



LA SANTÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT : DÉFIS ET RESPONSABILITES

A mi-parcours des Objectifs du Millénaire pour le
Développement, où en sommes-nous sur la santé ?



COLLOQUE ORGANISÉ PAR
L'ACTION MONDIALE CONTRE LA PAUVRETÉ (AMCP)
FRANCE

12 ET 13 DECEMBRE 2007

Cette rencontre entre société civile et pouvoirs publics a été l'occasion de mettre en évidence les efforts à fournir pour atteindre les OMD en santé pour le gouvernement français et la communauté des acteurs du développement dans son ensemble. Le rôle de la France, fortement impliquée dans la défense de la santé globale, est à cet égard crucial. De nouvelles perspectives d'affirmation de ce rôle pourraient se jouer pendant la présidence française de l'Union européenne, durant laquelle se tiendra le sommet d'Accra sur l'efficacité de l'aide.

Rédaction :

Julie Ancian – Astrid Frey – Anne Héry – Annick Jeantet – Claude Moncorgé – Colette Niclausse – Nathalie Péré-Marzano – Michel Roy – Marie Yared

Maquette :

Karine Besses

Impression :

Célia Copie

Photo de couverture- MdM :

Stéphane Lehr

SOMMAIRE

Ouverture du colloque	p. 5
Mme Nathalie Péré- Marzano Déléguée générale du CRID, coordinatrice de l'AMCP-France	
1^{ère} table ronde - Prioriser la santé dans la coopération pour le développement	p. 6
MODÉRATEUR	
M. Jean-Marc Boivin Responsable de l'action politique et du plaidoyer, Handicap International-France	
INTERVENANTS	
Mme Sylvia Borren Vice - présidente de l'AMCP International	
Dr Dominique Kerouedan Consultante internationale en santé publique	
M. André Pouillès-Duplaix Sous-directeur des Politiques sectorielles et des OMD, DGCID – MAEE	
2^{nde} table ronde - Témoignages : les obstacles à l'accès aux soins	p. 12
MODÉRATEUR	
Dr Claude Moncorgé Secrétaire Général de l'OPALS	
INTERVENANTS	
Dr Madeleine Leloup Directrice de cabinet du Pr Kazatchkine, FMSTP	
Mme Djiba Kane Diallo Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)	
Dr Ernest Nyamoto Directeur des services de soins, ONG Liverpool VCT (Kenya)	
Dr Samuel Wanji Chercheur à l'université de Buea (Cameroun)	
M. Mamadou Camara Membre de l'action coordonnée accès aux ARV, ANRS	
3^{ème} table ronde - La crise des ressources humaines en santé	p. 15
MODÉRATEUR	
M. Michel Roy Responsable du plaidoyer international, Secours Catholique	
INTERVENANTS	
Dr David Sanders Professeur de santé publique, Western Cape (Afrique du Sud)	
Dr Bernard Arcens Coordinateur médical du projet Grande Anse (Haïti)	
Dr Jean-Pierre Unger Chercheur et expert en systèmes de santé, Institut de Médecine tropicale d'Anvers	
M. Antonio Ortiz Bureau des politiques de santé, DGCID – MAEE	
4^{ème} table ronde - Les financements consacrés à la santé	p. 20
MODÉRATEUR	
Mme Annick Jeantet Responsable plaidoyer, Action for Global Health	
INTERVENANTS	
Mme Elisabeth Sandor Responsable Santé, division Efficacité de l'aide à l'OCDE	
Dr Bobby John Représentant des ONG du Sud, FMSTP	
Mme Silvia Ferrazi Responsable des relations avec les donateurs, FMSTP	
Pr Marc Gentilini Professeur émérite Maladies infectieuses et tropicales, Pitié Salpêtrière, Paris	
Mme Marie-Odile Waty Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain à l'AFD	
5- Débat - « Huit ans pour relever le défi des OMD en santé »	p. 25
MODÉRATEUR	
M. Assane Diop Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient	
INTERVENANTS	
M. Jean-Marc Chataigner Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE	
Dr Anders Nordström Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS	
M. Julian Schweitzer Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale	
M. Salil Shetty Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies	
Allocution de clôture du colloque	p. 34
Dr Pierre Micheletti Président de Médecins du Monde	
Conclusions et recommandations de l'AMCP	p. 35

Abréviations

ACP	Afrique, Caraïbes et Pacifique (Pays d')
AFD	Agence française de développement
AMCP	Action Mondiale Contre la Pauvreté
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales
APD	Aide publique au développement
APE	Accords de partenariats économiques
ARV	Anti-retro-viraux
C2D	Les contrats de désendettement et de développement
CRID	Centre de Recherche et d'Information pour le Développement
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DGCID	Direction générale de la Coopération internationale et du Développement (Ministère des Affaires étrangères et européennes)
ENA	Ecole Nationale de l'Administration
FED	Fonds européen de Développement
FMI	Fonds monétaire international
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GCAP	Global Call for Action against Poverty (Action Mondiale Contre la Pauvreté)
IHP	International Health Partnership
MAEE	Ministère des Affaires étrangères et européennes
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPALS	Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida
PIB	Produit intérieur brut
RFI	Radio France Internationale
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
UE	Union européenne

Ouverture du colloque

Par Mme Nathalie Péré-Marzano | Déléguée générale du CRID, coordinatrice de l'AMCP-France

L'AMCP-France, à l'initiative du colloque de ce jour, est une plate-forme réunissant différents acteurs de la société civile engagés collectivement depuis 2005 dans la campagne sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Pour l'AMCP-France, la lutte contre la pauvreté et l'atteinte des OMD passent par la reconnaissance des droits fondamentaux pour toutes et tous et le respect des droits politiques et civils des populations.

Les plates-formes nationales constituées dans des dizaines de pays en 2005 autour des OMD ont défini trois objectifs d'interpellation des pouvoirs publics communs : l'annulation des dettes des pays du Sud comme condition *sine qua non* de la réalisation des OMD, la mise en place de règles commerciales justes et équitables au service du développement des populations les plus pauvres, l'augmentation quantitative et qualitative de l'Aide Publique au Développement. La plate-forme française a également choisi d'interpeller son gouvernement sur la nécessité de lutter véritablement contre les paradis fiscaux et judiciaires, ainsi que sur la nécessité de remettre le respect des droits humains au cœur du processus de gouvernance mondiale. Cette campagne a mobilisé des millions de personnes dans le monde.

Le premier séminaire de la plate-forme AMCP-France, « Extrême pauvreté et emploi décent » organisé en décembre 2006, traitait de l'OMD 1, « Eliminer l'extrême pauvreté et la faim dans le monde ». Cette année, nous avons choisi de travailler sur les OMD 4, 5 et 6 qui traitent de la santé. Le rapport de l'ONU à ce sujet est alarmant :

- haut niveau de mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement,
- insuffisance pondérale alarmante des enfants,
- augmentation du nombre de décès liés au VIH/SIDA,
- faiblesse chronique dans l'accès aux installations sanitaires de base des populations les plus pauvres.

Dans son dernier rapport, l'ONU relève certains manquements majeurs qui freinent la réalisation des OMD : une répartition inégale des bienfaits de la croissance économique et un non respect par la plupart des pays développés de leurs engagements en terme d'APD (l'aide officielle totale en termes réels a même baissé entre 2005 et 2006).

Ce séminaire mettra l'accent sur quatre enjeux à relever pour la réalisation des OMD en santé qui sont :

- prioriser la santé dans la coopération pour le développement,
- lever les obstacles à l'accès aux soins,
- enrayer la crise des ressources humaines en santé,
- augmenter et améliorer l'efficacité des financements consacrés à la santé.

En France, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place une campagne d'information et de sensibilisation du grand public sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il faut que les moyens et les priorités de la coopération française soient en cohérence avec cet engagement pour les OMD et avec l'urgence de la situation. L'approche de l'AMCP sur les objectifs du Millénaire pour le développement reste globale, la lutte contre la pauvreté étant multi factorielle. Enfin, la réalisation des objectifs liés à la santé sont indissociables des questions de financements nécessaires pour la réalisation des OMD d'ici 2015. L'AMCP souhaite que les conclusions du séminaire contribuent à mettre en place de vrais moyens afin de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, et en particulier ceux liés à la santé.

1ère table ronde

Prioriser la santé dans la coopération pour le développement

MODÉRATEUR

M. Jean-Marc Boivin | Responsable de l'action politique et du plaidoyer, Handicap International

INTERVENANTS

Mme Sylvia Borren | Vice - présidente de l'AMCP International

Dr Dominique Kerouedan | Consultante internationale en santé publique

M. André Pouillès-Duplaix | Sous-directeur des Politiques sectorielles et des OMD, DGCID – MAEE

A mi-chemin de la date butoir fixée pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les pays riches ont pris beaucoup de retard sur leurs engagements. Quel bilan peut-on dresser de la réalisation des OMD en matière de santé ? Et quelles doivent être les priorités de la politique de coopération pour améliorer l'accès à la santé et aux soins pour tous, y compris les plus vulnérables ?

M. Jean-Marc Boivin | Responsable de l'action politique et du plaidoyer, Handicap International

Je souhaite réaffirmer ici l'enjeu primordial de cette rencontre. La santé est un facteur essentiel de lutte contre la pauvreté et je regrette de devoir le répéter encore aujourd'hui. Il convient donc, selon moi, de prioriser la santé dans le combat des OMD. Sachez que la moitié de la population des pays en développement n'a pas accès aux systèmes de santé publique élémentaires. Les personnes handicapées, souvent parmi les plus pauvres, sont quasiment toujours exclues des dispositifs de santé, tant au titre de la prévention que de l'accès aux soins, faute de ressources et d'accessibilité des services. Pour mémoire, les personnes handicapées représentent, selon l'OMS environ 650 millions de personnes, c'est à dire 650 millions de familles ! La santé est-elle un luxe ? N'est-elle qu'une question individuelle, selon les moyens de chacun, ou est-elle un droit fondamental dû à toute personne dont la compétence relève bien des pouvoirs publics ?

Mme Sylvia Borren | Vice - présidente de l'AMCP International

Mes sources sur la santé proviennent du dernier Social Watch Report 2007. Les soins de santé représentent un très, très gros problème dans le monde. L'accouchement assisté dans les 35 pays les plus pauvres est de 35 %, alors qu'il est de 98 % en Occident. Ce faible taux d'assistance conduit à plus de mortalité maternelle et de mortalité infantile. Le virus VIH dans les 10 pays les plus pauvres touche entre 10 % et 33 % de la population, contre 0,4 % en France. Dans un tiers des pays du monde, nous ne voyons aucune amélioration des soins de santé et dans 13 pays la situation empire. Dans ces pays, 1,8 % du PNB est dépensé dans les soins de santé, contre 8,2 % en France. C'est donc un tableau très sombre et les choses ne vont pas du tout dans la bonne direction. On constate également un écart entre les sexes qui affecte la santé. 77 millions d'enfants sont non scolarisés. 781 millions d'adultes, dont deux tiers de femmes, sont illettrés. Le salaire des femmes correspond au tiers de celui des hommes dans les pays les plus pauvres et aux deux tiers de celui des hommes dans les pays les plus équitables.

Pourquoi le rééquilibrage de politiques de lutte contre les inégalités prenant en compte le genre est-il si important ? Parce que l'éducation sanitaire est une préoccupation qui relève des femmes. Nous avons vu que les femmes jouaient un rôle plus important dans ce domaine. Ainsi, l'écart entre les hommes et les femmes affecte les soins de santé en totalité.

Nous connaissons toutes les promesses faites lors du Sommet des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire, notamment celle relative au fait de consacrer 0,7 % du PNB à l'APD. Il est important de noter qu'en matière d'éducation, les dépenses de l'UE ont diminué entre 2000 et 2005. En matière de santé, les dépenses ont diminué de 7 % à 5 %. Ces derniers mois, sur 61 pays en développement, seuls 5 privilégient l'éducation, 2 privilégient la santé et 19 privilégient les transports. Les transports sont au centre des préoccupations de l'UE car de nombreux entrepreneurs européens vont organiser ces transports. L'UE est un donateur important, mais l'argent n'est pas dépensé sur les secteurs prioritaires pour la santé. Les dépenses relatives à la lutte contre le

SIDA diminuent. Le contrôle démocratique reste insuffisant. Il n'y a pas eu non plus de procédure pour savoir ce dont ces pays avaient besoin.

Nous savons qu'il existe des tractations et des interférences avec les Accords de Partenariat Economique. Donc, cela est lié à la libéralisation du commerce pour l'Europe et les pays européens. Les discours officiels nient tout ceci, pourtant les faits sont là : dans les discours, les OMD vont être atteints. La réalité est que nous retournons en arrière.

En France, l'APD représente 0,47 % du PIB. Nous ne devrions pas être trop satisfaits de ces chiffres. L'aide officielle au développement inclut les frais liés à l'accueil des étudiants étrangers, les frais migratoires et les dépenses à destination des DOM-TOM. En Hollande, nous appelons cela de « l'aide sale ». Donc le budget d'aide réel au développement estimé est de 0,24% du PIB. Cela est très choquant. En 2005, 2,2 % de l'aide bilatérale française étaient destinés à l'éducation primaire et seulement 0,4 % à la santé primaire ; cela m'a surpris, car l'on entend toujours dire que la France soutient la santé. Mais en fait, l'aide passe surtout par les canaux multilatéraux et je pense que nous devons faire en sorte que nos gouvernements soient responsables.

Nous, membres de la société civile, devons nous organiser. L'écart entre les promesses et la réalité augmente. Nous avons vraiment les moyens d'atteindre ces Objectifs du Millénaire, pourquoi ne le faisons-nous pas ? Il appartient aux citoyens de s'organiser et de vouloir ce changement. La France peut jouer un rôle moteur pour changer l'image très morose que je viens de montrer sur la santé et je pense que nous savons tous ce qui doit être fait. Il faut renforcer les systèmes de santé primaires. Nous devons soutenir les droits à la procréation, à l'éducation et à la santé. Le préservatif féminin existe depuis environ 20 ans et il n'est produit nulle part à bon marché. Chez Oxfam-Novib, nous allons produire un préservatif féminin pour 10 centimes d'euros et nous allons le tester dans 3 pays africains, avec le soutien de nombreuses autres organisations.

La meilleure façon de tester la qualité de l'aide est de voir si elle atteint les femmes et si elle atteint les femmes de la manière dont elles le veulent.

Dr Dominique Kerouedan | Consultante internationale en santé publique

Je voudrais aujourd'hui remettre en cause l'idée reçue selon laquelle la santé est devenue une priorité des politiques de développement et les financements alloués à la santé ont augmenté depuis la déclaration du millénaire. S'il est vrai que le thème de la santé s'inscrit désormais dans les discours politiques et les agendas des réunions mondiales, et que certaines initiatives mondiales (FMSTP, GAVI) ont vu leurs financements croître en valeur absolue, la part de l'aide publique bilatérale allouée au secteur de la santé a diminué sur la période 2000-2007, en particulier la part du Fonds européen de développement qui n'a cessé de diminuer sur la période (6 à 7% des 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} FED, 4.1% du 9^{ème} FED et environ 3% de la programmation du 10^{ème} FED). Il s'agit aussi de distinguer les financements en faveur de la lutte contre les pandémies de sida, tuberculose et paludisme de ceux dont pourraient bénéficier les systèmes de santé, ou le secteur de la santé dans son ensemble.

Ni les Institutions Internationales, ni les pays, ne consacrent assez de temps et d'argent à la santé. Seuls 4 pays en Afrique ont atteint l'objectif d'Abuja de consacrer 15% des dépenses publiques au secteur de la santé. 28 pays y consacrent moins de 10%. Dans 36 pays, les dépenses de santé sont inférieures à 50 dollars par habitant et par an. La mobilisation en faveur de la santé des acteurs nationaux et des nouveaux instruments de financement de l'aide (aide budgétaire globale) invite à susciter un véritable dialogue politique entre le ministère de la santé et le ministère des finances.

La santé reste un secteur opaque pour les politiques, les administrateurs ou les diplomates. Il faut donc les sensibiliser à la source, là où ils sont formés, c'est-à-dire à Sciences Politiques et à l'ENA.

La deuxième idée reçue est celle qui affirme que la communauté internationale a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins ; or, si la couverture géographique a été améliorée par la construction d'infrastructures sanitaires et routières, l'accès économique aux soins reste problématique. Nous voyons qu'il existe dans ce domaine un vide stratégique au niveau international : plus personne n'adopte de position claire quant à la définition d'un système de financement, ni même ne prend position en faveur ou contre (à l'exception du DFID) le paiement direct des usagers. C'est un système pourtant mis à mal par les études qui révèlent que ses modalités de financement font basculer des millions de familles dans la pauvreté et excluent les pauvres. Pour la première fois apparaît dans un document de l'Union Européenne l'abolition des « user fees » dans le plan d'action de la Stratégie Europe-Afrique signée conjointement à Lisbonne en décembre 2007, qui engage tous les Etats membres.

La troisième idée reçue soutient que les interventions efficaces existent et qu'il suffit de les mettre en oeuvre. Concernant les maladies infectieuses (OMD6), cela est vrai dans une certaine mesure pour la tuberculose et le paludisme. Cependant, l'incidence de la tuberculose continue d'augmenter en Afrique, qui est à l'origine de l'augmentation de l'incidence à l'échelle mondiale. Pour ce qui a trait à la lutte contre le SIDA, il faut rappeler que 5 millions de nouveaux cas sont déclarés par an. Les interventions existent-elles vraiment ? Sait-on quelle est la méthode de communication la plus efficace pour lutter contre la transmission sexuelle du SIDA et le changement de comportement ? J'en doute. Où sont synthétisées les « success stories » africaines depuis 20 ans dans ce domaine dont pourraient s'inspirer la Chine, la Russie, l'Inde, l'Afrique du Sud ? Il est du devoir des pouvoirs publics d'informer. Mais en ce qui concerne les changements de comportements, il reste encore beaucoup de travail. Les pays attendent que soient diffusés des « best practices » qui les aideraient à maîtriser un peu mieux ces fléaux.

Les interventions existent-elles pour prévenir et traiter les maladies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, etc.) dont la prévalence est en constante augmentation ? Ces maladies font partie des OMD oubliés.

Je tiens à insister ensuite sur quelques idées émises par les ministres de la santé des Etats ACP réunis à Bruxelles en octobre 2007, signataires de la Déclaration de Bruxelles sur la santé et le développement durable et son cadre d'action (www.acp.int) Les ministres et leurs représentants suggèrent de changer d'approche, de réfléchir sur les déterminants qui empêchent les pays d'avancer en matière de santé ; il s'agit de réformer, d'innover, de sortir des sentiers battus. Il est également question d'une implication plus large de tous les gouvernements : ministère public, de la santé, des finances... Il convient de ne pas oublier d'observer les systèmes qui marchent (Cuba) et d'en tirer des leçons. Puisque les Etats ont failli à atteindre les OMD dit le ministre du Tchad, pourquoi ne pas s'asseoir avec les agences techniques et travailler très concrètement sur les questions des ressources humaines, de la gestion, du financement, des médicaments et des partenariats ? C'est cet appui qu'attendent les responsables de terrain. Le ministre du Soudan souhaite placer la santé au cœur des Accords de Partenariat Economique (entre la Commission européenne et les Etats ACP) et espère intégrer ce secteur aux actions multisectorielles de développement relatives à l'eau, à l'éducation, à l'environnement et à la sécurité alimentaire. Il faut considérer le secteur dans son ensemble.

Concernant la crise des ressources humaines, je pense qu'il ne faut pas chercher à répondre à cette question sous le seul angle de la migration. La pénurie des ressources humaines n'est pas nouvelle et appelle des réponses spécifiques indépendantes de la migration, même si celle-ci aggrave la situation et invite à une réflexion et une stratégie globales.

Il est dit que les initiatives globales ont des effets négatifs sur les systèmes de santé. Les systèmes de santé ne se résument pas aux aspects managériaux. Les systèmes de santé ont une dimension technique (laboratoires, diagnostics, alertes et surveillance épidémiques, sécurité sanguine, prise en charge médicale, information sanitaire, formation et qualité des ressources humaines). Les effets des initiatives globales ont dans ce domaine été plutôt positifs. Il s'agit de coordonner davantage dans les pays les interventions bilatérales de la Commission Européenne, de la Banque Mondiale, des gouvernements des pays de l'OCDE avec les initiatives mondiales telles que le FMSTP et la GAVI par exemple. Les partenariats public/privés sont à faire fonctionner dans les pays autant qu'à l'échelle internationale.

M. André Pouillès-Duplaix | Sous-directeur des Politiques sectorielles et des OMD, DGCID – MAEE

Sachez que les dépenses dans l'éducation et la santé sont aujourd'hui considérées comme des investissements rentables dans le capital humain. La France estime que les Objectifs du Millénaire pour le Développement doivent être au service du développement économique. Les morts, dues à certaines maladies, et tous les coûts que cela engendre, réduisent le PNB de ces pays et impactent ainsi leurs possibilités de croissance. Je tiens à préciser que l'absence de couverture maladie pousse les gens à rester à l'écart et donc à limiter leur activité économique et leur productivité, ce qui représente également une perte de PNB pour les pays. D'où la légitimité d'une action publique française puis européenne et enfin internationale. Le Président Sarkozy s'applique à cela depuis juin 2007. Auparavant, la France consacrait 4 % de son APD à la santé contre 8 % aujourd'hui. Le but étant d'atteindre les 11 %. La part transitant par l'aide bilatérale étant inférieure à celle qui emprunte le canal multilatéral. Je tiens à vous indiquer que la France prône une croissance partagée, cela afin qu'elle soit durable. Une nouvelle conférence sur la couverture du risque maladie sera organisée en avril 2008.

Des progrès restent à faire en ce qui concerne les systèmes de santé, notamment sur la question des ressources humaines et la question du financement de ces systèmes de santé. Il convient aussi de renforcer les partenariats avec les ONG, le secteur privé et les groupements d'intérêts publics. Une prise en compte plus importante des maladies chroniques est nécessaire. Il faut également améliorer la coordination des actions qui ont un impact sur la santé (hygiène, eau, éducation, nutrition...). Enfin, il serait bon d'encourager la recherche sur le développement et la santé.

Je vous informe que la France vient d'actualiser une stratégie en matière de santé et d'APD qui devrait être validée prochainement. La Présidence française de l'Union européenne a prévu de mettre l'accent sur les travaux sur la santé et la couverture du risque maladie. Je termine en vous rappelant que les huit OMD ont en réalité trait à la santé, et que chacun contribue à travailler sur cette question de l'amélioration de la santé dans les pays en développement.

Interventions de la salle

Docteur SIMON, Croix Rouge française

Je remarque que les ambassades françaises dans les pays en développement ne travaillent pas assez sur cette question de la santé. Les dons sont effectués (Fonds mondial, OMS...) mais aucun contrôle n'est mené sur le terrain quant à la gestion de ces dons.

M. Michel Roy | Responsable du plaidoyer international, Secours Catholique

Je trouve scandaleux que seulement 3 % du FED soient consacrés au domaine de la santé. La France devrait enjoindre le FED à déboursier des sommes bien plus importantes pour la santé.

M. André Pouillès-Duplaix | Sous-directeur des Politiques sectorielles et des OMD, DGCID – MAEE

Je vous rappelle que la France a choisi de favoriser l'aide multilatérale. Les politiques constatent aujourd'hui que cela n'est pas suffisant et tentent de rééquilibrer les aides. Il n'est cependant pas question pour la France de diminuer sa part d'aide multilatérale, qui restera la même, quelle que soit l'augmentation de l'aide bilatérale. Concernant la responsabilité des ambassades françaises, l'aide française est aujourd'hui inscrite dans un Document Cadre de Partenariat dans lequel les priorités sont définies conjointement avec le pays partenaire. Il appartient donc aussi aux pays de mettre en avant leur volonté d'améliorer les systèmes de santé en coopération avec la France. Très peu de pays, parmi la trentaine ayant signé un Document Cadre de Partenariat avec la France, ont défini la santé comme secteur de concentration de l'aide. Sachez ensuite que la France reste faible en terme d'influence sur les politiques et les stratégies des multilatéraux en général et de la Commission Européenne en particulier. Il faut remédier à cela. La France est déjà intervenue auprès de la Banque Mondiale et tente aujourd'hui d'influencer la stratégie européenne (financement des OMD ou assistance technique d'EUROPEAID).

Mme Sylvia Borren | Vice - présidente de l'AMCP International

La France doit s'assurer de la qualité démocratique des pays avec lesquels l'UE signe des accords-cadres. Il faut que la société civile participe à ces processus d'accords cadre et sache ce qui se passe à ce niveau entre les élites. Il faut s'assurer de l'aspect démocratique de la démarche (participation de la société civile, des femmes...).

Dr Dominique Kerouedan | Consultante internationale en santé publique

Je tiens à souligner que choisir le multilatéral au détriment du bilatéral et choisir de ne pas accompagner la mise en oeuvre des financements au niveau des pays n'est pas une attitude propre à la France ; la Commission Européenne agit en effet de la même manière.

Mme Annick Jeantet | Responsable plaidoyer, Action for Global Health

Je ne suis pas d'accord avec les chiffres de l'APD annoncés par le gouvernement. La taxe UNITAID est une taxe citoyenne et ne représente pas du tout un apport du budget français dans l'APD. Je m'interroge en outre à propos de la coordination et de la cohérence des initiatives internationales qui sont à l'œuvre actuellement.

M. André Pouillès-Duplaix | Sous-directeur des Politiques sectorielles et des OMD, DGCID – MAEE

Il me paraît important d'affirmer la nécessité de l'implication de la société civile dans ces démarches. Toutes les lois d'orientation agricoles et les politiques nationales en matière d'éducation mises en place dans certains de ces pays se sont développées grâce aux membres de la société civile, aux gouvernements, aux acteurs privés et aux producteurs. Il faut agir de même pour la santé. Je rappelle ici que le choix du multilatéral n'a pas été fait contre le bilatéral. Il n'est pas question d'une défaillance de l'assistance technique, mais plutôt d'une nécessité de trouver de nouveaux moyens financiers. Il s'agit également de favoriser la mise en place d'une même gouvernance afin de prendre les mêmes mesures partout. Enfin, la taxe UNITAID est considérée comme de l'aide au développement.

M. Jean-Marc Boivin | Responsable de l'action politique et du plaidoyer, Handicap International

Soulignons que la mobilisation de la société civile autour de ces questions reste délicate sur le terrain : la voix des exclus est toujours la plus difficile à mobiliser. Cela demande un travail au long cours. Cependant, des acteurs relais intermédiaires jouent leur rôle de témoins comme il se doit.

Mme Djiba Kane Diallo | Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)

Je souhaiterais que le fait d'être francophone ne représente pas un obstacle pour accéder aux fonds verticaux. Tous les documents relatifs à ces fonds verticaux sont en langue anglaise. Y a-t-il là une quelconque volonté de dissuasion de la part de la France ?

Dr Madeleine Leloup | Directrice de cabinet du Pr Kazatchkine, FMSTP

Je reconnais que la prédominance de la langue anglaise est choquante. Les formulaires des propositions à soumettre au Fonds Mondial sont publiés dans les six langues officielles des Nations Unies. Les pays peuvent répondre en français. Les rapports peuvent être rédigés en français. Cependant, il est vrai que lorsque ces propositions sont soumises aux experts, elles sont traduites. Des efforts sont faits pour augmenter la fréquence d'utilisation du français ou de l'espagnol. Cette question est tout à fait prise en compte au Fonds Mondial, je vous assure.



2ème table-ronde

Témoignages : les obstacles à l'accès aux soins

MODÉRATEUR

Dr Claude Moncorgé | Secrétaire Général de l'OPALS

INTERVENANTS

Dr Madeleine Leloup | Directrice de cabinet du Pr Kazatchkine, FMSTP

Mme Djiba Kane Diallo | Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)

Dr Ernest Nyamoto | Directeur des services de soins, ONG Liverpool VCT (Kenya)

Dr Samuel Wanji | Chercheur à l'université de Buea (Cameroun)

M. Mamadou Camara | Membre de l'action coordonnée accès aux ARV, ANRS

Les obstacles à l'accès aux soins sont multiples. Outre la disponibilité des médicaments, et même si des progrès ont été réalisés (pour les antirétroviraux en particulier), l'accès à certains médicaments essentiels est encore très irrégulier, l'accès aux soins peu équitable et la qualité des prestations de soins très aléatoire. Des témoignages éclaireront ces réalités, et nous évoquerons aussi l'actualité autour des questions de l'accès aux médicaments.

Dr Claude Moncorgé | Secrétaire Général de l'OPALS

Je voudrais ici rappeler l'importance de la réalité du terrain. C'est bien l'objectif de cette table ronde que de mettre les grandes orientations stratégiques et financières dont nous débattons depuis ce matin, face aux réalités quotidiennes vécues sur le terrain.

Mme Djiba Kane Diallo | Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)

Je suis soutenue par une université et des ONG. Le projet mis en place est destiné à quatre pays : le Mali, le Ghana, le Kenya et le Mozambique. Plusieurs types de difficultés sont rencontrés : financières, culturelles et géographiques. Le Mali figure parmi les pays les plus pauvres en matière de développement humain. Environ un enfant sur cinq meurt avant l'âge de cinq ans. Sachez que le paludisme, première cause de mortalité infanto-juvénile, fait perdre 1 % de son PNB au Mali chaque année. Le paludisme représente un vrai fléau dans ces pays d'Afrique où l'on meurt plus souvent du paludisme que du VIH. Réduire la mortalité mère-enfant est aussi primordial.

Concernant les obstacles financiers, le gouvernement du Mali alloue seulement 7 % de son budget à la santé, au lieu des 15 % prévus à Abuja en 2000. Aujourd'hui, 28 pays africains consacrent seulement 10 % de leur budget à la santé. Il faut noter également une absence de ressources pour ce qui concerne l'acheminement, le stockage et le conditionnement des médicaments. Je remets ensuite en cause la distribution des médicaments entre les différentes structures de santé du pays. J'insiste sur la dégradation de ces infrastructures de santé (manque d'équipements, de personnel...).

Je déplore l'insuffisance du financement international dans la lutte contre le paludisme. Seulement 20 % des financements du Fonds Mondial sont consacrés au paludisme. Je regrette le déclin de l'aide bilatérale, et le déclin de l'aide française en particulier. L'aide médicale au Mali est presque inexistante et très mal organisée. MSF a montré que la subvention de médicaments doit être accompagnée d'une baisse du coût de la consultation. Je vais ici rappeler les problèmes rencontrés au niveau des ressources humaines de la santé : insuffisance qualitative et quantitative, démotivation des agents, répartition inadéquate des agents (le Nord est une région insécurisée, chère et aride). Il existe aussi des obstacles socio-culturels. L'automédication prédomine. Le recours aux soins hospitaliers est une décision qui revient au père de famille ; et c'est une décision qui est rarement prise. Il existe aussi des obstacles liés à l'enclavement du pays : l'approvisionnement en médicaments est très complexe. Le retard dans l'évacuation des patients (ambulances) est également problématique (l'essence est chère).

Il convient d'impulser un dialogue national sur la question des intrants gratuits et le recouvrement des coûts (Initiative de Bamako). Il faut améliorer la mobilisation des ressources et encourager la création de centres d'information et de formation d'agents de santé.

Dr Samuel Wanji | Chercheur à l'université de Buea (Cameroun)

Je vais pour ma part vous décrire les interventions sanitaires sous directives communautaires. Une étude a été menée dans cinq pays africains en coordination avec le programme spécial de recherches sur les maladies tropicales à l'OMS. La lutte contre l'onchocercose a connu plusieurs étapes ; aujourd'hui elle est soignée par le traitement TIDC ; le but est de couvrir 100 millions d'individus en 2010. Il faut également atteindre les communautés reculées. L'étude a porté sur les possibilités d'utiliser l'IDC (Intervention sous Directive Communautaire) pour réaliser d'autres interventions sanitaires, de manière intégrée. Ce processus part du niveau central, puis se dirige vers la province et finit dans les communautés. L'IDC est accompagnée de formations et nécessite la concertation avec les partenaires, l'implication et l'habilitation des systèmes de santé, la participation des communautés et l'appropriation du processus par ces dernières, ainsi que l'assurance de la réalisation et de la durabilité des interventions. Avant de se diriger vers les communautés, il est primordial, selon moi, de consacrer du temps à ces réunions de partenariat.

Selon les résultats de l'étude, l'IDC est efficace pour couvrir d'autres interventions sanitaires si la maladie est un problème majeur pour la santé touchant toute la communauté et si les intrants sont accessibles à la communauté à tout moment. Des progrès importants ont ainsi été observés pour la prise de certains médicaments, mais n'ont pas été non significatifs en ce qui concerne le nombre de ménages ayant et utilisant des moustiquaires imprégnées.

Sous réserve des deux conditions citées plus haut, l'approche IDC peut donc être plus efficace et permet une couverture plus importante que les approches classiques dans la réalisation des interventions.

M. Mamadou Camara | Membre de l'action coordonnée accès aux ARV, ANRS

Sachez que le Cameroun est un pays dans lequel il est permis aux malades de bénéficier d'un traitement antirétroviral. Il a fallu réorganiser le système d'approvisionnement (achats de médicaments, distribution). La centrale d'achat des médicaments du pays a le monopole d'importation des ARV. Ensuite les CAP (Centres d'approvisionnement provinciaux) entrent en jeu puis les hôpitaux provinciaux et enfin les hôpitaux de districts. Les commandes remontent des districts et des hôpitaux (CTA et UPEC) vers les CAP puis vers la centrale. Auparavant les subventions des partenaires au développement étaient payées au niveau des CAP. Ces derniers ayant été fragilisés (dettes commerciales), les subventions seront directement versées à la centrale d'achat. Un problème de prévision et de gestion des stocks va se poser certainement. La contrainte principale reste celle liée à la question de la propriété intellectuelle et des brevets pour les traitements de seconde ligne.

Dr Madeleine Leloup | Directrice de cabinet du Pr Kazatchkine, FMSTP

Je tiens à souligner que les partenariats du Fonds ont été construits comme un partenariat public/privé. Dans le Conseil d'administration sont présents les États, la société civile (avec trois sièges), le secteur privé, les fondations ainsi que trois partenaires techniques (OMS, Banque Mondiale, ONUSIDA) qui n'ont pas le droit de vote. Il y a vingt sièges de votants : dix sièges sont réservés aux gouvernements des pays donateurs, au secteur privé et aux fondations ; et dix sièges sont réservés aux gouvernements des pays récipiendaires, aux ONG Nord/Sud. De fait, les communautés ont un droit de vote. Les gouvernements sont regroupés en circonscriptions. Le Fonds ne travaille que sur des programmes ou des projets qui lui ont été présentés par le CCM (Country Coordination Mechanism). Chaque demande est examinée par des experts du monde entier qui jugent de la recevabilité des propositions quant à leur pertinence technique et quant à leur adéquation avec les besoins des pays. Une proposition est soumise ensuite au CA pour financement. Puis, le vote a lieu. Tout ce qui est inscrit dans la proposition peut être financé. La deuxième étape est la mise en œuvre du programme. Le programme est mis en œuvre par l'institution proposée dans le cadre de ce qui est présenté au financement. En tant que bénéficiaires, les pays sont majoritaires ; cependant, les organisations à base communautaire représentent un quart des financements.

Notez que le dernier CA du Fonds Mondial a décidé de renforcer les systèmes de santé. Une session de travail sur les ressources humaines et les infrastructures est prévue pour le prochain round.

Interventions de la salle

Une intervenante

Je sais que le FMI a mis en place dans les pays africains soi-disant endettés des Programmes d'ajustement structurel qui leur interdisent le recrutement de jeunes médecins diplômés. La plupart étant interdits de fonction, ils ont fui leur pays et sont notamment venus en France. La France est bien heureuse d'avoir des médecins africains dans les zones rurales où les jeunes médecins français ne veulent pas travailler. La conséquence est la suivante : les pays africains souffrent du manque de médecins. Je remarque que depuis l'initiative de Bamako, il n'y a pas eu d'améliorations notoires : le bilan est aujourd'hui encore négatif. Enfin, j'affirme que le FMI, qui organise avec la Banque Mondiale la dette des pays africains, prend un pourcentage sur les richesses de ces mêmes pays. Certains de ces pays ne sont pas pauvres, il suffirait qu'il y ait une bonne gestion et une bonne répartition de ces richesses ; les populations ne souffriraient certainement pas autant.

Dr Claude Moncorgé | Secrétaire Général de l'OPALS

Je tiens à rappeler que tout le monde se bat pour faciliter l'accès aux soins, lever certains obstacles et réduire l'inégalité devant la santé. Il est prioritaire que l'équité revienne sur le devant de la scène et au cœur des interventions.

Un intervenant

J'ai travaillé en Haïti et je m'interroge sur la capacité des sous-récepteurs locaux à recevoir et à appréhender les procédures très lourdes du Fonds Mondial. Je pensais à un accompagnement du Fonds Mondial afin de simplifier certaines procédures.

Un intervenant

Je pense qu'il est plus facile d'obtenir des financements pour rénover ou réhabiliter des structures que de financer et d'organiser des formations. Je pense aussi qu'il convient de travailler sur l'harmonisation des acteurs (transport et distribution des médicaments notamment). Il convient aussi de se pencher sur la question du temps : en effet, pour mettre en place une mutuelle de santé pérenne, il faut compter dix ans. Or les projets sont financés sur deux ou quatre ans. L'opérateur en charge de cela doit alors jongler avec les financements.

Dr Madeleine Leloup | Directrice de cabinet du Pr Kazatchkine, FMSTP

Je souhaiterais vous rappeler que Haïti est un exemple de collaboration entre plusieurs donateurs (mondiaux et américains). Les antirétroviraux de première ligne sont financés par le Fonds Mondial, les autres par les Américains (Pepfar). Concernant la simplification des procédures, je remarque qu'il s'agit là d'une requête du CA du Fonds Mondial. Cette procédure de simplification sera présentée au CA du mois d'avril. Les éléments d'harmonisation des acteurs trouveront leur fondement sur un consensus entre tous les acteurs. Il faut mettre en œuvre les programmes nationaux avec les indicateurs nationaux. Un relevé d'indicateurs a ainsi été réalisé, en commun avec ONUSIDA, Pepfar, l'OMS, etc.

Mme Djiba Kane Diallo | Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)

Je voulais souligner la nécessité de coordination entre les interventions des différents partenaires. Il faut tenir compte des documents d'intervention élaborés par le pays lui-même. Le partenaire ne fait parfois pas assez attention à ce qui a été demandé par le pays. L'exemple du Mali est intéressant : aucun de nos partenaires n'a pu nous dire combien de moustiquaires entrent au Mali, mais ils en apportent toujours. Est-ce qu'il ne faudrait pas plutôt jouer sur l'utilisation des outils (médicaments, matériel), faire de la communication pour amener les populations à les utiliser ? Mais il n'y a pas de ressources pour cela.

3^{ème} table-ronde

La crise des ressources humaines en santé

MODÉRATEUR

M. Michel Roy | Responsable du plaidoyer international, Secours Catholique

INTERVENANTS

Dr David Sanders | Professeur de santé publique, Western Cape (Afrique du Sud)

Dr Bernard Arcens | Coordinateur médical du projet Grande Anse (Haïti)

Dr Jean-Pierre Unger | Chercheur et expert en systèmes de santé, Institut de Médecine tropicale d'Anvers

M. Antonio Ortiz | Bureau des politiques de santé, DGCID – MAEE

57 pays sont confrontés à une pénurie aiguë de personnel de santé qui équivaut à un déficit mondial de 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. Cette crise menace la capacité des systèmes de santé à assurer des services efficaces dans les pays touchés et compromet gravement la réalisation des OMD en santé. Après une présentation de la situation, cette table ronde permettra d'ouvrir une discussion sur les solutions que peuvent mettre en œuvre les pays développés.

M. Michel Roy | Responsable du plaidoyer international, Secours Catholique

Je réaffirme ici l'insuffisance quantitative et qualitative des personnels de santé. L'idée du Docteur Sanders, qui consiste à encourager la formation des personnels de santé dans les pays du Sud, est une piste à explorer.

Dr David Sanders | Professeur de santé publique, Western Cape (Afrique du Sud)

Sachez que les taux de mortalité infantile les plus élevés sont largement concentrés en Afrique et dans l'Asie du Sud, tout comme les taux élevés relatifs à la tuberculose. La mortalité en dessous de 5 ans a recommencé à augmenter, principalement à cause du Sida. L'espérance de vie dans le sud de l'Afrique a chuté de façon significative.

Ces inégalités sont honteuses. De plus, nous avons des systèmes de santé défaillants : 50 % des enfants africains ne reçoivent même pas les vaccins de base. Quelles sont donc les principales causes de cette situation ? J'en mentionnerais trois : le SIDA, la pauvreté, des réformes de santé inégales et inappropriées. Les deux tiers des cas de SIDA dans le monde sont localisés en Afrique Subsaharienne.

La crise de la dette a par ailleurs eu un impact négatif sur tous nos pays. Les pays africains sont très endettés. Ils doivent encore 300 millions de dollars d'intérêts. L'Afrique dépense plus à « entretenir » sa dette qu'à lutter contre le SIDA, pour la santé ou l'éducation. Le commerce ouvre les marchés à des importations à bas prix qui ont en fait détruit des secteurs de productions de plusieurs pays.

Vous pouvez constater que 20 % de la population mondiale reçoit 80 % des revenus mondiaux. Ce phénomène d'augmentation de la richesse et d'augmentation de la pauvreté est, je pense, absolument central dans les discussions que nous avons et dans leurs causes.

Passons aux systèmes de santé. La plupart des pays africains ne dépensent pas assez. Nous travaillons aujourd'hui avec 2000 donateurs et différents partenaires. Mais, des programmes de santé faibles seront-ils en mesure de mettre en place des programmes complexes comme le ARV ? Des thérapies antirétrovirales bien plus compliquées que l'immunisation ? Parmi les priorités des pays, telles qu'elles sont exposées dans le Fonds Mondial, les ressources humaines figurent en tête de liste. Les ressources humaines représentent entre 60 % et 80 % des dépenses récurrentes de santé. Ainsi, elles représentent l'élément le plus important et le plus extensif des systèmes de santé. L'Afrique manque cruellement de personnels de santé. L'Afrique représente environ 14 % de la population mondiale, 25 % du poids des maladies, mais seulement 1,3 % des travailleurs de la santé dans le monde. Tout ceci est encore aggravé par les migrations et la fuite de cerveaux. Pourquoi les travailleurs de la santé émigrent ? Pour un meilleur salaire, pour un environnement plus sûr, pour de meilleures conditions de vie et de meilleures installations.

La situation va probablement empirer du fait de l'Accord général sur le commerce et les services, l'AGCS (facilitation de l'immigration pour les professionnels qualifiés et inversement pour les non qualifiés). Le SIDA est

assurément un facteur répulsif qui détermine la fuite des cerveaux : il est difficile pour les infirmières de lutter contre le SIDA. La fuite des cerveaux n'est pas qu'un simple événement, elle est encouragée au moyen de publicités attractives qui disent aux gens ce qu'ils peuvent gagner ailleurs. La CNUCED a réalisé une étude sur les États-Unis et elle a calculé que ce pays économise 200 000 \$ en frais de formation pour chaque professionnel importé.

Quelles sont les possibilités d'action ? Un code volontaire sur le recrutement éthique n'a pas amélioré la planification dans les pays riches ; nous pourrions aussi parler de réparations pour les pays sources, de compensations. Cela a été recommandé par le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé (Paul Hunt). Un autre mécanisme pourrait être considéré : pourquoi ne pas obliger les pays importateurs à investir dans la formation dans les pays exportateurs ?

Beaucoup de discussions à propos de l'alternance des tâches (task shifting) ont été tenues ces derniers jours. Il y a donc un regain d'intérêt pour les personnels de santé dans les communautés.

Sans amélioration de la couverture, nous ne réussirons pas à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. J'entends le terme couverture au niveau du foyer, de la communauté et des besoins primaires. Le retour des personnels de santé au niveau communautaire serait d'un grand intérêt. Il faut investir en Afrique en termes d'engagement de ressources humaines, mais aussi en termes de production de ces ressources. Ainsi, nous devons faire des ressources humaines une priorité absolue ; nous devons réinstaurer les personnels de santé de niveau intermédiaire et de niveau communautaire ; nos approches éducationnelles doivent être différentes et plus basées sur la pratique. Nous avons réellement besoin de mettre à jour les qualifications. Nous avons besoin d'investir en particulier dans le leadership de la santé publique, car la gestion des programmes a été décentralisée. Nous avons besoin d'investir dans les institutions de formations des pays du Sud.

Dr Bernard Arcens | Coordinateur médical du projet Grande Anse (Haïti)

L'accès aux soins médicaux est difficile en Haïti. Les affectations budgétaires destinées à la santé sont en hausse, mais restent insuffisantes pour satisfaire aux besoins de la population. Il est donc difficile d'embaucher du personnel, par manque de moyens.

Le problème de la formation de ce personnel est également posé. Depuis une dizaine d'années, beaucoup d'écoles privées sont apparues. Cependant, peu d'entre elles ont été homologuées ; nombreuses sont celles fonctionnant sans homologation. La question de la qualité de l'enseignement est donc posée : il suffit en effet de payer pour être admis dans ces écoles et aucune supervision n'est effectuée. La question de l'accès à la formation reste également posée. Peu de personnes sont admises dans ces formations qui restent en plus de cela très chères.

J'ajouterais que les ressources humaines sont réparties très inégalement au niveau géographique. Une grosse partie des infrastructures et des personnels est concentrée à l'Ouest du pays, et plus particulièrement dans les grandes villes. Les villes de province ne sont pas très attractives pour le personnel. Les zones rurales sont délaissées : peu de médecins et d'infirmières, très peu de sages-femmes. Je rappelle que les conditions de travail sont très difficiles (faibles moyens, salaires bas, surcharge de travail, peu de supervision, ruptures en médicaments et vaccins, etc.). L'inaccessibilité aux services de base est également à déplorer (routes, eau potable, électricité, etc.). Enfin, il convient de se pencher sur la question de la gestion des ressources humaines. Beaucoup de gens abandonnent ainsi le secteur de la santé publique, beaucoup également se détournent du secteur de la santé.

Dr Jean-Pierre Unger | Chercheur et expert en systèmes de santé, Institut de Médecine tropicale d'Anvers

Je vais ici aborder la question de la relation entre les politiques internationales de santé, la qualité des soins et les ressources humaines. Le problème de la démotivation est posé, tout comme celui de la migration des cadres, du déséquilibre géographique et de la corruption et du népotisme.

Les politiques internationales de santé sont en partie responsables de cela. La doctrine sanitaire internationale est la suivante : il y a une demande de soins de santé (secteur rentable), il appartient donc au secteur privé de répondre à cette demande ; en ce qui concerne le contrôle des maladies, il n'y a pas de demande, il appartient donc au secteur public de gérer cela. La bureaucratie générée par les organisations multilatérales a cassé les services de santé : pour tout programme il faut compter un directeur, une administration internationale, des directeurs nationaux, des directeurs régionaux, des directeurs de districts et du personnel. Cela paraît absurde

de multiplier ainsi les autorités. De plus, les administrations nationales subissent des pressions. On remarque également des interférences entre les engagements, les licenciements et les promotions. Je veux dénoncer une fuite des cerveaux au plan national en plus de l'international : les personnels de santé les plus performants sont captés par les programmes de contrôle de maladie ; les salaires sont totalement inéquitables entre ces derniers et les chefs de districts, ce qui provoque des tensions entre eux. Chaque programme veut contrôler l'administration nationale, chacun s'étant fixé des objectifs très ambitieux. Les gens essaient ainsi de capter pour leur propre carrière les ressources du service public, et cela au détriment de l'accès aux soins. De plus, la corruption est omniprésente. Les Européens sont responsables de cela (détaxations pour les Commissions spéciales). J'en conclus donc que les médecins ne peuvent plus être de vrais médecins, happés par une trop forte bureaucratisation ; ils n'ont plus l'occasion de soigner. Il faut permettre aux médecins qui restent sur place d'utiliser leurs connaissances ; cela est pour l'instant impossible.

Pour que les programmes fonctionnent, il faut qu'ils soient intégrés dans des services de santé où il y a des patients destinés au programme en question. J'ai noté que le secteur privé est caractérisé par un écart entre les connaissances et la pratique. On constate une médicalisation trop importante dans le but de rendre le patient rentable. La continuité des soins n'est pas assurée. Aucune médecine communautaire n'est mise en place par ces médecins privés (violences, famines, etc.). Aucun contrôle des maladies n'est prévu. Ces médecins restent chers et concentrés dans les villes. Les infirmiers privés sont souvent des illettrés à qui l'on a donné des responsabilités de médecins et de pharmaciens ; ils participent à la dissémination du SIDA. Concernant les gestionnaires privés, il faut savoir qu'il n'y a pas de gestion systémique possible, ni de cogestion communautaire, ni de participation. Les hôpitaux publics, à qui l'on a donné une autonomie de gestion, se comportent comme d'autres entités privées : le personnel de santé est concentré dans les villes, et cela a soustrait ces hôpitaux au système de santé. Les cas sérieux sont refusés car cela entraîne une perte d'argent pour le personnel. Les gouvernements ne régulent pas ce secteur privé par manque de technologie et de pluralisme social au sein des gouvernements. J'estime qu'il est nécessaire de séparer ce qui est à finalité sociale et ce qui est à finalité commerciale. Dans ce qui est à finalité sociale, il paraît judicieux d'intégrer les soins de santé avec le contrôle des maladies. Il faut financer l'ensemble de ce secteur.

M. Antonio Ortiz | Bureau des politiques de santé, DGCID – MAEE

L'action du MAEE tient en quatre points. Il s'agit d'abord de soutenir les pays s'engageant dans le redressement des ressources humaines en santé. Je précise que l'Agence Française de Développement est l'acteur principal de l'aide bilatérale. Je rappelle aussi qu'il faut du temps pour étudier et connaître les diverses situations des ressources humaines de tous ces pays. Je tiens à souligner ensuite qu'il faut travailler ensemble (États, bailleurs de fonds et autres) sur les questions de planification, de gestion et de rémunération. Il convient ensuite de mener une action au niveau des grandes institutions financières internationales. Il est évident qu'il faut mettre en place un plaidoyer plus important sur les questions des ressources humaines auprès d'elles. Il faut ensuite travailler sur les questions de multi partenariats. Beaucoup de partenaires existent et prévoient dans leur mandat les questions de formation et d'appui dans le redressement des ressources humaines. Enfin, il apparaît nécessaire de se pencher sur le domaine de la formation. Je préconise une réactualisation des procédures et des mesures sur ce plan-là. Il faut réhabiliter les établissements de formation et faire appel aux réseaux d'experts internationaux. Il semble indispensable de mettre en place des dispositifs de formation continue, pris en charge généralement par les bailleurs de fonds, les gouvernements ne s'en préoccupent pas beaucoup. Il convient de mener une politique de bourse plus offensive et dynamique. Tout programme de bourse doit comporter des modalités précises facilitant le retour du praticien formé. J'affirme que la question des ressources humaines et la question du financement sont prioritaires dans l'agenda international.

L'APD française doit être accrue. Il faut aussi de la croissance économique dans ces pays, car il s'agit d'engagements sur la durée. Je déplore l'absence totale de consensus européen sur l'immigration et l'appel à une main d'œuvre extérieure. Il convient aussi de redéfinir la question de l'expertise technique. Les capacités du Sud doivent être exploitées également.

Interventions de la salle

Mme Astrid FREY, Cités Unies France

J'insiste sur l'importance des relais communautaires de santé. J'ajoute que concernant la question de la formation et des bourses allouées aux personnels de santé, il serait bon de revenir au système de visa à entrées multiples.

Dr David Sanders | Professeur de santé publique, Western Cape (Afrique du Sud)

Il faut avant tout améliorer la couverture. Cela revient à délivrer des interventions effectives à ceux qui en ont besoin. La majeure partie de ce travail a été récemment effectuée dans le domaine de la santé des enfants. Je pense que les gens sont familiarisés avec l'IMCI (la gestion intégrée des maladies d'enfants), programme très coûteux lancé par l'OMS. Ces interventions effectives, comme le traitement de la pneumonie chez les enfants, n'ont pas vraiment atteint un haut niveau de couverture. Et cela parce que les services de santé sont inaccessibles, géographiquement ou financièrement parlant. Il arrive aussi que les parents ne parviennent pas à identifier les problèmes de leurs enfants.

Il y a donc maintenant un intérêt renouvelé de la communauté des professionnels de la santé à cause des problèmes de VIH, et il est très clair que l'on ne peut pas augmenter la couverture et maintenir la délivrance des traitements antirétroviraux sans avoir une infrastructure de communauté.

M. Antonio Ortiz | Bureau des politiques de santé, DGCID – MAEE

Sachez que cette question des visas à entrées multiples ne dépend plus du MAEE. Les contraintes attachées à la liberté de circulation humaine supposent de faire appel à des volumes financiers importants ; les budgets nationaux freinent le dispositif de réaménagement des bourses.

Une intervenante

Je m'interroge sur la méthode qui pourrait être employée quant à la fuite des médecins de leur pays d'origine. Je rappelle les inégalités énormes entre les dépenses de santé du Nord et celles du Sud, presque inexistantes. Ne serait-il pas nécessaire de revendiquer un droit aux soins international ? Je termine en m'interrogeant sur la Convention de l'immigration et sur son évolution.

Un intervenant

Je propose d'investir sur les écoles de formation dans les pays mêmes et cela afin de lutter contre l'émigration des médecins. Je rappelle que les pays du Nord doivent vérifier les différentes aberrations stratégiques qui peuvent être celles des pays en développement dans le domaine de la formation ; les pays en développement voient parfois trop grand.

Un intervenant, Médecins du Monde

Je souhaiterais connaître quels volumes financiers la France pourrait engager dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé. Je voudrais également savoir quels sont les pays dans lesquels la France intervient plus particulièrement pour ce qui concerne cette question des ressources humaines en santé.

Un intervenant, Association Nationale des Étudiants en Pharmacie

Je veux poser la question de l'installation en fonction des médecins de ces pays-là, puisque beaucoup sont au chômage dans leur propre pays.

Une intervenante

Je rappelle que la plupart des pays consacrent moins de 1 % de leur PIB à la santé. Je rappelle également la coordination internationale mise en place entre l'OMS, le FMI, la Banque Mondiale, l'ONU et l'UE. Je déplore ensuite l'augmentation des budgets de défense des pays riches. Il faudrait que cette coordination internationale favorise plutôt une augmentation des budgets destinés à la santé, facteur de développement indéniable. Je dénonce la politique de privatisation de l'eau dans ces pays en développement. Il convient de s'intéresser aux causes de cette défaillance des systèmes de santé et non aux conséquences. Je regrette enfin que les infirmières formées dans ces pays soient engagées en tant qu'aides soignantes quand elles viennent en France.

Un intervenant

Je rappelle la nécessité de faire appel au multi-partenariat pour ce qui est de la formation. Je souligne que l'enseignement peut être fait en partie à distance. Il est important aussi de définir les métiers précisément (médecin de famille, médecin pédiatre, médecin généraliste, etc.).

Un intervenant

Je voudrais savoir si le MAEE a réfléchi au financement de ces professionnels qui ont été formés.

Une intervenante

Je rappelle qu'il convient de ne pas délaissier la médecine traditionnelle partagée par de nombreuses personnes dans les pays en développement. Il faudrait savoir aujourd'hui composer avec ces connaissances-là aussi.

Dr David Sanders | Professeur de santé publique, Western Cape (Afrique du Sud)

La première question concerne la pénurie des professionnels de la santé. Je pense que les gens ont pris l'habitude de vivre et de travailler dans des conditions différentes. Ils ne sont peut-être pas habitués à travailler avec les ressources de l'environnement ; ils retourneront dans leur pays et demanderont la haute technologie, des hôpitaux très coûteux.

Plusieurs mécanismes peuvent être employés. Par exemple, les pays industrialisés pourraient rembourser les pays exportateurs. Ce pourcentage sera consacré à la formation. Ou alors, ils se mettraient d'accord pour ne pas taxer les médecins migrants dans leur pays et pour utiliser la taxe afin d'investir dans la formation dans ces pays exportateurs.

Les seules options que les pays industrialisés vont considérer sont des codes volontaires, parce que cela les arrange d'importer des professionnels bien formés. Nous devons donc revoir la détermination sociale de la santé.

Un dernier mot, à propos des institutions de formation. Elles étaient de meilleure qualité en Afrique il y a 20 ans qu'aujourd'hui. Les institutions de formation financées publiquement se sont effondrées parce que l'éducation a également été privatisée. L'éducation tertiaire a été privatisée suivant le conseil de la Banque Mondiale. Ils reconnaissent aujourd'hui qu'ils ont commis une faute.

Nous devons donc ressusciter les institutions de formation. Cependant, si les gens sont là, nous manquons de ressources. Les ressources doivent être là, car nos pays sont riches, ils ont juste été volés. Ils ne sont pas seulement volés par le Nord, mais surtout par une relation corrompue entre le Nord et les dirigeants du Sud (budgets des armes importants).

Si nous ne construisons pas un mouvement social pour le droit à la santé, nous n'arriverons nulle part.

M. Antonio Ortiz | Bureau des politiques de santé, DGCID – MAEE

Je précise que le MAEE travaille avec l'UE sur la limitation des pratiques de recrutement volontariste dans les pays du Sud connaissant la pénurie des ressources humaines. L'absence de consensus est flagrante du fait de politiques de migrations différentes selon les pays. Concernant la question du volume de l'APD, l'aide internationale en santé s'élève à presque 700 millions d'euros, dont 550 millions d'euros de fonds verticaux. Ces derniers sont destinés pour grande partie aux ressources humaines. Je note que le thème des ressources humaines est en tête des préoccupations de tous les programmes bilatéraux qui se forment actuellement. Il est évident que le problème est un problème d'employabilité. Il faut que les États recrutent. Et sans doute faut-il encourager certains recrutements en aidant les personnels à s'installer. Je rappelle que le développement économique est essentiel et qu'il faut parvenir à mettre en place des systèmes de santé accessibles à tous.

Dr Jean-Pierre Unger | Chercheur et expert en systèmes de santé, Institut de Médecine tropicale d'Anvers

J'estime que le vrai problème n'est pas tellement technique, mais plutôt organisationnel, en ce sens que personne ne vérifie rien ; aucune supervision n'est menée.

4^{ème} table ronde

Les financements consacrés à la santé

MODÉRATEUR

Mme Annick Jeantet | Responsable plaidoyer, Action for Global Health

INTERVENANTS

Mme Elisabeth Sandor | Responsable Santé, division Efficacité de l'aide à l'OCDE

Dr Bobby John | Représentant des ONG du Sud, FMSTP

Mme Silvia Ferrazi | Responsable des relations avec les donateurs, FMSTP

Pr Marc Gentilini | Professeur émérite Maladies infectieuses et tropicales, Pitié Salpêtrière, Paris

Mme Marie-Odile Waty | Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain à l'AFD

Malgré les engagements pris en 2000 et lors des sommets du G8, la faiblesse des fonds alloués à la santé par les pays riches contribue à accentuer les inégalités de santé entre les pays développés et les pays en développement. Cette table ronde vise à faire le point sur les montants alloués à l'APD en général et à l'APD en santé en particulier, au regard des engagements pris.

Mme Annick Jeantet | Responsable plaidoyer, Action for Global Health

En 2001, la commission macro-économique de l'OMS estimait que le montant nécessaire à la réalisation des OMD santé était de 20 milliards d'euros par an jusqu'en 2007 et de 28 milliards d'euros en 2015. Les sommes réunies en 2004 étaient de 9 milliards d'euros. Mais il ne suffit pas toutefois de réunir davantage d'argent. Il faut également modifier les politiques et les pratiques (renforcement des systèmes de santé, de la gestion des ressources humaines et de l'accès aux soins de santé de base équitable). Ce sont ces questions que nous allons aborder à cette table-ronde.

Mme Silvia Ferrazi | Responsable des relations avec les donateurs, FMSTP

Le Fonds Mondial garantit actuellement 20 % des ressources mondiales de lutte contre le SIDA et les deux tiers des ressources mobilisées pour la lutte contre le paludisme et la tuberculose. Je vais présenter trois points résumant l'expérience des premières années du Fonds Mondial et qui touchent des enjeux majeurs du financement international consacré à la santé :

1) Le niveau des ressources est-il suffisant pour lutter contre les trois maladies? Le Fonds Mondial a gagné la confiance des donateurs, mais on est encore loin d'un niveau adéquat de ressources, au regard de l'évolution des besoins et du potentiel de la demande. Compte tenu de ces proportions, le Fonds mondial devrait mobiliser entre 18 et 20 milliards de dollars pour les années 2008-2010, soit quelques 6 milliards par an. Le Fonds continue à réfléchir à la question de la mobilisation des ressources disponibles et potentielles (renforcement de la contribution de l'APD, relation avec UNITAID et d'autres mécanismes innovants de financement, conversion de la dette et mobilisation du secteur privé et des économies émergentes). Des discussions sont aussi en cours avec les donateurs qui souhaiteraient passer d'un modèle de financement à court ou moyen terme à un modèle de soutien à plus long terme.

2) Le deuxième point est celui relatif à la performance et à l'efficacité de l'aide. Le Fonds est cosignataire de la Déclaration de Paris (harmonisation, alignement et prévisibilité de l'aide) et dans ce contexte il dispose d'atouts spécifiques, grâce à son modèle d'action ancré sur la responsabilité des partenaires privés et publics dans les pays. Il faut cependant éviter des décalages entre le principe et la réalité, et le Conseil d'Administration du Fonds a adopté des mesures afin de minimiser les coûts des transactions et les charges administratives pesant sur les pays, telles que :

- l'introduction d'un calendrier flexible pour les analyses de performance au terme de deux années de financement,
- le processus de reconduction des subventions pour les pays montrant de bonnes performances,
- la consolidation des subventions afin d'évaluer la performance sur la base des programmes intégrés et

- la mise en place d'une option qui permet de financer des stratégies nationales sur les trois maladies parallèlement à un financement basé sur des projets.

L'efficacité de l'action du Fonds passe aussi par sa capacité à s'ouvrir aux défis structurels, dont un exemple est l'investissement croissant du Fonds dans les systèmes de santé. Sans des systèmes de santé forts, le Fonds ne peut pas bien fonctionner dans les pays. Par ailleurs, le Fonds mondial dirige plus de cinquante pour cent de ses ressources vers les infrastructures, qui sont essentielles pour la lutte contre les maladies.

3) Il convient enfin de se poser la question de la complémentarité des instruments. Le Fonds Mondial est un mécanisme de financement mobilisant un apport très substantiel de ressources additionnelles pour les pays affectés par les trois maladies, mais les pays ont besoin de partenariats coordonnés pour solliciter et utiliser de manière optimale les financements. Ces besoins nécessitent un cadre de soutien cohérent où les acteurs multilatéraux et bilatéraux puissent mieux s'intégrer et interagir avec efficacité. Une allocation généreuse, complémentaire et équilibrée des ressources multilatérales et bilatérales est essentielle pour pouvoir utiliser ces potentiels d'interaction.

Dr Bobby John | Représentant des ONG du Sud, FMSTP

L'Inde représente 1/6^{ème} de l'humanité. Ce pays supporte le plus lourd fardeau de tuberculose au monde et compte le deuxième plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH. L'Inde ne dépense que 0.9 % de son PIB pour la santé. Nous sauvons 450 vies chaque jour, mais ce n'est pas vraiment suffisant, personne ne doit mourir.

Quelles sont les priorités que nous avons, comment réunissons-nous l'argent et comment le dépensons nous ? Il y a un coût marginal lié au fait de garder ces médecins, au-delà de ce que paye le gouvernement. Il conviendrait de déboursier 1 000 dollars par poste, pour 35 000 postes ; nous pourrions à ce prix-là garder ces médecins en Inde.

Je soutiens totalement nos programmes de VIH-SIDA, de contrôle de la tuberculose et de réduction de la mortalité maternelle. Pour faire une métaphore je dirais que ce sont les beaux et grands bateaux que nous avons ; cependant, ces beaux bateaux, ces beaux programmes, s'enfoncent dans le sable. Nous n'avons pas assez d'eau, là-bas, pour les faire flotter et sauver des vies. C'est vrai qu'il y a un plus grand besoin d'argent. Établissons-nous des cibles et concevons des systèmes qui puissent sauver des vies.

D'où vient cet argent ? Il vient précisément de trois sources. Il provient tout d'abord des gouvernements, qui taxent cet argent à leurs citoyens. L'Inde ne consacre que 1 % de son PIB à la santé. C'est impardonnable. Certains pays seront amenés à emprunter cet argent aux établissements multilatéraux comme la Banque Mondiale ou à des pays amis donateurs avec qui ils ont des relations bilatérales. L'argent pourrait enfin provenir de dons internationaux. Le Fonds Mondial est l'un de ces nouveaux mécanismes de financement. À la différence de la plupart des mécanismes de financement, le Fonds Mondial apporte des assurances.

J'ai le privilège de faire partie de la délégation au Conseil d'Administration et de disposer d'une voix égale à celle des autres pays donateurs. Nous n'avons pas l'argent, mais nous avons l'impératif moral de parler quand cela est nécessaire. Le Fonds Mondial insiste sur un mécanisme coordinateur et souhaite que la société civile soit intégrée au mécanisme. Le Fonds estime aussi que la manière avec laquelle son argent est dépensé sur le terrain devrait être observée et étudiée.

Voici le défi pour toutes les agences de financement, qu'elles soient bilatérales ou unilatérales. Il faut donc engager la société civile à tous les niveaux, non seulement dans le processus de gouvernance, mais aussi dans celui de l'écriture de vos propositions de dons et dans leur utilisation. Merci.

Mme Elisabeth Sandor | Responsable Santé, division Efficacité de l'aide à l'OCDE

Où en sommes-nous en matière d'APD ? De manière globale, l'APD totale a augmenté durant les cinq dernières années. En 2006, l'APD a atteint 104,4 milliards de dollars (107,1 milliards en 2005). Le recul de 2006 est dû au fait que 2005 avait été une année exceptionnelle, avec notamment l'impact du Tsunami et les allègements de dettes, qui ont largement contribué à l'augmentation totale de l'APD en 2005. Il faut noter une progression importante des dons pour le Fonds Mondial et souligner également l'émergence des nouveaux bailleurs (Chine). Les fonds privés comme les fondations sont également à ne pas négliger. Je précise que l'APD pour l'Afrique a atteint un record en 2006 : 43,4 milliards de dollars. L'APD augmente donc en volume mais elle reste inférieure à ce qui est nécessaire pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

En 2007, elle risque cependant de diminuer. Nombres de pays ont confirmé leur intention de poursuivre leur contribution (0,7 % du PIB). Au niveau européen, on est passé d'un niveau moyen de l'APD de 0,33 % du PIB en 2002 à 0,39 % en 2006. Les 15 pays européens ont comme objectif d'atteindre une APD de 0,51 % du PIB en 2010. Ce qui est intéressant, c'est de montrer que l'APD a effectivement très fortement augmenté depuis la fin des années 90 et ceci en lien très direct avec l'apparition de nouvelles crises, ou la réémergence de nouvelles crises et l'apparition de nouveaux instruments comme le Fonds Mondial, de nouveaux outils pour financer et acheminer, selon les cas, l'aide en santé sur des sujets assez clairement identifiés.

Mais selon moi ce qu'il faut vraiment c'est une meilleure aide. Dans le secteur de la santé, la volatilité de l'aide, le manque de prévisibilité, le faible alignement des bailleurs dans les plans stratégiques des pays, le manque de coordination et les coûts de transactions générés par l'apparition de tous ces nouveaux mécanismes de financements sont des problèmes particulièrement importants qui entravent l'efficacité de l'aide. Ceci est très visible dans le secteur de la santé déjà complexe par lui-même et qui a attiré une croissance très importante de l'aide ces dernières années. Améliorer l'efficacité de l'aide dépend beaucoup de la volonté et de la capacité des bailleurs et des partenaires à modifier leur comportement vis-à-vis des pays. Par exemple, les pays du G8, au mois de juillet ont ainsi décidé de se coordonner davantage sur la santé. Il faut cependant rester concentré sur la recherche de résultats et associer les pays à la définition et à la mise en oeuvre de ces processus.

J'ajoute que la Déclaration de Paris est intéressante en ce qu'elle comprend des mécanismes de suivi avec des indicateurs pour mesurer les progrès.

Je précise que le Forum de Haut niveau d'Accra attend environ 100 pays partenaires et une forte mobilisation de la société civile. Des bilans seront faits : neuf tables rondes traiteront des thèmes (éducation et infrastructures, architecture de l'aide, etc.) de la Déclaration de Paris et un texte sera rédigé en fin de forum afin de rendre plus efficace la Déclaration de Paris. Des consultations régionales, nationales et internationales seront organisées juste avant le forum, ainsi que des consultations avec la société civile. La reconnaissance et la participation de la société civile sont attendues. L'enrichissement du processus de Paris est également espéré. Les objectifs d'Accra sont les suivants : rendre l'aide plus efficace et mettre les pays au cœur du dispositif, approfondir la Déclaration de Paris.

Mme Marie-Odile Waty | Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain à l'AFD

Je remarque que l'APD augmente grâce à l'augmentation de l'aide relative au SIDA. Les analyses de l'OCDE montrent que, sans l'aide relative à la lutte contre le SIDA, l'APD, dans le secteur santé, aurait chuté et que l'aide sur les autres secteurs dans la santé a diminué sur les dernières années. Les volumes d'aide restent très insuffisants encore puisqu'on parle d'un gap de financements de 30 à 70 milliards de dollars par an. L'architecture globale de financement apparaît très complexe. Je tiens à souligner la multiplication des partenariats et des alliances techniques. Le secteur privé monte en force. Les ONG jouent un rôle de plus en plus important. La coopération décentralisée participe également beaucoup au mouvement, tout comme les fonds privés et les entreprises. Il faut souligner aussi le développement d'instruments de financements innovants comme la taxe sur les billets d'avion qui permet de sortir un peu des budgets bilatéraux soumis eux à des aléas politiques et à un manque de prévisibilité. Bien évidemment, l'harmonisation est rendue plus délicate dans ce paysage complexe.

Concernant la France, on note une forte augmentation de l'aide dans le secteur santé et un engagement multilatéral sur les pandémies, au détriment du bilatéral. Cette tendance risque de durer dans les années à venir. Dans le cadre de la révision de la stratégie santé pilotée par le MAEE, cette évolution a été prise en compte. La France souhaite qu'un effort accru soit porté sur la santé de la femme et sur la santé reproductive, ainsi que sur le renforcement des systèmes de santé (ressources humaines et assurances maladies). Il s'agit également de prendre en compte le co-développement et la recherche en santé au niveau bilatéral. Il faut surtout renforcer les capacités des pays, ce que l'aide bilatérale permet, afin qu'ils puissent mobiliser ces financements verticaux. Je remarque cependant des contraintes persistantes en matière de subventions.

La santé est, selon moi, peu présente comme secteur de concentration dans les pays. Je ne crois pas que l'on ait gagné le combat vis-à-vis de nos hommes politiques et vis-à-vis des économistes du développement, qui consiste à leur faire prendre conscience de l'importance de la santé. Cela oblige à développer un travail de lobbying pour montrer que la santé est importante au niveau des « interventions pays » et au niveau bilatéral. Un travail sur l'eau et l'accès à l'eau sera mené par l'AFD car il y a sans doute beaucoup de choses à faire pour améliorer l'impact sur la santé. Et puis l'accent sera mis aussi sur la formation du personnel, notamment du personnel paramédical et sur le thème de la couverture du risque maladie.

La modalité d'intervention privilégiée sera l' « aide programme ». Cela dépendra de la volonté du pays d'avoir une aide sectorielle. L'idée de la capitalisation des expériences financées par la coopération française est également avancée.

Pr Marc Gentilini | Professeur émérite Maladies infectieuses et tropicales, Pitié Salpêtrière, Paris

Je tiens à rappeler qu'il faut beaucoup d'argent pour mener la lutte pour la santé. On a toujours du mal à s'en procurer. L'argent annoncé n'est pas toujours l'argent versé et l'argent versé n'est pas toujours l'argent utilisé. Je souhaiterais que soit réduite la dotation faite au multilatéral, à condition de donner au bilatéral la somme soustraite par le multilatéral. Il faut se garder d'aggraver la situation en versant de l'argent trop brutalement et inutilisable faute de ressources humaines. Cet argent, quand il n'est pas détourné, doit être suivi. J'ajouterais que certaines ONG sont douteuses. Je me méfie des politiques qui parlent beaucoup, mais qui finalement ne sont pas très efficaces.

Interventions de la salle

Une intervenante

Comment la politique de la France décrite par Mme Waty sera-t-elle réalisée, notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités dans les pays francophones si la France va vers le multilatéral plutôt que vers le bilatéral ?

Mme Marie-Odile Waty | Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain à l'AFD

Sachez que c'est la France qui a voulu concentrer davantage son aide. La France est restée dans le même nombre de pays, mais a demandé à avoir deux à trois domaines d'intervention. La santé, tout comme l'environnement, sont des secteurs qui ont été très peu retenus. Dans beaucoup de pays, la France n'a pas défini la santé comme secteur de concentration. Il existe donc une contrainte géographique et une contrainte de financement.

Un intervenant

Existe-t-il des gardes fous pour le suivi de l'utilisation effective des ressources budgétaires ?

Un intervenant

Je souhaite savoir si l'on a aujourd'hui plus de précisions sur les 50 millions d'euros destinés à la santé.

Un intervenant

Je m'interroge sur la coordination existant entre l'aide publique française en santé et les accords de gestion concertée des flux migratoires, qui comportent un volet co-développement et coopération.

Un intervenant

Je me demande où en est le débat sur la possibilité de reconstituer les fonds du Fonds Mondial qui consiste à recourir à des émissions d'emprunts sur le marché mondial.

Un intervenant

Je remarque que le secteur privé ne concerne pas la coopération décentralisée. L'AFD devrait davantage collaborer avec les collectivités.

Mme Marie-Odile Waty | Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain à l'AFD

Je précise que les 50 millions d'euros viennent de l'Agence Française de Développement. L'aide bilatérale est de 150 millions d'euros, dont 50 millions d'euros sont destinés à la santé, plus les C2D. L'aide européenne est davantage comprise dans l'aide budgétaire. La France, premier bailleur européen du FED, est préoccupée par le suivi de l'aide budgétaire et par son impact en terme d'OMD. Il y a eu des études très intéressantes sur les marges de manœuvres budgétaires qui ont été données aux pays grâce à l'allègement de la dette. Ces marges de manœuvre budgétaires ne sont pas utilisées pour augmenter les financements de la santé. Donc, on a une préoccupation par rapport à l'aide budgétaire puisque, effectivement, la santé risque de ne pas être un secteur privilégié. Au niveau de l'AFD, on n'est pas dans un financement budgétaire mais dans une aide sectorielle et il existe de nombreuses modalités différentes.

Mme Silvia Ferrazi | Responsable des relations avec les donateurs, FMSTP

L'International Financing Facility est un mécanisme plus facile à utiliser pour les actions de prévention que pour les actions de traitement parce que les intérêts sont payés sur le long terme. Pour le financement de long terme, il faut envisager des crédits et des paiements sur le long terme.

Mme Annick Jeantet | Responsable plaidoyer, Action for Global Health

Je vous remercie tous d'avoir assisté à cette première journée de débat, et vous donne rendez-vous demain matin pour la table ronde « Huit ans pour relever le défi des OMD en santé ».

Débat « Huit ans pour relever le défi des OMD en santé »

MODÉRATEUR

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

INTERVENANTS

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

La communauté internationale, préoccupée par les faibles progrès réalisés dans la lutte contre la pauvreté, a récemment multiplié les efforts et les initiatives en faveur de la santé globale : la Conférence de Paris sur la protection sociale en santé et le "Partenariat International Santé" en sont quelques exemples. A l'heure où les différents acteurs du développement cherchent à améliorer leurs actions en misant davantage sur la coopération, comment ces multiples initiatives vont-elles se coordonner ? Si l'objectif ultime commun à ces projets est bien l'amélioration de l'accès aux soins et le renforcement des systèmes de santé dans les pays pauvres, par quels moyens les acteurs clé du développement comptent-ils atteindre les OMD en santé en 2015 ?

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Cette table ronde est composée par des représentants institutionnels et gouvernementaux (Nations Unies, OMS, Banque Mondiale et Ministère des Affaires étrangères et européennes). Il apparaît que le pari des Nations Unies en 2000 de réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015 est loin d'être gagné.

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Les pays riches, dont la France, sont responsables de la réalisation des OMD. S'agissant de la diminution de la pauvreté, on constate qu'il y a eu une réduction considérable du nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour. Certes, les indicateurs créés pour mesurer les Objectifs du Millénaire ont été critiqués. Certaines de ces critiques sont légitimes. Il n'en est pas moins vrai que nous avons enregistré des progrès significatifs dépassant toutes les prévisions au cours des dernières années.

Ces évolutions spectaculaires ne sont pas seulement le fait de la Chine et de l'Inde. En effet, des progrès ont aussi été constatés en Afrique subsaharienne, que l'on dit avancer plus lentement que les autres régions.

Rappelons enfin certains facteurs déterminants pour ces évolutions : davantage de pays ont acquis le statut de démocratie électorale, le nombre de conflits dans le monde s'est très sensiblement réduit et la croissance économique a été forte.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Les ressources supplémentaires libérées par la croissance sont-elles réellement affectées à la lutte contre la pauvreté ? Apparemment, ce n'est pas le constat qui est fait dans le domaine de la santé, par exemple.

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Près de 30 millions d'enfants supplémentaires ont été scolarisés. Ce phénomène spectaculaire a touché tous les pays en développement et notamment l'Afrique subsaharienne, où une augmentation notable du nombre d'inscriptions a été constatée.

La représentation des femmes au sein des différents Parlements s'est également accrue de manière significative – même si cela ne veut pas dire que les femmes sont aujourd'hui en capacité de participer partout aux décisions qui les concernent.

Dans le domaine de la santé, notons enfin une nette augmentation du pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole et de femmes qui accouchent avec l'aide de professionnels de la santé.

Certes, le rythme auquel ces progrès sont réalisés est encore trop lent, mais nous sommes sur la bonne voie. De fait les pays les plus pauvres au monde sont bien partis pour atteindre certains objectifs.

Il convient surtout de comprendre pourquoi certains pays sont plus en avance que d'autres. Les objectifs globaux ont été adaptés pour pouvoir être mis en œuvre au niveau national. Ces pays ont des plans, des politiques et des stratégies bien établis. Ils affectent des ressources spécifiques pour la réalisation de ces objectifs et s'emploient à améliorer les services qui mettent en œuvre les politiques sur le terrain. Les gouvernements sont plus responsables et plus transparents vis-à-vis des citoyens, qu'ils associent d'ailleurs davantage aux processus décisionnels. Notons enfin le développement des médias et de débats publics dans ces pays. Ces remarques sont d'ordre général et ne se vérifient pas pour chaque pays pris individuellement.

Il s'agit de pays dont la communauté internationale et les donateurs soutiennent efficacement les priorités définies au niveau national. Il convient en effet de garder à l'esprit que, si les pays pauvres sont supposés mettre en œuvre ces objectifs, les pays riches ont quant à eux la responsabilité de contribuer à la réalisation de ces objectifs, par le biais d'une aide plus considérable et plus efficace, ainsi que par le biais des annulations de dette.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Pensez-vous que nous atteindrons cet objectif en 2015 : réduire de moitié la pauvreté dans le monde ?

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Les données recueillies sur les objectifs liés à la réduction de la pauvreté donnent à penser que l'on est en bonne voie pour les atteindre d'ici à 2015. La réalisation globale des objectifs n'a cependant pas vraiment de sens pour nous, car ces objectifs correspondent à des droits humains élémentaires. Chacun y a droit. La réalisation ou non de ces objectifs dépendra avant tout de nos actions et des décisions qui sont prises. Aujourd'hui, ces objectifs peuvent être atteints dans les 8 prochaines années et dans la plupart des pays, à quelques rares exceptions près ; il faut y croire.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Le Président français a pris l'engagement de porter l'Aide publique au développement à 0,7 % du PNB. Or l'APD ne représente aujourd'hui que 0,4 % du PNB.

D'autres engagements ont été annoncés par le chef de l'État. Ces engagements seront-ils tenus et, si oui, comment seront-ils concrétisés ?

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement restent un des cadres de l'APD. Mais la question du financement du développement dépasse la question de l'APD et les OMD ne couvrent pas tout le champ des actions à conduire en matière de développement. En particulier, la dimension démographique et la dimension santé de la procréation, pourtant fondamentales, semblent faire défaut dans les OMD. De fait, la croissance démographique n'a pas été suffisamment prise en compte pour l'atteinte des OMD santé et éducation dans certains pays d'Afrique : la croissance démographique est telle que les investissements sociaux seront toujours un peu à la traîne. Des problèmes de capacités d'absorption et de mobilisation des ressources peuvent également compromettre l'utilisation de l'aide financière dans certains pays. Certains OMD seront difficiles à atteindre.

Concernant l'APD, le Président de la République a réaffirmé l'engagement d'atteindre 0,7 % du PNB en 2015. Cet engagement est notable, quoiqu'un peu décalé par rapport à l'objectif initial de 0,7% en 2012. Cependant, si cet engagement est fort politiquement, il ne résume pas pour autant l'action française en matière d'APD. Cette aide rassemble beaucoup de choses (annulations de dettes, écolage, dépenses liées aux réfugiés...). Il ne s'agit pas toujours d'efforts budgétaires nets.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Parce qu'elles n'ont pas d'impact sur les politiques de développement, les annulations de dette ne devraient a priori pas être considérées comme de l'APD.

D'autre part, les contributions « privées » telles que la taxe « Unitaid » sur les billets d'avion des voyageurs ne devrait pas non plus entrer dans la catégorie des contributions publiques. Elles ne devraient pas être englobées dans l'APD.

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Sur le premier point, il est clair que les annulations de dette sont valables à partir du moment où elles accompagnent les politiques de développement. Elles sont d'autant plus pertinentes lorsqu'elles financent les politiques de lutte contre la pauvreté, décidées par les pays pauvres eux-mêmes. Ces politiques, déclinées en politiques sectorielles (santé, éducation, etc.) sont définies dans les fameux documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP). Bien entendu, il est possible de discuter de la différence entre la théorie et la pratique.

Sur le second point, pour l'instant, la France a présenté Unitaid comme additionnelle à l'Aide publique au développement, et cela le restera. L'intérêt, c'est d'ailleurs que c'est de l'argent frais, additionnel aux financements qui étaient auparavant consacrés au développement. La question n'est pas de savoir si Unitaid sera comptabilisé dans l'APD, mais si ces financements constitueront de l'aide nouvelle et prévisible, indépendamment des contraintes budgétaires de l'Etat.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

L'Etat n'est-il pas en train de se défausser sur le secteur privé au lieu d'assumer ses responsabilités de dégager des ressources propres ?

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Je parlerais de choix assumés de financements de politiques publiques. Le gouvernement français a fait un effort réel et continue à le faire en maintenant, en 2008, le volume d'APD. Le thème de l'APD n'a pas été un des grands thèmes de la campagne présidentielle, et il y a un véritable enjeu de conscientisation et de lobbying de la société. Il est crucial que la population française montre son attachement au renforcement de l'aide publique au développement dans son ensemble et pas seulement dans le domaine de la santé.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Beaucoup d'intervenants ont semblé dire qu'améliorer l'efficacité de l'Aide permettrait de compenser la réduction des montants. Cette doctrine - avec l'adoption de la Déclaration de Paris en 2005 - est-elle susceptible de relever le défi de réduire de moitié la pauvreté dans le monde en 2015 ?

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

Il faut souligner qu'il y a aujourd'hui davantage de financements consacrés au secteur de la santé qu'il y a quelques années, et cela, grâce à la multiplication des sources de financement : Fonds Mondial, GAVI, Unitaid, etc. La Banque Mondiale tente elle aussi d'augmenter les ressources dans le secteur de la santé. Si les aides sont renforcées en amont, les dépenses sur le terrain manquent de transparence. En effet, il ne suffit pas de suivre les flux d'aide, mais il faut également contrôler ce que les pays dépensent et comment ils le dépensent. Les dépenses des financements en santé ne sont ainsi pas toujours destinées au secteur de la santé. De même, un Etat peut décider d'affecter moins de ressources propres au secteur de santé, en raison des nombreuses aides extérieures. C'est pour ces raisons que la Banque Mondiale souhaite s'engager activement avec d'autres dans le suivi (*monitoring*) des dépenses réelles.

Suite à la Déclaration de Paris, les pays du G8 font davantage d'efforts sérieux en matière de coordination. De même, la Banque Mondiale et l'OMS pilotent ensemble la coordination de « l'IHP ou l'IHP-Plus » (Partenariat International pour la Santé), destiné à aider les pays à mettre en place des plans cohérents. Une multitude d'autres initiatives ont également vocation à ce que les principaux acteurs de l'aide se coordonnent plus étroitement.

Nous visons l'établissement, un peu comme ce qui existe déjà pour le VIH-SIDA, d'une stratégie-pays unique, caractérisée par un seul cadre de suivi permettant d'en mesurer les progrès. La tâche est ardue : les pays eux-mêmes ne sont souvent pas en mesure de mettre en place des plans cohérents et faire en sorte que toutes les agences d'aide - chacune apportant sa propre culture et ses propres méthodes de gestion, de contrôle et d'évaluation - travaillent selon cette orientation. Il s'agit de défis difficiles à relever.

À Lusaka, fin février, se tiendra une réunion du premier groupe des pays IHP-Plus ; nous espérons d'ici là que deux ou trois pays auront élaboré des stratégies prêtes à être mises en œuvre. Une fois que les pays auront établi leurs programmes et que la communauté internationale aura donné son assentiment, les stratégies-pays représenteront un cadre auquel chacun pourra se conformer. Que se passera-t-il une fois que les pays africains

et asiatiques auront réussi à négocier ces programmes ? Bénéficieront-ils d'une source de financement prévisible et durable ? Existera-t-il un système unique permettant la coordination de tous pour l'allocation des aides financières et le suivi de ces aides ?

La Banque Mondiale s'applique aujourd'hui à être à l'écoute des besoins exprimés par les pays ; elle privilégie davantage les négociations, le compromis et le dialogue. Dans ce cadre aussi, il est nécessaire d'inclure les OMD dans les Accords de Partenariat Economique (APE).

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Deux problèmes ont été posés lors de ce colloque : celui relatif aux obstacles à l'accès aux soins et celui lié à la pénurie de ressources humaines.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

Nous faisons face aujourd'hui à une véritable crise en matière de ressources humaines. Cela s'explique en partie par le fait que des individus quittent leur pays et choisissent d'aller travailler dans une autre partie du monde. L'OMS se consacre d'ailleurs aujourd'hui à cette question à travers un groupe de travail présidé par Mary ROBINSON, ex-Présidente Irlandaise et ex-Haut Commissaire aux Droits de l'Homme (aujourd'hui présidente de Realizing Rights : the Ethical Globalisation Initiative, etc.) et le Dr. François OMASWA, Directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

La question de l'émigration des personnels de santé ne s'explique pas uniquement sous l'angle traditionnel de la fuite des cerveaux. Elle revêt trois dimensions. Bien entendu, tout individu a le droit et la possibilité d'émigrer. Il s'agit de considérer ce phénomène comme un problème sous-jacent de production et de formation des personnels de santé. Tous les pays ont cette responsabilité, surtout les pays qui ont les moyens financiers, d'investir dans la formation. Le Royaume-Uni a décidé et s'est engagé depuis quelques années à renforcer sa production de personnels de santé. Cela a eu pour conséquence de diminuer les entrées nettes au Royaume-Uni par rapport aux autres pays qui n'avaient pas pris la même initiative.

La deuxième dimension concerne les conditions de vie dans les pays : la plupart des individus quittent leur pays pour des questions de survie (salaires trop bas, pas de soutien dans leur travail, conditions de logement, niveau de scolarité insuffisant). On ne peut traiter le problème de l'émigration sans étudier les questions relatives à la rétention et au financement de la santé au sens large (soins, salaires, etc.) : c'est à la fois une question d'affectation des ressources et de niveau des financements disponibles.

Le dernier point est relatif au nécessaire comportement éthique vis-à-vis de l'émigration ; il n'est pas acceptable de venir recruter dans ces pays des personnels de santé à la manière de chasseurs de têtes. C'est la raison pour laquelle l'OMS prépare actuellement un Code de conduite mondial s'agissant des migrations des personnels de santé ; il s'agirait d'un engagement moral non contraignant destiné à assainir les comportements en matière de recrutement de personnels qualifiés.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Peut-être faudrait-il prévoir des aides pour inciter le personnel de santé à demeurer sur place ?

Un autre problème qui préoccupe les ONG est celui relatif à la difficulté d'acheminer cette aide. De fait, certaines populations restent isolées. Il s'agirait d'établir des partenariats avec des acteurs locaux, avec l'administration locale, avec des ONG ; et peut-être aussi, pour les Etats, de mener des politiques élargies à l'ensemble du territoire et non pas limitées aux villes.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

Les personnes travaillant sur la mortalité infantile ou maternelle, la tuberculose, le paludisme ou encore le VIH/SIDA nous le disent : nonobstant les progrès réalisés en matière d'OMD, la principale nécessité est de permettre à ces pays de disposer de systèmes de santé efficaces. Réaliser et appuyer cette priorité sont probablement les deux ingrédients pour arriver à des systèmes de santé fonctionnels. Il ne s'agit pas seulement du secteur public au niveau gouvernemental, mais également du système de santé compris dans son ensemble, incluant les communautés, la société civile et les ONG qui interviennent actuellement dans les pays les plus pauvres. La société civile apporte une contribution extrêmement importante, que ce soit pour administrer des soins et services, renforcer les capacités ou faire du plaidoyer pour la santé.

Nous ne constatons toujours pas un niveau suffisant de dépenses des ressources nationales dans le secteur de la santé. La grande majorité des financements-santé provient de ressources nationales, c'est-à-dire des contribuables du Malawi et du Burkina Faso ; il ne s'agit pas là d'une aide internationale au développement. Il est donc crucial de continuer à soutenir l'engagement des gouvernements. Le soutien apporté par les ressources extérieures a un rôle complémentaire à jouer et il faut se réjouir d'une tendance positive (France, Union Européenne).

Il apparaît qu'il faut privilégier un système de santé différent, non seulement pour augmenter les moyens financiers, mais également en termes de circuits de financements des systèmes de soins et d'utilisation de cet argent.

En janvier 2008, l'OMS organise une réunion technique sur la contractualisation et sur la façon de négocier un meilleur avantage qualité-coûts, aussi bien au sein du système gouvernemental qu'au niveau des ONG, qui sont d'importants pourvoyeurs, dans certains cas. Car il s'agit non seulement de disposer de ressources financières, mais aussi de définir les véritables priorités afin d'optimiser ces ressources.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Le débat est ouvert avec la salle.

M. MARJOLET, Conseiller municipal en charge de la coopération décentralisée à Nantes

Les collectivités locales, acteurs de la coopération décentralisée, jouent un rôle de plus en plus important en matière de développement. Elles ont leurs propres modes d'actions. Alors que la décentralisation se généralise partout dans le monde, elle s'accompagne insuffisamment des transferts financiers correspondant aux compétences dévolues. Or, les maires ont désormais la responsabilité de la santé. Quelle responsabilité peut être donnée aux collectivités locales ? Et comment les accompagner en matière financière, même si elles font déjà beaucoup ?

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

L'APD n'est pas portée seulement par l'État, mais par toute une coalition d'acteurs (ONG, collectivités territoriales et secteur privé). Les collectivités territoriales doivent pouvoir être intégrées dans les cadres de réflexion de la Déclaration de Paris. Leur rôle est fondamental pour créer un lien social autour du développement.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

La région de Venise en Italie, dispose d'un système qui introduit certaines des perspectives locales dans le fonctionnement des systèmes de santé européens. Cela pourrait être une façon d'opérer. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé vise à échanger pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé. Une autre réflexion concerne l'action que l'OMS a engagée en Amérique centrale (CILISE). L'OMS va publier un important rapport sur le rôle des déterminants de santé, prenant notamment en compte le rôle des communautés locales et les possibilités de mener davantage d'actions multisectorielles, non seulement au niveau de la santé traditionnelle, mais aussi dans l'implication d'autres partenaires.

Mme Annick Jeantet | Responsable plaidoyer, Action for Global Health

Je soutiens les initiatives des taxes innovantes. Cela ne doit pas pour autant désengager l'État par rapport à ses promesses en termes d'APD. Qu'en est-il du milliard de dollars promis par Nicolas Sarkozy pour la santé en Afrique lors du sommet du G8 à Heiligendamm ? Existe-t-il un calendrier, une méthode ? Par ailleurs, quel type de coordination sera mise en place entre toutes les institutions et initiatives qui voient le jour ?

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Rappelons que le financement d'UNITAID ne se substituera jamais à l'APD française ; de toute manière, Unitaid c'est 0,01% du PIB. Concernant l'engagement de Nicolas Sarkozy, cet engagement n'était pas réellement fondé scientifiquement. Pour l'instant, la part-santé de l'aide française bilatérale et multilatérale est de 750 millions d'euros par an. Un calendrier doit être bâti pour tenir l'engagement présidentiel, mais il faut prendre conscience des contraintes budgétaires fortes : l'APD globale de la France est de 8 milliards d'euros par an, dont 5 milliards que la France ne peut pas toucher (dettes). Sur les 3 milliards d'euros restant, 2,25 milliards

d'euros sont destinés à des engagements multilatéraux. Il reste donc 750 millions d'euros, à répartir entre le rural, la santé, l'eau, etc.

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Nous sommes ici pour parler du rôle et la responsabilité du gouvernement français dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement au niveau mondial.

L'aide française présente certains aspects remarquables ; la moitié de l'argent va aux PMA, 50% aux pays d'Afrique, et dans une moindre mesure aux pays arabes. Mais il y a toujours des inquiétudes sur le fait qu'environ 15 % de l'aide est liée : une partie importante de cette aide va à l'assistance technique. Comment appréhender ce genre de contradiction qui consiste à promouvoir le renforcement de capacité alors qu'on évince l'expertise locale ? Comment faire avec la complexité de la structure des agences d'aide françaises ? Comment les gouvernements africains qui reçoivent des instructions et des pressions de 25 donateurs différents - et, pour la France, de différents acteurs - peuvent-ils s'en sortir ? Comment obtenir des engagements prévisibles à long terme ? Comment passer à une action de soutien plus progressive, comme l'aide budgétaire et comme les nouveaux mécanismes, qui faciliteraient l'action des gouvernements nationaux et leur permettraient de contrôler leurs priorités ?

Le problème le plus important a trait à la cohérence. L'aide et la réduction de la dette sont effectivement indissociables. Mais sur le terrain du commerce, comme vous le savez, la France est au-devant de la scène à la fois en matière de subventions agricoles. Il n'est pas cohérent de mener une politique de commerce qui va à l'encontre des politiques d'aide.

Je souhaite aussi revenir sur le rôle très important joué par la société civile dans le soutien de l'action du Ministère français de la Coopération pour créer un groupe public qui pratique le lobbying et qui a encouragé les idées des OMD en France (NDLR : Monsieur Shetty parle ici d'AMCP France) ; sans pression publique, il est très difficile pour les gouvernements d'agir. Maintenant que l'annonce politique d'un milliard a été faite, nous pouvons réfléchir à la façon d'y parvenir.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

On accuse l'OMS d'être une structure complexe, très bureaucratique. On a l'impression que le système qui existe aujourd'hui n'est pas très efficace.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

Il s'agit d'un grand défi à relever. Je suis sur le point de quitter l'OMS pour devenir Directeur général à Stockholm de l'agence de développement suédoise (SIDA). En tant que gouvernements, nous avons la responsabilité de prendre des engagements politiques et de lever des finances. Mais les initiatives sont trop nombreuses. Il faudrait réduire le nombre d'initiatives de 50 % en un an, cela facilitera les choses de manière inestimable.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

S'il est question du rôle des pays donateurs, il est aussi question de la responsabilité des pays africains. Il a été signalé que les pays africains sont loin d'affecter au moins 15 % de leur budget au secteur de la santé. Le partenariat Banque Mondiale et pays en développement peut-il aboutir à la réalisation de ces objectifs ?

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

Nous avons besoin d'une initiative internationale pour coordonner toutes les initiatives internationales (!). Blague à part, il s'agit d'une question très sérieuse à laquelle nous devons nous attaquer collectivement en partant de la situation sur le terrain.

Lors d'un séjour récent en Éthiopie, le problème principal auquel font face les personnels de santé rencontrés était celui du transport vers leur lieu de travail. Ils manquaient en outre de matériel, de médicaments (des contraceptifs injectables). Il est nécessaire de prendre en compte les réalités et les besoins de chaque contexte, en prêtant attention en priorité à ce dont les populations ont besoin.

En ce qui concerne le financement et les dépenses, il s'agit d'être prudents. Apparemment, avec une même somme d'argent, certains pays atteignent de meilleurs résultats que d'autres. Il ne faut donc pas se limiter à la question des volumes.

Nous sommes désormais en mesure de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il s'agit désormais seulement de le mettre en œuvre. De fait, dans la plupart des pays africains, le financement des services de santé basique ne requiert pas d'allouer 15 %, mais 30 % de leur budget. Or, aucun pays au monde ne consacrerait 30 % de son PIB ou de ses dépenses publiques à ses services médicaux. Cela suppose donc un partenariat entre les secteurs public et privé.

Les pays pauvres sont incapables d'atteindre seuls le niveau nécessaire de financements à consacrer au secteur de la santé. La question est donc : quel rôle peuvent jouer les financements privés ? Il s'agit de se poser la question du rôle de l'assurance sociale maladie, de la place des acteurs privés et du financement privé. A un moment ou à un autre, ce sont les populations qui paient. Et la question est : paient-elles au grand jour ou paient-elles sous le manteau ? Or c'est ce qui arrive le plus souvent dans la majorité des pays. Ces paiements voilés sont souvent catastrophiques pour les revenus des familles, particulièrement s'il y a un problème de santé lourd ou un accident. Il s'agit donc de trouver d'autres sources de financement.

M. Michel Roy | Responsable du plaidoyer international, Secours Catholique

Les débats d'hier ont aussi évoqué, en relation avec le secteur privé, la commercialisation des systèmes de santé : un business plutôt qu'un service. La Banque Mondiale ne pourrait-elle pas relever le plafond imposé pour les investissements dans le secteur de la santé ?

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

Il n'existe a priori pas de plafond sur les investissements dans le secteur de la santé. Il est important de s'interroger sur la manière dont les pays gèrent leurs finances. L'inflation est une taxe largement supportée par les pauvres. Il s'agit d'une question de gestion des finances publiques. Aujourd'hui, la majorité des pays africains commence à faire l'expérience de la croissance. Cette croissance permet d'engager de nouvelles dépenses sans mettre à mal l'économie.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

D'après les affirmations du FMI, il n'existe pas de plafond, et les pays peuvent augmenter les dépenses de santé assez considérablement sans avoir à arriver à ce point de risque d'inflation. La question, lorsqu'il y a une augmentation du budget, est celle des décisions qui sont prises : où affecter l'argent ? La santé est en fait un investissement important pour le développement. Il s'agit de convaincre les politiciens et les ministères des finances.

Dr Dominique Kerouedan | Consultante internationale en santé publique

Y a-t-il eu des évaluations sur la réalisation de l'objectif 8 du Millénaire pour le développement ? Et que recommande l'OMS aux pays, sur le court terme, compte tenu de la crise des ressources humaines ?

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Le suivi de l'OMD 8 implique de porter une attention particulière sur la manière avec laquelle le G8 mettra en œuvre ses engagements. Chacun de ces pays rend compte annuellement aux Nations Unies du nombre de progrès qu'il fait. Parallèlement, d'autres mécanismes de surveillance tels que l'OCDE ou l'Africa Progress Panel possèdent leurs propres systèmes de suivi (*monitoring*). Chaque pays produit en outre son propre rapport sur les progrès. Les évaluations indépendantes nous intéressent particulièrement ; à cet égard, ce que fait la société civile à travers des coalitions nationales (*Global Call Against Poverty*) est le plus intéressant. Ces coalitions produisent des rapports indépendants et portent des messages simples qui sont les suivants : nous n'avons pas besoin de nouvelles promesses ou de nouvelles initiatives. Ce qu'il faut, c'est que l'aide promise (0,7% PNB) soit apportée et que les engagements pris dans le cadre la Déclaration de Paris sur la qualité de l'aide soient tenus. Il en est de même pour les engagements pris s'agissant du volet commerce du développement (Cycle de Doha) : la société civile ne veut pas des Accords de Partenariat Economique et des subventions à l'agriculture qui vont à l'encontre des engagements pris.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Quelle est la stratégie de l'OMS s'agissant de la fuite des cerveaux ?

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

Les gouvernements misent sur la formation, notamment le gouvernement français. Ces investissements seront faits en termes de formation réelle, mais aussi d'assistance technique. Il s'agira de voir dans quelle mesure

cette assistance technique permet d'augmenter le nombre de personnels de santé capable d'administrer des soins et de s'assurer que ces personnels reçoivent effectivement le soutien et la formation dont ils ont besoin. Le deuxième point concerne la répartition des tâches. Il manque 100 millions de personnels de santé en Afrique. Les rares travailleurs de la santé ne sont pas capables de former d'autres médecins. Cela prend en outre trop de temps et coûte trop cher. Nous avons besoin d'une bonne combinaison de différents types d'agents de santé. Et d'apporter le soutien et la formation nécessaires pour permettre au personnel de santé de changer d'échelle un peu plus rapidement.

Encore une fois, il est plus facile d'augmenter le nombre de sages-femmes en Afrique, que d'augmenter le nombre total d'obstétriciens.

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

La question de la suppression des frais d'usagers, comporte des avantages indéniables, mais aussi des risques. Les bénéfices sont les suivants : demande accrue de services, réduction des frais et des coûts des soins de santé pour les usagers. Cependant, avant de supprimer les frais des usagers, assurez-vous qu'il y a des ressources disponibles pour financer les systèmes de santé.

Le débat ne doit pas juste porter sur la suppression ou pas des frais d'usagers. Le débat a besoin d'être davantage orienté sur la manière de financer le système (système de santé national, assurance maladie universelle, assurance communautaire, assurance privée, etc.).

M. Jean-Marc Chataigner | Directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat chargé de la Coopération et de la Francophonie, MAEE

Le sommet de Lisbonne, la semaine passée, n'est pas un échec : il a adopté une stratégie commune UE-Afrique qui prend en compte toutes les questions d'aide au développement, de sécurité, etc. Il faut en considérer l'aspect positif. Enfin, les Accords de partenariat économique ne sont pas imposés par les Européens aux Africains : l'Europe a été amenée à agir ainsi sous la pression de nombreux pays émergents ; elle a cherché à conclure des accords favorables aux partenaires, mais ce sont les pays émergents qui remettent en cause la cohérence des politiques commerciales européennes.

M. Assane Diop | Journaliste à RFI, Afrique et Moyen Orient

Cependant, seuls dix pays africains ont signé avec l'UE.

Mme Djiba Kane Diallo | Responsable d'une association de lutte contre le paludisme (Mali)

L'initiative de Bamako doit être évaluée. Elle repose sur le recouvrement des coûts et l'autofinancement des centres de santé communautaire. De même, les associations de gestions de ces centres, les associations de santé communautaire, reposent sur le bénévolat. Aujourd'hui, la santé est devenue un business : pour faire fonctionner les centres de santé communautaire, au-delà des consultations payantes et même si certains médicaments sont gratuits, l'ordonnance est souvent gonflée.

Il est enfin nécessaire que les partenaires qui agissent dans un pays se posent des questions sur les systèmes d'information sanitaire existants et travaillent selon un seul et même plan stratégique.

M. Julian Schweitzer | Directeur du Département Santé, Population, Nutrition, Banque Mondiale

Ce message de l'évaluation de l'initiative de Bamako parviendra à Washington. Il convient notamment de s'appliquer à mettre en place des outils de mesure et un suivi efficace de ce qui se passe vraiment.

Les ministres des Finances seraient peut-être moins sceptiques à financer le secteur de la santé car ils affirment aujourd'hui ne pas savoir où va l'argent.

Concernant les plans stratégiques nationaux, il est très important de comprendre qu'ils ne fonctionneront que si la société civile y est activement engagée. La pression doit venir des organisations de la société civile, parce que, visiblement, vous participez concrètement à la mise en œuvre de ce processus.

Dr Anders Nordström | Sous-directeur général, département des systèmes et services de santé, OMS

S'agissant d'un système d'information, je dirais : « Faites moins, mais faites plus en termes de ce que vous faites ». Les systèmes d'information sont nombreux, différents, séparés et verticaux. Cela coûte cher. Or, il me semble que nous n'investissons pas assez pour produire des données qui seront utilisées pour prendre des décisions au niveau local. Il y a un besoin de repenser radicalement la manière dont nous générons des données, pour quelles fins et avec quels types de systèmes.

La prise de conscience à ce propos est flagrante. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des ressources, mais d'utiliser plus efficacement les ressources présentes, en gardant en ligne de mire la question « pour qui ces données sont-elles produites ? ».

M. Salil Shetty | Directeur de la Campagne du Millénaire, Nations Unies

Vous savez que la Campagne du Millénaire des Nations Unies a été lancée par le Secrétaire général M. Kofi ANNAN pour soutenir les initiatives citoyennes à travers le monde et pour astreindre les gouvernements à rendre des comptes sur leurs engagements concernant les OMD.

Des campagnes sont menées dans approximativement quarante à cinquante pays à travers le monde. Il appartient aux citoyens de mettre la pression sur les gouvernements, afin que ces derniers tiennent leurs promesses. Plusieurs de ces campagnes passent par le suivi budgétaire afin de déterminer où vont les ressources et quand elles atteignent les personnes pauvres.

Si les pays en développement sont confrontés à la manière de mettre en place et de gérer une stratégie nationale de développement, sur le long terme, fondée sur les OMD, Il y a également une tension continue, entre les pays développés et les pays en développement, sur le fait de savoir si les engagements seront tenus ou pas. Ce que les pays pauvres sont vraiment en train de dire, c'est : « S'il vous plaît, tenez vos promesses ».

M. Gérard PASCAL | Médecins du Monde

Les soins doivent se rapprocher de la population. Pour cela, il faut équiper et approvisionner les structures de santé, et il faut inciter les personnels de santé à y rester. Tout ceci repose sur du long terme. En effet, il s'agit d'avoir des soins pérennes. Une formation adéquate doit avoir lieu. Cela commence par une sensibilisation communautaire, puis celle des acteurs de soins, et en finissant par la formation de formateurs de façon à ce que ce programme reste pérenne. Il manque de la coordination entre tous ces points.

Allocution de clôture

Dr Pierre Micheletti | Président de Médecins du Monde

Je souhaite insister sur l'émergence de nouvelles pathologies, notamment chroniques, dans les pays en développement. Concernant l'accès aux soins, nous avons vu que les obstacles peuvent être financiers, géographiques, culturels, politiques, etc. Relativement aux ressources humaines, il a été dit au cours de ce colloque que des difficultés à la fois quantitatives et qualitatives existaient. La question des financements a été évoquée également, en particulier sous l'angle de sa prévisibilité.

Monsieur Shetty a souligné qu'il ne faut pas oublier le lien entre la pauvreté et l'éducation des femmes, ainsi que le lien entre l'éducation des femmes et la fécondité.

La France doit passer de 0,47 % à 0,7 % du PIB. La comptabilisation de l'aide publique au développement est encore floue. Il faut rappeler que l'annualité de la comptabilité publique complexifie les programmes. Cela rend les interventions des ONG dangereuses, car non sécurisées.

Contrairement à ce que Monsieur Chataigner nous a dit, selon moi, le thème de l'APD a été abordé en France pendant la campagne présidentielle de 2007 à travers le thème de l'étranger.

La responsabilité primordiale des gouvernements locaux, l'organisation des systèmes de santé et les aspects de gestion des finances ont été mis en avant.

Je parlerais de continuité, financière et thématique, nécessaire pour sécuriser les programmes mis en place ; elle doit être vérifiée en volume. Je parlerais également d'équilibre dans les responsabilités des donateurs, des gouvernements gestionnaires locaux. Il est question d'équilibre entre le public et le privé. Je parlerais enfin de vigilance démocratique, nécessaire dans les pays en développement comme dans les pays donateurs, avec un rôle particulier de la société civile à cet égard. Selon moi, les choses avancent lentement, mais elles avancent cependant.

Je remercie tous les participants à ce colloque.

Conclusions et recommandations de l'AMCP

A. Tables rondes « Prioriser la santé dans la coopération pour le développement » et « Témoignages : les obstacles à l'accès aux soins »

Par Mme Marie Yared | Responsable de plaidoyer à World Vision

➤ **Table ronde 1 : Prioriser la santé dans la coopération pour le développement**

Cette table ronde a mis en évidence les liens profonds entre la question de la santé et la lutte contre la pauvreté. Chaque OMD dépend plus ou moins de la réussite des stratégies en santé et réciproquement, tous les OMD ont un impact sur la santé.

S'agissant des 3 OMD santé - santé maternelle, santé infantile et lutte contre les maladies transmissibles -, très peu de progrès ont été réalisés ; il existe de grandes disparités géographiques (1/3 des pays n'ont enregistré aucune avancée) et certains groupes sont marginalisés (les femmes sont peu et mal prises en compte dans les stratégies de lutte contre la pauvreté).

Les acteurs-clés en matière de définition et de mise en œuvre des politiques de santé ont été identifiés comme étant les ministres de la Santé et surtout des Finances, qui déterminent en amont les priorités budgétaires. Il est suggéré de sensibiliser les futurs décideurs à la source, en s'assurant que la question des politiques de santé apparaisse dans leur cursus.

Pour des stratégies de santé cohérentes, il conviendrait d'accorder davantage d'attention à la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, souvent négligées, alors qu'elles sont en passe de devenir un véritable fléau sanitaire (ex : diabète, cancers pédiatriques).

La plupart des intervenants s'accordent sur le fait qu'il existe un important décalage entre les discours pro-santé des décideurs et les faibles financements finalement alloués au secteur de la santé. Ce paradoxe a ainsi été relevé à l'occasion de la dernière rencontre ACP-UE ou des derniers sommets du G8.

Le président français Nicolas Sarkozy s'est prononcé à plusieurs occasions en faveur du renforcement des politiques de santé. Il s'est engagé, lors du dernier sommet du G8 à Heiligendamm, à consacrer 0,7% du PIB à l'Aide publique au développement d'ici 2015 (le président Jacques Chirac avait précédemment fixé l'échéance à 2012). Il a en outre spécifiquement promis d'allouer 1 milliard de dollars à la santé en Afrique. Lors d'une interview accordée au Figaro en Juin 2007, il a déclaré croire en un accès universel au traitement du VIH-Sida d'ici 2010. Enfin, en novembre 2007, il a rappelé son engagement en faveur d'un soutien accru de la France en faveur du développement et de l'Afrique.

Or les chiffres de l'APD viennent contredire ces engagements. En 2007, l'APD française (déjà constituée à 34% d'allègements de dette mais aussi de frais d'écolage, de coûts migratoires et de financements des TOM) a été officiellement évaluée à 0,47% du PIB, mais ne représenterait en valeur réelle seulement 0,24% du PIB. Cette valeur est par ailleurs en baisse.

La France ne consacre encore que 4,5% de son APD à la santé (sans les financements aux fonds verticaux), contre 11% en moyenne pour les pays de l'OCDE.

De même, les dépenses de l'UE en matière de santé, encore très insuffisantes, sont en baisse (ex : 3% dans le 10^e Fonds européen de Développement).

Selon les intervenants et participants, la France a cependant une responsabilité et un rôle importants à jouer dans la définition et la promotion de politiques de développement efficaces en matière de santé : renforcement des systèmes de santé, accès aux groupes marginalisés, pression pour des traitements bon marché, soutien

aux politiques de santé reproductive, etc. Dernièrement, elle a notamment remis la santé sur le devant de la scène à travers la promotion de l'initiative Unitaid (son engagement 2008-2010 se chiffre à hauteur de 900 millions d'Euros par an). L'équipe gouvernementale semble de plus très attachée à la question de la couverture du risque maladie. Cette question, qui fera l'objet d'une conférence à Paris en avril 2008, apparaît d'ailleurs comme une des problématiques de développement prioritaires de la prochaine Présidence française de l'UE (second semestre 2008).

➤ **Table ronde 2 : Témoignages : les obstacles à l'accès aux soins**

Les obstacles principaux à l'accès aux soins sur le terrain sont financiers, socioculturels, géographiques et de l'ordre des ressources humaines.

Les obstacles financiers : Les pays africains sont encore loin de consacrer 15% du budget national à la santé, comme fixé à Abuja.

Il s'agit également de lever toutes les barrières résiduelles à l'accès aux centres de santé, qui conditionnent le plus souvent l'accès au traitement (ex : médicaments subventionnés mais consultation payante).

Les financements sont souvent verticaux et l'accent est mis sur la lutte contre le VIH-Sida, au détriment du financement de la lutte contre d'autres pandémies, notamment le paludisme (le Mali perd chaque année plus de 1% de son PIB à cause du paludisme, qui est la première cause de mortalité juvénile dans le pays).

Est enfin constaté un désinvestissement de la France sur le terrain et une baisse notable de l'aide bilatérale.

La crise des ressources humaines : elle est à la fois quantitative (manque avant tout -de spécialistes) et qualitative (mauvaise formation et suivi des personnels de santé), mais relève aussi d'une mauvaise répartition des professionnels de santé à l'intérieur des pays.

Obstacles socioculturels : Les populations de nombreux pays ont encore trop systématiquement recours à l'automédication et aux tradithérapies.

Les stratégies de santé négligent aussi d'autres aspects tels que le rôle prééminent du père, qui en tant que chef de famille, décide si les membres de sa famille se rendront ou non dans un centre de santé.

Obstacles géographiques : L'enclavement de certaines zones dans un même pays entraîne fréquemment les ruptures de stock de matériel médical ou les retards dans l'évacuation des patients (notamment par manque de carburant). Cela est principalement dû à une mauvaise coordination des stratégies au niveau national.

Les intervenants ont présenté deux initiatives qui visent à lutter contre ce phénomène d'enclavement et à augmenter la couverture thérapeutique :

Premièrement, l'intervention sanitaire intégrée dans un espace communautaire local : il s'agit de renforcer l'accès aux soins des communautés dans les villages en faisant redescendre les responsabilités de l'Etat aux communautés, via des relais communautaires et selon les échelons province, district et aire de santé.

Deuxièmement, les stratégies décentralisées d'accès aux ARV : le Cameroun a réorganisé les programmes d'approvisionnement en ARV en faisant « monter » les commandes du niveau communautaire au niveau national, via l'échelon de la province. Dans un second temps, les commandes « redescendent » vers les villages en prenant le chemin inverse.

Ce système est efficace à condition que les niveaux intermédiaires gèrent correctement les ressources, que les besoins soient adéquatement évalués par les communautés et qu'il s'agisse de traitements à faible coût (cela exclu pour le moment les traitements de seconde ligne, brevetés).

Le Fonds mondial semble quant à lui avoir bien mesuré l'importance de l'appropriation des politiques de santé par les bénéficiaires. L'idée de partenariat y est centrale, comme en atteste la composition de son Conseil d'Administration. En vertu de celle-ci, les votes des donateurs ont le même poids que ceux des bénéficiaires.

La question du renforcement des systèmes de santé est enfin en passe de prendre encore plus d'importance au Fonds mondial, bien qu'elle représente déjà 45 à 50% des financements.

**B. Conclusions des tables rondes sur « la crise des ressources humaines en santé » et sur « les financements consacrés à la santé »,
Par Mme Astrid Frey| Chargée de mission pôle Afrique et Education au développement, Cités Unies France**

➤ **Table ronde 3 : Crise des ressources humaines en santé**

La table ronde « crise des ressources humaines en santé » a permis de dresser les constats et recommandations suivantes.

La santé, en Afrique en particulier, est en déconstruction : chute des ressources humaines, diminution de la qualité de la formation, chute de la qualité de la gestion et délabrement des infrastructures.

Dans cette situation, la responsabilité de la communauté internationale est engagée, à côté de celle des dirigeants des Etats du Sud. La communauté internationale privilégie une approche « contrôle des maladies », verticale, au détriment des soins de santé. Les investissements vont à la première, sans grands résultats, sinon la création d'une bureaucratie coûteuse. Les soins de santé sont laissés au privé, devenant ainsi une affaire commerciale rentable et abandonnant les populations démunies. Les médecins sont réduits au rôle de gestionnaires.

Face à cet état de fait, il faut inverser la tendance : en soutenant la réhabilitation des systèmes de santé communautaires dans une approche globale, de service public et en multipartenariat.

La priorité doit être la formation des ressources humaines. Celle-ci inclut une bonne planification, des programmes adaptés, des établissements réhabilités, une gestion des carrières, la formation des formateurs, la formation continue, une politique de bourses et l'aide à la (ré)installation.

Une politique de compensation devrait être élaborée, permettant de prendre en compte le coût global de la formation des personnels de santé dans leurs pays de formation. La proposition est faite de payer la formation au Sud de personnels de santé utiles à la planète entière.

Enfin, AMCP France lance un appel à soutenir le mouvement mondial pour le droit à la santé.

➤ **Table ronde 4 : Augmenter et améliorer l'efficacité des financements consacrés à la santé**

Cette table ronde a permis d'aborder les questions de financements, la qualité de l'aide et des réponses possibles.

Concernant les financements, les intervenants de cette table ronde, à majorité « institutionnelle », ont fait part des éléments généraux suivants :

- l'Aide publique au développement française a été exceptionnelle en 2005, mais est en baisse dès 2007 et continuera à baisser plus fortement encore en 2008, en raison de la fin des annulations de dette ;
- de même, aujourd'hui, 80% de l'APD française emprunte le canal multilatéral contre 20% pour le canal bilatéral. Cette tendance se poursuivra dans les prochaines années.
- L'AFD gère aujourd'hui 350 millions d'Euros en subvention, dont 50 millions sont consacrés à la santé.
- Sur la période 2008-2010, le Fonds Mondial projette de dépenser 9,7 milliards de dollars par an, contre 18 milliards nécessaires. Par conséquent, le Fonds mondial, aussi, est à la recherche de fonds supplémentaires.
- De nouvelles sources de financements sont mises en avant telles que les taxes innovantes, les économies émergentes, les fonds privés (ex : fondations) ou encore le secteur privé.

Quelques chiffres pour rappel :

Pour atteindre les OMD santé, il faudrait des engagements internationaux à hauteur de 20 milliards d'Euros par an, et même de 28 milliards d'Euros en 2015. Or, en 2004, l'aide internationale consacrée à la santé n'était que de 9 milliards d'Euros/an.

Source : commission macro-économique de l'OMS.

Quant à la qualité de l'aide, elle se heurte à la multiplication des acteurs et des initiatives qui complexifie le paysage, à la volatilité et à la non prévisibilité de l'aide, à des programmes pas toujours adaptés aux besoins et au manque d'appropriation (ownership) des pays auxquels cette aide est destinée.

En termes de réponses, les intervenants ont souligné l'importance de la Déclaration de Paris, fondée sur les principes d'harmonisation, d'alignement, de coordination et d'appropriation (ownership). Dans son prolongement, le Forum de Haut niveau de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide à Accra, septembre 2008, a été cité. Il évaluera les avancées sur l'efficacité de l'aide avec pour choix la santé comme secteur de suivi. Ce forum se veut participatif.

De manière générale, le rôle de la société civile, qui participe - que ce soit au Fonds mondial ou au Forum d'Accra - avec un rôle de vigilance, a été souligné. Une telle participation doit être soutenue. Enfin, les débats ont mis l'accent sur le décalage important entre les discours des organisations et la situation réelle sur le terrain.

Remerciements

A tous les intervenants qui ont accepté de participer au colloque et de nourrir notre réflexion sur ce sujet.

A Madeleine Denis et Céline Morel pour leur appui tout au long de la préparation de cet événement.

A tous les prestataires qui nous ont facilité l'organisation, en particulier à la Maison du Barreau qui a hébergé ce colloque.

Au MAEE pour son appui financier.



L'AMCP-France est la plateforme française de l'Action Mondiale Contre la Pauvreté, initiative mondiale lancée en 2005 dans plus de 90 pays par des organisations de la société civile afin de rappeler aux gouvernements leurs engagements en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'AMCP-France regroupe une soixantaine d'organisations françaises et est coordonnée par le CRID.



Le comité de pilotage pour l'organisation du colloque a été coordonné par Médecins du Monde

Contacts

CRID : n.pere-marzano@crid.asso.fr

Médecins du Monde : plaidoyer@medecinsdumonde.net

Action for Global Health : France@actionforglobalhealth.org

Avocats pour la Santé dans le Monde : ajeantet@ghadvocates.org

Handicap International : ahery@handicap-international.org

Opals : claudemoncorge@wanadoo.fr

World Vision : M.Yared@worldvision.fr

Secours Catholique : michel-roy@secours-catholique.asso.fr

Cités Unies France : a.frey@cites-unies-france.org

Réseau Foi et Justice : foi-justice@wanadoo.fr