, à contre-courant des évolutions nécessaires, doit être stoppé et inversé d'urgence. Au moment où les pays en développement voient leur situation s'aggraver, en particulier au niveau de la santé des populations et, malgré la prise de conscience internationale, il n'est pas concevable que la France se retire ou n'apparaisse plus comme un partenaire engagé dans le combat du troisième millénaire. Elle devrait non seulement renforcer son action mais encore lancer, avec détermination, une politique de coopération technique exemplaire, sereine, productive pour les jeunes nations partenaires et attractive pour notre jeunesse en quête d'une solidarité efficace avec les peuples pauvres.

Dans cet esprit, le Conseil économique et social formule les propositions suivantes.

A - UNE COOPÉRATION SANITAIRE OBLIGÉE ET RENFORCÉE

1. Ériger la santé en secteur non négociable de la politique de développement

- Le constat est préoccupant. La santé est le plus souvent absente des Documents cadres de partenariat (DCP) qui sont présentés par nos ambassadeurs aux autorités politiques partenaires afin qu'elles déterminent leurs choix prioritaires. En pratique, il y a peu ou pas de négociation, notamment dans les pays d'Afrique sahélienne. Dans les prochaines années, l'AFD, désormais en charge du secteur, programmera peu d'actions sanitaires et celles du MAE seront limitées en 2006.

- Tous les PED, notamment en Afrique, n'ont pas les mêmes niveaux de développement économique et les mêmes capacités à offrir des soins de qualité. Ils doivent donc être appuyés différemment, de manière adaptée à leurs besoins, certes en fonction de leur demande mais aussi en fonction de notre capacité d'engagement.

- Dans ce contexte, **le Conseil économique et social se prononce pour que la santé soit élevée en priorité absolue**. La coopération sanitaire doit être une « **matière obligatoire, et non une matière à option** ». Au sein des DCP, la santé ne saurait être « *mise au choix* » ; elle s'impose. L'appui au secteur de la santé n'est pas négociable et doit être systématiquement proposé, au moins dans les pays francophones.

- Après des années de recul regrettable, l'APD française s'accroît globalement. Elle devrait atteindre, à la suite de la Conférence de Monterrey, 0,5 % de son PIB en 2007 et prévu 0,7 % en 2012. Une augmentation sensible de la part sanitaire au sein de cette APD majorée est indispensable.

Le Conseil économique et social veillera, au cours des prochaines années, à la réalisation de cet objectif.

2. Lier l'action sanitaire à l'action éducative

- La mobilisation des acteurs éducatifs dont on a vu la sensibilité et l'engagement potentiel lors du *tsunami*, relève la plupart du temps d'une démarche liant les écoles des pays du Nord à celles des pays du Sud ; **des jeunes pour des jeunes**. Elle s'inscrit souvent dans la poursuite de travaux engagés depuis plusieurs années sur le développement durable et l'éducation au développement ; l'implication des collèges et lycées de France est cependant insuffisante. Cette mobilisation devrait concerner, avant tout, l'amélioration de la santé des populations et privilégier le long terme par rapport à l'urgence.

- Elle devrait aussi recourir aux opérateurs de l'Organisation internationale de la francophonie (OIF) dont on doit regretter, dans le champ de la santé, la limite des programmes. En dehors d'actions de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) portant sur la formation et la recherche, de l'Association internationale des maires francophones (AIMF) qui investit dans la formation des cadres territoriaux et la construction d'équipements publics, notamment des centres de santé de quartier, les diverses instances de la francophonie n'ont jusqu'ici pas su proposer un engagement collectif dans le secteur de la santé. **Cette organisation pourrait veiller à ce que la liaison santé et éducation soit une réalité** : pas de santé sans éducation, pas d'éducation utile sans santé durable. L'année 2006, *année de la Francophonie*, devrait être l'occasion de rappeler à ses promoteurs leurs responsabilités dans ce domaine.

3. S'engager pleinement dans le multilatéralisme pour peser sur ses choix stratégiques

- Que la France trouve sa place dans les organisations ou initiatives internationales par un engagement financier est un heureux choix qui n'a que trop tardé, ce qui nous fut longtemps reproché ; mais cet engagement doit être conditionnel et encadré. Ainsi notre action dans ces instances devrait-elle se situer à la hauteur de notre contribution financière et de notre compétence.

- À titre d'exemple, alors que la France a été jusqu'à présent le premier contributeur du Fonds européen de développement (FED) à hauteur de 24,3 %, ce fonds ne consacre qu'un faible pourcentage de ses dons (4,1 % dans le 9^{ème} FED pour la période 2000-2007) aux actions au bénéfice de la santé. **Notre pays devrait œuvrer pour une réorientation des programmes européens de coopération en faveur des politiques sanitaires et militer**, comme le préconise le Comité économique et social européen (CESE), **en faveur d'une coordination efficace des politiques de coopération mises en œuvre par les États membres.**

Le modèle français doit cesser de n'être qu'une référence mise en œuvre par d'autres ! **L'entrisme** dont font preuve certains pays dans les institutions internationales devra être partagé non pour jouer d'une influence politique, mais pour orienter les choix, y être acteur responsable et force de proposition, afin que l'argent versé soit bien utilisé au bénéfice des populations démunies et que soient respectés les prélèvements sur le revenu national ou les dons spontanés des Français. Il ne s'agit pas, en effet, de faire basculer l'argent de la coopération dans l'institutionnel international où l'on en perdrait vite les traces mais d'être en mesure de suivre, pas à pas, l'utilisation de l'argent affecté. **La traçabilité** des versements, là aussi, devrait être régulièrement établie et vérifiée par un audit, à intervalles réguliers. Des représentants des instances concernées s'assureraient un rôle de gouvernance et de suivi des conclusions de ces audits.

- Les actions conduites par les organisations internationales doivent être examinées sans complexe, appréciées si elles sont bonnes, dénoncées si elles sont peu sérieuses ou entachées de dérives. De toute façon, une évaluation de la méthode et des résultats s'impose, y compris vis-à-vis des structures administratives dont relèvent les hommes de terrain.

- Il est cependant regrettable que l'engagement de notre pays dans le multilatéral se fasse au détriment du bilatéral comme s'il s'était agi d'un simple *transfert de fonds*, alors qu'à condition de rechercher de nouveaux financements, elle aurait dû s'opérer **par addition et non par soustraction.**

4. Renforcer le bilatéralisme

- Le maintien d'une relation bilatérale est unanimement réclamé avec au moins la « parité » entre le multilatéral et **le bilatéral. Celui-ci doit être redéployé**, sur des segments spécifiques où l'expertise française est reconnue et efficace : lutte contre les maladies infectieuses dont le Sida, politique hospitalière, formation et recherche médicales.

- Sans renoncer à l'engagement récent dans le multilatéral, de nouveaux moyens doivent être mobilisés pour renforcer le bilatéral, visant à maintenir une assistance technique de terrain et un réseau de conseillers en santé, régionaux ou locaux, auprès des ambassades pour le suivi des actions sanitaires dans les pays.

- La montée en puissance de l'APD devrait permettre de répondre, si l'on privilégie le secteur de la santé, non seulement à l'indispensable engagement multilatéral mais aussi à la satisfaction prioritaire des demandes bilatérales par

ailleurs exprimées. **Ce serait une faute sanitaire et une faute politique que de sacrifier le bilatéral au profit du multilatéral.**

À cet effet, il faut d'urgence :

- **renforcer une assistance technique de terrain**, en appui aux instances nationales ou régionales pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre des financements multilatéraux (conseillers auprès des ministères de la santé). Il s'agit là d'un objectif prioritaire. La déflation majeure de l'assistance technique directe constitue un choix regrettable. Au Mali, un des pays les plus pauvres : 7 assistants techniques en 2005, 5 au début de 2006, un seul à la fin de 2006 !

- **étouffer le réseau de conseillers** (régionaux ou locaux) auprès des ambassades pour le suivi de la situation sanitaire dans les pays et l'appui aux ambassades pour le pilotage de l'APD dans le secteur sanitaire ;

- **relever la part du bilatéral de 50 millions d'euros** pour atteindre 100 millions d'euros au cours de l'année 2006.

B - PAR QUELS MOYENS ?

1. Élargir le concept de co-développement et rappeler la réciprocité des droits et devoirs

- La coopération sanitaire française avec les pays partenaires commence sur le territoire national. L'immigration est partie intégrante de cette démarche. Le concept de co-développement est d'ailleurs défini comme « *toute action d'aide au développement quelle qu'en soit la nature et le secteur d'intervention, à laquelle participent les migrants vivant en France* ». Cette participation peut être diverse et intervenir à un stade ou un autre du processus.

- L'immigration, rarement volontaire, est le plus souvent une contrainte économique ou politique ; l'immigration clandestine est un mal pour tous, migrants des pays d'origine ou populations des pays d'accueil. Mais l'immigration économique peut aussi avoir des **effets bénéfiques pour les pays d'origine** par les masses salariales de retour qui créent, pour les villages d'exode, une compensation relevant de la seule coopération entre les migrants et les villageois. Cette solidarité doit être aidée et accompagnée par l'Aide publique au développement et il faut encourager, en France, de façon ample et volontariste le **partenariat avec des associations de travailleurs migrants en faveur de réalisations sanitaires et éducatives dans les villages d'émigration**, en facilitant l'obtention de co-financements.

On ne peut que souhaiter que les Fonds de solidarité prioritaire (FSP) mis en place par le ministère des Affaires étrangères en novembre 2005 puissent concerner prochainement des projets de développement sanitaire et social.

Mais, pour être efficaces et durables, ces actions devront induire des retombées positives à la fois pour le migrant, pour le pays d'accueil et pour le pays d'origine.

- Le Conseil économique et social insiste aussi sur la nécessité absolue de lutter avec courage et énergie contre **toutes les pratiques illégales** - *mutilations sexuelles féminines, mariages forcés ou prématurés, polygamie* - sans complaisance pseudo-culturelle, *prostitutions infantiles* et *trafic d'êtres humains* sous toutes ses formes, dérives qui doivent être vécues comme une atteinte aux droits de la Femme et de l'Enfant... dans le pays des droits de l'Homme !

2. Coordonner et évaluer la coopération décentralisée

- **L'engagement des collectivités locales** dans le domaine de la coopération est réel et déjà important. Il constitue leur apport à la politique étrangère de la France et traduit leur souci de solidarité internationale.

- L'implication de ces collectivités locales devrait être plus reconnue et encouragée : qu'il s'agisse des municipalités, des conseils généraux, des conseils régionaux ou des collectivités à statut particulier, **leur proximité avec les réalités du terrain et leur savoir-faire sont un atout à valoriser**. Mais leurs actions peuvent souffrir d'une carence dans la réflexion et leurs choix sont parfois décidés en fonction d'éléments subjectifs ou de pressions groupusculaires, sans analyse de fond, ni concertation avec leurs partenaires. Ces actions ont toutefois l'avantage de *dépolitiser* en partie l'engagement public, à condition d'éviter les arrières-pensées électoralistes ou le *tourisme sanitaire*. Cette forme de coopération apparaît souvent plus conviviale que la coopération officielle, mais elle doit faire preuve de plus de rigueur, ne pas se limiter à des transferts de matériels médico-techniques usagés ou obsolètes, et éviter le « cadeau-déchet » ou l'« opérateur poubelle ».

- De même, les parrainages de collectivités territoriales et d'établissements sanitaires doivent se garder de toute exclusivité, avec *champ réservé* ou *marquage d'origine*.

- Parce que la capacité d'investissement est moins (ou autant) au niveau de l'État qu'au leur, il serait souhaitable que tout en préservant les capacités d'initiative et les choix des collectivités locales, les projets retenus et les actions menées s'inscrivent dans une cohérence nationale pour une coopération sanitaire réfléchie entre les différents partenaires.

L'on doit rappeler, là comme ailleurs, la nécessité de prendre réellement en compte les **besoins exprimés par les populations**, celle d'une cohérence d'actions entre les régions, et la nécessité d'une évaluation rigoureuse et sans complaisance.

3. Utiliser les structures de l'Outre-mer français comme base avancée de la coopération sanitaire

Par leur position géographique, les Collectivités d'Outre-mer (COM) occupent une place essentielle et ont un rôle original en matière de coopération régionale pour le développement. Elles disposent à ce titre de compétences et d'outils spécifiques (Fonds de coopération régionale et Fonds Pacifique).

Mais ces opérations régionales de coopération au départ des COM sont actuellement trop ponctuelles et sans coordination.

Étant donné l'intérêt que représente la situation géographique des COM, on doit envisager la création de **plates-formes permanentes de coopération** entre elles et les pays voisins. En dépit d'un niveau de développement perfectible, celles-ci bénéficient de moyens et d'une expertise que n'ont pas les États proches, avec lesquels il serait judicieux et utile de partager cette dernière. Des structures permanentes permettraient une capitalisation des expériences, et un suivi des actions et des financements, une **vraie coopération de voisinage** ; au total, un plus pour l'Outre-Mer et l'image de la coopération française.

L'annonce, le 12 avril 2006, de la création d'un Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes à visée régionale dans le département de la Réunion, au décours de l'épidémie de Chikungunya, en est un exemple récent.

4. S'engager résolument en faveur du renforcement des ressources humaines dans le domaine sanitaire

L'année 2006, est celle des *ressources humaines* pour l'OMS.

L'appui français doit se concentrer sur le **renforcement des ressources humaines** des systèmes de soins. C'est à la fois la clef de voûte du dispositif, et le seul gage de pérennité du secteur sanitaire sur le long terme.

Les déficits des systèmes de santé sont à la fois structurels, matériels, organisationnels, fonctionnels et financiers mais avec toujours, comme dénominateur commun, le déficit en ressources humaines tant qualitatif que quantitatif. Si l'ensemble de la pyramide sanitaire en souffre, il reste particulièrement sensible au niveau des professionnels en charge directe de l'offre de soins, médecins cliniciens, paramédicaux et encadrement. Et même lorsque leur nombre paraît suffisant, leurs conditions d'exercice sont tellement médiocres que beaucoup cèdent à la tentation de l'exode, fuite des élites formées sur place pour, finalement, aller combler le déficit de la démographie sanitaire des pays riches et altérant gravement le bon fonctionnement du système de soins des pays pauvres.

Le recul de la coopération française est tellement important dans ce domaine qu'il est indispensable de l'enrayer d'urgence pour ne pas provoquer des dégâts irréversibles.

5. Redéployer le partenariat hospitalo-universitaire avec réciprocité

- Une politique d'échanges et de partenariats hospitalo-universitaires constitue un enrichissement réciproque dont on ne peut se priver, mais celle-ci doit viser à l'équilibre et ne doit pas être à sens unique.

En effet, le partenariat universitaire (échanges d'enseignants) a longtemps été une démarche à sens unique, d'Europe vers les pays en développement. La demande est forte de la reprise ou de l'intensification des ces échanges : Europe-Afrique-Asie-Amérique. Il doit être décidé en harmonie avec les responsables politiques et techniques des pays d'origine, dans le respect des obligations locales d'élites peu nombreuses, difficilement interchangeables, afin que ne soient pas perturbés des organigrammes fragiles, sans critique trop facile du *per diem*. En tout état de cause, ces échanges ne doivent pénaliser ni les scientifiques en mission ni les organismes qui les autorisent ; ils devraient, en outre, s'accompagner d'appui aux projets et aux programmes visant le renforcement des institutions de formation des personnels de santé. Il ne s'agit pas pour autant de rétablir une coopération de *substitution* mais d'assouplir la période de transition ou de pallier pour une part la carence en ressources humaines.

- De même, doit-on insister sur une **politique de bourses et d'accueil** intelligente et ouverte allant jusqu'à la réinsertion ou la maintenance des acquis par un « *service de suivi* » lors du retour dans le pays d'origine.

Dans cette perspective, il conviendrait de mobiliser :

- *des moyens humains* : postes de Praticiens hospitaliers (PH) mis à disposition pour des missions de courte-moyenne durée, validation et prise en compte dans le cursus hospitalo-universitaire des fonctions dans les PED, équivalences de stages au cours des études, **porter à 30 ans l'âge limite pour le recrutement des volontaires internationaux médicaux**, s'appuyer également sur la présence des volontaires de solidarité internationale qui accompagnent et soutiennent des associations locales de protection de la santé, toutes mesures pouvant faciliter l'échange et la présence de médecins et autres professionnels de santé dans les PED ;
- *des moyens financiers* : constitution de GIP (à l'instar d'Esther) dont il faudra cependant mesurer l'apport coût/efficacité, programmes mobilisateurs du MAE, fonds dédié à l'international dans le budget des hôpitaux et des universités (alimenté par un prélèvement sur les droits d'inscription et la masse salariale, par exemple).

6. Soutenir et développer les programmes de recherche

Dans un monde de plus en plus interdépendant, le développement d'une recherche scientifique de haut niveau est un atout majeur et l'enjeu stratégique qu'il représente concerne autant les pays du Nord que ceux du Sud. Or, dans cette compétition, les pays en développement restent pour la plupart très en retrait. En ce domaine, la France a construit un réseau brillant mais fractionné à

travers un ensemble exceptionnel d'instituts très performants, mais hélas peu soucieux de coordination et de bonification d'une action à moyen et long termes ; trop désireux, en revanche, d'afficher leur logo ou leur sigle, et de revendiquer leur autonomie : Réseau international des instituts Pasteur (RIIP), Institut de recherche et de développement (IRD), Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (Cirad), l'Institut national d'études démographiques (INED), nombreux centres de recherche des universités et Centre de recherche du Pharo.

Cet ensemble est placé sous la tutelle, tantôt du ministère des Affaires étrangères, tantôt du ministère de la Santé et des Solidarités, parfois du ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et bien entendu toujours sous celle de l'Économie, des finances et de l'industrie. Tous les établissements de recherche seraient davantage performants **si une concertation organisée et ouverte** pouvait être régulièrement organisée pour proposer des axes de recherche partagés sans concurrence dans la cohérence des choix et la complémentarité des moyens.

Le Conseil économique et social ne peut que regretter **ce manque de concertation**, de coordination et d'harmonisation entre les différentes structures qui aboutit à des doublons et à une absence de liens entre établissements, préjudiciable d'une part à la place et au rayonnement scientifique de la France, d'autre part au développement de la recherche en Afrique. Il demande qu'il y soit porté remède à brève échéance.

Il est en outre regrettable, là comme ailleurs, que cet ensemble d'institutions de recherche, rattaché avec les outils de formation au ministère des Affaires étrangères, soit plus ou moins coupé des actions conduites par l'Agence française de développement dans le domaine de la santé publique. Il convient donc de souligner à nouveau la **dichotomie préjudiciable à une entente cohérente et à une action efficace**.

Le Conseil économique et social insiste sur la gravité de cette carence d'autant plus conséquente que dans les pays pauvres, les pressions de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international ont acculé les gouvernements locaux, notamment d'Afrique subsaharienne, à sacrifier leurs structures de formation et de recherche et à ne pas maintenir celles mises en place pendant la période coloniale, pourtant sauvegardées ou développées pendant les quarante premières années suivant les indépendances. Aujourd'hui, seules émergent quelques unités très performantes, en général financées sur crédits américains avec de nouveaux liens de dépendance universitaire. Globalement, l'Afrique ne pèse que 0,7 % dans les publications scientifiques et ne représente que 3 % des dépôts de brevets (A. Capron). L'on doit déplorer l'absence d'engagement dans cette direction au sein du « pacte pour la recherche » adopté par l'Assemblée nationale et par le 6^{ème} Programme-cadre européen de recherche et de développement (PCRD) qui n'alloue que 4 % des moyens aux activités internationales (rapport de l'Académie des Sciences 2006).

7. Structurer une politique de coopération pharmaceutique pour organiser l'achat et la distribution des médicaments

- Le coût des médicaments, qui représente 40 % des dépenses des grands programmes, reste encore trop élevé en dépit des baisses obtenues et des accords sur la propriété intellectuelle.

- La distribution des médicaments n'est par ailleurs pas sécurisée, que ce soit en durée ou en qualité. Elle est affectée, pour plus de 50 % de son montant, par la contrefaçon, les détournements, les reventes illicites.

- Selon le principe retenu lors de la Conférence de Paris (février-mars 2006), il est urgent de concrétiser les différents projets, impliquant les industries du médicament, les organismes financeurs et les États, en vue d'obtenir l'accroissement des baisses des prix en contrepartie d'une politique d'achat coordonnée, d'une augmentation des ventes (probablement décuplées pour les ARV) et d'engagements, sur le long terme, des recherches nécessaires à la mise en point de nouvelles molécules et de formes adaptées aux populations.

De plus, comme le préconise le rapport de la Commission sur les droits de la propriété intellectuelle mise en place par l'OMS, les firmes pharmaceutiques pourraient « *adopter des politiques de prix transparents et cohérents en s'efforçant de réduire les prix de manière plus systématique pour les PED à faible revenu ou à revenu intermédiaire* ».

- Il convient que ces dispositions soient complétées par un *contrôle de qualité* et une distribution sous surveillance avec le concours des prescripteurs locaux et des populations concernées, parties prenantes et actives du dispositif. Ces dernières devront faire l'objet d'une information adaptée et leur contribution sera sollicitée en fonction de leur niveau de solvabilité. Cependant, celui-ci ne saurait constituer un obstacle à l'exigence éthique de porter secours aux populations victimes d'un profond dénuement.

8. Chiffrer, accompagner, valoriser la coopération des ONG

- L'apport des Organisations non-gouvernementales (ONG) au développement, dans le domaine de la santé, est **important mais dispersé** : les unes agissent dans **l'urgence humanitaire**, les autres dans **l'aide au développement**. Certaines se cherchent dans les deux à la fois. En dehors d'une multitude d'associations, en partie regroupées sur des plate-formes de coordination, il faut rappeler le rôle des grandes organisations caritatives internationales au premier rang desquelles s'est de longue date situé le mouvement **Croix Rouge** (Croix-Rouge, Croissant Rouge) dont l'efficacité dans la maîtrise des conflits et des catastrophes n'est plus à démontrer. À côté de cette puissante organisation, ont émergé les mouvements *sans frontières* avec une démarche complémentaire, surtout dans l'urgence, mais aussi les grands réseaux relevant des églises de différentes confessions, dont *Caritas Internationalis*.

- Reste que leur **mode de fonctionnement est souvent ambigu** : les uns refusent toute aide des États, mais sollicitent l'aide internationale fournie en grande partie par ceux-ci ; l'exemple de l'Union européenne qui leur alloue des sommes importantes est, à cet égard, démonstratif. D'autres affichent leur indépendance mais font appel largement aux dons du « *public* » (c'est-à-dire du secteur privé) tout en acceptant les subventions gouvernementales.

- Pour la France, les ONG ne représentent que **1,11 % de l'aide globale aux pays pauvres** et la part de l'APD transitant par ces organisations n'atteint pas 1 %, contre plus de 5 % pour les autres grands pays donateurs. Le Conseil économique et social sera attentif à ce que l'engagement pris par l'État de doubler d'ici à cinq ans le montant des financements de l'APD destinés aux ONG soit respecté. Il souligne qu'il est également important que cette **revalorisation de leurs moyens** s'accompagne d'une **meilleure coordination de leurs actions**. Ce n'est qu'à ce prix que les ONG constitueront une force vive efficace et innovante participant pleinement à la visibilité de la présence française sur le terrain. Mais cet effort est insuffisant alors que beaucoup de gouvernements ont compris tôt la nécessité de faire transiter par des ONG une part importante de leur APD, « dépolitisant » ainsi leur engagement et trouvant dans le vivier de celles-ci les ressources humaines qui, souvent, leur font défaut : l'Espagne, les pays scandinaves, d'autres, sont passés maîtres dans cette forme de coopération.

- Enfin, le Conseil économique et social émet le vœu qu'à l'instar de nombreux pays donateurs, **la France fasse transiter par les ONG, qui disposent de ressources humaines efficaces et motivées, une part nettement plus importante de son APD.**

9. Instituer un service civique national

- La suspension du service national obligatoire (750 000 appelés par an) date du 28 octobre 1997 avec effet progressif. À l'intérieur de celui-ci, existaient cinq formes civiles du service national (50 000 engagés volontaires par an) : **volontariat du service national en entreprise, volontariat pour l'aide technique, service de défense et de sécurité civile, service dans la Police nationale, objection de conscience.**

- Pour sa part, le Conseil économique et social constate que cette **décision a brutalement tari une source importante, compétente et généreuse de volontaires** qui trouvaient dans cet engagement une expérience enrichissante et rendaient des services appréciés. Mais, parallèlement à cette décision, le législateur a inséré, dans le Code du service national, un statut du **volontariat civil**, en vue de participer à l'action de la France dans le monde, à travers des missions d'intérêt général, de cohésion sociale et de solidarité, d'aide technique dans les territoires d'Outre-mer, et dans le domaine de la coopération internationale (2000). De même, le 23 février 2005, une loi a été promulguée sur le *volontariat de solidarité internationale* (volontaires internationaux dans les ONG).

- Depuis le discours du chef de l'État, le 14 novembre 2005, plusieurs propositions de loi sont à l'étude, émanant de députés ou de sénateurs, pour un **service civique**. Ces propositions font l'objet d'un débat, certaines allant jusqu'à réclamer l'instauration d'un service obligatoire.

- Le rétablissement d'un service civil permettrait de valoriser l'idée de fraternité et de solidarité qui habite la jeunesse et pourrait constituer un vivier où la coopération sanitaire puiserait les ressources humaines qui lui font si cruellement défaut.

- Le Conseil économique et social se déclare disponible pour toute réflexion susceptible d'être engagée à l'avenir, en la matière. **Les Assises de la Jeunesse organisées en septembre 2006 à l'initiative de notre Conseil**, devraient aborder cette question.

- En pratique, la nécessité de renforcer d'urgence le vivier des opérateurs sanitaires en coopération impliquerait, dès maintenant, le recrutement de **100 à 300 coopérateurs sanitaires de tous niveaux**, susceptibles d'être formés en quelques semaines à l'école du Pharo à Marseille. **Le Conseil économique et social recommande un examen prioritaire de cette proposition.**

10. Rechercher de nouvelles sources de financement

- La communauté internationale convient à la fois de l'insuffisance du montant actuel de l'aide publique au développement et des difficultés budgétaires des uns et des autres, pour son augmentation sensible et immédiate. C'est donc bien à de nouveaux modes de financement qu'il convient de réfléchir et le Conseil économique et social se félicite que l'idée de ressources additionnelles fasse progressivement, dans les instances internationales, son chemin même si certains États et non des moindres émettent encore des réserves. Dans ce contexte, il fait notamment siennes les décisions concrètes annoncées dans un communiqué conjoint des gouvernements français et britannique lors de la Conférence de Paris susmentionnée. Il retient comme positif l'engagement réciproque pris précisément **en matière de santé publique** par chacun des deux pays : la contribution de la France, sur vingt ans, à hauteur de 100 millions de dollars par an, pour le financement d'un fonds de vaccination ; l'adhésion de la Grande-Bretagne à la double initiative française d'affectation de la taxe sur les billets d'avion à l'achat de médicaments, et de mise en place d'un groupe pilote de travail sur l'ensemble des contributions de solidarité.

- Le Conseil économique et social estime que d'autres voies doivent être explorées : contributions volontaires de **toutes les entreprises** travaillant dans les pays en voie de développement, de l'industrie pharmaceutique qui devrait contribuer de manière plus significative à l'effort nécessaire ; sanction ferme de l'usage des **paradis fiscaux et taxation des ventes d'armes**.

Au-delà de leur légitime besoin de sécurité, les pays pauvres gaspillent trop souvent, en dépenses militaires, l'équivalent des sommes nécessaires en vue de rendre accessible l'enseignement primaire pour tous et d'obtenir la réduction de la mortalité infantile de 66 % pour 2015, un des ODM. Dans les années 1990-2000, ces dépenses ont, en Afrique subsaharienne, augmenté de 47 %, tandis que l'espérance de vie tombait au-dessous de 47 ans.

- Enfin, il conviendrait de réfléchir à toutes formes de prélèvement volontaire du contribuable français débouchant sur **une proposition « d'impôt choisi » en vue de la création d'un fonds civique de coopération sanitaire**, complémentaire de l'APD.

Parallèlement à cet avis, le Conseil économique et social poursuit la réflexion et se prononcera prochainement sur cette thématique des nouveaux financements au service de l'aide publique au développement.

C - CONCERTATION, COHÉRENCE, EFFICIENCE, MOBILISATION ET ACHÈVEMENT DE LA RÉFORME

1. Engager tous les intervenants français dans le champ de la coopération sanitaire dans une authentique démarche de concertation et de cohérence

Notre coopération en matière de santé est sans objectif précis, sans cohérence, souvent en concurrence franco-française ou entre coopérations française et internationale. La multiplicité des intervenants français, qui ont tous une spécificité ou, à l'inverse, leur absence dans des secteurs où les besoins sont pourtant réels, est à l'origine de carences ou de dérives. Il y a nécessité de créer d'urgence une **cellule**, un **bureau pouvant examiner de façon transversale les trois niveaux de la santé (santé publique, formation et recherche)** impliquant à la fois la Direction des politiques de développement (DPDEV) et la Direction de la coopération scientifique et universitaire (DCSUR) et qui regrouperait les compétences du bureau de la santé de la DPDEV et celles des chargés de mission médicaux auprès des sous-directions chargées respectivement de la coopération universitaire et de la coopération scientifique à la DCSUR.

Par ailleurs, il conviendrait :

- dans une atmosphère rendue confuse par le refus d'harmonisation et le recours à une concurrence franco-française incongrue face à l'ampleur de la tâche et à la modicité des moyens, **d'imposer une coordination.**

- par une réunion de tous les acteurs, de **définir un plan concerté annuel** d'actions : universités, corps de santé militaire, Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS), GIP, associations privées laïques et confessionnelles, collectivités territoriales (mairies, conseils généraux, conseils régionaux), Fondations d'entreprises, Instituts de recherche (IRD, RIIP, Cirad), réseaux de la francophonie, tant au niveau des réalisations en santé publique qu'en matière de

formation et de recherche. Seule cette concertation globale peut permettre la réalisation sur le terrain d'actions de santé publique curative, préventive, efficaces, la formation des cadres de haut niveau, celle des chercheurs et des métiers sanitaires divers (techniciens de laboratoire, infirmiers, agents de maintenance).

- par un soutien approprié, d'aider nos partenaires à se doter d'**un système de mutualisation durable** en matière de protection sociale impliquant la responsabilité des États et des citoyens.

2. Organiser une concertation nationale sur les grandes options politiques de la coopération sanitaire et une mobilisation de l'opinion publique par une campagne de communication

- La coopération ne doit pas être un **domaine réservé**. La société civile, malgré son engagement moral, son savoir-faire technique et sa contribution financière, est insuffisamment associée à une politique de coopération, et trop souvent chargée de relayer les appels à dons ou de contribuer à médiatiser les sommets politiques (type G8). Elle peut exprimer une opinion mais ne pèse en aucune façon sur les décisions. Si l'on veut renforcer les moyens mis à la disposition de la coopération sanitaire en particulier, il faut que la **société civile** mieux informée s'en approprie les enjeux.

- Dans cette perspective, le Conseil économique et social apprécie que le CICID du 18 mai 2005, dans ses conclusions ait clairement affirmé que « *la mobilisation de l'opinion publique est indispensable pour conforter l'adhésion aux politiques d'aide au développement, et favoriser les dons privés* ». Le Conseil économique et social soutient également les actions du HCCI visant à interpeller davantage l'opinion publique sur les questions de solidarité internationale : institution des prix de la coopération internationale, semaine de la coopération et de la solidarité internationale à l'université, partenariat avec les directions régionales de France 3...

- Il faut, une fois élaborée cette politique solidaire avec les pays pauvres, qu'elle soit appliquée par une action politique sans changements itératifs des responsables.

3. Achever la réforme de la coopération

- La dichotomie actuelle de notre coopération sanitaire entre le ministère des Affaires étrangères et l'Agence française de développement, dans un *contexte de réforme inachevée*, est préjudiciable au bon fonctionnement et à l'image de notre coopération. Il faut que disparaissent les frictions franco-françaises. L'enjeu est trop important et trop difficile à atteindre pour que les divisions et/ou les rivalités soient tolérées.

- La dimension altruiste portée par le concept de *co-opération* disparaît actuellement, sous la démarche technico-bancaire de l'AFD et la problématique politique du ministère des Affaires étrangères. Le partenaire de cette nouvelle coopération est « rangé » parmi les *étrangers*, à qui l'on donne ou l'on prête sans chaleur. La coopération apparaît désincarnée, déshumanisée et la réforme actuelle, par trop financière, efface la générosité.

- **Le Conseil économique et social entend mettre, avec force, l'accent sur le thème de la co-opération qui, dans sa globalité, doit demeurer un thème de solidarité, de fraternité et de partage, en particulier s'agissant de la coopération sanitaire.**

CONCLUSION

La coopération sanitaire française n'est plus ce qu'elle était.

La situation sanitaire mondiale s'aggrave et l'accès à la santé est de plus en plus inégal. Pourtant, les responsables politiques affichent tous leur volonté de faire de l'accès à la santé, condition préalable au développement durable, la priorité.

Le savoir-faire français spécifique en matière de santé dans les PED, universellement reconnu, militerait en faveur d'un engagement beaucoup plus actif. Au contraire, l'on constate un déclin de la présence française sur le terrain avec retrait des hommes et réduction des moyens.

*
* *

Face à cette situation dont on doit déplorer les conséquences à la fois pour les populations démunies et l'image de notre pays, il convient **d'urgence** de mettre les actes en accord avec les engagements.

Le Conseil économique et social recommande instamment :

- 1) que le thème de la **santé** soit une priorité et non une « matière à option » ;
- 2) qu'une réponse immédiate soit apportée à la **carence en ressources humaines**, facteur de déstabilisation sanitaire dans les pays pauvres, par l'aide à la formation et à la recherche, afin de freiner la fuite ou le détournement des cerveaux, et par l'envoi sans tarder de 150 à 300 spécialistes sanitaires de tous niveaux au titre de la coopération dans une démarche non de substitution mais de partenariat ; préfiguration d'un service civique ;
- 3) qu'une majoration substantielle et immédiate de **50 millions d'euros dès 2006** soit affectée à la part bilatérale de l'APD destinée à la santé, afin que son niveau soit relevé à 100 millions d'euros ;
- 4) qu'une **coordination** de la coopération sanitaire française, actuellement dispersée et tronçonnée, permette de rassembler tous les acteurs du secteur public ou privé ;
- 5) que soit mis **un terme à la dichotomie** sans logique interne et inefficace entre le Ministère des Affaires étrangères et l'Agence française de développement, pour plus de cohérence, de transparence et d'efficacité ;

- 6) de **mobiliser l'Union européenne** dans la « **bataille pour la santé** » au sein des PED afin que des moyens plus importants soient engagés non seulement dans les secours d'urgence en cas de catastrophes humanitaires mais aussi dans le développement durable conditionné par l'accessibilité à la santé.

*

* *

La France doit **réagir immédiatement** et faire en sorte que l'espace déserté ces dernières années soit réhabité pour le service des populations pauvres et pour permettre à notre **jeunesse** d'exprimer sa fraternité par une démarche de solidarité.

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

Deuxième partie
Déclarations des groupes

Groupe de l'agriculture

L'avis présente avec beaucoup d'intérêt les propositions indispensables à un redressement de la politique de coopération sanitaire française.

L'une d'entre elles notamment a attiré l'attention du groupe de l'agriculture : « *il conviendrait, par un soutien approprié, d'aider nos partenaires à se doter d'un système de mutualisation durable en matière de protection sociale impliquant la responsabilité des États et des citoyens* ».

Les statistiques le disent clairement : aujourd'hui 20 % seulement de la population mondiale bénéficie d'une protection sociale. C'est totalement insuffisant ! 2 milliards de personnes dans le monde n'ont aucun type de protection sociale.

Dans les pays en développement, c'est plus de la moitié de la population, souvent agricole et rurale, qui n'est toujours pas couverte contre les risques de base. Ces personnes sont alors extrêmement fragilisées. Le moindre accident ou la plus petite maladie peuvent se révéler mortels quand ils ne sont pas soignés. Les incidences sont fortes en terme de démographie bien sûr mais aussi d'organisation économique et sociale car ces pays s'appuient fortement sur leurs structures agricoles et rurales. Une menace pour les travailleurs agricoles c'est une menace pour la sécurité alimentaire du pays et plus globalement pour son économie.

Il est essentiel d'arriver à une solvabilisation durable de la santé. Les États et les populations elles-mêmes doivent se prendre en charge, assumer leurs responsabilités par la création de mutuelles. C'est la voie la plus raisonnable pour garantir la pérennité d'un système de soins, qui ne sera alors plus dépendant d'aides aléatoires et non pérennes.

L'action de la MSA s'est toujours inscrite dans cette perspective. La mise en œuvre d'une protection sociale agricole se situe au croisement des activités économiques et de l'offre de soins.

L'instauration d'une protection sociale, à la demande du ministère de l'Agriculture comme au Sénégal et plus récemment au Mali mais aussi au Maroc et en Tunisie, s'articule autour de deux éléments : d'une part la construction d'un cadre législatif de la protection sociale pour laquelle la MSA a la capacité d'appui technique, d'autre part, l'organisation de mutuelles de santé. Ces mutuelles de santé trouvent leur potentiel contributif dans l'activité économique et le volontarisme des groupements de producteurs au sein des filières agricoles. La collecte de cotisations d'adhésion aux mutuelles permet de solvabiliser l'offre de soins de première nécessité à proximité des groupements de producteurs. Il n'est pas choquant, dans ce cadre, que les États apportent un soutien budgétaire pour accompagner la solvabilisation du système de santé et le rendre durable.

Chacun sait que le milieu rural des pays en développement a vocation à nourrir l'ensemble de la population. Si les pays développés ne s'engagent pas en leur faveur, il est à craindre que les conséquences soient dramatiques : soit des clandestins pour l'Europe, soit un gonflement des bidonvilles autour des centres

urbains des pays en développement puisque les jeunes du milieu rural n'ont plus rien à perdre et n'ont aucun espoir d'améliorer leurs conditions de vie même pour un minimum de sécurisation au niveau de la santé.

Enfin ces échanges et cette forme de coopération rappellent la perpétuelle actualité de notre mutualisme vivant, fondement de la protection sociale en santé de notre agriculture.

Groupe de l'artisanat

La récente panique qui a envahi le monde avec la grippe aviaire montre à quel point le degré de propagation des maladies est rapide dans les zones de grande fragilité sanitaire. Quant à cela s'ajoute le nombre croissant de décès liés à la recrudescence des épidémies pandémiques (plus de 6 millions de personnes dans l'année), le problème dépasse le sanitaire et devient économique et social avec la disparition de pans entiers d'activités, de qualifications, voire de générations entières.

Aussi, ériger la santé en secteur « *non négociable* » de la politique de développement est non seulement une nécessité vitale pour les régions concernées mais surtout un enjeu politique dont aucun pays ne peut se soustraire.

Comme la santé est un bien qui n'a pas de prix mais un coût réel, il faut se féliciter de l'initiative originale de la France d'avoir proposé et récemment décidé la création de nouvelles sources de financement, même si les sommes dégagées ne seront malheureusement pas à la hauteur de cet enjeu.

Ce constat appelle, en parallèle, le développement du multilatéral sous réserve de l'assortir de certaines conditions. Celles-ci doivent porter sur le renforcement de la présence française dans les instances internationales pour contrôler l'orientation des programmes et le suivi de l'utilisation des fonds, afin qu'ils soient complémentaires et cohérents avec les actions bilatérales.

Au delà de ces aspects financiers, l'avis a le mérite de cibler des mesures simples et concrètes. Le groupe de l'artisanat retient particulièrement celles qui visent à clarifier les compétences, coordonner les multiples acteurs - compris les nombreuses ONG - harmoniser les actions individuelles en veillant à privilégier celles qui sont au plus près des besoins des populations.

Cette structuration générale doit également être complétée par le rappel en permanence du lien indissociable entre santé, formation et développement en le déclinant dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Il implique bien sûr une mobilisation des acteurs éducatifs dès l'école mais surtout des femmes. Le fait qu'elles soient facteurs de risque de contamination pour leurs enfants, impose des dispositifs urgents de prévention et d'apprentissage des soins. Mais, par ailleurs, l'espoir qu'elles représentent en matière de transmission de savoir être et de savoir faire appelle à privilégier leur éducation.

Pour ces raisons, le groupe de l'artisanat insiste sur la nécessité de leur réserver une place particulière. Celle-ci pourrait facilement s'inscrire dans le cadre de l'élargissement du concept de co-développement dans la mesure où des partenariats existent déjà en France et dans d'autres régions du monde avec des femmes. Il suffirait dès lors de les rendre prioritaires dans les programmes futurs.

Le groupe de l'artisanat a voté favorablement cet avis.

Groupe des associations

Notre groupe adhère globalement aux analyses et aux propositions de l'avis et nous félicitons le rapporteur tout particulièrement pour la clarté et la vigueur de son texte.

Nous le rejoignons sur le constat : la coopération sanitaire de la France ne se porte pas bien. Pour redresser la situation, il faut, en effet, réagir d'urgence tout d'abord en faisant du secteur sanitaire une « *matière obligatoire et non une matière à option* » au sein des Documents cadres de partenariat (DCP).

Nous sommes également d'accord avec le rapporteur quand il réclame plus de concertation et de cohérence dans le dispositif institutionnel, que ce soit au niveau de l'État ou au niveau des collectivités locales.

Lier l'action sanitaire à l'action éducative nous semble aussi non seulement une évidence, mais un facteur fondamental pour l'amélioration de la santé des populations à long terme. Au delà des pistes d'action évoquées dans l'avis, il faudra tout particulièrement privilégier des programmes bénéficiant aux femmes, car ce sont elles qui influencent les comportements et les font évoluer.

Enfin, le renforcement des ressources humaines dans le domaine sanitaire préconisé par l'avis devrait figurer en tête des recommandations, tant la situation est grave. Mais à notre avis, l'état des ressources humaines ne pourra pas être amélioré sans un effort accru de la part des bailleurs de fonds pour que l'aide soit **moins instable et plus prévisible**. Pour être efficace, cette aide devrait permettre la prise en charge **des coûts récurrents**, tels que les coûts salariaux, les dépenses liées au développement des ressources humaines, ou encore les investissements nécessaires à la création et à l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants. Le gouvernement français devrait aussi afficher plus de transparence et de lisibilité dans les moyens qu'il compte allouer au renforcement des systèmes de santé. Il nous semble indispensable que cette priorité se traduise par l'élaboration d'un plan d'action concret en la matière.

Nous soutenons donc cet avis, qui est un cri d'alarme focalisé sur ce qui est urgent et nécessaire immédiatement pour gagner la « *bataille de la santé* ». Cependant, raisonnant essentiellement en termes d'aide publique au développement, il ne met pas assez en valeur une approche plus globale du développement sanitaire qui est à nos yeux indispensable : **l'accompagnement et le renforcement des initiatives de la société civile locale**. Pourtant ces centres de santé associatifs, ces associations éducatives luttant contre les pandémies tel que le Sida ou la malaria, ces organisations qui se battent pour une mutualisation de la santé élèvent le niveau sanitaire et génèrent des compétences

d'autant plus précieuses qu'ils savent allier connaissances théoriques et connaissance du terrain. Le partenariat avec des ONG du développement « généralistes », l'appui des volontaires de solidarité internationale est un atout important dans ce processus de développement endogène.

L'avis souhaite à juste titre que la coopération des ONG soit valorisée et renforcée, mais considère que leur mode de fonctionnement est souvent ambigu, essentiellement à cause de leur mode de financement, tantôt assuré par des subventions gouvernementales, tantôt par l'aide internationale, tantôt par le secteur privé et parfois par ces trois sources en même temps.

À notre avis, le fait que les ONG françaises cherchent à diversifier leurs sources de financement est au contraire tout à fait sain et logique et aucunement contradictoire. Cette manière d'opérer constitue pour partie la force des ONG anglo-saxonnes, toujours érigées en modèle d'efficacité. Leur présence et leur influence dans les institutions internationales devraient être partagées par nos organisations, comme le recommande par ailleurs le rapporteur pour les autres acteurs français de la politique de coopération internationale.

De même, nous avons une vision plus optimiste du rôle de la société civile que ne le laisse entendre l'avis. Nous pensons qu'elle peut peser sur les décisions, qu'elle peut impulser des changements si des lieux de concertation sont mis en place où il soit possible d'échanger, d'écouter, de s'enrichir mutuellement sur des visions différentes concernant les enjeux de la coopération.

Cette optimisme est d'autant plus nécessaire que les défis sont importants : réduire la fracture sanitaire mais aussi placer au cœur de la stratégie de la coopération française l'engagement de Copenhague de 1995, c'est à dire consacrer au moins 20% de l'aide publique au développement aux services sociaux de base, dont la santé est un élément primordial. Le groupe a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

L'état sanitaire de certains pays en développement, principalement en Afrique, s'est dégradé au cours des deux dernières décennies conduisant à une prise de conscience tardive de la priorité des problèmes de santé.

Parmi les questions vitales retenues dans les objectifs pour le millénaire, trois points concernent la santé et l'accès au médicament.

À mi-parcours la CFDT déplore que les moyens financiers restent insuffisants. Paradoxalement, la France a réduit la part consacrée à la santé dans ses programmes d'aide au développement, ce qui traduit un recul dans son engagement bien que la contribution au fonds mondial de lutte contre le Sida ait triplé et que la coopération décentralisée réalisée par les collectivités territoriales ait fortement augmenté.

Partant de ces constats, l'avis propose de revoir la politique de coopération sanitaire en privilégiant les synergies à établir et à rétablir, entre l'augmentation des moyens financiers et leur utilisation.

La CFDT soutient particulièrement les principes de cohérence, de coordination et d'évaluation qui sont au cœur de plusieurs des priorités retenues dans l'avis, que ce soit dans les instances multilatérales - dont le Fonds européen de développement - dans les actions des collectivités locales, dans les activités des ONG, ou dans les interventions de différents ministères.

Pour reconstituer un vivier d'opérateurs sanitaires en coopération, il faut compter sur la générosité et la capacité d'engagement des citoyens, notamment des jeunes. Des mesures d'incitation doivent encourager le volontariat, quel qu'en soit le cadre, telles que la validation des acquis de l'expérience et la possibilité d'acquiescer ou conserver une bonne couverture sociale (maladie, chômage, retraite).

La proposition de coopération pharmaceutique va au-delà du projet « *Facilité internationale d'achats de médicaments* » (FIAM) qui traite essentiellement des prix, des volumes et de la présentation des médicaments. L'avis propose également de sécuriser la distribution pour certifier la qualité des produits et éviter les détournements et les contrefaçons dangereuses.

Nous regrettons de n'avoir pu, faute de temps, préciser les dispositifs de nature à garantir la pérennité d'un financement des systèmes de soins mis en place en organisant une contribution minimale des populations. Des initiatives locales accompagnées par les mutuelles se développent. Il faudrait généraliser des systèmes de protection sociale de base, de type assurance maladie, domaine dans lequel la France peut apporter son expertise.

Enfin, notre réflexion n'a pas écarté la question des conflits, de la corruption et des comportements gouvernementaux, locaux et occidentaux, partiellement responsables de la détérioration de la situation sanitaire et du détournement d'une partie de l'aide. Cette réalité ne peut être un prétexte au retrait, voire à l'inaction, mais les modalités d'intervention et d'évaluation doivent tenir compte de ces situations.

La CFDT a voté cet avis.

Groupe de la CFE-CGC

L'avis montre par la précision de son constat et la valeur de ses recommandations tout l'intérêt, tant pour notre pays que pour les pays en développement, d'une politique de coopération dans le domaine sanitaire.

La situation sanitaire des pays les plus pauvres s'aggrave. La politique de coopération de la France a été très importante dans le passé avec des résultats que personne ne conteste. Mais, suite au désengagement de notre pays dans le domaine sanitaire, il est primordial que nous puissions conserver notre expertise et notre savoir-faire. L'ambition de la France est d'être de nouveau un soutien politique et financier majeur. Le maintien d'une relation bilatérale doit être encouragé dans des domaines où l'expertise française est la plus efficace. Cette politique demande des moyens financiers bien plus conséquents que ceux actuellement prévus.

Les ressources humaines sont à la « fois la clef de voûte du dispositif, et le seul gage de pérennité du secteur sanitaire sur le long terme ». Dans ce contexte, il est plus que nécessaire de s'interroger sur la capacité actuelle et à venir de ces professionnels à répondre à l'évolution des besoins et ce, au regard de leurs effectifs, du niveau et du contenu de leur formation.

Il est aussi fondamental de bien définir les priorités, de coordonner la coopération sanitaire en rassemblant tous les acteurs du secteur privé ou public.

L'amélioration de la santé des populations dépend aussi d'autres facteurs non sanitaires. Ce sont l'approvisionnement en eau, l'amélioration de l'habitat, la rénovation des réseaux d'infrastructure, l'instruction et l'éducation.

La CFE-CGC a déjà entrepris des actions visant à promouvoir le développement durable. La CFE-CGC a monté une filière basée sur la culture des anacardiens au Sénégal. Les revenus issus de cette action permettent le développement de systèmes de santé, d'éducation ou approvisionnement en eau. Notre organisation a aussi choisi d'aider au développement de ce produit parce qu'il peut faire l'objet d'un développement industriel à travers l'huile de noix de cajou qui peut être utilisée dans l'aéronautique!

Le groupe de la CFE-CGC est favorable à l'organisation de plates-formes de coopération entre les collectivités d'Outre-mer et les pays voisins pour établir une véritable coopération de voisinage dans ce domaine.

La mise en place d'un service civique national, permettant notamment, à des jeunes citoyens de mener des missions civiles et civiques ou de s'engager pour des missions de protection de l'environnement ou d'aide au développement, devrait constituer un vivier où la coopération sanitaire puiserait les ressources humaines qui lui font actuellement défaut.

Par ailleurs, nous jugeons nécessaire une baisse du prix des médicaments en favorisant le recours plus systématique aux médicaments génériques et la diffusion des médicaments indispensables. Une application sévère de la réglementation en matière de distribution du médicament doit être mise en place, tant pour éviter les marchés parallèles que pour améliorer la traçabilité et la diffusion du médicament.

Enfin, des efforts considérables doivent être mis en œuvre pour éradiquer, par la vaccination, les maladies qui se propagent dans les pays en développement.

L'avis propose des solutions à mettre en œuvre pour améliorer la coopération sanitaire dans les pays en développement. Il suffit d'une ferme volonté politique pour qu'elles puissent se concrétiser.

Le groupe de la CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

Le groupe de la CFTC tient à remercier le rapporteur d'avoir pris l'initiative de cette saisine qui s'inscrit tout à fait dans les axes prioritaires proposés par le Bureau de notre assemblée. Nous le remercions surtout de nous avoir impliqués dans ce qui est le combat d'une vie et qui touche à des questions aussi essentielles.

Le rapporteur a choisi de traiter le sujet avec pragmatisme et réalisme, en s'inscrivant dans ce qu'est devenue l'organisation de la coopération française. L'analyse est concentrée sur les pays en développement dont la France est devenue très proche par l'histoire et même par la langue. L'Afrique francophone apparaît dans le projet d'avis comme le foyer principal d'une nouvelle mobilisation qui la dépasse.

Le groupe se permet de faire un lien entre ce choix et l'effort que fait actuellement notre pays pour assumer son histoire dans les périodes passées de la mondialisation. L'essentiel aujourd'hui est de discerner et de mettre en œuvre ce que nous avons à faire dans la mondialisation telle qu'elle se développe, pour être dignes du mot fraternité qui figure à notre devise. Il est particulièrement fondé de nous mettre d'abord à l'écoute des peuples des pays où nous avons en d'autres temps fait flotter notre drapeau.

C'était déjà notre devoir de soigner au temps de la colonisation, et le rapporteur évoque les succès médicaux et sanitaires de cette époque. C'est autant notre devoir maintenant, comme un élément essentiel de notre relation avec les pays qui font partie de cette histoire. En effet : soigner aujourd'hui, c'est aussi soigner la mémoire des épreuves passées, et concrétiser la fraternité que cette mémoire rend indispensable.

La principale conclusion est d'ailleurs sans appel : la santé n'est pas négociable. On peut se poser la question : qu'est-ce qui en contrepartie serait facultatif ? Il y a aussi l'éducation, et tout ce qui concerne le développement économique et culturel. N'est-ce pas tout aussi impératif, y compris pour remporter des victoires durables dans cette bataille de la santé ? Il faut aussi se situer dans l'engagement de l'Europe, par exemple dans le bassin méditerranéen, et de la communauté internationale.

Le rapporteur le dit lui-même en soulignant la cohérence de l'action avec les autres domaines fondamentaux de la coopération, en mettant en relief la priorité du co-développement, qui est évidemment décisive, y compris dans le domaine de la santé.

En ce sens l'appel à une nouvelle forme de service civil est tout à fait pertinent. Nous entendons dire que ce n'est pas possible. Raison de plus pour nous y mettre rapidement, en commençant par la santé. Ne nous lamentons pas sur la perte de repères d'une partie de la jeunesse, si nous ne lui proposons pas des perspectives qui lui permettent de donner un sens à sa vie.

Le groupe de la CFTC partage les options exprimées sur la bonne articulation entre le multilatéral et le bilatéral. Mais il prolonge cette logique subsidiaire vers le rôle des associations. Nous disons oui à la coordination des

actions et aux règles de saine gestion, mais sans altérer la liberté d'initiative des citoyens, qui est, par exemple, davantage concrétisée par la déduction fiscale pour les versements aux ONG que ne le ferait un versement à un fond global.

Il nous reste à adresser au rapporteur nos vifs remerciements pour son travail..

Le groupe de la CFTC adhère aux propositions de l'avis et souhaite vivement qu'elles soient reprises par les pouvoirs publics. Il a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Il y a plus de deux cents ans Condorcet plaidait pour « *la destruction des deux causes les plus actives de la dégradation, la misère et la trop grande richesse* ». « *On sent* », écrivait-il en 1795 dans son « *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain* », « *que les progrès de la médecine préservatrice, devenus plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire disparaître à la longue les maladies transmissibles ou contagieuses, et ces maladies générales qui doivent leur origine au climat, aux aliments, à la nature des travaux* ». Il voyait venir « *un temps où la mort ne serait plus que l'effet ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales* ».

En dépit des inégalités de traitement entre les communautés, caractérisant globalement la colonisation, historiquement, la médecine coloniale a objectivé les risques sanitaires, en affirmant l'existence de pathologies transmises à toute une population exposée. L'anonymat et le statut collectif du malade colonisé ont ainsi provoqué, en retour, des effets profonds sur les représentations de la santé des populations européennes. Cette dialectique du retour interdit d'adopter la vision simplificatrice d'une « sous-médecine » coloniale, en même temps qu'elle est fondatrice de la vertu et de la nécessité de la coopération sanitaire.

Dans les 49 pays dits « moins avancés », qui comptent 650 millions d'habitants, la majorité de la population vit avec moins de 2 dollars par jour. Comment prendre soin de sa santé quand on dispose de si peu de moyens, quand les dépenses publiques de santé ne dépassent pas en moyenne 2,5 euros par an et par personne, soit 1000 fois moins que chez nous ?

C'est un effort continu de l'État en faveur de la santé publique qui a permis de mettre en place les systèmes de santé dont jouissent les populations des pays développés. Il s'est porté sur l'assainissement et l'hygiène, les infrastructures médicales - notamment les hôpitaux - la formation médicale, l'accès aux soins des populations défavorisées, l'assurance maladie, la régulation de la qualité des médicaments et de la prescription.

Nous aurions souhaité que fût noté plus précisément dans l'avis que l'aide au développement en général et la coopération sanitaire en particulier risquent d'être un travail de Sisyphe, si ne se crée pas progressivement, dans les pays concernés, une organisation étatique solide capable de les faire fructifier, capable d'assurer une politique de développement autonome et maîtrisé.

Il ne peut y avoir de développement durable sans priorité accordée à la santé. Le groupe de la CGT y souscrit totalement.

Comme l'avis le constate, dès la fin de la guerre froide on a vu diminuer constamment l'aide au développement accordée aux pays les plus pauvres, en Afrique en particulier. Le Conseil économique et social avait déjà évoqué cette erreur et cette injustice dans son avis sur l'avenir du partenariat Euromed. Le racolage de personnel médical qualifié dans le cadre de l'immigration choisie en serait une autre.

La santé relève d'une approche globale. Ainsi, peu de temps avant sa disparition, Jonathan Mann, alors directeur du centre de recherche sur le Sida de l'université de Harvard, écrivait: « *Une analyse minutieuse des principales causes de morbidité et de mortalité évitable à travers le monde, y compris liées aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, aux blessures, aux maladies infectieuses et à la violence, montre que ces problèmes sont inextricablement liés aux discriminations sociales et au manque de respect des Droits fondamentaux de l'Homme* ».

La boucle est bouclée, Condorcet avait raison d'associer les progrès de la médecine à ceux de la raison et de l'ordre social.

La coopération sanitaire française doit s'inscrire dans ce triptyque. Elle est l'une des voies les plus sûres pour affirmer la communauté de destin de l'ensemble de la collectivité humaine, dont l'avenir exige plus de justice sociale, plus de démocratie, plus de responsabilité, plus de solidarité. Il faut en respecter les principes et lui en donner les moyens.

Le groupe de la CGT a adopté l'avis.

Groupe de la CGT-FO

Le projet d'avis présenté par le professeur Gentilini s'inscrit dans le droit fil de sujets évoqués par le Conseil économique et social.

Il y a quelques mois, Alain Deleu présentait un rapport et avis sur la nécessité de réguler et d'infléchir une mondialisation souvent désastreuse pour les plus faibles.

Ce projet d'avis en est une application concrète.

Le texte, complété par des fiches informatives de très grande qualité, dresse un bilan très négatif de la politique française en matière de coopération sanitaire.

Cette analyse, que d'aucuns pourraient juger trop alarmiste, ne reflète pourtant que les propos de responsables de sensibilités politiques différentes, de spécialistes reconnus, de médecins et de militants d'ONG.

La France, de par son passé, a, plus que d'autres, le devoir d'aider les populations subsahariennes.

En matière sanitaire, elle fut l'instrument de progrès gigantesques incontestables pendant et après la période coloniale.

Le recul de la France dans le domaine sanitaire est désormais évident, au regard du pourcentage de l'aide au développement dédié à ce domaine ainsi que du refus avéré des pouvoirs publics d'en faire la priorité clairement affichée.

L'engagement de la France dans de grands projets multilatéraux est nécessaire et vital.

Il permettra de peser de manière plus forte sur les choix stratégiques opérés par les instances mondiales et surtout européennes.

Par manque de coordination, il apparaît aujourd'hui qu'il s'effectue au détriment de la politique bilatérale sanitaire française qui fut pourtant pendant des décennies une référence mondiale.

La France a un savoir-faire reconnu et incontestable concernant le traitement et la prévention des maladies qui frappent le continent africain. Elle se doit de le faire valoir partout.

Les mesures proposées par le rapporteur sont simples et pragmatiques. Le groupe Force ouvrière les appuie totalement.

Quelques points forts retiennent particulièrement notre attention :

- la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines dans le domaine sanitaire pour stopper l'hémorragie de coopérants volontaires ;
- le déblocage immédiat de 50 millions d'euros pour la santé ;
- la mise en œuvre d'un véritable co-développement impliquant les migrants vivant en France ;
- l'harmonisation nécessaire des actions des collectivités territoriales et de l'État devant aboutir à davantage de cohérence dans l'élaboration et la conduite de projets sanitaires sur le terrain ;
- le pilotage et le contrôle des ONG dont le mode de fonctionnement est souvent ambigu ;
- l'instauration d'un service civique national, outil de solidarité et de fraternité.

Il y a une impérieuse nécessité de faire cesser au plus vite les incohérences entre l'action du ministère des Affaires étrangères et celle de l'Agence française de développement.

Le groupe Force ouvrière a voté l'avis.

Groupe de la coopération

Le groupe de la coopération soutient l'approche globale du développement présentée dans l'avis, qui ne peut être durable que si les problématiques de l'éducation, de lutte contre la faim, et d'accès à l'eau sont prises en compte ; et cela dans un contexte de « *mondialisation sanitaire* » et d'interdépendance croissante. Sur la forme, le groupe apprécie le ton pertinent de l'avis et la concentration du travail de la section sur des propositions concrètes, qu'il soutient. Elles relèvent pour l'essentiel d'une logique « curative » qui appelle à un renouveau de l'effort français en matière de coopération sanitaire en se basant sur des principes de traçabilité de l'aide, de cohérence des actions et de responsabilisation des populations. Le groupe souhaite compléter cette approche par une vision préventive de la problématique du développement.

Au-delà des enjeux économiques, les problèmes de santé publique dans les pays en développement sont bien prioritaires. Les conséquences sur la santé des populations des pays en développement d'une alimentation insuffisante et mal équilibrée favorisent les fragilités immunitaires. Aucun pays ne peut connaître de développement économique durable sans acquérir un minimum d'autosuffisance alimentaire, facteur de stabilisation des populations.

La libéralisation du commerce international engagée dans le cycle de l'OMC de Doha ne permettra pas seule d'atteindre les objectifs dits « *du Millénaire* » de réduction de la pauvreté. Au cours des dernières décennies, elle a profité à quelques grands pays au premier rang desquels la Chine, l'Inde et le Brésil. Force est de constater que de nombreux pays en développement, notamment en Afrique, restent à l'écart de ce processus.

Aujourd'hui, un tiers de l'humanité souffre de malnutrition et environ 850 millions de personnes sont chroniquement sous-alimentées, autrement dit ont faim presque tous les jours. Selon la FAO, les trois quarts des pauvres vivent en milieu rural et, paradoxalement, la majorité de ceux qui souffrent de la faim sont des paysans des pays en développement, c'est-à-dire des producteurs et vendeurs de nourriture beaucoup plus que des acheteurs urbains. Enfin, le secteur agricole fournit emplois et revenus à 40 % environ de la population mondiale ; il procure quasiment toute la nourriture de l'humanité et il façonne largement son environnement. Mais dans la logique actuelle de l'OMC, le risque est réel d'aller vers une agriculture « *financiarisée* », sans paysans, concentrée dans quelques grandes régions exportatrices, avec des pratiques de dumping économique et social. La déstabilisation des agricultures vivrières ou familiales n'en serait que plus grande.

La cohérence des actions ne se limite pas à la somme des actions des différents acteurs et le groupe de la coopération est convaincu de l'urgence à se donner les moyens d'une approche globale, prenant en compte la dimension sanitaire et alimentaire du développement : il faut donc réguler cette mondialisation en corrigeant les excès du marché, afin que les bénéfices en soient plus équitablement répartis. Cela passe par une réforme du système multilatéral et notamment de l'OMC. Le Conseil économique et social a déjà pris position sur cette question grâce au travail conduit par Alain Deleu. La réflexion autour de l'avis présenté par M. Gentilini, en appelant à porter « *un regard nouveau* » sur ces problématiques, s'inscrit dans cette continuité. Il est urgent d'être entendu. Le groupe a voté l'avis.

Groupe des entreprises privées

Au-delà des impératifs humanitaires, la coopération sanitaire, notamment par les risques liés aux nouvelles sources virales, est incontestablement une nécessité et la France en est un acteur historique important. On constate en effet de plus en plus fréquemment que certains agents pathogènes trouvant leurs origines dans des pays en voie de développement se propagent rapidement et peuvent concerner directement toute une partie du monde.

Il convient donc de lutter contre ces derniers dès leur apparition et d'aider au progrès sanitaire des populations les plus démunies. Un renforcement de la coopération sanitaire doit favoriser cela.

Pour autant, pour accroître cette coopération, il apparaît avant tout, comme l'indique le rapporteur, qu'il est nécessaire d'améliorer l'efficacité et la coordination des politiques de coopération.

Ceci passe notamment par le contrôle de l'utilisation des fonds dédiés à cette coopération et doit résulter de la mise en place de mesures de traçabilité.

Par ailleurs, comme ceci est précisé dans l'avis, il est indispensable de prendre en compte les besoins exprimés par les populations et de procéder à une évaluation rigoureuse des actions menées.

De telles mesures sont de nature à améliorer l'efficacité de la coopération sanitaire.

Ainsi, si le groupe des entreprises privées est favorable à la majorité des mesures proposées et qui vont dans le sens d'une meilleure gestion de ces aides, il lui apparaît que certaines des propositions liées au financement sont plus contestables.

Ainsi, la baisse supplémentaire du coût des médicaments tendrait à faire porter par certaines entreprises une partie du poids de la coopération. Il convient de rappeler que les entreprises du secteur pharmaceutique doivent pouvoir continuer à investir pour développer de nouveaux médicaments et qu'il n'est pas sûr que cette mesure favorise le progrès médical.

Les entreprises doivent être incitées à investir dans les pays en voie de développement et la coopération sanitaire sera d'autant plus réussie qu'elle s'accompagnera d'une coopération économique.

Enfin, le groupe demeure prudent sur les prélèvements volontaires du contribuable, suggérés par le rapporteur et qui s'analysent comme des contributions volontaires de chaque citoyen à un fond civique de coopération sanitaire, notamment au regard du coût de leur mise en œuvre.

Une telle prudence se justifiera également lors des prochains travaux du Conseil économique et social relatifs à la saisine sur « *Les objectifs de développement du millénaire : quels financements innovants ?* ».

Malgré ces quelques remarques, le groupe des entreprises privées a voté l'avis.

Groupe des entreprises publiques

« *Ériger la santé en secteur non négociable de la politique de développement et faire en sorte que la coopération sanitaire soit une matière obligatoire, non une matière à option* » : le groupe des entreprises publiques fait totalement siennes ces deux phrases, mises en exergue dans l'avis et partage la conviction qu'elles constituent la ligne de conduite autour de laquelle nous devons nous rassembler.

Sur le contenu de l'avis en premier lieu, il n'est nul besoin de convaincre notre assemblée de la gravité de l'enjeu sanitaire mondial. Le rapporteur nous rappelle malheureusement des éléments accablants : chaque année, 6 millions d'êtres humains meurent du paludisme, de la tuberculose, du Sida et 60 % de ces morts frappent l'Afrique subsaharienne. Plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès à l'eau potable tandis que 50% de la population subsaharienne a moins de 2 dollars par an à consacrer à sa santé.

Le cri d'alarme que lance le Professeur Gentilini nous concerne tous. L'accès aux soins est un droit élémentaire de la personne humaine. La mondialisation, c'est aussi la santé, l'éducation, l'alimentation.

Face à ce désastre, force est de constater une nouvelle fois le « paradoxe » français. De la découverte de l'hématozoaire du paludisme par Laveran, premier prix Nobel de médecine français, aux « *French Doctors* », en passant par la déclaration d'Abidjan sur l'accès aux médicaments pour les victimes du Sida au Sud, comment ne pas reconnaître et saluer la continuité de l'engagement sanitaire français ?

Comment, à l'instar de l'avis, ne pas s'inquiéter du recul de notre action bilatérale ou du repli d'un corps de coopérants unique au monde ?

Le groupe des entreprises publiques approuve les propositions de l'avis, à la fois ambitieuses s'agissant de la stratégie proposée et pragmatiques quant à leur mise en place car l'urgence est d'inverser sans tarder la situation actuelle : rendre obligatoire l'inclusion de la santé dans les Documents-cadres de partenariat (DCP) préparés par nos missions diplomatiques, relever énergiquement la part de la santé dans notre action de coopération car elle ne représente plus que 4% de notre APD, à comparer à 11% pour la moyenne des pays de l'OCDE.

Nous avons le droit d'exiger que l'Europe en fasse de même parce que nous finançons 24,3 % du Fonds européen de développement (FED) et que ce programme ne consacre que 4,1% de ses dons à la santé. Et nous devons revenir sur l'hémorragie des assistants techniques: au Mali, il n'en restera bientôt plus qu'un seul sur le terrain, là où il y en avait 7 en 2005.

Ce plan opérationnel rend encore plus dérisoires nos « rivalités » franco-françaises que l'avis dénonce à juste titre et pointe notre incapacité collective à aller au bout des réformes engagées dans ce domaine

Notre groupe souhaite toutefois formuler quelques observations.

Tout d'abord, il aurait aimé que la dimension européenne fût plus présente, même s'il est vrai que l'objet même de l'avis contraignait dès le départ ce point. Nous souhaiterions donc que la délégation à l'Union européenne puisse, avec la section des relations extérieures, continuer nos travaux sur la nécessaire mobilisation de l'Union européenne dans la bataille pour la santé.

De même, notre groupe, s'il partage la proposition de renforcer le rôle des ONG, estime que cette responsabilité accrue doit avoir pour contrepartie de nouveaux progrès dans la transparence de leur organisation comme dans la traçabilité des financements dont elles bénéficient.

S'agissant des financements dits « innovants », notre groupe souligne la nécessité d'un examen approfondi des différentes pistes évoquées et s'exprimera sur ce sujet à l'occasion de l'avis conjoint auquel travaillent nos sections des finances et des relations extérieures.

Enfin, sur le rétablissement du service national, fût-il à finalité exclusivement civique, le groupe des entreprises publiques estime que s'il est bon de contribuer au débat actuellement ouvert, il est plus raisonnable financièrement et plus efficace opérationnellement de donner d'abord toute sa chance à la loi du 23 février 2005 instituant le volontariat de solidarité internationale.

En conclusion, le groupe des entreprises publiques juge cet avis opérationnel : pas d'incantation, des actions ; pas d'appel démesuré à nos finances publiques au demeurant exsangues, des mesures d'urgence accessibles ; pas de nouvelles structures, de l'ordre et de la rigueur.

Le groupe des entreprises publiques a voté l'avis.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement

M. Clave : « Enfin un véritable ami de l'Afrique ! Oui, Monsieur le rapporteur, combien vous avez raison. En plus, vous avez beaucoup de courage : expliquer de nos jours que pendant la période coloniale, la France a fait de bonnes choses en matière de santé est une gageure. En 2006, il vaut mieux se flageller et se frapper la poitrine en criant « *Mea Culpa* ». Vous nous dites que vous regrettez que la France se désengage du bilatéralisme. Sur ce point, je ne partage pas tout à fait votre avis. La France est engagée dans un devoir de mémoire tel qu'elle en a oublié le devoir du présent et celui du futur.

Oui, la santé est la base même de la vie et pendant que pour elle les pays développés dépensent plus de 3.000 euros par habitant, on lui consacre moins de 80 euros par habitant en Afrique sub-saharienne.

Vous dénoncez également la dichotomie qui oppose le ministère des Affaires étrangères et l'Agence française de développement. Vous demandez une réelle coordination, une coordination concrète et efficace et là aussi vous avez raison. Mais il faut également dénoncer la cacophonie internationale en matière d'aide et de coopération sanitaire envers les pays en développement. Il ne faut pas avoir peur de dénoncer la gabegie et l'ignorance qui sévissent parfois dans les grands organismes internationaux et le plus grand d'entre eux, l'ONU. Comment expliquer que jusque 80% du personnel se trouve dans les grandes capitales à l'abri des moustiques, de la chaleur et des intempéries pendant que chaque année des millions d'enfants de femmes et d'hommes meurent de ne pas avoir accès aux soins.

Comment expliquer que lors de mon passage à N'Djamena, j'ai trouvé les vaccins anti-poliomyélite, destinés aux hôpitaux de la ville, sur des chiffons et vendus au marché noir ? Comment expliquer qu'à l'arrêt d'un feu rouge à Lomé, où je me trouvais y a quelques semaines, la misère du monde s'est abattue sur ma portière de voiture ? Des poliomyélitiques - enfants, adultes- des aveugles

victimes d'une conjonctivite chronique, des squelettes humains en phase finale du Sida. Ceci n'est plus tolérable de nos jours.

Il est indispensable comme vous le préconisez que soient mis en place des mécanismes de contrôle à tous les niveaux, tant pour les finances que pour l'ensemble des matériels médicaux et des médicaments qui sont envoyés dans ces pays. Si nous avons besoin de plus d'argent, il faut quand même savoir que des budgets énormes sont attribués ça et là dans l'opacité la plus totale et sans que les pays donateurs ne s'en émeuvent et n'exigent des comptes fiables.

Il faut également créer des agences de contrôle sur le terrain, en particulier pour la réception, le stockage et la redistribution du matériel médical et des médicaments.

De même, si la France doit privilégier l'accueil des candidats aux études de médecine et aux formations sanitaires, elle doit leur proposer un contrat de retour vers leur pays d'origine où leur présence est indispensable. Il faut également comme le préconise notre rapporteur, former très rapidement les 300 coopérants sanitaires qui sont demandés avec force par nos partenaires. C'est une question de mois, il y a urgence. Pour pallier financièrement cette situation, le rapporteur suggère que 50 millions d'euros soient débloqués dès cette année.

Il faut aussi que les propositions de loi concernant un service civique soient inscrites à l'ordre du jour de la session d'automne et qu'une campagne d'information ciblée vers la jeunesse soit mise en place pour provoquer un élan fraternel et solidaire en matière d'aide sanitaire.

La France doit retrouver toute sa place au sein des organismes internationaux car notre expérience et notre savoir-faire seront un atout supplémentaire. Pour cela, la France doit favoriser des vocations de fonctionnaires internationaux et faire ainsi valoir nos compétences et nos engagements, en particulier en Afrique et en Asie.

La France doit rester lucide et perdre quelque peu sa naïveté face à l'hypocrisie des grands projets anglo-saxons qui sont autant de batailles d'influence qui se font à notre détriment.

Il faut à nouveau que nous nous engagions dans l'action éducative : favoriser la formation d'instituteurs et de professeurs car l'éducation est l'essence même d'une future prise de conscience des problèmes de santé et d'environnement.

Oui, Monsieur le rapporteur, il faut que l'on cesse de créer sans cesse de nouvelles instances, de nouveaux mécanismes, de nouveaux groupes de travail, de nouvelles commissions ; notre vocation n'est pas celle de la palabre, mais de l'action sur le terrain. Oui, il faut coordonner tout cela, j'irai même jusqu'à penser qu'il faudrait un ministère spécialisé pour les problèmes de santé dans le monde, ministère occupé par des experts et des spécialistes de la santé ainsi que des hommes de terrain pour aider de façon efficace et contrôlée les pays en développement.

Oui, la France n'a pas de complexe à avoir et doit à nouveau s'engager, comme par le passé, dans une politique d'action vers l'Afrique, action éducative, action sanitaire, action pour le développement durable.

Le groupe des Français établis hors de France, épargne et logement votera bien évidemment cet avis avec émotion ».

Groupe de la mutualité

Le bilan dressé par Marc Gentilini sur la situation sanitaire dans les pays en développement est inquiétant et bien réel : il souligne l'émergence de nouvelles épidémies associée à une poussée démographique et une précarité croissante. Or, le dispositif de coopération sanitaire développé par la France vers ces pays a perdu au cours des années de sa spécificité, de sa visibilité et de son efficacité. L'avis trace donc une série de propositions concrètes pour améliorer, renforcer et rendre plus efficace l'aide sanitaire apportée par la France. Le groupe de la mutualité les approuve.

L'avis insiste tout particulièrement sur la nécessité du renforcement du lien santé/éducation. Des enquêtes sur les performances scolaires des enfants confirment qu'elles dépendent en partie de leur santé mais aussi de l'éducation de leurs parents, et surtout de leur mère. C'est un point sur lequel la mutualité est particulièrement sensible, ayant depuis longtemps développé des actions de promotion de la santé, consciente que mieux informé le citoyen peut opérer des choix plus responsables dans le domaine de la santé.

Parmi ses propositions, l'avis préconise « *un soutien approprié pour aider nos partenaires à se doter d'un système de mutualisation durable en matière de protection sociale impliquant la responsabilité des États et des citoyens* ». Des actions concrètes dans ce domaine sont déjà lancées. Elles s'en trouvent confortées.

Ainsi, à la demande des gouvernements tant Français que de ceux du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Niger, la Mutualité française est intervenue pour favoriser la mise en place de systèmes de protection sociale, certes facultatifs, mais solidaires et durables. C'est une des conditions indispensable au développement des systèmes de santé primaires basés sur le conventionnement.

Les différents gels budgétaires subis dans la réalisation de ces projets ont eu des répercussions sur leur déroulement alors que les besoins de ces pays en matière de santé restent réels.

La question de l'accès aux médicaments est également essentielle puisque 1,8 milliard de personnes ne peuvent se procurer les médicaments jugés essentiels par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Agir sur les prix (industrie pharmaceutique), mais aussi sur les taxes (États), apparaît aussi comme une priorité pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Parallèlement, la réflexion sur de nouvelles sources de financement (création d'un fonds de financement, taxation sur les billets d'avions...) mérite d'être activement poursuivie.

Cohérence d'actions, engagement visible et coordonné de l'État, des collectivités locales et de la société civile, mais aussi financement à la hauteur des enjeux et évaluation des actions engagées apparaissent comme autant d'éléments indispensables à un renouveau de la coopération sanitaire française dans les pays en développement.

Le groupe de la mutualité ne peut que soutenir également ces orientations.

Groupe de l'Outre-mer

L'accès aux soins fait partie des droits élémentaires de la personne humaine.

L'avis montre clairement comment aux maladies transmissibles, bactériennes, virales ou parasitaires, qui constituaient traditionnellement la dominante pathologique dans les pays de l'hémisphère Sud, s'ajoutent, de nos jours, non seulement l'émergence de nouvelles affections virales, mais encore d'affections considérées comme spécifiques de l'hémisphère Nord.

Inversement, dans le Nord, qui se croyait à l'abri des maladies infectieuses maîtrisées par l'assainissement, les vaccinations, ou les antibiotiques, surgissent, outre le Sida, toute une série d'affections importées. De ce constat, il conclut légitimement à la nécessité d'une solidarité sanitaire internationale.

Dans les collectivités d'Outre-mer - qui appartiennent à la fois aux deux hémisphères, et aux deux modes de développement (sans connaître ni la situation sociale des pays en voie de développement, ni la situation économique des pays développés) - est fait le même constat, en particulier au niveau des maladies transmissibles, dont les agents pathogènes ne connaissent pas davantage de frontières que leurs vecteurs.

De plus, l'immigration, souvent clandestine, en provenance de pays voisins dans lesquels sévit la misère, accentue ce phénomène.

Cette phase de mondialisation et d'interdépendance sanitaire commande donc à la France de revenir à un engagement fort auprès des pays les plus démunis en matière de santé.

Le groupe partage bien évidemment le souhait que l'implication des collectivités locales soit plus reconnue et encouragée : qu'il s'agisse des municipalités, des conseils généraux, des conseils régionaux ou des collectivités à statut particulier, leur proximité avec les réalités du terrain et leur savoir-faire sont un atout à valoriser. Par exemple, le Fonds Pacifique soutient, en matière de santé, un projet mené conjointement avec la Nouvelle-Zélande et appelé « *Prepare* », ainsi qu'un autre, consacré à la lutte contre le Sida dans le Pacifique et qui est mené en cofinancement avec l'Australie. L'action contre le Sida, menée avec l'AFD, dans la Caraïbe et la coopération régionale de l'université Antilles-Guyane, en matières de santé, avec Haïti sont aussi à mentionner.

Le groupe remercie le rapporteur, d'avoir retenu la proposition de renforcer le rôle de l'Outre-mer français comme base avancée de la coopération sanitaire. En effet, de par leur position géographique, les collectivités d'Outre-mer occupent une place essentielle et ont un rôle original en matière de coopération régionale pour le développement.

Il est de l'intérêt de tous que soient mises en place des plates-formes permanentes de coopération entre les collectivités d'Outre-mer et les pays environnants.

L'annonce, le 12 avril 2006, de la création d'un Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes à visée régionale à la Réunion, à cause de l'épidémie de Chikungunya, est un exemple de ce qu'il convient de généraliser.

Le groupe remercie Madame Girardin, ministre déléguée à la Coopération, au développement et à la francophonie – et qui a été ministre de l'Outre-Mer - d'avoir pris en compte la dimension ultramarine de la coopération française dans ses nouvelles responsabilités.

Le groupe de l'Outre-mer a voté l'avis dont il partage les conclusions, à la fois sur le plan humanitaire et sur le plan du développement économique.

Groupe des professions libérales

En cette époque de mondialisation de l'économie, l'évolution équitable des pays pauvres ou en voie d'émergence ne peut se réaliser favorablement sans amélioration des conditions de vie et, par conséquent, de la santé de leurs populations. Cela dépasse toute notion de sollicitude et de bons sentiments mais constitue un devoir d'humanité qui s'impose comme priorité à tout développement.

L'avis commence par un rappel historique de la coopération sanitaire française dans les pays en développement. On peut s'enorgueillir de ce qu'a fait la France dans ce domaine et regretter son désengagement plus récent. L'avis s'interroge sur ce recul au moment où enfin apparaît une prise de conscience internationale.

Le constat, que nous partageons est sans concession et inquiétant : gaspillage, inefficacité de l'institutionnel international, manque de traçabilité des versements... Mais rien n'est encore perdu, si la volonté politique est présente. Il faut agir vite avec des actions à court, moyen et long termes.

- Pour mener à bien une coopération sanitaire française efficace, le rapporteur préconise 4 axes politiques principaux. Le groupe des professions libérales y souscrit :
 - il érige la santé en secteur non négociable de la politique de développement. Nous y souscrivons ! La santé doit être élevée en priorité absolue : la coopération sanitaire doit être une « *matière obligatoire, et non une matière à option* » ;
 - il lie l'action sanitaire et l'action éducative. Nous y souscrivons ! Il n'y a pas de santé sans éducation, pas d'éducation utile sans santé durable. La prévention en matière de santé est d'abord une prise de

conscience dès l'enfance par les familles, notamment les mères et par les enseignants, vecteurs d'éducation à l'hygiène et aux déterminants de santé ;

- il souhaite que la France s'engage pleinement dans le multilatéralisme pour peser sur ses choix stratégiques. Nous y souscrivons ! La France doit inscrire son rôle de coopération sanitaire au sein d'une Europe unie pour conduire des actions cohérentes et mettre en place les moyens financiers nécessaires ;
- il ne veut pas sacrifier le bilatéralisme au profit du multilatéralisme : nous y souscrivons. Il est essentiel de suivre, pas à pas, l'utilisation des sommes investies : la traçabilité des versements doit être vérifiée par un audit et une évaluation des méthodes doit être faite. Le rapporteur a raison également de parler du maintien d'une assistance technique sur le terrain et d'un réseau de conseillers en santé.
- Pour répondre à ces axes politiques, le rapporteur propose de nombreux moyens d'action que nous approuvons. Parmi eux, certains ont retenu plus particulièrement notre attention :
 - élargir le concept de co-développement et rappeler la réciprocité des droits et des devoirs. Les contrôles ou le suivi sont rarement acceptés par les populations locales. Il est fréquent de voir du matériel neuf donné, abandonné, le plus souvent faute de maintenance ou de pénurie de personnel. Il faut trouver ensemble les moyens de gérer l'aide matérielle. Une cogestion paritaire s'impose, dans l'intérêt de tous ;
 - structurer une politique de coopération pharmaceutique pour organiser l'achat et la distribution des médicaments : l'accès aux traitements est vital pour ces populations qui ne peuvent faire face au coût trop élevé des médicaments et sont victimes le plus souvent de contrefaçon ou de reventes illicites ;
 - renforcer les ressources humaines dans le domaine sanitaire : il faut aider à la formation des personnels de santé à la fois médicaux et paramédicaux à l'intérieur même de ces pays. Quant à ceux qui suivent leur formation dans les pays développés, il faut tout mettre en œuvre pour qu'ils retournent soigner la population dont ils sont issus. N'oublions pas que la majorité des patients de ces pays ne sont pas solvables et que s'il faut trouver des solutions pour créer des corps de santé satisfaisants, nombreux et stables, il faut aussi que les pays émergents définissent une politique économique et se donnent aussi en priorité une politique de santé. Sans doute, faudra-t-il aider financièrement les jeunes praticiens, qu'ils exercent dans les services publics comme dans le privé. Cette démarche volontariste doit s'imposer face à la tentation de l'exil accentuée par la pénurie de personnel médical en France ;
 - rechercher de nouvelles sources de financement : c'est plus que jamais indispensable ! Comment ne pas être choqué lorsque le

rapporteur souligne, que dans les années 90-2000, les dépenses militaires en Afrique sub-saharienne ont augmenté de 47% tandis que l'espérance de vie tombait en dessous de 47 ans. Pourquoi ne pas mettre à contribution de grands événements mondiaux, tels les Jeux Olympiques, les courses automobiles, le football, les grands spectacles mondiaux médiatiques ?

Face à la mondialisation sanitaire, à l'internationalisation des maladies virales, au principe de précaution, il n'est plus temps de s'interroger sur l'intérêt éventuel qu'auraient les pays occidentaux à aider les pays en développement. Ils doivent répondre positivement par des actions concrètes, coordonnées et efficaces.

Le groupe des professions libérales adhérant pleinement aux recommandations du rapporteur, a voté l'avis.

Groupe de l'UNAF

Le groupe de l'UNAF tient à rendre hommage à la générosité passionnée de la démarche proposée par le rapporteur, appuyée sur une expertise reconnue, tant de terrain que dans l'action internationale, et une lucidité sans complaisance dans le diagnostic des situations et l'évaluation des résultats obtenus.

Il partage l'analyse de l'avis sur l'état déplorable de la coopération française, notamment dans le domaine sanitaire, alors que l'urgence des besoins en la matière se fait partout plus criante. Le consensus est maintenant acquis, au niveau mondial, qu'avec l'éducation et l'alimentation, la santé est un déterminant prioritaire du développement, si bien que les questions de santé sont devenues un enjeu important de l'agenda international et sont abordées lors de tous les grands sommets.

La France a pris sa part dans les engagements collectifs forts, comme ceux dits du millénaire, auxquels cette prise de conscience a conduit. Elle participe donc, et pas seulement par une contribution financière, à nombre de structures et de programmes multilatéraux, ciblés vers la lutte contre la pandémie du VIH Sida, ou plus généralistes. Le groupe de l'UNAF souhaite qu'elle renforce son action à ce niveau, comme au niveau européen, et la rende plus lisible pour plus d'efficacité.

Cependant dans le même temps, alors qu'elle a été longtemps pionnière et modèle en matière de coopération sanitaire, notamment en médecine tropicale, elle se dégage aujourd'hui de son action sur le terrain et n'assume plus les responsabilités que cette longue et fructueuse expérience acquise lui fait, selon le rapporteur, un devoir de poursuivre. L'avis dénonce l'organisation actuelle de la coopération française, qui laisse le secteur de l'action sanitaire, parent misérable de l'aide publique au développement.

Nombre de propositions de l'avis reçoivent l'adhésion du groupe de l'UNAF sur le fond, même si leur formulation semble un peu difficile, et sont de nature à reconstruire l'efficacité défailante de nos interventions en matière de coopération sanitaire. Regrettant leur caractère un peu « traditionnel », le groupe

de l'UNAF espérait plus de recommandations innovantes en ce domaine. Il aborde seulement trois aspects.

- En premier lieu, s'il est vrai que l'urgence des problèmes semble se concentrer en Afrique sub-saharienne, puisqu'on y trouve 60 % des personnes vivant avec le VIH, et que l'état économique de ces pays y rend indispensable l'action de la solidarité internationale pour accéder au développement ; le groupe de l'UNAF s'interroge sur *la focalisation des propositions sur cette seule région*, et plus encore sur ses composantes francophones, au risque d'un clientélisme historique peu compatible avec nos engagements internationaux et surtout moins efficace aujourd'hui dans un contexte de concurrence et de mondialisation, y compris en matière d'aide internationale.
- Ensuite, *l'état désastreux des systèmes publics de santé* ne permettra pas d'atteindre des objectifs significatifs d'amélioration de la santé, ni pour la mère et l'enfant, ni pour les personnes atteintes du VIH Sida, ni dans la lutte contre les pandémies redoutables comme le paludisme, ou pour la prise en charge sanitaire de populations entières délaissées sur ce plan. L'accompagnement des politiques de santé des États, et la structuration de systèmes efficaces et équitables de prise en charge des dépenses de santé, doivent faire l'objet d'une coopération innovante et souhaitée, comme en témoignent quelques expériences au Sénégal, au Mali, appuyées par exemple sur l'expertise du mouvement mutualiste et des collectivités. L'UNAF aurait aimé trouver cet axe de propositions dans l'avis, qui aurait pu ainsi démontrer l'efficacité des complémentarités entre action publique et privée, partenariat multilatéral, bi-national et décentralisé.
- Enfin, le point des *ressources humaines* est également laissé très incomplet et on peut en déplorer le caractère peu innovant, puisqu'est proposée la solution traditionnelle de la « substitution » : envoyer des « coopérants » en nombre plus important pour pallier les insuffisances locales. Certes, l'avis insiste sur les structures de formation et la coopération universitaire et déplore fortement la spoliation inacceptable en compétences médicales que connaissent ces pays, tant par l'exil volontaire et le non-retour de leurs ressortissants formés à l'étranger, que par les ponctions réalisées par les grands programmes internationaux. Mais, au regard de ce constat, les propositions restent limitées et ne prennent pas en compte les capacités d'innovations déployées sur le terrain, ici ou là. Le partenariat fnuap, Médecins du monde, MAE en Ethiopie, pour former en trois ans des équipes de soignants sans médecins, capables de prendre en charge la plupart des accouchements et d'améliorer efficacement le suivi maternel et infantile, en constitue un exemple. D'autres initiatives existent, qu'il faut certes évaluer quant à la qualité des soins apportés, mais qu'il faut encourager et soutenir afin de répondre efficacement à l'absence médicale durable.

Le groupe de l'UNAF regrette les limites imposées à cette démarche et aurait souhaité aller plus loin, au regard des urgences si magistralement analysées. C'est sans doute un premier pas qui est ici proposé ; il faudra en poser d'autres, pour être vraiment à la hauteur des enjeux. Conscient de ce premier pas posé dans une direction absolument nécessaire, et malgré ses réserves, le groupe de l'UNAF s'est exprimé en faveur de l'avis.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants 196

Ont voté pour 196

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 196

Groupe de l'agriculture - MM. Barrau, Bastian, Baucherel, de Beaumesnil, de Benoist, Boisgontier, Boisson, Cartier, Cazaubon, Mme Cornier, MM. Couturier, Ducroquet, Ferré, Giroud, Mme Gros, MM. Guyau, Layre, Lemétayer, Lépine, Marteau, Pinta, Rousseau, Salmon, Sander, Szydłowski, Thévenot, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - MM. Alméras, Dréano, Duplat, Griset, Lardin, Liébus, Martin, Paillason, Pérez, Perrin.

Groupe des associations - Mme Arnoult-Brill, MM. Da Costa, Leclercq, Pascal, Roirant.

Groupe de la CFDT - Mme Azéma, M. Boulier, Mmes Boutrand, Collinet, M. Heyman, Mme Lasnier, MM. Le Clézio, Legrain, Mmes Paulet, Pichenot, M. Quintreau, Mmes Rived, Tsao, MM. Vandeweeeghe, Véroillet.

Groupe de la CFE-CGC - MM. Garnier, Labrune, Saubert, Van Craeynest, Mme Viguié, M. Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Coquillion, Deleu, Fazilleau, Voisin.

Groupe de la CGT - Mmes Chay, Crosemarie, MM. Decisier, Dellacherie, Delmas, Mme Doneddu, M. Durand, Mmes Geng, Hacquemand, Kotlicki, MM. Larose, Mansouri-Guilani, Rozet, Mme Vagner.

Groupe de la CGT-FO - MM. Becuwe, Bilquez, Bouchet, Mme Boutaric, MM. Daudigny, Devy, Lemerrier, Mazuir, Noguès, Mmes Peikert, Pungier, MM. Quentin, Rathonnie, Mme Videlaïne.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Budin, Fosseppez, Gautier, Grave, Prugue, Thibous, Verdier.

Groupe des entreprises privées - MM. Bernardin, Creyssel, Daguin, Didier, Mme Felzines, MM. Gardin, Gautier-Sauvagnac, Ghigonis, Gorse, Jamet, Lebrun, Lemor, Marcon, Mariotti, Mongereau, Pellat-Finet, Placet, Roubaud, Salto, Sarkozy, Schilansky, Pierre Simon, Didier Simond, Talmier, Tardy, Veysset, Mme Vilain.

Groupe des entreprises publiques - MM. Ailleret, Bailly, Blanchard-Dignac, Brunel, Chertier, Mme Duthilleul, MM. Gadonneix, Graff, Mme Idrac.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - Mme Bourven, MM. Cariot, Clave, Feltz.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Davant, Laxalt, Ronat.

Groupe de l'outre-mer - MM. Omarjee, Paoletti, Radjou.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. d'Aboville, Aillagon, Aurelli, Baggioni, Mmes Benatsou, Cuillé, M. Dechartre, Mmes Dieulangard, Douvin, MM. Duharcourt, Duquesne, Ferry, Figeac, Gentilini, de La Loyère, Le Gall, Mandinaud, Marcon, Masanet, Massoni, Mme Morin, MM. Nouvion, Obadia, Pasty, Mme Rolland du Roscoät, MM. Roulleau, Roussin, Slama, Steg, Sylla, Mme Tjibaou, MM. Valletoux, Vigier.

Groupe des professions libérales - MM. Capdeville, Maffioli, Mme Socquet-Clerc Lafont.

Groupe de l'UNAF - Mme Basset, MM. Brin, Édouard, Fresse, Guimet, Mmes Lebatard, Petit, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Duron, Olive.

DOCUMENTS ANNEXES

Document 1 : la réforme de la coopération

1. Le dispositif de la coopération en vigueur avant la réforme de 1998

- Jusqu'en 1998, et sauf pendant la période 1982-1986², l'aide au développement incombait au ministère de la Coopération, créé en 1961. Son champ de compétence s'était élargi : d'abord limité aux anciennes colonies, il avait été progressivement étendu à l'ensemble des pays francophones de l'Afrique subsaharienne, puis, en 1995, aux États africains anglophones ou lusophones et aux pays de la région des Caraïbes. Il s'appuyait sur une administration centrale (issue de l'ancien Conseil interministériel pour l'aide et la coopération entre la République et les autres États de la Communauté) et sur 31 missions d'aide et de coopération sur le terrain. Il comptait 165 agents en 1964 et 1 003 en 1996 (dont 637 en administration centrale et 366 dans les missions de coopération et d'action culturelle).
- La direction de la coopération scientifique et technique du ministère des Affaires étrangères était chargée de la coopération avec les autres pays du monde. Ses actions, modestes et dispersées, relevaient davantage des échanges culturels, scientifiques et techniques que du développement.
- Dans les faits, le ministère de l'Économie et des finances jouait déjà le rôle capital. Les prêts, ainsi que les opérations de consolidation et de remise de dettes sont décidés par la direction du Trésor, qui est aussi l'interlocuteur du FMI et de la Banque mondiale
- Enfin, l'ancienne Caisse centrale de coopération économique, devenue Caisse française de développement en 1992, est rapidement devenue, en accordant des prêts privilégiés ou aux conditions du marché, l'un des principaux instruments de l'APD. Elle est placée sous la tutelle des ministères de la Coopération, des Affaires étrangères et de l'Économie, des finances et de l'industrie.

2. La réforme de 1998*2.1. La réforme de 1998 s'est traduite par quatre grands changements*

- La disparition du secrétariat d'État à la Coopération et la prise en charge de ses attributions par le ministère des Affaires étrangères. Les missions de l'ancien secrétariat d'État au Développement sont dévolues, pour l'essentiel, à une nouvelle direction : la direction générale de la coopération internationale et du développement. La DGCID est chargée de la définition des grandes orientations de la politique de

² En 1982, une réforme avait intégré l'administration de l'ex-ministère de la Coopération au ministère des Relations extérieures. Ce dernier comprenait trois nouvelles directions chargées des questions de développement placées sous l'autorité d'un ministre délégué. L'organisation antérieure a été rétablie en 1986 (rétablissement d'un ministère de la Coopération).

développement et de la gestion directe des opérations, par la voie notamment de l'assistance technique.

- Le regroupement des postes à l'étranger avec la transformation des anciennes missions de coopération et d'action culturelle en Services de coopération et d'action culturelle (SCAC) intégrés aux ambassades.
- L'adoption d'un budget unique du ministère des Affaires étrangères regroupant l'ensemble des crédits dévolus aux affaires étrangères et à la coopération.
- L'élargissement des attributions de l'Agence française de développement (ancienne Caisse française de développement). Elle devient « l'opérateur-pivot », chargé de l'instruction et de la mise en œuvre des programmes.

2.2. La réforme a été mise en œuvre progressivement et difficilement

Une difficulté a consisté à rapprocher le statut des personnels (à la veille de la réforme, un quart des effectifs du secrétariat d'État à la Coopération était contractuel). D'autre part, l'organigramme de la DGCID a été revu dès 2000, avec la disparition de la direction de la stratégie, de la programmation et de l'évaluation, qui devait notamment assurer un rapprochement des cultures issues des deux anciennes structures (« *rapprocher les coopérants et les diplomates* »).

2.3. Le poids du ministère des Finances est resté très important

Il exerce (avec le quai d'Orsay et le ministère de l'Outre-mer) la co-tutelle de l'AFD, il est responsable de la gestion des protocoles financiers liés à un projet de développement, de la remise de dette et des relations avec les autres grands bailleurs de fonds multilatéraux.

3. La réforme engagée en 2004

Cette réforme devrait être achevée à la mi-2006 et a pour objectif d'éviter la fragmentation et d'assurer la cohérence de l'APD française. Elle a trois grands axes.

3.1. Une réorganisation des instances de pilotage autour du ministre délégué à la Coopération

Le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) définit les orientations de l'APD et la Zone de solidarité prioritaire (ZSP). Le ministère des Affaires étrangères se recentre sur les tâches stratégiques et la coordination de l'aide³. La Conférence d'orientation stratégique et de programmation (COSP), présidée par le ministre délégué à la Coopération, assure le lien et la cohérence entre le pilotage stratégique de l'aide et sa mise en œuvre.

³ Cela a justifié la réorganisation de la DGCID, dont la direction de la coopération technique a laissé place, en octobre 2005, à une direction des politiques de développement.

3.2. La mise en place d'un nouvel instrument : les Documents cadres de partenariat (DCP)

Ils associent l'ensemble des acteurs de l'APD française. Ils sont élaborés localement, sous l'autorité de l'ambassadeur, et validés en COSP. Un DCP doit retenir jusqu'à trois secteurs de concentration de l'aide, parmi les sept priorités (ou stratégies) sectorielles définies par le CICID. Les trois secteurs prioritaires choisis doivent concentrer 80 % environ des ressources.

3.3. Le renforcement de l'AFD

Au sein de la ZSP, l'AFD a désormais la compétence exclusive de la mise en œuvre dans les domaines des infrastructures, du développement rural, de l'environnement, de l'éducation, de la formation professionnelle et de la santé⁴. De plus, l'assistance technique sur les projets relevant des compétences de l'AFD dépend désormais directement de celle-ci. Seule l'assistance technique en appui des secteurs régaliens, ainsi que les assistants techniques placés auprès de membres du gouvernement et des organisations internationales, relèvent du MAE. Le groupement d'intérêt public « *France coopération internationale* » est chargé du recrutement et de la valorisation de l'expertise française.

3.4. La mise en place de la loi organique relative aux lois de finances

On signalera, enfin, que la mise en place de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) a modifié les conditions dans lesquelles est présentée l'APD dans le budget. Celle-ci constitue désormais l'une des quarante sept missions de l'État, elle-même subdivisée en deux programmes : l'aide économique et financière au développement dont le ministre de l'Économie et des finances est responsable, et la solidarité à l'égard des pays en développement, qui incombe au ministre des Affaires étrangères.

⁴ Le MAE conserve un rôle de mise en œuvre de l'aide dans les secteurs régaliens (gouvernance, justice, police, sécurité, affaires culturelles, appui à la société civile, recherche et enseignement supérieur) et hors ZSP.

Document 2 : le budget de la coopération française, de 2002 à 2006

1. L'aide publique au développement (APD) totale

1.1. Les montants de l'APD de la France, de 2002 à 2006
(en millions d'euros)

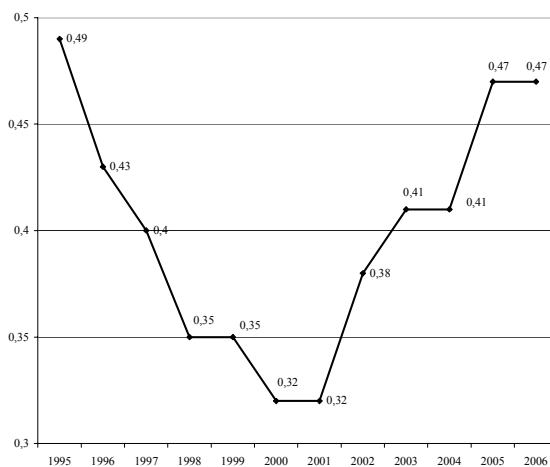
	2002 (1)	2003 (1)	2004 (3)	2004 (1)	2005 (3)	2005 (2)	2006 (3)
Aide bilatérale	3 648	4 419	4 757	4 258	5 158	5 599	5 244
Ministère Affaires étrangères (4)	957	1 005	1 070	1 132	1 238	1 179	1 194
Ministère des Finances et AFD	1 265	1 741	2 102	1 204	2 145	2 426	2 026
Autres ministères et frais administratifs	1 426	1 673	1 585	1 923	1 774	1 994	2 024
Soit : prêts	-29	-143	-105	-236	-230	-468	-18
dons	2 537	2 719	2 806	3 083	3 130	3 264	3 330
allègements de dettes	1 140	1 842	2 056	1 412	2 258	2 803	1 932
Aide multilatérale	1 985	1 805	1 937	2 339	2 142	2 268	2 740
Aide européenne	1 365	1 160	1 365	1 500	1 413	1 442	1 538
dont Fonds européen de développement (FED)	595	446	565	658	694	642	726
Institutions des Nations Unies	126	125	136	145	153	159	185
Banques et Fonds de développement (5)	495	520	436	694	575	667	1 017
Total États étrangers	5 634	6 224	6 694	6 597	7 299	7 867	7 984
Territoires d'Outre-Mer (Mayotte et Wallis-et-Futuna)	188	195	188	222	201	226	229
Total APD (TOM inclus)	5 821	6 420	6 882	6 820	7 501	8 093	8 213
(1) Chiffres définitifs. (2) Prévisions d'exécution à fin septembre. (3) Prévision associée au projet de loi de finances. (4) Y compris coopération décentralisée. (5) Y compris FMI-FRPC et Fonds multilatéral unique (francophonie).							

Source : Projet de loi de finances 2006, rapport Assemblée nationale, commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

Remarque concernant les crédits alloués aux collectivités d'Outre-mer : depuis 2000, les dépenses destinées à la Polynésie française et à la Nouvelle Calédonie ne sont plus comptabilisées dans l'APD française. En revanche, Mayotte et Wallis et Futuna sont toujours inscrites dans la partie I de

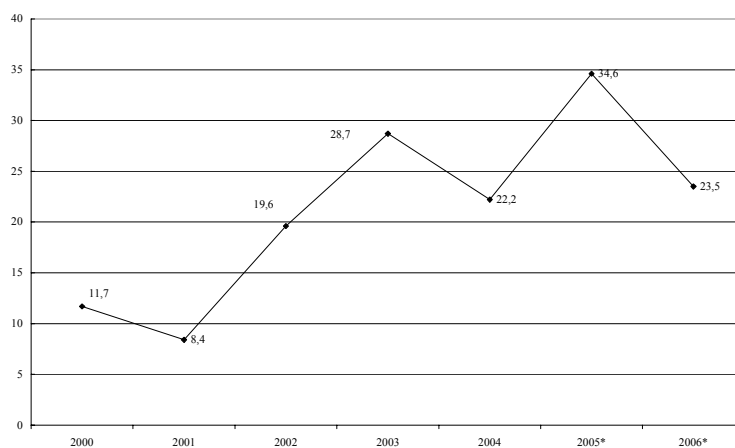
la liste du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Par conséquent, une certaine partie des crédits qui leur sont alloués peut émerger au titre de l'APD.

1.2. APD française en % du RNB (1995-2006)



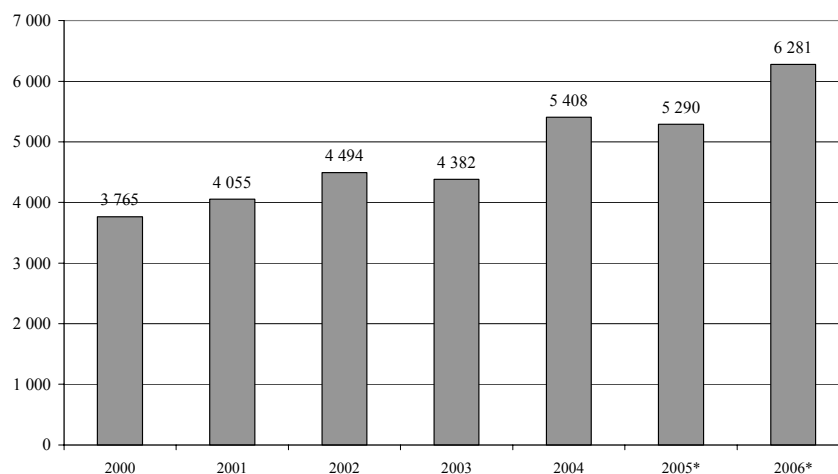
Source : Projet de loi de finances 2006, rapport Assemblée nationale, commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

1.3. Part des annulations de dettes dans l'APD totale (2000-2006) (en % du RNB)



Source : Projet de loi de finances 2006, rapport Assemblée nationale, commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

1.4. APD hors annulation de dette (2000-2006)



(*)- Estimations

Source : Projet de loi de finances 2006, rapport Assemblée nationale, commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

2. APD dans le secteur de la santé (2004 et 2005)

	2004 ⁽¹⁾	2005
Bilatéral		
Aide programme		20
Aide projet (y compris AT, recherche, Esther)	91,78	80
Subventions à l'ajustement structurel	0,40	0
Total Bi hors annulation de dette	92,18	100
Dette (C2D)	7	0
Total avec annulation de dette	99,18	100
Multilatéral		
Système NU	25,35	50
Autres	155	155
Total Multi	180,35	205
Total général hors annulation dette	272,53	305
% bilatéral hors annulation dette	34%	33%
Total général avec annulation dette	279,53	305
% bilatéral (avec annulation de dette)	35%	33%
% multilatéral (avec annulation de dette)	65%	67%

⁽¹⁾ Estimations

Source : CICIP, stratégie santé.

Document 3 : l'évolution du nombre d'assistants techniques

1. Évolution des effectifs de l'assistance technique civile tous secteurs (de 1994 à 2005)

Année	Assistance civile
1994	3 200
1996	2 919
1998	2 577
2000	1 979
2001	1 899
2002	1 745
2003	1 703
2004	1 753
2005	1 410

Source : Assemblée nationale, Projets de loi de finances 2002, 2004, 2005 ; MAE/DGCID, « Evolution des effectifs de l'assistance technique dans les pays de l'ancien champ ».

2. Évolution des effectifs de l'assistance technique dans le domaine de la santé (de 2001 à 2006)

	Au 31 décembre					Transferts AFD 2006	Créations 2006 (prop.)
	2001	2002	2003	2004	2005		
Assistants techniques	212	207	202	196	138	43	34
<i>Pays</i>	198	192	187	184	113	43	6
<i>Inter États (+ multi)</i>	14	15	15	12	25	0	28
Volontaires internationaux	17	14	16	21	10	0	0
<i>Pays</i>	15	12	14	20	10	0	0
<i>Inter États</i>	2	2	2	1		0	0
Total	229	221	218	217	148	43	34
<i>Variation</i>	#REF!	- 3 %	- 1 %	0 %	- 32 %		

Source : ministère des Affaires étrangères, DGCID, sous-direction des politiques sectorielles, bureau santé-protection sociale, 11 janvier 2006 « Bilan secteur santé ».

3. Évolution des effectifs de l'assistance technique militaire dans le domaine de la santé.

3.1 Évolution de l'effectif total, 2000-2005

Année	Effectif	Officiers ⁽¹⁾	Sous-officiers ⁽²⁾	Total
2000	autorisé	88	5	93
	moyen réalisé	75	1	76
2001	autorisé	88	13	101
	moyen réalisé	56	5	61
2002	autorisé	58	9	67
	moyen réalisé	40	4	44
2003	autorisé	30	2	32
	moyen réalisé	30	3	33
2004	autorisé	28	2	30
	moyen réalisé	26	2	28
2005	autorisé	27	5	32
	moyen réalisé	23	3	26
(1) - médecins - pharmaciens - chirurgiens-dentistes-vétérinaires - officiers du corps technique et administratif. (2) - personnel administratif (secrétaires d'administration du service de santé) - personnel paramédical.				

Source : ministère de la Défense, direction centrale du service de santé des armées.

3.2 Répartition géographique en 2006

Type de coopération	Pays	Ville	Organisme	Officiers	Sous-officiers	Total
Aide militaire technique	Congo	Brazzaville	Direction du service de santé militaire	1		1
	Gabon	Libreville	Direction du service de santé militaire	1		1
			Hôpital militaire d'instruction	1		1
	Guinée	Conakry	Direction du service de santé militaire	1		1
	Niger	Niamey	Direction du service de santé militaire	1	2	3
	Tchad	N'Djamena	Direction du service de santé militaire	1		1
			Hôpital militaire d'instruction	1	1	2
Togo	Lomé	Direction du service de santé militaire	1		1	
Burkina Faso	Ouagadougou	Direction du service de santé militaire	1		1	
Coopération civile	Cambodge	Phnom-Penh	Hôpital	1		1
	Mali	Bamako	I O T A	1		1
	R C A	Bangui	Institut Pasteur	1		1
	Madagascar	Tananarive	Faculté de médecine	1		1
			Ministère de la Santé	1		1
			Institut Pasteur	1		1
	Sénégal	Dakar	Hôpital principal	8		8
Institut Pasteur			1		1	
Total				24	3	27

Source : ministère de la Défense, direction centrale du service de santé des armées.

Document 4 : l'OMS et la crise des ressources humaines en matière de santé

Le 9 janvier 2006, le secrétaire général de l'OMS a présenté un rapport sur les « *ressources humaines pour le développement sanitaire* ». Il propose que l'Organisation centre son action sur trois axes.

1. Entreprendre un plaidoyer en faveur des ressources humaines pour la santé

- **La Journée mondiale de la santé 2006 sera consacrée au thème des ressources humaines** pour le développement sanitaire (résolution du 22 mai 2004). Le slogan de cette journée sera « *œuvrer ensemble pour la santé* ». L'accent sera mis sur la valeur inhérente à la qualité d'agent de santé.
- Cette question sera aussi un secteur prioritaire du programme général de travail de l'OMS pour la période 2006-2015.
- **Le rapport sur la santé dans le monde 2006 sera consacré aux personnels de santé.** Il devrait être centré sur 5 grands points : une étude de la situation actuelle des agents de santé, les ressources humaines dans le futur, l'investissement dans les ressources humaines en santé, l'évaluation et la gestion des ressources humaines.

2. Mieux mesurer l'impact des migrations des personnels de santé

- L'OMS souhaite **améliorer la connaissance et le suivi des migrations internationales des personnels de santé.** Elle a mis en place un réseau ouvert (« *The connection* ») pour mobiliser les compétences techniques et mettre au point des indicateurs, des outils et des directives. Elle collabore avec l'OIT et l'OIM (Organisation internationale pour les migrations) afin de mettre en place des mécanismes conjoints de collectes de données sur les migrations.
- L'OMS a mis en place plusieurs initiatives bilatérales et cherche à organiser la coordination des initiatives régionales.
- Un **projet de protocole**⁵ (qui n'est pas public) a été élaboré soulignant les rôles et les responsabilités des pays de départ comme des pays d'accueil et des travailleurs migrants eux-mêmes.
- L'OMS tisse par ailleurs des **relations de travail avec l'OCDE** dans le domaine de la gestion des migrations.

⁵ Le secrétaire général de l'OMS indique que « *Bien qu'un protocole ait peu de chances d'avoir lui-même de profondes répercussions sur les mouvements des personnels de santé, il peut néanmoins servir à appeler les comportements responsables et servir de référence à partir de laquelle évaluer les pratiques actuelles* » (document OMS EB1178/36).

3. Étudier la crise des ressources humaines sous tous ses aspects

Le secrétaire de l'OMS propose que le rapport 2006 aborde les points suivants :

- renforcer les mécanismes de planification et de gestion des ressources humaines ;
- rationaliser les différentes méthodes utilisées par les pays pour renforcer les personnels ;
- analyser et mettre au point des nouvelles modalités de recrutement et de fidélisation du personnel en abordant des questions concrètes (salaires, indemnités, sous-traitance...) ;
- envisager la possibilité d'employer des agents de santé de niveau intermédiaire pour remédier à la pénurie de ressources humaines ;
- aborder l'intégralité de la question des politiques migratoires, en traitant aussi ses aspects « politiquement difficiles » (notamment la question des responsabilités respectives des États de départ et des pays d'accueil...).

Document 5 : les chiffres du Sida

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN 2005

Total	40,3 millions	(36,7 – 45,3 millions)
Adultes	38,0 millions	(34,5 – 42,6 millions)
Femmes	17,5 millions	(16,2 – 19,3 millions)
Enfants, moins de 15 ans	2,3 millions	(2,1 – 2,8 millions)

Statistiques régionales

Afrique	26,3 millions
Amérique	3,3 millions
Asie	8,3 millions
Europe	2,3 millions
Océanie	74 000

NOUVELLES INFECTIONS À VIH EN 2005

Total	4,9 millions	(4,3 – 6,6 millions)
Adultes	4,2 millions	(6,6 – 5,8 millions)
Enfants, moins de 15 ans	700 000	(630 000 – 820 000)

Statistiques régionales

Afrique	3,27 millions
Amérique	273 000
Asie	1,1 million
Europe	292 000
Océanie	8 200

DÉCÈS DUS AU SIDA EN 2005

Total	3,1 millions	(2,8 – 3,6 millions)
Adultes	2,6 millions	(2,3 – 2,9 millions)
Enfants, moins de 15 ans	570 000	(510 000 – 670 000)

Statistiques régionales

Afrique	2,4 millions
Amérique	108 000
Asie	520 000
Europe	74 000
Océanie	3 600

Les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles.

Source : *Le point sur l'épidémie de SIDA*, Rapport spécial sur la prévention du VIH, Onusida et OMS, décembre 2005.

Document 6 : bibliographie

- AFP, « *Aide française au développement : 0,44 % du PIB en 2005, 0,47 % en 2006* » (1 p), Paris, 18 mai 2005.
- AFP, « *Clinton appelle les pays riches à faire plus d'efforts pour l'Afrique* » (1 p), Rome, 19 mai 2005.
- AFP, « *2005 pourrait être cruciale pour l'Afrique (Kofi Annan)* », (1 p), New York, 25 mai 2005.
- AFP, « *Kofi Annan salue l'engagement de l'UE en matière d'aide au développement* » (1 p), New York, 25 mai 2005.
- Audibert M., Mathonnat J., de Roodenbeke E., « *Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis* », (9 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Balique H., « *L'hôpital public en Afrique francophone* », (7 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Banque mondiale, « *Santé, nutrition et population, et objectifs de développement pour le millénaire* », (21 p)
- Barzach M., « *Côte d'Ivoire – Programme de prévention de transmission de la mère à l'enfant* », la lettre de la fondation Glaxo Smith Kline, (4 p), n° 1, mai 2003.
- Barzach M., « *Le Maroc – Programme d'éducation thérapeutique des patients atteints d'infection par le VIH* », la lettre de la fondation Glaxo Smith Kline, (4 p), n° 2, juillet 2003.
- Barzach M., « *1^{er} Séminaire de la fondation Glaxo Smith Kline* », la lettre de la fondation GSK, (4 p), n° 3, septembre 2003.
- Barzach M., « *Le médicament à usage humain* », résumé, Bulletin académie nationale de médecine, 2004, 188, n° 4, (p. 701-713), séance du 6 avril 2004.
- Barzach M., « *Femmes et Sida* », la lettre de la fondation Glaxo Smith Kline, (4 p), n° 5, juin 2004.
- Barzach M., « *Mali – Mission officielle de la fondation Glaxo Smith Kline au Mali du 13 au 16 avril 2004* », la lettre de la fondation GSK, (4 p), n° 6, octobre 2004.
- Bastin J., « *Santé - Un défi continental* » (2 p), in Jeune Afrique/L'Intelligent, consacré à « *L'état de l'Afrique* », hors série n° 6, 2004 (258 p).
- Baudon D., Saissy J.M., Petit C., « *Santé et développement durable dans les pays du Sud* », (2 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.

- Boussinesq M., « *Ivermectine* », (11 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.
- Camdessus M., Badré B., Chéret I., Ténrière-Buchot P.F., « *Eau* », (290 p), Edit. Robert Laffont, septembre 2004.
- Camdessus M., « *La tragédie mondiale de l'eau* », entretien recueilli par Ficatier Julia, in La Croix du 6 mai 2005.
- Colloque international organisé au Palais Bourbon le 4 mars 2004, « *Population et développement : les réponses aux défis du XXI^e siècle* », compte-rendu, in Equilibre et populations, supplément à la lettre d'information n° 89, mars-avril 2004 (31 p).
- Convergence, mensuel de la solidarité édité par le Secours populaire, « *dossier : Sécurité alimentaire, la clé du développement* », (22 p), n° 241, octobre 2004.
- Coordination SUD, « *L'aide publique française au développement et la politique de coopération au développement : état des lieux, analyses et propositions* » (163 p), novembre 2005.
- Cour des Comptes, « *rapport au Président de la République, suivi des réponses des administrations, collectivités, organismes et entreprises* », (35 p.), octobre 1996.
- d'Humières H., « *Un service national pour l'avenir de la jeunesse et la pérennité de la France* », (76 p), édit. Lettres du Monde, mai 2004.
- Deberre J.Ch., « *Coopération française en santé : état des lieux et perspective* » présentation au Conseil économique et social, 6 décembre 2005.
- Deleu A., « *Vers une mondialisation plus juste* », avis du Conseil économique et social adopté le 23 février 2005, brochure JO n° 41105-0002.
- Diallo A.B., Diallo M., Jaffré Y., « *La lutte contre la tuberculose vue du « terrain » : représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée)* », (7 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Diallo I., « *Formation en santé publique en Afrique subsaharienne : enjeux et opportunités* », (8 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Dixneuf M., Rey J-L, « *La santé : une place croissante dans les politiques internationales* », (7 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Dumurgier C., Baulieux J., « *Renaissance de l'enseignement de la chirurgie générale au Cambodge - Expérience unique ou modèle ?* », in Médecine tropicale, (p.80 à 86), n° 65, 2005.
- Duponchel J-L., « *Bilan des soins de santé primaires* », (6 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.

- Egil F., « *Les éléphants de papier, réflexions impies pour le V^{ème} anniversaire des objectifs de développement du millénaire* » (19 p), in *Politique africaine*, n° 99, octobre 2005.
- Etchepare M., « *La lutte contre le Sida en Afrique : perspectives et responsabilités* », (8 p), *Revue médecine tropicale*, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Fanch Y., « *Le Téléthon sert à quoi* », in *L'Itinérant*, (p 30), novembre 2005.
- Floury B., « *Constat général, l'impasse et l'avenir* », (2 p), *Revue médecine tropicale*, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Fondation Glaxo Smith Kline, « *Facing the challenge – Un an après* », novembre 2002.
- Fondation Glaxo Smith Kline, « *Le Cameroun – Visite officielle de la fondation GSK au Cameroun du 17 au 20 novembre 2003* », la lettre de la fondation GSK, (4 p), n° 4, février 2004.
- Fournet F., Salem G., « *La santé dans les villes africaines : d'idées reçues à la définition d'une urgence de santé publique* », (2 p), *Revue médecine tropicale*, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Gentilini M., « *Médecine Tropicale* », (928 p) Médecine-Sciences Flammarion, 2002.
- Gentilini M., « *La coopération sanitaire ou le rêve inachevé* », éditorial in *Médecine Tropicale*, (p. 131-132) Médecine-Sciences Flammarion, 1995.
- Gentilini M., « *Coopération sanitaire : cessons de donner des conseils aux Africains en fonction de nos crédits !* », in *Équilibres & Populations*, n° 19, mars 1996.
- Glaser A., Smith S., « *Comment la France a perdu l'Afrique* », (268 p), édit. Calmann-Lévy, mai 2005.
- Gouazé A., « *Abdelaziz, Moumouni, Petru, Trung, Pierre, et les autres... ou Une certaine vision de la médecine et de la santé dans le monde francophone* », (254 p), Expansion Scientifique française - Paris, juillet 2004.
- Guillaume A. et Khlal M., « *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique* », (150 p), CEPED, septembre 2004.
- Haut conseil de la coopération internationale, « *La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement* », (14 p), avis adopté le 25 juin 2002 et remis au Premier ministre.
- Herrgott K., Mabilais R., « *L'aide publique française au développement et la politique de coopération au développement : état des lieux, analyses et propositions* », Coordination Sud, Solidarité-urgence-développement, (163 p), novembre 2005.
- Institut de médecine tropicale du service de santé des armées (IMTSSA), « *Centenaire de l'école du Pharo, 16 septembre 2005, Marseille* », *Revue médecine tropicale*, (86 p), volume 65, n° 3, juillet 2005.

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, « *Sida, la cause nationale* », Journée mondiale de lutte contre le Sida lancée par l'Inpes, in L'Itinérant, (p 8-11), novembre 2005.
- Jaffré Y., « *Prolégomènes à une réforme des services de santé : de l'identification des dysfonctionnements à la définition d'outils efficaces* », (6 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Klotz F., « *Chaire de médecine tropicale* », Val de grâce, École d'application du Service de santé des armées, leçon inaugurale prononcée le 17 novembre 2004.
- Lazare F., « *Le jumelage se diversifie dans les opérations humanitaires* », (2 p), article du *Monde* du 20 mai 2005.
- Lazare F., « *Trois questions à Louis Le Pensec* », (1 p), article du *Monde* du 20 mai 2005.
- Le Monde, « *À la demande de l'Union africaine, l'OTAN et l'UE vont s'impliquer au Darfour* », article du 18 mai 2005.
- Le Monde, « *Afrique : la réduction de la pauvreté est plus lente que prévu* », Paris, 19 mai 2005.
- Le Monde, Dossiers et documents, n° 344, juillet-août 2005.
- Le Bras M., Malvy D., « *Le paludisme à l'heure de « Roll Back Malaria »* », (3 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.
- Le Bris R.F., « *Réflexion et propositions sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'État à l'étranger* », rapport au Premier ministre ; La Documentation française, juillet 2005 (138 p).
- Mbassa Menick D., Ngoh F., « *Violences à caractère éducatif au Cameroun. Évaluation d'un séminaire de formation à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques infligés aux enfants* » (6 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche - direction des relations internationales et de la coopération, « *La sensibilisation de l'opinion publique aux questions de coopération internationale pour le développement* » ; Haut conseil de la coopération internationale, 20 janvier 2005.
- Ministère de l'Équipement des transports et du logement, « *L'expérience française au service de l'eau* » (25 p), décembre 1998.
- Ministère des Affaires étrangères, direction générale de la coopération internationale et du développement, « *Lutte contre la pauvreté, les inégalités et l'exclusion – Une contribution au débat* », (30 p), DGCID, série Repère, réédition juillet 2002.
- Ministère des Affaires étrangères - Direction générale de la coopération internationale et du développement - direction de développement et de la coopération technique, « *Pour une gouvernance démocratique. Document d'orientation de la politique française de coopération* », 2003 (48 p).

- Ministère des Affaires étrangères, direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID), « *Les indicateurs liés à la mise en œuvre des cadres stratégiques de la lutte contre la pauvreté* », série rapports d'étude (82 p), avril 2003.
- Ministère des Affaires étrangères, Direction générale de la coopération internationale et du développement, « *La coopération internationale française* », (61 p), DGCID, juillet 2005.
- Ministère de la Santé et de la prévention médicale de la République du Sénégal, « *Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH/Sida au Sénégal* », Dakar, 2005.
- Mission interministérielle, « *Aide publique au développement* », annexe au projet de loi de finances pour 2006 (87 p).
- Morand J.J., « *History Trop ; Mutilations sexuelles féminines* », (1 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.
- Morange P., Kerouedan D., « *Évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement. Articulation et coordination des aides bilatérales et de la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé* », Rapport au Premier ministre, (270 p) 7 juin 2005.
- Moreau J-P., « *Un pasteurien sous les tropiques (1963-2000)* » (232 p), Acteurs de la Science, L'Harmattan, janvier 2006.
- Nosten F., « *La lutte contre le paludisme à Plasmodium falciparum résistant aux combinaisons thérapeutiques : un regard de première ligne* », (2 p), Revue médecine tropicale, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.
- OIT, Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, « *Une mondialisation juste ; créer des opportunités pour tous* », (188 p), mai 2004.
- ONU, « *Pourquoi les objectifs du millénaire pour le développement ?* », extraits du rapport du Secrétaire général (2003) sur la mise en œuvre de la Déclaration du millénaire des Nations Unies, (7 p), publié par le PNUD, septembre 2003.
- ONU, « *Pourquoi les objectifs du millénaire pour le développement ?* », extraits du rapport du Secrétaire général (2003) sur la mise en œuvre de la Déclaration du millénaire des Nations Unies, (7 p), publié par le PNUD, septembre 2003.
- ONU, millennium Project, « *Investir dans le développement – Plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement* », résumé du rapport au Secrétaire général de l'ONU, (87 p), janvier 2005.
- Onusida/OMS, « *Le point sur l'épidémie de Sida* » (87 p), décembre 2004.
- Onusida/OMS, « *Le point sur l'épidémie de Sida* » (96 p), décembre 2005
- Organisation mondiale de la santé, Onusida, « *Le point sur l'épidémie de Sida* », rapport spécial sur la prévention du VIH, (95 p), décembre 2005.

- Peters W., Pasval G., « *Médecine tropicale et parasitologie* » (334 p), Médecine-Sciences Flammarion, janvier 2004.
- PNUD, « *Droits de l'homme et développement humain* », Rapport mondial sur le développement humain 2000, Economica (290 p).
- PNUD, « *Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain* », Rapport mondial sur le développement humain 2001 ; Economica (264 p).
- PNUD, « *Approfondir la démocratie dans un monde fragmenté* », Rapport mondial sur le développement humain 2002 ; Economica (277 p).
- PNUD, « *Les objectifs du millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine* », Rapport mondial sur le développement humain 2003 ; Economica (367 p).
- PNUD, « *La liberté culturelle dans un monde diversifié* », Rapport mondial sur le développement humain 2004 ; Economica (285 p).
- PNUD, « *La coopération internationale à la croisée des chemins : l'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités* », Rapport mondial sur le développement humain 2005, Economica (385 p).
- Pobel D., « *La contraception d'urgence en Afrique francophone, c'est possible* », in *Équilibre et populations*, lettre d'information n° 94, avril-mai-juin 2005 (8 p).
- Raunet M., « *De l'exode à la mobilisation des compétences dans le cadre d'un véritable co-développement* » (177 p), étude du Conseil économique et social, 26 juin 2001.
- Régnard C., ministère de l'Emploi de la cohésion sociale et du logement, « *Immigration et présence étrangère en France en 2003* », rapport annuel de la Direction de la population et des migrations (DPM), (165 p), 2005.
- Rey M., « *Éradication de la poliomyélite : la situation en 2005* », bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique (8 p), n° 39-40, 11 octobre 2005.
- Sepou A., Gaye A., Dumont A., « *Jusqu'où vont les auteurs d'interruption clandestine de grossesse en milieu africain ?* » (3 p), *Revue médecine tropicale*, IMTSSA, volume 65, n° 1, 2005.
- Talpain D., Mathonnat J., « *La politique internationale de la France en matière de santé - Acteurs, enjeux, analyse, propositions* », rapport à M. le ministre des Affaires étrangères et M. le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, (52 p), février 2004.
- Toubon R., « *APD et santé : la France des paradoxes* » et « *Ressources humaines et santé en Afrique : le Conseil national du Sida balaie tous les tabous* », in *Equilibre et populations*, Lettre d'information n° 94, avril-mai-juin 2005 (8 p).
- Trébuq A., « *La lutte contre la tuberculose dans le monde : résultats et défis* », (8 p), *Revue médecine tropicale*, IMTSSA, volume 64, n° 6, 2004.

- Weber Ch., « *Mali - Un partenariat inscrit dans la durée* », la lettre de la fondation Glaxo Smith Kline, (4 p), n° 9, juillet 2005.
- Wiltzer P.A., « *Afrique : la bombe à retardement* », entretien ; Revue politique internationale n° 105, automne 2004.
- Wiltzer P.A., « *Prévention des conflits : tout reste à inventer* », (1 p), propos recueillis par Marc Bousquet, in L'Hémicycle, n° 214, 25 mai 2005.
- Wiltzer P.A., « *La multiplication des conflits dans les pays pauvres : comment relever le défi ?* » éditorial de La Lettre diplomatique n° 70, 2^{ème} trimestre 2005.

Document 7 : table des sigles

ACP	Pays d'Afrique, Caraïbes, Pacifique.
AFD	Agence française de développement.
AIMF	Association internationale des maires francophones.
AMI	Assistance médicale indigène.
ANRS	Agence nationale de recherche sur le Sida.
APD	Aide publique au développement.
APSPCS	Association des postes de santé privés catholiques du Sénégal.
ARV	Anti-rétroviraux.
ASACOBA	Association santé communautaire de Banconi.
ASPROCOP	Association des professionnels de santé en coopération.
AUF	Agence universitaire de la francophonie.
CES	Conseil économique et social.
CESAC	Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil (Bamako, Mali) pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
CESE	Comité économique et social européen.
CHU	Centre hospitalier universitaire.
CICID	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement.
CIRAD	Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement.
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers.
CNLS	Conseil national de lutte contre le Sida (Sénégal).
CNRS	Centre national de la recherche scientifique.
COM	Collectivité d'Outre-mer.
DCP	Document-cadre de partenariat.
DCSUR	Direction de la coopération scientifique et universitaire (du MAE).
DPDEV	Direction des politiques de développement (du MAE).
DSTE	Diaspora scientifique, technique et économique.
FED	Fonds européen de développement.
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population.
FSP	Fonds de solidarité prioritaire.
G8	Réunion des chefs d'État ou de gouvernement des 8 États les plus riches.
GIP	Groupement d'intérêt public.
GIP-ESTHER	Groupement d'intérêt public « <i>ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau</i> ».

GSK	Glaxo Smith Kline.
HCCI	Haut conseil de la coopération internationale.
HCNLS	Haut conseil national de lutte contre le Sida.
INED	Institut national d'études démographiques.
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale.
IOTA	Institut d'ophtalmologie tropicale africain (Bamako, Mali).
IPOM	Institut Pasteur d'Outre-mer.
IRD	Institut de recherche et de développement.
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense.
MAE	Ministère des affaires étrangères.
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques.
ODM ou <i>MDGs</i>	Objectifs de développement pour le millénaire (<i>Millenium development goals</i>).
OIF	Organisation internationale de la francophonie.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONG	Organisation non gouvernementale.
PCRD	Programme-cadre de recherche et de développement.
PED	Pays en développement.
PH	Praticiens hospitaliers.
RIIP	Réseau international des instituts Pasteur.
UCAD	Université <i>Cheikh Anta Diop</i> (Dakar, Sénégal).
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance / <i>United Nations international children's emergency found</i>
VAT	Volontaire pour l'aide technique.
VSNE	Volontaire du service national en entreprise.

Face à une situation sanitaire mondiale qui s'aggrave, le savoir-faire français, dans le domaine de la coopération sanitaire, justifierait un engagement beaucoup plus actif de notre pays. Or, on assiste au contraire à un déclin de la présence française

Dans cet avis, le Conseil économique et social milite pour une réduction de la fracture sanitaire par une politique volontariste de réactivation de la coopération sanitaire française en encourageant au sein de la jeunesse l'expression d'une démarche de solidarité au service des populations les plus pauvres.