

*Commission nationale de la coopération décentralisée
(C.N.C.D.)*

**COOPERATION DECENTRALISEE
ET
COOPERATION HOSPITALIERE
INTERNATIONALE**

*Un vade-mecum à l'usage
des collectivités territoriales
et
de la communauté hospitalière*

2003

**Ce *vade-mecum* a été rédigé à la suite des travaux du "chantier"
Santé et Coopération hospitalière
de la Commission nationale de la coopération décentralisée (C.N.C.D.)**

Le Comité de Rédaction

L'équipe de rédaction, animée par Martine Richard, adjointe au maire d'Angers
était composée de :

Jean-Louis Boppe, Dominique Colas, Thuy-Tien Couty, Pascal Garel,
Michelle Hallary, Phillipe Guinard, Jean-Pierre Jarjanette, Michel Lo Casto et Pierre Pougnaud.
Cet ouvrage a été entrepris en coopération avec la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.)

AVANT PROPOS

Acteurs du territoire, les collectivités territoriales et les hôpitaux s'impliquent de plus en plus dans des actions internationales. Solidarité, coopération sur des sujets liés à la gouvernance pour les unes, à la santé et aux soins pour les autres, partage de savoir-faire dans les deux cas, sont les ressorts de la *coopération hospitalière internationale* et de la *coopération décentralisée*.

Ces deux notions, déjà mises en pratique avant d'avoir été définies, ont été reconnues par le législateur par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et dans le cadre de la loi d'orientation sur l'administration territoriale de la République, du 6 février 1992. Elles ont connu depuis des développements notables, mais qui n'ont pas démenti la force et la simplicité des principes fondateurs.

La communauté hospitalière, de son côté, les régions, départements, communes et leurs groupements, de l'autre, ont chacun leur légitimité propre à intervenir à l'étranger, et le font selon leur identité institutionnelle, au service de leurs objectifs naturels dans un esprit de développement durable. Il ne s'agit donc pas de nier ou de sous-estimer leur spécificité, mais bien de montrer les points communs de leurs actions respectives, les éléments de complémentarité de leurs interventions, en essayant par une meilleure connaissance mutuelle de dégager des possibilités accrues de mise en cohérence et de collaboration.

C'est dans ce sens que la *Commission nationale de la Coopération décentralisée (C.N.C.D.)* s'est dotée d'un « *Chantier Santé et Coopération hospitalière* », où se sont retrouvés élus et fonctionnaires territoriaux, représentants de la communauté hospitalière et de l'administration. Sous la présidence de Mme Richard, adjointe au maire d'Angers, s'est constitué un Comité de rédaction qui a travaillé sur le « *Vade-mecum* » qui vous est proposé, comme un nouvel instrument de référence et de travail.

Il ne vise pas à l'exhaustivité, ni à faire double emploi avec le « *Guide de la Coopération décentralisée* » (*La Documentation Française*) ou le « *Guide de la Coopération hospitalière pour l'Aide au Développement* » (*Ecole Nationale de la Santé Publique*). Il les complète et les précise sur ce qui peut être fait en commun.

Les questions de coopération transfrontalière ayant des caractéristiques spécifiques ne sont pas traitées dans le présent vade-mecum.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| AVANT PROPOS..... | 3 |
| SOMMAIRE | 4 |
| I. LES ACTEURS..... | 6 |
| LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES FRANÇAISES : RÉGIONS, DÉPARTEMENTS, COMMUNES, ET LEURS GROUPEMENTS... | 6 |
| LES COLLECTIVITÉS OU AUTORITÉS LOCALES ÉTRANGÈRES | 7 |
| LES ASSOCIATIONS DE COLLECTIVITÉS TERRITORIALES | 7 |
| LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE ICI ET LÀ-BAS | 8 |
| LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS FRANÇAIS..... | 8 |
| <i>Les établissements publics</i> | 8 |
| <i>Les établissements privés</i> | 9 |
| LES AUTRES INSTITUTIONS NON HOSPITALIÈRES | 9 |
| LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ | 10 |
| LES AUTRES ACTEURS DE SANTÉ : ÉTAT ET TUTELLE | 10 |
| LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE..... | 12 |
| LES ORGANISATIONS DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE..... | 13 |
| II. LES DETERMINANTS SANITAIRES | 14 |
| LES POLITIQUES DE SANTÉ | 14 |
| LES PRODUCTEURS DE SOINS ET LEURS FINANCEURS | 16 |
| LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX | 18 |
| LES INDICATEURS DE SANTÉ | 19 |
| III. LES OBJECTIFS | 21 |
| DÉFINITION DE LA COOPÉRATION SANITAIRE ET HOSPITALIÈRE | 22 |
| LES OBJECTIFS DE SOLIDARITÉ..... | 23 |
| <i>Les objectifs stratégiques :</i> | 23 |
| <i>La stratégie de la France :</i> | 23 |
| LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS..... | 24 |
| <i>Les échanges de savoir-faire</i> | 24 |
| <i>La formation des acteurs</i> | 25 |
| L'AIDE À L'ÉQUIPEMENT | 25 |
| IV. LES DEMARCHES, TYPOLOGIES ET METHODES DE COOPERATION | 27 |
| L'APPROCHE ENTRE PARTENAIRES : MOTIVATIONS ET MÉTHODES | 27 |
| <i>Motivations</i> | 27 |
| <i>Méthodes d'approche</i> | 28 |
| LA FORMALISATION DES LIENS..... | 28 |
| <i>Formes de collaborations possibles</i> | 28 |
| <i>Le processus de formalisation des liens</i> | 30 |
| LE SUIVI ET L'ÉVALUATION..... | 32 |
| V. LES MOYENS..... | 34 |
| LA F.H.F..... | 34 |
| LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES | 36 |
| LES HOMMES..... | 37 |
| LES FINANCEMENTS | 38 |
| LES RESSOURCES JURIDIQUES (LES PARTENARIATS ET L'USAGE D'INSTRUMENTS CONTRACTUELS) | 39 |
| LES ÉQUIPEMENTS..... | 39 |

| | |
|---|-----------|
| VI. LES DIFFICULTES RENCONTREES..... | 40 |
| VII. LES GAGES DE LA RÉUSSITE | 41 |
| L'INTÉRÊT DES CONTACTS PRÉALABLES AVEC UNE CONDUITE À TENIR | 41 |
| L'INFORMATION MUTUELLE | 41 |
| LES PARTENARIATS CONTRACTUELS | 42 |
| L'ÉCHANGE DE MÉDECINS, DE CHERCHEURS, DE SOIGNANTS, DE GESTIONNAIRES | 42 |
| L'IMPLICATION DES CITOYENS (" <i>L'HÔPITAL OUVERT SUR LA CITÉ</i> ") | 42 |
| ANNEXES..... | 44 |
| GLOSSAIRE..... | 45 |
| CADRE LEGISLATIF ET DISPOSITIONS PARTICULIERES REGISSANT LA COOPERATION DECENTRALISEE ET LA COOPERATION HOSPITALIERE | 47 |
| <i>Code général des collectivités territoriales.....</i> | 47 |
| <i>Code de la santé publique.....</i> | 48 |
| <i>Décret d'application de la loi de 1991.....</i> | 49 |
| POINTS DE REPERES SUR LA COLLABORATION ENTRE COLLECTIVITES LOCALES ET HÔPITAUX ... | 51 |
| <i>De l'intérêt d'une coopération décentralisée hospitalière.....</i> | 51 |
| <i>Un difficile état des lieux et des expériences limitées</i> | 52 |
| <i>Propositions pour faciliter le travail entre collectivités et hôpitaux.....</i> | 53 |
| CARTES DE LA COOPERATION DECENTRALISEE..... | 54 |
| CARTES DE LA COOPERATION HOSPITALIERE PAR CONTINENT | 55 |
| ILLUSTRATIONS PARTICULIERES | 58 |
| <i>Coopération décentralisée avec le Burkina Faso</i> | 58 |
| <i>Coopération santé entre la France et le Viet Nam.....</i> | 59 |
| CHARTRE REGISSANT LES DONS DE MEDICAMENTS : « DES PRINCIPES POUR UNE ACTION EFFICACE » | 60 |
| LISTE DES PAYS APPARTENANT A LA ZONE DE SOLIDARITE PRIORITAIRE (ZSP) EN 2002..... | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE | 69 |
| QUELQUES ADRESSES UTILES | 70 |

I. LES ACTEURS

Les collectivités territoriales françaises : régions, départements, communes, et leurs groupements

Plus de 3000 collectivités territoriales françaises, de toutes tailles, sont engagées aujourd'hui dans la coopération décentralisée, dans 115 pays de tous les continents. Elles mènent cette action librement, par le moyen de conventions passées avec des autorités locales étrangères, qu'il s'agisse de véritables collectivités dotées d'organes élus ou de structures publiques déconcentrées, dès lors qu'elles ont un pouvoir effectif d'administration territoriale. Les seules limites légales sont de ne pas contracter avec un Etat étranger souverain et de respecter les engagements internationaux - les traités et accords - souscrits par la France.

Dans ce cadre, les collectivités territoriales peuvent intervenir dans tous leurs domaines de compétence. Cela résulte de la loi d'orientation du 6 février 1992, relative à l'administration territoriale de la République (dispositions reprises dans le Code général des collectivités territoriales, article L. 1112-1 à 7), modifiée en 1995. Or, les collectivités territoriales ont des responsabilités qui touchent au domaine de la santé. L'article L. 1111-2 du code prévoit qu'elles "concourent avec l'Etat (...) au développement économique, social, *sanitaire*, culturel *et scientifique*". Outre ces dispositions générales, les régions (art. L. 4221-1), les départements, les communes ou leurs groupements ont, par application du code général ou de lois spéciales des attributions leur permettant d'agir, à leur échelle dans le domaine de l'hygiène, de la santé, de l'éducation sanitaire. De plus, leurs autres vocations leur permettent d'exercer un rôle important dans des domaines intéressant la santé ou l'hygiène publique (eau, assainissement, traitement des déchets, préventions des pollutions, etc.). Leurs programmes à l'étranger sont le reflet de ces compétences et de ces savoir-faire, à la mesure des besoins, du niveau de développement du partenaire et des moyens des collectivités.

En outre, les élus locaux sont appelés *ès qualités* à exercer des responsabilités de représentation dans les organes dirigeants des hôpitaux publics. Les collectivités en tant que telles peuvent être liées à ces établissements par des conventions et la notion plus générale "d'ouverture de l'Hôpital sur la Cité" rend compte des multiples rapports qui se sont instaurés à cet égard, dans le respect de la vocation institutionnelle de chacun.

La Commission nationale de la coopération décentralisée (C.N.C.D.), instituée par la loi du 6 février 1992, est composée à parité de représentants des collectivités territoriales et de représentants de l'Etat, auxquels s'adjoignent quatre personnalités qualifiées. C'est le lieu de discussion en commun de disciplines collectives. Elle a constitué des "chantiers", permettant de traiter des problèmes concrets que rencontrent dans leur action les collectivités territoriales. L'un de ces chantiers, ouvert en 2002, s'intitule "*Santé / Coopération hospitalière*".

Le "*Guide de la Coopération décentralisée*", publié fin 2000 par *la Documentation française*, résume les aspects pratiques de cette forme de coopération, qui se situe dans la notion plus large d'action extérieure des collectivités territoriales.

Les études faites pour le compte de la C.N.C.D., au titre de sa mission légale de tenir à jour un "état" de la coopération décentralisée, montrent que les activités dans le domaine sanitaire se combinent souvent avec des opérations touchant à la gouvernance urbaine, à l'intervention dans les

quartiers, parfois au traitement de situations d'urgence ou de "post-crise", l'objectif étant toutefois l'amélioration à moyen et long terme des conditions de vie des citoyens, dans le cadre d'un développement durable.

En annexe à ce *vade-mecum*, une "*carte de la coopération décentralisée*" permettra de se rendre compte du nombre et de la diversité des liens ainsi créés.

Les collectivités ou autorités locales étrangères

L'expérience de liens dans la durée entre collectivités, entre élus locaux et entre fonctionnaires territoriaux, ici et là-bas, a contribué au fil du temps à développer une coopération plus équilibrée, où chacun des partenaires a quelque chose à apporter, au-delà de la distinction traditionnelle entre "donateur" et "bénéficiaire". L'idée de projets, mais aussi de programmes, pilotés et évalués ensemble, fait son chemin, et a trouvé son écho dans les travaux des "chantiers" de la C.N.C.D..

Il y a parfois des difficultés pour déterminer qui est l'interlocuteur. De nombreux pays sont en cours de décentralisation, et il peut y avoir coexistence d'autorités nommées, de structures comportant des élus, de comités villageois, etc. On peut à ce titre noter l'existence du partenariat pour le développement municipal (P.D.M.), basé à Cotonou, qui regroupe un certain nombre de collectivités locales d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest. Cependant, on ne saurait négliger par ailleurs l'existence d'autorités traditionnelles dans de nombreux pays du Sud.

Il est indispensable, mais parfois difficile, faute de lisibilité ou de continuité, de respecter les normes et programmations des pays dans lesquels on travaille, et ceci est particulièrement vrai en matière de santé. Cet aspect sera traité en détail plus loin, ainsi que celui de la cohérence / complémentarité avec les programmes des organisations internationales (O.M.S., F.A.O., U.N.I.C.E.F. ...) ou avec les essais d'approches "sous-régionales" qui se développent de plus en plus.

La coopération décentralisée permet enfin de nouer des contacts avec les autorités hospitalières implantées sur le territoire de la collectivité partenaire ou ayant compétence sur celui-ci. Bien sûr, il y a autonomie des partenariats hospitaliers par rapport à la carte de la coopération décentralisée, mais il peut y avoir coïncidence et alors, la recherche de cohérence prend toute son importance.

Les associations de collectivités territoriales

L'Association des Régions de France (A.R.F.), l'Assemblée des Départements de France (A.D.F.), l'Association des Maires de France (A.M.F.), représentatives au niveau national, sont habilitées à proposer des membres au titre des élus territoriaux qui siègent à la C.N.C.D. Par ailleurs, elles développent de plus en plus, selon leur vocation propre, des réflexions sur le rôle des pouvoirs locaux au niveau mondial, l'action extérieure des collectivités territoriales et sur la coopération décentralisée.

Des associations regroupent les communes selon leur taille : Association des Maires des Grandes Villes de France (A.M.G.V.F.), Association des Villes Moyennes, Association des Petites

Villes, Fédération Nationale des Maires Ruraux. L'intercommunalité est représentée par l'Association des Districts et Communautés de France.

La communauté hospitalière ici et là-bas

La coopération est une volonté d'agir ensemble. Elle se fait autant dans la différence que dans la ressemblance.

Ainsi la coopération internationale des hôpitaux français n'est pas limitée à certains pays ou à certains niveaux de développement. Elle concerne sous une forme ou une autre probablement l'ensemble des pays du globe. Si l'on exclut les activités intra-communautaires, elle est toutefois principalement dirigée vers les pays en développement.

La diversité des modes d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux dépend évidemment des niveaux de développement atteints par les pays, mais pas seulement. Certains pays, notamment émergents, peuvent disposer d'équipements hospitaliers de même niveau technique que ceux des pays les plus avancés.

A la richesse relative s'ajoute donc d'autres éléments pour expliquer les différences : politique de santé, présence de médecines dites "traditionnelles", taille du pays, etc..

L'hôpital est également dépendant de son image. La perception de l'hôpital par les organisations internationales, longtemps suspicieuse pour certaines d'entre elles, évolue. Au cours de ces dernières années, les grands bailleurs multilatéraux ont cessé d'investir sur la réhabilitation des hôpitaux tout en prenant plus en compte l'hôpital dans les politiques de santé avec un intérêt accru sur les questions liées à son organisation. Un consensus assez large entre tous les bailleurs s'est fait pour participer au renforcement des districts de santé. L'hôpital de référence situé à ce niveau est largement pris en compte dans les interventions.

Les établissements hospitaliers français

Le système hospitalier français se compose d'établissements de santé publics et d'établissements de santé privés qui gèrent environ 525 000 lits à eux deux, dans une proportion de deux tiers pour le public et un tiers pour le privé. Ils assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Les établissements publics

Les institutions hospitalières publiques ont la qualité d'établissement public depuis 1941, une disposition confirmée dans la loi du 31 juillet 1991 qui dispose que les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. L'hôpital dispose de la capacité juridique, qui lui permet de posséder un domaine, d'ester en justice, de vendre, d'acquérir, de recevoir des dons et legs. Il peut subsidiairement exercer ou gérer des activités industrielles et commerciales.

Les missions que doivent accomplir les établissements publics de santé impliquent un ensemble d'obligations inhérentes au service public : égalité d'accès, continuité du service, non-

discrimination, adaptation. L'établissement public de santé est soumis au contrôle administratif du ministère de la santé, du directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, et du préfet.

Les établissements publics de santé sont classés en trois catégories : centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers, hôpitaux locaux. Les centres hospitaliers régionaux ont une vocation régionale liée à une haute spécialisation. 29 sur 31 de ces établissements ont passé une convention avec une faculté de médecine et sont donc dénommés centres hospitaliers universitaires (C.H.U.). Les centres hospitaliers dispensent toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.

Les établissements publics de santé, bien que soumis au contrôle de l'Etat, restent formellement rattachés à une collectivité publique. A l'exception de quelques établissements, ils sont des établissements publics locaux. Depuis la période révolutionnaire, l'hôpital est en effet rattaché à une collectivité ; depuis 1800 le maire préside la commission administrative. Les hôpitaux sont ainsi rattachés à une ou plusieurs communes ou à un département.

L'international fait aujourd'hui pleinement partie de l'environnement quotidien de l'hôpital, ne serait-ce que par les patients accueillis. Les établissements publics de santé commencent aussi à envisager l'international comme un élément utile à l'organisation interne. Les déplacements à l'étranger sont utilisés pour étudier des équipements, des modes d'organisation, de fonctionnement. Mais l'activité internationale peut également s'envisager comme une réelle démarche de coopération : les activités de formation, l'assistance technique et les partenariats hospitaliers en témoignent.

Concernant l'hôpital français, l'article L.6134-1 du code de la santé publique (C.S.P.) permet aux établissements de santé de signer des conventions de coopération internationale, une fois les instances consultatives interrogées et après délibération du conseil d'administration (renvoi annexes).

Les établissements privés

Soumis au droit civil et au droit des sociétés, ces établissements privés sont répartis en deux catégories, ceux qui poursuivent un but lucratif, généralement appelés cliniques ou maisons de santé, et ceux qui sont dépourvus de but lucratif (associations, congrégations, établissements gérés par les mutuelles et les organismes de sécurité sociale, les fondations, les centres régionaux de lutte contre le cancer, les groupements d'intérêt économique).

La place des établissements hospitaliers privés français dans le domaine de la coopération internationale est plus réduite. En effet, les C.H.U., acteurs majeurs de la coopération internationale, sont tous publics. Ensuite, lorsqu'elle existe, cette activité se trouve plus fréquemment dans les établissements non-lucratifs, prenant sa source dans les valeurs de l'établissement, les traditions ou les réseaux auxquels ils appartiennent.

Les autres institutions non hospitalières

Les dispensaires et centres de soins s'adressent principalement aux malades ambulatoires. Ils dépendent des municipalités, des mutuelles ou des associations. Il en existe environ un millier dont 90% sont de statut public.

On peut également citer les services de médecine scolaire ou de médecine du travail, les centres d'exams de santé des caisses d'assurance maladie et les services de protection maternelle et infantile (P.M.I.).

Les autres professionnels de santé

75% des médecins généralistes et 68% des médecins spécialistes ont une pratique dans des cabinets privés. La rémunération de ces médecins libéraux s'effectue à l'acte.

Les dentistes sont environ 40 000. Ils exercent en grande majorité en secteur privé (94%). Les pharmaciens pratiquent majoritairement dans des pharmacies privées.

Les sages-femmes sont formées dans des écoles rattachées aux hôpitaux publics; 12 % d'entre elles ont une activité privée indépendante.

Il y a actuellement 348 000 infirmiers dont 14% ont une activité privée indépendante.

Les masseurs kinésithérapeutes sont formés dans des écoles relevant de l'enseignement supérieur. 75% d'entre eux ont une activité privée indépendante; les autres sont salariés d'un établissement hospitalier ou d'un centre de soins.

Il est plus difficile d'être présents à l'international pour ces professionnels indépendants : la nécessité de maintenir un lien ininterrompu avec la « clientèle », l'absence de soutien d'une structure leur facilitant absences et déplacements limitent leur souplesse.

Les autres acteurs de santé : Etat et tutelle

Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'Etat, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'Etat intervient parfois directement dans la production ou le financement des soins. Il exerce un contrôle sur les relations entre institutions de financement, professionnels et malades au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux.

Ainsi, l'Etat, soit directement, soit par l'intermédiaire des services déconcentrés :

- assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux (toxicomanie, alcoolisme).
- assure la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique.
- exerce sa tutelle sur les Agences régionales d'hospitalisation.
- veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention et régule le volume de l'offre de soins : personnels, établissements, équipements lourds.

- exerce la tutelle de la protection sociale dans le cadre de contrats d'objectifs et de gestion et intervient sur les modalités de son financement (assiette et taux de cotisations), sur les règles de la couverture de la population, sur ses relations avec les producteurs de soins, sur la prise en charge financière des soins (tarifs et taux de remboursement). Il veille à l'équilibre des comptes sociaux.

Le Parlement fixe annuellement, depuis 1996, les objectifs sanitaires et le cadre de financement du système de protection sociale.

Au plan national, c'est le Ministère chargé des affaires sociales et le Ministère chargé de la santé qui interviennent au nom de l'Etat sur le système de santé. Quatre directions de ces ministères sont particulièrement concernées : la Direction de la sécurité sociale, la Direction des hôpitaux, la Direction générale de la santé et la Direction de l'action sociale. Le Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie intervient de manière importante sur les aspects financiers de la santé et de l'assurance maladie.

Le Ministère des affaires étrangères, direction générale de la coopération internationale et du développement (D.G.C.I.D.), comporte dans le cadre de sa sous-direction du développement social et de la coopération éducative (D.C.T./H) un bureau de la santé. Celui-ci est chargé de l'élaboration et du suivi, avec les différents acteurs, des politiques de coopération sanitaire internationale menées par la France.

L'Etat a suscité progressivement la création de plusieurs organismes ayant compétence dans un domaine spécifique. Il y est toujours représenté, en assure la tutelle et en définit les missions. Ces organismes ont des formes juridiques variées (agence, délégation, comité, association...).

Ainsi :

- L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé créée en 1996 a pour mission de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics ou privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. Elle met en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé.
- Le Conseil national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé donne son avis sur les problèmes moraux soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie et de la médecine. Il comprend des représentants des principales familles philosophiques et spirituelles ainsi que des personnalités qualifiées.

Certains organismes sont ciblés sur un domaine spécifique :

- L'Institut de la veille sanitaire,
- L'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé,
- L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments,
- L'Agence de sécurité sanitaire de l'environnement,
- L'Etablissement français du sang,
- L'Etablissement français des greffes,
- Le Conseil national du S.I.D.A.,
- Le Conseil national du cancer.

Au niveau local, il existe des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.) et des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.) respectivement sous l'autorité du préfet de région et du préfet départemental. Elles assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et locales.

Les D.R.A.S.S. déterminent et animent la politique régionale de santé et identifient les problèmes prioritaires de santé. Elles assurent le secrétariat des conférences régionales de santé. Elles organisent les relations administratives avec les professions de santé et veillent à la coordination entre la politique hospitalière et les objectifs définis dans le cadre de la politique générale de santé. Les D.R.A.S.S. doivent évaluer le degré de réalisation dans leur déclinaison régionale des objectifs fixés par chaque convention nationale conclue entre l'Etat et les Caisses nationales de sécurité sociale.

Les D.D.A.S.S. sont responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins, des actions de prévention et de promotion de la santé décidées au niveau local.

Les Agences régionales de l'hospitalisation ont été instituées en 1996. Il s'agit de groupements d'intérêt public constitués entre l'Etat et les Caisses régionales d'assurance maladie. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en œuvre, dans le respect des orientations nationales, la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. Dans ce but, elles fixent les limites des secteurs sanitaires et secteurs psychiatriques, arrêtent les schémas régionaux d'organisation sanitaire; elles se prononcent sur les demandes d'autorisation relatives aux établissements de santé publics et privés, sur le retrait d'autorisation. Par ailleurs, elles concluent avec les établissements de santé, publics ou privés, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

La Fédération hospitalière de France

Créée en 1924, la Fédération hospitalière de France (F.H.F.) est une association à but non lucratif relevant de la loi du 1er juillet 1901. D'essence fédérale, elle est constituée de dix Unions hospitalières interrégionales, dont trois représentent les D.O.M./T.O.M. La F.H.F. réunit plus de 1000 établissements de santé (hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons de soins), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public. La F.H.F. remplit une triple fonction de promotion, d'information et de représentation.

La réussite de l'hôpital public réside dans la cohésion des différentes cultures qui le composent : médicale, soignante, technique mais aussi administrative. Cette richesse est aujourd'hui l'un de ses atouts majeurs. La F.H.F. accompagne l'hôpital public dans ses mutations et ses évolutions, notamment en animant des groupes de travail sur des sujets d'actualité et en organisant chaque année deux salons en alternance, Hôpital Expo - Intermédica et Géront Expo-Handicap Expo.

La F.H.F. joue un rôle quotidien de conseil face aux nombreux problèmes concrets qui peuvent survenir dans la gestion d'un établissement public de santé. Les responsables hospitaliers peuvent solliciter à tout moment son avis dans des domaines aussi vastes que les ressources humaines, les finances ou la responsabilité juridique. La F.H.F. met également à leur disposition un puissant outil d'étalonnage des performances (*benchmarking*) : une Banque de données statistique

et financière (B.D.S.F.) qui rassemble les chiffres-clés des établissements adhérents et leur offre l'opportunité d'améliorer leur service en se comparant les uns aux autres. Ce dispositif d'information rapide est complété par une lettre et une revue (la Revue hospitalière de France) qui donnent aux adhérents et abonnés une information et des analyses de fond sur l'évolution du monde hospitalier.

La F.H.F. met aussi l'accent sur la formation en éditant plusieurs guides à destination des personnels : le guide de l'interne à l'hôpital public, le guide du praticien à l'hôpital public, le livret d'accueil du personnel hospitalier et le guide de l'administrateur d'hôpital. La F.H.F. est de plus en plus présente au niveau international. Membre du Conseil d'administration et trésorier de la Fédération internationale des hôpitaux (F.I.H.), qui regroupe les hôpitaux du monde entier, elle est également membre du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne, dont est président le délégué général de la F.H.F.

L'un des buts définis par la F.H.F. dans ses statuts est de « promouvoir le développement d'actions de coopération internationale », termes très généraux, qui recouvrent dans les faits de multiples domaines. Les établissements ont des missions et des spécialités très diverses, ils ont cependant tous besoin dans le domaine international :

- d'éléments d'informations sur l'environnement européen et international général dans lequel se situe l'institution membre,
- d'éléments de comparaison pour son organisation interne,
- d'éléments d'informations administratifs, financiers..., pour se positionner dans la sphère internationale en participant par exemple à un projet européen, à une action de coopération...

La F.H.F., quant à elle, a pour missions génériques de répondre aux questions qui lui sont posées, de s'informer, de communiquer, d'exercer une influence..., il s'agit donc pour le domaine international :

- d'alimenter ses organes d'information : Internet, Lettre, Revue hospitalière de France (R.H.F.),
- de donner une dimension internationale à ses colloques et expositions,
- de fournir des éléments internationaux de réponses aux questions posées.

Les organisations de solidarité internationale

Les organisations non-gouvernementales ou plus précisément les organisations de solidarité internationale sont très présentes dans le domaine de la coopération sanitaire. Deux types d'actions plus ou moins distinctes sont prises en charge par ces organisations : la réponse à l'urgence d'une situation ; l'assistance technique à moyen terme.

Les situations d'urgence mobilisent généralement des moyens médicaux et soignants. Quelques associations se sont organisées autour de cette réponse aux besoins immédiats (Médecins du Monde, Médecins sans frontières sont les plus connues).

Ces mêmes associations et d'autres interviennent également en dehors des situations d'urgence pour participer à des actions de développement dans le domaine sanitaire. Dans ce cas les conditions de même que les enjeux sont différents. Les types d'actions entreprises sont très variées. Elles vont dépendre de la surface de l'organisation, de ses financements et de sa démarche générale. Certaines fournissent des soins pour pallier une absence partielle ou complète dans le pays ; d'autres mettent en place des stratégies de formation ou d'assistance technique à l'organisation.

II. LES DETERMINANTS SANITAIRES

L'investissement concerté d'une collectivité et d'un hôpital dans une action de coopération en santé nécessite au préalable une connaissance de l'environnement sanitaire du pays partenaire. Le présent chapitre indique les principales pistes de cette recherche : facteurs environnementaux, indicateurs de santé, politiques nationales et internationales de santé, producteurs et financeurs de soins.

En écho à la très large définition de la santé que donne l'O.M.S. "*complet état de bien-être physique, mental et social*", tout est environnement sanitaire, y contribue ou en témoigne.

En effet, comment se soigner lorsque l'on est sans toit et sans travail, pour reprendre les deux préoccupations prioritaires des plus démunis ; la santé ne vient qu'en troisième position.

Mais elle est en interdépendance avec les autres éléments : comment travailler, élever ses enfants en étant en mauvaise santé ?

Après Rio en 1992, le sommet de la Terre à Johannesburg en 2002 a mis l'accent sur le rapport entre environnement sain, développement économique et social et leur interaction.

Parmi les facteurs environnementaux, certains agissent toutefois plus directement sur la santé prise dans son sens physiologique.

Les politiques de santé

Le paradoxe est que face à un même problème et à des situations similaires selon les pays, les résultats peuvent être différents.

Certains plans nationaux, avec leurs déclinaisons régionales et locales, avec leurs plans d'action en matière de répartition des infrastructures hospitalières, de formation des personnels de santé, sont toutefois des instruments structurant la politique d'un pays à moyen terme.

Il n'est plus pensable d'envisager une intervention sans la caler sur ces documents.

Le groupe Banque mondiale est le principal bailleur de fonds pour les pays les plus pauvres. Le tiers de ses interventions est consacré à la santé. Le domaine privilégié est celui du développement des ressources humaines, dans le cadre d'une économie libérale visant à réduire la pauvreté (conforter le secteur privé, recouvrement des coûts mais aussi prévention et planification familiale...). La Banque mondiale fournit l'assistance à la conception des stratégies nationales.

L'O.M.S. avec son slogan "*la santé pour tous en l'an 2000*" a surtout cherché à lutter contre les maladies transmissibles, à promouvoir une meilleure nutrition et une meilleure hygiène du milieu. L'O.M.S. a promu la stratégie des soins de santé primaire (S.S.P.) pour favoriser l'équité dans l'accès aux soins. Les S.S.P. comprennent 8 composantes, qui imprègnent désormais toutes les actions dans le monde de la santé. Il s'agit de :

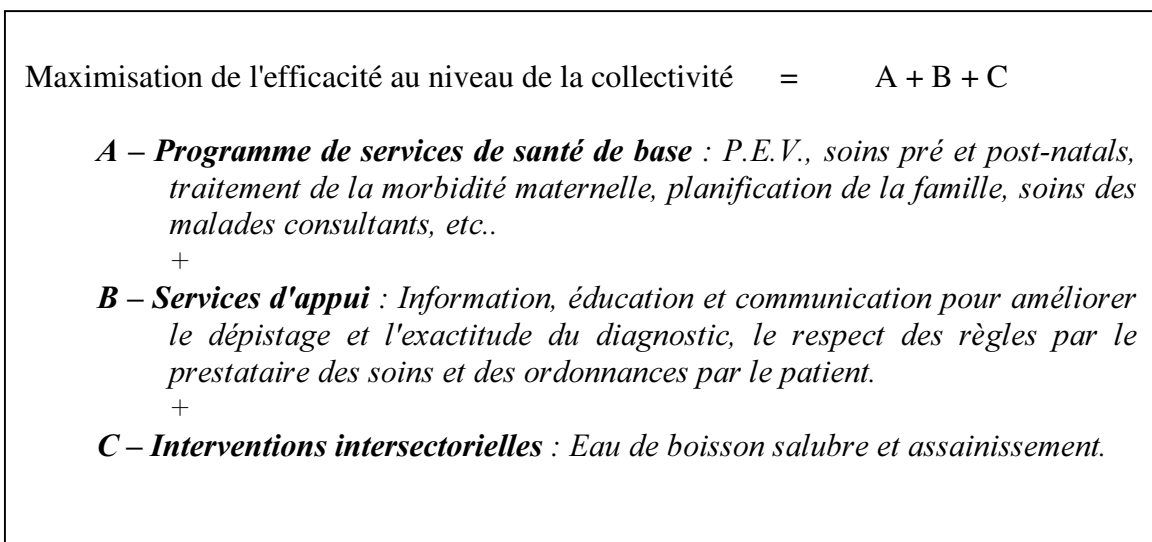
- l'éducation pour la santé,
- l'approvisionnement en médicaments essentiels,

- les vaccinations,
- les soins maternels et infantiles,
- le traitement des maladies et des traumatismes courants,
- la qualité de l'eau et de son approvisionnement ainsi que de l'assainissement,
- la lutte contre les maladies transmissibles,
- l'approvisionnement en denrées alimentaires,
- la nutrition.

Si l'on y ajoute les interventions de l'Union Européenne, les multiples coopérations bilatérales et décentralisées, celles des O.N.G...., la lisibilité du paysage sanitaire et de ses grands axes est parfois difficile.

Outre les différentes politiques parallèles et concurrentes qui peuvent se mettre en place dans une même région, et qui constituent une source de gaspillage, il faut rappeler que les actions à objectif unique sont vouées à l'échec.

Souvent une combinaison d'actions est nécessaire pour atteindre des résultats positifs. La Banque mondiale en donne un exemple :



Extrait de « Banque mondiale – Pour une meilleure santé en Afrique », 1993.

On peut constater le faible coût de mesures d'ampleur. L'O.M.S. estime qu' « en 1990, dans les pays pauvres, environ un tiers de la charge de morbidité aurait pu être évité pour un coût total par personne ne dépassant pas 12 dollars et aussi qu'un grand nombre de décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pourrait être évité pour 10 dollars ou moins ».

Une politique de santé ne peut réussir si elle n'est pas demandée, expliquée et comprise par la population. Par exemple les centres de santé ne peuvent remplir leur mission si la population veut systématiquement voir un médecin alors que c'est un infirmier qui est en poste.

Les producteurs de soins et leurs financeurs

L'état des producteurs de soins est parfois examiné selon les dichotomies privé/public, hospitalier/non hospitalier. Mais cette frontière n'est pas aussi nette qu'en apparence.

Pour l'O.M.S., « *il n'existe aucune norme absolue permettant de fixer le nombre de médecins ou d'infirmières par rapport à la population : on procède souvent de façon empirique. D'une manière générale, on décide qu'il y a pénurie ou pléthore de personnels selon les besoins et les priorités et sur la base de comparaison avec des pays voisins ou parvenus à un niveau de développement comparable. Ces décisions nécessitent des données fiables sur les ressources humaines disponibles et sur leur distribution géographique et professionnelle, données qui font souvent défaut* ».

La définition même des catégories médico-sanitaires manque de précision. Un médecin qui opère est-il un chirurgien ? Un infirmier expérimenté peut-il être considéré officiellement comme un médecin ? Même si officieusement, il atteint un très bon niveau de compétence médicale ? Est-on infirmier après une, deux, trois années d'école ? ...

Le domaine de compétence est donc plus ou moins étendu, la reconnaissance ministérielle s'éloigne parfois des validations scolaires ou universitaires. Il en est ainsi pour les sages-femmes : une sage-femme en brousse qui pratique des césariennes dépasse ses fonctions normales et empiète sur la catégorie d'obstétricien à compétence chirurgicale. Les aides infirmières, les aides techniciens, les aides sages-femmes ont aussi des frontières de compétence assez variables.

Les chiffres globaux, au niveau national, ont peu de signification d'autant que les villes, et particulièrement les capitales, concentrent ces compétences. Celles-ci, comme dans les pays occidentaux, sont d'ailleurs de plus en plus pointues ; les formations en chirurgie générale par exemple se raréfiant. Au sein même du partage dur/mou (os/viscéral) en chirurgie, des sur-spécialités se créent. Un bon nombre de ces spécialistes répondent d'ailleurs aux offres d'emploi des pays occidentaux, qui leur proposent de meilleures conditions de travail et des salaires plus élevés.

L'accès à des actions de formation continue, à des bibliothèques scientifiques, n'est pas non plus pris en compte si tant est qu'elle est possible. Le maintien ou l'élévation du niveau de compétence se pose sans pouvoir être évalué.

Au-delà du problème qualitatif, les ratios personnel/population relatent des différences considérables (de 1 à 5 pour les médecins, de 1 à 10 pour les infirmiers) entre Nord et Sud.

Ne sont pas non plus pris en considération les praticiens de la médecine traditionnelle. Certains pays leur attribuent une carte professionnelle. Il existe aussi quelques programmes de recherche sur les thérapeutiques utilisées ainsi que sur la pharmacopée.

Les tradipraticiens constituent le premier recours pour la majeure partie de la population, avec souvent des va-et-vient entre les diverses écoles de guérisseurs et la médecine occidentale. Aucune politique de prévention ne peut se faire sans eux, car ils ont par ailleurs un rôle social indéniable. Ils sont souvent conscients de leur responsabilité, surtout dans les villages. Les villes voient par contre "fleurir" des escrocs, qui échappent plus facilement au contrôle de la communauté.

Les établissements sanitaires sont eux aussi de divers ordres. Il existe des hôpitaux de médecine traditionnelle de soins par les plantes en Asie, comme il existe des villages de guérisseurs

en Afrique. Ce sont toutefois les hôpitaux publics, héritage colonial pour beaucoup, qui sont les mieux répertoriés. Leur position s'apprécie en principe par rapport à la pyramide sanitaire, qui a à son sommet les établissements nationaux : centres hospitaliers universitaires et hôpitaux très spécialisés, puis les hôpitaux régionaux qui s'appuient sur des hôpitaux départementaux ou de districts et à la base des centres de santé. Ces derniers devraient être le point de passage obligé ; si la pathologie ne peut y être traitée, le patient monte d'un niveau puis est référé au niveau national le cas échéant. L'équipement technique et à certains égards les compétences médicales s'élèvent en principe avec le degré de la pyramide.

Les cliniques privées sont souvent plus difficiles à identifier. Si des procédures d'autorisation existent, elles ne sont pas toujours respectées. Ce n'est évidemment pas le cas des grandes cliniques privées fonctionnant avec des médecins souvent étrangers, et qui sont dotées de plateaux techniques de haut niveau ; elles ont le fonctionnement des cliniques à but lucratif. Ce n'est pas le cas non plus des établissements gérés par des communautés religieuses plus alimentés par des dons.

Il existe par contre une multitude de petites cliniques installées parfois dans des appartements ou des immeubles de bureau, qui disposent de deux à quelques lits. Y sont pratiquées de la gynécologie obstétrique, beaucoup de médecine basée sur l'usage d'échographes (gastro – cardiologie), de la chirurgie avec un petit plateau technique (ophtalmologie). Ces implantations sont plus anarchiques, elles reposent sur un médecin seul ou avec quelques associés. Des tentatives de contrôle émergent.

Participe à la production des services médicaux, le système de distribution des médicaments sans lequel les soins perdent une certaine efficacité.

Trois circuits peuvent être distingués :

- Le premier est celui de la pharmacie centrale et des pharmacies hospitalières. Une centrale d'achats regroupe les commandes, négocie au meilleur prix les médicaments essentiels et génériques, les redistribue avec une marge couvrant des frais de gestion aux établissements sanitaires. Leurs pharmacies à leur tour les délivrent aux patients. Le prix de vente couvre le renouvellement des stocks, le coût de la gestion et une marge permettant de dispenser gratuitement les médicaments aux indigents. C'est un système très utopique mais idéal. La politique des médicaments essentiels et des génériques pourrait être ainsi mise en œuvre. Malheureusement, les stocks, la trésorerie ou la solvabilité des hôpitaux font défaut.
- Le deuxième circuit est celui des officines privées, souvent bien approvisionnées mais où le coût des médicaments – l'exemple des trithérapies est bien connu – est élevé. L'on y achète donc au mieux un traitement au jour le jour, souvent prématurément interrompu.
- Le troisième circuit est celui des marchés. Peuvent y être achetés tous les ingrédients de la pharmacopée traditionnelle (les marchés aux fétiches), mais aussi tous les médicaments possibles en vrac, le critère d'achat étant parfois la couleur de la gélule ou du comprimé. Médicaments périmés, nombreuses contrefaçons, l'industrie du faux étant florissante, absence d'indications, de posologie, etc., rendent les achats nuisibles à la santé. Ces médicaments du trottoir proviennent souvent aussi du détournement des dons, à tel point que l'envoi de médicaments, s'il n'est pas encadré, est plus nocif en général pour la santé que le contraire (voir annexe charte des médicaments). Par ailleurs, il faut signaler que ces médicaments d'origines

diverses et parfois incertaines concurrencent les pharmacies publiques et privées qui fonctionnent tant bien que mal.

Le financement des systèmes de santé se retrouve assez rapidement au cœur des projets. Les distinctions classiques entre financement par l'impôt ou par la cotisation assise sur le travail ont vite été dépassées (Bismarck VS Beveridge). La plupart des systèmes sont mixtes. Dans les pays en développement, l'aide se monte parfois à plus de 50 % voire 70 % du budget de la santé, dont le montant est alors à rapprocher des autres postes budgétaires.

La promotion de l'autonomie, y compris budgétaire, des hôpitaux devrait marquer un désengagement de l'Etat qui paie les fonctionnaires. Des affectations ou des mutations assez bureaucratiques sont alors effectuées, sans souci du fonctionnement de l'établissement. Le recouvrement des coûts, (ticket modérateur en quelque sorte payé par le patient à la caisse de l'hôpital qui ne reverse pas ces sommes à l'Etat), permet un recrutement de contractuels au niveau de l'établissement en charge pouvant inclure une participation des patients.

Le mythe d'une santé gratuite s'est fortement estompé, pour être remplacé par la recherche d'une accessibilité pour tous selon des modalités de prises.

Les assurés sociaux, les fonctionnaires ou les salariés des grandes entreprises, lesquelles ont parfois leur clinique, sont peu nombreux. La solvabilité de la grande masse de la population se pose.

Sur la base des tontines et des solidarités communautaires, des essais d'implantation de mutuelle avec une cotisation tout-à-fait minime sont en cours. Ces expériences sont appuyées par la Mutualité française.

Ne sont cependant pas pris en charge tous les frais indirects (déplacements, arrêts de travail...).

Le financement de la prise en charge des soins fait donc très largement appel à la solidarité familiale, du quartier ou du village.

Notons que le recours aux soins traditionnels peut s'avérer tout à fait dispendieux, et d'un coût supérieur aux soins de type occidental.

Les facteurs environnementaux

Les progrès les plus importants ont été dus à l'amélioration de l'assainissement urbain et de l'hygiène personnelle. Ces mesures collectives sont même des conditions nécessaires.

La relation entre santé et pauvreté est apparemment évidente mais des liens de cause à effet sont aussi établis entre santé et droit de l'homme, en particulier pour ce qui a trait au respect des droits de la femme, de l'enfant ou des minorités ethniques. Lorsque ceux-ci sont bafoués, l'état de santé de ces populations se dégrade.

En la matière, une des préoccupations est l'équité en matière d'accès aux soins.

L'OMS relève qu'à Accra, près de la moitié des maladies importantes déclarées (paludisme, rougeole, fièvre entérique, empoisonnements alimentaires, tuberculose, diarrhée, lèpre, polio, ver de Guinée, typhus et choléra) peuvent être associées aux problèmes suivants :

- surpopulation (promiscuité, absence d'assainissement),
- insuffisance d'évacuation des excréments humains,
- mauvaise qualité de l'eau,
- non évacuation des ordures ménagères ou incinération provoquant une pollution de l'air et des affections aiguës des voies respiratoires,
- manque d'hygiène dans la préparation et la manipulation des aliments,
- chaleur excessive et pluies violentes.

Ces facteurs représentent jusqu'à 70 % des dépenses de soins.

Les indicateurs de santé

Dans les prochaines années, l'accès à l'eau sera une question vitale. D'ores et déjà la consommation d'eau non potable pose de graves problèmes.

Pour apprécier l'état de santé des populations, l'O.M.S. publie des statistiques sur des critères suivis sur longue période. Il s'agit de moyennes pouvant cacher au sein d'un même pays de profondes disparités. Les chiffres reposent aussi sur des déclarations. Tel pays déclare X médecins, considérant comme médecins des infirmiers avec une expérience de quelques années. Tel autre sous-évalue ou nie la fréquence du S.I.D.A., etc..

Des corrections sophistiquées sont introduites mais ces chiffres demandent néanmoins une grande prudence.

Ces indicateurs, avant tout démographiques, portent, entre autres données révélatrices, sur la probabilité de décès avant 5 ans (à titre d'exemple, pour les garçons Sierra Leone 326/1000, France 7/1000) et sur l'espérance de vie à la naissance (Hommes : Sierra Leone : 33,2 ; Malawi : 37,3 ; Bostwana : 39,5 ; Japon : 77,6). Le S.I.D.A. a fait reculer cette moyenne de 20 ans en Afrique en établissant à moins de 50 ans l'espérance de vie.

L'O.M.S. recense également les décès par cause et sexe. Pour l'Afrique, le S.I.D.A. vient très largement en tête, puis le paludisme, l'infection des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la tuberculose.

Toutes ces pathologies sont en fait beaucoup moins exotiques que le virus E.B.O.L.A., et si, pour la plupart, un traitement est connu, il reste souvent inaccessible. Ces données sont reprises dans d'autres comparaisons calculées "en charge de morbidité en Années de vie corrigées de l'incapacité" (A.V.C.I.). L'A.V.C.I. permet "de déterminer la différence entre la santé d'une population et un objectif normatif constitué par une vie en pleine santé."

L'O.M.S. s'attache aussi à mesurer la performance des systèmes de santé. Elle en estime la réactivité grâce à ces critères :

- respect de la dignité,
- autonomie et confidentialité,
- rapidité de la prise en charge,
- qualité de l'environnement,
- accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins,

- choix du prestataire de soins.

La mesure des résultats en terme de distribution de la réactivité témoignerait de l'égalité ou de l'inégalité d'accès aux soins de 4 groupes désavantagés :

- les pauvres,
- les femmes,
- les personnes âgées,
- les groupes autochtones ou victimes de la discrimination raciale.

Il existe aussi des indicateurs de performance combinant équité de la contribution et protection contre le risque financier. Les comptes nationaux de la santé (consommation de biens, valeur ajoutée...) sont publiés.

Ils indiquent en particulier la part des dépenses de santé en % du P.I.B. ventilées en dépenses publiques et privées, les parts financées par la dépense publique des dépenses de santé, et les dépenses de santé par habitant, ce qui souvent est très révélateur d'un pays (Danemark : 2574 \$ par habitant, Ghana : 5 \$).

Ces chiffres accessibles constituent une première approche d'un pays. Au niveau local, des données brutes sur l'épidémiologie ou des indicateurs démographiques sont en principe, en raison de cette collecte mondiale, disponibles. Trop souvent, cette première approche est négligée.

Ces indications peuvent être utilement rapprochées des données plus vastes que présente le P.N.U.D. dans son rapport sur le développement humain. Le P.N.U.D. travaille, comme la Banque mondiale et les grands organismes, à partir des données de l'O.M.S. et a retenu trois objectifs de santé parmi les huit de son programme :

- réduire la mortalité des enfants,
- améliorer la santé maternelle,
- combattre le V.I.H./S.I.D.A., le paludisme et d'autres maladies.

III. LES OBJECTIFS

Le "Droit à la santé" fait partie des Droits de l'homme.

« Une analyse minutieuse des principales causes de morbidité évitables à travers le monde, y compris celle liées aux cancers, maladies cardiovasculaires, blessures, maladies infectieuses, violence, montre que ces problèmes sont inextricablement liés aux discriminations sociales et au manque de respect des Droits fondamentaux de l'homme »

Jonathan Mann.

Des droits de l'homme, indissociables de la santé, sont reconnus par les traités internationaux :

- **Le Droit à la non-discrimination**, rappelé par la Commission des Nations Unies pour les droits de l'homme en 1992.
- **Le Droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications**, rappelé par l'article 15 de la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels, dès 1976, aujourd'hui enjeu principal de santé internationale en raison des inégalités insupportables Nord/Sud dans ce domaine.
- **Le Droit à la santé**, qui recouvre le droit à un environnement socio-écologique le meilleur possible pour la santé des individus, leur autonomie, leur information, leur éducation et leur participation à la vie sociale. L'article 12 de la Convention Internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels énumère les différentes étapes à franchir pour la réalisation de ce droit à la santé auquel adhère pleinement la France :
 1. Réduire la mortalité infantile et promouvoir le développement sain des enfants,
 2. Améliorer tous les aspects de l'hygiène environnementale,
 3. Prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres,
 4. Créer les conditions assurant l'accès de tous aux services de santé.

En mai 2000, le Droit à la santé a été explicité par les Nations Unies dans leur commentaire sur l'article 12 précédent. Plusieurs principes y ont été définis, dont le principe de progressivité dans la réalisation de ce droit à la santé, rappelant que les gouvernements nationaux et la communauté internationale ne doivent pas y trouver les prétextes d'un attentisme ou d'une relégation au second plan des objectifs de santé, mais qu'il s'agit de réexaminer et d'aller au-delà "des soins de santé primaires" définis à Almaty en 1976.

Définition de la coopération sanitaire et hospitalière

Coopérer, c'est s'associer et mener des actions en commun, afin de développer les potentialités.

Cela implique une demande d'aides, une contractualisation, une méthodologie d'intervention définie en commun, une gestion conjointe de projets, des échanges pluriprofessionnels, dans un esprit de réciprocité entre les partenaires.

L'aide française du Ministère des affaires étrangères aux politiques de santé des pays en développement (51% des crédits entre 1987 et 1996) porte sur :

➤ L'appui au secteur hospitalier :

Il est caractérisé par la volonté d'un fonctionnement pérenne et autonome des hôpitaux, l'intégration de la coopération hospitalière dans un appui global au fonctionnement des systèmes de santé. Le développement de partenariats devant permettre de développer des "pôles de référence".

➤ La formation des personnels de santé :

Ainsi, de nombreux pays africains se sont vus dotés d'écoles de médecine ou de centres de formation paramédicaux. Le développement de partenariats durables dans le domaine hospitalo-universitaire et de la recherche a été privilégié par des accords entre U.F.R. françaises et universités africaines.

➤ L'accès aux médicaments :

Le Ministère a participé à l'accélération de l'introduction de médicaments essentiels génériques, et au développement de la mise à disposition des traitements antirétroviraux, tant pour le secteur public que privé.

➤ La prévention en santé publique :

L'amélioration de la prévention et de l'hygiène publique figurent parmi les objectifs des réformes financées dans le cadre des interventions du Ministère des affaires étrangères.

C'est pour mieux accompagner l'amélioration des systèmes sanitaires encore déficients, que la France a mis à disposition des pays partenaires, une assistance technique spécialisée pour mener des évaluations et expertises de programmes, former et perfectionner les professionnels de santé.

En ce qui concerne les personnels de santé, la coopération française conjugue plusieurs actions :

- le soutien aux innovations,
- la mise en place de systèmes de gestion plus efficace,
- les réformes et les adaptations des dispositifs de formation,
- l'appui à la création d'organismes de formation inter – Etats,
- l'abandon de la substitution.

La priorité est donnée à la formation de formateurs et les initiatives de jumelages hospitaliers entre pays partenaires sont vivement encouragées.

Les objectifs de solidarité

Les objectifs stratégiques :

La lutte contre la faim, la malnutrition, la prévention et la dispense des soins, font partie des engagements que prennent de plus en plus les pays occidentaux à l'égard des pays en voie de développement. La pauvreté est en-soi un facteur essentiel de la faim et des effets néfastes qu'elle engendre sur l'état de santé des populations qui en souffrent.

Ainsi, devant la gravité de la pandémie du S.I.D.A., des problèmes de sécurité alimentaire, des risques liés aux maladies émergentes, et de l'inégalité dans l'accès aux soins, la Coopération Internationale accorde au domaine de la santé une place croissante afin de **mobiliser plus de moyens financiers**, et de **renforcer la coordination des politiques**.

La surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, sont des exemples types de bien public mondial. Les inégalités dans la couverture des besoins basiques sont devenues inacceptables, et ne font qu'accroître les risques de dissémination.

De tels enjeux imposent une coopération renforcée par une mobilisation des Etats. Les résultats observés seront consolidés si les prises de décisions sont effectuées sur un plan multilatéral.

Ainsi, la plupart des décideurs de l'aide internationale sont aujourd'hui convaincus qu'une priorité accordée à la santé est une stratégie efficace de développement. Elle suppose l'application à l'intérieur de chaque pays d'une redistribution indispensable.

La stratégie de la France :

Le développement durable passe par l'accès du plus grand nombre aux services de base.

La coopération au développement, notamment dans le domaine de la santé, est un engagement ancien de la France.

La couverture des besoins essentiels, l'accès de tous à l'éducation et à la santé, sont des éléments moteurs et correspondent aux objectifs prioritaires que se donne la France pour assurer un développement durable des pays auxquels elle apporte son soutien.

Lutter contre la pauvreté, réduire les inégalités, promouvoir les valeurs de solidarité sont les actions que la France entend développer à travers sa coopération dans le domaine de la santé.

Elle souhaite aussi promouvoir les valeurs fondamentales et les principes de base de notre système de protection sociale :

- ✓ Droit à l'accès de soins de qualité,
- ✓ Respect des patients,
- ✓ Couverture des principaux risques, fondée sur le principe de solidarité.

En 2000, la France a été classée au premier rang des systèmes de santé par l'O.M.S., notamment en raison de sa performance en matière d'égalité dans l'accès aux soins.

Les programmes de Coopération de la France reposent sur ces valeurs, elle renforce ainsi sa position en matière d'aide au développement dont elle est un des premiers contributeurs.

Pour cela, afin d'obtenir des résultats optimaux, il est indispensable que les énergies soient coordonnées autour de "pôles de référence fédérateurs" nationaux (F.H.F., Réseaux Urgences...), et internationaux (O.M.S., O.N.U.S.I.D.A., U.N.I.C.E.F. ...).

Les objectifs opérationnels

La France dispose rétrospectivement d'une longue histoire de coopération, qui lui a permis de développer une expertise humaine riche et diversifiée, qu'elle a régulièrement adaptée et modernisée, pour mieux répondre à la demande des pays par la création :

- De réseaux thématiques fédérateurs (ex. : Fédération hospitalière de France), pour que la mobilisation coordonnée de l'expertise française permette de disposer d'une veille technologique de qualité et de mieux coordonner la réponse de l'offre française, en impliquant, dans les meilleurs délais, les partenaires les mieux adaptés à la demande formulée.
- D'une assistance technique spécialisée, spécificité de l'aide française au développement. Actuellement, plus de 350 coopérants, le plus souvent spécialistes en santé publique, sont placés auprès des Ministres de la santé ou en appui aux équipes locales, pour apporter leur savoir-faire aux systèmes de santé locaux en répondant réellement aux différentes problématiques posées, et en participant à la formation d'élites locales.

Les échanges de savoir-faire

Dans ce cadre, il s'agit de faire acquérir de part et d'autre des compétences immédiatement utilisables. Cet impératif s'inscrit dans la préparation des participants à de futures fonctions professionnelles.

Pour cela, les formateurs devront replacer leur programme dans un cadre général de politique de santé et prendre des décisions pédagogiques qui tiennent compte du développement du personnel.

La planification des personnels de santé est une composante indissociable de la politique de santé d'un pays. Elle doit s'inscrire dans le cadre général de la planification en matière de santé et de développement. Il conviendra d'apprécier le retentissement de cette planification des personnels en fonction de la situation sanitaire présente, en terme de production (pluriprofessionnalité des échanges) et de l'utilisation des moyens humains à disposition : comment les personnels proposés peuvent-ils participer à l'amélioration de la situation ?

Typologie des formations dans les actions de coopération :

Les formations dans les actions de coopération sont indispensables aux intervenants pour mieux définir les caractéristiques, les limites de chacun et pour connaître les implications. La formation vise à acquérir des compétences.

Les formations peuvent être classées en trois catégories :

- a) Les formations d'accompagnement qui visent à donner ou à améliorer quelques compétences pour un nombre restreint de personnel de santé. Ces formations sont dépendantes d'un travail d'équipe qui implique des échanges professionnels. Cette formation repose souvent sur un tutorat centré sur la réalisation de tâches en fonction des orientations de la coopération : sanitaire, médecine humanitaire, coopération hospitalière ou autre...
- b) Les formations de proximité qui visent à faire acquérir un nombre de compétences sanitaires limitées à différentes catégories de personnel en fonction de besoins de santé déterminés, permettant de pallier aux insuffisances d'aide humanitaire, celle-ci ne pouvant couvrir tous les besoins. Dans ce cas, on prend appui sur des ressources humaines, dans la mesure où le contrat est clair entre les établissements partenaires. Ces formations nécessitent une démarche rigoureuse qui doit être planifiée. Pour cela, les compétences devront être définies ainsi que les tâches à acquérir, les moyens d'apprentissage et les modalités d'évaluation. Ces formations peuvent être diplômantes, faisant passer la formation d'une simple participation à un stade de production des personnels impliqués.
- c) Les formations diplômantes qui conduisent à des fonctions professionnelles certifiées (*curriculum vitae*). Elles classent par catégories la personne et la positionne par rapport à d'autres soignants. Elles sont considérées comme un acte d'engagement dans le développement d'un personnel de santé ou autre discipline.
La formation dans la discipline humanitaire est une formation à haut risque (ne pas transposer sans adapter au contexte), parce que toute formation mal adaptée retentit immédiatement sur la qualité des prestations. Il faut donc faciliter l'accès des intervenants à des formations pédagogiques, mais aussi introduire dans les cursus initiaux un enseignement spécifique relatif aux actions de santé dans l'aide humanitaire.

L'aide à l'équipement

L'appui devra porter sur l'amélioration des performances en respectant les stratégies politiques du pays, les facteurs socioculturels, et en prenant appui sur les organismes présents sur le terrain. L'amélioration des structures et équipements s'intègre dans le schéma d'une coopération inter-hospitalière. L'ingénierie comprend toutes les activités techniques et s'étend :

- De la conception à la réalisation des bâtiments,
- De l'achat d'équipements techniques et biomédicaux à leur maintenance,
- De la sécurité au respect de la qualité,

- De la réhabilitation à la maintenance des bâtiments et des équipements techniques,
- De la salubrité à l'hygiène des locaux, et aussi,
- A la veille technologique.

L'acquisition d'équipements biomédicaux ou autres, doit être réalisée à partir de l'expression correcte des besoins locaux, après vérification des contraintes imposées, qu'elles soient techniques (électricité, eau, fluides, électronique...), humaines (formation des utilisateurs, de techniciens...) ou financières (consommables, maintenance...) sous peine de voir rapidement les matériels immobilisés.

Les dons en matériels et équipements doivent limiter et/ou respecter un certain nombre de règles :

- Ils doivent toujours être accompagnés d'une assistance technique,
- La liste des matériels indispensables souhaités doit être préalablement et conjointement élaborée entre les deux partenaires.

Pour concrétiser de manière satisfaisante une opération de fourniture d'équipements, il convient d'être vigilant quant au choix des matériels, à leur acheminement, leur installation, leur mise en service, mais aussi à la formation des utilisateurs.

De plus, il est important de maintenir des contacts réguliers entre les partenaires et d'encourager les échanges techniques et de documentation par des moyens peu onéreux (fax, courrier, mél, téléphone...).

IV. LES DEMARCHES, TYPOLOGIES ET METHODES DE COOPERATION

L'approche entre partenaires : motivations et méthodes

Motivations

La coopération hospitalière internationale ne va pas de soi et dépend très largement : d'une volonté politique et stratégique, d'une relative adéquation et d'une comparaison possible entre les structures amenées à collaborer, de contraintes budgétaires et organisationnelles réelles. Néanmoins, les arguments en faveur d'une coopération hospitalière sont multiples et se révèlent être tout à fait compatibles avec les actions de coopération décentralisée menées par les collectivités.

Du point de vue de l'hôpital, l'objectif principal d'une coopération internationale est d'exporter et de promouvoir son expertise, dans une certaine mesure son image, et *in fine*, de parvenir à une collaboration efficace avec les pays et les organismes partenaires.

Un autre objectif peut être de mettre les personnels hospitaliers au contact de cultures et de pratiques professionnelles autres. En effet, l'exercice de la médecine ou de la gestion hospitalière dans des contextes différents permet de relativiser ses propres pratiques, que ce soit dans un environnement difficile qui ne bénéficie pas d'une technologie avancée ou avec un partenaire disposant de moyens comparables ou supérieurs, et dont les méthodes de travail et l'expertise ont fait leurs preuves. Dernier objectif, il s'agit pour les hôpitaux de saisir l'opportunité d'être une force de proposition et de participer ainsi à la définition des politiques et à la prise de décisions dans le domaine sanitaire et social.

Du point de vue des collectivités, pour qui l'enjeu, dans un contexte de mondialisation, est de conserver les atouts qu'elles ont acquis et de maintenir leur rayonnement et leur attractivité, une coopération internationale avec l'hôpital présente deux avantages majeurs :

- Elle permet d'apporter une nouvelle dynamique à un partenariat entre collectivités, en intégrant une dimension hospitalière à des coopérations existantes (notamment sur des volets technique, éducatif, sanitaire).
- Elle apporte également cohérence et visibilité à la stratégie internationale mise en place, en y intégrant une dimension institutionnelle forte car les hôpitaux sont souvent le principal interlocuteur public au niveau local.

Dès lors, un rapprochement entre hôpitaux et collectivités présente nombre d'avantages, et permet :

- à l'hôpital, d'intégrer son environnement, de diversifier ses interlocuteurs et d'augmenter sa marge de manœuvre,
- aux collectivités, d'asseoir sur un partenaire institutionnel fort, leur politique éducative et leurs autres actions de coopération pour le développement,
- aux deux parties, de promouvoir leur stratégie et assurer la cohérence de leur action internationale.

Méthodes d'approche

Les méthodes à mettre en œuvre afin de favoriser et d'entretenir un rapprochement entre collectivités et hôpitaux sont basées sur un mot d'ordre : la communication.

Ainsi il appartient à toutes les parties de s'informer mutuellement sur les projets en cours et les développements qu'elles envisagent :

- rencontrer rapidement les nouveaux responsables lorsque ceux-ci changent ; il est alors parfois nécessaire de les informer sur les projets existants et de savoir défendre une continuité des actions engagées,
- identifier précisément ses correspondants ; si plusieurs domaines d'intervention sont visés, des responsables différents peuvent en être chargés. Il est primordial de bien connaître les intervenants et leurs compétences afin de garantir un suivi efficace,
- mettre en place une communication régulière, systématique et transparente, en n'hésitant pas à employer tous les moyens de communication disponibles.

C'est pourquoi, afin d'optimiser les échanges dans la Coopération, il est nécessaire de :

- ✓ Mobiliser l'information disponible, c'est-à-dire rassembler l'information géographique, culturelle, sanitaire, ethnique, démographique en utilisant ce qui existe déjà.
- ✓ Construire des systèmes d'information qui vont baliser le bon déroulement de l'opération, permettre sa réactivité et assurer les retours d'informations, manager les hommes, déployer tous les moyens susceptibles de structurer les perceptions et les comportements au service de chaque mission.
- ✓ Instruire chaque mission pour en exploiter le savoir-faire et le rendre disponible.

La formalisation des liens

Formes de collaborations possibles

Les liens formalisés entre hôpitaux et collectivités territoriales prennent généralement les formes suivantes :

- Des *projets ciblés*, visant notamment l'enseignement et/ou la recherche, le transfert de technologie et les soins de santé primaires. La durée du projet, ainsi que les intervenants et les objectifs, sont définis avec précision ; en règle générale, le projet est clos dès lors que les objectifs fixés sont atteints.
- Des *partenariats hospitaliers pluridisciplinaires*, qui engagent tous les secteurs d'activités de l'hôpital. Ces partenariats présentent l'avantage d'être adaptables, évolutifs et ainsi reproductibles, et permettent un travail sur l'institution dans son ensemble.

→ Des *projets de coopération en santé issus du rapprochement de l'hôpital avec des associations soutenues par les collectivités*, qui peuvent intégrer l'hôpital dans le projet de l'association (intervention sur un volet particulier de sa compétence) ou qui peuvent à l'inverse faire participer l'association au projet hospitalier.

Les domaines d'intervention visés sont très variés. Dans l'optique d'une démarche globale, toujours à privilégier, la coopération mise en place doit, dans la mesure du possible, concerner l'ensemble des domaines de compétence hospitalière, et notamment :

- les soins, tant en termes de coopération médicale qu'en soins infirmiers (formation des personnels, projets de recherche conjoints),
- l'hygiène, élément incontournable et qui concerne l'hôpital dans son ensemble : salubrité, choix des produits et matériels, pratiques professionnelles et dispense des soins, circuits...,
- l'organisation et la gestion, qui impliquent l'organisation des soins infirmiers, le projet médical et / ou le projet d'établissement, un appui à la mise en place des services administratifs, parfois même une aide à l'organisation des services cliniques et de la fonction pharmaceutique, enfin la formation des cadres de direction au management hospitalier,
- l'ingénierie, comprenant toutes les activités techniques (conception et réalisation des bâtiments, veille technologique, achat, maintenance et approvisionnement des équipements).

Les partenaires engagés dans une collaboration peuvent alors recourir à différents moyens de mise en œuvre :

- des échanges de personnels, généralement pour des courtes durées et dans un but clairement identifié (acquisition d'une technique particulière, mise en pratique de connaissances théoriques, missions de formation, d'expertise ou de suivi),
- la mise à disposition de personnels hospitaliers pour des périodes plus longues, lorsque les nécessités de service le permettent (l'octroi de subventions pour permettre l'embauche de personnels remplaçants est très clairement, dans ce cas, facilitateur),
- des appuis méthodologiques, notamment sur le volet gestionnaire, en effectuant des missions sur site mais également en assurant un suivi et un accompagnement à distance,
- des échanges documentaires et pédagogiques (protocoles, référentiels, procédures).

La base de toute coopération passe par une identification claire et précise des objectifs et des besoins des partenaires. Cette étape est indispensable et peut se décomposer ainsi :

1. Identifier les besoins :

Il est indispensable que chacun connaisse, avant même le début du projet, les raisons qui sous-tendent son engagement : quelles sont les motivations des partenaires hospitaliers et des collectivités ? La collaboration participe-t-elle d'une stratégie définie ? Sera-t-elle cohérente avec les actions déjà mises en œuvre ou les projets à venir ? Les projets ne seront viables que s'il existe une volonté de toutes les parties de mettre en œuvre le projet, c'est-à-dire si chacun en bénéficie.

2. Définir les objectifs :

Seule une mission d'identification de courte durée peut permettre aux différents partenaires de s'entendre sur les termes de la collaboration. Cette mission permet tant de mieux appréhender la structure partenaire et son environnement, que de rencontrer les différents responsables et de s'entendre sur les objectifs. Les étapes de cette mission sont :

➤ Avant le départ :

- Effectuer des recherches documentaires préliminaires en les faisant compléter par les partenaires ; ces recherches viseront tous les domaines ayant un impact sur l'hôpital, son organisation et son fonctionnement (données politiques, démographiques, socio-économiques, culturelles, sanitaires...). Elles permettront notamment de définir un cahier des charges précisant en détail les objectifs de la mission d'identification, les informations à récolter et la démarche qui sera adoptée,
- Informer les représentations diplomatiques du projet en prenant contact avec les responsables de la coopération technique,
- Il peut également être envisagé de se mettre en relation avec les principales organisations de solidarité internationale (O.S.I.) présentes sur le terrain, notamment celles qui sont déjà soutenues par la collectivité partenaire.

➤ Sur place :

- Vérifier et compléter les informations recueillies en France,
- Effectuer un diagnostic général de l'hôpital,

- Rencontrer les représentants du poste diplomatique, éventuellement les O.S.I. et les organismes internationaux (représentations des agences de l'ONU, OMS, UE, groupe Banque Mondiale notamment),
- Identifier les actions entreprises par d'autres opérateurs et bailleurs de fonds avec les partenaires locaux, qui auront un impact sur le projet envisagé,
- Convenir, avec les partenaires, des axes de collaboration à retenir (déterminer les priorités, établir un programme prévisionnel).

➤ Au retour :

- Rédiger un rapport de mission qui servira de document de référence et sera élaboré conjointement par toutes les parties,
- Finaliser le projet (volets technique et financier, avec une programmation opérationnelle détaillée).

Afin de parvenir à un projet susceptible d'être porté par tous les acteurs, il est primordial de garder à l'esprit les éléments suivants tout au long du processus d'élaboration du projet :

- *S'adapter* : prendre en compte les réalités locales et les différents systèmes d'organisation et de réglementation et se baser sur une connaissance complète de l'organisation, du fonctionnement et de l'environnement propres aux partenaires,
- *Se concerter* : accepter le fait que les orientations des uns et des autres ne se rejoignent pas forcément, et ainsi proposer plutôt qu'imposer, en définissant conjointement le cadre et les limites des actions entreprises,
- *Communiquer* : privilégier la transparence vis-à-vis des autres partenaires mais également des autres acteurs locaux (postes diplomatiques français, agences internationales, O.S.I.).

3 Inscrire le projet dans le cadre d'une relation contractuelle :

Une fois le projet défini conjointement, il convient de privilégier la signature d'un document contractuel par les différents partenaires. Ce document, qui doit être conforme aux lois en vigueur dans les pays concernés, fait foi de l'accord des parties sur la forme de la collaboration, ses objectifs, les différentes actions à entreprendre, les engagements de chacun et les moyens à mettre en œuvre dans le cadre de cette collaboration¹.

Dès le texte de la convention finalisé, et avant même que les partenaires ne procèdent à sa signature, le projet doit impérativement être soumis à la délibération des instances décisionnelles des structures partenaires.

¹ Des exemples de conventions sont donnés dans le *Guide de la Coopération Hospitalière pour l'Aide au Développement*, sous la direction de P. Mordelet, Editions ENSP, 1997, 277 p.

La signature d'un document contractuel n'est cependant pas le seul moyen de formaliser un partenariat : il existe en effet différents degrés de formalisation des liens entre collectivités et hôpital, complémentaires de la signature de conventions :

- une charte d'entente et de bonnes pratiques, où figurent les orientations communes et l'expression d'une volonté de travailler conjointement ; cette charte sera signée par tous les partenaires,
- une commission « santé – coopération décentralisée » associant les représentants des partenaires ainsi qu'un comité de pilotage.

Ces alternatives ne donnent pourtant pas de cadre juridique formel au projet, et exprimeront à des degrés moindres l'engagement des partenaires dans un projet de collaboration.

La politique hospitalière consistant à accompagner les partenaires dans la réorganisation des structures sanitaires et à favoriser la mise en réseaux des acteurs autour des filières de soin, il est souhaitable que toutes les actions de coopération décentralisée soient coordonnées et fédérées par un "réfèrent", entité rationnelle, de manière à ce qu'il y ait convergence des interventions. Cette organisation permettrait de combiner et d'ordonner les actions, de ne pas s'éloigner des objectifs fixés, d'en assurer une évaluation et un suivi, et de les rendre pérennes.

La grille suivante résume, à titre indicatif, les différentes étapes préparatoires à un projet de coopération hospitalière décentralisé :

- Information mutuelle et volonté de s'associer.
- Elaboration du cahier des charges et du programme d'une mission exploratoire.
- A partir des résultats de la mission, confrontation des attentes de chacun et élaboration d'un projet commun.
- Rédaction de la/les convention(s) : partenariat, financement.
- Passage devant les instances pour accord : conseil municipal, assemblées générales et régionales, conseil d'administration.
- Signature par les différents partenaires.
- Enregistrement de la convention auprès de la tutelle, le cas échéant.
- Mise en œuvre des actions.

Le suivi et l'évaluation

Après signature de la convention, les premières actions peuvent être mises en œuvre. Il est souhaitable de faire établir, action par action, des avenants à la convention cadre (« protocoles de

mise en œuvre »), décrivant avec précision les différents volets (objectifs, participants, personnels cibles, durée, détails statutaires et organisationnels).

Puis, afin de permettre le déroulement du projet dans de bonnes conditions, et notamment dans le respect des engagements de chacun et des objectifs fixés, un bilan annuel doit être effectué. Ce bilan permet non seulement d'évaluer les actions, mais également de pouvoir ajuster les objectifs intermédiaires si cela était nécessaire.

Pour ce faire, on peut s'appuyer sur des missions spécifiques *in situ* et une évaluation des savoir-faire acquis. Les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du projet doivent également être mentionnées dans le bilan.

En définitive la réussite d'une démarche collectivité - hôpital repose sur les piliers suivants :

➤ Information mutuelle

- connaître son correspondant et échanger régulièrement avec lui (et non pas seulement lors de réunions de comités de suivi, mais à chaque fois que cela est nécessaire),
- créer une instance de concertation et de suivi rassemblant tous les partenaires et se réunissant à intervalles réguliers,
- mettre en œuvre une communication interne et externe conjointe et/ou coordonnée.

➤ Respect de l'autonomie des acteurs et de leurs finalités propres

- connaître ses partenaires et ses caractéristiques propres,
- discuter conjointement des objectifs et actions à mettre en œuvre.

➤ Partenariats contractuels

- vérifier la conformité du projet à la loi,
- signer une convention de partenariat, éventuellement bordée d'avenants spécifiques à chaque action et qui prévoit des évaluations régulières,
- à défaut, signer une charte de bonne entente commune, faisant foi de la volonté des parties de s'engager dans le projet .

➤ Ouverture sur l'environnement

- dans un deuxième temps et lorsque le partenariat est bien engagé, s'ouvrir sur le monde associatif et la société civile en favorisant leur participation sur des volets pour lesquels ils ont acquis une compétence,
- trouver des synergies entre l'action entreprise par les postes et la coopération décentralisée.

V. LES MOYENS

Les institutions comme outils de la coopération hospitalière internationale

La F.H.F.

Pour répondre à ces besoins, la Fédération hospitalière de France a entrepris un travail de représentation et de communication, deux tâches se recouvrant très souvent l'une et l'autre.

La F.H.F. représente ses adhérents auprès de diverses instances françaises, européennes et internationales. Il s'agit d'y faire connaître les hôpitaux publics français et leurs actions, et plus largement de faciliter l'obtention d'informations pour aider ces mêmes hôpitaux et exercer éventuellement une influence sur les décisions, dans l'objectif général de défendre les intérêts de ses membres.

Au Ministère des affaires étrangères, les relations les plus étroites sont entretenues avec la Direction du développement et de la coopération technique (D.D.C.T.) ; elles vont d'ailleurs plus loin que la simple représentation, puisque la F.H.F. joue le rôle dans certains cas de prestataire de service, mais toujours dans le cadre de ses objectifs et missions : création de bases de données, organisation de réunions de coordination, diffusion d'informations sur l'international, assistance technique au montage de dossiers de financement.

Deux fichiers ont été élaborés et sont alimentés régulièrement, à partir de deux questionnaires diffusés dans l'ensemble des établissements hospitaliers publics. Le premier fichier comprend des experts hospitaliers ayant, ou souhaitant acquérir, une expérience internationale et permet de répondre aux nombreuses recherches d'experts hospitaliers, provenant notamment du Ministère des affaires étrangères. Le second fichier recense les actions internationales des hôpitaux publics et principalement les jumelages hospitaliers. A partir d'une grille synthétique il est possible d'identifier les établissements hospitaliers qui développent des actions de coopération, de situer géographiquement leurs partenaires et définir les liens qui les unissent. Cette étape est indispensable à la fois pour une meilleure coordination et pour une valorisation des activités internationales des hôpitaux. Il permet notamment de mieux cibler les actions.

Des réunions de liaison et de coordination se tiennent deux fois par an, réunissant les principaux acteurs hospitaliers français de la coopération internationale. Ces rencontres renforcent la légitimité de la F.H.F. dans le domaine international, tout en permettant à des acteurs qui ne se connaissaient pas de se rencontrer, elles facilitent également la diffusion des axes politiques de la F.H.F.. La F.H.F. a ainsi organisé pour le compte du Ministère des affaires étrangères et en partenariat avec l'E.N.S.P., l'A.N.F.H. et l'A.C.O.D.E.S.S. les "journées hospitalières francophones", le 15 mars 2000, lors d'Hôpital Expo, un lieu d'échanges approprié à ce type de manifestations. Les représentants d'une vingtaine de pays de la zone de solidarité prioritaire (Z.S.P.²), la plupart des acteurs hospitaliers français ainsi qu'un grand nombre d'assistants techniques se sont réunis afin de débattre de trois thèmes : l'hôpital dans le dispositif de formation des professionnels de santé, le financement des hôpitaux et la mission de l'hôpital dans l'offre de santé.

² Les pays composant la Z.S.P. sont déterminés annuellement sur décision du Comité interministérielle de la Coopération internationale et du développement (C.I.C.I.D.). Voir liste des pays de la Z.S.P. en annexe.

De façon plus spécialisée et afin de débiter la coordination et de favoriser l'échange d'expériences entre les hôpitaux en matière internationale, des ateliers géographiques sont désormais organisés régulièrement avec le Ministère des affaires étrangères, soit directement par la F.H.F. ou en partenariat avec des établissements hospitaliers coordinateurs.

La Lettre de la F.H.F., la Revue Hospitalière de France et le site Internet www.fhf.fr comportent désormais chacun une rubrique internationale. Par leur impact, ces outils permettent de renforcer l'action de relais d'information et d'échange auprès des établissements au niveau international. Le site Internet se fait également le relais de la transparence des postes à l'étranger, proposés aux hospitaliers par le Ministère des affaires étrangères.

La F.H.F. a apporté une aide méthodologique et de conseil aux établissements hospitaliers français, pour la préparation des dossiers de demandes de financement des projets de partenariat présentés par les hôpitaux au Ministère des affaires étrangères, mais également aux autres projets et réalisations en cours. Désormais la F.H.F. instruit, conjointement avec le Ministère et l'Agence française de développement, une quarantaine de dossiers chaque année et aide les établissements à tenir compte des remarques faites par la commission statuant sur ces dossiers.

Le Ministère de l'emploi et de la solidarité reconnaît un rôle de représentant officiel à la F.H.F. au même titre que pour les autres dossiers techniques. L'E.N.S.P. a également fait de la F.H.F. son partenaire : projet Léonardo, formation initiale et continue, stage des E.D.H., voyage d'études...

Avec les collectivités locales, une première démarche a été entreprise à l'occasion des journées de la coopération décentralisée du premier trimestre 1999. Il s'agissait là encore de faire connaître les hôpitaux publics, leurs coopérations internationales, leurs compétences et leurs potentiels, et d'aider les hospitaliers à faire connaître et éventuellement intégrer les actions et/ou bénéficier de financements par les collectivités. Cette activité s'est poursuivie par des rencontres dans quelques régions autour de la coopération hospitalière, mais également par la création du chantier dont procède le présent *vade-mecum*.

La représentation en Europe s'effectue vers des correspondants de pays européens. La spécificité dans ce domaine, toutefois, est la présence du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne (H.O.P.E.) dans lequel la F.H.F. joue un rôle actif et par l'intermédiaire duquel elle est présente auprès des instances communautaires, du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Organisation de coopération et de développement économique et du Conseil de l'Europe. Cette représentation permet d'étendre le réseau d'Europe centrale et orientale, de faire reconnaître par exemple l'action de la France au Kosovo, d'être présent dans les publications et les colloques européens, d'être en contact avec les associations européennes de professionnels... En dehors de l'Europe, cette représentation s'effectue vers des correspondants institutionnels tels que la Fédération internationale des hôpitaux et quelques associations hospitalières.

Pour compléter cette activité et renforcer la qualité du conseil, un important travail de veille est effectué : il s'agit par là de collecter l'information, l'analyser et la valider (vérifier l'information, en faire la synthèse), de couvrir les besoins de l'institution qui effectue cette veille (la F.H.F. et de ses adhérents), d'assurer une diffusion fiable et rapide de l'information.

Pour la F.H.F., trois domaines peuvent être identifiés : la veille institutionnelle, la veille programmes, la veille comparative.

Avec la « veille institutionnelle », il s'agit d'être vigilant sur les textes et décisions de l'Union européenne qui concernent nos secteurs d'activité. La littérature et les sites Internet en sont les outils quotidiens, il faut cependant nouer des liens plus personnels. Cette veille doit être organisée aussi bien auprès des instances françaises (Ministères, Parlement, Régions, Représentation permanente), qu'europpéennes (Commission, Parlement, Comité des régions) ou qu'auprès d'autres organismes ou individus (établissements, entreprises, chambres de commerce, experts...).

La veille « programmes » recense les programmes européens, leur contenu... Il ne s'agit pas de se substituer à tous ceux qui font de la veille mais plutôt de connaître les lieux d'information, non seulement des programmes mais également de ceux qui les connaissent, par exemple connaître les principaux experts par programme en France ou ailleurs.

La « veille comparative » s'intéresse à ce qui se passe dans les autres pays, tout en définissant une trame générale de comparaison, pour organiser et indexer la diffusion d'informations. Là encore il ne s'agit pas de disposer de toutes les informations en temps réel, mais de savoir où se les procurer.

La représentation comme la veille demandent ensuite une réelle communication. Cette dernière nécessite que soient définis les destinataires de l'information. La faible intégration de l'international dans l'organisation interne des institutions ne facilite pas toujours cette tâche de diffusion. Néanmoins, ce domaine dispose d'un public suffisamment large, et au potentiel important, qui justifie le développement des actions de communication. La communication comprend bien évidemment le conseil et l'aide méthodologique, sans aller jusqu'à la rédaction de projets.

Les institutions hospitalières

La politique de contrôle de la croissance des dépenses de santé demande aujourd'hui aux hôpitaux de nouveaux efforts, elle les conduit notamment à recentrer leurs activités sur le patient. Les hôpitaux publics français ont pour mission principale de soigner, une tâche à laquelle s'ajoutent, dans les centres hospitaliers universitaires, l'enseignement et la recherche. La première question posée à la coopération internationale est donc celle de son existence : une telle activité est-elle utile aux soins délivrés au patient ?

La coopération internationale n'est certainement pas en soi une mission fondamentale. Si les contacts internationaux sont essentiels à la recherche et à l'enseignement, la coopération elle-même se rapproche par certains aspects de toutes les activités annexes, procédant comme elles d'une tradition, du hasard ou d'une volonté délibérée.

La coopération internationale devient pourtant importante dans deux situations : négativement lorsqu'elle entrave le bon fonctionnement de l'établissement, et positivement lorsqu'elle est intégrée à la politique de l'établissement et conditionne l'utilisation de ressources.

Les diverses enquêtes menées depuis quelques années montrent un intérêt très inégal des hôpitaux français pour la sphère internationale et une réalité très morcelée. Pour certains il s'agit

d'une absence complète d'intérêt, de fait ou délibérée, d'autres, les plus nombreux sans doute, laissent la place aux initiatives individuelles. Parfois ces initiatives individuelles côtoient une politique institutionnelle, plus rarement la politique institutionnelle donne le ton général de la coopération. Les moyens utilisés sont également très divers. Les plus avancés dans ce domaine ont identifié un cadre ou une équipe internationale.

L'institution hospitalière en elle-même est un outil précieux, la mutualisation des actions des institutions hospitalières l'est encore plus.

L'importance de l'activité internationale des centres hospitaliers universitaires est désormais connue ; un recensement des coopérations institutionnelles a été effectué, il est actualisé régulièrement. Depuis une dizaine d'années, la Conférence des directeurs généraux de C.H.U. a souhaité s'engager elle-même dans la sphère internationale par deux accords-cadres : le premier signé en 1990 entre la Conférence et des représentants des directeurs généraux des C.H.U./C.H.R. algériens, le second en 1994 avec le Ministère de l'éducation brésilien, pour dix C.H.U. français et dix brésiliens.

Pour répondre aux attentes exprimées par les C.H.U., la commission internationale a été créée sur le modèle des autres domaines de spécialités (finances, ressources humaines, recherche...), réunissant les responsables des relations internationales. Désormais le groupe se réunit trois fois par an.

Les hommes

La coopération hospitalière internationale procède historiquement de différentes origines : colonisation, vision occidentale de l'humanisme et universalisation de connaissances... Aujourd'hui dans les différents domaines de l'activité hospitalière (gestionnaire, médicale, paramédicale, biomédicale, etc.), les échanges sont de plus en plus fréquents. Ils peuvent être institutionnels ou individuels, mais même dans ce dernier cas ils engagent l'établissement, directement ou indirectement.

Les soins, comme l'enseignement et la recherche, ont désormais perdu leurs frontières. Si la mobilité des patients reste limitée, les connaissances, les professionnels, et bientôt peut-être les législations, s'échangent et se comparent, en Europe ou au delà. Les ordonnances d'avril 1996 portant réorganisation du système de santé français ont renforcé cette légitimité de la comparaison internationale : de nouveaux concepts apparus, tel que la contractualisation ou l'accréditation notamment, nécessitent plus que jamais l'étude auprès de nos voisins de leurs significations, des moyens de leur mise en œuvre.

Cet argument est-il valable pour tous les types de coopération ? Alors que les organisations sont invitées au changement, à l'adaptation aux nouvelles réalités, le déplacement d'un professionnel français comme la venue d'un professionnel étranger peuvent être utilisés quel que soit le pays pour son effet miroir : incitation à la réflexion sur sa propre organisation, remise en cause éventuelle des habitudes.

Les moyens humains mis à la disposition des relations internationales sont très variables. A l'exception de quatre institutions, les responsables de l'international exercent tous une autre fonction dans l'établissement. Les autres professionnels de l'établissement sont sollicités selon les besoins, leurs compétences et leur disponibilité, pour des missions variables : accueil, expertise,

formation, pour des durées variables entre quelques minutes et trois à quatre semaines maximum annuellement.

L'hôpital contribue à la formation des professionnels de santé, c'est un rôle essentiel tant pour la formation initiale que pour la formation continue des professionnels en exercice. Un effort important reste à faire dans beaucoup de pays pour favoriser la mission de formation des hôpitaux. La coopération hospitalière internationale peut aider doublement le partenaire par la formation de ses agents mais également à la formation de ceux ci au rôle de formateur.

Le personnel soignant est le pivot de l'organisation et de la continuité des soins. Cette dimension du rôle des soignants n'est pas encore bien définie dans les pays où le nombre de médecins est maintenant suffisant pour permettre de bien identifier une complémentarité de rôle. L'effort le plus important porte sur la mise en place de cadres soignants qui font largement défaut dans tous les pays. Mais il est aussi utile de participer à une redéfinition de la formation des soignants et du champ de leur exercice professionnel.

Les financements

La coopération hospitalière peut se décrire comme un appui au fonctionnement quotidien des hôpitaux placés au sommet de la pyramide sanitaire. Une vision exhaustive inclurait toutes les activités en relation avec un hôpital indépendamment de son importance, y compris les opérations réalisées au sein des ministères ou de leurs services déconcentrés pour favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique hospitalière. Les actions de formation en faveur de professionnels dont le site d'exercice principal serait l'hôpital, peuvent aussi être considérées comme incluses dans l'activité hospitalière.

Il y a dix ans, la France intervenait ainsi, de manière dominante, avec une forte assistance technique et des crédits pour accompagner son activité. Cette forme de coopération hospitalière a été remise en cause, notamment dans le rapport du C.R.E.D.E.S. sur dix années de coopération hospitalière conduite par la France (1986/1996).

Depuis la réforme de notre dispositif de coopération, deux projets portent explicitement sur le soutien au fonctionnement d'un hôpital : sur 40 millions d'euros instruits par D.C.T./H.S. sur le titre VI sur la période 1999/ 2000 les projets hospitaliers représentent 1,5 million d'euros. L'ère des projets hospitaliers tels qu'ils étaient conçus au début des années 90 avec travaux/équipement, appui au fonctionnement et soutien à la mise en place d'une organisation plus performante est désormais révolue.

L'assistance technique qui mobilise la majeure partie des moyens d'action du M.A.E. reste en partie affectée à des tâches hospitalières de substitution. Sur 300 postes d'assistants techniques gérés par D.C.T./H.S. une centaine exercent dans des hôpitaux avec des fonctions à dominante substitutive. Leur répartition se fait entre les personnels médicaux (65%) et non médicaux (35%) qui eux mêmes se partagent entre gestion/logistique (2/3) et soignants (1/3).

Les partenariats hospitaliers ont largement été développés dans les pays de la Z.S.P. comme dans les autres pays. Il s'agit de cofinancements pendant trois ans avec un montant maximal de 45000 euros permettant l'intervention d'un hôpital français en faveur d'un établissement étranger (fonds de partenariat hospitalier). Sur la période 1996/2000 le M.A.E. a mobilisé autour de 1,4

million d'euros sur le titre IV pour financer 63 partenariats hospitaliers. L'analyse des projets montre que 60% des crédits sont consacrés à de la formation et 30% servent à de l'expertise.

Les O.N.G. et la coopération décentralisée interviennent en appui à des hôpitaux dans le cadre des cofinancements gérés par C.I.D./M.C.N.G.. Ces opérations restent modestes et touchent principalement des établissements secondaires. Il s'agit le plus souvent de conforter une activité plutôt que d'assurer une assistance globale à un établissement. L'évaluation des moyens mobilisés nécessiterait une étude de l'ensemble des projets dédiés à la santé car ils combinent le plus souvent des volets intra et extra hospitaliers.

La pratique de la coopération d'influence, principalement dans les pays hors Z.S.P., se traduit souvent par un volet médical sous la forme d'accueil de médecins étrangers ou de missions de médecins français. En général, les spécialités choisies relèvent de l'exercice en milieu hospitalier. Cette activité est principalement financée par le titre IV des postes diplomatiques.

Les ressources juridiques (les partenariats et l'usage d'instruments contractuels)

Les hôpitaux disposent de fondements juridiques à leur action, qui ne restent certes qu'une possibilité donnée aux établissements de se doter d'instruments facilitant les activités.

L'article L. 6134-1 du Code de la santé publique dispose que : « *les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationale, avec des personnes de droit public et privé* » ; « *pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français* ».

Ces dispositions sont largement utilisées par les établissements hospitaliers qui trouvent dans cet instrument à la fois une légitimité et un outil de coordination et de transparence avec leur partenaire. Un décret n°2002-1316 du 25 octobre 2002 a été pris pour l'application de ces mesures législatives.

Les équipements

Les services de santé représentent des investissements importants en infrastructure et équipements. Ces investissements sont le plus souvent mal préservés et mal utilisés, ce qui réduit largement l'efficacité de l'aide et la crédibilité des services de santé.

Les dons d'équipements réformés bien que répandus sont globalement insatisfaisants. Même préparés avec le maximum de précaution, ils peuvent être contre-productifs : faute de consommable, de formation à l'utilisation, de pièces détachées ou de responsables de maintenance.

VI. LES DIFFICULTES RENCONTREES

Les écueils, les risques, les erreurs ne doivent cependant pas être un obstacle à la mise en place d'une coopération décentralisée en matière de santé. Les besoins des pays en développement sont énormes et le partage des savoir-faire une nécessité.

Voici une liste des difficultés rencontrées :

- 1 - Difficulté d'accepter de ne pas plaquer un système ou un modèle inapproprié : prise en compte des réalités locales, respect des aspects traditionnels interférents,
- 2 - Difficultés liées aux méthodes de travail (culture, rythmes...),
- 3 - Identification des enjeux (appropriation des projets),
- 4 - Difficultés à cerner la multiplicité des intervenants locaux ou internationaux,
- 5 - Difficultés liées aux instabilités institutionnelles (le savoir, les connaître, faire avec),
- 6 - Difficultés d'une évaluation permanente et d'une adaptation des projets,
- 7 - Difficultés de concertation entre collectivités et sociétés civiles,
- 8 - Difficultés de pilotage et de suivi (lisibilité du programme et des projets),
- 9 - Difficultés à privilégier :
 - les actions-formations sur le terrain,
 - la proximité,
- 10 - Difficultés à implanter la maintenance (matérielle ou humaine) – la durabilité,
- 11 - Les dangers de l'hospitalo-centrisme face aux réalités de terrain (sens géographique),
- 12 - Difficultés de mise en cohérence des financements, pérennisation des subventions, auto-financements,
- 13 - Les effets pervers des programmes inadaptés,
- 14 - Les dons d'équipements et de médicaments sans rétro-contrôle.

VII. LES GAGES DE LA REUSSITE

L'intérêt des contacts préalables avec une conduite à tenir

La poussée des contraintes budgétaires conduit à rechercher l'efficacité. Puisque les ressources sont rares, puisque la coopération internationale peut être contestée au regard des strictes missions de l'hôpital, autant faire une coopération efficace. La notion de contrainte économique a ainsi contribué à faire naître une nouvelle attitude à l'égard des partenariats internationaux : l'hôpital dispose d'expertises dans divers domaines, qui pour être valorisées à l'international demandent une organisation sérieuse.

Très modestement, qu'est-ce que la coopération ? Un environnement, des règles de travail, des moyens ?

Le terme de "coopération", action conjointe en théorie, cache en réalité une situation inégale, plus ou moins acceptée, c'est bien là la première ambiguïté, mais ce n'est pas la seule.

S'agit-il avant tout d'apporter une réponse aux besoins de pays en développement et qui va définir ces besoins ? Faut-il se référer à la politique nationale de santé ?

De quels besoins s'agit-il : ceux de la population ou ceux de l'institution avec laquelle le partenariat est organisé ?

Comment l'action de coopération décentralisée doit-elle se situer par rapport à l'autorité nationale du pays dans lequel est effectuée l'action ? Comment utiliser l'autonomie inhérente au projet ?

S'agit-il de promouvoir l'industrie française ? La promotion de l'industrie française et la réponse aux besoins sont-elles compatibles ?

Comment se situer par rapport à son propre environnement ?

Parce qu'il n'est pas possible de répondre à toutes ces questions, toute action de coopération gagne à être structurée dans le cadre d'un partenariat, pour une action durable, cohérente, grâce à des fondements écrits conventionnels engageant les deux parties. Parce que les ressources sont rares, parce qu'une qualité et une efficacité seront plus facilement obtenues avec un nombre limité et sélectionné de projets, des priorités ont été définies. La définition de ces priorités n'empêche pas des activités complémentaires ou spécialisées avec d'autres pays et d'autres hôpitaux. Elle souhaite cependant limiter la dispersion.

L'information mutuelle

Les partenaires d'une coopération hospitalière internationale doivent partir d'une connaissance précise de leurs organisations respectives, de leurs fonctionnements et de leurs environnements propres. La désignation de correspondants, véritables relais d'information, l'organisation de rencontres régulières vont faciliter l'établissement d'une confiance mutuelle, quelles que soient les différences des niveaux d'expertise.

Les partenariats contractuels

Quelques principes doivent présider aux relations entretenues avec les établissements partenaires :

- définir le cadre et les limites des actions entreprises, à la fois pour le respect de l'intégrité du partenaire, de son autonomie et de ses responsabilités, mais aussi pour le respect de son identité,
- une intégration à la politique de l'établissement,
- définir les actions dans le temps et la qualité : évaluation.

L'échange de médecins, de chercheurs, de soignants, de gestionnaires

Promouvoir la multi-disciplinarité est devenue une nécessité, non seulement pour engager tous les secteurs d'activités d'un établissement hospitalier, mais surtout parce qu'une efficacité nécessite un travail régulier et continu sur l'établissement dans son ensemble avec une utilisation des différentes compétences : médicales, soignantes, administratives, techniques et universitaires.

L'implication des citoyens ("*L'hôpital ouvert sur la Cité*")

La coopération ne doit pas se limiter aux seuls partenaires, elle doit essaimer et se faire connaître au dehors des murs de l'hôpital, car il s'agit bien d'une décision politique qui engage tout autant la cité que la spécialité hospitalière. Il s'agit *a minima* de faire connaître ces actions pour divers moyens de communication, il peut s'agir encore de mobiliser l'environnement hospitalier pour soutenir cette action.

La mise en place de véritables filières de soins doit également permettre une implication des citoyens dans le pays partenaire notamment avec la filière materno-infantile qui couvre la majeure partie de la population dans des pays à forte croissance démographique. L'amélioration de cette filière de soins se traduira par l'impact le plus positif sur les indicateurs de santé.

Cette approche permet de mettre en place une véritable offre de santé en combinant tous les acteurs qu'ils soient hospitaliers ou non et quel que soit leur statut. De plus cela nous permet de proposer une intervention en relation avec les grands problèmes de santé publique.

En tout état de cause, l'atteinte des objectifs d'un partenariat inter-hospitalier dans le cadre de la coopération décentralisée dépend essentiellement du respect de règles incontournables :

- respecter le cadre de la coopération décentralisée,
- tenir compte des demandes du partenaire,
- contractualiser la démarche des acteurs et des partenaires,
- associer et responsabiliser l'ensemble des acteurs de l'amélioration du dispositif,
- s'appuyer sur les structures de coopération existantes (O.N.G., associations...),

- faire collaborer différents acteurs (partage de savoirs) et coordonner les actions,
- s'investir dans de nouveaux savoirs et les développer,
- évaluer et apporter les mesures correctives,
- s'inscrire et agir dans la durée, sans jamais se substituer.

Il est nécessaire de se donner du temps.

ANNEXES



GLOSSAIRE

| | |
|------------------|---|
| AID : | Agence Internationale pour le Développement |
| AFD : | Agence Française pour le Développement |
| ARH : | Agence Régionale d'Hospitalisation |
| ACODESS : | Association de Coopération pour le Développement des Services de Santé |
| ARF : | Association des Régions de France |
| ADF : | Assemblée des Départements de France |
| AMF : | Association des Maires de France |
| AMGVF : | Association des Maires des Grandes Villes de France |
| AVM : | Association des Villes Moyennes |
| ADCF : | Association des Districts et des Communautés de France |
| ANFH : | Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier |
| AVCI : | Années de Vie Corrigée de l'Incapacité |
| BIRD : | Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement |
| BDSF : | Banque de Données Statistiques et Financières |
| CAD : | Comité de l'Action au Développement |
| CICID : | Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CRH : | Centre Régional Hospitalier |
| CSH : | Comité Supérieur des Hôpitaux |
| CSFPH : | Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière |
| CNCD : | Commission Nationale de la Coopération Décentralisée |
| CNROSS : | Commission Nationale et Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale |
| CREDES : | Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé |
| DRASS : | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DDASS : | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DDCT : | Direction du Développement et de la Coopération Technique |
| DGCID : | Direction Générale de la Coopération Internationale et de Développement |
| EDH : | Enseignement de Droit Humanitaire |
| ENSP : | Ecole Nationale de la Santé Publique |
| FAO : | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture / <i>Food and Agriculture Organisation of the United Nations</i> |
| FNMR : | Fédération Nationale des Médecins Radiologues |

| | |
|---------------|--|
| GAVI : | Alliance Globale pour la vaccination et l'Immunisation <i>The Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> |
| GIP : | Groupement d'Intérêt Public |
| IST : | Infection Sexuellement Transmissible |
| MCNG : | Mission pour la Coopération Non Gouvernementale |
| PDM : | Partenariat pour le Développement Municipal |
| PEV : | Programme élargit de vaccination |
| PFR : | Pays à faible revenu |
| PNUD : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| OSI : | Organisation de Solidarité Internationale |
| OCDE : | Organisation de Coopération et de Développement Economique |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| SPMI : | Service de Protection Maternelle et Infantile |
| SSP : | Stratégie de Soins Primaires |
| ZSP : | Zone de Solidarité Prioritaire |

CADRE LEGISLATIF ET DISPOSITIONS PARTICULIERES REGISSANT LA COOPERATION DECENTRALISEE ET LA COOPERATION HOSPITALIERE

Code général des collectivités territoriales

(Partie Législative)

CHAPITRE II : Coopération décentralisée

Article L1112-1

- Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent conclure des conventions avec des collectivités territoriales étrangères et leurs groupements, dans les limites de leurs compétences et dans le respect des engagements internationaux de la France.

Ces conventions entrent en vigueur dès leur transmission au représentant de l'Etat dans les conditions fixées aux articles L. 2131-1 et L. 2131-2. Les dispositions de l'article L. 2131-6 sont applicables à ces conventions.

Article L1112-2

- Des groupements d'intérêt public peuvent être créés pour mettre en oeuvre et gérer ensemble, pendant une durée déterminée, toutes les actions requises par les projets et programmes de coopération interrégionale et transfrontalière intéressant des collectivités locales appartenant à des Etats membres de l'Union européenne. Les collectivités locales appartenant à des Etats membres de l'Union européenne peuvent participer aux groupements d'intérêt public visés à l'alinéa précédent.

Article L1112-3

- Les collectivités locales appartenant à des Etats membres de l'Union européenne peuvent participer aux groupements d'intérêt public créés pour exercer, pendant une durée déterminée, des activités contribuant à l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques concertées de développement social urbain.

Article L1112-4

- Dans le cadre de la coopération transfrontalière, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent, dans les limites de leurs compétences et dans le respect des engagements internationaux de la France, adhérer à un organisme public de droit étranger ou participer au capital d'une personne morale de droit étranger auquel adhère ou participe au moins une collectivité territoriale ou un groupement de collectivités territoriales d'un Etat européen frontalier ou d'un Etat membre de l'union européenne. Cette adhésion ou cette participation est autorisée par décret en Conseil d'Etat.

Cette adhésion ou cette participation fait l'objet d'une convention avec l'ensemble des collectivités territoriales étrangères ou de leurs groupements adhérant à l'organisme public en cause ou participant au capital de la personne morale en cause. Cette convention détermine la durée, les conditions, les modalités financières et de contrôle de cette adhésion ou de cette participation. Le total de la participation au capital ou aux charges d'une même personne morale de droit étranger des collectivités territoriales françaises et de leurs groupements ne peut être supérieur à 50 p. 100 de ce capital ou de ces charges.

La convention prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur dès sa transmission au représentant de l'Etat dans le département dans les conditions fixées aux articles L. 2131-1 et L. 2131-2. Les dispositions des articles L. 2131-6 et L. 2131-7 sont applicables à ces conventions.

Les comptes, certifiés par un commissaire aux comptes, ainsi que le rapport d'activité des personnes morales de droit étranger aux capitaux desquels participent les collectivités territoriales et leurs groupements sont chaque année annexés au budget de ces personnes publiques. Il en est de même des comptes et du rapport d'activité des organismes publics de droit étranger auxquels adhèrent les collectivités territoriales et leurs groupements. Cette annexe précise le montant de la participation de chacune de ces personnes publiques.

Article L1112-5

- Aucune convention, de quelque nature que ce soit, ne peut être passée entre une collectivité territoriale ou un groupement et un Etat étranger.

Article L1112-6

- Il est créé une commission nationale de la coopération décentralisée qui établit et tient à jour un état de la coopération décentralisée menée par les collectivités territoriales. Elle peut formuler toute proposition tendant à renforcer celle-ci.

Article L1112-7

- Des décrets en Conseil d'Etat fixent, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent chapitre.

Code de la santé publique

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Article L6134-1

Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières. Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Article L6134-2

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat les mesures réglementaires prévues au premier alinéa de l'article L. 6134-1, et, en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions de cet article.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Partie Réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat)

Article R796-8

(inséré par Décret n° 2002-639 du 29 avril 2002 art. 1 Journal Officiel du 30 avril 2002)

Le conseil d'administration fixe les orientations générales de la politique de l'institut.

Il délibère en outre sur les matières suivantes :

- 1° L'organisation générale de l'institut et son règlement intérieur ;
- 2° Les orientations stratégiques pluriannuelles qui peuvent prendre la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'institut et l'Etat ;
- 3° Le budget et ses modifications, le compte financier, l'affectation des résultats, le tableau des emplois ainsi que les emprunts ;
- 4° Les conditions générales d'emploi et de recrutement du personnel ;
- 5° Les programmes d'investissement, acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles, baux et locations les concernant ;
- 6° Les contrats, marchés publics et conventions d'un montant supérieur à un seuil qu'il détermine ou comportant des engagements d'une durée supérieure à celle qu'il fixe ;
- 7° Les subventions éventuellement attribuées par l'institut ;
- 8° Les actions en justice et les transactions ;
- 9° Les participations de l'institut à des groupements d'intérêt public ou l'adhésion à toute association dont l'objet entre dans le champ de ses missions ;
- 10° L'acceptation et le refus des dons et legs ;
- 11° Le rapport annuel d'activité présenté chaque année par le directeur général.

Le conseil d'administration peut déléguer au directeur général les décisions mentionnées aux 5° et 8° du présent article.

Il est informé chaque année de l'ensemble des contrats, marchés et conventions conclus pendant l'année précédente.

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises à l'approbation des ministres chargés du budget et de la santé dans les conditions prévues au décret n° 99-575 du 8 juillet 1999 relatif aux modalités d'approbation de certaines décisions financières des établissements publics de l'Etat.

Source : www.legifrance.fr

J.O n° 256 du 1^{er} novembre 2002 page 18144

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1316 du 25 octobre 2002 relatif aux actions de coopération internationale des établissements publics de santé

NOR: SANH0222951D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 5211-4, L. 6114-2 et L. 6134-1 ;

Vu le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Il est créé, au chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), une section IV ainsi rédigée :

“ Section IV

“ Convention de coopération internationale

“ Art. R. 713-3-22. - Dans le cadre des missions définies à l'article L. 6112-1 et sous réserve de garantir la continuité du service public hospitalier, les établissements publics de santé peuvent engager des actions de coopération internationale, avec des personnes de droit public et de droit privé intervenant dans le même domaine que le leur. En application de l'article L. 6134-1, chaque action de coopération fait l'objet d'une convention de coopération qui respecte le contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2. Cette convention précise notamment les modalités d'échange et de formation des personnels médicaux et non médicaux.

“ Art. R. 713-3-23. - Bénéficient d'une formation complémentaire dans le cadre des conventions mentionnées à l'article

L. 6134-1 :

“ - les médecins et pharmaciens, titulaires d’un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l’exercice dans le pays d’obtention ou d’origine et qui n’effectuent pas d’études en France en vue de la préparation d’une attestation de formation spécialisée. Ils sont désignés en qualité de stagiaires associés pour une période de six mois renouvelable, dans les conditions définies au 1 de l’article 39 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;

“ - les personnels infirmiers des Etats dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, titulaires d’un diplôme d’infirmier permettant l’exercice dans le pays d’obtention ou d’origine. La formation complémentaire est effectuée sous forme de stages hospitaliers d’adaptation.

“ Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités de sélection, d’affectation et de rémunération des personnels mentionnés au présent article.

“ Art. R. 713-3-24. - Les personnels des établissements publics de santé dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé peuvent être envoyés, sur leur demande, en mission de coopération internationale pour une durée maximale de trois mois par période de deux ans consécutifs en conservant la totalité de leur rémunération.

“ Art. R. 713-3-25. - Les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération internationale en vue de la formation des personnels de direction étrangers en collaboration avec l’Ecole nationale de la santé publique.

“ Art. R. 713-3-26. - Dans le cadre d’une coopération internationale, les établissements publics de santé participent à des actions de collecte de dispositifs médicaux respectant les conditions prévues à l’article L. 5211-4 et selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

“ Art. R. 713-3-27. - Les établissements publics de santé qui engagent des actions de coopération internationale en rapport avec leur participation au service d’aide médicale urgente mentionné à l’article L. 6112-5 peuvent adhérer à un réseau hospitalier dénommé “ SAMU de France ” dont les modalités d’organisation et de fonctionnement sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. ”

Article 2

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est chargé de l’exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 octobre 2002.

Par le Premier ministre : Jean-Pierre Raffarin

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei

POINTS DE REPERES SUR LA COLLABORATION ENTRE COLLECTIVITES LOCALES ET HÔPITAUX

De l'intérêt d'une coopération décentralisée hospitalière

Peu d'hôpitaux choisissent délibérément de mener une action internationale institutionnelle. Pour ceux qui ont fait ce choix et qui se sont défini des orientations stratégiques, des éléments clefs structurent leur réflexion :

- Préserver la continuité et la cohérence de l'action institutionnelle en se basant sur l'acquis, c'est-à-dire un paysage et des relations pré-existants,
- Réfléter les domaines d'excellence et les choix stratégiques de l'hôpital (par exemple, en suivant le contrat d'objectifs et de moyens et/ou les rapports d'orientation),
- Respecter les orientations de politique étrangère de la France et être ainsi un élément de la coopération française,
- S'insérer, autant que faire se peut, dans l'environnement immédiat : ainsi il apparaît nécessaire de mieux coopérer avec les collectivités territoriales et d'ouvrir l'hôpital à la Cité.

Du point de vue de l'hôpital, le principal objectif de la coopération internationale est d'exporter et de promouvoir son expertise et son image, et *in fine* de soutenir les pays et les organismes bénéficiaires. Un objectif tout aussi intéressant est de mettre les personnels hospitaliers au contact de cultures et de pratiques professionnelles autres. Enfin, il s'agit de saisir l'opportunité d'être une force de proposition et de participer ainsi à la définition des politiques et à la prise de décisions dans le domaine sanitaire et social.

Néanmoins, la coopération hospitalière internationale n'est pas innée et reste très fortement dépendante :

- 1) D'une volonté politique et stratégique,
- 2) D'une adéquation et d'une comparaison possibles entre les deux structures amenées à collaborer,
- 3) De contraintes budgétaires réelles.

Une fois la volonté politique affichée et le problème de l'alter ego résolu, la principale difficulté est ainsi d'ordre financier, car les hôpitaux ne consacrent pas de budget spécifique à l'action internationale.

Dès lors, un rapprochement entre hôpitaux et collectivités territoriales présente nombre d'avantages, en permettant :

- à l'hôpital, de diversifier ses interlocuteurs et d'augmenter sa marge de manœuvre,
- aux collectivités, d'asseoir sur un partenaire institutionnel fort, leur politique éducative et leurs autres actions de coopération pour le développement,

- aux deux parties, de promouvoir et d'assurer la cohérence de leur action internationale.

Un difficile état des lieux et des expériences limitées

Dans la pratique, il existe peu de liens formalisés entre hôpitaux et collectivités territoriales et il est peu aisé de mettre en place des passerelles. D'une manière générale, le soutien apporté par les collectivités aux hôpitaux concernent :

- Des projets ciblés, visant notamment l'enseignement et la recherche, le transfert de technologie et les soins de santé primaires,
- Des partenariats hospitaliers inscrits dans le cadre d'un jumelage entre deux collectivités,
- Des projets sanitaires issus du rapprochement de l'hôpital avec certaines associations connues des collectivités.

Les difficultés rencontrées lors de la définition et la mise en œuvre de ces projets sont multiples :

Stratégie

- Les orientations retenues par les élus locaux ne sont pas forcément compatibles avec celles de l'hôpital : par exemple, les partenaires ne sont pas nécessairement intéressés par la mise en place d'une coopération hospitalière, ils n'en ont pas les moyens humains et financiers, ou alors c'est cette coopération même qui n'est pas intéressante du point de vue de l'hôpital.
- La coopération décentralisée ne s'insère pas d'emblée dans l'action de la France à l'étranger. La coopération technique et sanitaire est coordonnée par un service spécifique au sein de chaque représentation : quelle est alors la place des projets de coopération décentralisée par rapport à l'action des postes ?
- Dans le cas d'actions conjointes avec des associations, la coordination reste un point sensible car les contraintes et les méthodes de travail appliquées sont peu comparables et difficilement compatibles.

Mise en œuvre et suivi

- Les sources et le niveau de financement restent souvent fonction de l'organisation et des orientations de chaque collectivité. Dans ce cas, il reste une incertitude, pour les hôpitaux, sur la reconduction des subventions octroyées.
- La communication et la coordination sont toujours difficiles et rarement bien huilées entre les différents partenaires.
- Chaque structure n'est pas toujours en mesure de désigner un responsable.
- Enfin, les actions entreprises font rarement l'objet d'une évaluation et d'un suivi qualitatif qui permettraient pourtant de promouvoir l'action et d'asseoir la crédibilité des partenaires.

Propositions pour faciliter le travail entre collectivités et hôpitaux

Les éléments suivants peuvent servir de fils conducteurs pour établir et faciliter une coopération entre collectivités et hôpitaux.

Stratégie

- Afficher la volonté d'une coopération hospitalière et sanitaire internationale (dans les plans de mandat, contrats de plan, projets d'orientation),
- Eventuellement, signer une charte d'entente et de bonnes pratiques,
- Respecter les orientations de chacun des acteurs, en proposant plutôt qu'en imposant,
- Prendre en compte les réalités locales et les différences d'organisation et de réglementation,
- Informer les postes et tâcher de trouver des synergies,
- Préférer le long terme au coup de publicité,
- Créer une structure de concertation rassemblant tous les partenaires et se réunissant à intervalles réguliers.

Mise en œuvre et suivi

- Faciliter l'octroi de financements pérennes,
- Identifier un coordonnateur et trouver des relais motivés,
- Mettre en œuvre une communication interne et externe conjointe et/ou coordonnée,
- Evaluer et adapter les projets.

CARTES DE LA COOPERATION DECENTRALISEE



■ Amérique latine et Caraïbes



Argentine
Brésil
Chili
Equateur
Mexique
Paraguay
Venezuela

Haïti
La Dominique

CHU concernés

Brest
Bordeaux
Nîmes
Marseille
Paris
Rouen
Strasbourg
Toulouse
Fort de France
Point à Pitre

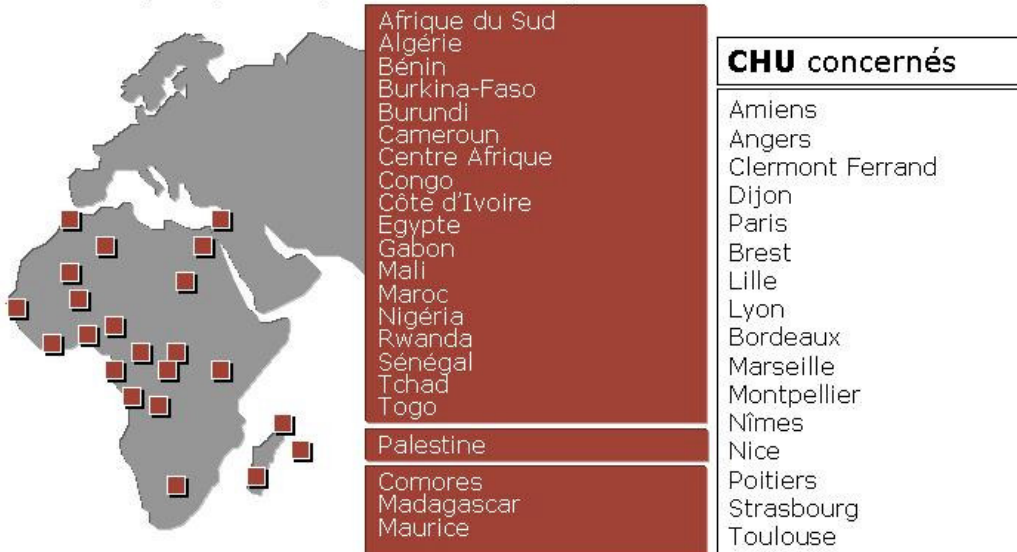


■ Asie





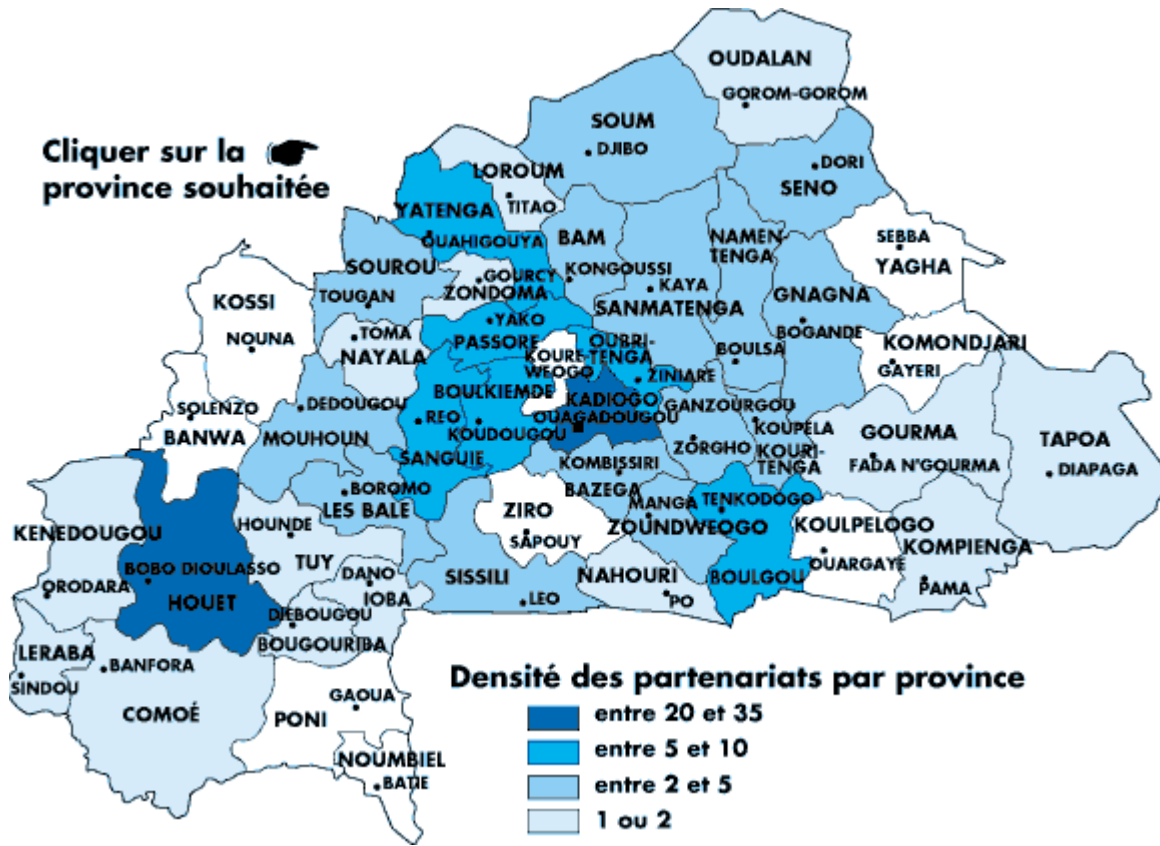
■ Afrique, Moyen Orient, Océan Indien



Source : Documents cartographiques issus de la Conférence CHU du 06 juillet 2001

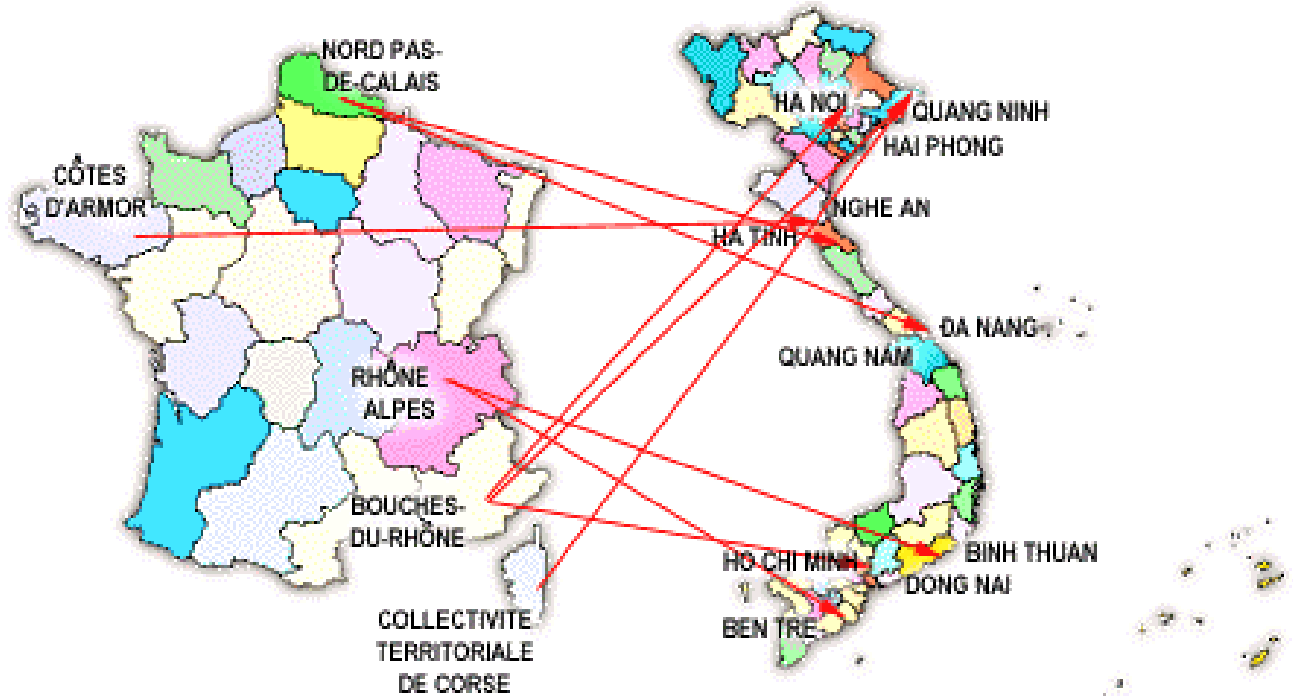
ILLUSTRATIONS PARTICULIERES

Coopération décentralisée avec le Burkina Faso



Source : Site de l'ambassade de France au Burkina
<http://France-burkina.bf/CoopDec/accueilONG.html>

Coopération santé entre la France et le Viet Nam



Source : Site de l'ambassade de France au Viet Nam :
http://www.ambafrance-vn.org/coop-dec/c_sante.html

CHARTRE REGISSANT LES DONS DE MEDICAMENTS : « Des principes pour une action efficace »

Vous cherchez à collecter et à envoyer des médicaments à des populations démunies ?

Nous vous proposons de bénéficier de l'expérience de nombreuses associations et organisations internationales dans ce domaine.

Le médicament n'est pas un produit banal. Il peut présenter des risques pour la santé lorsqu'il n'est pas utilisé dans de bonnes conditions. C'est pourquoi tous les pays ont défini des mesures législatives et réglementaires strictes quant à sa fabrication et sa distribution en vue de protéger la santé publique. Les dons de médicaments doivent aussi répondre à des normes qui ont été rendues nécessaires par les nombreux problèmes occasionnés par ces dons en particulier dans les situations d'urgence.

Les dons de médicaments proviennent soit de la récupération de médicaments non utilisés (MNU) issus de nos armoires à pharmacie, soit des dons de laboratoires pharmaceutiques, soit d'achats de médicaments essentiels génériques auprès de fournisseurs fiables.

Les pays en développement ou en situation d'urgence n'ont pas les mêmes besoins sanitaires que les pays européens ; des médicaments d'usage courant dans les pays occidentaux peuvent s'avérer inutiles voire dangereux dans ces pays.

Que faire de nos médicaments non utilisés ? Peut-on faire des dons de médicaments ? Les principes directeurs applicables aux dons de médicaments Alors comment mieux faire ? En conclusion

1. Que faire de nos médicaments non utilisés ?

Nous avons beaucoup de médicaments non utilisés (MNU) dans nos armoires à pharmacie car, le plus souvent, soit nous n'utilisons pas la totalité des médicaments prescrits par notre médecin, soit le conditionnement commercialisé ne correspond pas au traitement, soit ce traitement a été modifié. **L'activité de collecte des MNU prend ainsi naissance dans le gaspillage des médicaments en France.**

Les MNU doivent être rapportés chez le pharmacien pour être traités par Cyclamed, une organisation créée par l'industrie pharmaceutique pour la collecte des médicaments et de leurs emballages. Leur destruction non polluante sauvegarde l'environnement et produit de l'énergie. Ce n'est pas le cas lorsque nos médicaments sont évacués avec les ordures ménagères.

2. Peut-on faire des dons de médicaments ?

Les donateurs sont en général bien intentionnés, mais rarement conscients des inconvénients et des conséquences indésirables que peuvent avoir leurs dons pour les bénéficiaires.

Si vous n'êtes pas professionnel de la santé ou si vous ne connaissez pas exactement les besoins des populations que vous souhaitez aider, il est inutile de vous lancer dans cette activité car **la bonne volonté ne peut remplacer la compétence** dans un domaine aussi sensible que celui de la santé.

Si vous êtes professionnel de la santé (médecin, pharmacien) vous devez faire **un don utile** en tenant compte des besoins des bénéficiaires.

Encadré 1 : Audit de la qualité des dons en Albanie

L'OMS a réalisé un audit en mai 1999 sur les dons fait en Albanie :

50% des médicaments reçus au moment de l'afflux de réfugiés kosovars étaient inadéquats ou inutiles et devaient être détruits ; 4000 comprimés, 1200 flacons de perfusion, 16 000 tubes de pommade étaient périmés avant d'arriver dans le pays ; deux millions de comprimés et 85 000 flacons pour injection étaient périmés avant la fin de l'année ; la moitié des listes de colissage ne mentionnaient que des noms de marque dont la plupart étaient inconnus des professionnels de la santé locaux.

Selon L'OMS, **la destruction des médicaments inutilisables et/ou périmés** dans les pays bénéficiaires posent de nombreux problèmes techniques et financiers et **doit être évitée.**

Encadré 2 : Coût d'incinération à haute température des médicaments non utilisés

Selon l'OMS :

* la solution idéale pour éliminer les médicaments est l'incinération à haute température (plus de 1200 °C) ;

* des installations d'incinération adaptées, dotées de systèmes satisfaisants de dépollution existent presque uniquement dans le monde industrialisé

* les évaluations du coût de l'élimination par cette méthode des déchets pharmaceutiques en Croatie et en Bosnie-Herzégovine sont de l'ordre de 2,2 à 4,1 dollars/kg : l'incinération du stock actuel de produits pharmaceutiques non utilisés en Croatie coûterait donc entre 4,4 et 8,2 millions de dollars.

Les principaux défauts reprochés aux médicaments non utilisés (MNU) donnés sont de :

- mal répondre aux besoins réels des populations destinataires (en qualité, en quantité, etc.) ;
- ne pas respecter les politiques pharmaceutiques locales et plus particulièrement les listes nationales de médicaments essentiels, les traitements standardisés nationaux, les règles locales d'importation et de distribution des médicaments ;
- concurrencer les circuits locaux de distribution pharmaceutique en ne respectant pas la politique tarifaire en vigueur dans le pays (si le pays bénéficiaire a mis en place des modalités de participation des populations aux coûts, les médicaments offerts ne devraient pas être distribués gratuitement) ;
- aller à l'encontre des efforts de gestion faits pour administrer les stocks de médicaments de manière rationnelle ;
- être souvent inconnus des professionnels locaux ;
- ne pas toujours correspondre aux normes de qualité en vigueur dans le pays donateur : être à la limite de la date de péremption ;
- être souvent accompagnés d'une information dans une langue inconnue localement ;
- être conditionnés dans des emballages disparates, en quantités insuffisantes et sous des noms de marque qui ne sont pas enregistrés dans le pays bénéficiaire et parfois sans mention de la DCI (dénomination commune internationale) ;
- court-circuiter les systèmes locaux de contrôle d'importation et de distribution
- habituer les populations locales à des spécialités pharmaceutiques coûteuses
- alimenter les marchés pharmaceutiques parallèles et les ventes illicites, dans les villes comme dans les zones rurales : étals sur les marchés, boutiques ou commerces ambulants. L'éventail des médicaments proposés sur les marchés parallèles s'élargit, leur nombre et leurs risques ne cessent d'augmenter. Les "conseils" sont donnés par des vendeurs ou des

vendeuses, le plus souvent inconscients des dangers de leurs marchandises.

Le plus grand service que l'on puisse rendre aux pays démunis en médicaments est de ne pas les rendre dépendants de fausses solutions pour améliorer l'accès aux médicaments.

3. Les principes directeurs applicables aux dons de médicaments

Pour améliorer la qualité des dons de médicaments, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des **principes directeurs** qui ont été élaborés avec le concours des principales organisations humanitaires, témoins des multiples problèmes causés par des dons inadéquats.

Ces principes répondent à des impératifs portant sur :

- * le choix des médicaments
- * l'assurance de la qualité
- * la présentation, l'emballage et l'étiquetage
- * l'information et la gestion

Le texte suivant est extrait du **document publié en 1996 par l'OMS** .

Encadré 3 : Les douze articles composant les principes directeurs applicables aux dons de médicaments reposent sur trois principes fondamentaux

-le don de médicaments doit être le plus utile possible au bénéficiaire. Cela suppose que tous les dons soient fondés sur les besoins exprimés et que l'on décourage les dons de médicaments non sollicités.

-un don doit être effectué en respectant pleinement les souhaits et l'autorité du bénéficiaire, et doit être conforme aux politiques sanitaires et aux modalités administratives en vigueur dans le pays.

-il ne doit pas y avoir deux poids deux mesures en matière de qualité. Si le produit ne répond pas aux normes de qualité dans le pays donateur, il ne peut pas faire l'objet d'un don.

4. Alors comment mieux faire ?

1. Achats de médicaments essentiels génériques

Sous la responsabilité d'un professionnel de santé, vous pouvez acheter des médicaments essentiels génériques en respectant quelques règles simples :

-obligation du bénéficiaire :

- exprimer clairement ses besoins qualitatifs et quantitatifs
- préciser son mode de gestion et ses priorités sanitaires
- rendre compte à l'autorité de tutelle

-obligation du donateur :

- respect de l'expression des besoins du bénéficiaire
- respect des directives nationales et des procédures administratives

Il vous faudra alors établir un contrat de confiance (charte) entre donateur et bénéficiaire. Les médicaments achetés doivent respecter la liste de médicaments essentiels en vigueur dans le pays. Sous certaines conditions vous pouvez les acheter dans des **centrales "humanitaires" européennes.**

Après réception du don, le bénéficiaire (un professionnel de santé) doit vous faire parvenir un accusé de réception à conserver.

Vous pouvez également vous les procurer localement dans les **centrales d'achat en médicaments génériques** dans les pays d'Afrique francophone notamment ou auprès de l'industrie locale ou régionale : cela peut se révéler plus rentable que les importations de médicaments.

Envoyez votre commande accompagnée d'une présentation de votre association : cf **fiche modèle**

2. Dons de produits d'hygiène

Aucun médicament ne peut suffire seul à améliorer les conditions de santé d'une population si les moyens d'une bonne hygiène de base ne sont pas réunis. Aussi ne faut-il pas négliger ce domaine qui peut paraître moins "noble" que le médicament mais qui est tout aussi utile. **(exemples)**

3. Dons de dispositifs et équipements médicaux (exemples)

Ils doivent respecter les mêmes règles que les médicaments essentiels :

- conforme aux besoins et pratiques locales
- date de péremption supérieure à un an,
- matériel médical en état de marche,
- maintenance locale possible.

4. Contribution à la formation à l'usage et à la gestion des médicaments

Le donateur peut contribuer à la bonne utilisation et à la gestion du don par :

- un appui documentaire (ouvrages, abonnements à des revues spécialisées)
- une formation à la gestion des médicaments et à la supervision des circuits de distribution et de financement.

5. Des MNU de collecte dans des cas très particuliers : médicaments essentiels qui n'existent pas sous forme générique

Ce type de dons doit rester exceptionnel et encadré par des professionnels. Ils reposent sur une stratégie à court terme pour des médicaments chers pour lesquels il n'existe pas de génériques. Il s'agit de certaines spécialités récentes qui figurent sur les listes nationales de médicaments essentiels : anticancéreux, anti-rétroviraux, etc. et seulement destinés à des médecins hospitaliers.

En conclusion

1. Détruire vos médicaments inutilisés en les rapportant chez votre pharmacien est un bon geste pour protéger l'environnement.

2. Informer votre médecin des médicaments dont vous disposez lors d'une prescription ou d'un renouvellement d'ordonnance permet de faire la chasse au gaspillage. Diminuer le gaspillage des médicaments en France est un enjeu collectif.

3. Privilégier les achats de médicaments essentiels locaux ou l'envoi de produits d'hygiène.

La tolérance aux dons nuisibles ou inutiles diminue dans les pays bénéficiaires. Certains pays, par exemple le Togo, ont défini et publié une charte des donateurs de médicaments.

L'OMS invite ceux qui reçoivent des quantités importantes de médicaments inappropriés à en rendre compte à son Département spécialisé (encadré 4).

Encadré 4 : L'OMS surveille la qualité des dons

Mentionner les dons inutiles

Toute organisation recevant des quantités importantes de médicaments inappropriés est invitée à en rendre compte au Département EDM de l'OMS . Chaque compte-rendu sera traité séparément dans la plus grande discrétion.

Et après... si l'OMS a connaissance d'un don inadéquat, elle entre en relation avec le donateur pour que celui-ci se justifie.

La troisième fois, le nom du donateur sera rendu public.

[Formulaire dons de médicaments](mailto:medmail@who.ch) à renvoyer à cette adresse medmail@who.ch

Souscrire à la nouvelle version des Principes directeurs applicables aux dons de médicaments :

Pour que davantage d'organismes et d'organisations s'engagent à appliquer les principes de bonnes pratiques en matière de don de médicaments, un site Internet est en cours de construction. Celui-ci est destiné à toutes les organisations et à toutes les firmes pharmaceutiques souscrivant aux nouveaux Principes directeurs inter-institutions applicables aux dons de médicaments et s'engageant à les faire respecter. Les parties souhaitant que leur nom figure sur la liste des entités ayant entériné les principes sont invitées à prendre contact avec le Département Médicaments essentiels et Politiques Pharmaceutiques de l'OMS, en envoyant un message électronique à medmail@who.ch.

Mentionner les dons particulièrement utiles.

Nous sommes tous encouragés à faire part à l'OMS de notre expérience en matière de dons, et à décrire les dons que nous avons jugé particulièrement utiles et respectueux des besoins du bénéficiaire.

Remerciements pour leur contribution à la rédaction de ce document :

Philippe Bouscharain (MAE), Serge Barbereau (ReMeD), Carinne Bruneton (ReMeD), Pierre Chirac (MSF), Martine Frasnetti (PSF-CI), Anne Leroux (Pimed), Jeanne Maritoux (Pimed), Jean-Marie Milleliri (Gipse), Pierre Minonzio (PSF-CI), Jacques Pinel (MSF), Jean-Loup Rey (ReMeD-Gipse), Aguiratou Sawadogo (ReMeD), Maurice Ventura (PCH/MAE), Jean-Yves Videau (CHMP).

Bibliographie :

J. Maritoux, B. Topuz "Solidarité, médicaments mode d'emploi " Ed Frison-Roche, 1991.

Médecins sans frontières "Médicaments essentiels, Guide pratique d'utilisation", 3ème édition, 1999.

MSH and The World Bank, "Indicateur de prix internationaux des médicaments"
Management Sciences for Health, 1515 Wilson Boulevard, Suite 710, Arlington, VA 22209-2402 USA,
Tél : 703 524 6575, Fax : 703 524 7898, Email : dmp@msh.org.

OMS "Liste modèle des médicaments essentiels", WHO Drug Information Vol 13, n°4, 1999,
<http://www.who.int/medicines>.

OMS "Principes directeurs applicables aux dons de médicaments", révision 1999, WHO/EDM/PAR/99.4, 26 pages.

OMS "Nouveau Kit Sanitaire d'Urgence 98, Médicaments et matériel médical pour une population de 10000 personnes pendant environ 3 mois", WHO/DAP/98.10.

OMS "Principes directeurs pour l'élimination des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgences " 1999, 44 pages.

OMS "Kosovo : vers de bonnes pratiques en matière de dons", Médicaments Essentiels Le point n°27, 1999, P 27.

OMS "Situation d'urgence : encourager les dons utiles, payer pour les dons inadéquats", Médicaments Essentiels Le point n°27, 1999, P 28

WHO Regional Office for Africa "Afro essential drugs : Price indicator july 1998"
Parirenyatwa Hospital, Medical School C Ward, Mazoe Street, P.O. Box BE 773, Belvedere, Harare, Zimbabwe,
Tél : 263 4 706951/707493, Fax : 263 4 705619, Email : chisalem@whoafr.org

[Télécharger le document/RTF](#)

Sites web :

Campagne européenne pour améliorer la qualité des dons de médicaments
<http://www.drugdonations.org>

Organisation Mondiale de la Santé
<http://www.who.int/medicines/docs/edmguidelines.html>

Autres documents

Compte rendu du COLLOQUE organisé par Pimed, 1er avril 2000, Paris "POUR AMELIORER LA QUALITE DES DONNS DE MEDICAMENTS"

Le colloque, organisé à Paris le 1er avril 2000, a réuni plus de 100 participants, intéressés directement ou indirectement par la question des dons de médicaments : professionnels de santé, membres d'ONG, représentants des pouvoirs publics, journalistes, venus non seulement de la région parisienne, mais aussi de diverses régions de France.

Cette journée a permis de faire le point sur la réglementation et sur les pratiques actuelles de dons de médicaments non utilisés en France et dans d'autres pays européens et au regard des directives de l'Organisation mondiale de la santé. L'intervention de professionnels de santé venus de plusieurs pays africains a été l'occasion d'échanges fructueux avec l'ensemble des participants du colloque. Un sentiment largement partagé s'en dégage : l'évolution des pratiques est sur la bonne voie, mais les obstacles sont encore nombreux. [[suite](#)]

CHARTRE DES DONNS DE MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AU TOGO

Malgré les multiples progrès de la médecine, la sécurité sanitaire n'est pas garantie pour certaines couches de la population planétaire. Les causes de cette insécurité sanitaire sont diverses. Mais les plus déterminantes restent le manque de ressources financières et les

situations de crise aiguë. Pour pallier cette insuffisance, certaines bonnes volontés se manifestent pour porter secours à ces couches de démunis. Chaque catastrophe suscite à cet effet une vague de solidarité internationale matérialisée notamment par les dons de médicaments et autres produits pharmaceutiques.

Ces dons qui constituent des actes très louables de par leur portée sociale ne sauraient rendre efficacement service que s'ils ont été conçus avec professionnalisme et une connaissance approfondie des tenants et aboutissants de la situation de crise ainsi créée. « Comment faire pour rendre les dons de médicaments et autres produits pharmaceutiques le plus utile possible ? » C'est à cette inquiétude que le Ministère de la santé du TOGO a voulu répondre en présentant cette charte. [[suite](#)]
http://www.remed.org/html/fr_dons.html

Source : Site de l'association REMED :
http://www.remed.org/html/fr_dons.html

**LISTE DES PAYS APPARTENANT A LA ZONE DE SOLIDARITE PRIORITAIRE (ZSP)
EN 2002**

MOYEN-ORIENT (3 pays)

Liban

Territoires palestiniens

Yemen

AFRIQUE (44 pays)

| PMA (29 pays) | | PFR (7 pays) | Autres (8pays) |
|------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Angola | Guinée Equatoriale | Cameroun | Afrique du Sud |
| Bénin | Libéria | Congo-Brazzaville | Algérie |
| Burkina Faso | Madagascar | Côte d'Ivoire | Gabon |
| Burundi | Mali | Ghana | Maroc |
| Cap Vert | Mauritanie | Kenya | Namibie |
| République Centrafricaine | Mozambique | Nigéria | Seychelles |
| Comores | Niger | Sénégal | Tunisie |
| RD Congo | Ouganda | | Zimbabwe |
| Djibouti | Rwanda | | |
| Erythrée | Sao Tomé | | |
| Ethiopie | Sierra Léone | | |
| Gambie | Soudan | | |
| Guinée | Tanzanie | | |
| Guinée Bissao | Tchad | | |
| | Togo | | |

ASIE DU SUD-EST (3 pays dont 2 PMA et 1 PFR)

Cambodge (PMA)

Laos (PMA)

Vietnam (PFR)

CARAIBES (4 pays dont 1 PMA)

Haïti (PMA)

Cuba

République Dominicaine

Surinam

PACIFIQUE (1 PMA)

Vanuatu

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- **Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience**
BIRD/BANQUE MONDIALE, 1994.
- **L' Economie de la Santé**
Louis ROCHE, Jean SABATINI et Renée SERANGE-FONTERME
PUF, 1986.
- **La Santé**
Georges TCHOBROUTSKY –Olivier WONG, PUF, 1995.
- **Rapport Mondial sur le Développement Humain 2002** : Approfondir la démocratie dans un monde fragmenté, PNUD, 2002.*
- **Rapport sur la Santé dans le Monde 2000**, OMS, 2000.*
- **Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar**
Didier FASSIN, PUF, 1992.

S'agissant de la bibliographie relative aux objectifs de la coopération hospitalière :

- « **La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement** », Rapport du groupe de travail présidé par Marc Gentilini, juin 2002, HCCI. *
- **Guide de la Coopération hospitalière pour l'aide au développement**
Sous la direction de Patrick Mordelet, éditions E.N.S.P, 1997.
- **Médecine humanitaire**
Jacques Lebas, Florence Veber, Gilles Brücker, Flammarion - Médecine-Science, 1994.
- **Guide de la Coopération Décentralisée**
Ministère des affaires étrangères, La documentation française, 2000.

* Sources disponibles sur Internet

QUELQUES ADRESSES UTILES

Fédération hospitalière française (F.H.F.)

33, avenue d'Italie
75013 Paris
Téléphone : 01 44 06 84 44

Fédération internationale des hôpitaux

55.57 North Wharf Road
London W2 (United Kingdom)
Téléphone : +44 (0) 207.915.9957
Télécopie : +44 (0) 207.915.9958
Site Internet : www.fhi.org/fr/fhi.html

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)

179, rue de Lourmel
75015 Paris
Téléphone : 01.53.98.95.00
Télécopie : 01.53.98.95.02
Site Internet : www.fehap.fr

Association des régions de France (ARF)

276, boulevard Saint Germain
75007 Paris
Téléphone : 01 45 55 82 48
Télécopie : 01 45 50 20 38
Site Internet : www.erm.lu/arf.htm

Assemblée des départements de France (ADF)

6, rue Duguay-Trouin
75006 Paris
Téléphone : 01 45 49 60 20
Télécopie : 01 45 49 60 22
Site Internet : <http://www.departement.org>

Association de maires de France (AMF)

41, quai d'Orsay
75007 Paris
Téléphone : 01 44 18 14 14
Télécopie : 01 44 18 14 15
Site Internet : <http://www.amf.asso.fr>

Association française du Conseil des communes et régions d'Europe (AFCCRE)

30, rue d'Alsace-Lorraine
45000 Orléans
Téléphone : 02 38 77 83 83
Télécopie : 02 38 77 21 03
Site Internet : www.afccre.asso.fr/

Cités unies France (CUF)

9, rue Christiani
75018 Paris
Téléphone : 01 53 41 81 81
Télécopie : 01 53 96 05 81
Site Internet : www.cites-unies-france.org

Association des responsables de relations internationales et de la coopération décentralisée (ARRICOD)

7, quai Chateaubriand

35000 Rennes

Téléphone : 02 99 67 86 22

Site Internet : <http://www.arricod.free.fr>

Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)

10.12, rue d'Anjou

75381 Paris cedex

Téléphone : 01.55.27.44.00

Site Internet : www.cnfpt.fr

Réseau médicaments et développement (REMEDI)

35, rue Daviel 75013 Paris

Téléphone : 01.53.80.20.20

Télécopie : 01.53.80.21

Site Internet : www.remed.org

Ministère des affaires étrangères

Ministre délégué à la coopération et à la Francophonie

Commission nationale de la coopération décentralisée (CNCD)

Délégué pour l'action extérieure des collectivités locales (AECL)

57, boulevard des Invalides

75007 Paris

Téléphone : 01 53 69 39 00

Télécopie : 01 53 69 34 46

Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID)

Mission pour la coopération non gouvernementale (MCNG)

57, boulevard des Invalides

75007 Paris

Téléphone : 01 53 69 38.88

Télécopie : 01 53 69 39.32

Site Internet : www.diplomatie.fr

Direction du développement et de la coopération technique

Sous direction du développement social et de la coopération éducative

Bureau de la santé

20, rue Monsieur

75700 Paris

Téléphone : 01 53 69 31 81

Télécopie : 01 53 69 37

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Délégation aux affaires européennes et internationales

8, avenue de Ségur

75350 Paris cedex 07

Téléphone : 01.40.56.60.00

Site Internet : www.sante.gouv.fr

Agence française de développement (AFD)

5, rue Roland-Barthes
75598 Paris cedex 12
Téléphone : 01 53 44 31 31
Télécopie : 01 53 44 99 39
Site Internet : www.afd.fr/

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Avenue Appia 20
1211 Genève 27 (Suisse)
Téléphone : (+ 00.41.22) 791.21.11
Télécopie : (+00.41.22) 791.3111
Site Internet : www.who.ch

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)***Comité d'aide au développement (CAD)***

2, rue André Pascal
F-75.775 Paris Cedex 16
Téléphone : 01.45.24.82.00
Site Internet : webmaster@oecd.org

Haut Conseil de la coopération internationale (HCCI)

3, avenue de Lowendal
75007 Paris
Téléphone : 01 43 17 45 90
Télécopie : 01 43 17 46 39
Site Internet : www.hcci.gouv.fr

Autres sites utiles en matière de santé :

Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD)
Site Internet : www.ccid.org