



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 23-16. La coopération sanitaire de la France avec les pays à ressources limitées^{☆,☆☆}

Health cooperation between France and countries with limited resources

Patrice Debré^{a,*}, Marc Gentilini^b, Yves Juillet^b, au nom du groupe de travail « Coopération de la France en Santé » du Comité des Relations Internationales¹

^a Président du Comité des Relations Internationales de l'Académie nationale de médecine, 75006 Paris, France

^b Membres du Comité des Relations Internationales de l'Académie nationale de médecine, France

Disponible sur Internet le 7 juillet 2023

MOTS CLÉS

Santé mondiale ;
Coopération
sanitaire ;
Maladies non
transmissibles ;
Expertise française ;
Pays à ressources
limitées ;
Haut Conseil

Résumé La France a un long passé de coopération sanitaire avec les pays à ressources limitées. Malgré des financements importants et une expertise reconnue, son engagement n'est plus reconnu à la hauteur des attentes de ces pays. Ce recul s'explique par des choix stratégiques privilégiant les activités multilatérales aux dépens des actions bilatérales insuffisamment financées, à leur défaut de programmation, de coordination, de suivi, et d'évaluation de leur efficacité. Le soutien aux maladies chroniques non transmissibles est insuffisant, ainsi que la lutte contre la morbidité liée aux carences de recours à la chirurgie. Le continuum entre les activités de soins et la recherche, (dont la recherche clinique), n'est plus assuré. L'expertise française n'est pas en mesure de contribuer suffisamment aux enjeux de gouvernance des organismes internationaux, à la formation en santé mondiale, à la coordination des actions de terrain et à une interaction avec les autres partenaires européens. Pour permettre une politique cohérente, efficace, et visible, répondant à ces enjeux, ce rapport formule des recommandations, en particulier la mise en place d'un Haut Conseil en Santé mondiale, en vue de la définition, de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation d'une stratégie d'ensemble de la coopération sanitaire de la France avec les pays à ressources limitées.

© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 20 juin 2023, a adopté le texte de ce rapport par 65 voix pour, 6 voix contre et 7 abstentions.

^{☆☆} Sept annexes sont disponibles dans la version électronique de la revue et sur le site internet de l'Académie nationale de médecine.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patricedebre@yahoo.fr (P. Debré).

¹ Listes des membres du Groupe de travail « Coopération de la France en Santé » : Raymond Ardaillou, Jacques Baulieux, Christian Boitard, Jacques Caton, Patrick Netter.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.07.005>

0001-4079/© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

KEYWORDS

Global health;
Health cooperation;
Non-communicable
diseases;
French expertise;
Resource-limited
countries;
High Council

Summary. – France has a long history of health cooperation with resource-limited countries. Despite significant funding and recognized expertise, its engagement is no longer recognized at the level of the expectations of these countries. This decline is explained by strategic choices favouring multilateral activities at the expense of insufficiently funded bilateral actions, and by their lack of programming, coordination, monitoring and evaluation of their effectiveness. Support for chronic non-communicable diseases is insufficient, as well as the fight against morbidity linked to the lack of recourse to surgery. The continuum between care activities and research (including clinical research) is no longer assured. The current organization of French expertise is not able to contribute sufficiently to the governance issues of international organizations, to training in global health, to the coordination of actions in the field and to interaction with other European partners. To enable a coherent, effective and visible policy responding to these challenges, this report makes recommendations, in particular the establishment of a High Council for Global Health, with a view to defining, developing, monitoring and the evaluation of an overall strategy for French health cooperation in resource-limited countries.

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

Introduction

En dépit d'investissements importants (plus de 900 millions d'euros par an) et malgré une expertise française reconnue et estimée, l'influence de la France dans les pays à ressources limitées recule fortement. Elle est devancée par d'autres acteurs européens mieux coordonnés (Allemagne, Royaume-Uni, Belgique...) et par ceux qui visent une implantation politique à travers l'aide au développement (États-Unis, Russie, Chine, Turquie...).

Ce recul s'explique notamment par les choix stratégiques et budgétaires privilégiant les actions multilatérales, absorbant la majeure partie du budget. Les activités bilatérales sont non seulement moins dotées, mais sont marquées par une multiplicité d'initiatives indépendantes et parallèles, sans coordination, et par la disparité de leur financement (ministères de la Santé ou de la recherche, Agence française du développement/Expertise France, programmes des investissements d'avenir). Cet ensemble hétérogène ne représente pas une politique cohérente.

Sur le terrain, ces activités manquent d'appui, y compris diplomatique, et de coordination entre les acteurs français. Du fait d'une aide insuffisante pour la mobilisation des équipes hospitalières, totalement absente pour le soutien de la recherche clinique, le *continuum* indispensable entre politique de santé, renforcement des capacités et recherche, n'est pas assuré. Enfin la quasi-exclusivité des financements consacrés aux maladies infectieuses laisse de côté d'importants domaines de santé qui sont pourtant de lourds fardeaux pour ces pays.

Le ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères, en lien avec celui de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la santé, s'apprête à proposer sa stratégie en santé mondiale 2023–2027, présentant la politique sanitaire internationale de la France. La promotion et le développement du multilatéral sont mis en exergue pour mieux promouvoir son rôle.

L'Académie de médecine est en accord avec les valeurs de la santé mondiale qu'elle a d'ailleurs défendues dans plusieurs rapports antérieurs. Cependant, grâce à une large expertise de ses membres français et étrangers, à l'Europe et à l'international, et de celle des personnalités auditées, l'Académie de médecine préconise un certain nombre

d'actions nécessaires répondant aux besoins réels de ses partenaires. Ces propositions sont fondées sur un engagement multilatéral renforcé par le renouveau d'une coopération bilatérale attractive, efficace et visible à la hauteur des attentes des populations les plus démunies.

Matériel et méthodes

À l'aide d'une série d'auditions de personnalités reconnues pour leur responsabilité dans les différents secteurs et institutions concernés (*Annexe 1*), le groupe de travail s'est penché sur l'analyse qu'on pouvait faire de la politique internationale de la France en matière de santé et des moyens pour mieux l'harmoniser, et formule des recommandations pour y parvenir. Cette analyse a bénéficié des rapports « La coopération sanitaire française dans les pays en développement » de Marc Gentilini [1], « Structuration d'un champ académique en santé mondiale » de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche [2] et « Bilan de la stratégie de la France en santé mondiale : 2017–2021 » par GINGER International [3]. Le groupe de travail s'est appuyé également sur les présentations de la politique internationale de différentes institutions de recherche à l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan Sud) et des comparaisons d'analyses bibliométriques sur les collaborations françaises et européennes avec l'Afrique [4]. Après leur accord, seules les contributions écrites ou révisées des personnalités auditionnées sont communiquées en annexe (*Annexe 2*).

Constats

De la coopération bilatérale à la participation française en Santé mondiale

À partir des années 2000, précédé par la disparition du ministère de la coopération, est survenu un bouleversement dans la politique française en matière d'aide publique au développement (APD) en santé, avec la bascule de l'essentiel de sa contribution dans des fonds mondiaux multilatéraux. Ce changement a pris le relais

d'une politique antérieure que justifiait l'importance des maladies infectieuses (méningite cérébrospinale, rougeole, poliomyélite, fièvre jaune, maladie du sommeil, etc.) privilégiant la lutte contre ces pathologies. En même temps, la France s'investissait dans une transmission de son expertise médicale et technologique, et dans la formation des médecins et pharmaciens dans les universités et hôpitaux nouvellement créés dans les pays francophones devenus indépendants après 1958². Elle s'impliquait également dans la création d'un certain nombre de centres de recherche spécialisés.

Après la conférence d'Alma Alta en 1978 sur les soins de santé primaires qui souligna le lien entre santé et développement, prônant une couverture universelle et favorisant la médecine préventive, la santé perdit son seul contenu médical. Furent mis en exergue les déterminants sociaux et économiques des maladies et la nécessité d'une implication des pays à revenu élevé. Cette vision resta cependant longtemps sans effet sur les politiques de santé. Il fallut l'émergence du sida en 1981 pour bouleverser les mentalités, et conduire à un ajustement structurel renforçant les relations entre santé et développement. Ainsi, en 2000, 193 États membres de l'Onu établirent les Objectifs du Millénaire (ODM), dont trois concernaient directement la santé pour tous. Ceux-ci furent suivis en 2015 des Objectifs de développement durable (ODD).

Du concept de santé internationale, progressivement relié à une politique du développement, est né celui de santé mondiale. Ce terme est apparu pour la première fois en 1997 dans un rapport américain (*America's vital health for development*) concernant les propres activités internationales de ce pays.

Cette nouvelle approche multilatérale de la santé conduisit à des initiatives humanitaires de financement (*Global Health Initiatives*), notamment sous l'influence de la France, essentiellement dédiées aux trois pandémies que sont la tuberculose, le paludisme et le sida (Fonds mondial, Unitaïd). S'y joignirent d'autres interventions dédiées à une maladie et au plaidoyer pour la combattre (*Roll Back Malaria, Stop TB*) dans un rôle proche de celui que joue l'OMS. Furent également initiés des partenariats pour le développement de produits de santé : *DNDI, Drugs for Neglected Diseases initiative* (pédiatrie, maladies tropicales négligées), *Find* (outils diagnostiques), *Gavi* (vaccins).

En parallèle, des fondations furent également créées, en particulier sous obédience anglo-saxonne (*Bill and Melinda Gates Foundation, Clinton Foundation, Carter Foundation, Welcome Trust*), dont les activités ont rejoint celles de l'OMS, Unusida, Unitaïd, *Roll Back Malaria*, le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF), ou de la Banque mondiale.

Les années 2010–2020 allaient ainsi voir naître une multiplication d'initiatives internationales à la gouvernance complexe, ainsi que la montée d'offres régionales (Association des nations de l'Asie du Sud-Est, Union européenne/EDCTP). En conséquence, après la disparition de l'assistance technique française présente, l'intervention sur le terrain fut principalement celle des

ONG, le plus souvent internationales, Médecins sans frontières (MSF), Médecins du monde (MDM), Alima, etc., des fondations, ou des services d'aide au développement financés par les pays à revenus élevés (États-Unis : USAID et PEPFAR ; Italie : AICS, Agence italienne de coopération au développement ; Allemagne : GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Belgique : Direction-générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) du gouvernement fédéral) auxquels la France tenta de répondre par la création d'Expertise France.

En matière de gouvernance française, ce fut à l'époque le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (MEAE) qui, à travers la direction générale de la mondialisation du développement et des partenariats en 2006, impulsa la stratégie française en Santé mondiale. Celle-ci, objet de plusieurs rapports successifs, poursuit quatre objets :

- de renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies ;
- de renforcer la sécurité sanitaire internationale à travers la promotion de la lutte contre les maladies émergentes ;
- de contribuer à la santé des populations par des offres de soins intégrés centrées sur la personne ;
- de promouvoir l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation française.

Cette stratégie a été récemment évaluée par GINGER International³. Si le bilan note des progrès, les évaluateurs constatent le manque d'indicateurs de suivi et relèvent que l'influence technique Française est en recul et que la stratégie d'influence par le volet santé devrait être à la fois plus coordonnée et ne se limite pas aux pathologies infectieuses.

Investissements et activités : importance et disparité

Pour son APD globale, la France a consacré en 2021 plus de 900 millions d'euros [5] au secteur de la santé dont 80 % ont transité via le canal multilatéral (alors que c'est l'inverse pour l'ensemble de l'APD Française, plus de 60 % étant dispensés par le canal bilatéral). Le secteur santé représente donc à cet égard une exception dans cette répartition entre bilatéral et multilatéral.

L'investissement en santé de la France à travers les agences multilatérales

La France assure une part considérable du financement de nombreuses agences multilatérales comme Unitaïd, Gavi et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Pour ce dernier, la France, historiquement le second plus important donateur depuis sa création, aujourd'hui devenu le troisième, a annoncé en septembre 2022 une hausse des promesses de dons de presque 1,6 milliard d'euros sur 3 ans. La part la plus importante est celle des États-Unis, en plus du Plan d'urgence présidentiel de lutte contre le sida (PEPFAR), à hauteur de 30 %. Le Royaume-Uni a promis de son côté 1,7 milliard de dollars. Le Fonds

² Abidjan, Bamako, Dakar, Ouagadougou, Nouakchott, Niamey, Lomé, Cotonou, Brazzaville, Yaoundé, Phnom Penh, N'Djamena.

³ Cabinet de conseil en santé publique.

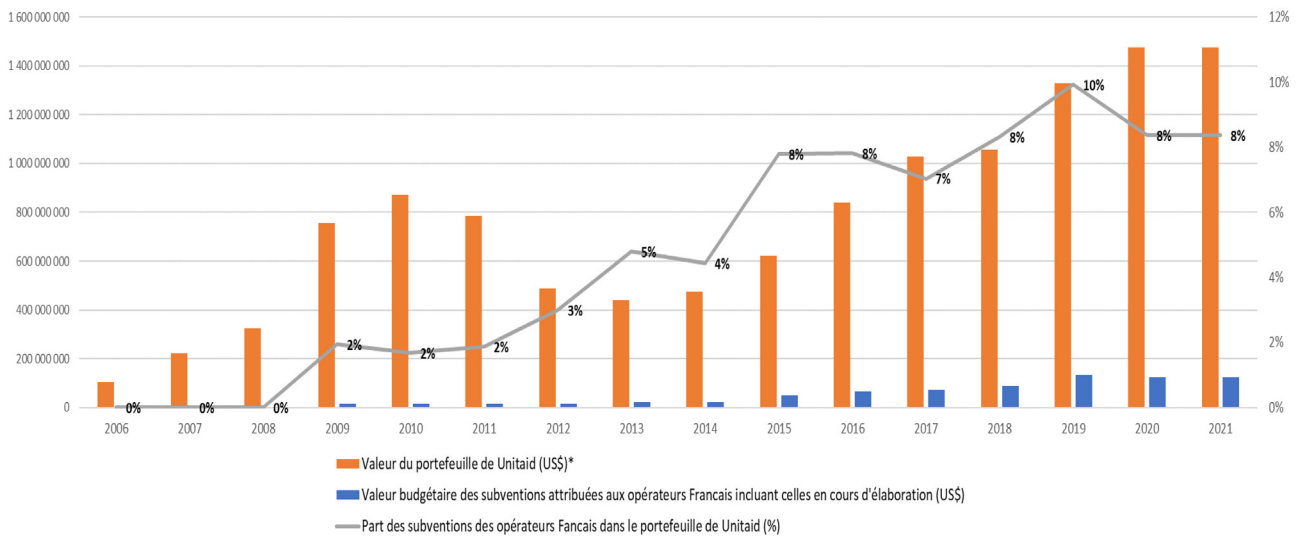
Part des investissements Unitaïd avec des opérateurs Français depuis 2006

Figure 1 Part des investissements Unitaïd avec des opérateurs français depuis 2006.

a ainsi totalisé 14,25 milliards de dollars pour financer ses partenariats au cours des trois prochaines années. Soixante-quatorze pour cent de la mobilisation annuelle sont dévolus à l'Afrique subsaharienne et seulement 4 % à l'Afrique du Nord et au Moyen-Orient [6].

La France assure, également, grâce un financement innovant (taxe sur les billets d'avion), 70 % du budget d'Unitaid, soit 85 millions d'euros par an [7].

Mais un nombre limité de projets revient à des équipes françaises en comparaison avec les ONG internationales ou nord-américaines (*Clinton Foundation*) (Fig. 1).

Pour Gavi, sur la période 2021–2025, les états donateurs ont promis un total de 19 milliards de dollars [8]. Quant à elle, la France a fait une promesse de dons de 250 millions d'euros sur cette période, sans compter l'initiative COVAX (Vaccins Covid). Elle en est le second état donateur le plus important après le Royaume-Uni [9].

Il faut ajouter à cela les contributions de la France auprès de la Commission européenne dont certaines se traduisent en programmes de coopération avec les pays à revenus moyens ou limités. Par exemple l'*European & Developing Countries Clinical Trials Partnership* (EDCTP) a été créé par la Commission européenne pour soutenir la recherche clinique concernant la lutte contre les trois pandémies en Afrique subsaharienne. L'UE a plus récemment étendu son champ d'action aux maladies tropicales négligées et émergentes. La France n'y participe que par des dons en nature.

Certains programmes de la Commission européenne (Horizon Europe) s'ouvrent aujourd'hui à d'autres pays à revenus moyens ou limités, ainsi que le nouvel instrument européen pour le voisinage, le développement et la coopération internationale (NDICI–*Global Europe*).

La coopération bilatérale des institutions publiques

La coopération sanitaire bilatérale française des institutions publiques s'effectue par quatre systèmes de mobilisation et financement qui fonctionnent sans réelle stratégie ni coordi-

nation d'ensemble. Ceux-ci, décrits de manière plus précise en annexe (Annexe 3) et leurs activités commentées plus loin, sont ici rappelés pour préciser les différents niveaux d'intervention et de financement.

L'Initiative Expertise France. Lancée fin 2011, l'*Initiative* est un programme mis en œuvre par Expertise France. Ses modalités d'action sont restreintes aux activités du Fonds, donc aux trois pandémies. Elles consistent à apporter expertise et soutien aux projets incluant ceux de recherche opérationnelle. Son budget est de 38,8 millions d'euros par an [10] qui proviennent de 9 % de la contribution française au Fonds [11]. *L'Initiative*, dont le bilan devrait être évalué, est pilotée par un comité pluriel, présidé par le MEAE, et s'entoure d'évaluateurs propres dont la compétence devrait être appréciée.

Le département santé de l'AFD. En 2022, sur un budget global de 12 milliards d'euros dispensés essentiellement sous forme de prêts, l'AFD ne disposait que de 350 millions utilisés au profit de la santé et de la protection sociale. Cette stratégie a été récemment revue pour soutenir des activités « Une seule santé » (*One Health*) qu'il s'agisse de maladies infectieuses ou de pathologies chroniques et une partie de ce budget est affectée à des questions liées au genre (violences sexuelles...).

Coopération et formation hospitalière. Elles correspondent à des activités financées sur appel à propositions par un fonds « Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation » (MIGAC) de seulement 1 million d'euros par an et un Programme Réseau Partenariat Hospitalier financé par l'AFD à hauteur de 500.000 euros par an. La sélection des projets est effectuée par le ministère de la Santé. Ils se limitent à des missions de courte durée et excluent des programmes de recherche clinique.

L'accueil des professionnels étrangers en formation se fait par le Diplôme de Formation Médicale Spécialisée et Approfondie (DFMS/A) par un processus complexe de sélection et de répartition des stagiaires qui dépend davantage des disponibilités françaises que des demandes des pays. Un examen des dossiers de DFMS et de DFMSA rele-

vant de chaque spécialité est effectué au niveau national par une commission désignée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur. La publication annuelle du nombre de postes d'accueil pour les candidats est effectuée grâce à un recensement par le ministère de la santé auprès des directeurs des unités de formation et de recherche.

Les activités de recherche et de formation universitaire. Il s'agit essentiellement des activités universitaires ou de recherche effectuées par les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) ou les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) dans leurs partenariats et programmes avec les pays à ressources limitées. Ces activités sont souvent efficaces et estimées de leurs partenaires. Toutes, cependant, n'ont pas les mêmes implantations ni les mêmes offres de collaboration comme c'est le cas pour l'Institut de recherche pour le développement (IRD), le Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le développement (CIRAD), l'Institut Pasteur et le réseau international « *Pasteur Network* » qui ont développé des collaborations et des implantations dans les pays à revenus moyens ou limités. De même, l'Inserm et le CNRS ont des activités dédiées aux pays à ressources limitées, mais qui entrent en compétition avec leurs autres activités internationales. Ces deux institutions sont membres de l'alliance Aviesan créée pour coordonner leurs activités, mais celle-ci ne peut atteindre cet objectif, car l'alliance n'a ni personnalité morale ni budget propre !

En réalité c'est l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales/Maladies Infectieuses Emergentes (ANRS/Maladies Infectieuses Emergentes), avec son budget d'environ 10M d'euros par an, qui a les plus grandes possibilités de soutien budgétaire en recherche dans les pays à revenus moyens ou limités. Ses initiatives ne concernent que certaines maladies infectieuses (sida, hépatites, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles et émergentes).

Les autres actions soutenues proviennent des Programmes et équipements prioritaires de recherche (PEPR). Le projet sur l'antibiorésistance, coordonné par l'Inserm, n'a qu'un budget de 0,5M d'euros par an. En revanche, celui de l'initiative *Preventing Zoonotic Disease Emergence* (PREZODE), confié à l'IRD, au CIRAD, et à l'INRAE s'élève à 10M d'euros par an. D'autres budgets viennent d'appels à projets internationaux, comme le programme soutenu par l'Union européenne sur les maladies infectieuses et émergentes EDCTP.

Étude bibliométrique sur la coopération France-Afrique en recherche

Afin de mieux détailler l'impact des activités de recherche, une analyse bibliométrique des coopérations en recherche entre la France et l'Afrique au cours des 10 dernières années (2012–2021) a été réalisée. Ses résultats sont détaillés en annexe ([Annexe 4](#)).

- trois points forts s'en détachent : le recul de la France face aux autres pays européens et aux États-Unis sur le volume de la recherche produite. En effet, si l'on examine les collaborations de l'Afrique avec les États-Unis, le Royaume-Uni, la France et l'Allemagne, celles-ci ont

en moyenne triplé, sauf pour la France (seulement 80 % d'augmentation) ;

- les sujets de recherche en « *Biologie-Santé* » se concentrent principalement sur les maladies infectieuses ;
- la France ne collabore paradoxalement que peu avec ses partenaires historiques, mais plutôt avec des pays comme l'Afrique du Sud, à travers de grands réseaux internationaux qu'elle ne contrôle ni ne coordonne.

La coopération bilatérale des institutions privées

À ces quatre activités du secteur public, il faut ajouter celles de fondations, telles la fondation Pierre Fabre ou la fondation Rodolphe et Christophe Mérieux, avec un budget important, 12 M d'euros pour la Fondation Pierre Fabre, 10M d'euros pour la Fondation Mérieux. Elles ciblent des domaines spécifiques : hémoglobinopathies, dermatologie, e-santé et la pharmacie pour Pierre Fabre, biologie clinique infectieuse pour Mérieux. La Fondation Follereau et l'Ordre de Malte soutiennent la lutte contre la lèpre. S'y ajoutent les activités des ONG santé qui ont leur propre politique : Médecins sans frontières ; Médecins du monde ; la Croix Rouge nationale et l'Organisation panafricaine de lutte pour la santé (OPALS), à l'origine des premiers centres de traitement ambulatoires des malades du sida à Brazzaville, Dakar... ; la Fondation OPALS pour les faux médicaments. D'autres enfin s'appuient sur des créneaux d'interventions médicales et chirurgicales dépendant de relations partenariales et/ou d'activités personnalisées (ex : la Chaîne de l'Espoir). Ces ONG agissent sur le terrain de manière efficace, mais sans coordination entre elles. Leurs activités ne sont pas documentées dans une stratégie d'ensemble. Certaines reçoivent des fonds publics via l'AFD et/ou l'Union européenne ou s'incorporent aux projets des activités financées par les fonds multilatéraux ou bien recueillent leurs fonds propres à un niveau parfois élevé.

Analyse et commentaires

Analyse

Les différentes modalités de coopération répondent à plusieurs ambitions. Il s'agit en effet à la fois d'assurer une diplomatie d'aide au développement pour répondre aux fardeaux sanitaires qui pèsent sur les partenaires des pays à revenus moyens ou limités, une diplomatie scientifique pour contribuer à travers des collaborations aux avancées de la recherche biologique et médicale de ces pays, et une diplomatie d'influence à travers une expertise française visible, efficiente et coordonnée. Un grand nombre de structures sont aujourd'hui concernées par ces défis.

La coopération internationale en santé de la France implique directement 3 ministères, le MEAE, le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) et le ministère des Solidarités et de la Santé. Il convient d'y ajouter le ministère de l'Agriculture et celui de la Transition écologique pour l'alimentation, la santé animale et l'environnement. Cinq ministères au total, auxquels il faut adjoindre diverses Agences et structures nationales qui, agissant sous couvert de leurs tutelles,

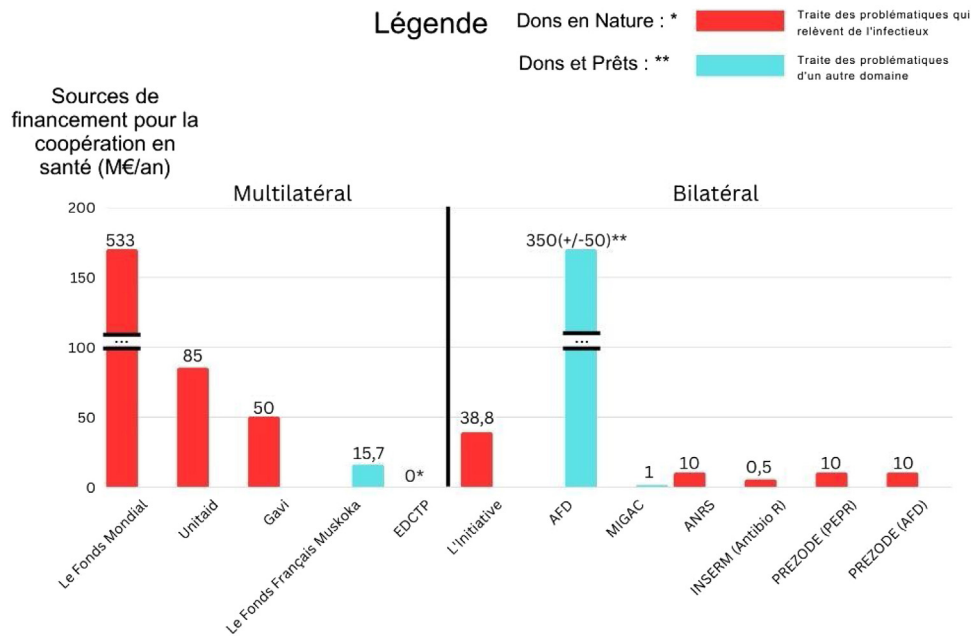


Figure 2 Sources de financement pour la coopération en santé.

devraient apporter leur expertise technique et scientifique propre, éventuellement mobilisable dans le cadre de programmes dédiés. Deux politiques d'aide soutiennent leurs interventions et celles du secteur privé (Fig. 2).

L'aide multilatérale

L'aide multilatérale engagée par la France dans les instruments multilatéraux est certes importante et utile, mais reste centrée sur quelques pathologies infectieuses. Elle s'est alignée sur la stratégie du MEAE. Son évaluation relève les progrès obtenus dans la lutte contre les trois pandémies, la santé maternelle et infantile, les Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR). Elle porte aussi sur la recherche sur le sida, les hépatites, les comorbidités infectieuses et plus récemment les maladies émergentes (Ebola, Zika, Chikungunya, Covid, etc.). Certains volets ont été soutenus à la faveur d'outils mis en place par l'APD tels le Fonds français Muskoka pour les DSSR (141 M entre 2011 et 2020) [12], ou l'*Initiative d'Expertise France* pour la lutte contre les trois pandémies et la prise en charge des populations vulnérables.

Malgré ces initiatives le groupe de travail grâce à ses auditions note cependant que :

- l'influence technique et diplomatique de la France est peu visible à travers les instruments multilatéraux et est perçue insuffisante sur le terrain par les pays à revenus moyens ou limités ;
- de multiples difficultés concernant l'utilisation au long cours des fonds multilatéraux ont été évoquées, ainsi que l'absence d'indicateurs de leur efficacité ;
- de même l'insuffisance d'accompagnement de ces fonds par des opérateurs français malgré l'*Initiative d'Expertise France* a été soulignée ;
- limitée au Fonds mondial, l'*Initiative* ne permet pas de mobiliser des expertises Françaises dans des domaines différents de ceux imposés par l'appui à ces fonds ver-

teux, ce qui exclut *de facto* les coopérations directes avec des équipes des pays à ressources limitées ou des associations de terrain désireuses de soutenir des projets hors des axes des trois pandémies ;

- les stratégies d'appui sont trop souvent élaborées sans tenir compte des attentes réelles des acteurs locaux et français de terrain ou même des intervenants français, pour répondre aux directives des fonds verticaux. Elles proposent des projets entrant dans des cadres imposés sans pouvoir réellement obtenir des financements pour le soutien global de leurs plans nationaux de développement sanitaire, mettant de côté des pans entiers de soutien à des pathologies posant d'importants problèmes de santé publique, comme le diabète ou les pathologies cardiovasculaires ;
- si la France défend une position transversale de soutien aux systèmes de santé, sa parole semble insuffisante par ses partenaires pour contrebalancer un soutien vertical aux pandémies par un appui aux systèmes de santé ;
- dans la gouvernance très complexe des instruments multilatéraux, la France n'a pas un poids à la hauteur de son expertise et de son engagement avec des représentants suffisamment influents. De plus, leur remplacement fréquent, de même que celui des fonctionnaires du MEAE où la représentation médicale est minoritaire, sinon absente, ne permet pas un suivi de la position française à la hauteur des ambitions nécessaires et des moyens engagés ;
- dans les instruments multilatéraux où la France occupe une place prépondérante, comme pour Unitaid qui est financée en grande majorité par des subventions françaises et possède aujourd'hui une présidence et direction française, il est regrettable de constater la faible participation des équipes françaises aux programmes de cette institution ;

- relevant un défaut de préparation, de mobilisation, d'information, ou de capacité de coordination, il est nécessaire de s'interroger sur le retour sur investissement Français. L'absence d'opérateurs Français de terrain qui est également remarquée pour d'autres fonds verticaux, devrait questionner la stratégie de nos contributions. Celles-ci entrent en compétition avec les ressources terrain d'autres pays, comme les États-Unis, l'Allemagne, la Belgique ou le Royaume-Uni qui sont en meilleure capacité pour les faire fructifier. En bref, il faut se demander, en particulier à propos d'Unitaid, les raisons pour lesquelles la France participe peu aux actions menées ;
- sur le terrain, les équipes françaises institutionnelle et/ou ONG sont insuffisamment soutenues et structurées pour être capables à elles seules d'accompagner efficacement les programmes des fonds verticaux. De fait, les ONG françaises intervenant dans le développement sont insuffisamment accompagnées dans la capacité de coordination et de financement de leurs actions et ne peuvent ainsi représenter une force d'appui. Elles devraient être cependant en mesure de le faire si cette coordination était en place. Un exemple de cet ordre fut l'association de Solthis (Guinée), Sidaction (Burundi), Expertise France (Côte d'Ivoire et Cameroun) et de l'ANRS (direction scientifique) pour assurer, en réponse à un appel d'offres d'Unitaid, la diffusion de tests mesurant la charge virale des malades VIH en Afrique subsaharienne.

De leur côté, les conseillers régionaux en santé (CRS), dont l'expertise médicale devrait être mieux assurée, sont insuffisamment nombreux, sont dépourvus de moyens, ont peu de capacité d'influence et peu de possibilités pour assurer le suivi de l'expertise technique. Globalement, à la différence d'autres pays, notamment européens comme l'Allemagne et la Belgique, la France manque de capacités de soutien sur le terrain pour contribuer à un partenariat efficace et/ou une réponse aux programmes de Santé mondiale.

La France est un des seuls pays où l'aide financière pour le développement transite encore par une agence de financement. De plus, l'AFD exige une parité des fonds de la part des ONG ce qui réduit d'autant leurs possibilités d'en bénéficier et exclut pour beaucoup le secteur privé du soutien public.

L'absence de financement pousse les ONG françaises à chercher des projets financés par des fonds verticaux, ce qui est un moyen pour elles de trouver des subventions indirectes. Elles sont cependant insuffisamment coordonnées. Dans la période récente, sur les 38,8 millions engagés par l'*Initiative* d'Expertise France pour appuyer les pays dans leur réponse aux fonds verticaux, seuls 15 % ont été dédiés à des activités transversales ou de coordination.

La France est en retard en matière de recherche et d'enseignement en Santé mondiale par rapport à de nombreux pays de l'OCDE (Santé mondiale 2022). Désormais, elle est le seul pays d'Europe occidentale à ne pas disposer d'institut de formation et de recherche dédié à la médecine tropicale et à la Santé mondiale. La fermeture en 2013 de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (IMTSSA—Le Pharo) à Marseille a laissé un vide important que ne comblent pas les formations universitaires insuffisantes dans le cycle des études médicales

et les services hospitaliers de maladies infectieuses et tropicales⁴. L'Académie de l'OMS à Lyon n'a pas non plus cette vocation.

L'aide bilatérale

L'aide bilatérale concerne les activités d'expertise et techniques en soins, recherche et formation, qu'il s'agisse de programmes de recherche ou de renforcement de compétences. Aucune stratégie ne concerne de manière globale l'ensemble de ces activités qui se nourrit ainsi, par défaut, d'actions individuelles conduites par les différents acteurs à partir d'initiatives nationales et/ou locorégionales. On retiendra que les quatre grandes activités portées par l'*Initiative* Expertise France, le milieu hospitalier, le ministère de la Santé, l'AFD, et les établissements d'enseignement et de recherche, fonctionnent indépendamment les unes des autres. Elles concernent :

L'Initiative Expertise France. Les soutiens de l'*Initiative* se limitent aux programmes du Fonds mondial et reposent sur l'évaluation d'un comité ad hoc et d'experts sélectionnés par Expertise France qui, au moins pour la recherche, sont insuffisamment reliés à l'expertise de l'ANRS. Les équipes universitaires et hospitalières publiques sont peu mobilisées par cette source de financement, y compris dans le volet de recherche opérationnelle. Un nombre relativement restreint d'ONG françaises ont été concernées jusqu'à présent par les appels d'offre de l'*Initiative*. L'activité terrain de l'*Initiative* est loin d'être démontrée et nécessiterait une évaluation indépendante.

L'expertise hospitalière. L'expertise hospitalière est restée exclue des réflexions sur la stratégie Française à l'international, et peu concernée par la stratégie en santé mondiale. Elle manque de coordination dans une vision de coopération bilatérale :

- le rôle important que l'hôpital jouait auparavant et son influence ont diminué, les initiatives limitées n'ont pas eu de réelle coordination, d'autant que le financement reste faible. Les hôpitaux émargent peu aux crédits hospitaliers de l'AFD, et ne sont pas concernés par les politiques des établissements publics scientifiques et techniques (EPST) dont ils ignorent la stratégie et la plupart des interventions ;
- il n'y a pas de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) international, un manque reconnu, et le continuum de la recherche clinique hospitalière et celle des EPST n'est pas assuré. Il n'y a par ailleurs pas d'interaction avec l'université sur le cadrage de leurs actions. En conséquence, il n'y a pas de stratégie commune ou interactive entre centres hospitalo-universitaires (CHU), et pas de coordination ni d'évaluation de leurs activités ;
- le soutien à l'accueil des professionnels étrangers en formation se fait par le Diplôme de formation médicale spécialisé/approfondi (DFMS/A), système de sélection peu flexible dont la centralisation pesante favorise peu l'attractivité et le fléchage dans le cadre d'une stratégie.

⁴ Mis à part l'Institut de Santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de Bordeaux.

Les postes hospitaliers dits de coopération qui la permettraient, sont en nombre restreint ;

- les possibilités d'accueil de personnels étrangers qualifiés (postdoctoraux) dans les hôpitaux français se font majoritairement par des stages d'observation non rémunérés de moins de trois mois. La possibilité d'exercer plus longtemps en secteur hospitalier (stagiaires associés) est rendue difficile par le dispositif d'accueil et la politique insuffisante en matière de soutien gouvernemental ;
- globalement, la présence de la France dans les pays à ressources limitées à partir du secteur hospitalier a considérablement diminué et à ce jour est dépassée en zone francophone d'Afrique et d'Asie du Sud-Est par des pays européens tels que la Belgique et l'Allemagne. La politique d'accueil en France des personnels étrangers est complexe pour les praticiens en formation et dispose de peu de moyens pour des stages postdoctoraux.

L'AFD. Au cours de l'audition, une évolution récente de la stratégie de l'AFD a été envisagée. Elle tiendrait compte des changements du monde en période postCovid. Il s'agit notamment :

- de prendre en compte l'aide insuffisante apportée aux systèmes de santé, et d'une capacité faible et peu coordonnée de réponse terrain. Cette stratégie permettrait de conforter l'aide aux pays dont les dépenses de santé ont augmenté en beaucoup plus grande proportion que leur produit intérieur brut (PIB) ;
- de soutenir la problématique « Une seule santé ». Il pourrait s'agir d'appuyer un grand projet de surveillance sanitaire concernant les maladies émergentes et ré-émergentes en y intégrant les risques biologiques (microbiologiques), chimiques et physiques. Une telle stratégie pourrait être reliée à d'autres programmes de surveillance locorégionale tels ceux de l'ASEAN, et s'effectuer en relation avec les autres agences Françaises de soutien aux risques sanitaires (Santé publique France, Haute Autorité de santé, Agence du médicament). Ce soutien, s'il était réalisé, permettrait un appui en ressources humaines et au renforcement du secteur hospitalier ;
- d'investir dans les maladies chroniques. Cette stratégie demande une réflexion spécifique ;
- de renforcer les ressources humaines et l'offre de soins. Cette action permettrait de pallier le déficit de formation professionnelle.

Le financement d'activités par l'AFD reste compliqué du fait de sa gouvernance (absence de Conseil scientifique et de personnalités médicales au conseil d'administration). D'autre part, si l'AFD peut soutenir des projets, nombre d'entre eux s'effectuent au moyen des prêts et reconnaissance de dettes, dont la santé n'est pas prioritaire, rendant plus difficile une stratégie coordonnée et le financement des actions proposées.

Les établissements d'enseignement et de recherche. Les institutions de recherche, et agences de financement : 5 EPST et EPIC interviennent de manière insuffisamment coordonnée au Sud. En effet, si Aviesan (Aviesan Sud) a tenté d'harmoniser les stratégies de l'Inserm, du CNRS, de l'IRD, du CIRAD, de l'Institut Pasteur et du *Pasteur Network* pour

les pays à ressources limitées, leur coopération ne s'exerce qu'insuffisamment. Sans budget et sans capacité de soutien fonctionnel, l'Alliance n'ayant pas de personnalité morale, les projets communs sont limités. Seuls ceux financés par l'ANRS/Maladies Infectieuses Emergentes ou les PEPR (anti-biorésistance, PREZODE) peuvent avoir une réelle stratégie.

L'IRD exerce depuis longtemps une politique de partenariats avec les pays à revenus moyens ou limités, notamment à travers des programmes structurants reposant sur une expertise de qualité. Cependant, il est limité par un budget insuffisant.

L'ANRS/Maladies Infectieuses Emergentes est la seule institution capable de conduire une mobilisation des divers acteurs de recherche académique autour d'une stratégie construite. Si les programmes sont de grande qualité, ceux-ci ne peuvent cependant que concerner les champs pour lesquels l'agence est missionnée : sida, hépatites, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose et maladies émergentes.

Des pans entiers de maladies infectieuses tels que le paludisme et l'antibiorésistance ne peuvent être soutenus qu'au coup par coup en fonction des opportunités nationales ou internationales.

Globalement, les seuls soutiens disponibles et mis en place concernent les problématiques des maladies infectieuses, même si certains se font dans une vision « Une seule santé ». Il n'y a pas à ce jour de soutien financier pour des recherches concernant les maladies chroniques (diabète/métabolisme, santé mentale, cancer, affections cardiovasculaires, lutte contre les drogues, etc.) sauf sur des budgets occasionnels des EPST (Inserm, CNRS), de l'ANR sans appels d'offres fléchés ou de l'Institut national du cancer (INCa) pour le cancer.

Il n'y a ainsi, à l'exception des maladies infectieuses, aucune vision stratégique d'appui partenarial au Sud. La stratégie de l'ANRS/Maladies Infectieuses Emergentes étant elle-même insuffisamment reliée au reste de la politique d'appui institutionnel en soins et formations par un continuum réfléchi, et peu liée aux stratégies en santé mondiale du multilatéral.

En outre, entre équipes françaises de recherche collaborant avec les équipes des pays à revenus moyens ou limités, il n'existe pas de réelle coordination sur le terrain et peu de concertation pour les renforcements de compétences hormis certaines opérations créant avec succès des plateformes de veille infectieuse (*Afroscreen*) ou des ambitions vaccinales (vaccins ARN en Afrique du Sud).

Commentaires

À côté d'une expertise en santé reconnue par tous et de partenaires désireux de collaborer efficacement avec notre pays :

- la France a privilégié un soutien en Santé mondiale à travers d'importants budgets confiés à des instruments multilatéraux qui alimentent principalement des fonds verticaux dédiés aux grandes pandémies, sans parvenir suffisamment à obtenir de privilégier les systèmes de santé des pays à ressources limitées. Hormis son positionnement altruiste, le retour sur investissement pour la

France est très faible et concerne peu ses équipes, même à travers *l'Initiative* dédiée aux activités du Fonds mondial. Cela semble dû à un défaut de financement et de coordination des acteurs de terrain (ONG) ;

- le lien entre les instruments multilatéraux et la coopération bilatérale, à l'exception de *l'Initiative*, donc des maladies infectieuses, n'est pas assuré ;
- la coopération bilatérale, déstructurée et peu coordonnée, sauf à travers la problématique de recherche pour les maladies infectieuses (ANRS/Maladies Infectieuses Emergentes), ne fait pas l'objet d'une stratégie d'ensemble et est insuffisamment financée. Les activités de terrain entre acteurs publics et privés ne sont pas soutenues de manière harmonisée et concertée ;
- le continuum soin-enseignement-recherche des programmes bilatéraux n'est pas assuré. Notamment, la coopération hospitalière est mal structurée, la recherche clinique hors maladies infectieuses n'étant de plus pas financée. La formation diplômante en Santé mondiale est inexistante.
- les maladies chroniques ne sont soutenues ni en activité de soin, ni en formation et de recherche, laissant de côté des pans entiers de pathologies qui sont d'importants fardeaux, souvent plus que le sida, pour les pays à revenus moyens ou limités ;
- la mortalité et la morbidité liées à l'insuffisance des structures et des personnels chirurgicaux sont particulièrement importantes et insuffisamment prises en considération ;
- les collectivités locorégionales françaises agissent sans plan d'ensemble, avec des moyens disparates et sans stratégie rationnelle conduite par des choix ou des expériences individuelles, sans concertation avec les partenaires et sans conseil scientifique ;
- il n'existe pas ou peu d'harmonisation entre les politiques internationales et les moyens gérés par les différents ministères et entre ceux-ci et les initiatives locorégionales françaises ;
- le lien insuffisant entre les experts médicaux et scientifiques et le milieu diplomatique qu'il soit central ou au niveau des postes, freine une utilisation optimum des budgets disponibles. Un dialogue avec les partenaires et des analyses concertées sur les opportunités devraient faciliter et développer les trois aspects d'une diplomatie humanitaire, scientifique et politique ;
- sans vision analytique d'ensemble et de moyens dédiés, hormis pour les maladies infectieuses, l'engagement de la France y compris chez ses partenaires historiques francophones est très insuffisamment visible et en net recul ;
- la relation spécifique avec la francophonie n'apparaît pas privilégiée ;
- la comparaison avec d'autres pays indique que ce recul de la France est comblé par des partenaires européens qui ont une stratégie plus coordonnée sur le terrain et une présence plus importante, mais aussi par les États-Unis, et au plan politique la Chine et la Russie.

Ces commentaires rejoignent ceux fait récemment par la Cour des Comptes [13].

Propositions

Il apparaît nécessaire de développer les améliorations suivantes.

Mettre en place une stratégie d'ensemble de la coopération sanitaire internationale de la France

Mettre en place une stratégie d'ensemble de la coopération sanitaire internationale de la France, associant une programmation, une coordination et un suivi des politiques médicales et scientifiques, administratives, techniques et éthiques. Confier cette tâche à un Haut Conseil de Coopération en santé mondiale qui comprendra une représentation des différents acteurs et guichets concernés et sera seul à même de définir et de mettre en application cette stratégie cohérente. Ce Haut Conseil en Santé mondiale doté de responsabilités et de moyens suffisants sera placé sous l'égide du Comité interministériel du développement (CCID).

Ses missions seront en outre :

- d'évaluer les investissements de l'ensemble des programmes et leur mise en œuvre : mieux connaître et contrôler la gouvernance, l'impact et les investissements, dont ceux de l'Initiative Expertise France et de l'AFD en santé ;
- d'évaluer l'impact des activités terrain des programmes de recherche, de soins ou de formation et leur interaction avec les partenaires dans le cadre de l'APD et de la diplomatie française.

Rapprocher les stratégies et la mise en œuvre des activités multilatérales et bilatérales

Rapprocher les stratégies et la mise en œuvre des activités multilatérales et bilatérales pour une meilleure cohérence internationale et sur le terrain, rendant ainsi plus visible l'investissement réel de la France auprès des pays-partenaires au bénéfice de leurs populations, en s'engageant plus spécifiquement dans un soutien aux pays membres de la francophonie. À cet effet replacer la coopération sanitaire dans les projets prioritaires de l'Organisation internationale de la francophonie (OIF) et de son opérateur l'Agence universitaire de la francophonie (AUF).

Le rééquilibrage des budgets attribués au bilatéral et au multilatéral déjà proposé dans des rapports antérieurs, sans effet jusqu'à maintenant, reste donc d'actualité et devrait, en outre, permettre de mieux accompagner les activités du multilatéral au moyen des programmes bilatéraux renforcés.

Élargir le champ des actions menées au-delà des maladies infectieuses

Élargir le champ des actions menées au-delà des maladies infectieuses en les adaptant aux priorités des besoins en santé des États concernés, prenant en compte les maladies chroniques non transmissibles : cancers, cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, diabète, mais aussi maladies de la femme, santé mentale, accès aux drogues. . .

Promouvoir la place de la chirurgie

Promouvoir la place de la chirurgie (oubliée dans les ODM et les ODD), et celle de l'anesthésiologie et des soins

postopératoires, trop souvent démunie et délaissée, à l'origine d'une mortalité importante et méconnue.

Renforcer la stratégie de la France en santé mondiale dans le cadre des institutions internationales existantes
Renforcer la stratégie de la France en santé mondiale dans le cadre des institutions internationales existantes, en particulier dans la gouvernance des organismes multilatéraux au financement desquels elle contribue fortement (Fonds mondial, Unitaïd, GAVI, etc.) :

- par le recrutement et la désignation d'experts en santé de haut niveau à tous les stades de leur organisation, sélectionnés sur leur compétence et leur expérience (médicale, scientifique et géopolitique) ;
- en assurant la continuité de leur présence (limitée administrativement) dans les postes occupés.

Il convient également de rappeler avec fermeté la nécessité de flécher une partie des fonds versés aux organismes internationaux vers les pays les plus pauvres en Afrique, prioritaires pour la France, figurant le plus souvent en zone francophone. . .

Renforcer l'expertise française au service d'une politique globale

Renforcer l'expertise française au service d'une politique globale en contribuant à la formation d'élites spécialisées en Santé mondiale, en adéquation avec les besoins identifiés :

- les domaines de compétence à redéployer sont nombreux, diplomatiques, administratifs et médicaux spécialisés (coopération hospitalière, production ou contrôle pharmaceutique, lutte contre les médicaments falsifiés, protection sociale. . .) ;
- la dimension santé de la coopération devra tenir compte des besoins des pays à revenus moyens ou limités dans les autres secteurs-clés du développement économique et social, notamment dans le domaine « Une seule santé » où l'expertise française est reconnue et dans la participation au programme européen de médecine personnalisée PerMed.

L'excellence de l'expertise en santé numérique des pays à revenus moyens ou limités pourrait être utilisée pour amplifier une coopération spécifique avec les jeunes élites des pays concernés.

Développer, mieux coordonner et financer les partenariats locaux sur le terrain

Développer, mieux coordonner et financer les partenariats locaux sur le terrain, en liaison directe avec les pays-partenaires, en les recadrant dans un ensemble régional et/ou international avec un suivi des résultats de leurs actions.

En pratique :

- renforcer le nombre et les responsabilités des conseillers régionaux santé ainsi que leur sélection et leurs moyens d'action ;

- mettre en œuvre une politique de ressources humaines avec des recrutements d'experts reconnus par les autorités de santé des pays concernés, assurant le suivi local des projets ;
- s'assurer que ces experts puissent fonctionner en lien avec les représentations diplomatiques sur place, en particulier les conseillers régionaux santé ;
- mieux doter cette expertise médicale, chirurgicale, biologique et en santé publique sur le terrain grâce à des soutiens accrus, à travers le budget MIGAC du ministère de la Santé et/ou des budgets ad hoc provenant de l'AFD.

À cet effet pourrait être envisagé, en dépit de l'abandon d'une « coopération présenteielle » (pour des raisons de susceptibilités politiques et de risques sécuritaires), de recréer des postes de coopérants en santé internationale dans le cadre du service national civique.

Assurer et coordonner le continuum des activités recherche-formation-soins

Cette mission serait confiée à Aviesan (Aviesan Sud), à travers le Haut Conseil pour les activités de coopération des établissements de recherche et les CHU, en dotant l'Alliance d'une personnalité morale et de moyens adaptés. Il serait nécessaire de :

- doter la recherche clinique à l'international (« PHRC international ») ;
- mieux coordonner, le continuum des activités entre les établissements de recherche et de formation ;
- réévaluer et soutenir la mobilisation hospitalière à l'international ;
- repenser également le rôle de la formation médicale en France (DFMS/DFMSA) et dans les autres pays et l'adapter aux besoins exprimés. Assurer le suivi des acteurs de la santé ainsi formés au retour dans leur pays.

Coordonner notre coopération internationale en santé avec nos partenaires de l'Union européenne et avec les initiatives de la Commission européenne

La stratégie globale définie par le Haut Conseil tiendra compte des opportunités de financement européen insuffisamment sollicité en faveur des pays à ressources limitées.

Recommandations

Afin de mettre en place ces propositions l'Académie de médecine recommande de :

1. Créer en premier lieu un Haut Conseil de Coopération en Santé mondiale chargé de la mise en place, du suivi et de l'évaluation d'une stratégie d'ensemble de la coopération sanitaire de la France.
2. Rééquilibrer les budgets attribués aux coopérations bilatérales et multilatérales.
3. Proposer et soutenir, outre ceux portant sur les maladies infectieuses, des programmes concernant les maladies chroniques.

4. Promouvoir des actions spécifiques en chirurgie, anesthésiologie et suites opératoires, actuellement insuffisantes, causes d'une mortalité accrue.
5. Renforcer la présence des experts français et la place de la francophonie dans les institutions internationales.
6. Développer et mieux coordonner toutes les actions de terrain.
7. Promouvoir et mettre en place à l'AFD une stratégie renouvelée considérant la santé comme prioritaire ; mieux contrôler ces activités (budget et utilisation) et mesurer leur impact.
8. Prévoir une véritable politique d'accueil des médecins étrangers avec simplification du dispositif des DFMS/A et le soutien à politique doctorale et post doctorale en sciences de la vie et de la santé.
9. Coordonner et assurer le continuum des activités de recherche, formation, et soins.
10. Assurer une meilleure coordination des actions françaises avec les autres pays de l'Union européenne et avec la Commission européenne.

Ainsi, la coopération sanitaire internationale de la France sera-t-elle de nouveau attractive, influente, et légitimement visible, à la hauteur des attentes des populations les plus démunies.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexes 1–4. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.science-direct.com> et <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.07.005>.

Références

- [1] Gentilini M. La coopération sanitaire française dans les pays en développement. *Journal officiel de la République française, avis et rapports du Conseil économique et social* ; 24 mai 2006. Rapport No : 8 [cité le 19 janvier 2023]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/rapport/28310-la-cooperation-sanitaire-francaise-dans-les-pays-en-voie-de-developpemen#:~:text=Marc%20Gentilini%20formule%20en%20ce,actuellement%20dispers%C3%A9e%20et%20tron%C3%A7onn%C3%A9e%22.%22> (consulté le 20/06/2023).
- [2] Chieze F, Mettendorf M, Morelle A, Ott MO. Structuration d'un champ académique en Santé mondiale. *Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche*; 2022 [cité le 19 janvier 2023]. *RAPPORT IGAS N°2021-087R/IGESR N°2022-086*.
- [3] GINGER International. Bilan de la stratégie de la France en Santé mondiale : 2017-2021. Issy-les-Moulineaux (FR): GINGER International; 2022 [cité le 19 janvier 2023]. Disponible : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/developpement/priorites-sectorielles/la-sante/actualites-et-evenements-lies-a-la-sante/article/bilan-de-la-strategie-de-la-france-en-sante-mondiale-2017-2021-11-07-22>. (consulté le 20/06/2023).
- [4] Devos P. Analyse bibliométrique des coopérations franco-africaines en matière de recherche. *Wissous (FR): Cellule Bibliométrie du Comité National de Coordination de la Recherche*; 2022 [cité le 19 janvier 2023].
- [5] OECD. Stat [En ligne]. Paris (FR): OECD. [Tableau], Aide (APD) par secteur et par donneur [CAD5] ; [Données extraites le 19 janv. 2023, 15h58 UTC (GMT); cité le 19 janvier 2023]; [environ 1 écran]. Disponible : <https://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=TABLE5&lang=fr> (consulté le 20/06/2023).
- [6] Le Fonds Mondial [En ligne]. Les partenaires du Fonds mondial font des promesses de don record pour mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme et prévenir les pandémies futures. Genève (CH); 2022 [cité le 19 janvier 2023] ; [environ 3 écrans]. Disponible : <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2022/2022-09-21-global-fund-partners-pledge-support-to-end-deadly-diseases-prevent-future-pandemics/> (consulté le 20/06/2023).
- [7] Bayle T. France reconfirms commitment to Unitaïd during the Global Fund's 7th Replenishment Conference; 2022 [cité le 19 janvier 2023]. Dans : Unitaïd [En ligne]. Genève (CH): Unitaïd. 2022. Disponible : <https://unitaid.org/news-blog/france-reconfirms-commitment-to-unitaid-during-the-global-funds-7th-replenishment-conference/#en> (consulté le 20/06/2023).
- [8] Gavi [En ligne]. Annual Contributions and Proceeds 30 June 2022. Genève (CH); 2022 [cité le 19 janvier 2023]; [environ 4 écrans]. Disponible : <https://www.gavi.org/news/document-library/annual-contributions-and-proceeds-30-june-2022> (consulté le 20/06/2023).
- [9] Gavi [En ligne]. Genève (CH); 2022. France [cité le 19 janvier 2023]; [environ 5 écrans]. Disponible : <https://www.gavi.org/investing-gavi/funding/donor-profiles/france> (consulté le 20/06/2023).
- [10] Expertise France [En ligne]. Paris (FR): 2020. L'Initiative–Sida, tuberculose, paludisme [cité le 19 janvier 2023]; [environ 8 écrans]. Disponible : <https://www.expertise-france.fr/fiche-projet?id=234302> (consulté le 20/06/2023).
- [11] Expertise France. Les 10 ans de L'Initiative [En ligne]. Paris (FR): Expertise France ; Novembre 2021 [cité le 19 janvier 2023]. Disponible : <https://www.expertisefrance.fr/documents/20182/722961/Dossier+de+Presse++Les+10+ans+de+L%27Initiative/efc4b4ee-b658-4a05-bf80-238db9632f9f> (consulté le 20/06/2023).
- [12] Fonds Français Muskoka. 10 ans du Fonds Français Muskoka [En ligne]. Fonds Français Muskoka; 2020 [cité le 19 janvier 2023]. Disponible : <https://impact.ffmuskoka.org/> (consulté le 20/06/2023).
- [13] Cour des Comptes. L'aide publique au développement dans le domaine de la santé et la présence de la France dans les organisations internationales en santé. [En ligne]–Référence: S2022-2114. [Cité le 17 mai 2023]. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/63451> (consulté le 20/06/2023).