



Conseil économique et social

Distr. générale
28 mai 2009
Français
Original : anglais

Session de fond de 2009

Genève, 6-31 juillet 2009

Point 2 b) de l'ordre du jour provisoire

Débat de haut niveau : examen ministériel annuel

Lettre datée du 19 mai 2009 adressée au Président du Conseil économique et social par le Représentant permanent du Japon auprès de l'Organisation des Nations Unies

J'ai l'honneur de vous faire tenir ci-joint le rapport du Japon intitulé « Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international en matière de santé publique mondiale » en vue de l'examen ministériel annuel qui doit se dérouler durant le débat de haut niveau de la session de fond de 2009 du Conseil économique et social (voir annexe).

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire distribuer le texte de la présente lettre et de son annexe comme document officiel du Conseil économique et social au titre du point 2 b) de l'ordre du jour provisoire.

(Signé) Yukio **Takasu**

Ambassadeur

Représentant permanent du Japon auprès
de l'Organisation des Nations Unies

* E/2009/100.



**Annexe à la lettre datée du 19 mai 2009 adressée
au Président du Conseil économique et social par le Représentant
permanent du Japon auprès de l'Organisation des Nations Unies**

**Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan
international en matière de santé publique mondiale**

**A. Efforts du Gouvernement du Japon visant à mettre en œuvre
des stratégies et politiques de développement national**

1. Principes de base

a) La Charte de l'aide publique au développement

1. L'aide publique au développement (APD) du Japon fait partie intégrante de sa politique étrangère. Elle appuie le développement des capacités et l'édification d'une nation au sein des pays en développement, et y contribue également à relever les enjeux de portée mondiale. Ainsi que le stipule la Charte de l'aide publique au développement révisée en 2003 à partir de la version originale de 1992, les objectifs du Japon en matière d'APD consistent à « contribuer à la paix et au développement de la communauté internationale, ce qui devrait également garantir la sécurité et la prospérité du Japon ».

2. Les principes directeurs poursuivis au titre de la Charte de l'aide publique au développement consistent à : a) appuyer les efforts d'auto-assistance des pays en développement; b) examiner les questions du point de vue de la sécurité humaine; c) garantir l'équité; d) mettre à profit l'expérience et le savoir-faire du Japon; et e) poursuivre la collaboration avec la communauté internationale et les autres parties prenantes, notamment les organisations internationales, les autres pays donateurs, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé. La Charte considère également les questions suivantes comme prioritaires : a) la réduction de la pauvreté; b) la croissance durable; c) les réponses à apporter aux problèmes de portée mondiale; et d) la consolidation de la paix. Les principes, inscrits dans la Charte, de mise en œuvre de l'APD stipulent que l'aide ne doit jamais être subordonnée à des fins militaires, et qu'elle doit promouvoir la démocratisation des pays en développement.

**b) Politique à moyen terme de l'APD, plans d'aide aux pays et politique prioritaire
annuelle pour la coopération internationale**

3. En vertu de la Charte de l'aide publique au développement, la politique à moyen terme du Japon en matière d'APD, adoptée en 2005, a été formulée pour définir et élaborer les principales mesures du Japon d'aide à moyen terme, notamment ce qu'il propose pour faire avancer les OMD (objectifs du Millénaire pour le développement). La Politique à moyen terme est complétée par les plans d'aide aux pays du Japon, qui proposent un cadre à l'aide accordée à chaque pays, ainsi que des initiatives par secteurs du Japon, lesquelles sont des lignes directrices domaine par domaine. Ces plans et ces initiatives constituent un cadre additionnel de l'assistance du Japon et, à ce jour, le Japon a adopté 28 plans et 8 initiatives, notamment dans le secteur de la santé. Afin de mettre en œuvre l'APD de manière plus cohérente, efficace et effective, chacun des Plans d'aide aux pays définit le calendrier de l'aide à fournir sur les cinq années suivantes environ, à partir des besoins du pays

bénéficiaire en développement et de ses plans de développement en cours. Chaque plan définit également la portée de l'aide du Japon en faveur du pays en question, l'orientation que la coopération doit prendre à l'avenir, les domaines prioritaires, ainsi que les principaux défis et problèmes à examiner parallèlement à la mise en œuvre de cette aide.

4. En outre, un document intitulé « Politique prioritaire pour la coopération internationale » a été établi à chaque exercice depuis 2007. Complétant les plans d'aide aux pays, ce document recense les questions auxquelles le Japon accorde la priorité en sorte que celui-ci puisse répondre rapidement aux évolutions et problèmes récents dans le cadre de la diplomatie japonaise. Durant l'exercice 2009, les priorités suivantes ont été identifiées : a) aider aux efforts des pays asiatiques visant à renforcer leur potentiel de croissance et à développer leur demande intérieure en réponse à la crise financière économique actuelle; b) appuyer les efforts de reconstruction en Afghanistan et la stabilisation économique au Pakistan de manière à éliminer le terrorisme; c) soutenir les réponses aux problèmes liés au changement climatique (Promouvoir le « Partenariat planète fraîche »); d) concrétiser sans faillir les engagements tels que le doublement de l'APD japonaise à l'Afrique (TICAD IV) et contribuer à la réalisation des OMD (Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako); e) promouvoir les échanges et les investissements en faveur des pays en développement; et f) poursuivre la promotion de la collaboration avec les ONG.

2. Structure de base et mise en œuvre

a) Fonction stratégique

5. Le programme de coopération internationale du Japon fait l'objet de grandes réformes et d'une profonde réorganisation depuis 2006. En particulier, ses fonctions de planification des stratégies et mesures ont été renforcées et la nouvelle AJCI a été mise en place.

6. En ce qui concerne le renforcement des fonctions stratégiques, le Conseil japonais de coopération économique avec l'étranger a été mis en place en avril 2006 en tant qu'organe de décision stratégique suprême. Présidé par le Premier Ministre et composé du Premier Secrétaire du Cabinet, du Ministre des affaires étrangères, du Ministre des finances et du Ministre de l'économie, du commerce de l'industrie, le Conseil a entrepris des délibérations souples et réalistes sur les grandes questions de la coopération économique avec l'étranger. Les questions sur lesquelles il s'est penché sont notamment la politique de l'APD, l'étendue et la qualité de l'APD concernant l'Asie, l'Afrique, la Chine, l'Iraq, l'Inde et l'Afghanistan, ainsi que les ressources, l'énergie, l'environnement, l'appui aux régimes juridiques et la consolidation de la paix.

b) Fonction de planification/formulation des politiques

7. En ce qui concerne la fonction de planification et formulation des politiques, le Ministère des affaires étrangères joue un rôle majeur au sein du Gouvernement, assumant la coordination des activités des pouvoirs publics. Au sein du Ministère lui-même, le Bureau de coopération internationale, mis en place en août 2006, est chargé de la planification et formulation complètes des mesures d'aide au développement aussi bien bilatérale que multilatérale. Au sein du Gouvernement japonais, le Bureau joue également un rôle central dans la coordination du travail

effectué par les organismes publics pour garantir que l'APD fournie par chacun d'entre eux est conçue et exécutée de manière cohérente et conformément aux valeurs stratégiques, et qu'elle atteint des résultats optimaux. Le Siège de la planification de la coopération internationale, établi sous l'autorité du Ministre des affaires étrangères, planifie et formule des politiques telles que « Les mesures prioritaires pour la coopération internationale » et délibère également sur de grandes questions de coopération internationale.

3. Mise en place d'une nouvelle Agence japonaise de coopération internationale

8. En octobre 2008, l'ancienne Agence japonaise de coopération internationale (AJCI), qui conduisait la coopération technique et encourageait la mise en œuvre d'une aide sous forme de subventions, a fusionné avec l'organe chargé de la coopération économique avec l'étranger au sein de l'ancienne Banque japonaise pour la coopération internationale, qui avait été responsable de l'octroi de prêts au titre de l'APD, donnant naissance à la nouvelle AJCI. En outre, une grande part des compétences d'attribution de l'aide sous forme de subventions relevant auparavant du Ministère des affaires étrangères a été confiée à la nouvelle AJCI, faisant ainsi de celle-ci la plus grande organisation d'aide bilatérale au développement dans le monde d'un budget de quelque 10,3 milliards de dollars de ressources financières disponibles. Ces ressources assurent à la nouvelle AJCI la gestion intégrée de l'ensemble des trois instruments de l'aide – coopération technique, aide sous forme de subventions et prêts au titre de l'APD –, lui permettant ainsi d'optimiser les effets de synergie. Par exemple, auparavant, la formulation d'un projet donnait lieu à des études de développement distinctes pour chaque instrument de l'aide. Désormais, les enquêtes préparatoires, nouvelles études adoptées s'appliquant uniformément aux trois approches, examinent les questions de développement sans se rattacher à aucune de ces trois approches, accélérant ainsi l'élaboration de projet. Considérant les enquêtes et la recherche sur la coopération internationale au nombre de ses principales fonctions, la nouvelle AJCI a mis en place l'Institut de recherche de l'AJCI. La nouvelle AJCI conduit toujours ses activités traditionnelles comme l'envoi de volontaires de la coopération japonaise à l'étranger (JOCV) et de volontaires du troisième âge (SV) du Japon pour aider à l'amélioration sociale et économique des pays en développement, ainsi que des équipes japonaises de secours en cas de grandes catastrophes chargées d'acheminer le matériel d'urgence. L'inauguration de la nouvelle AJCI améliore la qualité de l'APD du Japon en encourageant une mise en œuvre plus efficace, plus rationnelle et plus rapide.

4. Montant de l'aide

9. Durant les années 90, le Japon a été le plus grand pays donateur du monde. Le budget de l'APD du Japon a culminé au cours de l'exercice 1997, après quoi son aide a plus ou moins régulièrement décliné. Parmi les pays faisant partie du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD de l'OCDE), les versements nets d'APD consentie par le Japon en 2002 arrivaient en deuxième position après les États-Unis; en 2008, ils occupaient la cinquième position. Les montants nets d'APD du Japon en 2008 totalisaient 9 362 millions de dollars contre 7 678 millions de dollars en 2007, soit une hausse de 8,2 % en valeurs réelles par rapport à 2007. Les montants bruts d'APD du Japon en 2008 ont totalisé 17 401 millions de dollars contre 13 566 millions de dollars en 2007, soit une hausse de 13,8 % en valeurs réelles. Le

ratio APD/revenu national brut du Japon a augmenté de 0,17 % à 0,18 % sur la même période.

10. Le détail des versements nets d'APD en 2007 révèle que l'APD bilatérale représentait environ 75,2 % du total; le reste ayant été destiné à l'APD acheminée via les organisations internationales.

a) Attribution de l'APD par région

11. Une étude de l'attribution par région de l'APD bilatérale montre que le Japon a toujours mis l'accent sur l'Asie. Ces dernières années, il a toutefois progressivement recentré ses versements au profit de l'Afrique et du Moyen-Orient. Cela tient en partie au fait que de nombreux pays asiatiques se sont développés à un niveau tel qu'ils n'ont plus besoin de l'APD du Japon. Par ailleurs, le Japon s'est engagé vis-à-vis de l'Afrique à l'occasion de forums comme la Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD) et a participé aux efforts de consolidation de la paix au Moyen-Orient via des projets de reconstruction en Iraq et en Afghanistan ainsi que le processus de paix au Moyen-Orient. En 2000, 54,8 % des montants nets d'APD versés par le Japon sont allés à l'Asie tandis que 10,1 % ont été consentis à l'Afrique et 7,5 % au Moyen Orient. En 2007, l'Asie a représenté 28,3 % du total (1634 millions de dollars), l'Afrique 29,4 % (1 701 millions de dollars) et le Moyen-Orient 16,4 % (948 millions de dollars), l'Amérique latine 3,9 % (226 millions de dollars), l'Océanie 1,2 % (70 millions de dollars), et l'Europe 0,8 % (48 millions de dollars), de multiples régions ayant bénéficié des 1152 millions de dollars restants.

b) Attribution selon le mécanisme adopté

12. Le détail de l'APD bilatérale indique que les versements effectués au titre de l'aide sous forme de subventions ont totalisé 3414 millions de dollars, soit 44,5 % du total des montants nets d'APD. L'allègement de la dette a représenté 25,3 % de ce montant (1941 millions de dollars), l'aide sous forme de subventions via les organisations internationales a représenté 5,1 % (395 millions de dollars), et les crédits apportés par le Japon au titre de l'aide sous forme de subventions ne relevant pas des catégories mentionnées ci-dessus ont représenté 14 % (1 078 millions de dollars). La coopération technique a représenté 33,5 % (2569 millions de dollars), l'aide sous forme de prêts s'est élevée à 205 millions de dollars, et l'aide sous forme de prêts autres que l'allègement de la dette a représenté 161 millions de dollars.

c) Efficacité de l'aide

13. Le Japon est fermement attaché aux principes de la Déclaration de Paris et au Programme d'action d'Accra. Le Japon a formulé son propre Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, dont l'état d'avancement est décrit dans des rapports annuels. En outre, l'apparition de nouveaux donateurs impose plus que jamais à la communauté des donateurs de coordonner leurs activités pour optimiser leur efficacité et impact collectif dans les pays en développement. À cet effet, le Japon, en coopération avec d'autres donateurs, a organisé des ateliers en Asie pour échanger des expériences en la matière avec les pays en développement et les fournisseurs de l'aide au développement.

B. Efforts du Gouvernement du Japon pour mettre en œuvre les objectifs convenus et les engagements pris sur le plan international en matière de santé publique mondiale

1. Principes de base du Japon en matière de santé publique mondiale

a) Principe fondamental

14. Les problèmes de santé dans les pays en développement non seulement menacent les vies individuelles et la sécurité humaine mais pèsent également sur l'activité socio-économique, constituant ainsi de graves obstacles au développement. Par exemple, les conditions sanitaires se détériorent lorsque l'on se heurte aux problèmes suivants : fragilité des systèmes de santé, manque d'accès aux services sanitaires et à l'éducation sanitaire, malnutrition, pénurie d'eau potable et d'installations sanitaires appropriées. Au niveau national, il en résulte une réduction de la population active, des hausses des coûts de soins médicaux, et une baisse des niveaux d'éducation, autant de facteurs qui contribuent à leur tour à l'augmentation des taux de pauvreté. Aussi est-il extrêmement important d'améliorer la situation sanitaire pour réduire la pauvreté.

15. En outre, les progrès de la mondialisation nous imposent de faire face aux menaces des maladies infectieuses telles que le VIH/sida, la grippe aviaire et la nouvelle grippe, ainsi que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui se diffusent aisément à travers les frontières nationales. Autant de problèmes mondiaux menaçant l'ensemble de l'humanité. Aussi le Japon a-t-il une responsabilité dans la lutte contre les maladies infectieuses afin de protéger les populations dans le monde.

16. En 2000, la Déclaration du Millénaire a été établie et reprenait les objectifs convenus au niveau international axés sur la réduction de la pauvreté. Trois des huit OMD établis à partir de la Déclaration sont liés à la santé. De même, le Japon, en plus de poursuivre plusieurs initiatives sanitaires indépendantes, est attaché à la réalisation de ces OMD, objectifs majeurs auxquels il importe de contribuer.

17. Cette prise de conscience fondamentale a suscité l'adhésion du Japon à une démarche englobante, qui offre un cadre équilibré à la lutte contre les maladies infectieuses et le renforcement des systèmes de santé, ainsi qu'à une approche participative, qui plaide pour la participation et la coopération de toutes les parties prenantes, notamment les pays donateurs, les organisations internationales, le secteur privé, les intellectuels et la société civile. M. Masahiko Koumura, Ministre des affaires étrangères, à l'occasion de son discours d'orientation intitulé « Santé mondiale et politique étrangère du Japon - De Okinawa à Toyako »¹, a souligné l'importance de cette double démarche dûment prise en compte par les approches proposées à l'occasion de la TICAD IV et du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako.

b) Sécurité humaine

18. Les progrès de la mondialisation entraînent certaines menaces pour les populations : internationalisation des conflits locaux ou régionaux, diffusion des maladies infectieuses, hausses de la pauvreté, exode des réfugiés et apparition soudaine des crises économiques. Un État à lui tout seul ne peut pleinement faire face à toutes ces menaces. Le concept de sécurité humaine est apparu en réponse à cette situation. Complétant la sécurité nationale, la sécurité humaine met l'accent en

premier sur les individus, vise à exploiter tout leur potentiel en leur offrant protection et autonomisation, et s'efforce d'édifier des nations.

19. La sécurité humaine constitue l'un des piliers de la diplomatie du Japon, qui s'emploie activement à encourager le concept sur les scènes diplomatiques bilatérales et multilatérales. Ces efforts permettent au concept de la sécurité humaine de revêtir toujours plus d'importance parmi les préoccupations mondiales. Par exemple, le Document final du Sommet mondial de 2005 aborde le concept de la sécurité humaine et, en mai 2008, l'Assemblée générale de l'ONU a réuni un débat thématique à ce sujet. En outre, la sécurité humaine est actuellement débattue dans les cadres du G8, de l'Association de coopération économique Asie-Pacifique (APEC), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE). De plus, nous avons organisé des ateliers avec les organisations régionales telles que l'Union européenne (UE) et l'Union africaine (UA) en vue de diffuser le concept.

20. Afin de concrétiser le concept de sécurité humaine sur le terrain, le Japon a accordé une assistance relative au concept comme principe de base du programme de l'APD. En outre, Japon a mis en place le Fonds d'affectation spéciale pour la sécurité humaine à l'ONU et avait, au mois de mars 2009, fait don de 37,3 milliards de yens au total.

21. Ainsi, la sécurité humaine, qui vise à protéger et autonomiser les individus de même que les communautés, est un cadre conceptuel indispensable pour consolider la paix et le développement dans le monde et promouvoir la poursuite des efforts dans le domaine de la santé. Une démarche soucieuse de la sécurité humaine est cruciale pour rechercher les moyens de réaliser les OMD 4, 5 et 6, en particulier dans l'Afrique subsaharienne, où ils risquent, craint-on, de ne pas être atteints.

2. Initiatives du Gouvernement japonais

a) Initiative d'Okinawa contre les maladies infectieuses

22. Dans les années 70, la majorité estimait que les maladies infectieuses étaient sur le point d'être éliminées dans les pays développés. Toutefois, ces deux dernières décennies ont vu apparaître de nouveaux types de maladies infectieuses appelées maladies contagieuses émergentes et récurrentes, telles que le VIH/sida, la fièvre hémorragique Ebola, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la tuberculose à bacilles multirésistants (Tuberculose MDR), la tuberculose à bacilles ultra résistants (tuberculose UR) et plus récemment l'épidémie de grippe A (H1N1). Pour les personnes vivant dans les pays en développement, vulnérables au plan hygiénique et nutritionnel, la prévalence de maladies infectieuses est une menace mortelle. Les réponses à mettre en œuvre sont compatibles avec le concept de sécurité humaine, sur la base duquel les populations doivent être protégées contre les graves et vastes menaces à leurs existences, vies et dignité, et être dotées des moyens leur permettant de traiter ces problèmes elles-mêmes.

23. Dans ce contexte, le Gouvernement japonais a décidé de renouveler et renforcer les mesures de lutte contre les maladies infectieuses. Lors du Sommet du Groupe des Huit de Kyushu-Okinawa en juillet 2000, organisé sous la présidence du Japon, la question des maladies infectieuses dans les pays en développement a figuré pour la première fois parmi les points majeurs inscrits à l'ordre du jour. Le Japon a saisi l'occasion pour annoncer l'Initiative d'Okinawa contre les maladies

infectieuses (IDI) en vue d'appliquer de mesures complètes dans ce domaine, à laquelle il a déclaré qu'il affecterait trois milliards de dollars durant les cinq exercices 2000 à 2004.

24. L'Initiative a été élaborée sous la tutelle du Ministère des affaires étrangères à la suite d'un large débat conduit avec les ministères et organismes, ONG, institutions des Nations Unies et experts compétents. Cette Initiative s'attaque principalement au problème des maladies infectieuses et prévoit notamment des mesures spécifiques de maladie à prendre contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les infections parasitaires et la poliomyélite. Toutefois, l'Initiative s'étend également aux mesures visant à renforcer les systèmes de santé, par exemple, via la fourniture d'eau potable, l'amélioration des soins de santé primaires, le renforcement des fonctions de recherche et d'analyse, et la mise en valeur des ressources humaines concernant les travailleurs sanitaires de proximité. C'est en cela que l'Initiative diffère de l'aide au développement, qui insiste surtout sur les mesures de lutte contre certaines maladies, infectieuses notamment. Le Japon a apporté quelque 5,8 milliards de dollars d'aide dans le cadre de l'Initiative, niveau très au-dessus de son engagement initial de 3 milliards de dollars.

25. Cette évolution des politiques a accru l'intérêt international pour l'application des mesures contre les maladies infectieuses et a suscité la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002. C'est pour cette raison que le Japon est surnommé le « Père fondateur du Fonds mondial » auquel il a contribué à ce jour à hauteur de 1,04 milliard de dollars environ.

b) Initiative pour la santé et le développement

26. En 2002, l'ONU a présenté les OMD comme objectifs de développement assignés à l'ensemble de la communauté internationale. Les OMD ont souligné les enjeux à relever et ont clairement révélé leur interdépendance. Le Japon a réagi en commençant à donner un rang élevé de priorité à la nécessité de délaisser les approches propres à des maladies bien précises au profit d'une démarche globale couvrant l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que le renforcement des systèmes de santé correspondants en réponse aux problèmes sanitaires croissants. Le Japon a également reconnu l'impossibilité de résoudre ces problèmes en se limitant aux seules questions sanitaires.

27. En 2005, lors du Forum de haut niveau Asie-Pacifique sur les objectifs du Millénaire liés à la santé, le Japon a présenté « l'Initiative pour la santé et le développement » en tant qu'approche globale, et s'est engagé à hauteur de cinq milliards de dollars d'aide sur cinq ans, des exercices 2005 à 2009. Lors de l'élaboration de l'Initiative, le Ministère des affaires étrangères a réuni de multiples points de vue exprimés par les principales parties prenantes, notamment les ministères et organismes gouvernementaux compétents, l'Agence japonaise de coopération internationale et les ONG.

28. L'Initiative pour la santé et le développement reconnaît que la réalisation des OMD liés à la santé est d'une importance cruciale pour l'ensemble des OMD dans la mesure où trois des huit OMD sont directement liés à la santé, et propose que le Japon conduise les activités ci-dessous pour aider à la réalisation des OMD liés à la santé dans les pays en développement.

i) *Accent mis sur la perspective de sécurité humaine*

29. En mettant l'accent sur les individus, via la fourniture de services de soins de santé de qualité, le Japon appuiera le développement durable des capacités à la disposition des individus et des communautés locales en réponse aux problèmes sanitaires.

ii) *Approches intersectorielles*

30. Outre une aide directe aux réponses aux problèmes liées à la santé, le Japon poursuivra une approche globale, par exemple, en travaillant à l'amélioration des systèmes sanitaires. De plus, le Japon offre une aide intersectorielle dans la mesure où la situation générale du secteur de la santé bénéficie souvent des progrès accomplis dans les autres secteurs.

iii) *Collaboration et coordination avec les partenaires internationaux de développement*

31. Le Japon fournira une aide en vue de resserrer la coopération Sud-Sud dans le cadre de laquelle les pays en développement s'échangent les bonnes pratiques – en l'occurrence, les pratiques qu'ils ont élaborées en réponse aux problèmes du secteur de la santé. Le Japon continuera de fournir une aide au développement, selon une approche unifiée et cohérente, en échangeant stratégies et objectifs avec d'autres agences donatrices en collaborant avec celles-ci.

iv) *Élaboration des stratégies d'aide selon les besoins locaux des pays en développement*

32. S'assurant d'abord de comprendre les besoins prioritaires de chaque pays en développement, le Japon formulera des stratégies appropriées et fournira une aide effective et rationnelle. Lorsque les pays en développement seront dotés de leurs propres programmes de développement liés à la santé, le Japon mettra en œuvre son aide compte dûment tenu de ces initiatives.

v) *Renforcement des capacités de recherche sur le terrain et mise en œuvre d'initiatives fondées sur la compréhension du contexte local*

33. Il est essentiel que la fourniture de l'assistance s'appuie sur une pleine compréhension des cultures et traditions de chaque pays ainsi que de ses habitudes et pratiques sociales en matière de soins de santé. Le Japon fournira une aide dans le scrupuleux respect des pratiques et traditions de chaque pays.

34. L'Initiative pour la santé et le développement entend apporter sa contribution pour réaliser les OMD liés à la santé et, en particulier, prendre en compte l'aspect lié à la sécurité humaine insistant sur la protection et l'autonomisation des enfants, femmes et autres groupes vulnérables de la société, de même que l'aspect lié au renforcement des systèmes de santé comme moyen efficace de réduction de la mortalité infantile et maternelle, et aider fortement à la réalisation des OMD. En outre, les effets des maladies infectieuses, en particulier l'épidémie de grippe A (H1N1), dépendent largement des moyens des services de santé dans chaque pays. Le renforcement des systèmes de santé est un préalable indispensable à la réponse à apporter aux maladies contagieuses émergentes et récurrentes, et constitue un des aspects de l'amélioration de la préparation à la pandémie de grippe susceptible d'apparaître à l'avenir. En outre, la nécessité d'une approche intersectorielle, qui

prévoit une aide dans les domaines de la problématique hommes-femmes, de l'éducation et de l'eau et assainissement, a bénéficié d'un large appui international. L'année dernière, le Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako a confirmé cette approche.

35. Dans le cadre de l'Initiative pour la santé et le développement, le Japon fournit une assistance liée à la santé dans le monde, particulièrement en Asie et en Afrique, via divers systèmes d'aide, notamment l'aide bilatérale et les contributions aux organisations internationales analysées ci-dessous. Le Japon a contribué à hauteur de quelque 1,2 milliard de dollars durant l'exercice 2005; 1,9 milliard de dollars durant l'exercice 2006 et 1,4 milliard de dollars durant l'exercice 2007. En avril 2009, ses contributions totales avaient considérablement dépassé son engagement initial de 5 milliards de dollars.

c) TICAD IV

36. Le continent africain est la région où les problèmes complexes de la pauvreté, de la faim, des conflits et des maladies contagieuses se posent le plus intensément. La persistance des tendances dominantes, en Afrique subsaharienne en particulier, devrait empêcher d'atteindre tous les OMD à l'horizon 2015 si tant est qu'y sera réalisé aucun progrès².

37. Le Japon, postulant que la stabilité et la prospérité dans le monde au XXI^e siècle passent par la résolution des problèmes en Afrique, a reconnu la nécessité pour un membre de la communauté internationale d'apporter des contributions appropriées et a agi en conséquence. À l'issue de la guerre froide, alors qu'il reconstruisait son économie, le Japon a mis en œuvre une coopération économique et technique ainsi qu'une politique d'investissements d'aide à la croissance des pays asiatiques. Le Japon a proposé l'organisation de la Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD) afin d'échanger cette expérience avec les pays d'Afrique.

38. La TICAD est le plus grand forum de politique dans le monde sur le développement africain co-organisé par le Gouvernement japonais, l'ONU et la Banque mondiale. Depuis sa première session organisée à Tokyo en 1993, la Conférence de la TICAD s'est tenue tous les cinq ans parallèlement à la tenue régulière de conférences ministérielles.

39. La TICAD IV a été organisée du 28 au 30 mai 2008 à Yokohama, au Japon, en rassemblant plus de 3000 participants, notamment des délégués des pays africains, pays partenaires en développement, pays asiatiques, organisations internationales et régionales, secteurs privés et ONG. Lors des préparatifs de la Conférence, une approche sectorielle par groupe a été adoptée : les institutions compétentes de l'ONU et des fondations privées ont constitué des groupes et apporté leurs contributions conjointes au Gouvernement du Japon³. En outre, d'actives concertations ont été organisées avec les ONG. Il en est résulté notamment la reprise dans le document final de leurs importantes contributions dans le domaine de la santé reproductive⁴.

40. La TICAD IV a été organisée sur le thème fondamental « Vers une Afrique qui gagne : Un continent d'espoir et d'opportunités », et des discussions dynamiques ont été conduites sur l'orientation des travaux à consacrer au développement africain, la question de la santé ayant figuré parmi les principaux sujets. Dans son

discours de politique générale lors de la cérémonie d'ouverture, le Premier Ministre japonais d'alors, M. Yasuo Fukuda, s'est engagé en sa qualité de Président à former 100 000 travailleurs sanitaires en Afrique au cours des cinq années suivantes et à apporter une contribution de 560 millions de dollars au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au cours des années suivantes, à partir de 2009, afin d'appuyer la lutte contre ces trois grandes maladies contagieuses⁵.

41. Durant la dernière journée de la Conférence, la Déclaration de Yokohama sur les initiatives à venir et l'orientation à donner au développement africain a été adoptée. Cette déclaration signale que, outre la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la poliomyélite et d'autres maladies contagieuses, les participants ont reconnu l'importance de donner plus de moyens aux systèmes de santé en vue de régler efficacement les grands problèmes sanitaires, notamment la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, réaffirmant ainsi l'importance d'une approche globale de la santé⁶.

42. S'appuyant sur la Déclaration de Yokohama, la Conférence a présenté le Plan d'action de Yokohama comme une feuille de route d'aide à la croissance africaine. Dans le domaine de la santé, le Plan d'action a recensé trois grandes priorités, à savoir, le renforcement des systèmes de santé, l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et la lutte contre les maladies contagieuses, et a proposé des mesures spécifiques que la communauté internationale doit prendre dans le cadre du processus de la TICAD⁷. Les mesures que le Gouvernement japonais et d'autres partenaires d'exécution ont proposé de prendre sont énumérées dans l'annexe. Outre celles déjà mentionnées, elles consistent notamment à sauver la vie de 400 000 enfants et à améliorer la santé reproductive⁸.

43. L'approche globale présentée lors de la TICAD IV est une contribution directe aux progrès réalisables sur la voie des OMD liés à la santé, en particulier en Afrique subsaharienne, notamment atteindre la cible de réduction de trois quarts, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité maternelle ainsi que la cible d'arrêt et inversion de la propagation de la tuberculose, « lesquelles cibles n'ont enregistré aucun progrès ou régressent », et réaliser les OMD liés à la santé, « qui ne devraient pas être atteints à l'horizon 2015 »⁹.

44. Afin d'améliorer la transparence et la responsabilité dans le cadre des activités de la TICAD, la TICAD IV a officiellement lancé le Mécanisme de suivi de la TICAD comportant trois niveaux : le Secrétariat, le Comité de surveillance conjointe du processus de la TICAD et les Réunions de suivi de la TICAD¹⁰.

45. En mars 2009, la première Réunion ministérielle de suivi de la TICAD s'est tenue au Botswana. Les participants y ont confirmé leur volonté de concrétiser sans relâche leurs engagements souscrits lors de la TICAD IV en tant que responsabilité vis-à-vis de l'Afrique où les effets de la crise économique et financière sont particulièrement graves. Y a été en outre annoncé, comme réponse directe à la crise, une série d'engagements tels que la concrétisation rapide d'une assistance technique et d'une subvention de deux 2 milliards de dollars, l'octroi de quelque 300 millions de dollars de nourriture et d'assistance humanitaire visant à atténuer l'impact sur les populations socialement vulnérables et le versement de quelque 200 millions de dollars au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme¹¹.

d) Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako

46. Les discussions et les résultats de la TICAD IV dans le domaine de la santé ont été examinés lors du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako en juillet 2008, et le Gouvernement japonais a refait de la santé un point majeur de l'ordre du jour dans le contexte du développement et de l'Afrique. Avant le Sommet organisé en novembre 2007, le Ministre des affaires étrangères d'alors, M. Masahiko Koumura, a prononcé un discours de politique générale « Santé mondiale et politique étrangère du Japon » et a exprimé l'intention du Japon de développer un ensemble de cadres d'action pour la communauté internationale, en invitant toutes les principales parties prenantes à participer et coopérer, notamment les gouvernements nationaux, les organisations internationales, le monde des affaires, les intellectuels et la société civile¹². Ce discours a servi de base aux discussions qui ont conduit à ce sommet.

47. Ayant accédé à la présidence en 2008, le Japon a mis en place la Réunion du Groupe d'experts du G8 sur la santé pour apporter des précisions sur les discussions antérieures sur la santé en vue de contribuer aux discussions que les dirigeants du Groupe des Huit tiendraient lors du sommet. Trois réunions, première dans l'histoire des sommets, ont été organisées, respectivement en février, avril et juin. Celle de février, une session de sensibilisation, a été organisée, avec le concours d'un groupe de plusieurs grandes organisations internationales liées à la santé nommé le Groupe des Huit de santé¹³ et les représentants de la Norvège et de l'Union africaine. Après un débat animé, le Groupe des Huit et les participants à la session de sensibilisation sont parvenus à un consensus sur la situation actuelle de la santé mondiale et les enjeux à venir. Par exemple, l'Union africaine a signalé la nécessité de se doter d'une stratégie pour maintenir et accroître le nombre de travailleurs sanitaires face à la grave pénurie de ressources sanitaires en Afrique.

48. En outre, assumant la présidence de la Réunion des experts de la santé, le Gouvernement japonais a eu des échanges de vues, à cinq occasions, avec les principales ONG liées à la santé provenant du Japon et d'ailleurs et a pris connaissance de leurs opinions sur la base de leur expérience sur le terrain.

49. Une recommandation du Groupe d'experts du G8 sur la santé à l'intention des dirigeants des pays membres du G8, intitulée « Cadre de Toyako pour l'Action en matière de santé mondiale »¹⁴, a récapitulé les discussions auxquelles ont participé les parties prenantes outre le Groupe des huit, lesquelles discussions ont contribué à façonner les débats entre les responsables au Sommet.

50. Parallèlement aux événements mentionnés ci-dessus, le Projet « Défis de la santé mondiale et contributions du Japon : recherche et dialogue » a été lancé en septembre 2007 sous la direction du professeur Keizo Takemi, chargé de recherche à l'École de santé publique d'Harvard¹⁵. L'objectif était d'en faire un des thèmes des discussions prévues à l'occasion du sommet via des concertations de politique générale et des activités de recherche. Conduites dans le cadre d'un partenariat public-privé associant de grands chercheurs japonais, des représentants d'ONG, des participants des Ministères des affaires étrangères, ainsi que de la santé, du travail et de la protection sociale, et des finances, ces discussions ont adopté une approche participative du sujet. Une proposition en est résultée à l'intention du Groupe d'experts du G8 sur la santé selon laquelle les discussions de celui-ci devraient accorder une attention accrue au renforcement des systèmes de santé.

51. Lors du Sommet lui-même, organisé du 7 au 9 juillet, les questions sanitaires ont été débattues sous le point de l'ordre du jour « Développement et Afrique ». Dans la Déclaration des dirigeants, le G8 a décidé : de promouvoir l'approche globale qui prévoit des synergies entre l'approche propre à des maladies bien précises et le renforcement des systèmes de santé; de s'employer à accroître le personnel de santé en vue d'atteindre le seuil préconisé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2,3 travailleurs sanitaires pour 1 000 habitants, en partenariat dans un premier temps avec les pays africains; d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que la santé reproductive l'accent étant mis sur la nutrition; et de fournir 100 millions de moustiquaires traitées à l'insecticide à effet durable d'ici 2010 en réponse au paludisme. Il a également été décidé de travailler à l'apport d'un montant estimatif de 60 milliards de dollars pour les cinq années suivantes afin de lutter contre les maladies infectieuses et de donner plus de moyens à la santé, comme il a été décidé lors du Sommet du G8 de Heiligendamm l'année précédente, et d'établir un mécanisme de suivi pour surveiller les progrès accomplis vers la satisfaction des engagements du G8¹⁶. La réunion du Groupe d'experts du G8 sur la santé est actuellement organisée sous la présidence de l'Italie, et un suivi de ces accords est assuré.

3. Efforts du Gouvernement du Japon pour mettre en œuvre les objectifs convenus et les engagements pris sur le plan international en matière de santé publique mondiale

a) Mécanisme de recherche d'un consensus

52. La présente rubrique examine les modalités de recherche d'un consensus pour la réalisation des OMD et des engagements en matière de santé définis lors de la TICAD IV et le Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako.

i) Mécanisme national de recherche d'un consensus

53. Le Ministère des affaires étrangères a entrepris une réforme structurelle en août 2006 en créant le Bureau de coopération internationale à l'appui de sa fonction de planification/formulation de l'APD. Les services ministériels chargés de l'APD, à savoir, le Bureau de coopération économique, principal responsable de l'aide bilatérale, et plusieurs services chargés des questions mondiales du Secrétariat du Ministre responsable de l'aide multilatérale, ont fusionné en donnant naissance au Bureau de coopération internationale pour améliorer l'efficacité des activités de coopération économique bilatérale et multilatérale.

54. L'année suivante, le Groupe de travail sur la santé a été créé au sein du Ministère des affaires étrangères pour poursuivre le renforcement du cadre de collaboration mentionné ci-dessus. Le groupe de travail se réunit s'il y a lieu, avec la participation de multiples parties prenantes provenant non seulement des services compétents du Ministère des affaires étrangères mais également du Ministère de la santé, du travail et de la protection sociale, ainsi que de l'AJCI, organisation d'exécution de l'APD du Japon, selon le thème débattu.

55. À ce jour, le Groupe de travail a débattu des points inscrits à l'ordre du jour comme les stratégies en vue de la TICAD IV et du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako, la collaboration avec les organisations internationales, et les stratégies d'aide telles les mesures de lutte contre la tuberculose et la poliomyélite. En effet, le rapport en vue des exposés nationaux facultatifs durant l'examen

ministériel annuel du Conseil économique et social des Nations Unies a été rédigé après la prise en compte de plusieurs observations soulevées lors de la Réunion du groupe de travail. Dans le cadre de la rationalisation et de l'amélioration de l'efficacité de son APD, le Ministère des affaires étrangères a établi un cadre plus solide encore pour la coopération multilatérale et bilatérale en mettant en œuvre la réforme structurelle et en inaugurant le groupe de travail.

ii) *Mécanisme de recherche d'un consensus et de consultation avec les partenaires nationaux*

56. Le Ministère des affaires étrangères a toujours attaché une grande importance au dialogue avec les ONG. C'est en 1994 qu'a été noué le Dialogue entre le Ministère des affaires étrangères et les ONG sur l'Initiative globale sur la population et le SIDA/Initiative d'Okinawa concernant les maladies infectieuses¹⁷. En avril 2009, 85 échanges ont été conduits associant 42 ONG liées à la santé. Le Dialogue a examiné de multiples domaines, tels que la politique d'aide du Japon en matière de santé, la collaboration avec les ONG dans le cadre du sommet du G8 et la TICAD, ainsi que la coopération entre les ONG et les organisations internationales. Les ONG ont également effectué des présentations sur leurs activités.

57. En outre, comme mentionné précédemment, le Ministre des affaires étrangères est membre du projet « Défis de la santé mondiale et contributions du Japon : recherche et dialogue » axé sur une approche participative public-privé, et véhicule des messages pour façonner l'opinion internationale sur la santé en collaboration avec divers parties prenantes nationales.

iii) *Groupe de travail de l'APD dans le cadre national*

58. Les dernières rubriques offrent un aperçu du mécanisme de recherche de consensus du Japon dans le secteur de la santé. La présente rubrique analyse le Groupe de travail de l'APD au niveau national et ses liens avec le siège.

59. Le Groupe de travail de l'APD au niveau national a été établi en 2003 pour renforcer le cadre japonais de la formulation, sélection et mise en œuvre de projets spécifiques, tout en renforçant la capacité de formulation des politiques du Japon en matière d'APD en coopération avec les pays/organisations donatrices locales. A l'heure de la rédaction du présent document (avril 2009), ces groupes de travail existent dans 78 pays bénéficiaires, chacun composé principalement de membres des services de l'ambassade du Japon et des bureaux locaux des organismes d'exécution de l'aide comme l'AJCI. Le groupe de travail a pour fonctions : a) d'examiner et analyser les besoins de développement, b) de formuler et d'analyser les politiques d'aide; c) d'élaborer et de sélectionner de possibles projets d'assistance; d) de resserrer la collaboration avec la communauté de l'aide au niveau local; e) de consolider les alliances avec les acteurs chargés de la mise en œuvre de l'aide japonaise dans le pays bénéficiaire; et f) de conduire un examen de l'APD du Japon. Dans plusieurs pays, sont organisées des séances consacrées à la santé associant les personnes responsables des questions sanitaires à l'ambassade du Japon et à l'AJCI, durant lesquelles se tiennent des réunions de travail pratiques¹⁸.

60. Le Groupe de travail de l'APD au niveau national soumet constamment des rapports et propositions sur les tendances constatées au sein des communautés d'aide au niveau local, sur le caractère approprié et l'efficacité de l'aide du Japon, ainsi que sur les difficultés auxquelles les services compétents du Ministère des

affaires étrangères et l'AJCI font face. Mis en commun par de nombreux membres du groupe de travail sur la santé au Japon, ces retours d'informations provenant du terrain sont mis à profit dans la recherche d'un consensus.

61. En tenant compte des avis exprimés sur le terrain relatifs à l'APD dans ses politiques de santé, le Japon applique une approche à plusieurs niveaux étendue à l'ensemble du Japon sous la direction du Ministre des affaires étrangères, en coopération avec tous les principaux partenaires, notamment les services compétents du Ministère des affaires étrangères, le Ministère de la santé, du travail et de la protection sociale, l'AJCI, le secteur privé, les chercheurs, les ONG et les acteurs chargés de la mise en œuvre de l'aide au niveau local.

b) Mécanismes d'acheminement de l'aide en matière sanitaire

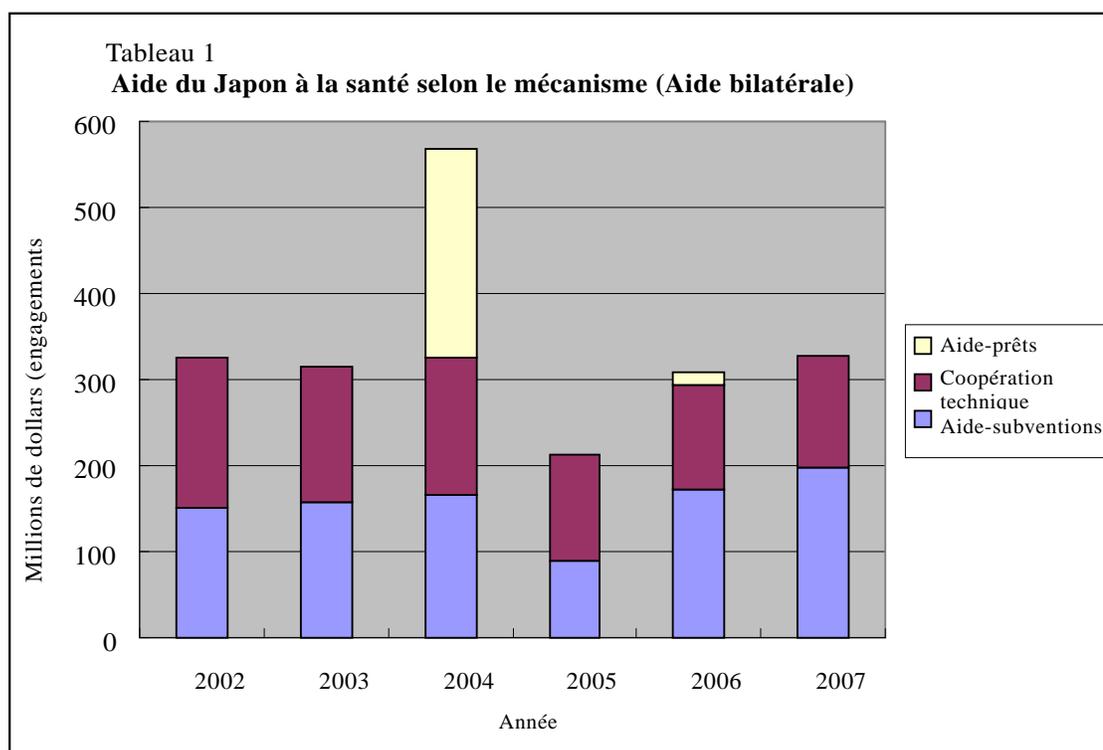
62. Il existe approximativement quatre types de mécanismes de l'APD japonaise pour l'ensemble des secteurs, notamment la santé. Ces mécanismes diffèrent selon l'objectif, le bénéficiaire et le montant, et peuvent prendre la forme de subventions, de prêts ou d'une coopération technique (aide bilatérale), ou bien de contributions aux organisations internationales (aide multilatérale).

63. L'aide sous forme de subventions constitue un type de coopération économique qui contribue au développement économique et social des pays en développement, et désigne l'aide fournie aux pays en développement pour l'achat des équipements et services voulus, sans obligation de remboursement. Cette aide ne se limite pas au secteur de la santé, mais s'applique notamment aux mesures de lutte contre le terrorisme et de prévention/redressement en cas de catastrophes, et constitue une réponse rapide aux besoins des pays en développement et de la communauté internationale. Il existe plusieurs types de subventions pour le secteur de la santé : les subventions d'aide aux projets généraux sont fournies aux projets par exemple de construction/entretien des hôpitaux et de vaccination contre la poliomyélite, via l'UNICEF. Les subventions d'urgence offrent des secours humanitaires aux victimes de catastrophes naturelles et conflits, réfugiés et personnes déplacées. Les subventions d'aide aux projets sur la sécurité humaine au niveau local offrent un financement aux petits projets communautaires, comme la mise en place d'hôpitaux/cliniques, sur la base du principe de la sécurité humaine. Les subventions d'aide aux projets des ONG japonaises sont utilisées par les ONG japonaises pour fournir, par exemple, des équipements hospitaliers ou installer des systèmes d'adduction d'eau dans les pays en développement.

64. La coopération peut prendre la forme de prêts durables à faible intérêt consentis aux pays en développement. Il est possible de promouvoir des efforts nationaux d'auto-assistance en combinant prêts et subventions sous réserve d'une obligation de remboursement. Un petit nombre seulement de projets d'aide existent sous forme de prêts dans le secteur de la santé à proprement parler, mais d'autres projets peuvent offrir une aide complémentaire à la santé : les projets dans le secteur de l'eau et assainissement d'installation de systèmes d'adduction d'eau et réseaux d'égout et d'approvisionnement en eau potable, indispensables à l'existence saine et salubre des populations.

65. La coopération technique utilise les technologies et connaissances du Japon ou appuie le développement et l'amélioration des technologies adaptées à chacun des pays, et contribue ainsi à développer les ressources humaines dont un pays en développement a besoin pour assumer la responsabilité du développement social et

économique. Elle aide ainsi à améliorer les normes technologiques ou à créer/maintenir des systèmes et établissements. La coopération technique est largement appliquée aux domaines liés aux besoins humains de base allant de la santé et des médicaments à la technologie industrielle. La coopération technique dans le secteur de la santé peut revêtir plusieurs formes : formation dispensée aux administrateurs de santé et aux professionnels des soins de santé des pays en développement au Japon, dans le pays bénéficiaire ou dans un pays tiers; détachement d'experts japonais dans le pays bénéficiaire, notamment des conseillers et médecins; fourniture d'équipements médicaux voulus pour la préparation des projets; coopération technique adaptée aux projets combinant ces composantes; coopération technique pour les études de planification du développement en vue de la formulation de plans de développement du secteur de la santé dans les pays en développement; et envoi de volontaires de la coopération japonaise à l'étranger (JOCV) et de volontaires du troisième âge (SV) à l'appui des activités de santé au niveau local.



Source : Ministère des affaires étrangères à partir des statistiques du CAD de l'OCDE (2007).

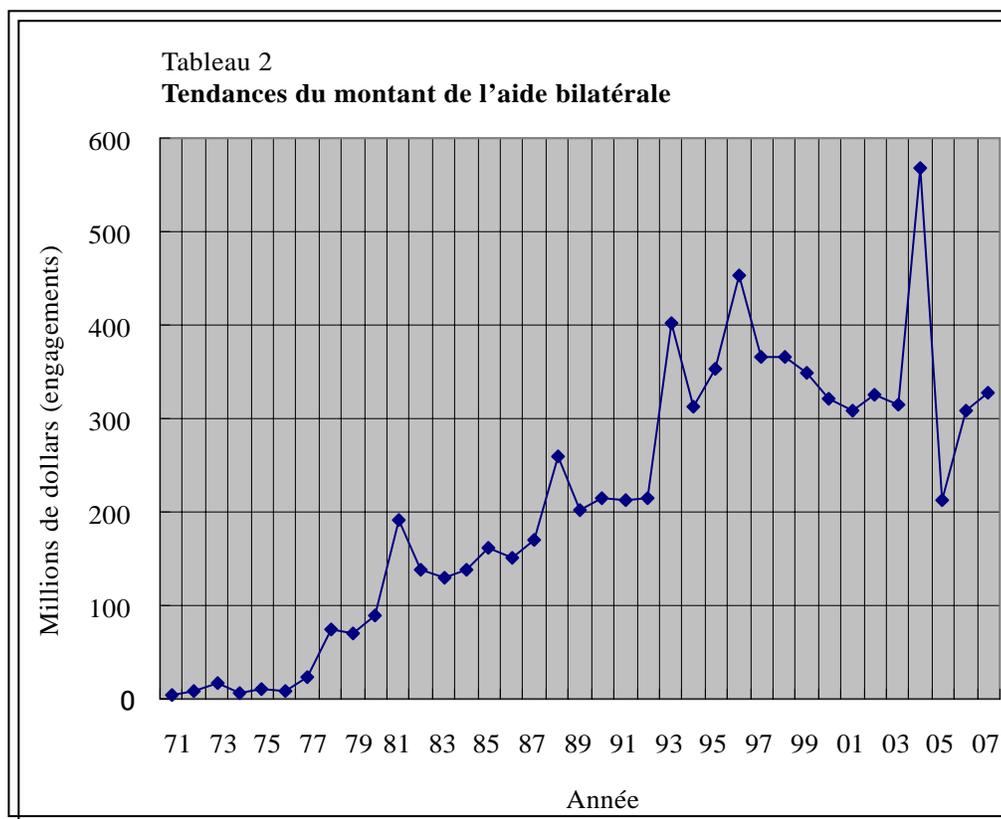
66. Outre l'aide bilatérale mentionnée ci-dessus, le Japon offre également une aide multilatérale via des contributions aux organisations internationales. Ces dernières années, les problèmes mondiaux tels que la pauvreté, les conflits, les réfugiés, les maladies infectieuses et l'environnement revêtent des formes toujours plus variées et ne peuvent ainsi plus être résolus par un seul et même pays. L'aide multilatérale du Japon aux activités des organisations internationales dotées de l'expérience ainsi que des connaissances voulues pour répondre aux problèmes mondiaux vient compléter l'aide bilatérale du Japon, et constitue un outil efficace pour la coopération internationale. C'est ainsi que le Japon s'emploie à apporter des contributions intellectuelles, en ressources humaines et financières aux organisations d'aide internationales. Dans le secteur de la santé, le Japon apporte des contributions aux organisations comme l'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque asiatique de développement (BAsD), l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la Banque africaine de développement (BAfD), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), la Banque interaméricaine de développement (BID), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM) et les Volontaires des Nations Unies (VNU).

67. Le Japon fournit de la sorte une assistance sanitaire via plusieurs mécanismes selon les besoins, le niveau de développement et la situation financière de chaque pays en développement selon une approche adaptée à celui-ci.

c) Réalisations du Japon en matière d'assistance sanitaire

i) Tendances de l'aide du Japon en matière d'assistance sanitaire

68. Comme le montre le tableau 2, l'aide bilatérale du Japon au secteur de la santé a constamment augmenté¹⁹. À la suite d'une hausse progressive à partir de 3,33 millions de dollars de 1971, année où les statistiques ont commencé à être conservées, à 1977, l'aide du Japon a été multipliée approximativement par huit entre 1977 (22,35 millions de dollars) et 1981 (192,35 millions de dollars). La courbe a ensuite été marquée par une hausse soudaine en 1988 avant toutefois de reprendre son mouvement ascendant régulier jusqu'en 1993, année d'un doublement de l'aide par rapport à l'année précédente. L'aide a ensuite eu tendance à fluctuer après avoir culminé en 1996, puis a augmenté pour s'établir à 568,23 millions de dollars en 2004. Malgré une baisse provisoire²⁰, l'évolution a progressivement retrouvé son rythme de hausse jusqu'au niveau actuel. Par souci de commodité, ces chiffres s'appuient sur les statistiques du CAD de l'OCDE mais, outre l'aide bilatérale mentionnée ci-dessus, le Japon fournit une assistance au secteur de la santé via des contributions aux organisations internationales telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme²¹.



Source : Ministère des affaires étrangères à partir des statistiques du CAD de l'OCDE (2007).

ii) *Comparaison avec les autres donateurs*

69. Comme le montre le tableau 3, une étude comparative de l'aide bilatérale à la santé fournie par les principaux donateurs indique que le Japon a toujours figuré parmi les 10 premiers depuis le début de l'année 2001²². Les États-Unis ont conservé leur première place et ont distancé d'autres pays en termes d'aide totale fournie depuis la présentation en 2003 par le Président Bush du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida promettant le versement de 15 milliards de dollars de secours d'urgence sur les cinq années suivantes [En 2008, le PEPFAR a été autorisé une nouvelle fois à débloquer des fonds à hauteur de 48 milliards de dollars sur les cinq années suivantes]. Le Royaume-Uni risque de ne pas tenir le rythme des États-Unis mais s'est toujours solidement maintenu à la quatrième place. Au plus fort de son aide, le Japon figurait à la deuxième place parmi les plus grands pays donateurs en 2004. Il a toutefois reculé à la septième place en 2005 puis à la sixième place. Le Japon continuera néanmoins de faire de son mieux dans son aide à la santé.

Tableau 3
Aide à la santé fournie par donateur principal (aide bilatérale)

Classement/Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	E-U 1 234,06	E-U 1 964,17	E-U 2 182,63	E-U 2 569,83	E-U 3 448,3	E-U 4 189,59	E-U 5 612,95
2	CE 349,31	R-U 415,35	CE 490,47	Japon 568,23	CE 669,42	Pays-Bas 756,7	R-U 1 014,7
3	Japon 308,53	CE 345,39	R-U 459,81	CE 523,08	R-U 587,84	R-U 678,59	Canada 626,34
4	R-U 190,7	Japon 326,38	Japon 314,35	R-U 438,53	Canada 334,82	CE 580,17	CE 488,84
5	France 160,45	Pays-Bas 219,85	Allemagne 230,59	France 312,4	France 286,41	Allemagne 474,15	Allemagne 380,07
6	Norvège 147,19	Allemagne 204,09	France 192,2	Canada 265,27	Pays-Bas 238,03	Japon 308,8	Japon 327,08
7	Pays-Bas 136,85	France 199,58	Canada 187,43	Pays-Bas 259,28	Japon 212,72	France 272,65	Suède 275,41
8	Allemagne 122,47	Norvège 123,4	Pays-Bas 157,92	Allemagne 244,63	Norvège 199,56	Canada 250,18	Espagne 250,57
9	Espagne 90,96	Suède 101,81	Norvège 134,98	Suède 166,41	Allemagne 198,08	Suède 247,53	Norvège 211,94
10	Canada 90,27	Canada 93,54	Suède 116,2	Danemark 144,49	Espagne 145,58	Norvège 239,28	Australie 181,94

*Unité : Million de dollars des États-Unis (engagements).

Nb. CE = Commission européenne.

d) Caractéristiques et atouts de l'assistance du Japon en matière sanitaire

i) Appuyer les efforts d'auto-assistance des pays en développement

70. Les efforts d'auto-assistance désignent le fait pour les pays en développement de prendre leur propre avenir en main ainsi que les efforts de leurs populations visant à promouvoir le développement. L'APD du Japon, notamment en matière sanitaire, part du principe que l'aide aux efforts d'auto-assistance des pays en développement est indispensable pour parvenir à une croissance économique durable. En outre, le Japon coopère à la mise en œuvre de projets individuels de sorte que les populations des pays en développement y assurent le développement durable même après l'achèvement des programmes d'assistance. Il s'agit là d'une politique résolue qui résulte de la période de redressement du Japon après la Seconde guerre mondiale et de son expérience ultérieure en matière d'aide aux autres pays asiatiques. Depuis la réunion de la TICAD I en 1993, le Japon a respecté les efforts d'auto-assistance des pays africains et a aidé à leur optimisation en coopération avec d'autres partenaires internationaux.

71. Le Japon met l'accent sur le développement des ressources humaines, l'instauration d'institutions juridiques et la mise en place d'un cadre économique et sociale comme composantes majeures de l'aide aux efforts d'auto-assistance des pays en développement. Le développement des ressources humaines, en particulier, est essentiel à la formation d'une nation et au développement économique dans les pays en développement, de même que l'instauration des institutions juridiques et le développement d'un cadre économique et social sain.

ii) « Assistance visible » enracinée au sein des populations locales

72. Comme il a été précédemment dit, la fourniture de l'APD par le Japon, notamment en matière sanitaire, part du principe que la coopération pour le développement des ressources humaines ainsi que l'instauration d'institutions juridiques et d'un cadre économique et social sont cruciales pour les efforts d'auto-assistance des pays en développement dans la mesure où elles sont à la base de la formation de la nation. Conscient de cela, le Japon offre sa coopération aux pays bénéficiaires pour les aider à développer et améliorer une réponse stratégique globale, dans le respect de leur autonomie, via le transfert des connaissances, technologies et compétences voulues entre individus dans les pays bénéficiaires ou au Japon.

73. Par exemple, le mécanisme de coopération technique prévoit le détachement par le Japon d'experts de multiples disciplines aux pays en développement afin d'y aider à la mise en œuvre de projets de coopération technique liés à la santé (757 experts dans le domaine de la santé durant l'exercice 2007)²³. Les experts détachés d'institutions relevant du Ministère des affaires étrangères, de la santé, du travail et de la protection sociale, tels l'Institut national de la santé publique, le Centre de la surveillance des maladies infectieuses et le Centre médical international du Japon, la fonction civile, les hôpitaux, l'université et les organisations de recherche, les cabinets de conseil et les ONG, collaborent jour et nuit avec leurs partenaires pour tenter de trouver une solution à divers problèmes liés à la santé, mus par une profonde vocation et un grand sens de l'engagement. Dans certains cas, le Japon envoie des conseillers aux ministères de la santé des pays en développement qui contribuent aux efforts d'auto-assistance des organisations et institutions bénéficiaires relevant des ministères en communiquant des avis sur l'amélioration des systèmes de santé ou la planification/formulation de nouveaux projets.

74. Les jeunes générations de Japonais participent aux activités de coopération locale dans les pays en développement en tant que volontaires de la coopération japonaise à l'étranger (JOCV) ainsi que les personnes plus âgées en tant que volontaires du troisième âge (SV) (316 volontaires pour la santé au total durant l'exercice 2007)²⁴. Il leur arrive de travailler dans des régions reculées d'un pays, où aucun autre organisme d'aide n'est présent, pour y collaborer avec les autorités sanitaires et populations locales à l'amélioration de la santé publique.

75. Outre le détachement de professionnels, le Japon invite également les individus des pays en développement à participer à des programmes de formation dans le Pays du Soleil Levant. Durant l'exercice 2007, le Japon a accueilli 4 619 participants originaires de pays en développement dans le secteur de la santé²⁵. Porteurs de soins de santé à la pointe de l'administration sanitaire et des pratiques médicales, ceux-ci bénéficient de l'expérience et des connaissances que les

systèmes sanitaires japonais peuvent offrir et sont ainsi en mesure de développer leurs propres services sanitaires.

76. Les ONG japonaises intervenant dans le secteur de la santé sont également des partenaires majeurs de l'assistance du Japon en matière sanitaire. En 2007, 28 organisations apportaient une aide complète au niveau local sur la base de financements publics.

77. Ainsi, l'offre d'une « assistance visible » peut être considérée comme un des principaux traits de l'assistance du Japon en matière sanitaire : les experts, volontaires et ONG japonais se rendent dans des zones reculées des pays bénéficiaires où ils s'emploient à résoudre les problèmes en étroite coopération avec les habitants et partenaires locaux.

iii) Contribution à la coordination de l'aide

78. Le Japon contribue à la coordination de l'aide à l'appui d'une véritable réalisation des objectifs communs de développement tels que les OMD ou les Stratégies nationales de la santé, et allège ainsi le fardeau qui grève les pays en développement.

79. La sensibilisation mondiale à la nécessité d'améliorer l'efficacité de l'aide a constamment augmenté ces dernières années, comme en témoigne l'adoption en 2005 de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (Déclaration de Paris). La Déclaration, à laquelle le Japon est signataire, énonce les cinq grands principes régissant l'amélioration de la qualité de l'aide²⁶. En septembre 2008, le troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide s'est tenu au Ghana pour conduire l'examen à mi-parcours des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la déclaration, lequel Forum a débouché sur le Programme d'action d'Accra qui énonce les objectifs à atteindre à l'horizon 2010.

80. Sur le terrain, des groupes spécialisés dans les questions comme la santé et l'éducation ont été créés pour mettre en œuvre une assistance sous la forme de programmes, en harmonie avec les stratégies de développement du secteur concerné, auxquels de nombreux pays donateurs participent. Par exemple, le Japon s'associe à ces approches axées sur les programmes dans les secteurs de la santé au Kenya et en Zambie, de l'éducation au Bangladesh et de l'agriculture en Tanzanie.

81. En outre, depuis 2006, le Japon a nommé des coordonnateurs de la coopération économique dans les pays africains où la coordination de l'aide est particulièrement active²⁷. Les coordonnateurs amassent des informations pertinentes, échangent des opinions et présentent des avis sur l'aide du Japon au développement en vue de resserrer la collaboration parmi les gouvernements étrangers, les organismes d'exécution de l'aide, les ONG, et autres. Pour cette raison, le Japon contribue activement à la coordination de l'aide qui se généralise de plus en plus²⁸.

iv) Utilisation de l'expérience et des connaissances du Japon

82. L'aide du Japon a pour objectifs de mettre son expérience à profit en matière de développement économique/social et de coopération économique pour le bienfait des pays en développement, et de mettre à leur disposition ses technologies novatrices, connaissances, ressources humaines et systèmes, et ce, compte dûment tenu de leurs actions et besoins en matière d'assistance.

83. Le Japon s'est fermé au reste du monde pendant plus de 200 ans jusqu'à l'avènement en 1868 du Gouvernement Meiji qui a encouragé la modernisation et l'occidentalisation rapides dans tous les secteurs de la société, notamment industriel, administratif et éducatif. Il en a été de même du secteur de la santé qui a fait l'objet d'enquêtes et de collecte de données statistiques; des lois et réglementations relatives au personnel médical ont aussi été établies. Parallèlement, un système centralisé de prévention épidémique a été mis en place en vue de lutter contre les maladies infectieuses aiguës dont le choléra, la dysenterie et la fièvre typhoïde, qui se propageaient à l'ensemble du pays du fait de son ouverture après sa longue période d'isolement.

84. Le Japon, alors qu'il se préparait à la guerre durant les années 20 et 30, a commencé à être de plus en plus sensible au besoin d'établir des mesures de lutte contre la tuberculose, qui se diffusait dans le pays à l'époque, et contre le taux élevé de mortalité infantile. L'ensemble du pays était pauvre. De nombreux villages étaient privés de docteurs, et de nombreux foyers ne pouvaient acquitter les honoraires des médecins disponibles. Cette situation a conduit à la création du Ministère de la santé et de la protection sociale qui encadrait la fourniture des services de soins de santé du niveau national à l'échelon local, notamment les centres de santé disséminés dans tout le pays, améliorant ainsi les services de soins de santé à l'échelon local. Dans les villages, les infirmières de santé publique ont commencé à jouer un rôle actif dans la lutte contre la tuberculose, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et la formulation d'une « approche sanitaire communautaire ».

85. Après la guerre et ses ravages, le Japon s'est ressaisi et a entamé sa reconstruction, avec le concours notamment de l'ONU, de l'UNICEF et de la Banque mondiale qui lui a consenti une assistance sous forme de prêts. Sous la direction du General Headquarters, les services de soins de santé ont été rétablis, et les infirmières de santé publique, sages-femmes et autres professionnelles de la santé ont fourni des services, principalement dans les centres de santé locaux. Au même moment, les associations de résidents et les organisations privées se sont efforcées de répondre aux besoins sanitaires des populations, contribuant grandement à résoudre les problèmes alors brûlants de la lutte contre la tuberculose et de la santé maternelle et infantile.

86. À partir des années 60, l'évolution de la société a entraîné l'apparition de nouveaux problèmes sanitaires. Par exemple, le développement industriel a soulevé des problèmes de pollution et d'environnement et augmenté la fréquence des accidents du travail. Les transformations des modes d'existence a accru les risques de maladies cardiaques, cancérigènes et d'autres maladies liées au mode de vie; en outre, le vieillissement de la société a entraîné des préoccupations quant au poids des dépenses de santé. En 1961, la couverture santé universelle a été établie.

87. Durant les 150 années qui se sont écoulées depuis la mise en place du Gouvernement Meiji, le Japon, parfois sous l'influence et grâce à l'aide d'autres pays, a constamment enrichi son expérience dans les réponses aux problèmes liés à la santé auxquels de nombreux pays en développement font actuellement face. Ces problèmes consistent notamment à trouver les moyens de stopper la propagation de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, à abaisser les taux de mortalité infantile et maternelle et à établir des systèmes sanitaires solides. L'expérience du Japon a façonné son approche sanitaire communautaire qui, à une époque de pénurie

des services médicaux et du personnel de santé de proximité, a protégé la santé des japonaises grâce aux efforts concertés des centres de soins de santé, des sages-femmes et des populations au niveau local. Cette approche a également conduit à la publication du Carnet de santé mère-enfant ainsi qu'à l'application de mesures s'en inspirant. Elle a également été à l'origine de nombreux efforts du Japon d'aide aux pays en développement en matière sanitaire. À l'évidence, l'aide du Japon s'appuie sur ses expériences, connaissances et systèmes en matière de santé. Cette expérience est systématiquement décrite dans un rapport et des matériels pédagogiques²⁹ audiovisuels diffusés par le Japon et que les pays en développement peuvent mettre à profit en fonction des besoins de leur situation économique et sociale et des problèmes sanitaires auxquels ils font face.

v) *Mise en œuvre continue des initiatives*

88. La mise en œuvre continue d'une série d'initiatives constitue une autre composante de l'aide du Japon en matière sanitaire. En 2000, le Japon a présenté l'Initiative d'Okinawa contre les maladies infectieuses au Sommet du Groupe des Huit de Kyushu-Okinawa, et s'est engagé à consacrer trois milliards de dollars à des mesures complètes de lutte contre les maladies infectieuses durant les exercices 2000 à 2004. À terme, le Japon a offert quelque 5,8 milliards de dollars d'aide au titre de cette initiative, dépassant largement son engagement initial de 3 milliards de dollars.

89. Comme mentionné ci-dessus, la prise en compte par le Japon des maladies infectieuses comme point majeur de l'action à mener, première dans l'histoire des sommets, et sa présentation ultérieure de l'initiative de lutte contre les maladies infectieuses ont entraîné la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 vis-à-vis duquel le Japon a constamment honoré ses engagements. En juin 2005, le Premier Ministre d'alors, Junichiro Koizumi, a promis 500 millions de dollars au Fonds mondial, montant dont le versement a été effectué entre 2006 et 2008. Lors de la Conférence de la TICAD IV organisée en mai 2008, Yasuo Fukuda, alors premier ministre, a souligné le fait que le Japon s'était engagé à hauteur de 560 millions de dollars en faveur du Fonds mondial à partir de 2009 et, en mars 2009, le Gouvernement japonais a effectué un premier versement de quelque 194 millions de dollars au titre de cet engagement pluriannuel. Les versements du Japon au Fonds mondial s'élèvent ainsi à 1,04 milliard de dollars au mois d'avril 2009.

90. Après l'Initiative d'Okinawa contre les maladies infectieuses, le Japon a présenté l'Initiative pour la santé et le développement lors du Forum de haut niveau Asie-Pacifique sur les objectifs du Millénaire liés à la santé en 2005, et s'est engagé pour 5 milliards d'aide sur les cinq exercices allant de 2005 à 2009. Pour contribuer à la réalisation des OMD dans le cadre de cette initiative, le Japon a fourni une aide aux secteurs de l'éducation de base et de l'eau/assainissement, outre son assistance au renforcement des systèmes de santé, réduisant ainsi les taux de mortalité infantile, améliorant la santé maternelle et appliquant des mesures de lutte contre les maladies infectieuses. Il a versé à Bruxelles approximativement 1,2 milliard de dollars durant l'exercice 2005, 1,9 milliard de dollars durant l'exercice de 2006 et 1,4 milliard de dollars durant l'exercice 2007 (approximativement 4,5 milliards au total). L'engagement initial de 5 milliards de dollars en cinq ans est en voie de se concrétiser en seulement trois ans.

91. La mise en œuvre continue par le Japon d'une série d'initiatives dans l'acquittement de ses responsabilités vis-à-vis de la communauté internationale peut être citée comme un autre trait saillant de l'aide qu'il fournit.

a) Étude de cas : meilleures pratiques de l'aide du Japon en matière sanitaire

i) Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Contributions aux OMD 4 et OMD 5)

Coopération à partir d'une approche globale articulant la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

92. Sous l'angle de la sécurité humaine, le Japon a développé sa coopération via une approche globale qui promeut la continuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en s'inspirant souvent du Carnet de santé mère-enfant. Ce Carnet, bon exemple d'assistance utilisant l'expérience du Japon, a fait l'objet d'une grande attention. Il est désormais présenté dans des pays aussi éloignés du Japon que la Palestine depuis le succès de son lancement et de sa diffusion dans les pays asiatiques tels que l'Indonésie³⁰. Outre le nombre d'exemplaires du carnet en circulation, la réalisation des OMD nécessite d'autres améliorations qualitatives des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

93. Conscient de cela, le Japon a lancé en 2004 un projet de coopération technique sur 3 ans pour améliorer les soins de santé maternelle dans les zones rurales au Maroc³¹, où un écart régional notable du taux de mortalité maternelle a été constaté. Des programmes de formation postuniversitaire visant à améliorer les compétences pratiques, les connaissances et la sensibilisation des travailleurs sanitaires ont été mis en place; des programmes de renforcement des capacités ont été fournis aux administrateurs de santé afin de leur permettre de gérer le projet dans le domaine des soins de santé maternelle et infantile; et les programmes utilisant l'information, l'éducation et la communication (IEC) ont été renforcés, de même que les services obstétricaux itinérants. Par ailleurs, des séances de formation à l'accouchement, appelées « Tamago » (œuf en japonais), ont été mises en place avec l'introduction d'un manuel de soins de santé à l'attention des femmes³², similaire au Carnet de santé mère-enfant, de manière à promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon une approche globale des soins de santé.

94. La mise en œuvre du projet a entraîné des changements, notamment : la mise en place d'un modèle d'éducation continue à l'intention des travailleurs sanitaires participant aux soins prodigués aux femmes enceintes, une plus grande motivation des infirmières et sages-femmes attribuable à la dispensation d'une formation à partir d'un modèle d'éducation continue, et la réalisation d'un système de références appropriées, autant de progrès qui ont entraîné à terme une amélioration générale de la qualité des soins de santé maternelle.

95. Le Japon a mis en œuvre de nombreux autres projets d'assistance qui ont contribué au même objectif, en particulier via le renforcement des capacités et la mise en place de cadres régissant la coopération entre les administrateurs de santé, les services de santé au niveau local, les travailleurs sanitaires et les organisations locales. Ces projets sont notamment le projets d'amélioration des services de santé de la mère et de l'enfant dans les zones rurales au Cambodge et le projet d'amélioration des services de soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la République de Madagascar.

96. Dans la mesure où ces services régionaux de santé maternelle contribuent à terme à la santé générale des enfants, par exemple, via des programmes de vaccination élargis, ces programmes figurent parmi les meilleures pratiques que le Japon est en mesure d'offrir dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

ii) *Lutte contre les maladies infectieuses (Contribution à l'OMD 6) : lutte contre la tuberculose dans le cadre d'un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) au Cambodge*

97. La tuberculose est l'une des premières causes de mortalité au Cambodge, classé parmi les 22 pays où elle pèse le plus lourd. En 1994, le Gouvernement du Cambodge a renforcé son Programme national de lutte contre la tuberculose (NTP), en coopération avec l'OMS, améliorant ainsi le taux de guérison jusqu'à un certain point. Toutefois, le développement rapide des services de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) a révélé le manque de travailleurs sanitaires compétents participant à la lutte contre la maladie ainsi que les besoins en formation des ressources humaines. La propagation du VIH/sida a constitué un autre facteur inquiétant de la hausse du nombre de patients souffrant de la tuberculose.

98. Le Japon a réagi en appliquant un projet de coopération technique sur cinq ans visant à accroître les moyens du NTP et a offert une formation correspondante aux travailleurs sanitaires dans le cadre de la première phase du Projet de lutte contre la tuberculose dès 1999. La couverture des services DOTS dans 750 centres de santé dans l'ensemble du pays a atteint près de 100 %. Les structures luttant contre la co-infection tuberculose/VIH, le diagnostic précoce, le traitement et la prévention ont été établies ou, si elles existaient déjà, élargies. Ces structures englobent un service appelé « Cliniques de l'après-midi », qui propose aux gens atteints du VIH/sida un diagnostic de la tuberculose, ou bien un réseau national de laboratoires d'assurance de la qualité externe chargés de détecter les cas de tuberculose via l'examen d'un frottis d'expectoration. En outre, le projet a contribué aux initiatives suivantes : formulation de lignes directrices sur cinq ans en vue d'un programme national de lutte contre la tuberculose, création d'un dispositif logistique durable de distribution de médicaments, renforcement des capacités techniques et administratives des équipes du NTP en vue de conduire une enquête de prévalence nationale et de développer le DOTS, et le renforcement des capacités des administrateurs de santé et des spécialistes de laboratoire via la formation à l'Institut de recherche de la tuberculose/Association japonaise de lutte contre la tuberculose. De plus, dans le cadre de la coordination de l'aide, le Programme alimentaire mondial a offert, avec le concours du Gouvernement japonais, une aide alimentaire à quelque 33 000 patients atteints de la tuberculose bénéficiant d'un DOTS tous les ans, ce qui les a fortement incités à suivre l'intégralité du traitement contre la tuberculose. Après avoir sensiblement étendu le DOTS, les activités de lutte contre la tuberculose portent désormais principalement sur le renforcement des services de santé dans le cadre du NTP³³, par exemple, via une amélioration de la gestion de la qualité et une attention accrue aux régions et groupes difficiles à atteindre. Il en est résulté le lancement en 2004 de la deuxième phase du Projet de lutte contre la tuberculose d'une durée également de cinq ans. La deuxième phase couvre un DOTS public-privé et un DOTS communautaire pour étendre la thérapie aux zones et groupes difficiles à atteindre. Des lignes directrices applicables à un traitement autre que le DOTS habituel pour la co-infection tuberculose/HIV et la tuberculose

pédiatrique ont également été formulées sur la base desquelles des services ont été fournis. En outre, de vigoureuses activités d'IEC/sensibilisation ont été mises en œuvre à l'appui du programme de lutte contre la tuberculose, qui visent à promouvoir l'évolution des mentalités et des comportements des patients atteints de tuberculose, ainsi que de leurs familles et des membres de leurs communautés.

99. Cette deuxième phase a atteint de bons résultats et a profité au programme cambodgien de lutte contre la tuberculose. Il a en effet atteint avec succès son objectif avec un taux de guérison de la tuberculose de 85 % et un taux de détection de 70 % pour l'exercice 2006. Cette réussite a été attribuée à plusieurs facteurs, notamment la promotion d'un programme de coopération avec les travailleurs sanitaires du privé et les ONG via l'application d'un DOTS public-privé, autonomisant les communautés via les DOTS communautaire et créant un dispositif de coordination des activités de lutte contre la tuberculose/VIH et du NTP.

100. Ce projet mis en place au Cambodge, qui adopte la démarche de la sécurité humaine³⁴ en réponse aux problèmes liés à la tuberculose via une approche globale, Figure parmi les meilleures pratiques du Japon dans la lutte contre les maladies infectieuses.

iii) *Initiative du secteur privé : production de moustiquaires antipaludéennes en Tanzanie par Sumitomo Chemical Co., Ltd.*

101. Le paludisme demeure l'une des maladies les plus dévastatrices au monde. On estime à 330-500 millions le nombre de personnes qui la contractent chaque année, dont 90 % en Afrique. En outre, le coût de la maladie pour l'Afrique est estimé à 12 milliards de dollars de perte de PIB. Comme le signale l'European Alliance against Malaria, le paludisme n'a pas seulement une incidence en termes de souffrance humaine et de décès, mais se ressent également par le coût et le fardeau économiques importants qu'il représente.

102. C'est pourquoi Sumitomo Chemical a élaboré les moustiquaires OLYSET® NET dont les fibres s'imprègnent d'un insecticide grâce à une technologie spéciale, aidant ainsi à lutter contre les moustiques et à prévenir les infections. Les fibres de ces moustiquaires libèrent progressivement un agent actif pour que l'insecticide conserve son efficacité pendant au moins cinq ans même après des nettoyages successifs. Les moustiquaires OLYSET® NET sont les seules moustiquaires entièrement approuvées par l'OMS comme moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (LLIN). Elles ont été largement distribuées dans une quarantaine de pays africains (en particulier en Afrique subsaharienne) et 20 pays d'Asie du Sud-Est via l'OMS, l'UNICEF et les ONG. En outre, Sumitomo Chemical contribue à la réalisation des OMD via des dons de moustiquaires OLYSET® NET en coopération avec d'autres organisations telles que Millennium Promise³⁵ et l'UNICEF.

103. En septembre 2003, la technologie de fabrication des moustiquaires OLYSET® NET a été gracieusement mise à la disposition de A to Z Textile Mills, Ltd., fabricant de moustiquaires de Tanzanie, qui exploite actuellement une usine de production OLYSET® NET. En février 2007, Sumitomo Chemical a collaboré avec ce fabricant au développement de la production, et s'est lancé avec une autre entreprise locale dans un projet commun appelé Vector Health International, Ltd. de fabrication des moustiquaires OLYSET® NET. Ces initiatives ont aidé à mettre en place un programme d'auto-assistance durable au sein de la communauté locale en

augmentant les capacités de l'offre et en abaissant les coûts. À la fin de 2008, la capacité de production annuelle de la Tanzanie avait augmenté pour s'établir à 38 millions de moustiquaires. Cette hausse de la production a contribué à créer plus de 4000 emplois au sein des populations locales, aidant ainsi à l'amélioration de l'économie de la région.

104. Sumitomo Chemical a décidé de mettre en place une autre base de production au Nigéria en réponse à la demande croissante de LLIN en Afrique. Les projets ne sont pas encore finalisés, mais l'entreprise prévoit une capacité de production annuelle de 20 millions de moustiquaires ainsi que la création de plus de 5 000 emplois au niveau local.

105. Ce projet est à la pointe de l'action et constitue l'une des meilleures pratiques développées par une entreprise privée japonaise dans la mesure où il combine une activité de base avec l'aide au développement.

iv) *Programme de cocréation des connaissances Asie-Afrique (AAKCP) : Gestion de la qualité totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers : approche holistique de l'utilisation des ressources existantes*

106. S'appuyant sur l'importance de la coopération Asie-Pacifique, confirmée lors de la TICADIII, l'AJCI a lancé le Programme de cocréation des connaissances Asie-Pacifique (AAKCP) afin de promouvoir la coopération Sud-Sud. « La Gestion de la qualité totale (GQT) pour de meilleurs services hospitaliers » est le deuxième programme entrepris par AAKCP, mis en œuvre actuellement dans 15 pays africains³⁶.

107. En Afrique, il a souvent été dit que la gestion du système de fourniture de services hospitaliers comporte certains problèmes. La pénurie chronique des ressources médicales impose au système de trouver le moyen d'améliorer sa gestion pour pouvoir optimiser la prestation des services hospitaliers. Les défaillances et contraintes du système font que l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la planification des politiques de santé au jour le jour constitue le seul moyen d'accomplir des progrès décisifs. Les pays asiatiques se sont longtemps heurtés aux mêmes types de problèmes, mais le Sri Lanka, par exemple, les a surmontés avec succès via des méthodes de gestion de contrôle de la qualité élaborées par l'industrie manufacturière du Japon, telles que les cinq commandements, l'ACQ et la GQT³⁷.

108. Ainsi, dans le cadre du programme AAKCP, trois séminaires/ateliers et un projet pilote ont été conduits avec le concours de spécialistes asiatiques au Japon et au Sri Lanka. Les administrateurs de santé et directeurs des hôpitaux africains participants devaient élaborer des programmes pratiques d'optimisation des services hospitaliers via des efforts endogènes de chaque pays selon le contexte (Figure 1). La formation pratique, notamment la visite chez les fabricants tels que Toyota Motors, a été généralement très appréciée des participants, et le programme devrait favoriser une hausse sensible des ressources humaines.

109. La coopération Sud-Sud étant l'une des questions prioritaires identifiées par l'action à moyen terme du Japon en matière d'APD, et l'AAKCP préférant insister sur l'amélioration des pratiques de gestion quotidienne au lieu d'occasionner de gros investissements financiers, ce programme est une autre des meilleures pratiques du Japon et est approprié aux pays africains subissant un contexte économique et financier difficile même au-delà de la crise économique actuelle.

Figure 1
Introduction du programme AAKCP : avant et après



Source Source : AJCI.

v) *Projet d'aide au Plan de dépenses d'équipements sanitaires (HCIP) en Zambie*

110. Dans le cadre des réformes de santé lancées en 1992, le Gouvernement de Zambie a tenté de restructurer l'ensemble de son secteur sanitaire en un système efficace et rationnel. Parallèlement à ce plan stratégique lancé en 2006, l'AJCI a mis en oeuvre un projet de coopération technique sur deux ans conçu pour étendre le système d'information créé dans le cadre du « Recensement des structures sanitaires », étude de base à l'étranger de l'AJCI conduite pendant l'exercice 2004, et a aidé à formuler un Plan de dépenses d'équipements sanitaires (HCIP) en vue de permettre à la Zambie de fournir des services de soins sanitaires et médicaux efficaces sur la base du Plan stratégique national de santé (NHSP) (Figure 2)³⁸.

111. Ainsi, une base de données des structures sanitaires a été constituée qui recense 1395 installations sanitaires réparties dans tout le pays au-dessous du premier niveau (en particulier, les hôpitaux de districts, les centres sanitaires et les postes sanitaires), laquelle base de données a été intégrée dans le système national de gestion de l'information sur la santé (Figure 3). De même, un atlas des infrastructures sanitaires (Figure 4) a été publié et diffusé auprès des services de santé des provinces et districts, et d'autres donateurs. En outre, des ateliers de suivi du recensement des structures sanitaires ont été organisés pour les structures sanitaires au niveau national, des provinces et des districts.

112. Tous les hôpitaux et services de santé des districts ont ainsi réussi à élaborer et soumettre des plans de dépenses d'équipement au Ministère de la santé via les services de santé des provinces à l'issue d'une analyse conjointe des données sur les structures sanitaires et autres informations s'y rapportant. En outre, couvrant non seulement l'information sur les installations et équipements sanitaires mais également les budgets des ressources humaines et la répartition des services sanitaires, la base de données des structures sanitaires est également utilisée pour les éléments suivants : le plan stratégique national adopté en réponse à l'exode des compétences des travailleurs sanitaires, un projet entrepris par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) visant à renforcer les systèmes de santé,

un système de gestion de l'information sanitaire appuyé par la Commission européenne, et un cadre d'évaluation des performances (PAF), indicateur du Plan de développement national de la Zambie.

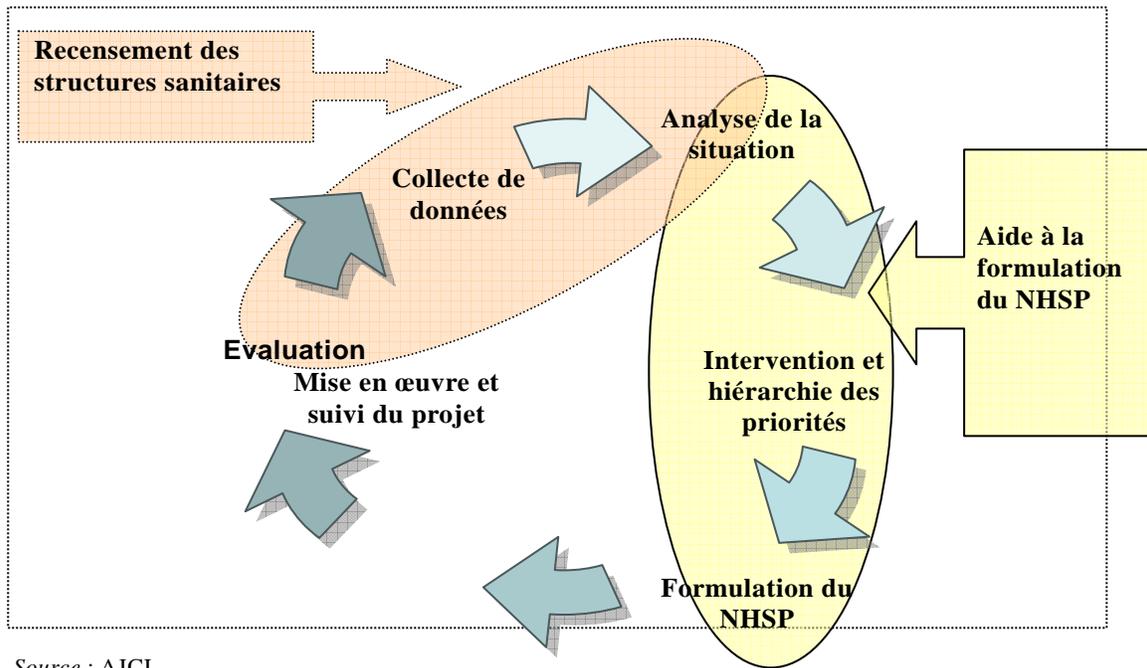
113. Compte tenu de cela, les résultats du projet peuvent se résumer ainsi : disponibilité accrue de l'information sur la situation des structures sanitaires en Zambie; amélioration de la capacité à tous les niveaux du système de santé publique d'utiliser les données sur les installations sanitaires pour le HCIP; enfin, prise en compte accrue des dépenses du secteur de la santé par d'autres plans de développements nationaux à tous les niveaux, et du HCIP par d'autres plans de développement sectoriel.

114. Dans le cadre du HCIP national dont le Ministère de la santé a achevé la formulation en décembre 2008, des crédits budgétaires du Gouvernement de Zambie, un fonds commun au titre de l'approche sectorielle, et/ou un financement direct de la part des donateurs devraient appuyer les dépenses d'équipement pour améliorer les installations et équipements sanitaires. Le Japon n'aide pas au financement de ces dépenses directes d'équipement, mais il projette de lancer un projet de suivi durant l'exercice 2009 pour améliorer l'efficacité du système de gestion des ressources médicales investies³⁹ dans le cadre du HCIP.

115. Le Ministère de la santé estime à approximativement 750 millions de yens les crédits pour 2008 destinés à l'amélioration des structures et équipements sanitaires, sur un total de 5,6 milliards de yens environ investis dans le secteur de la santé. Le budget du secteur de la santé devrait toutefois augmenter dans la mesure où le HCIP est mieux pris en compte dans d'autres plans de développement sectoriel.

116. Autre bonne pratique du Japon, ce projet montre que la coopération technique sous forme de projets a contribué au développement du secteur sanitaire au niveau national en fournissant une aide au NHSP, qui à son tour a permis de mettre à profit le budget de l'État zambien, ainsi qu'un fonds commun au titre de l'approche sectorielle et/ou un financement direct de plusieurs donateurs.

Figure 2
Cadre pour le recensement des structures sanitaires et projet d'aide au HCIP



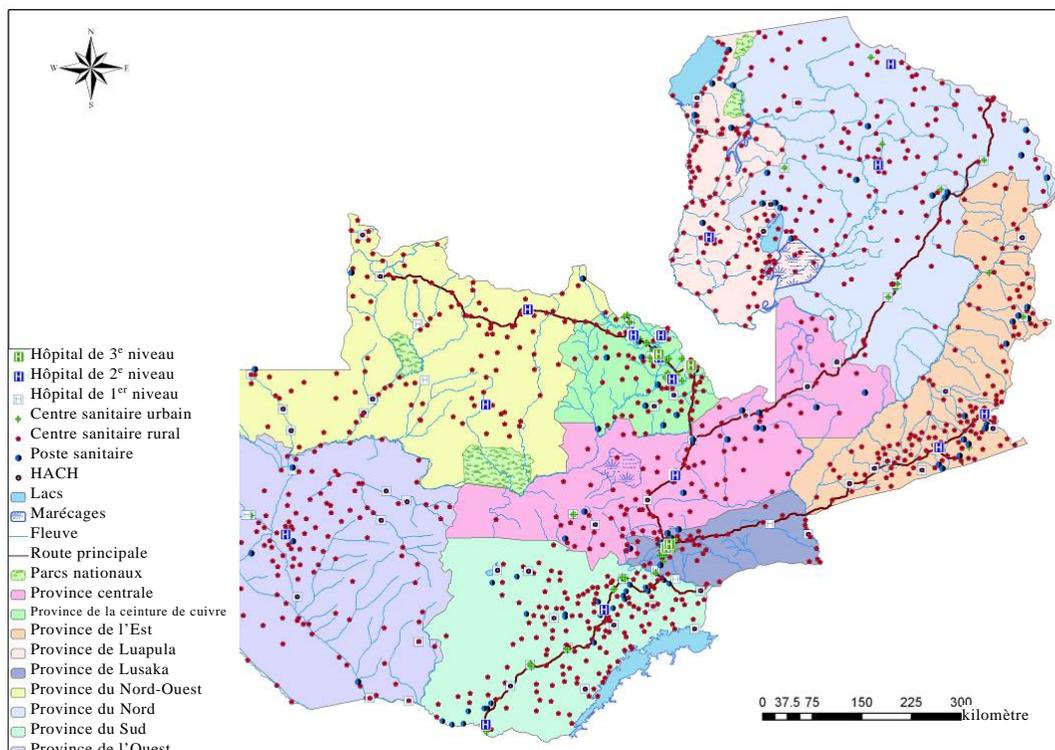
Source : AJCI.

Figure 3
Page d'accueil de la base de données des structures sanitaires

The screenshot shows the 'Ministère de la santé/ Base de données des structures sanitaires' web interface. On the left, there is a navigation menu with links: 'Situer la structure', 'Liste des structures', 'Résumé', 'Statistiques', 'Équipement médical', 'Infrastructure', 'Administration de l'utilisateur', and 'Utilisateur'. The main content area has a header with the Ministry of Health logo and the text 'Ministère de la santé/ Base de données des structures sanitaires'. Below the header, there are search filters for 'Sélection géographique' (Tout), 'Type' (Tout), and 'Propriété' (Tout). A dropdown menu is labeled 'Choisir la province d'abord'. There are two buttons: 'Cocher tout' and 'Décocher tout'. Under 'Colonnes à afficher', there are checkboxes for 'Code de la structure', 'Nom de la tructure', 'Id. de la structure', 'Province', 'District', 'Tyoe de structure', and 'Propriétaire de la structure'. Below this is a 'Colmmande' section with radio buttons for the same categories. At the bottom, there is a 'Rafraîchir la liste' button.

Source : AJCI.

Figure 4
Atlas des infrastructures sanitaires (Visualisation des infrastructures sanitaires dans le pays)



Source : AJCI.

vi) *Aide via le Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine (Aide complète aux adolescents via l'ONU)*

117. En Bolivie, les questions comme les taux élevés de mortalité maternelle et de violences familiales et sexuelles deviennent de graves problèmes sociaux. En outre, la forte incidence des grossesses chez les adolescentes accroît le risque de VIH/sida. Par le passé, les mesures destinées aux adolescentes s'inscrivaient dans le cadre de la formation professionnelle. Les adolescentes n'étaient alors pas considérées comme ayant de grands besoins de soins de santé car elles étaient assimilées à la catégorie de la population la mieux portante. En outre, le plan de développement national de la Bolivie accorde une grande priorité à la santé reproductive, même si les composantes telles que l'éducation/information sur la contraception ou les mesures d'autonomisation et d'intégration sociale ciblant les adolescentes n'y apparaissent pas comme importantes.

118. En réponse à cette situation, l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS/ Organisation panaméricaine de la santé (OPS) s'associent pour conduire un projet intitulé « Sécurité humaine pour l'adolescente : autonomisation et protection contre la violence, les grossesses précoces, la mortalité maternelle et le VIH/sida », appuyé par le Fonds pour la sécurité humaine.

119. Les trois axes du projet sont : a) la santé, b) l'éducation, et c) l'insertion sociale. Dans cette optique, le projet englobe les activités telles que l'amélioration des services sociaux et médicaux et des structures médicales spécialisés dans le VIH/sida; la grossesse chez les adolescentes; la mortalité maternelle; les violences sexuelles et familiales ainsi que la mise en place de réseaux pour les prévenir; enfin, la formation des travailleurs sanitaires. En outre, les écoles devenant des foyers de violences sexuelles, le projet offre une éducation sur la santé et la sexualité, en informant notamment sur le VIH/sida; met en œuvre un programme de formation à la prévention de la violence; améliore les matériels pédagogiques; et conduit une formation de sensibilisation ciblant les parents et les communautés. De plus, le projet appuie la création et les activités de groupes de pairs en sorte que les adolescentes elles-mêmes puissent faire face à ces problèmes en apportant leurs propres points de vue à prendre en considération. Des dispositifs municipaux à l'appui des groupes de pairs sont également mis en place pour garantir la continuité de leurs activités.

120. Le projet couvre le secteur de la santé ainsi que les autres secteurs tels que l'éducation et l'insertion sociale des adolescents selon une approche globale du double point de vue de la protection et de l'autonomisation, sur la base de la viabilité et d'une perspective de long terme.

121. Les institutions des Nations Unies mettent leurs activités en œuvre en collaboration avec les populations locales, y compris les parents, les ONG et les autorités locales, comme les municipalités, concrétisant ainsi l'approche participative, élément majeur de la sécurité humaine. En outre, lors de la mise en œuvre du projet, les bureaux locaux de l'AJCI ont été consultés dès le stade de la planification et une surveillance conjointe a été planifiée, tenant ainsi compte de la nécessité d'une collaboration efficace et garantissant que chaque organisme d'exécution joue son rôle propre.

4. Perspectives d'avenir

a) Suivi du Sommet du G8

i) Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé

122. Le Gouvernement japonais a effectué des activités de suivi pour appuyer la dynamique mondiale d'amélioration de la santé qui s'est intensifiée en vue du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako. La quatrième Réunion du Groupe d'experts du G8 sur la santé été organisée en novembre 2008, et les membres du Groupe des Huit ont décidé de continuer d'œuvrer à la mise en place d'un mécanisme de suivi et de mettre en œuvre un examen périodique des engagements du Groupe des huit, dont l'Italie à la présidence du G8 cette même année s'est acquittée avec succès.

123. Le secteur privé conduit également des activités de suivi. La prise de conscience de la nécessité de concrétiser le renforcement des systèmes sanitaires, sur laquelle le Japon a mis l'accent lors du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako, aussi bien sur la scène internationale que sur le terrain, a entraîné la création d'un comité consultatif international et d'un groupe de travail sur l'Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé⁴⁰ sous la direction du professeur Keizo Takemi.⁴⁰ Composés de leaders d'opinion internationaux dans le domaine de la santé, le comité et le groupe de travail ont cherché à formuler des propositions à l'intention du G8 dans trois grands domaines liés au renforcement des

systèmes de santé, à savoir : les travailleurs, le financement et l'information dans le secteur de la santé.

124. En novembre 2008, le Groupe de travail sur les enjeux de la santé mondiale et les contributions du Japon, le Centre japonais d'échanges internationaux (CJEI), le Ministère des affaires étrangères du Japon, la Banque mondiale, l'OMS, ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates ont accueilli conjointement la Conférence internationale sur l'action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé⁴¹ à Tokyo afin de donner suite au Sommet du Groupe des huit. Outre les membres du Comité consultatif international et du Groupe de travail juste mentionnés ci-dessus, plus de 150 chercheurs et responsables représentant les organisations d'aide au développement comme l'ONU, les ONG, et les pouvoirs publics, y ont participé, notamment à des échanges constructifs sur les questions liées aux travailleurs, au financement et à l'information dans le domaine de la santé. La contribution des participants a été reprise dans un rapport intitulé « Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé – Recommandations au Groupe des huit »⁴², communiqué aux Gouvernements japonais et italien en janvier 2009, après quoi ses auteurs ont organisé des conférences et séminaires internationaux pour lui donner une large diffusion. Toutes les parties prenantes, notamment les membres du groupe de travail et les responsables gouvernementaux, s'emploient ensemble à ce qu'il soit donné suite à ces propositions.

ii) *Situation actuelle du renforcement des systèmes de santé*

125. La sensibilisation internationale à la nécessité de renforcer les systèmes de santé est toujours plus forte, mais la définition, le modèle, la stratégie et l'approche à adopter varient selon les différents organismes; et les pays en développement de même que la communauté internationale débattent toujours de solutions efficaces et rationnelles.

126. Une résolution intitulée « Soins de santé primaire, renforcement des systèmes de santé compris » devrait être adoptée lors de la soixante-deuxième session de l'Assemblée mondiale de la santé prévue en mai 2009 (15 mai 2009). Cette résolution s'appuie sur le projet de résolution proposé par 39 pays, dont le Japon, lors de la 124^e session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2009, et vise à davantage préciser et promouvoir les efforts de l'OMS et ses États membres sur les questions du renforcement des systèmes de santé, notamment le financement de la santé, les travailleurs de la santé ou les systèmes d'information/surveillance de la santé.

127. Toutefois, les seuls efforts de l'OMS et de ses États membres ne suffiront pas à renforcer les systèmes de santé. Il est encourageant que les organisations du réseau du Groupe des Huit de santé, telles que la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la GAVI, y soient toutes attachées. L'optimisation des résultats passe inévitablement par la collaboration de l'ensemble des parties prenantes.

128. Le renforcement des systèmes de santé, d'une part, et le concept de soins de santé primaire privilégiant l'approche communautaire et visant l'accès universel aux services de soins de santé de base, d'autre part, sont mutuellement complémentaires. Le renforcement des systèmes de santé doit se faire via le plan national de santé en accordant le plus haut rang de priorité aux besoins les plus urgents au sein des communautés/districts.

Encadré

Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé : recommandations au G8

Recommandations au G8. Partie 1: Perspectives pour surmonter la crise des travailleurs de la santé⁴³

Les ressources humaines du secteur de la santé constituent depuis longtemps un problème en termes de planification et gestion, et il existe actuellement de très graves pénuries de travailleurs de la santé dans le monde. Toutefois, le professeur Masamine Jimba, à la tête de l'équipe de recherche sur les travailleurs de la santé, recense d'autres enjeux majeurs que la simple question des effectifs, notamment des insuffisances concernant la rémunération, la motivation, la formation, la supervision et les environnements professionnels. Le professeur Jimba constate également une répartition extrêmement inégale des travailleurs de la santé, au sein et parmi les pays, ainsi qu'entre spécialités et compétences. Son document recommande alors quatre réponses majeures à mettre en œuvre par le G8 :

1. Renforcer la capacité des pays de planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes relatifs aux travailleurs de la santé pour assurer une efficacité accrue dans l'utilisation du personnel existant et l'application des engagements du G8.
 - 1.1 Développer les mécanismes d'évaluation des progrès du personnel de la santé au niveau national.
 - 1.2 Repérer les moyens de modifier les politiques macro-économiques pour réduire les obstacles au renforcement des personnels de santé.
 - 1.3 Renforcer les réseaux internationaux des établissements d'enseignement supérieur en vue d'offrir un accès à l'éducation sanitaire et médicale dans les régions aux ressources limitées.
2. S'attaquer aux causes au niveau de la demande de la migration internationale des personnels de santé.
 - 2.1 Accroître le nombre de travailleurs sanitaires dans leurs propres pays selon leurs propres ressources.
 - 2.2 Appuyer le code de pratique de l'OMS en réponse aux problèmes de la migration.
 - 2.3 Rechercher des solutions concrètes garantissant à la fois le droit des individus de migrer dans la recherche d'un emploi et le droit de tous à la santé.
3. Conduire un examen annuel des actions réalisées par les pays du G8 pour améliorer le personnel de santé.
 - 3.1 Évaluer l'action des pays du G8, ce qui marche, preuves à l'appui, dans un cadre normalisé de mesures communes.
 - 3.2 Mettre cet examen à profit pour évaluer comment les systèmes de santé fonctionnent, recenser les lacunes du financement et de l'information, développer les meilleures pratiques sur la base de données factuelles, et accroître les connaissances sur la manière d'améliorer les performances du système de santé via l'augmentation des ressources humaines, de même constater dans quelle mesure les pays du G8 concrétisent leurs engagements.

Recommandations au G8 - Partie 2 : « Renforcement du financement de la santé dans les pays partenaires en développement »⁴⁴

Il n'existe pas d'estimation entièrement exacte du financement de la santé dans les pays en développement, mais les dernières tendances montrent que les financements nationaux et extérieurs se sont accrus. Toutefois dans le document qu'il a rédigé à ce sujet, le docteur Ravindra P. Rannan-Eliya souligne que les hausses budgétaires n'améliorent pas nécessairement les résultats. Certains pays sont en mesure d'accroître les performances de leur système de santé avec des ressources limitées, tandis que d'autres y ont effectué de gros investissements avec moins de succès. Cet écart important de la performance entre pays met en lumière les conditions permettant à certains systèmes de santé de mieux fonctionner avec des financements limités. On s'accorde de plus en plus à penser dans le monde que le financement public représente un préalable majeur même si les modalités de ce financement public (le financement par l'impôt ou l'instauration d'une caisse sociale d'assurance maladie) font toujours débat. L'amélioration des performances dépend également de la manière dont les fonds disponibles sont utilisés et de la mesure dans laquelle les services des systèmes de santé s'étendent aux populations difficiles à atteindre. Le docteur Rannan-Eliya recommande au G8 trois réponses majeures à ces difficultés du financement des systèmes de santé dans le monde en développement :

1. Compléter les efforts de hausse de crédits en faveur de la santé en s'appliquant à accroître la rentabilité des dépenses de santé via une aide à l'amélioration des mesures touchant le financement et les systèmes de santé au niveau national.
2. S'appuyer sur le consensus existant entre les experts techniques avec un engagement clairement affirmé du G8 d'accorder la priorité à l'aide aux politiques nationales de financement de la santé qui inscrivent le financement public de la santé, via les recettes fiscales et/ou une caisse sociale d'assurance-maladie, au cœur des efforts visant à étendre la fourniture des services aux populations pauvres et groupes vulnérables de la société.
3. Investir dans la capacité des pays partenaires en développement d'améliorer les politiques de financement. Cela demandera des investissements accrus dans le renforcement des capacités nationales d'évaluation des politiques des systèmes de santé et dans les mécanismes visant à comprendre et à échanger les enseignements tirés des meilleures pratiques.

Recommandations au G8 Partie 3: « Vers une action collective dans l'information de la santé »⁴⁵

Le document d'orientation relatif à l'information sur la santé, rédigé par le professeur Kenji Shibuya, dégage deux grands types de difficultés dans ce domaine : les défaillances techniques et les inefficacités de la répartition des ressources. S'agissant des premières, l'auteur explique que les données appropriées existent bel et bien mais qu'elles ne sont pas utilisées par les décideurs ou les analystes des mesures à prendre soit parce qu'ils n'y ont pas accès soit parce qu'ils n'ont pas les compétences voulues pour analyser et utiliser ces données en réponse aux problèmes liés aux performances des systèmes de santé. Le professeur Shibuya assimile les inefficacités de la répartition des ressources à une mauvaise coordination de la collecte et compilation des données et à l'absence de toutes stratégies et mesures clairement définies. Afin d'y remédier, l'orateur recommande au G8 trois grandes actions :

1. Procéder à un examen annuel pour évaluer les engagements du G8 en faveur des systèmes et programmes de santé.

- 1.1 Élaborer un cadre normalisé d'indicateurs et de mesures pour surveiller et évaluer l'efficacité de l'aide, des programmes de santé et des systèmes de santé.
- 1.2 Planifier et évaluer les futures activités liées à la santé conduites par le G8 et ses partenaires à partir d'un cadre et d'indicateurs communs.
2. Établir une mise en commun numérique via un réseau de centres d'excellence mondiaux et régionaux en vue d'élargir l'accès aux ensembles de données et analyses au niveau national et mondial et d'en améliorer la qualité.
 - 2.1 Promouvoir les principes de l'accès ouvert et l'échange de données dans le domaine public.
 - 2.2 Mettre au point une base de données mondiale d'indicateurs communs (en premier, les cibles des OMD, les ressources humaines, et le suivi de l'utilisation des ressources) et un mécanisme d'échange de données et d'assurance de la qualité.
 - 2.3 Établir un processus de type Cochrane pour la surveillance de la santé au niveau mondial afin de générer des données empiriques propres à guider les politiques de santé.
3. Centraliser les ressources en matière d'indicateurs de santé au niveau mondial et national pour susciter une remise en question des indicateurs de la santé dans le monde.
 - 3.1 Développer les capacités et créer une structure d'incitation pour que les pays et producteurs de données recueillent, échangent, analysent et interprètent des données de meilleure qualité.
 - 3.2 Subordonner le financement de la santé à une évaluation effectuée par un tiers conforme aux principes convenus, notamment l'élaboration d'une stratégie de mesure normalisée, la diffusion des données dans le domaine public, le renforcement des capacités au niveau local et l'usage approprié des technologies de l'information.
 - 3.3 Accorder la priorité à l'élaboration de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil dans les pays où l'enregistrement des faits d'état civil est incomplet ou inexistant.
 - 3.4 Investir dans une série d'enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national pour étudier les multiples maladies et facteurs de risques.

5. Vers l'application des propositions

129. Comme en témoignent les processus passés et récents qui ont conduit aux résultats en matière de santé du Sommet du Groupe des Huit de Kyushu-Okinawa, de la TICAD IV et du Sommet du Groupe des Huit de Hokkaido Toyako, le Gouvernement japonais occupe une position unique et privilégiée pour sensibiliser, frayer la voie, et d'affecter les ressources de toutes les parties prenantes, notamment les pays donateurs, les pays en développement, les organisations internationales, le secteur privé, les milieux universitaires et la société civile en réponse à un problème de santé donné. Le Japon continuera d'adopter cette approche participative remarquable pour contribuer à la formulation d'un dialogue international sur le renforcement des systèmes de santé ainsi qu'à sa matérialisation dans le contexte de l'aide du Japon en matière sanitaire. Ainsi, le Japon contribuera à la réalisation des OMD liés à la santé et veillera parallèlement à faire preuve de responsabilité dans l'acquittement de ses engagements.

Notes

¹ http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html.

² Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales, ONU (Juin 2008), *MDG Progress Chart 2008*.

³ L'approche de la santé par groupe a apporté les contributions suivantes au Plan d'action de Yokohama : a) promotion de la continuité des soins de santé des mères et des enfants à tous les stades : période avant la grossesse, grossesse, accouchement et enfance via des interventions à fort impact comme la vaccination et la fourniture de microaliments aux enfants en tant qu'actions à prendre dans les cinq années qui suivent dans le cadre du processus de la TICAD; b) soutien aux efforts internationaux pour atteindre l'accès universel aux services de santé reproductive; c) participation aux efforts internationaux afin d'élever à 75 % la proportion des accouchements effectués par un personnel qualifié en Afrique dans les cinq ans conformément à l'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé.

⁴ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>.

⁵ <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/pm/address.html>.

⁶ <http://www.ticad.net/presskit-2008/YokohamaDeclaration-30May2008.pdf>.

⁷ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>.

⁸ <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/doc/appendix.pdf>.

⁹ Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales, Nations Unies (Juin 2008), *MDG Progress Chart*, juin 2008.

¹⁰ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/mechanism.html>.

¹¹ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/speech0903.html>.

¹² http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.htm.

¹³ Le Groupe des Huit de santé a été établi de manière informelle pour améliorer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé via une aide efficace. Il désigne les responsables des huit organisations internationales spécialisées dans la santé au niveau mondial : Fondation Bill et Melinda Gates, Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé.

¹⁴ http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0728_fr.pdf.

¹⁵ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members, le professeur Keizo Takemi a été auparavant membre de la Chambre des conseillers et Vice-Ministre principal de la santé, du travail et de la protection sociale, Secrétaire d'État aux affaires étrangères.

¹⁶ http://www.mofa.go.jp/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html.

¹⁷ Les concertations entre le Ministère des affaires étrangères et les ONG ont eu lieu depuis 1994 dans le cadre d'un forum ouvert entre les parties pour promouvoir activement l'Initiative globale sur la population et le SIDA présentée par le Japon en 1994.

¹⁸ Evaluation par les tiers de 2008, le Ministère des affaires étrangères du Japon, *Evaluation de l'APD au secteur de la santé*, 2009.

¹⁹ Les données sont recueillies auprès des statistiques du CAD de l'OCDE depuis 1971, année où les données liées à la santé ont commencé à être consolidées. Ces statistiques couvrent notamment les données sur les populations et sur la santé reproductive.

²⁰ La différence du montant de l'aide en 2004 et 2005 tient à l'application d'un échange de notes pour certains projets de subventions en 2004, et non à une révision de la politique de l'aide.

²¹ Le Japon apporte des aides de première importance et/ou contributions financières aux organisations internationales suivantes : OMS, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, UNICEF, FNUAP, Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine, IPPF, Banque mondiale, PNUD, BASD, OIE, ONUSIDA, BAFD, UNESCO, BID, FAO, PAM, et VNU.

²² Données recueillies à partir des statistiques du CAD de l'OCDE, notamment sur la population et la santé reproductive. En plus de son aide bilatérale, le Japon contribue à l'action des organisations internationales, notamment au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

²³ Ministère des affaires étrangères du Japon, *Livre blanc de l'APD du Japon 2008 – Coopération internationale du Japon*, 2009.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Les cinq principes de l'efficacité de l'aide sont les suivants : a) appropriation; b) alignement sur les stratégies des partenaires; c) harmonisation; d) gestion axée sur les résultats; et e) responsabilité mutuelle.

²⁷ Les coordonnateurs de la coopération économique interviennent dans les pays africains suivants : Ethiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Soudan et Zambie.

²⁸ L'APD du Japon a pour principe majeur d'aider aux efforts d'auto-assistance des pays en développement en coopérant pour le développement des ressources humaines, le renforcement institutionnel, via notamment l'élaboration de régimes juridiques, et l'installation d'infrastructures économiques et sociales, lequel principe constitue la base de développement de ces pays. En appliquant cette politique, le Japon n'a jamais cessé de donner la priorité à l'aide axée sur les projets. Le principe d'inscrire l'aide axée sur les projets au cœur de l'APD du Japon n'évoluera pas beaucoup pour le moment eu égard à la relation forte qu'il instaure entre le donateur et le pays bénéficiaire et à la transparence qu'il garantit auprès du grand public. Néanmoins, de nombreux pays en développement recherchant un appui budgétaire, le Japon la leur fournit s'il est nécessaire de leur offrir une aide efficace adaptée à leur contexte national. À ce jour, le Japon a fourni une aide budgétaire aux pays suivants : Cambodge, Indonésie, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie et Viet Nam.

²⁹ Institut de coopération internationale, Agence japonaise de coopération internationale, *Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems: Towards Improving Public Health and Medical Systems in Developing Countries*, 2004, accessible à : <http://www.jica.go.jp/english/publications/reports/study/topical/health/index.html>.

³⁰ Aujourd'hui, le Carnet de santé mère-enfant est mis à profit non seulement par le Japon mais également par divers pays donateurs et pays en développement.

³¹ Le taux de mortalité maternelle en zones rurales au Maroc était de 227 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, soit deux à trois fois supérieur aux zones urbaines.

³² Ce manuel de soins de santé à l'intention des femmes est distribué aux femmes âgées de plus de 15 ans ou aux femmes enceintes, et est mis à profit pour les soins de santé et l'autogestion au Maroc.

³³ Centre national de lutte contre la tuberculose et la lèpre (CENAT), District de santé provincial (PHD), District opérationnel (OD), Centres de santé, etc.

³⁴ Les neuf concepts de la sécurité humaine aux fins d'évaluation des projets de lutte contre la tuberculose sont les suivants : a) atteinte garantie de ceux qui sont dans le besoin; b) accent mis sur les personnes les plus vulnérables; c) couverture plus grande du diagnostic à un stade précoce et du traitement des maladies et de la prévention épidémique; d) promotion de la viabilité dans le cadre des programmes de gestion; e) mesures de lutte contre la vulnérabilité d'origine socio-économique des systèmes sanitaires; f) renforcement des capacités des prestataires de services

sanitaires à tous les niveaux; g) promotion et autonomisation de la recherche opérationnelle et des enquêtes; h) autonomisation des populations et des bénéficiaires de services au sein des communautés locales; i) resserrement du partenariat et de la coopération avec divers acteurs en vue d'une incidence plus forte.

³⁵ Millennium Promise (MP) est une organisation à but non lucratif lancée aux États-Unis vouée à la réalisation de l'OMD 1. Le projet du village du Millénaire en est l'initiative phare, dans le cadre de laquelle MP intervient actuellement dans 112 villages au sein des populations africaines rurales pour promouvoir une approche intégrée du développement rural en améliorant l'accès à l'eau potable et à d'autres infrastructures essentielles, d'assainissement notamment, ainsi que l'éducation, la production vivrière, les soins de santé de base et la viabilité du point de vue écologique. MP appuie également des projets indépendants en réponse aux facteurs de la pauvreté extrême, l'un de ces projets étant axé sur la lutte contre le paludisme. Ce projet encadre la distribution de moustiquaires OLYSET® NET et de fournitures médicales dans les Villages du Millénaire.

³⁶ Groupe 1 (Mars 2007-novembre 2008) : Erythrée, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal; Groupe 2 (Mars 2009-novembre 2010) : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Mali, Maroc, Niger

³⁷ Les cinq commandements (trier, remettre en ordre, astiquer, standardiser, garder propre), ACQ (Amélioration continue de la qualité), GQT (Gestion de la qualité totale).

³⁸ Plan national de mise en œuvre des dépenses d'équipements sanitaires : investissements dans les infrastructures sanitaires (construction et restauration des infrastructures sanitaires) et offre et remplacement d'équipements médicaux; amélioration des autres infrastructures (mise en place de systèmes d'adduction d'eau, d'approvisionnement en électricité et de communication).

³⁹ Les ressources médicales désignent les investissements choisis, notamment en équipements médicaux et infrastructures sanitaires, sur l'ensemble des investissements dans la santé.

⁴⁰ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members.

⁴¹ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/081104symposium.html.

⁴² Groupe de travail sur l'action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé, *Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé – recommandations au G8*, Centre japonais d'échanges internationaux, 2009.

⁴³ Masamine, Jimba, *Perspectives pour surmonter la crise des travailleurs de la santé, Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé – Recommandations au G8*, Centre japonais d'échanges internationaux (2009).

⁴⁴ Ravindra P., Rannan-Eliya, *Renforcement du financement du secteur de la santé dans les pays partenaires en développement, Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé – Recommandations au G8*, Centre japonais d'échanges internationaux (2009).

⁴⁵ Kenji Shibuya, *Vers une action collective dans l'information de la santé, Action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé - Recommandations au G8*, Centre japonais d'échanges internationaux (2009).