

Annexes du Rapport 23-16. La coopération sanitaire de la France avec les pays à ressources limitées

Bull Acad Natl Med 2023;207:1014-24. Doi : 10.1016/j.banm.2023.07.005

Annexe I – Questions communiquées pour les auditions

Objet : Création du Groupe de travail dans le cadre du Comité des relations internationales

Dans le cadre de l'Académie Nationale de Médecine, le Comité des Relations Internationales a décidé de la création d'un groupe de travail sur la « *La coopération sanitaire de la France avec les pays à ressources limitées* ». Ce groupe de travail a pour objectif de formuler des recommandations en matière de coopération internationale en santé qui, une fois entérinées, pourraient être soumises aux différents porteurs d'enjeux concernés.

Le groupe de travail orientera ses auditions autour de quatre grandes questions :

- La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?
- Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?
- Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient important à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?
- Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé, ces thèmes faisant aujourd'hui l'objet de concertations nationales et internationales ?

Annexe II – Personnalités auditionnées

Le groupe a auditionné :

Anne-Claire Amprou, Ambassadrice pour la santé mondiale ;

Alassane Ba, directeur du Centre humanitaire des métiers de la pharmacie (CHMP) ;

François Chieze, inspecteur général des Affaires sociales ;

Isabelle Defourny, présidente de Médecins Sans Frontières (MSF) France ;

Mohammed Koussay Dellagi, membre étranger de l'Académie nationale de médecine et conseiller scientifique auprès du *Pasteur Network* ;

Alain Deloche, fondateur de La Chaîne de l'Espoir ;

Claude Dumurgier, ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires ;

Philippe Duneton, directeur général de Unitaid ;

Béatrice Garrette, Présidente de la Fondation Pierre Fabre ;

Jean-Elie Malkin, conseiller honoraire du ministre de la Santé de Roumanie et ancien conseiller de l'ambassadeur de France à Kinshasa pour la santé et la gestion des épidémies ;

Jean-Marie Denis Malvy, infectiologue responsable de l'unité des maladies tropicales et du voyageur du CHU de Bordeaux ;

Jean-Marie Milleliri, secrétaire général du Groupe d'Intervention en Santé Publique et Épidémiologie (GISPE) ;

Pierre M'Pelé, ancien représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Guinée équatoriale, Togo, Bénin et Éthiopie ;

Antoine Peigney, directeur du département santé d'Expertise France ;

Luis Pizarro, directeur général de l'initiative Médicaments contre les Maladies Négligées (DNDi) ;

Yves Martin Prével, responsable du département Santé de l'IRD ;

Agnès Soucat, directrice de la division santé et protection sociale de l'Agence Française du Développement (AFD) ;

Florence Veber, directrice de la Direction Internationale de l'APHP ;

Annexe III - Contributions écrites ou révisées de certaines personnalités auditionnées

1. Audition de Mohammed Koussay Dellagi, membre étranger de l'Académie nationale de médecine et conseiller scientifique auprès du Pasteur Network

Question 1 : La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?

La coopération internationale en Santé de la France implique directement 3 ministères : le MEAE, le MERS et le ministère des Solidarités et de la Santé. À cela il convient d'ajouter les ministères de l'Agriculture et le ministère de la Transition écologique pour les dimensions alimentation, santé animale et environnementale. Cela fait donc 5 ministères concernés par les questions de coopération internationale en santé.

À cela, il faut ajouter un grand nombre d'Agences et structures nationales qui, agissant sous couvert de ces tutelles, apportent leur expertise technique et scientifique propre éventuellement mobilisable dans le cadre de programmes de coopération en santé :

- i) **En soin** : les Centres Hospitalo-Universitaires et les structures de soin spécialisées en particulier en cancérologie (Institut Gustave Roussy , Institut Curie..),
- ii) **En contrôle sanitaire** : les agences spécialisées de contrôle des médicaments type ANSM, les agences de veille sanitaire à mission épidémiologique et de prévention : Santé publique France et les CNR microbiologiques sur lesquelles elle s'appuie,
- iii) **En recherche**, les grands opérateurs publics et privés : INSERM, IRD, IP, CIRAD, CNRS et les grandes agences spécialisées type ANRS / Maladies Infectieuses Emergentes
- iv) **En formation et recherche**:les institutions universitaires.

À cette liste, il convient d'ajouter les structures et agences rattachées en partie ou en totalité au **ministère de l'Agriculture**, actives dans le champ de la santé animale et de l'environnement et en alimentation : écoles vétérinaires, INRAE, ANSES.

Sans oublier les structures de conseil et de recommandations comme le Haut Conseil de santé publique (HCSP), la Haute Autorité de santé ainsi que les Académies comme la nôtre dont la réflexion peut être pertinente pour la coopération en santé, comme le sujet qui nous concerne aujourd'hui.

Au total, cela fait beaucoup d'intervenants qui ont vocation à s'investir dans les champs de la coopération internationale en santé. Chaque structure a pu d'ailleurs développer des actions dans ce domaine, de sa propre initiative, dans le cadre de leur politique institutionnelle internationale. Ces actions ont pu créer des partenariats solides avec des institutions miroirs situées dans des pays tiers, voire même **structurer des réseaux partenariaux plurinationaux** comme le font le CIRAD, l'IRD, l'ANRS / Maladies Infectieuses Emergentes, l'INSERM et naturellement l'IP.

Je ne saurais dire si la gouvernance actuelle du système est satisfaisante. Une telle appréciation ne peut venir que du pilote du partenariat à l'international, en l'occurrence le MEAE, après évaluation. Il est vrai cependant qu'au regard de la multitude de partenaires institutionnels impliqués, la question de la coordination et de son éventuelle amélioration se pose.

Pour le secteur santé qui est l'objet de notre réflexion, je ferai référence à quelques mots clés qui pourraient décrire un partenariat idéal à l'international. J'insisterai d'entrée, que c'est un partenariat **entre deux pays** et que son succès dépend in fine de la **bonne gouvernance au niveau des 2 pays**. Il est légitime, pour les efforts à consentir, de faire de cette bonne gouvernance bilatérale une **exigence réciproque**. Cela veut dire qu'il y ait des **engagements contractuels des 2 côtés** pour au minimum garantir le succès des actions engagées avec le soutien financier de la France, et pour assurer la durabilité des résultats escomptés.

Quels sont les mots clés qui pourraient décrire un partenariat exemplaire ?

- Un partenariat qui se décline à **plusieurs niveaux** : national, régional et multilatéral qui devraient être complémentaires les uns des autres et se consolider réciproquement.
- Une **cohérence de l'ensemble de la démarche partenariale** avec le pays ou le groupe de pays concernés, par un **pilotage centralisé fort** autour d'une équipe du MEAE assistée par des équipes sectorielles représentant les ministères techniques et les institutions françaises sous tutelle qui apportent leur expertise.
- Une programmation des actions qui résulte d'une concertation /Négociation avec **des équipes miroirs clairement identifiées** dans les pays concernés.
- Cette programmation n'est pas une simple compilation d'actions à conduire, mais reflète **une stratégie cohérente d'ensemble négociée en amont. Celle-ci fixe la hiérarchie raisonnée des priorités** déterminée par le niveau de développement du pays, l'urgence du problème et la prégnance du risque, l'engagement fort politique et technique des deux côtés à la fois des institutions françaises impliquées dans le partenariat et des institutions miroir dans le pays partenaire. Cette stratégie doit surtout veiller à identifier **les conditions qui garantissent la durabilité des bénéfices attendus du partenariat**.
- La programmation est évidemment axée sur les **secteurs clés** du développement économique et social : l'éducation ; la santé ; l'habitat sain ; l'agriculture et la gestion de l'eau ; la politique énergétique ; les communications ; les transports ; la lutte contre la dégradation de l'environnement et les conséquences du réchauffement climatique. Les contenus de cette programmation sont traités par des **commissions partenariales mixtes spécialisées et validées par la Grande Commission mixte de Coopération**.
- La mise en œuvre du partenariat dans chacun de ces secteurs se fait par une **approche transversale stéréotypée** qui implique
 - o i) l'identification des institutions miroir aux niveaux local et français et des 2 pilotes du programme ;
 - o ii) un programme de renforcement des institutions locales partenaires (i.e défini au niveau institutionnel et non aux niveaux infra du chercheur ou de l'équipe) ;
 - o iii) **la formation des compétences** et le transfert du savoir-faire dans le cadre de ces plans institutionnels ;
 - o iv) l'élaboration de **programmes de recherche-développement** là où l'information manque pour une meilleure identification des goulets d'étranglement et les solutions pour les lever ;
 - o v) **l'adaptation/consolidation du cadre réglementaire local** là où c'est nécessaire ;

- vi) les étapes de la mise en œuvre, les livrables et les indicateurs d'impact et de la durabilité de l'impact ;
- vii) enfin et c'est très important, la mise en contexte du partenariat avec le pays concerné dans un cadre plus large, régional, international et/ou multilatéral. Le partenariat bilatéral ne devrait être qu'un élément qui prend toute sa signification dans un contexte régional et global et peut trouver un complément de financement dans un partenariat multilatéral.

Question 2: Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?

Question 3: Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient importants à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?

Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ?

Pour ma part, je ferai 4 recommandations :

- i) **Élaborer une Stratégie par grand secteur**, négociée comme indiqué précédemment avec des engagements des 2 côtés pour garantir la durabilité des acquis et surtout une stratégie évaluée des deux côtés à intervalle régulier, aux niveaux qualitatif et quantitatif.
- ii) **Pilotage centralisé des deux côtés** en tandem pour garantir la bonne coordination des actions à conduire, aux niveaux central et institutionnel.
- iii) Programmation centrée essentiellement sur des **plans de développement institutionnels** élaborés conjointement par les institutions phares miroirs de France et du pays partenaire. Pour moi le partenaire central de la coopération avec un pays tiers, c'est là où les institutions phares du secteur considéré. Ce ne sont ni les niveaux centraux (trop politisés ou à un rôle seulement administratif) ni les niveaux individuels du chercheur ou de l'acteur de santé ou leurs équipes à qui manquent des degrés de liberté lui permettant d'être actif et productif.
- iv) **Éviter coûte que coûte les partenariats de substitution. Les partenaires locaux sont pilotes des programmes mis en œuvre**. Ils ne sont pas prestataires de service. Les données à collecter ou à générer sont produites localement et analysées localement pour garantir la durabilité de l'impact. Les partenaires français viennent en soutien. Ils seront à la fois conseils, éclaireurs et arbitres des compétitions interinstitutionnelles locales qui ne manqueront pas d'apparaître.

Quelques exemples parmi quelques thématiques que je considère comme prioritaires

Au niveau organisationnel : La France devrait offrir à ses partenaires en développement qui le souhaiteraient, son expertise pour une réflexion globale pour adapter la veille sanitaire nationale au niveau organisationnel et opérationnel aux techniques modernes de collecte, de transmission et de traitement de données en masse et pour un suivi longitudinal des indicateurs de santé . J'y inclus là où c'est possible, la mise en place de cohortes populationnelles pour la collecte d'indicateurs de santé à intervalles réguliers (tous les 5 ans, tous les 10 ans sur le modèle des enquêtes démographiques parfaitement rodées maintenant). Ces indicateurs de santé cliniques et biologiques collectés à intervalle régulier peuvent être considérés comme autant d'indicateurs indirects de développement. Ils seront les témoins les plus précis de l'impact contradictoire sur l'état sanitaire de la

population, d'une part des actions en santé et autres actions profitables sur le cadre de vie, l'alimentation, l'hygiène générale et d'autre part celle des altérations environnementales et des évènements intercurrents critiques.

De même pour l'affinement de l'offre de soin et de prévention aux niveaux central, intermédiaire et périphérique et l'adaptation du système de surveillance au niveau de développement du pays (là où il a été basé depuis près de 50 ans sur le modèle prôné par l'OMS des Soins de santé de base) avec prise en compte de la transition démographique et épidémiologique et des nouveaux risques environnementaux et ceux liés aux migrations non contrôlées et aux usages illicites ou déconseillés (drogue, tabac).

Au niveau régional et multilatéral, la France pourrait prendre la tête d'une action promotionnelle coordonnée en santé au niveau d'écosystèmes socio-économiques contrastés, mais partageant des intérêts communs au sein d'une même région ex : ensemble des pays périméditerranéens, ensemble des pays du monde arabe, ensemble des pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest, en s'appuyant par exemple sur l'Académie OMS de Lyon pour approcher et motiver les bailleurs de fonds et les donateurs sur quelques problématiques partagées : lutte contre l'usage non contrôlé des pesticides et autres nuisances chimiques en tant que déterminant vraisemblable de l'épidémie de cancers constatée dans diverses régions du monde en développement.

Maladies infectieuses : Au niveau stratégique, une politique centrée sur les grandes causes résiduelles dument identifiées de morbidité-mortalité d'origine infectieuse et des risques créés par les mauvaises pratiques thérapeutiques, en particulier les résistances aux antibiotiques. Au niveau programmatique, l'identification des risques qui peuvent être prévenus au niveau collectif au travers des actions sanitaires/hygiène/lutte anti-vectorielles/améliorations de l'habitat, thérapies et vaccinations de masse, y compris contre les maladies infectieuses négligées pour lesquelles une forte composante recherche peut être encore nécessaire en particulier à travers des approches syndromiques et le concept One Health.

Il en est de même pour une meilleure organisation de la lutte contre les risques infectieux émergents ou ré-émergents: i) identification des risques réellement encourus au niveau des divers ensembles régionaux d'écologie voisine y compris par la promotion de grandes enquêtes One Health sur les grands réservoirs de la faune sauvage qui y vit : rongeurs ; chauves-souris, canidés errants et sauvages, vecteurs locaux ; ii) adaptation des outils diagnostiques à la détection rapide et fiable des risques, y compris bactériens (AMR), iii) plan de mobilisation face à des risques imminents; iv) renforcement des plateformes diagnostiques d'épidémiologie moléculaire ; toutes ces actions gagnent à être intégrées régionalement pour mobiliser ensemble les pays d'une même région comme dans cela a été le cas pour les programmes Repair et Afroscreen pour la pandémie COVID-19 ,

Cancérologie : Au niveau stratégique; élaboration de Plans cancer adaptés aux réalités locales et au niveau de développement,

Au niveau programmatique : efforts de recherche pour identifier les spécificités locales et les priorités en termes de cancers à cibler et alimenter des statistiques réalistes de registres du cancer là où ils manquent, renforcement d'enquêtes nationales et d'enquêtes préventives contre les virus oncogènes prévalents ; consolidation de capacités thérapeutiques en particulier radiothérapeutiques, formation coordonnée de cancérologues radiothérapeutes,

anatomopathologistes, généticiens et techniciens à même d'accompagner les premiers pas d'une médecine personnalisée.

Maladies métaboliques et risques cardiovasculaires encore insuffisamment pris en compte malgré la transition épidémiologique surtout au niveau de la qualité de la prise en charge des patients

Développements des Études cliniques et essais thérapeutiques dans les pays en développement pour une meilleure insertion des équipes locales dans un contexte d'évaluation internationale des thérapeutiques et des vaccins.

Thérapeutique médicamenteuse et prévention vaccinale : Plan qualité pour le contrôle des médicaments et le suivi de leur qualité ; circuits de distribution, bonnes pratiques de fabrication ; adaptation des textes réglementaires

Maladies génétiques ; spécificités régionales (endogamie coutumière très élevée dans les pays du Maghreb et du reste du monde arabe favorisant les maladies génétiques récessives), impact des facteurs génétiques sur l'expression des maladies infectieuses et chroniques.

Question 4 : Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la Santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé, ces thèmes faisant aujourd'hui l'objet de concertations nationales et internationales ?

- Faire émerger des plateformes de génomique installées chez des partenaires institutionnels les mieux à même d'en garantir la pérennité et le fonctionnement continu.
- Mettre en place un Flux d'échange de compétences scientifiques et technologiques entre les institutions miroir des programmes malgré l'écueil redoutable pour tout partenariat pour le développement : le brain drain et la fuite des compétences.
- Renforcement de l'expertise en études cliniques et essais thérapeutiques en veillant à rapprocher les équipes cliniques et biologiques et à l'implantation forte des principes de l'éthique.
- Mettre en place des cohortes populationnelles de grande envergure pour un suivi longitudinal des indicateurs sanitaires.

Je voudrais clore mon propos en parlant plus spécifiquement du **Réseau international des Instituts Pasteur**. Ce Réseau réunit 32 établissements répartis sur 5 continents dont les missions et les activités sont très voisines. Il s'est spécialisé depuis ses origines sur les maladies infectieuses tout en s'ouvrant sur les pathologies non infectieuses selon les priorités locales. L'intérêt majeur de cet ensemble, que l'on peut qualifier de mondial, est son ancrage très solide dans les pays d'implantation où il bénéficie d'une légitimité auprès de la population locale et des autorités sanitaires des pays en développement, gagnée grâce à son rôle leader avant et après les indépendances. Le Réseau a bénéficié d'une évolution statutaire récente par laquelle, dénommé maintenant Pasteur Network, il s'est organisé d'un côté en une Association PN chargée des relations entre les partenaires et d'autre part d'une fondation PN chargée de la collecte de fonds au profit du réseau et du pilotage des actions de formation et renforcement des capacités techniques et scientifiques.

Comme depuis des décennies, ce réseau, soutenu par le MEAE, est au cœur de la coopération sanitaire internationale de la France avec les pays en développement. Plus, que jamais, il doit continuer à être l'instrument d'une politique proactive qui se décline à la fois aux niveaux local, régional et international. Cette **approche est décrite en détail dans le document de stratégie scientifique du réseau international des Instituts Pasteur**.

Les liens pour ce document :

https://pasteur-network.org/wp-content/uploads/2021/01/COS-RIIP_eng.pdf

https://pasteur-network.org/wp-content/uploads/2021/01/COS-RIIP_fr.pdf

2. Audition de Pierre M'Pelé, ancien représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Guinée équatoriale, Togo, Bénin et Éthiopie

Contexte

1.1 Coopération en santé : Passé glorieux de la coopération entre la France et les pays francophones d'Afrique : Médecine militaire, ORSTOM, Instituts Pasteur, Instituts de médecine tropicale, la lutte contre le Sida, la sécurité sanguine, etc...

1.2 Aujourd'hui la coopération sanitaire française en Afrique est à repositionner dans le contexte où la France n'a plus le 'monopole' dans les pays francophones. La France a reconfiguré sa coopération avec la préférence de la diplomatie économique (Agence Française de Développement est devenu l'acteur principal) aux dépens d'autres approches, prenant en compte les contraintes budgétaires mais aussi la nouvelle configuration mondiale avec l'émergence d'autres puissances depuis quelques décennies.

1.3 La restructuration organisationnelle non préparée avec le détachement du Service de Coopération et d'Actions Culturel (SCAC) du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération et son intégration à l'Agence Française de Développement dont le corps du métier était assez loin des préoccupations sanitaires, n'a pas contribué à la visibilité et à la cohérence de l'action Française. De fait, l'opérationnalisation de ces décisions politiques a tardé à se mettre en place, contribuant ainsi au tâtonnement et la diminution de cohérence de la Coopération Française.

1.4 Il est difficile d'avoir une opinion sur la fusion des entités de Coopération, à travers Expertise France, puisque celle-ci a été récemment intégrée dans l'Agence Française de Développement.

1.5 Le grand paradoxe est que la France a réorienté et privilégié ses partenariats stratégiques avec l'Union Européenne ou avec les grandes agences multilatérales comme le Fonds Mondial dont l'architecte institutionnelle et les règles de fonctionnement constituent une ambiguïté avec une politique claire de la France pour sa coopération bilatérale avec les pays d'Afrique et notamment francophones.

1.6 La concurrence est devenue acharnée avec des nouveaux acteurs (Chine, Inde, US, Canada, Cuba, etc..), et la compétition entre pays Européens sur le terrain (GIZ, Enabel, DANIDA, LuxDev, AICS, AECID, DFID, etc.).

1.7 La France est désormais surpassée par exemple : Belgique, Allemagne (GIZ), Canada, Pays Bas

- Meilleure définition des cibles : Pays prioritaires (par cycle de 5ans)
- Présence effective dans les pays
- Coopération centrée sur des thématiques prioritaires et innovantes définies avec le pays partenaire
- Par exemple le Financements basé sur les Résultats (FBR) pour le renforcement des systèmes de santé en Afrique.

- Implication des partenaires multilatéraux dans les financements des programmes (Banque Mondiale, Union Européenne, Fonds Mondial, etc....) et des partenaires bilatéraux européens (par exemple le FBR financé par la Belgique et l'Allemagne ensemble dans un même pays + Banque Mondiale et Union Européenne avec la Belgique comme Chef File.
- Renforcement de la présence Française au sein des agences/organisations multilatéraux et mécanismes de financements des grandes priorités sanitaires mondiales. Eviter la dualité entre les approches nationales et celle de l'UE, sans qu'il y'ait des clarifications en termes de primauté ; ce qui rend l'harmonisation assez complexe.

2. La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?

2.1 La gouvernance actuelle manque de cohérence. Il semble qu'une coordination à travers une agence légère " Agence Française de coopération en Santé " (ayant à sa tête une personnalité médicale reconnue et respectée en France et en Afrique) dont la mission essentielle se limiterait à (i) la coordination , (ii) l'implication des institutions (INSERM, IRD, INED, ANRS, France Expertise, Académie Nationale de Médecine, Universités et Faculté de médecine, etc....) et des ministères clés (Ministère de la Santé, de la coopération, des Finances , Education, Enseignement sup et recherche) dans les programmes mis en place en Afrique, (iii) à la mobilisation de l'expertise, des financements , au suivi et à l'évaluation de programmes de coopération.

2.2 Le financement des programmes dans les pays pourrait passer par l'Agence Française de Développement.

2.3 Définition des priorités de coopération (cycle de 5ans) et liste des pays prioritaires

2.4 Définition conjointe avec le pays partenaire des priorités de recherche et de renforcement du système de santé dans le cadre d'un plan à moyen terme (5ans) au travers d'une « commission mixte ».

2.5 Etablir une collaboration programmatique, de financement et évaluation des programmes avec les partenaires multilatéraux (Banque Mondiale, Union Européenne, Nations Unies, etc....), et le secteur privé de la recherche, santé et médicament, etc....)

3. Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?

3.1 Recentrer son action principale sur les pays francophones

3.2 Présence d'une expertise de haut niveau capable de coordonner l'effort en santé et recherche au niveau des Ambassades de France sous la supervision des conseillers régionaux

3.3 Associer les correspondants Etrangers de l'ANMF comme "conseiller technique" auprès des Ambassades de France.

4. Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient important à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?

- Maladies émergentes et tropicales
- Maladies Non Transmissibles
- Accès au médicament et lutte contre les faux médicaments
- Renforcement du système de santé prenant en compte les 6 grandes composantes du système de santé

Le maintien des principes directeurs de l'approche stratégique Française fondée sur les droits, la promotion de la santé à l'échelle universelle, intégrant la lutte contre toute forme d'inégalité, l'appropriation par les pays, notamment en matière de formation, de recherche et d'innovation en santé au niveau, me semblent indispensable en ce sens qu'ils contribuent, dans une certaine mesure à la spécificité Française et donc et à l'attractivité et l'influence françaises dans le contexte de la multiplicité des offres dans les pays. Cependant, la France devra prendre des risques, c'est-à-dire avoir une vision à long terme. De ce fait, le renforcement des systèmes de santé, dans une approche holistique reste la priorité mais sa construction requiert une vision à moyen/long terme et la prise des risques.

De fait, comme la plupart des acteurs, pour ne pas dire tous les acteurs, la France a été engagée dans la lutte contre les maladies endémo-épidémiques, et la survenue des fléaux de ces dernières décennies n'a fait que renforcer ces approches verticales. Autrement dit, on serait tenté de dire que l'un des enjeux de nos jours serait de savoir comment faire en sorte que ces fonds verticaux participent aussi au renforcement des systèmes de santé.

En étroite collaboration avec les pays bénéficiaires, dans une optique de renforcement des capacités nationales, la France à travers son *Agence de Coopération en Santé*, contribuer à l'identification des priorités avec l'objectif de prioriser les piliers « structurants » (Leadership/gouvernance/Management – Financement de la santé – RHS).

5. Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé...

Mise ne place des centres d'excellence sous régionaux (Afrique francophone de l'Ouest et du Centre, Madagascar) en partenariat avec les pays de la sous-région pour atténuer des « vellétés » nationales pour l'affirmation des sentiments nationalistes inadaptés vis-à-vis des enjeux globaux de santé

C'est sûrement une des approches avec un rapport coût/efficacité intéressant. Bien que cela nécessite des négociations avec une nette valeur ajoutée indiscutable sur les investissements et pour le rayonnement de la France pour une coopération basée sur les résultats.

3. Audition de Jean-Marie Milleliri, secrétaire général du Groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie (GISPE)

Je remercie l'Académie de Médecine et son Groupe de Travail « Coopération en santé » de vouloir bien m'auditionner sur un sujet aussi important que représente le développement de la coopération sanitaire française internationale.

Pour me présenter succinctement, je suis un ancien médecin militaire (j'ai quitté le Service de santé des armées en 2007 après près de 30 ans de carrière), mais j'ai travaillé comme médecin de santé publique tropicale de nombreuses années au sein de la coopération technique médicale dans des pays du champ d'intervention de la France. J'ai pu mesurer l'évolution des stratégies françaises dans ce domaine. Entre 1987 et 2021, j'ai occupé des postes très diversifiés à la fois comme assistant technique de terrain, comme chef de projet santé, comme conseiller technique au sein de l'OMS ou comme conseiller régional du réseau diplomatique français.

La politique de la France en matière d'aide publique au développement du domaine de la santé s'est structurée après les indépendances des pays de son champ d'intervention, particulièrement en Afrique subsaharienne. Après de longues années d'une coopération massivement de substitution, la coopération a évolué vers un appui projet ou programme.

Le 4 février 1998, le gouvernement français adoptait une profonde réforme de notre dispositif de coopération. La principale des dispositions arrêtées, la plus spectaculaire et la plus novatrice, portait sur le regroupement des services du secrétariat d'Etat à la coopération et du Quai d'Orsay afin de permettre la constitution d'un « grand ensemble diplomatique » placé sous l'autorité du ministère des affaires étrangères. (in rapport d'information n°46 du Sénat au nom de la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur la réforme de la coopération : <https://www.senat.fr/rap/r01-046/r01-0461.pdf>)

Jusqu'à cette date, la France avait accompagné les pays en développement par une aide publique importante relevée par Yves Tavernier dans son rapport de 1999 (<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/994000623.pdf>) : « La France est le deuxième contributeur mondial pour la coopération en faveur du développement... Notre pays a dégagé, en 1997, plus de 37 Mds F d'aides, soit 0,45.% de son Produit national brut (PNB). Sa contribution à la coopération internationale est la plus importante de l'ensemble du monde occidental ».

Dans le rapport de 2001 présenté au Sénat par Guy Penne, des propositions pour une coopération rénovée avaient été faites. Certaines ont bien été prises en compte notamment en faisant de l'Agence française de développement, le pivot des actions bilatérales de coopération. De même, l'augmentation de la participation de la France dans les institutions multilatérales, prônée par le rapport, a bien été suivi d'effet, et sans doute même au-delà puisque 80% de l'aide publique du domaine de la santé est désormais fléchée vers ces fonds mondiaux. Par contre certaines propositions n'ont pas été sinon prises en compte du moins pas suffisamment développées. Il s'agit par exemple de l'assistance technique pour laquelle les rapporteurs souhaitaient qu'elle prenne un rôle majeur dans cette coopération repensée, alliant pérennité, souplesse et diversité. Les rapporteurs insistaient sur la nécessité d'une assistance technique résidentielle accompagnant les projets et les soutiens au développement des programmes nationaux de santé. Ils relevaient également que la coopération décentralisée et les ONG françaises intervenant dans le développement n'étaient pas suffisamment soutenues financièrement et dans la capacité de coordination de leurs actions.

Plus de vingt ans après ce rapport d'information sur la réforme de la coopération, force est de constater que certaines propositions ont abouti mais parfois sans prendre toute la mesure de la mutation demandée.

Ainsi en matière de gouvernance, c'est bien désormais le ministère de l'Europe et des affaires étrangères qui impulse la stratégie française en santé mondiale. La direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats en assure le pilotage avec sa sous-direction du développement humain. La stratégie française 2017-2021 a récemment fait l'objet d'un bilan dont l'évaluation a été menée par le cabinet Ginger International. Pour rappel, cette stratégie était articulée autour de quatre axes : (i) renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies, (ii) renforcer la sécurité sanitaire au niveau international, (iii) promouvoir la santé des populations, (iv) promouvoir l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation françaises. Cette stratégie française est basée sur les droits érigeant la santé en tant que bien commun sur un principe d'égalité.

Le bilan général de cette stratégie note les progrès obtenus sur la lutte contre les trois pandémies, la santé maternelle et infantile, les droits à la santé sexuels et reproductifs (DSSR) et la recherche sur les maladies émergentes et tropicales. Certains volets ont été plus soutenus à la faveur d'outils mis en place par l'APD tel le Fonds français Muskoka pour les DSSR ou l'Initiative d'Expertise France pour la lutte contre les trois pandémies et la prise en charge des populations vulnérables. Néanmoins les évaluateurs relèvent que l'influence technique et diplomatique française est perçue nettement en recul et que la stratégie d'influence à travers le volet santé devrait être plus coordonnée et diversifiée.

Ces préconisations pour renforcer l'action française en matière de coopération sanitaire ne sont pas nouvelles puisque le rapport de Philippe Kourilsky « optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale » avait déjà en 2006 soulevé la nécessité d'améliorer la coordination des acteurs et le poids de la France en matière de diplomatie sanitaire, d'augmenter la fraction de l'APD dévolue à la santé, d'accroître l'action de terrain grâce à des redéploiements de ressources humaines et financières. Ces pistes d'optimisation étaient également notées la même année par le rapport de Marc Gentilini présenté au Conseil économique et social avec trois urgences qui restent en 2022 d'une grande actualité : (i) renforcer une assistance technique de terrain, (ii) étoffer le réseau des conseillers régionaux auprès des ambassades, (iii) relever la part du bilatéral par rapport au fonds multilatéraux.

Le rapport de Philippe Hayez en 2014 avait également noté que « si elle est visible dans les instances internationales auxquelles elle contribue, l'action de la France l'est beaucoup moins dans les pays bénéficiaires, sur le terrain de l'aide... ». De même, ce rapport notait que les modalités de soutien aux ONG françaises passaient pour l'essentiel par des appels à projets émis par l'AFD, sans qu'il s'agisse d'un soutien direct à leurs actions choisies par elles sur le terrain. L'AFD devenue pivot de l'aide bilatérale en matière de santé, sa montée en puissance a conduit à soutenir de plus en plus de projets spécialisés en santé qui représentaient en 2013 près du quart (53 M€) des subventions confiées à l'Agence depuis 2009 par le Ministère des affaires étrangères. Enfin, parmi les 16 recommandations émises par ce rapport de la Cour des comptes, cinq d'entre elles concernaient l'organisation et le soutien des acteurs nationaux. Ainsi était préconisée une meilleure articulation entre les réseaux des conseillers régionaux diplomatiques, les conseillers des affaires sociales et les points focaux santé des agences de l'AFD. La mise en œuvre de la fusion des opérateurs de coopération et la création d'Expertise France, devenue récemment partie intégrante du Groupe AFD, avait été posée comme une urgente nécessité, et le rapporteur proposait d'utiliser plus activement le levier européen par une approche combinée avec l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Ces constats qui datent déjà de plusieurs années avaient été également relevés par un certain nombre de spécialistes de la santé et du développement, qui dès 2004 pointaient notamment en matière d'expertise française le paradoxe de voir des acteurs de terrain français peu associés à l'élaboration des politiques ou des stratégies de santé (Kerouedan 2004). Ces stratégies d'appui sont parfois trop souvent élaborées dans des institutions loin des réalités du terrain, et plutôt que des fonds verticaux, des analystes de santé préconisaient la création de Fonds communs nationaux abondés par des bailleurs mieux coordonnés (Rey, 2011), tout en focalisant les appuis techniques et financiers sur les priorités des pays (Livinec 2012). Sans cela, les pays d'Afrique particulièrement, risquent d'être encore longtemps sous la tutelle étrangère dictant des institutions du Nord les priorités à financer au Sud (Rey 2013). Ces Fonds verticaux dont le Fonds Mondial, s'ils ont produit des effets depuis leur création, sont encore sans doute trop centrés sur les trois pandémies et devraient élargir leur champ d'intervention sur tous les aspects de systèmes de santé et les maladies qui pèsent lourdement sur les populations. Pour mieux appréhender ces enjeux, il faudrait sans doute rééquilibrer l'aide au développement en faveur des systèmes de santé et de la couverture santé universelle et pour cela augmenter les moyens en faveur de l'aide bilatérale en santé (Paquet 2014). En matière d'expertise et d'assistance technique, la toute-puissance en la matière d'Expertise France et son instrument L'Initiative, ne permet pas de mobiliser des expertises françaises dans des domaines différents de ceux imposés par l'appui à des fonds verticaux, ce qui exclut de facto les coopérations directes avec des équipes du Sud ou des associations de terrain désireuses d'apporter leurs expériences pour soutenir des projets de santé hors les axes des trois pandémies.

Finalement, les stratégies françaises en santé mondiale donnent l'impression de répondre seulement à une logique comptable voire politique et de ne pas prendre en compte les attentes réelles des acteurs de terrain, qu'il s'agisse des intervenants français dans les pays du champ ultra-marin de la coopération ou qu'il s'agisse des acteurs de ces pays eux-mêmes. Ces derniers, tenus de répondre aux directives venues des fonds verticaux internationaux, 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. On en arrive au paradoxe que des maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires ne sont pas prises en compte dans des pays où elles sévissent désormais de façon plus importante que l'infection par le VIH/sida. La France pour cela doit réinvestir des hommes sur ces champs de bataille contre ces maladies devenues bientôt orphelines sinon abandonnées à un sort morbide (Milleliri 2018). Il faut donc revenir aux fondamentaux (Livinec 1012) et pour cela soutenir les pays africains particulièrement afin qu'ils affichent et assurent un leadership en santé qui leur fait actuellement défaut. Sans doute qu'un new deal est nécessaire en la matière afin que naisse également une coopération panafricaine dont la France doit soutenir l'émergence sinon la consolidation.

Alors où en est-on en 2022 ?

Fort des conclusions de la réunion en février 2018 du comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), la France s'est engagée à maintenir une action résolue au profit du renforcement des systèmes de santé. La mise en place de la stratégie en santé mondiale 2017-2020 a été au cœur de ces engagements avec comme corollaire la poursuite du soutien au Fonds Mondial pour une contribution de 465 M€ sur la période 2016-2020, et une autre pour UNITAID de 85 M€ par an pour la période 2017-2019, donc encore sur un volet multilatéral axé sur les trois pandémies. Cette stratégie qui a bénéficié d'une évaluation a pêché par une relative faiblesse (notée par les évaluateurs) dans un pilotage pangouvernemental dépassant le périmètre du

CICID APD santé et devant plus impliquer les départements internationaux des autres acteurs institutionnels français.

Sur le plan comptable, avec plus de 12,4 milliards d'euros en 2020, les apports nets d'APD de la France représentaient 0,53% de son revenu national brut (RNB), classant notre pays au 5ème rang en volume derrière les Etats-Unis, l'Allemagne, le Royaume-Uni et le Japon, et au 9ème rang en pourcentage du RNB. La France prévoit d'atteindre 0,7% du RNB alloué à l'APD d'ici 2025 (loi de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales, août 2021).

Sur cette APD globale, la France a consacré en 2018 plus de 900 millions d'euros au secteur de la santé dont 80% ont transité via le canal multilatéral (alors que sur l'ensemble de l'APD française, plus de 60% est dispensée par le canal bilatéral). Le secteur santé représente donc à cet égard une particularité dans cette répartition du bi-multi. La crise du Covid-19 a conduit à un engagement plus fort de la France puisque l'AFD dans son initiative « Santé en commun » a engagé 1,8 milliard d'euros sur la période 2020-2021. Parmi les actions financées figurent par exemple le financement de l'ONG Alima (2M€) pour renforcer la capacité de réponse à la pandémie de Covid-19 de cinq ministères de la santé en Afrique, ou encore le financement de la Commission de l'océan Indien (8,7 M€) pour améliorer la sécurité sanitaire dans l'océan Indien. Expertise France financée par l'AFD dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 et en appui aux pays a mobilisé 2,6 M€ pour la mise en œuvre de 29 missions conduites par 104 experts pour un total de 2805 jours d'expertise.

En 2021, pour appuyer les pays, Expertise France a engagé 40,8 M€ (dans le cadre de la contribution indirecte au Fonds Mondial) dont 22,7 M€ dans 18 projets d'intervention et de recherche, 9 M€ dans 81 missions d'assistance technique (dont 29 portées en lien avec la Covid-19) et 2 mises en place de dispositifs d'appui technique en Mauritanie et au Tchad. Sur ces 40,8 M€, 6,2 M€ étaient dédiés à des frais de coordination et à des activités transversales ou de fonctionnement, soit 15,2 % de ce financement. L'Initiative d'Expertise France a lancé pour 2022 un appel à projets sur trois axes (renforcement des systèmes de santé, soutien aux populations vulnérables, recherche opérationnelle pour la tuberculose) pour lesquels 17 soumissions ont été retenues pour un montant total de 21,7 M€. Parmi les institutions et ONG françaises retenues pour porter ces projets on notera le CHMP pour 855.000 € (projet au Togo pour renforcer les coopératives des femmes et les points de distribution de médicaments), l'IRD pour 1.596.000 € (projet en Thaïlande pour une nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose), Santé Sud pour 2.483.000 € (projet en Mauritanie d'un programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et le renforcement de la lutte contre les trois pandémies par une approche de genre), Solthis pour 878.318 € (projet en Côte d'Ivoire d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des travailleuses du sexe (femmes et trans). Ceci illustre le fait que certaines ONG et institutions françaises cherchent dans le financement de ces projets financés par des fonds verticaux des moyens de trouver des subventions indirectes pour leur fonctionnement. En effet, en l'absence de subvention gouvernementale française, les associations d'importance sont contraintes de proposer des soumissions entrant dans un cadre obligé par les lignes directrices en lien avec les stratégies imposées par ces fonds.

Ainsi, par exemple, le GISPE (groupe d'intervention en santé publique été épidémiologie), association française loi 1901, qui organise chaque année depuis 2012 le congrès francophone de médecine tropicale et santé internationale, n'est pas soutenue par les instances gouvernementales françaises pour l'organisation de ces journées « Les

Actualités du Pharo » alors que ces rencontres ont pour objet de renforcer les ressources humaines des acteurs de santé du Sud en partageant des expériences et des connaissances en lien avec leurs activités médicales.

De même, l'APD ne soutient que très peu le volet santé de l'enseignement, de la formation et de la recherche, en dehors pour ce dernier volet des quelques projets soutenus dans le cadre de l'Initiative d'Expertise France. Cette lacune a été relevée par le think tank Santé mondiale qui a pointé le sérieux retard de la France en matière de recherche et d'enseignement en santé mondiale par rapport à de nombreux pays de l'OCDE (Santé Mondiale 2022). Sur ce sujet, il faut aussi rappeler que la France 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 dans le cycle des études médicales et des services hospitaliers de maladies infectieuses et tropicales. Ce fait avait d'ailleurs été relevé lors d'une question au gouvernement du député Marc Le Fur en 2018 sans qu'une réponse adéquate lui été faite par le Ministère des affaires étrangères. La création de l'Académie de l'OMS à Lyon n'ayant pas la même vocation.

En conclusion, si elle veut sans doute avoir un plus grand impact sur le développement de la santé dans les pays qu'elle soutient, la France doit revisiter le volet opérationnel de ses actions. Pour cela elle ne pourra pas se passer d'un plus grand investissement financier en augmentant la part de l'APD dédiée à la santé, elle ne pourra pas se passer de rééquilibrer la répartition du bilatéral vis-à-vis du multilatéral et elle ne pourra pas se passer de placer sur le terrain un plus grand nombre d'experts pour accompagner sur la durée les acteurs du Sud. La création d'une école doctorale de santé mondiale pourrait être une opportunité de fédérer cette stratégie opérationnelle dans laquelle les intervenants du Nord et du Sud pourront acquérir des connaissances directement en lien avec les enjeux des objectifs du développement durable.

Cette ambition toujours centrée sur les droits humains et la mise en place de la couverture santé universelle permettrait à la France de poursuivre la diffusion des valeurs qui sont celles qu'elle porte dans ses fondements, à savoir des valeurs d'équité, de justice sociale et de bien commun mondial.

Je vous remercie.

Messages-clés :

1. Le positionnement prépondérant de la France dans les fonds multilatéraux, même si elle relève d'une volonté politique de placer la stratégie de développement sanitaire au sein d'instances supranationales, a paradoxalement affaibli sa place et sa parole dans les pays d'intervention.
2. Ce positionnement français dans des fonds multilatéraux a également appauvri le leadership des pays dans leur capacité à rester maître de leurs choix dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux de développement sanitaire, les actions prioritaires étant désormais fléchées par les directives de ces fonds.
3. L'expertise française est trop morcelée soit en soutien perlé à des demandes des pays dans le cadre de l'Initiative d'Expertise France, soit dans le cadre de projets centrés sur les axes définis par les institutions des fonds verticaux.
4. L'absence en France d'un Institut ou d'une Ecole doctorale dédiée à la médecine tropicale et à la santé internationale nuit à la capacité de rassembler dans un centre de

référence les acteurs de la santé et du développement, et de générer une animation voire une coordination de la formation et de la recherche-action dans le domaine.

5. Si l'APD française atteindra en 2025 le chiffre de 0,7% annoncé dans la loi d'août 2021, la part dédiée à la santé est à la fois trop faible et à la fois trop mise en œuvre par les fonds multilatéraux ; une augmentation de l'APD santé et un rééquilibrage pour donner plus de poids aux actions bilatérales paraît nécessaire.

Références

Agence Française de développement. L'AFD et « Santé en commun » : riposte 2020-2021 au Covid-19. 2022, 12 p.

Assemblée Nationale. 15ème législature. Question n° 6641. Marc Le Fur. Coopération sanitaire de la France dans les pays en voie de développement. JORF 20/03/2018

Focus2030. L'aide publique au développement de la France. Notes d'analyse n°9. Avril 2021. 10 p. <https://focus2030.org/La-politique-d-aide-au-developpement-de-la-France> consulté le 19 septembre 2022.

Gentilini Marc. La coopération sanitaire française dans les pays en développement. Avis et rapports du Conseil Economique et Social. Paris, 16 et 17 mai 2006. La Documentation française, 92p.

Hayez P. (Magistrat Cour des Comptes), P. Roussel (MEAE), D. Kerouedan (Expert senior indépendante) et C. Laporte. Cohérence, impact et modalités de notre coopération au développement en santé. Évaluation Mission d'Action Publique. Cour des Comptes en France. Juillet 2014. 60p.

Kerouedan D. Evolutions des profils de l'expertise française en santé dans le contexte des stratégies internationales de développement en Afrique. Med Trop 2004 ; 64 : 321-325.

Kerouedan D. Evaluation des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : dix ans après. Med San Trop 2014 ; 24 : 135-139.

Kourilsky Philippe, (avec la participation de Perrey Christophe, Brossard Marion et Kerouedan Dominique. Optimiser l'action de la France pour la santé mondiale. Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses. La Documentation française, Paris, 2007. 313 pp.

Livinec B., Rey J.-L. Systèmes de santé en Afrique subsaharienne : revenir aux « fondamentaux ». Med San Trop 2012 ; 22 : 341-342.

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères. 2022. Bilan de la stratégie de la France en santé mondiale (2017-2021), Synthèse. 20 p.

Milleliri J.-M. Stratégies françaises et santé mondiale. Med San Trop 2018 ; 28 : 117-119.

Paquet C. Pour un rééquilibrage de l'aide au développement en faveur des systèmes de santé. Med San Trop 2014 ; 24 : 117-118.

Rey J.-L. Politiques de santé des pays en développement (PED) et relations internationales. Med Trop 2011 ; 71 : 109-110

Rey J.-L., Livinec B., Milleliri J.-M. La santé, dernier champ de la tutelle étrangère en Afrique ? Med San Trop 2013 ; 23 : 16-17.

Santé Mondiale. Note 19. Mai 2022. Recherche et enseignement de la santé mondiale : combler le retard français. 12 p. <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2022/05/Note-bleue-recherche-et-enseignement-sant%C3%A9-mondiale.pdf> consulté le 19 septembre 2022

4. Audition de Béatrice Garrette, présidente de la Fondation Pierre Fabre

I. Le paysage de la Fondation Pierre Fabre

Au-delà de ses missions propres, la Fondation assure un rôle déterminant dans l'organisation juridique et financière du groupe Pierre Fabre. M. Pierre Fabre a décidé, en 2008, de faire don de la majorité des actions de son groupe à la Fondation Pierre Fabre. À son décès en juillet 2013, il a fait de la Fondation son légataire universel. Celle-ci détient désormais 86% du capital de Pierre Fabre SA. Les 14% restants sont essentiellement des parts salariales. Ce don de la majorité du capital de l'entreprise à la Fondation assure la pérennité du groupe et les moyens durables de financer les actions de la Fondation. Elle opère aujourd'hui avec un budget annuel de 12 millions par an dont 1/3 viennent d'autres sources de financement que celles de la Fondation et dont la plupart viennent de l'AFD. En effet, la Fondation et l'AFD mènent des programmes en co-financement. La Fondation a permis à l'AFD de s'intéresser à des problématiques nouvelles comme la drépanocytose. Ayant cette position d'opérateur, de bailleur et cette éligibilité à des co-financements, l'AFD est devenu « naturellement » un des premiers bailleurs de la Fondation.

La fondation communique beaucoup avec le ministère des Affaires étrangères, car c'est l'un de ses ministères de tutelle. Comme la Fondation Pierre Fabre a été reconnue d'utilité publique par l'État français en 1999, deux représentants du gouvernement (un du ministère des Affaires étrangères et un autre du ministère de l'Intérieur) siègent à son conseil d'administration.

La Fondation reste avant tout un opérateur qui met en place des programmes directement avec les acteurs locaux (hôpitaux, ministères, associations locales, etc.). La Fondation Pierre Fabre se veut principalement opératrice des projets dans lesquels elle s'implique, ce qui engendre une logique de partenariat avec les acteurs des pays dans lesquels elle intervient. Elle privilégie également des initiatives et des projets que les acteurs locaux peuvent se réapproprier. Enfin, la Fondation mise sur l'effet de levier de ses ressources financières afin d'encourager l'engagement de bailleurs publics ou privés autour de ses projets.

La Fondation Pierre Fabre se donne pour mission d'améliorer l'accès aux soins et aux médicaments des populations des pays les moins avancés. Elle s'intéresse à des thématiques négligées en Santé mondiale, mais qui reste des priorités dans ces pays. Le portefeuille de la Fondation regroupe 5 grands thèmes :

1. La formation de professionnels du médicament en appui des formations universitaires et des ministères
 - a. La réussite des programmes d'approvisionnement en médicaments et leur bon usage dépendent en effet de la compétence des personnels de santé locaux.
2. La dermatologie
 - a. Elle s'investit dans la dermatologie, afin de combler le déficit d'accès au diagnostic et aux soins, et de cibler notamment une population particulièrement vulnérable et à risque de cancers de la peau : les personnes atteintes d'albinisme.
3. La lutte contre la drépanocytose
 - a. Cette maladie génétique orpheline concerne plus de 300 000 naissances chaque année en Afrique subsaharienne. Mais peu d'États s'en sont saisis.
4. La E-santé

- a. Les technologies de l'information et de la communication permettent de pallier certaines barrières économiques, géographiques, sociales d'accès aux soins, ainsi que la pénurie de personnels médicaux. La Fondation fait émerger ces solutions à travers son Observatoire de la E-santé dans les pays du Sud.
5. Accès aux soins des populations vulnérables, en soutien aux organisations locales
 - a. Aux côtés des acteurs locaux, la Fondation développe des programmes d'accès aux soins dans des contextes de crise. Par exemple, en Centrafrique, la Fondation met en place un centre de prise en charge holistique (juridique, médical, social) des personnes victimes de violences sexuelles, en partenariat avec la Fondation Panzi et la Fondation du Dr Mukwege.

La Fondation intervient dans une quinzaine de pays et a à son actif une trentaine de programmes.

Dans la note de synthèse qui a été réalisée l'année dernière au sujet de la philanthropie française dans le cadre de l'APD, le ministère des Affaires étrangères s'est intéressé au rôle des fondations dans l'écosystème de la Santé mondiale. Suite aux recommandations du nouveau cadre de l'APD, le CNDSI a ouvert un collège des fondations pour participer à ces travaux qui sont censés orienter et conseiller le ministère des Affaires étrangères dans sa politique d'aide au développement. Actuellement, il y a de plus un groupe de travail spécifique sur les fondations. Une publication est à venir.

II. Réponses aux questions du groupe de travail

- Madame Garrette note une vraie avancée de la coopération française dans son ouverture aux autres acteurs en Santé mondiale.
- Le budget de l'AFD a augmenté de manière considérable et a été ciblé majoritairement pour l'aide bilatérale. Le déséquilibre reste tout de même très important entre le bilatéral et multilatéral.
- La France finance énormément d'initiatives multilatérales, mais peine à avoir du poids dans les décisions des institutions qui les gèrent.
- La France doit y envoyer davantage de français (qui parlent anglais), car sinon cela revient à s'exclure automatiquement des discussions décisionnelles des instances internationales.
- L'AFD affiche sa volonté de collaborer directement avec les organisations de la société civile (OSC) dans les pays avec lesquels elle travaille et c'est un élément clé au vu de la détérioration des relations diplomatiques avec les pays qui engendre souvent un arrêt des financements des projets. Cela reste cependant une initiative difficile à mettre en place, car dans de nombreux cas, ces OSC ne sont pas forcément armées pour gérer les financements qu'elles reçoivent. Il y a donc un véritable travail d'accompagnement à faire pour les aider à obtenir leur autonomie, travail que les fondations et ONG françaises peuvent accomplir en partie. Ces organisations sont les meilleurs relais pour améliorer les soins en santé.

- Par exemple, au Liban, la Fondation travaille avec l'Ordre de Malte depuis 20 ans pour améliorer l'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables.
 - Avec la guerre en Syrie, la majorité des réfugiés ont immigré au Liban et cela a fait augmenter la demande pour l'accès aux soins. Pour répondre à cette demande, la Fondation a mis en place des unités médicales mobiles.
 - Aujourd'hui, la crise financière a fait exploser le nombre de personnes en situation de précarité, la Fondation a donc aidé l'association à se structurer et à gérer son budget qui a triplé pour pouvoir répondre à une demande qui a considérablement augmenté.
- La France n'investit pas assez dans des initiatives pérennes qui ont pour objectif de renforcer le système universitaire des pays en crise. C'est pourtant là que devrait se concentrer la capacité à former. C'est l'un des principaux objectifs de la Fondation dans le cadre de ses programmes de formation des pharmaciens et spécialistes du médicament en faisant monter en compétence les facultés de pharmacie. Ces programmes peinent à trouver d'autres financements, or c'est un engagement de long terme qui demande beaucoup de ressources et de temps (15-20 ans en moyenne). En effet, la Fondation doit aller d'université en université pour recommencer chaque fois un nouveau programme de formation. C'est pourtant une approche qui contribuerait, entre autres, à faire sortir les faux médicaments du marché. C'est un sujet qui est très politique, car il vient en appui du travail des autorités compétentes pour essayer de lutter contre ce problème, la formation est peut-être finalement le meilleur moyen d'y parvenir.
 - La France doit absolument relancer la coopération médicale au niveau de la formation avec les universités, les hôpitaux et les CHU. C'est quelque chose qui est très demandé en Santé mondiale et la France pourrait regagner du *soft power* si elle travaillait sur ce sujet. Ces formations se font parfois au niveau Sud-Sud, mais cela nécessite que les universités soient assez grandes et structurées. Même si la Fondation priorise le Sud-Sud, elle se rend bien compte qu'il est parfois nécessaire d'avoir l'expertise française dans certains domaines. Cela a notamment été le cas pour la formation de gynécologues-obstétriciens à la chirurgie reconstructrice dans le cas des mutilations génitales féminines qui a été faite avec l'APHP.

III. Question – Réponse avec les Académiciens

Monsieur Hauw : Serait-il envisageable de mettre en place des formations en partenariat avec les pays bilingues ? Est-il possible de promouvoir des bourses pour encourager les étudiants à aller faire un stage dans un pays étranger pour qu'il puisse rapporter leurs acquis dans leur pays ?

La Fondation Fabre travaille en coopération avec l'Agence Universitaire de la Francophonie. Cette dernière l'a beaucoup aidée dans un grand programme en Asie pour former des pharmaciens au niveau Master sur la qualité des médicaments. L'AUF a malheureusement des limites au niveau de son financement et mériterait d'être davantage aidée par la coopération française. La Fondation a aussi un mécanisme de bourse et pour le mettre à l'échelle il faudrait créer une initiative avec plusieurs acteurs à différents niveaux. Il faut tout de même faire attention aux programmes d'échanges où les étudiants

passent trop de temps hors de leur pays, car bien souvent ils ne veulent plus rentrer chez eux ou si c'est le cas ils sont souvent déçus, car ils ne peuvent pas exercer au niveau de la formation qu'ils ont reçue et se retrouvent souvent à faire de l'administratif. Il faudrait donc pouvoir former à grande échelle et créer des pôles de recherches pour pouvoir valoriser le niveau de connaissance qu'ils auront acquis.

Monsieur Debré a repris les grands points abordés lors de l'exposé de Mme Garrette et des réflexions qui ont été apportées lors des autres auditions :

1. L'absence de la France aux conseils d'administration des grandes institutions. Cela est dû au fait que la France envoie des ambassadeurs qui n'ont pas de réelles connaissances en santé et la France a un discours qui n'est pas conçu dans le cadre d'une réelle politique de coopération pour que le bilatéral vienne soutenir le multilatéral. Quand les finances multilatérales arrivent dans les pays, elles échappent à une pensée de terrain. Il n'y a donc pas de politique derrière.
2. Les 3 instruments de coopérations bilatérales sont :
 - a. L'AFD qui aujourd'hui se penche davantage vers les maladies chroniques
 - b. *L'Initiative* d'Expertise France, mais ça ne touche que les trois pandémies
 - c. Les MIGAC de la santé (coopération hospitalière)
 - d. La recherche
 - i. À part les financements de l'ANRS, il n'y a pas de budget pour les programmes de recherches
3. Il y a une vraie absence d'harmonisation des initiatives françaises

Madame Garrette a clarifié un point sur le soutien des acteurs terrain. En effet, il y a un guichet AFD qui a lieu tous les ans pour soutenir les OSC via un appel à manifestation d'intérêt. Cependant, ce guichet permet seulement d'obtenir des projets en co-financement, donc les OSC devraient être capables d'apporter une partie du financement du projet.

Monsieur Gentilini a fait part de son opinion quant au couple AFD – Expertise France et sa crainte que les deux ne soient de très mauvais exécutants.

Madame Garrette a souligné qu'Expertise France n'était pas opérateur, car il lance des appels à projets et donne son soutien financier à des projets. Madame Garrette est cependant inquiète que ce nouveau couple vienne encore une fois recentrer le débat sur les maladies infectieuses alors qu'aujourd'hui il y a un véritable besoin de se focaliser sur la résilience des systèmes de santé. Par exemple pour la drépanocytose, il faut absolument arriver à créer les conditions d'une prise en charge dans les centres de santé primaire, partout dans le pays et à toutes les échelles sinon c'est une maladie qui restera un fléau dans ces pays. Les crises du COVID-19 et Ebola ont montré que des systèmes de santé pérennes sont essentiels pour que les pays soient capables d'absorber les chocs.

Monsieur Debré : Qu'en est-il de la coopération au niveau du terrain ?

Elle est encore insuffisante. L'AFD souhaite créer une initiative Équipe France dans les pays afin de travailler tous ensemble. Cela nécessiterait que tous les représentants sur le terrain se rencontrent pour discuter. L'Ambassade à une époque aurait pu jouer ce rôle de coordination, mais aujourd'hui n'en a plus les moyens.

Monsieur Debré : Quels sont les liens entre la Fondation Pierre Fabre et la Fondation René-Touraine ?

Elles ne travaillent pas ensemble, car le domaine d'action de la Fondation René-Touraine est trop spécifique et la Fondation Pierre Fabre cherche à répondre à des

problématiques plus larges et aussi à la demande des pays. Même si la Fondation travaille sur l'albinisme c'est finalement une thématique qui à l'échelle du continent est assez importante. Les personnes touchées sont également des populations persécutées. C'est donc un sujet qui suit davantage la ligne directrice de la Fondation. C'est également un sujet qui prend de plus en plus d'importance en Afrique.

Monsieur Hauw : Que fait la Fondation à propos de sujets en lien avec la nutrition et notamment contre l'obésité ?

La Fondation Pierre Fabre ne souhaite pas se disperser, car elle désire privilégier quelques problématiques importantes, mais négligées au niveau de la Santé mondiale. La nutrition cependant fait partie des déterminants de la santé. C'est un sujet qui a sa place dans les initiatives sur la E-santé que nous identifions et renforçons. En effet, les téléphones portables peuvent notamment servir à faire de la prévention et peuvent être utilisés comme des outils d'éducation. La Fondation fait des formations sur le digital au niveau ministériel afin que les ministères se rendent compte de la puissance de ces outils et qu'ils réfléchissent à comment les utiliser au mieux. Cela permet aux innovateurs locaux de contribuer à améliorer leurs systèmes de santé. C'est un terrain où la France peut nettement s'améliorer, car c'est un point sur lequel elle s'est positionnée et pourtant aucune grande initiative n'est prise hormis l'incitation à la création de startups (incubateurs) ce qui est insuffisant. Cela permettrait à la France de faire rayonner la *French Tech* et d'aider l'Afrique francophone à rattraper le retard qui s'est creusé avec l'Afrique anglophone qui a une avance considérable sur le sujet de l'adoption du digital. Le digital est également un véritable outil d'émancipation pour les femmes.

Monsieur Debré : Quels sont les liens de la Fondation avec le Cambodge ?

La Fondation a formé les formateurs de la faculté de pharmacie de Phnom Penh, et c'est elle qui a construit le bâtiment qui abrite la faculté. La Fondation avait mis en place un Master commun avec le Laos et le Vietnam où les universitaires français sont venus former dans les trois pays. Afin de faire perdurer les liens et contribuer à la recherche, la Fondation finance des travaux de recherche universitaire dans les trois pays afin que chacun puisse développer une capacité de recherche et celle d'aller chercher des financements en coopération internationale.

5. Audition de Jean-Marie Denis Malvy, infectiologue responsable de l'unité des maladies tropicales et du voyageur du CHU de Bordeaux

Point 1 : La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?

La France a multiplié les nominations d'ambassadeurs en santé pour de nombreux thèmes (One Health, Ebola, Santé Mondiale, etc.), mais sur le terrain des pays africains francophones il n'y a pas eu d'impact visible. Des projets pourraient être couplés avec ce type de nominations, non seulement en biparti mais également multipartis avec une émulation sud-sud, ce qui apporterait peut-être davantage de poids à ces initiatives.

La participation de la France à l'OMS et son rôle est difficile à discerner et encore plus sa plus value. Les Français ne font malheureusement que des apparitions furtives

dans les instances internationales. Ils ne sont que très peu à rester et évoluer au sein de ces organisations.

Point 2 : Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?

Le constat qui a été fait au travers des auditions du groupe de travail « Coopération en santé » c'est qu'il manque une vraie expertise française au comité de direction de ces instances et qu'il en résulte un manque de coordination sur le terrain.

Monsieur Malvy est d'accord avec ce constat. À cela, il ajoute que chaque pays a en plus ses propres problèmes régionaux ; donc les opérateurs sur le terrain devraient arriver à continuer de travailler malgré ces conditions et souvent ces contraintes ; et ils doivent aussi parvenir à s'inscrire dans la politique étrangère de la France pour chaque pays. Force est aussi d'œuvrer dans le contexte récemment majoré de défiance vis-à-vis de la France, déclarée ou médiée par des réseaux sociaux hostiles

A travers les pays, l'entité représentée par les universités commence à reprendre une place d'importance, par exemple dans l'acceptation et la recherche opérationnelle en santé mondiale. Pourtant, son potentiel est souvent négligé alors qu'elle permet d'apporter une grande stabilité au sein des consortiums de recherche et d'enseignement. En effet, les universités résistent souvent aux guerres et aux changements diplomatiques subséquents. Également, l'Europe est très sensible aux consortiums universitaires, il y a donc un grand nombre de financements possible à travers cette voie. Ces consortiums prennent une place grandissante auprès des institutions internationales.

La Maison France fait souvent le choix d'installer une présence pérenne sur le terrain (avec expatrié et partenaires du pays) qui produit de la recherche et met à disposition des soins et les rend accessibles, comme préalable au déploiement des activités programmées. Face à la concurrence internationale et les conditions sur le terrain, c'est un standard qui est parfois difficile à maintenir. En effet, certains terrains sont non seulement difficiles, mais il faut assumer (en premier en terme de moyens engagés) que s'agissant par exemple une recherche opérationnelle en rapport avec une maladie d'expression endémo-épidémique, il se passe peu de choses au cours des mois composant les phases inter épidémiques. Lorsque les chercheurs veulent bien rester, cela crée un avantage qui permet à la France de se voir confier ou négocier favorablement d'importantes missions ultérieures. Par exemple, le CEPI a confié à la France une place stratégique dans la recherche d'implémentation du déploiement de la vaccination contre la fièvre de Lassa, car elle est présente depuis longtemps sur le terrain des pays concernés par l'expression de cette maladie. Les États-Unis ne sont pas du tout présents sur le terrain, mais à contrario la France ne leur fait pas concurrence, car déficitaire en matière en matière d'innovation diagnostique et de contre-mesures médicales. Certains terrains ne sont aujourd'hui plus accessibles à cause des conflits ou autres instabilités politiques, il devient donc très difficile d'intervenir.

Même si la France a du mal à asseoir sa souveraineté dans certains programmes c'est la pugnacité des chercheurs qui lui permet de continuer à travailler sur certains sujets. Également, compte tenu des comportements hostiles de groupes hostiles l'instabilité sur le terrain est de plus en plus importante, au moins de manière récurrente par

période (instabilité majorée lors de campagnes électorales), ce qui conduit à l'interruption ou au moins l'ajournement de missions et déplacements sur place. Cependant, les équipes sur place arrivent tout de même par leur stabilité et la cohésion à assurer la pérennité des programmes.

Grands axes de critiques :

- Il faut que la Maison France reprenne mesure de sa capacité de souveraineté, renouvelée dans un partenariat local éprouvé par l'équité entre équipes et l'engagement de terrain ; également si ses capacités de recherche et innovation lui permettent davantage d'autonomie dans des propositions thérapeutiques et préventives prometteuses à évaluer.
- Il faut que la France redonne du sens aux universités et aux consortiums qui peuvent être constitués.
- La technicité de la France est aujourd'hui occultée par les instances locales et internationales, il faut donc qu'elle arrive à se démarquer.
- Le rapport sur investissement de la France n'est pas au rendez-vous.

Point 3 : Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient importants à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?

Les problèmes soulevés dans cette question sont négligés et cela pose de grands problèmes. Il faudrait approcher les problématiques en santé mondiale non pas par leur morbidité, mais par une approche interdisciplinaire et systémique avec la gouvernance des agences qui accompagneraient leur financement.

Point 4 : Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé, ces thèmes faisant aujourd'hui l'objet de concertations nationales et internationales ?

La France s'est quelque peu désengagée de la formation des élites africaines, même si à défaut d'afficher une entité nationale unique, elle dispose de formations doctorales européennes et attractives dans le domaine de la santé internationale. Pour ce faire, les forces existent et les réseaux aussi. C'est un défi au niveau européen pour concurrencer avec les États-Unis qui n'ont aucune présence sur le terrain, mais qui ont davantage de moyens. La France n'est pas absente des initiatives européennes, mais elle doit absolument s'emparer de l'anglais, car elle est en train de s'exclure de la des instances internationales de santé mondiale. La France est attractive et a aussi de l'expérience donc elle a matière pour former et attirer de nombreux pays et de construire des échanges en formation et recherche. La France doit se réapproprier une confiance en elle qu'elle a perdue.

Question – Réponse :

Monsieur Debré : Comment est-ce que la France soutient l'action sur le terrain ?

Pour avoir des personnes de qualité sur le terrain qui viennent pour des périodes de 4 à 6 semaines il faut :

- Qu'elles aient fait leurs preuves sur d'autres terrains sur des durées plus courtes
- Les terrains ne doivent pas être trop risqués

Au niveau du budget, l'argent provient de fonds européens et l'ANRS réalise des appoints. Pour les projets de Monsieur Malvy, le conseil régional de Nouvelle-Aquitaine (et les fonds Européens qui y sont liés) est très présent (parfois près d'un quart des financements). Les ONG offrent des amorces importantes à travers les supports opérationnelles pour le travail sur le terrain. Cependant, il n'est pas possible de laisser uniquement la tâche aux ONG de porter des actions de recherche et de recherche dans le soin et pour le soin, car ce ne sont pas des EPST. Ceci nécessite que les chercheurs négocient avec elles. Il faut que les ONG gardent une place, mais qu'elles s'inscrivent dans un partenariat encadrant les rubriques adjacentes à l'humanitaire.

Monsieur Juillet : Comment se situe la France dans l'utilisation des fonds européens ? D'autres pays comme l'Allemagne et la Belgique ont des actions parfois plus efficaces que celles de la France, notamment au niveau du suivi.

Au niveau européen, l'EDCTP et Horizon 2020 sont des programmes ambitieux. Leurs fonds sont élevés, mais pas non plus excessifs. Pour en bénéficier, la France doit collaborer avec d'autres pays.

La France et la Belgique aiment beaucoup travailler ensemble et les deux pays tiennent aussi bien le terrain l'un que l'autre.

Il est vrai qu'en termes de financements au niveau fédéral l'Allemagne est remarquable et la France pourrait s'en inspirer.

Hambourg et Bordeaux travaillent ensemble sur le terrain et forment un couple franco-allemand complémentaire. L'Allemagne ayant du mal à tenir certains terrains critiques au niveau technique en comparaison à la France, elle est assez enviable sur d'autres terrains tropicaux historiques et des maladies infectieuses en cours de contrôle. Sur ce dernier point, les échanges nord-nord dans ce cadre sont assurément pertinents.

6 . Alassane Ba, directeur du Centre humanitaire des métiers de la pharmacie (CHMP)

a. Audition

Concilier souveraineté des pays, coopération et compétitivité internationale Quelle diplomatie sanitaire pour notre pays ?

Point 1 : La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?

- Absence de boussole stratégique et d'une logique d'intervention cohérente qui serait déployée par approche comité économique régionale puis par pays en fonction des spécificités pays et une faible implication de la société civile (Gouvernance et *leadership*)
 - Exemple :
 - Le soutien financier considérable attribué au Rwanda (pays anglophone), qui a fait du dénigrement de la France un fonds de commerce, au détriment d'autres pays véritablement francophones

(comme la République Démocratique du Congo), qui représente une population beaucoup plus importante et avec lesquels nous avons beaucoup à partager, par exemple la République Démocratique du Congo

- Soutien au Rwanda sur AMA à la place du Maroc, et de l'Algérie
- Gabon et Bénin projet REGPHARMA
 - La décision a été prise d'accompagner le Gabon (pays membre du Commonwealth) et le Bénin alors qu'en face le Sénégal était candidat (pôle d'excellence pharmaceutique en Afrique)
- Hôpital le Dantec, Sénégal
 - C'est l'Ambassade d'Espagne qui a gagné ce dossier, ce qui est très dommage, car la France connaît très bien cet hôpital
- Auparavant, le ministère des Affaires étrangères organisait tous les 6 mois un point sur les dossiers, mais cette initiative n'existe plus. Il y avait aussi des réunions IPIP qui réunissaient les médecins et pharmaciens et les formaient à la diplomatie sanitaire. Aujourd'hui, il y a du dialogue avec les institutions, mais seulement pour exposer des points de vue techniques et non décisionnels.
- L'AFD ne consacre que 2% (!) de son budget à la santé. C'est insuffisant pour être efficace et pour être compétitif face à d'autres États qui investissent massivement dans la coopération. La France ne peut donc pas faire de la diplomatie en santé avec ses moyens.
- L'objectif de disposer d'un opérateur comme Expertise France était de coordonner et optimiser l'expertise française pour la coopération, à la fois pour une meilleure gestion des compétences et pour répondre aux appels d'offres internationaux. Force est de constater que le compte n'y est pas. Expertise France est une machine en surpoids (plus de cent salariés à Paris ?), avec un dimensionnement de ses ressources non adapté (des ressources humaines en charge de portefeuille, pays parfois déconnectés des urgences stratégiques et des contextes spécifiques). Le système est devenu encore plus compliqué. En effet, les bénéficiaires perçoivent Expertise France comme un concurrent, mais aussi comme un moyen de subvention pour des petits projets.
- Absence de visibilité de notre participation financière noyée dans des structures internationales (exemple : OMS, FM, Unitaïd) et non connues par les bénéficiaires directs, mais qui profite à nos concurrents ;
 - Notre participation financière est noyée dans les organisations internationales sans qu'on en bénéficie des retombées ; cette absence de visibilité de notre importante participation financière dans la coopération dénote d'une inefficacité dans la gestion des ressources : elle amplifie le manque de visibilité de nos efforts, ne contribue pas à inverser la perte de confiance, voir le rejet des pays du Sud, mais aussi le désintérêt de nos concitoyens, qui n'ont pas de visibilité sur l'engagement de la France et de ses

investissements dans la coopération, contribuant à l'image négative qu'ils ont de leur propre pays et limitant les vocations, la mobilisation des jeunes Français dans ce domaine.

- Mauvaise connaissance, perception des missions et positions de l'AFD/EF. Le fonctionnement de l'AFD et d'Expertise France, où l'AFD finance Expertise France comme opérateur alors que celle-ci fait partie de son propre groupe, aboutissant à une sorte d'autofinancement où l'aide au développement est en réalité engloutie dans des frais de fonctionnement :
 - AFD : bailleurs de fonds (subvention) investisseurs privés
 - EF : membre de l'AFD qui subventionne des projets via l'*Initiative 5%*, mais pouvant être opérateur de l'AFD et également opérateur (conçu comme un concurrent) sur des projets des autres bailleurs tels que l'UE
- Représentativité dans les instances internationales
 - Absence de mécanisme de veille, d'analyse stratégique du positionnement de nos compétiteurs, des risques liés des nouveaux entrants et des changements qui interviennent dans les politiques de santé
 - Tous les mois a lieu au ministère de la Santé une veille informationnelle, mais c'est souvent les États-Unis ou les Nations Unies qui prennent le *leadership*. La France n'a donc pas les informations et n'arrive pas à se positionner efficacement pour prendre le lead.
 - La France n'est plus suffisamment représentée dans les instances dirigeantes des organisations internationales auxquelles elle apporte pourtant un soutien financier et politique majeur ! Là encore, nous sommes perdants sur le plan stratégique et sur le plan de l'image.
 - Même quand la France est à la tête d'institutions comme Unitaid, elle n'a aucun poids décisionnel, car c'est ceux qui sont envoyés sur le terrain qui peuvent mettre en place des initiatives par le biais de leur pays.
- Interventions des acteurs français et savoir-faire
 - Défaut d'alignement et d'harmonisation des acteurs français et du savoir-faire français (ministère des Affaires étrangères, ministère de la Santé, CRSM, etc.)
 - Concurrence des acteurs français dans les pays
 - Faible valorisation du savoir-faire français de la part des agences de financement français, privilégiant parfois le recourt aux structures non françaises à la mise en place d'une démarche d'accompagnement des structures françaises en vue de faire rayonner l'expertise française

- Perception des pays/bénéficiaires
 - Absence de mécanisme d'adaptation aux changements structurels et à la survenue des pandémies dans les pays
 - Dégradation de notre capital confiance vis-à-vis des pays et des bénéficiaires directs

Exemple de la Gambie et les faux médicaments :

- La France a reçu pour analyse une cargaison de paracétamol au Havre, mais comme elle n'avait pas reçu la demande officielle de l'OMS le laboratoire n'a pas voulu procéder à l'analyse et c'est USAID qui est venu débloquent la situation et qui a pris le dossier.

Point 2 : Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?

- Changer d'approche (rupture stratégique) pour renforcer le positionnement stratégique et technique de la France dans le processus de changement des systèmes de santé face aux nouveaux entrants avec une approche interministérielle
- Mettre en place une stratégie d'influence lors de la conception des normes, référentiels et procédures au niveau des organisations internationales, mais également dans les pays
- Créer et/ou accompagner et/ou valoriser des champions par thématique (recherche, formation, pharmacie, hôpital, etc.) et mettre en place un mécanisme de déploiement de ces champions par zone géographique ; on peut aussi créer des pôles de compétences par région dans notre pays ; chaque région aura sa spécificité et son savoir-faire dans le domaine de la coopération de la santé
- Redynamiser les coopérations décentralisées
- Réactiver la cellule d'urgence du ministère des Affaires étrangères pour une réponse concertée et rapide aux pandémies
- Coordonner les interventions des acteurs français avec une transparence, gouvernance, et exemplarité
- Mettre en place un système de veille aussi bien dans les organisations internationales et les pays bénéficiaires (informations, menace, diplomatie, moyens, déploiement des acteurs français)
- Mettre en place un mécanisme de facilitation administrative en particulier pour les visas pour les partenaires
- Mettre en place des groupes de recherche sur la santé, au niveau global, puis régional et par pays. Prendre le *leadership* sur groupes
- Redynamiser les systèmes d'échanges entre universitaire et chercheurs et ONG.
- Développement de l'intelligence collective et intergénérationnelle

- Mettre en place un système de binôme entre les structures françaises et les pays dans chaque thématique de la santé
- Organiser des RETEX annuels de tous les acteurs français et les bénéficiaires qui interviennent dans la coopération en santé avec un mécanisme d'auto-évaluation
- Il faut que la France mette en place un conseil interministériel pour coordonner sa politique en santé

Pour avoir une coordination entre le terrain et le suivi, l'Ambassade devrait organiser, comme elle faisait auparavant, des séances d'échanges pour réunir tous les acteurs. Les conseillers régionaux sont quant à eux mal placés, car ils ne répondent pas au cahier des charges et ont beaucoup de mal à communiquer avec l'AFD.

En matière de diplomatie sanitaire, la France a définitivement reculé et ralenti. En effet, ce n'est seulement depuis 2019 que l'AFD investit de nouveau dans la santé. Également, c'est la France qui a mis en place les systèmes de veilles sanitaires, mais elle a laissé sa place à d'autres pays. Enfin, la stratégie de la France est trop morcelée.

Point 3 : Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient importants à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?

- Investissement dans l'avenir : les ressources humaines en santé, intervention dans les universités, les centres de formation, la recherche et développement avec une valorisation du savoir-faire français ; Investir dans les ressources humaines est la clef, pour avoir une efficacité durable (même si elle est moins immédiate que d'autres stratégies) et pour reposer les bases d'une coopération saine et sereine. Par la formation commune et l'échange d'étudiants, la collaboration entre universités africaines et françaises, se reconstruiront des liens forts et de confiance, dépassant les idées reçues et la méconnaissance historique, qui profitent aux extrêmes politiques et alimentent le rejet.
- Construction des hôpitaux : créer un consortium de compétences françaises dans la conception des hôpitaux (tous les métiers) y compris les mécanismes de financements (PPP)
- Production pharmaceutique et régulation : créer un pool de compétences françaises allant de la recherche au développement, la construction des usines, la législation, la régulation et l'approvisionnement en équipements, matières premières, produits finis, mais également de l'ingénierie pharmaceutique
- Mise en place de CMU et protection des personnes âgées. La couverture sociale, la CMU, est un objectif extrêmement difficile et lointain, mais c'est un espoir qu'il ne faut pas abandonner, un projet pour lequel il faut impérativement s'engager. Tous les efforts seront vains si, finalement, les malades n'ont pas accès aux soins et aux médicaments de qualité pour des raisons financières.

- Insérer obligatoirement une formation à la Santé mondiale et à la coopération dans les études de santé ! La coopération est totalement ignorée par la majorité des professionnels français.

Il faut que la France soit plus percutante et se positionne vraiment dans les instances internationales. Les postes de directeurs techniques sont occupés par les Américains ou par les Africains donc il faut que la France arrive à changer son positionnement.

La France doit maintenant prendre les devants et doit arrêter de se positionner seulement à moitié. En effet, la France a été le premier pays à se positionner pour la lutte contre les faux médicaments et aujourd'hui ce sont les États-Unis qui investissent des millions dans des projets. Ils ont, entre autres, monté un laboratoire qui a été approuvé par l'OMS et ont créé un réseau de laboratoires. Ils écrivent également les directives et accompagnent les pays. L'ANSM a donc fortement perdu en notoriété.

Pour qu'une nouvelle gouvernance se mette en place, il faut créer un pôle d'excellence par région et reprendre la coopération décentralisée. Les Instituts Pasteur ne sont plus le point de référence français qu'ils ont été en matière d'expertise technique. Les régions françaises ont toutes leur spécialité, mais elles ne brillent pas par manque de financement.

Point 4 : Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la Santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé, ces thèmes faisant aujourd'hui l'objet de concertations nationales et internationales ?

Thèmes à développer :

- Santé et sécurité
- Santé numérique
- Lutte contre les faux médicaments (la France a été pionnière dans ce combat)
- Santé et autonomisation économique
- Santé et les biens communs
- Indépendance sanitaire et financement de la santé : hôpital du futur, ressources humaines, organisation et maillage de l'offre de soin,
- Mise en place de pôle d'excellence d'industrialisation pharmaceutique : autonomie pharmaceutique, recherche médicale, recherche pharmaceutique, biotechnologie végétale, hub médical, incubateurs de recherche,
- Réponse aux pandémies

Approche logistique

- Développer les partenariats entre les universités africaines et françaises, peut-être par un système de jumelage ? Favoriser ainsi l'échange d'étudiants, les projets de formation et de recherche communs.

- Encourager les projets de « recherche-action », entre universités, où toute initiative comprend un volet de recherche avec réflexion sur l'apport de l'action et publication des résultats.
- Décentralisation et déconcentration des projets pour toucher les plus démunies et les plus faibles

Anticiper l'utilisation de la technologie du futur

- Implication des startups françaises dans la santé du futur : télémédecine, la robotisation
- Urbanisme thérapeutique
- Numérisation et connectivité : IA, internet des objets, big data, blockchain, 5G, impression 3D, la robotique, les drones, l'Édition génétique, les nanotechnologies, le photovoltaïque solaire, cryptomonnaie
- Environnement : Prise en charge des aspirations écologiques dans les normes, référentiels et procédures internationales, au sein des organisations internationales

b. Contribution écrite

Concilier souveraineté des pays, coopération, et compétitivité internationale

1. Un monde anxieux, fragile, qui oblige à changer de paradigme diplomatique

Des contextes nationaux instables et volatiles

Les ressources limitées ont exacerbé les déséquilibres sociétaux (entre classe moyenne et indigents, populations urbaines et rurales...) et ont conduit à s'interroger sur les capacités des systèmes de santé à assurer la prise en charge globale et intégrée de toutes les couches de la société. Or l'inégalité d'accès à la santé, au sein d'un pays, est un facteur de conflits et de rejet potentiel des institutions.

De surcroît, la crise sécuritaire actuelle dans certaines zones du Sahel empêche les structures sanitaires existantes (déjà défailtantes) de fournir des soins de santé de qualité sans risquer la vie du personnel de santé et des malades. *Aucune santé n'est possible sans sécurité.*

Un situation internationale imprévisible marquée par le chaos politique, les catastrophes climatiques et la pandémie de Covid-19

Les fluctuations importantes du monde (mondialisation des échanges), l'évolution des risques sanitaires régionaux et mondiaux, imposent une réflexion permanente sur le présent et l'avenir des systèmes de santé. Dans ce contexte, la coopération française doit identifier les différentes pressions internes et externes pour adapter son approche et orienter sa politique de coopération.

Dans ce tourbillon qu'est devenu le monde, théâtre de rivalités des grandes puissances avec des conséquences sur les systèmes de santé, comment construire une approche de la coopération capable de défendre les valeurs de notre pays sans renier notre histoire ?

2. Vers un nouveau référentiel de politique d'aide au développement : une nécessité stratégique avec une approche basée sur un concept des besoins fondamentaux (santé, énergie, eau, alimentation saine et accès à internet),

Des points cruciaux pour une nouvelle stratégie de coopération autour des besoins fondamentaux, de biens communs

- Disposer d'une boussole stratégique avec une **logique d'intervention systémique** qui intègre un paquet global d'activités autour de la santé et des besoins fondamentaux : accès à **l'eau**, à **l'énergie**, à une **alimentation saine** et à **Internet** ; agir de façon concertée et systématique dans les domaines susceptibles d'améliorer le bien-être des populations.
- Décloisonner les interventions en élaborant une politique de coopération dans les secteurs clefs d'intérêts vitaux en lien avec la santé, et en s'appuyant sur des **acteurs choisis en accord avec les bénéficiaires**, dans une véritable démarche de **co-opération basée sur la confiance**, afin que ceux-ci **contribuent à la mobilisation des ressources** nécessaires au développement de leurs pays.
- Renforcer et maintenir un **haut niveau d'acceptation** et de **confiance** des bénéficiaires par une approche de la coopération visant **en priorité à assurer le bien-être social**, au centre de l'interaction entre le système de santé et la prospérité des populations.

- Changer de logiciel et d'approche basée sur le « bien être partagé en associant davantage les bénéficiaires à l'élaboration des projets de développement, (l'écoute), avec une stabilité et une cohérence de nos interventions permettront d'augmenter et préserver le capital-confiance vis-à-vis de la France
- Agir de façon concertée, systémique à travers un réseau d'acteurs français compétents, expérimentés, reconnus et acceptés dans leur domaine spécifique avec les bénéficiaires dans le cadre d'une démocratie sanitaire et sur les biens communs mondiaux permettrait de renfoncer et maintenir un haut niveau de capital confiance des bénéficiaires par une approche de la coopération qui visa à assurer leur bien-être social qui est au centre d'une interaction entre le système de santé et la prospérité des populations

Continuum de services minimaux vitaux : « Santé – Eau- Education-Alimentation Saine- Energie- Internet- Engagement pour un bien être global

Pour un avenir commun et un humanise médical



Une innovation inclusive impliquant une coopération entre différents d'acteurs ayant des compétences spécifiques dans les domaines de la santé, de l'eau, l'Energie, éducation, alimentation et internet pour améliorer les conditions de vie

PROPOSITIONS

Sur le plan stratégique

Cette réflexion sur cette nouvelle approche permettrait un accès commun aux opportunités d'entreprise avec un partage et un transfert d'opportunités. Il s'agira entre autres de favoriser :

- **La co-entreprendre** à travers l'accompagnement à la création d'entreprises communes, dont les capitaux seront partagés entre des acteurs français et ceux des pays africains dans les domaines clés tels que la santé, l'agro-business, , l'eau, l'énergie, la digitalisation des informations, etc.
- **La co-innovation par** la mise en place d'incubateurs communs, partagé entre les acteurs des pays et les acteurs français dans les domaines du futur tel que l'intelligence artificielle, l'internet des objets, le big data, la blockchain, la 5G, l'impression 3D, la robotique, les drones, l'Édition génétique, les nanotechnologies, le photovoltaïque solaire, etc.
- **La coparticipation** en mettant en place une coopération incluant les jeunes par une introduction dans tout projet d'aide au développement depuis sa conception, son étude de faisabilité et sa mise en œuvre une dimension jeunesse (filtre de la jeunesse) liée à son autonomie économique en passant par sa formation et son employabilité.
- **Le partage de valeurs communes** : La création de synergies entre les acteurs français et ceux des pays au sein des universités, des lycées et collèges autour de la problématique de bien communs peut constituer un moteur du changement. Le rassemblement de la jeunesse africaine et française partageant des réalités de leur quotidien, de leur ambition, et leur conviction peut être un pilier des changements nécessaires à la construction d'une relation plus apaisée sans discrimination, ni inégalités.

Sur le plan politique :

- Mettre en place et prendre le *leadership* des groupes de recherche sur la santé, au niveau mondial, régional et national.
- Définir une stratégie et porter des candidatures françaises aux postes d'influence au sein des organisations internationales (techniques, politiques et de financement).
- Coordonner les interventions des acteurs français avec transparence, exigence et exemplarité.

- Mettre en place un mécanisme facilitant l'obtention des visas pour les partenaires.
- Ré-activer les coopérations décentralisées, avec des compétences et/ou des domaines d'action dédiés.
- Organiser des retours d'expérience (RETEX) annuels de tous les acteurs français et des bénéficiaires qui interviennent dans la coopération en santé, avec un mécanisme d'auto-évaluation, ainsi qu'un bilan systématique en fin de mission incluant une évaluation plus complète.
- Anticiper chaque changement de poste, en prévoyant obligatoirement un temps de passation entre le titulaire sortant et son successeur, permettant le partage des informations essentielles, des contacts voire la mise en relation avec les principaux interlocuteurs.
- Réactiver la cellule d'urgence du ministère des Affaires étrangères pour une réponse concertée et rapide aux pandémies.

Sur le plan économique :

- Créer, faciliter l'émergence et soutenir des champions par thématique (recherche, formation, pharmacie, hôpital...), et mettre en place un mécanisme de déploiement de ces champions par zone géographique ; créer des pôles de compétences par régions françaises, permettant à chaque région de disposer d'un savoir-faire spécifique dans le domaine de la coopération.
- créer un consortium de compétences françaises dans la conception des hôpitaux (tous les cœurs de métiers), incluant les mécanismes de financements innovants
- Soutenir la production pharmaceutique et la régulation par la création de *pool* de compétences françaises allant de la recherche au développement, la construction des usines, la législation, la régulation et l'approvisionnement en équipements, matières premières, produits finis mais également de l'ingénierie pharmaceutique.

- Mettre en place des pôles d'excellence de l'industrialisation pharmaceutique : autonomie pharmaceutique, recherche médicale, recherche pharmaceutique, biotechnologie végétale, hub médical, incubateurs de recherche...
- Soutenir le développement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la protection des personnes âgées. La couverture sociale des dépenses de santé est un objectif difficile et lointain, mais crucial. Tous les efforts seront vains si les malades n'ont pas accès, pour des raisons financières, aux soins et aux médicaments de qualité.
- Investir dans l'avenir : les ressources humaines en santé. Par l'intervention dans les universités, les centres de formation, l'appui à la recherche et au développement avec une valorisation du savoir-faire français. Investir dans les ressources humaines est la clef pour avoir une efficacité durable et pour ré-instaurer les bases d'une coopération saine et sereine. Par la formation commune et l'échange d'étudiants, la collaboration entre universités africaines et françaises, se reconstruiront des liens forts et de confiance, dépassant les idées reçues et la méconnaissance de l'Autre et de l'Histoire, qui profitent aux extrêmes politiques et alimentent le rejet.
- Insérer obligatoirement une formation à la santé mondiale et à la coopération dans les études de santé !
- Développer les partenariats entre les universités africaines et françaises, peut-être par un système de jumelage, favorisant l'échange d'étudiants, les projets de formation et de recherche communs.
- Encourager les projets de « recherche-action », entre universités et avec les ONG, où toute initiative comprend un volet de recherche avec réflexion sur l'apport de l'action et publication des résultats.
- Encourager les systèmes d'échanges entre universitaires, chercheurs et ONG.
- Mettre en place un système de binôme entre les structures françaises et leurs homologues dans les pays, dans chaque thématique de la santé.
- Prendre le *leadership* de la lutte contre les faux médicaments, dans laquelle la France a été pionnière.

Sur le plan socioculturel :

- Décentraliser et déconcentrer les projets pour toucher les plus démunis et les plus faibles, en particulier dans les domaines :
 - Santé et sécurité
 - Santé et autonomisation économique
 - Santé et biens communs

Sur le plan technologique :

- Anticiper et investir dans les technologies d'avenir, en impliquant les *start-ups* françaises :
 - Télémédecine, robotisation.
 - Santé numérique
 - Urbanisme thérapeutique
 - Numérisation et connectivité : Intelligence artificielle, Internet des objets, *big data*, *blockchain*, 5G, impression 3D, robotique, drones, édition génétique, nanotechnologies, photovoltaïque solaire, crypto-monnaie...

Sur le plan écologique :

- Prendre en compte les aspirations et objectifs écologiques dans les normes, procédures et référentiels, au sein des organisations internationales.
- Soutenir les projets mêlant protection de l'environnement et de la santé publique, humaine et animale : récupération et destruction sécurisée des médicaments non utilisés ou périmés, récupération des déchets de soins (en particulier déchets à risques infectieux), recyclage et traitement spécifique des eaux des établissements de santé...

Sur le plan juridique :

- Mettre en place une stratégie d'influence lors de la conception des normes, référentiels et procédures au niveau des organisations internationales et dans les pays.
- Apporter un appui à la formation des juges, procureurs ainsi qu'à la transposition des textes juridiques internationaux dans le droit national.
- Mettre en place un système de veille aussi bien dans les organisations internationales que dans les pays bénéficiaires, permettant de disposer des informations, d'identifier les menaces, d'adapter notre diplomatie, nos moyens et le déploiement des acteurs français.

7 Audition de Claude Dumurgier, ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires

- 1. La gouvernance actuelle de la coopération en santé de la France, est-elle satisfaisante ou pourrait-elle être mieux améliorée d'une part, pour coordonner les efforts des différents établissements et ministères concernés par les soins, la formation et la recherche en santé ; et d'autre part pour faciliter une réponse coordonnée auprès des organisations européennes et internationales ?***

En ce qui concerne la chirurgie, entre les Indépendances (autour de 1960) et jusqu'en 2001, la France avait mis en place une coopération bilatérale médicale francophone de terrain, dirigée par le ministère de la Coopération (aujourd'hui disparu), exécutée par les assistants techniques. Cette coopération bilatérale institutionnelle de terrain n'existe plus aujourd'hui, en dehors de quelques initiatives médico – chirurgicales, le plus souvent loin des pays francophones par le biais d'ONG (Syrie, Afghanistan, Ukraine...) financées par le MAE et l'AFD.

- 2. Comment mieux agir sur le terrain avec nos partenaires ? Quelles pourraient être les recommandations en termes de coordination des efforts au regard d'une politique française à l'international ?***

Les grandes lignes politiques de la coopération médicale de la France à l'international ont été développées en 2016 par les grands spécialistes français de la Santé dans un supplément du *Lancet* datant de mai 2016 (« *France: a philosophy for health* »). Repris par le CICID, les commissions parlementaires ...

- 3. Quels seraient les grands éléments disciplinaires peu soutenus qui sembleraient importants à prendre en compte, compte tenu du constat de certaines thématiques, telles que les maladies chroniques ou certains problèmes comme les faux médicaments par exemple, sont insuffisamment prises en compte ?***

Toutes les spécialités sont importantes, car elles entraînent des conséquences économiques et sociales et tout particulièrement les maladies chroniques en cas d'absence ou d'insuffisance des moyens matériels et humains (plus problème des faux médicaments). Ce sont des sujets qui ont pris une place d'importance depuis les trente dernières années.

La chirurgie est souvent la grande oubliée, car considérée comme coûteuse, complexe à mettre en place, dévoreuse de crédits... Lors de la conférence OMS d'Alma Alta pour l'initiative de Bamako... pas un mot sur la chirurgie. Depuis 2010, il y a une prise de conscience des conséquences économiques et sociales. Tout particulièrement par le Directeur de la Banque Mondiale (Dr Kim Jim) avec préparation d'un Rapport « *Surgery 2030* », qui a été publié en 2015 par le Lancet, espérant une prise en compte par l'Assemblée Générale de l'ONU qui devait voter les Objectifs du développement durable (ODD)... à la suite des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

En Afrique francophone, avant les Indépendances, il n'y avait que quelques grands hôpitaux. C'était une politique de « Santé pour tous », gratuite dans l'esprit de la CMU qu'on essayait de mettre en place à travers les ODD. Jusqu'aux années 90, les budgets étaient décidés par des commissions franco-africaines. Il y avait encore 3 000 personnels santé français (médecins, infirmiers, techniciens santé ...) sur le terrain (cf. rapport Morange 2005). À partir des années 90 (à cause de l'explosion démographique, l'augmentation des coûts, la construction d'hôpitaux périphériques en dehors de la capitale, le retour des médecins nationaux des facultés africaines, mais aussi d'URSS et pays de l'Est...), la France diminue les aides. Ce mouvement a été accéléré avec la dévaluation du franc CFA (1994). Ces aides qui ont drastiquement baissé ont été compensées en partie au niveau européen (Lomé I, Lomé II... auxquels nous participons autour de 20% pour les pays francophones).

Début 2000, les fonds, les efforts et les derniers assistants techniques sont réorientés vers la santé publique, la prévention et les grandes endémies comme le Fonds mondial (la participation de la France au *Global Fund* depuis 2020 est de 450 millions / an. Mais il y a aussi GAVI, *Unitaid*, les projets de CMU, mutuelles...

En 2006, le rapport de Marc Gentilini plaidait pour le maintien d'une centaine d'AT Santé, mais cette demande n'a pas abouti. Le dernier technicien en santé (médecin anesthésiste) quitte Madagascar en 2013. Cependant, il reste encore quelques médecins dans les ambassades (CRS), dans les organismes européens et internationaux qui peuvent exercer une certaine influence, mais dans le sens des OMD puis des ODD. On retrouve tout de même certaines formes de compensation par des aides internationales pour soutenir des stratégies nationales.

4. Quels seraient les développements à prévoir en termes logistiques et thématiques pour mieux relier la recherche, la formation et le soin dans le cadre de la Santé mondiale et/ou des réflexions autour d'une seule santé, ces thèmes faisant aujourd'hui l'objet de concertations nationales et internationales ?

Le rapport du *Lancet* sur la chirurgie globale ainsi que la prise de conscience du directeur de la Banque Mondiale (Jim Kim) donnent de grands espoirs en incluant la chirurgie (+ l'anesthésie réanimation, l'obstétrique, les SAO) dans les grandes réunions mondiales et surtout sur le terrain. Ce rapport est la conclusion d'une étude de deux ans : la chirurgie doit être de qualité (*safe*), abordable (*affordable*) et faite en temps utile (*timely*) dans les pays à revenu faible et moyen. Cette étude dirigée par le Pr Farmer (HARVARD) était faite par 4 groupes de travail (soins, sensibilisation, financement, formation), elle a fait appel à 25 rapporteurs et des centaines de collaborateurs dont la majorité était des économistes

de la santé, financiers, politiques et médecins dans 111 pays. Les conclusions sont les suivantes :

- 2 milliards de personnes n'ont pas accès à la chirurgie
- 3 milliards souffrent d'une insuffisance des hôpitaux, des ressources humaines ...
- La mortalité due à cette insuffisance est évaluée à 17 millions / an, la morbidité est de 77 millions d'années perdues (*Disability Adjusted Life Years, DALYs*)
- 80 millions de familles ont été considérablement ruinées

Pour que ces chiffres baissent d'ici 2030, il faudrait pratiquer des dizaines de millions d'interventions. Le grand défi souligné par ce rapport est d'arriver à développer la chirurgie d'urgence avec l'approche SAO (*Surgeons-Anesthesiologists-Obstetricians*). Le rapport propose des recommandations en chirurgie et surtout évalue les besoins financiers. Suivant le nombre de pays soutenus jusqu'en 2030, il faudrait investir (matériels et ressources humaines) entre 330 et 550 milliards pour atteindre les objectifs du rapport *Global Surgery*.

Quelques exemples. Au Rwanda, les pays anglo-saxons ont mis en place un plan s'inspirant du rapport *Global Surgery*, qui a été coûteux (plus de 250 millions USD), mais qui englobe aussi toutes les spécialités médicales et l'administration. Cette initiative a duré 7 ans (2015-2022) et 113 coopérants se sont déplacés de 14 universités anglo-saxonnes. La langue anglaise est la seule langue de travail. Les premiers résultats montrent que le nombre de médecins a été multiplié par 12, celui des infirmiers par 8, celui des dentistes par 10 et celui des administratifs par 8. À noter que plusieurs nouveaux projets Santé de ce type sont en cours (Zambie, Sierra Leone...).

En France, les résultats sont encourageants après le lancement de deux grands projets universitaires : la formation de spécialistes qui a été mise en place à Madagascar (1991-2010) et au Cambodge (1993-2015). Le projet cambodgien a coûté 12 millions d'euros entre 1993 et 2015, ce qui est très peu lorsque l'on compare les sommes que la France verse aux initiatives multilatérales... Ces projets ont permis de faire venir plus de 1 200 médecins en tant que FFI, de former plus de 150 professeurs et ont poussé à la modernisation des hôpitaux par l'achat de nouveau matériel. Ces initiatives continuent grâce à la pugnacité des étudiants khmers pour acquérir le niveau B2 en langue française et les possibilités d'accueil en France dans les CHU/CHR. Cependant, ces échanges sont malheureusement dans un seul sens ; les internes français de plus en plus rares et surchargés ont du mal à quitter leurs hôpitaux.

Il y a des initiatives ponctuelles remarquables hors urgences ou raisons géopolitiques par des ONG françaises (ex. : Mission Sourire, chirurgie cardiaque, OPH ...). Les ONG en pratique s'orientent de plus en plus vers des projets en santé publique.

Le grand espoir dans ce contexte : les échanges d'internes, mais aussi assistants et professeurs ... et ainsi pérenniser ces communautés médicales jeunes, francophones, dynamiques et sans cesse renouvelées, mais leur maintien nécessite un niveau de français suffisant.

Ces échanges d'internes, assistants, chercheurs...constituent le dernier levier pour maintenir l'École de médecine française en utilisant la langue française comme langue de travail.

Même si dans plusieurs pays francophones, les enseignants utilisent partiellement l'anglais... Surtout celles et ceux qui ont fait une partie de leurs études aux É.-U. et au Canada.

Conclusion :

Ce sont des réponses d'un assistant technique (13 ans au Tchad et au Cambodge) de chirurgie générale en Afrique et en Asie, puis dans des ONG jusqu'en 2021, qui reste

persuadé qu'on peut continuer. Nous en avons des preuves tous les jours. Dans certaines spécialités au Cambodge (la chirurgie PRE et viscérale) tous les spécialistes ont été formés en France. Ce qui renforce la pérennité, ce sont les contacts des anciens FFI, assistants, les alumni avec les autorités, les échanges libres, les webinaires et la qualité de l'accueil par les maîtres de stage. À moyen terme, des équipes jeunes et motivées continueront à utiliser la langue française comme langue de travail.

Question-Réponse avec les Académiciens :

Yves Juillet : Pourquoi est-ce qu'Expertise France n'est pas mentionné dans votre exposé ?

L'AFD et Expertise France sont aujourd'hui la même entité. À titre d'exemple, l'AFD a lancé un projet de réparation des fistules obstétricales, avec recrutement, réinsertion ... en Mauritanie (3 millions d'euros). Expertise France agit grâce à deux ONG (Médicos del Mundo et Santé Sud), mais à la fin du projet, je pense que guère plus de 5% seront dépensés pour les missions chirurgicales (traitement et formation des nationaux) et le reste sera versé pour d'autres composantes du projet, intéressant la santé de la reproduction ... Expertise France intervient peu en chirurgie. L'AFD / Expertise France suivent surtout la politique dans le domaine de la Santé à l'international définie par les autorités françaises, mondiales (les ODD).

Jacques Caton : À Madagascar une mission en chirurgie pédiatrique est toujours en cours.

Il n'y a que très peu de missions en chirurgie, mais il y en a en effet quelques-unes. Deux ONG bretonnes en orthopédie organisent 4 à 5 missions par an au Cambodge. Il y a beaucoup de bonne volonté, mais il n'y a plus de coopération au niveau institutionnel.

Jacques Caton et Mohammed Koussay Dellagi : Comment peut-on prendre en compte la coopération scientifique ? Quel est l'impact des formations de formateurs sur les universités ? Qu'est-ce que fait la France en actions ciblées sur les universités ?

Les deux derniers projets mentionnés (Cambodge et Madagascar) étaient universitaires. Entre 2003 et 2015, ces projets ont formé les médecins pour devenir formateurs à leur tour. Ces formations continuent aujourd'hui, à travers les filières DFMS/DFMSA et les stagiaires associés. Un certain nombre d'entre eux sont devenus professeurs et développent des projets de recherche clinique dans les hôpitaux, les laboratoires... Ces initiatives permettent de créer une communauté médicale importante et elles doivent perdurer à travers les sociétés savantes, les Académies, etc.

Patrice Debré : Auriez-vous des recommandations à nous suggérer pour le rapport ? Comment peut-on faire pour la partie terrain ? Il y'aura-t-il un jour de nouveau de la coopération sur le terrain ? Cette coopération est nécessaire dans les hôpitaux, comment peut-on agir ?

Les jeunes médecins sont en demande de cette coopération, mais de travailler sur le terrain enthousiasme peu. Il risque d'être difficile de mettre en place de grands projets. L'AFD pourrait contribuer à des projets de construction de pavillons de chirurgie, mais le recrutement technique doit être fait par des techniciens. Pour les ambassades, ces projets ne sont pas très intéressants, car ils s'adressent à des populations dans des zones difficiles d'accès.

Yves Juillet : Il faut réformer le système des FFI, car il fonctionne seulement grâce à des volontaires et des retraités qui ne sont pas payés. L'État ne met en place aucune stratégie pour les FFI. Comment peut-on arriver à recréer ce type d'initiative, mais de manière pérenne et avec des objectifs réalistes ?

Jacques Caton : Ne serait-il pas possible de développer des centres de formation afin de mettre en place des interventions ponctuelles plus récurrentes ? L'idée avait été proposée pendant la COVID-19 en orthopédie au Sénégal.

Mohammed Koussay Dellagi : Il faut absolument insister sur les choix des spécialités en chirurgie et cibler les spécialités qui ont un impact sur la population locale.

Toutes les décisions dans l'article du *Lancet* de 2015 vont dans le même sens : il faut que les politiques coordonnent les actions.

8 Audition de Jean-Elie Malkin, conseiller honoraire du Ministre de la santé de Roumanie et ancien à conseiller de l'ambassadeur de France à Kinshasa pour la santé et la gestion des épidémies

I. Multilatéral et bilatéral

Lors de sa carrière, Monsieur Malkin a constaté que malgré l'importance du multilatéral pour la France, pour des raisons budgétaires, elle a perdu au fil du temps beaucoup de poids au sein des grandes instances onusiennes comme à l'UNICEF, l'OMS et à ONUSIDA. Il est essentiel que la France arrive à trouver un équilibre entre les contributions qu'elle fait à ces organisations et la visibilité dont elle bénéficie pour pouvoir exister sur la scène internationale et contribuer de manière significative aux réflexions des institutions internationales sur les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la santé mondiale. Même dans le cas du Fonds Mondial, dont la France est un des principaux contributeurs, le retour en termes de visibilité est faible malgré le mécanisme de l'Initiative qui est considéré comme du bilatéral au sein d'Expertise France

Au niveau de la coopération bilatérale, on constate malgré le rôle central de l'AFD et le concept Une Seule Santé promu par la France un manque de réflexion stratégique au niveau global sur les enjeux et les déterminants de l'amélioration des systèmes de santé dans le monde en développement et un défaut d'analyse situationnelle approfondie et spécifique par pays. Ces carences aboutissent :

- à une dispersion des financements disponibles
- à une multiplicité des activités programmatiques sur le terrain dont la conception et la mise en œuvre sont souvent verticales, qui s'inscrivent insuffisamment dans un schéma de développement à long terme et pérenne et dans une démarche insuffisante de concertation et coordination avec les autres bailleurs et acteurs bi ou multilatéraux.

Par ailleurs l'architecture de la coopération française repose sur le rôle central de l'AFD, mais également sur Expertise France dont on ne comprend plus bien la fonction (depuis son intégration à l'AFD) : fournisseur et gestionnaire d'experts ? Opérateur de l'AFD : avec quelle expérience et quelles compétences ? Bureau de consultance en santé répondant à des appels d'offres de l'UE ou autres : dans ce cas quelle est la légitimité d'EF pour se réclamer de la politique de coopération française ? On peut également se poser des questions sur la lourdeur des procédures administratives d'EF, parfois son manque de transparence et également sur une insuffisance de compétences dans le domaine de la santé. Cette vision verticale et peu intégrée est également attestée par l'existence de programmes développés par d'autres acteurs de la coopération bilatérale

qu'ils soient institutionnels comme la Direction Internationale de l'APHP et les coopérations décentralisées ou les ONG françaises travaillant dans le développement.

1. **Au niveau central un changement de paradigme est nécessaire** : il faut dépasser les déclarations d'Alma Ata et Abuja qui ont démontré leurs limites et ne sont plus adaptées au 21ème siècle. La réflexion française sur la stratégie de coopération en santé doit reposer :

- sur une vision systémique du développement. Elle doit s'inscrire et s'élaborer dans une articulation avec les autres composantes du développement que sont l'accès à l'énergie, à l'eau et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (accès à internet, numérisation...)

- sur une réflexion innovante concernant le financement de la santé : cet aspect est au cœur de la problématique d'un système de santé efficient et opérationnel. Si la CSU est un concept largement repris au niveau mondial force est de constater que sa mise en œuvre n'est pas au rendez-vous, soit qu'elle reste au niveau de la déclaration d'intention soit qu'elle se traduise souvent par des réaménagements entre les budgets nationaux et les contributions des bailleurs internationaux et bilatéraux avec comme conséquence un important reste à charge pour les ménages et un problème de pérennisation lié aux incertitudes des priorités politiques et à la limite dans le temps des contributions des bailleurs. La France doit continuer sur la base de son expertise à promouvoir les financements innovants de la santé et les systèmes assurantiels qui peuvent être adaptés dans les pays à ressources moyennes et limitées y compris au bénéfice des populations vulnérables.

- sur une prise en compte d'une amélioration de la gouvernance en général et dans le secteur de la santé en particulier. Cet aspect très politique doit s'appréhender dans le cadre général de la politique de coopération de la France et dans la santé est un des paramètres majeurs non seulement de la bonne utilisation des fonds mais également dans le cadre de l'amélioration de l'architecture des systèmes de santé

Cette réflexion stratégique innovante devrait être menée par une structure ad hoc souple, multidisciplinaire, composée de membres à l'expertise reconnue ayant une expérience de terrain et ne faisant pas partie du moins structurellement des institutions et organisations françaises de la coopération santé. Cela n'empêcherait pas ces acteurs institutionnels ou de la société civile de pouvoir participer à titre consultatif aux travaux de ce comité

2. **Au niveau pays les priorités et programmes de la coopération française devraient**

- S'inscrire dans le cadre stratégique global décrit ci-dessus
- Reposer sur une analyse situationnelle précise concernant non seulement la santé (état de l'existant et évaluation des besoins, mais l'articulation nécessaire avec les

autres besoins et programmes sur l'eau, l'énergie et la connectivité, avec les mécanismes existant de financement de la santé et des conditions nécessaires à la pérennisation des activités

- Se baser sur une analyse approfondie des stratégies nationales et des coopérations déjà existantes et planifiées par les acteurs internationaux afin de se coordonner avec ces autres acteurs et les autorités nationales dans un cadre cohérence et synergique afin d'éviter le travail en silo et les duplications
- Prendre en compte le développement du secteur privé (lucratif et non lucratif) en pleine expansion dans de nombreux pays afin non pas de l'opposer au secteur public mais d'en identifier les facteurs de complémentarité
- Exclure les programmes « copiés-collés » ayant fait dans le pays concerné ou dans d'autres pays la preuve de leur inefficacité en termes de pérennisation et d'intégration dans une vision holistique du système de santé

Sur le plan opérationnel sous l'autorité de l'ambassadeur le CRSM (ou un conseiller santé pays si nécessaire en fonction des priorités politiques ou des spécificités liées à l'environnement sanitaire) serait chargé de la supervision de l'application des critères définis ci-dessus en lien avec l'autorité centrale à Paris et avec les différents acteurs impliqués. Pour ce faire les CRSM devraient avoir une solide expérience de santé publique de terrain et être capables de sortir de la gangue administrative et de la doxa en matière de coopération au développement

II. Axes thématiques à développer

Deux thématiques (entre autres) ont été soulevées ou remises à l'ordre du jour à l'occasion de la pandémie de Covid 19

1. Les maladies chroniques

Comme partout dans le monde les populations les plus à risque en Afrique en termes de formes sévères et de mortalité pour le Covid sont les personnes âgées et les personnes atteintes de comorbidités en particulier diabète et hypertension. En RDC à l'initiative de l'ambassade de France relayée par les ambassades des autres pays de l'UE l'épidémie de Covid a été une opportunité pour lancer à Kinshasa une grande campagne de dépistage du diabète et de l'hypertension financée par l'UE et co-organisée par l'OMS, le Ministère de la santé et les programmes nationaux de lutte contre le diabète et les maladies cardio-vasculaires. Cet exemple souligne la faisabilité d'un tel programme à l'occasion d'une crise sanitaire et la volonté des partenaires dont la France de poursuivre et d'amplifier la lutte contre les maladies non transmissibles trop longtemps négligées dans cette partie du monde.

2. La gestion des crises sanitaires

Des leçons doivent être tirées de la gestion de l'épidémie de Covid 19 mais également des épidémies d'Ebola qui ont sévi dans plusieurs pays africains notamment en Afrique de l'Ouest et en RDC (pour mémoire dans ce dernier pays la 10^{ème} épidémie a duré de 2018 jusqu'en 2020, a touché dans 3 provinces de l'est 3000 personnes dont les 2/3 sont décédés et a couté entre 800 millions et un milliard de dollars sans que le système de santé se soit amélioré dans ces 3 provinces !)

- L'organisation et la gestion de la réponse au Covid 19 a pris de cours les pays africains comme le reste du monde et en RDC a été un copié collé de la réponse à Ebola stratégie inadaptée pour 2 phénomènes épidémiques radicalement différents à tout point de vue. Elle a mis en exergue des carences importantes en structures et moyens de prise en charge pour les patients graves et démontré les difficultés de mise en œuvre d'une stratégie vaccinale adaptée
- La réponse aux épidémies d'Ebola qui se sont succédées en RDC ont montré malgré une mobilisation massive des partenaires un certain degré d'impréparation et un manque d'anticipation pour contrôler efficacement et rapidement ces épidémies

La réponse aux risques épidémiques et sanitaires en général est un vrai défi en Afrique. La France pourrait être un acteur clé sur cette thématique en aidant certains pays à la mise en place d'un modèle reposant sur des entités nationales dédiées qui auraient entre autres pour mission :

- D'élaborer les stratégies de prévention à moyen et long terme dans une perspective multisectorielle,
- De rendre plus efficaces et plus rapides les mécanismes de réponse aux alertes épidémiques et aux risques sanitaires en élaborant des procédures opérationnelles et en renforçant les capacités d'intervention des structures de santé décentralisées.
- D'élaborer et de mettre en place des règles de gouvernance transparentes tant au niveau des ressources humaines que des fonds mobilisés en cas de riposte,
- D'assurer la coordination au niveau national et la planification au niveau décentralisé des ripostes,
- D'assurer l'interface et la coordination avec les partenaires techniques et financiers.

9 Audition de Éric Pichard, président de la Société Francophone des Maladies Tropicales et Santé Internationale

Le texte en bleu sont les recommandations de Monsieur Éric Pichard.

1- Gouvernance et coordination

Ambivalence de l'État depuis la fin du ministère de la Coopération (1998) : administrations cloisonnées ou agence indépendante ?

Visibilité par nos partenaires et par les acteurs français gênée par :

- Les multiples sources de financement (110 et 209/24),
- Les multiples intervenants dans la gouvernance,
- CICID et peu de société civile ou d'élus ---AFD encore perçue comme bailleur de fonds --- Expertise France avec experts contractuels ETN, ETI EI, mais peu d'assistants techniques
- L'intrication des projets en santé directement liés aux pathologies et à l'action sociale avec ceux concernant l'environnement, dont l'accès à l'eau potable, l'assainissement, le contrôle de la pollution...contribuant à l'amélioration de la santé.

Poursuivre l'intégration des strates de décision à l'AFD et aboutir à une véritable agence de coopération.

Un seul guichet serait souhaitable pour la coopération santé (« Santé et Protection sociale » AFD ...actuellement noyée dans 16 sous-divisions de 12 divisions/Département santé ExpF) ayant un contrôle sur :

- *Choix des priorités,*
- *Interventions dans toute la coopération publique ou non bénéficiant de l'APD santé,*
- *suivi et évaluation des projets.*

2- Politique française à l'international

Alignement sur celle de l'UE, des agences de coopération hors UE occidentales et des Nations Unies (réduction de la mortalité maternelle et infantile, lutte contre les MTN, la tuberculose, le paludisme et le SIDA...) exprimée dans les ODD et relevant surtout de la participation multilatérale.

Des particularités françaises sont affichées et justifient un renfort de soutien de l'APD française et de l'aide internationale : couverture sociale, accès aux médicaments de qualité, aux médicaments orphelins avec une forte implication française autour d'UNITAID et de DNDi

.... Mais peu d'anticipation concernant les pathologies non infectieuses devenant prioritaires du fait de la transition épidémiologique et démographique...

Concertation nationale sur les politiques de coopération en santé.

- Disparition du HCCI (1999-2008) et des Assises du développement (2013).
- Création du CNDSI en 2015 : 10 commissions très institutionnelles et politiques, secteur santé peu représenté et partenaires du Sud en partie congrues alors que la coopération est censée concerner leur développement.

Un plaidoyer pour répondre à ces lacunes est plus que souhaitable.

3- Grands éléments disciplinaires peu soutenus

Médecine au travail, maladies métaboliques et cardiovasculaires, hématocancérologie, psychiatrie, chirurgie E.santé...

Le type d'aide opérationnelle dans ces domaines relève plus de la coopération décentralisée en particulier interhospitalière que de programmes verticaux et de financements bilatéraux ----> renforcement des modes de coopération proposés par la FHF.

*Soutien aux ONG spécialisées dans les pathologies chroniques comme santé diabète à renforcer et utilisation du mécanisme « Initiative » (5%) aussi pour les **pathologies non transmissibles**.*

Soutien bilatéral renforcé aux plateaux de biologie et d'imagerie.

Expérience et implantation de la fondation Mérieux dans le domaine de la biologie, de la Fondation Pierre Fabre en pharmacie et de la Croix Rouge dans l'accès aux soins = atout pour la coopération française en santé.

Le choix prioritaire de la lutte contre la mortalité maternelle tant en aide bi que multilatérale est à renforcer, car elle s'appuie sur des interventions de terrain multisectorielles et permet d'assurer une transition vers la prise en charge prioritaire des maladies non transmissibles.

4- Recherche

Triptyque de 2 institutions régaliennes IRD (EPST) + ANRS SIDA, hépatites, IST, tuberculose - maladies infectieuses émergentes (agence autonome de l'Inserm) et de l'Institut Pasteur (fondation à but non lucratif) et du Pasteur Network (33 institutions implantées majoritairement au Sud).

IRD et réseau des I.Pasteur = historiquement et durablement implantés au Sud donc les plus visibles par nos partenaires et les plus adaptées aux besoins locaux.

Il serait utile de vulgariser les résultats obtenus par le renouvellement des accords cadre de 2021 entre ces 2 institutions et le rôle de l'association Pasteur International Network dans le domaine des maladies tropicales non infectieuses.

*L'IRD paraît l'opérateur le mieux implanté dans les pays du champ de l'APD française, le plus adapté aux recherches opérationnelles, le plus fourni en unités de recherche sollicitées par l'approche **Une seule santé** touchant l'étude des milieux géographiques, le climat et l'eau, le plus impliqué dans la recherche et les actions d'élimination des MTN : il devrait bénéficier d'un financement accru et prioritaire ainsi que d'un renforcement des unités travaillant sur les **maladies non transmissibles**, en lien avec les vétérinaires et le CIRAD.*

L'évolution récente de l'ANRS laisse perplexe. Sa visibilité sur le terrain en recherche appliquée sur le SIDA a marqué un succès de la coopération scientifique française par son souci de travailler avec et pour les équipes de chercheurs et de praticiens du Sud.

Épaulée par des équipes médicales universitaires, donc institutionnelles et durables, de tout l'hexagone alliant recherche clinique et action dans le cadre du GIP ESTHER, l'ANRS

est apparue comme le modèle à suivre, d'où l'élargissement aux hépatites, à la tuberculose, aux fièvres hémorragiques...

- Dispersion = visibilité moindre.
- Illusion que les autres pathologies bénéficieront du même apport financier que le SIDA.
- Complexité de la gouvernance, manque de relais de terrain avec la dissolution d'ESTHER dans le giron d'Expertise France peu encline aux coopérations décentralisées durables.
- Émiettement des financements.

Coordonner les actions de l'ANRS au Sud avec celles du couple IRD-Pasteur.

*Se limiter, dans le cadre de la coopération, aux équipes et institutions rodées au travail avec celles du Sud dans les **sites partenaires historiques** (ex-centre Muraz).*

Financer prioritairement, dans un 1er temps, la recherche axée sur l'élimination des MTN.

Ne pas diluer l'efficacité de l'Agence en considérant comme émergente toute infection phare de multiples unités de recherche, ne représentant qu'une faible morbidité ou mortalité dans les pays du champ de la coopération.

5- Formation

-DU, DIU, modules de masters de santé publique : programmes à géométrie variable, mêlant médecine tropicale, médecine des voyages, santé des migrants et santé publique plus destinés aux infirmiers et médecins exerçant en France et aux ONG qu'à la pratique de terrain dans les pays du Sud. Mais académiques donc validantes pour les cursus des étudiants et médecine du Sud et accessible par voie digitale.

Adaptation à la transition épidémiologique nécessaire.

-Exemples à suivre : formations les plus opérationnelles possibles délivrées au Sud via un partenariat de formateurs du Nord/Sud ou construites spécifiquement pour une bonne diffusion numérique au Sud.

Formations délocalisées sur la mutualité de l'EN3S

MOOCs de l'École pasteurienne d'infectiologie.

Formations locales par les équipes de terrain de l'IRD.

Délocalisation de formations de l'Université Senghor.

UNFM réseau ncd.org maladies non transmissibles.

Réseau de télémédecine RAFT.

-Formation à la recherche par la recherche bien assurée par les organismes travaillant au Sud comme en France (IP, IRD, ANRS...) *mais la nécessaire mobilité des doctorants ne devrait pas être entravée par les difficultés à d'obtention de visas.*

- Il manque dans l'hexagone une formation pour doter la coopération en santé française d'acteurs amenés à diriger des projets de santé multilatéraux où la France investit largement, plus opérationnelle que le Master of public health de l'EHESP et une formation sur l'évaluation coût/efficacité comme celle de l'IHME/GBD (INSEE?).

6- Soins

Quelle que soit la qualité de la coopération en formation et en recherche et la justesse des programmes de santé publique internationaux ou bilatéraux, le développement repose sur un accès à des soins de qualité. La particularité de la coopération française a longtemps

été un soutien direct aux établissements de soins. Son implication croissante dans des programmes internationaux et le multilatéralisme a réduit cette composante de la coopération.

Profitant de l'expérience réussie du programme ESTHER sur vingt ans et de l'exemple de coopérations interhospitalières réussies, la coopération française pourrait étendre systématiquement aux pays du champ des coopérations interhospitalières donc décentralisées et basées sur un compagnonnage durable à tous les niveaux, mais surtout dans les secteurs des maladies non transmissibles.

- *Financement dédié (extra T2A) pour les établissements engagés dans ce type de coopération.*
- *Création d'un statut de praticiens aptes à travailler durablement en noria.*
- *Coordination par les FHF, les directions hospitalières, les sociétés de spécialités.*
- *Intégration préférentielle dans cette noria de praticiens issus des pays du Sud, réduisant leur expatriation définitive et permettant une approche culturelle des projets.*

7- Agir sur le terrain

Les assistants techniques de terrain ont quasiment disparu au bénéfice d'« experts » extérieurs mandatés par Expertise France. Peu d'entre eux sont spécialisés dans la santé, quelques-uns le sont en santé publique dans le maniement du « marché de la santé internationale », peu sont des praticiens. Leurs missions sont courtes et leur implantation politique locale très faible.

*Il serait utile **d'évaluer** le coût, l'efficacité et l'indépendance de tels experts alors que la fonction publique hospitalière ou administrative française dispose d'une expertise dans le domaine de la coopération en santé. L'organisation d'une noria d'experts/assistants techniques partageant leur temps entre le terrain et leur poste en France répondrait aux besoins d'actions à long terme et de partage entre sociétés.*

- La persistance de conseiller régionaux santé dans certaines ambassades des pays du champ est une bonne chose du fait de leur permanence, de leur visibilité et de leur possibilité de coordonner les projets gouvernementaux ou non.
Il serait cependant souhaitable de réduire le nombre de pays sous leur responsabilité afin d'éviter qu'ils ne soient efficaces que dans leur seul pays de résidence.

Annexe IV - Détail des activités des EPST et des agences et PEPR finançant la recherche dans les pays à ressources limitées et moyennes

1. Multilatéral

1.1. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Créé en juin 2001, après approbation de l'Organisation des Nations unies dont il n'est pas une agence, et le soutien du G8, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est une organisation internationale de financement dans des programmes de lutte contre ces pandémies à partir de dons obtenus de manière cyclique (3ans) lors des périodes de reconstitution. Ceux-ci proviennent de nombreux États, de Fondations (*Bill and Melinda Gates*), et de soutiens privés (ex. : Apple). Ces donateurs ainsi que des Organisations non gouvernementales sont présents au Conseil d'administration. Cette institution soutient les demandes élaborées à travers des instances de coordination nationale (CCM) de nombreux pays récipiendaires à ressources limitées et moyennes. Les fonds sont décaissés après leur évaluation et leur mise en œuvre est suivie par des spécialistes locaux. Le Fonds est également impliqué dans des actions de proximité et de solidarité, dans un partenariat particulier avec des associations s'occupant de « personnes vivant avec le sida », soutenant les malades et les orphelins, luttant contre la stigmatisation, et développant l'information et la prévention.

1.2. Unitaid

Cette organisation, créée en 2006, a pour mission d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité de médicaments et d'outils diagnostics dévolus d'abord aux trois pandémies puis plus récemment à d'autres pathologies (cancer du col lié à l'HPV, hépatite C, fièvres). En 2010, cette organisation a créé le *Medicine Patent Pool* dont le but est de négocier des licences volontaires pour des médicaments contre le VIH et d'élargir l'accès à des traitements abordables (ex. tenofovir). Unitaid cherche aujourd'hui à accroître ses activités à travers des produits innovants.

1.3. EDCTP3

Créé par la Commission européenne pour soutenir la recherche clinique concernant la lutte contre les trois pandémies en Afrique subsaharienne, plus récemment étendue aux maladies tropicales négligées et émergentes, l'EDCTP (*European and Developing countries Clinical Trials Partnership*) est un partenariat public-public entre des pays d'Europe, d'Afrique subsaharienne et l'Union européenne. Outre les programmes de recherche, l'EDCTP soutient des activités visant à renforcer les systèmes de santé et soutenir la carrière de chercheur. La contribution de la France est estimée à partir des activités en nature en lien direct ou stratégique avec celles de l'EDCTP.

1.4. GAVI

Créé en 2000, intégré par la France en 2004, Gavi est une institution multilatérale dédiée au financement de vaccins. Outre les financements directs ou en contrepartie de dons privés, Gavi est financé par plusieurs mécanismes : les promesses de don à long terme à la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm), un mécanisme qui crée des ressources de trésorerie immédiatement disponibles en utilisant les promesses de don des gouvernements pour soutenir l'émission d'obligations sur les marchés des capitaux ; les promesses de don à long terme à la Garantie de marché (AMC), un mécanisme qui accélère le développement et la fabrication de vaccins antipneumococciques offerts à des prix abordables aux pays à faible revenu. À la fin 2019, les États donateurs ont versé 2,9 milliards de dollars, soit environ la moitié des engagements totaux prévus jusqu'à fin 2037, l'autre moitié reste à verser sur 2020-2037. La France est le second donateur après le Royaume-Uni auprès de l'IFFIm avec près de 28% des dons.

1.5. GloPID-R

Collaboration mondiale en matière de recherche pour la préparation aux maladies infectieuses, fondée en 2013, la GloPID-R est une alliance unique qui regroupe des organismes de financement de la recherche du monde entier dans le but de faciliter la recherche rapide et efficace sur une éclosion importante d'une maladie infectieuse émergente ou réémergente pouvant engendrer une épidémie ou une pandémie. La GloPID-R est composée de 29 membres, dont la France qui est un des membres fondateurs. Sa plateforme d'observations et recommandations (CEPI) s'est investie dans les vaccins innovants, y compris ceux du SARS-CoV-2.

2. Bilatéral

2.1. Les institutions de recherche

2.1.1. L'INSERM

La stratégie internationale de l'INSERM a été revue lors de l'élaboration du Plan stratégique 2021-2025.

Les équipes de l'INSERM ont déclaré en 2020 plus de 6700 coopérations avec 102 pays, avec pour principaux partenaires l'Europe, les États-Unis et le Canada. Les pays à revenus moyens ou limités (essentiellement la Chine, le Brésil et le Maghreb) représentent environ 12% des coopérations déclarées, les collaborations avec les autres pays partenaires étant plus importantes en termes de mobilité en particulier entrante.

La présence de l'INSERM à l'étranger se traduit également par des sites en dur (ANRS, 2 UMI).

Les « projets de recherche internationaux » (PRI) qui permettent de renforcer et institutionnaliser des collaborations d'intérêt scientifique proposées par des chercheurs (voir détails infra). 21 accords sont en cours pour la mise en place de partenariats internationaux stratégiques clés (PIC) - hors Europe, les partenariats européens passant surtout par l'action communautaire. Ces accords sont concentrés en Amérique du Nord, en Asie (principalement Chine, Japon, Taïwan et Singapour), et dans les pays à revenus moyens ou limités avec le Brésil et plus récemment le Rwanda. Dans cette politique de partenariats, l'INSERM tente d'être davantage en synergie avec les autres partenaires français par la signature d'accords tripartites (avec l'Université de Lorraine au Rwanda, et Sorbonne Universités au Brésil).

L'INSERM est également bien structuré pour répondre aux appels à projets européens, et a reçu des subventions sur plusieurs thématiques telles que les maladies infectieuses, les neurosciences, les maladies rares, les maladies métaboliques et l'exposome.

Les outils de coopération de l'INSERM sont organisés de façon pyramidale de manière à renforcer progressivement les actions de recherche :

- Les tremplins internationaux (financements d'exploration de 10k€/an pour des projets courts de jeunes chercheurs avec un partenaire étranger - 11 projets financés en 2021 et 7 en 2020)
- Les Programmes de recherche internationaux (anciens MIA), alignés sur le CNRS : Financements sur 5 ans de 12k€/an (projets européens) ou 15k€/an (projets internationaux hors Europe). L'appel d'offres de 2022 a été ciblé sur les pays à plus faible recherche et devait faciliter la participation d'équipes des pays à revenus moyens ou limités, avec une évaluation adaptée se concentrant davantage sur la complémentarité des équipes que sur l'excellence scientifique.
- Les PIC (4-5 partenariats par an), désormais associés à un budget minimum de 15k€
- Les PCT : « seed funding » de 750k€ sur 5 ans sur une thématique prioritaire et ayant un impact sociétal majeur. Un programme a été lancé sur le vieillissement en bonne santé et devrait être suivi par un programme sur la santé mentale et un programme sur les maladies chroniques.

Les coopérations de l'INSERM avec les pays à revenus moyens ou limités relèvent traditionnellement du domaine des maladies infectieuses, mais comprennent également de nombreuses coopérations en génétique dans le bassin méditerranéen, et plus récemment sur les maladies métaboliques et le cancer avec des pays tels que Singapour, la Guinée et l'Algérie. L'INSERM est aussi impliqué

dans la santé mondiale par sa participation au COPIL du MEAE et à l'évaluation de la stratégie française dans le domaine.

L'INSERM participe également à des programmes sur la médecine personnalisée (EU-Africa PerMed), l'antibiorésistance (réseau AMR-Sud du PPR AMR), et les maladies chroniques (PCT).

2.1.2.L'IRD

La recherche en santé à l'IRD se fait principalement au sein du département Santé et Sociétés, qui regroupe 14 UMR et 4 unités en rattachement secondaire, et travaille avec plusieurs partenaires sur le terrain. Ses recherches portent historiquement sur les maladies infectieuses et tropicales, auxquelles s'ajoutent plus récemment les thématiques des transitions épidémiologiques et des systèmes, acteurs et politiques de santé.

L'IRD a depuis longtemps une approche *One Health* et se positionne actuellement sur la dimension *Eco Health* voire *Planetary Health*, en particulier avec l'initiative PREZODE.

Les chantiers en cours de l'IRD incluent :

- Création d'un pôle d'appui à la recherche clinique
- Initiative PREZODE
- Structuration/renforcement des actions de l'IRD en santé mondiale, maladies chroniques, santé-environnement
- Renforcement de la politique de site à Montpellier

L'IRD met en œuvre la science de la durabilité, notamment à travers des « communautés de savoirs » dans 9 défis thématiques qui assurent l'animation scientifique entre les disciplines et les départements scientifiques de l'IRD.

Les partenariats internationaux de l'IRD s'appuient sur différents outils :

- Les laboratoires mixtes internationaux (LMI), qui visent à mettre en place des équipes autonomes pouvant devenir des équipes de référence pour le pays ou la sous-région. Les LMI sont octroyés une fois par an après soumission d'une lettre d'intention puis du projet complet (4-5 LMI sont créés chaque année), et financés à hauteur de 40k€ par an sur 5 ans renouvelables une fois. Le financement de l'IRD sert de « *seed money* » et peut être complété par d'autres financements.
- Les Jeunes Équipes associées à l'IRD (JEAI) : une douzaine chaque année.
- Les Groupes de Recherche Internationaux – Sud (GDRI) : 6-8 chaque année.

- Les Allocations de Recherche pour une Thèse au Sud (ARTS) : bourses de recherche prisées, car permettant de renforcer ou débiter des partenariats, avec un système de co- encadrement Nord et Sud. Une trentaine de bourses sont octroyées chaque année.
- Les Programmes structurants de formation au Sud (PSF) : programmes diplômants avec des universités des pays à revenus moyens ou limités (écoles d'été, séminaires...)

Ces outils s'inscrivent dans les structures nationales des pays, et représentent un financement certes modeste, mais récurrent.

2.1.3.Le CIRAD

Le CIRAD met en place des dispositifs de recherche et de formation en partenariat (dP), qui sont des dispositifs de long terme sur toutes les thématiques du CIRAD et pouvant être spécifiques à un pays ou être structurés en réseau (voir répartition géographique dans les diapositives).

La santé est l'un des 6 champs thématiques stratégiques du CIRAD, avec une approche intégrée en lien fort avec les autres thématiques et des approches variées (écosystèmes, in vitro, territoires, socio-économiques). 200 personnes travaillent autour de la santé au sein de différentes unités :

- Santé animale/santé humaine :
 - ASTRE : unité créée en 2017 par fusion de CMAEE et AGIRs, comptant 100 permanents, dont 11 de l'INRAE.
Ses thématiques incluent le contrôle des maladies prioritaires (ex.: PPR), les réservoirs et les micromammifères, les vecteurs et les maladies vectorielles, et l'AMR; avec des missions d'expertise, de mise en place de réseaux régionaux, de surveillance, et dans le domaine vectoriel. Elle a également des activités de formation avec la plateforme PRISME.
L'unité est distribuée géographiquement via 4 dP (CaribVET, *One Health* – OI, RCPP, GREASE) et d'autres réseaux ou partenariats.
 - Intertryp : UMR IRD/CIRAD orientée sur les MTN (AAT/HAT, leishmanioses, maladie de Chagas), implantée à Montpellier et s'appuyant sur des partenariats dans différents continents (Afrique, Amérique, Asie, Europe). Contribution à l'élimination/contrôle des MTN, notamment de la trypanosomiase par la mise au point ou l'évaluation de diagnostics, de nouveaux traitements, d'outils de contrôle, de nouveaux vaccins, d'échecs de diagnostics. À cela s'ajoutent des programmes plus

fondamentaux, notamment sur les interactions parasites/vecteurs/microbiomes.

- ISEM (santé des poissons), Qualisud (sécurité sanitaire des aliments)
- Santé des plantes/biocontrôle : PHIM et PVBMT (santé des plantes et biodiversité), HortSys et Aida (pratiques et paysages).
- Écologie/biodiversité: CBGP, F&S (consommation de viande sauvage dans les pays à revenus moyens ou limités et risques sanitaires), AGAP (sélection des plantes et résistance aux maladies), UMR AMAP (caractérisation des paysages et impacts sur la santé)
- Géomatique/data : Tetis
- SHS-Pesticides: Moisa/Innovation

Le CIRAD travaille depuis longtemps sur une approche intégrée, avant l'émergence du concept de *One Health*. Ce travail a préfiguré l'initiative PREZODE, qui vise à prévenir les risques d'émergences des pandémies zoonotiques en s'appuyant sur des réseaux existants entre décideurs et chercheurs.

2.1.4. L'institut Pasteur et *Pasteur Network*

La contribution de l'Institut Pasteur à la recherche dans les pays à revenus moyens ou limités porte essentiellement sur le réseau international des Instituts Pasteur (nouvellement désigné *Pasteur Network*), structure à travers laquelle l'Institut Pasteur développe sa politique internationale. Une réflexion a été menée ces dernières années avec des ambitions renouvelées pour le réseau, pour promouvoir au-delà des programmes bilatéraux avec Paris, les interactions transversales entre les membres du Réseau.

Pasteur Network rassemble plus de 20 000 personnes au sein de 33 Instituts Pasteur (IP), qui interagissent notamment via :

- 73 financements internationaux en 2020
- 5 groupes de recherche à 4 ans : financements sur appel d'offres permettant de soutenir des porteurs de projet, jeunes chercheurs des institutions cibles afin de favoriser leur retour après expatriation.
- 3 nouvelles unités mixtes internationales : collaboration entre 2 IP, le plus souvent entre des laboratoires de l'IP et des laboratoires du réseau

Les missions de *Pasteur Network* sont :

- La recherche biomédicale
- Les activités de santé publique
- La formation et le développement de carrières : cours internationaux, mobilités, accompagnement de personnel scientifique dans leur carrière et leur retour au pays

- L'innovation et l'expertise technologique : la stratégie reste à définir, une possibilité serait d'ouvrir certaines plateformes (notamment dans les nouveaux instituts technologiquement avancés) aux autres IP

Les atouts du réseau sont :

- Des institutions historiquement ancrées dans les pays, et un lien fort avec les populations locales.
- Une tradition managériale et un lien de confiance entre l'IP Paris et les IP facilitant la gestion partenariale des projets.
- Une expérience du terrain via les laboratoires de biologie clinique et les laboratoires de recherche. Cependant, les liens avec les hôpitaux sont inégaux au sein du réseau.
- Des interactions fortes avec les ministères de la Santé et autres départements de santé.

Pasteur Network inclut des plateformes et hubs, notamment à Dakar (plateformes moléculaires et de génomique), à Lille et en Corée (développement de médicaments).

Une réflexion a été engagée lors de la réunion des directeurs en 2016 qui a recommandé d'agir pour consolider les liens internes du Réseau et tirer davantage de bénéfices de son caractère institutionnel unique. L'objectif est de privilégier des collaborations transversales, pour pouvoir faire des études comparatives implantées dans différents territoires et écosystèmes. Cette réflexion a abouti à une nouvelle gouvernance s'appuyant sur un diptyque entre :

- Une Fondation *Pasteur Network* sous égide de la Fondation Pasteur, mais strictement réservée au soutien des instituts du réseau. Elle est présidée par le directeur de l'IP Paris et co-présidée par un directeur élu parmi les directeurs du réseau.
- Une Association *Pasteur Network* à finalité opérationnelle, présidée par un directeur élu parmi les directeurs du Réseau et co-présidée par le directeur de l'IP Paris

Le portfolio actuel comprend, parmi d'autres, les programmes tels que MediLabSecure, REPAIR, *Afroscreen*, la détection du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, et la médecine personnalisée, et des actions de renforcement de capacités avec la création récente de l'IPGuinée (sachant que la stratégie actuelle vise à consolider ce qui existe plutôt que de lancer de nouveaux instituts).

Les coopérations entre *Pasteur Network*, l'IRD et le CIRAD sont considérées comme essentielles en raison de la proximité des missions de ces institutions et des compétences complémentaires qu'elles peuvent apporter au *Pasteur Network* en particulier en santé animale, étude de la faune sauvage et en écologie.

2.1.5.Le CNRS

Le CNRS dans le cadre d'un nouvel élan à l'international a décidé de privilégier les relations avec l'Afrique.

Il faut distinguer d'une part les activités conduites par l'INSB et celles par l'ensemble du CNRS incluant les autres instituts. L'INSB concentre la majorité des projets ayant trait à la santé.

L'INSB fort de 228 laboratoires et 4800 chercheurs, l'INSB soutient des programmes de Biologie moléculaire et cellulaire, génétique et génomique, Biologie du développement, biologie de système et intégrative. Ils s'adressent à un certain nombre de défis telle la régulation des génomes, biodiversité, cerveau et cognition. Les principaux thèmes concernent la parasitologie (Paludisme notamment), et l'entomologie. Les pays principalement concernés dans ce cadre intéressent l'Afrique subsaharienne (Sénégal, Cameroun, Bénin, Burkina Faso).

Le CNRS dans son ensemble s'associe au mouvement de coopération vers l'Afrique (essentiellement Maghreb et Afrique du Sud, et à un moindre degré l'Afrique subsaharienne). L'Afrique subsaharienne est l'objet, d'une part de soutien à des actions structurées en Afrique de l'Ouest et du centre, d'autre part à un programme (600KE) pour soutenir 33 projets. Ceux-ci ont pour but de soutenir les coopérations existantes et dispositifs déployés par les instituts. Une particularité de ce programme est de s'appuyer également sur les entreprises. Enfin, plus récemment, un comité mixte CNRS Afrique a été créé pour un programme de chercheurs invités.

2.2. Les agences de recherche

2.2.1.L'ANRS

Depuis sa création l'ANRS s'est inscrit dans une politique de coopération avec les pays à revenus moyens ou limités. S'agissant au départ de recherches limitées au sida, puis des hépatites, celles-ci ont conduit à l'identification de sites, dits sites ANRS, coconstruits et co-évalués en partenariat avec les pays concernés. Au départ dévolu à l'introduction des traitements antirétroviraux, et privilégiant des recherches de terrain, s'appuyant sur des équipes hospitalières qu'il s'agissait de renforcer et d'aider à la réalisation des essais cliniques et thérapeutiques, les partenaires allaient passer de l'hôpital aux universités locales, notamment pour former des doctorants et soutenir tous types de recherches, incluant les sciences humaines et sociales. Les sites se construisirent progressivement : Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun, Cambodge et Vietnam, Brésil puis Égypte. Aujourd'hui ANRS / Maladies Infectieuses Emergentes, les missions et stratégies de l'ANRS s'étendent, outre celles du sida et des hépatites, aux infections émergentes et réémergentes, aux infections sexuellement transmissibles et à la tuberculose et son budget s'inscrit dans un PEPR dédié dans le cadre de France

2030 (voir plus bas). La collaboration avec les pays à revenus moyens ou limités s'inscrit moins dans une stratégie d'aide au développement que d'opportunités scientifiques et ne s'inscrit plus dans un fléchage dédié à une stratégie géopolitique qui associerait les deux ambitions.

2.2.2.L'ANR

L'international en tant que tel n'entre pas dans les missions stratégiques prioritaires de l'ANR, même si cette agence de recherche s'est investie dans certains domaines et avec certains pays en fonction des appels d'offres. L'Agence nationale de la recherche (ANR) développe des partenariats avec des agences de financement de différents pays, qui facilitent le cofinancement de projets de recherche transnationaux et renforcent les coopérations entre les équipes françaises et les meilleures équipes européennes et internationales. Entre 2006 et 2018, 2 334 projets transnationaux ont été cofinancés par l'ANR et ses homologues, sur près de 18 000 projets financés par l'Agence au total. 20% des projets financés chaque année par l'ANR, tous secteurs confondus le sont avec des partenaires européens et internationaux, représentant environ 14% du budget d'intervention de l'Agence dédié aux appels à projets. Plus de 80% des projets transnationaux cofinancés par l'ANR s'inscrivent dans des coopérations de dimension européenne, afin de renforcer la mise en place de l'Espace européen de la recherche (EER), notamment dans le cadre de 10 initiatives de programmation conjointes (*Joint Programming Initiatives*) avec des agences européennes existantes dont elle est membre. Hors Europe, l'ANR noue aussi des collaborations bilatérales avec des agences internationales, via l'instrument de financement « Projets de recherche collaborative – International » de l'Appel à projets générique (AAPG).

Peu de projets concernent les pays à revenus moyens ou limités à ressources limitées ou moyenne qui ne font pas l'objet de fléchage particulier dans le cadre d'une stratégie bilatérale de coopération pour le développement. Dans la mesure où les collaborations internationales mises en œuvre par l'ANR accompagnent les thématiques stratégiques et prioritaires définies par l'État, ceux qui concernent ces pays viennent d'opportunités politiques occasionnelles.

2.2.3.L'INCa

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Créée par la loi de santé publique du 9 août 2004, elle est placée sous la tutelle conjointe du ministère des Solidarités et de la Santé d'une part, et du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation d'autre part. L'Institut national du cancer est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les organismes de

recherche et les fédérations hospitalières. L'institut du cancer, qui n'a pas d'appels d'offres dédiés à l'international, intervient essentiellement dans les pays à revenus moyens ou limités à travers différentes initiatives européennes ou internationales. Il participe ainsi à l'International Rare Cancers Initiative (IRCI) et soutient des programmes de recherche menés en Asie et en Afrique. Ces recherches ne s'inscrivent cependant pas dans une réelle stratégie de coopération bilatérale pour le développement.

2.3. Les soutiens ministériels à la coopération sanitaire avec les pays à ressources faibles et moyennes

2.3.1. Les fonds de recherche des investissements d'avenir gérés par les établissements de recherche : PPR et PEPR

Dans le cadre de la troisième vague des investissements d'avenir, un PPR (programme prioritaire de recherche) concerne l'antibiorésistance où a été identifié un volet Sud de coopération. Celui-ci concerne deux projets l'un de microbiologie, l'autre de sciences humaines et sociales (utilisation des antibiotiques) concernant quatre pays : Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cambodge et Madagascar.

Dans le cadre de la quatrième vague des investissements d'avenir, le programme France 2030 et une stratégie dite d'accélération, des Programmes et Équipements prioritaires de Recherche (PEPR) qui concernent ou peuvent concerner la collaboration internationale bilatérale avec les pays à revenus moyens ou limités dans le cadre des risques sanitaires liés aux infections émergentes

Le PEPR-MIE (Maladies infectieuses émergentes) géré par l'ANRS / Maladies Infectieuses Emergentes, donc l'INSERM, décrit plus haut.

Le PEPR PREZODE. Piloté par le CIRAD, INRAE, IRD, le PEPR PREZODE a pour objectifs prioritaires de développer les recherches et les outils nécessaires à la mise en place d'une stratégie innovante de préventions des émergences zoonotiques pour en réduire le nombre et détecter de tels événements le plus tôt possible. Ce PEPR inclura des appels à projets sur la compréhension des principaux facteurs d'émergence, sur les stratégies de réduction des risques et sur l'évaluation des activités socio-économiques liées à ces stratégies de mitigation et de surveillance. Il soutiendra aussi le développement des technologies méta-génomiques pour détecter les pathogènes zoonotiques et une plateforme permettant l'accès aux différentes séries de données nationales et internationales. Les appels à projets du PEPR PREZODE seront opérés pour le compte de l'État par l'Agence Nationale de Recherche.

2.3.2. Les soutiens aux activités internationales hospitalières par le ministère de la Santé (DGOS).

Celles-ci ont été décrites dans le corps du rapport.

2.3.3. Les fonds de solidarité pour les projets innovants (FSPI) du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Ceux-ci permettent aux ambassades de mener sur le terrain des actions innovantes à impact rapide et fortement visible au bénéfice des populations locales. Le projet peut être porté au niveau national ou régional. D'une durée maximale de deux ans, chaque projet dispose d'un montant allant de 100 000 euros à un million d'euros. 5% d'entre eux concernent la santé. Un exemple mis en exergue par ce ministère est le projet CAZCOM (850 KE), lancé en 2019, conçu pour renforcer les capacités du Zimbabwe en matière de surveillance et de lutte contre les maladies animales et zoonotiques.

Annexe V - Analyse bibliométrique des collaborations en recherche entre la France et l'Afrique (collaboration avec Patrick Devos)

La recherche est un bon témoin d'une coopération entre les équipes françaises avec leurs collègues africains, même si elle pâtit, pour beaucoup :

- d'une diversité des institutions de recherche française avec pour chacune des modalités de mise en œuvre, de thèmes scientifiques et d'évaluations différentes,
- d'une absence de stratégie partagée sur le choix des partenariats (géopolitique) et des thématiques collaboratives,
- d'une inégalité de soutien financier entre les différents secteurs, l'infectieux à travers l'ANRS étant particulièrement privilégié même s'il existe des disparités : Ainsi le VIH, les hépatites et les maladies infectieuses sont financés par l'ANRS, la résistance aux antibiotiques est faiblement soutenue par un PEPR, le paludisme et les maladies tropicales négligées ne sont pas financés,
- d'une connaissance insuffisante des demandes, besoins en renforcement des capacités et expertise en recherche des pays africains,
- d'un lien faible avec la diplomatie politique des postes, et
- de l'opportunité de rejoindre des réseaux internationaux que la France ni ne finance ni ne coordonne à l'exception de l'infectieux.

Entre 2012 et 2021, 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 (80% seulement d'augmentation) (**Figure 2**). Les thématiques des collaborations qui reviennent le plus souvent sont les maladies infectieuses et l'immunologie. Depuis les cinq dernières années, de nouveaux pays européens se sont démarqués. Ainsi, le taux de progression des collaborations de l'Afrique avec les Pays-Bas est presque de 300%, avec l'Italie il est de 400%, et avec l'Espagne il est de 375% (**Figure 3**). De manière intéressante, ces pays ont diversifié les disciplines scientifiques de coopération et collaborent principalement en pharmacologie et la pharmacie, la biochimie et la biologie moléculaire, principalement sur des maladies chroniques aujourd'hui fardeaux majeurs des pays d'Afrique.

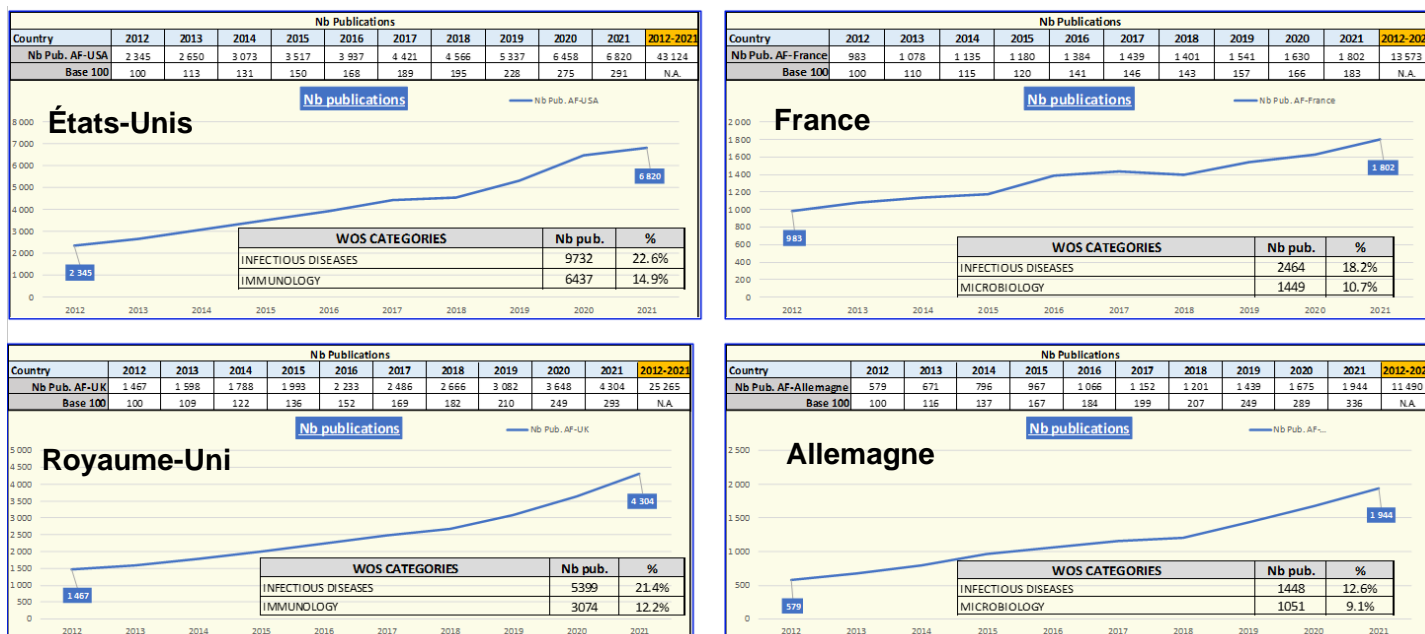


Figure 2 Collaborations en recherche dans le domaine « Biologie-Santé » des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de l'Allemagne avec l'Afrique entre 2012 et 2021

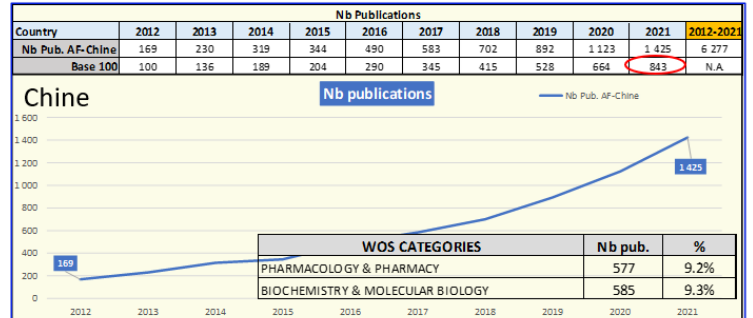
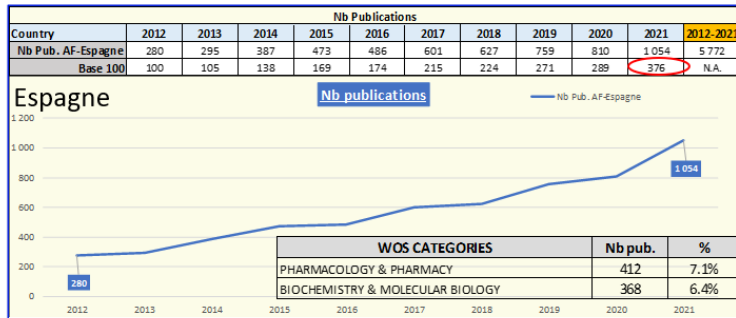
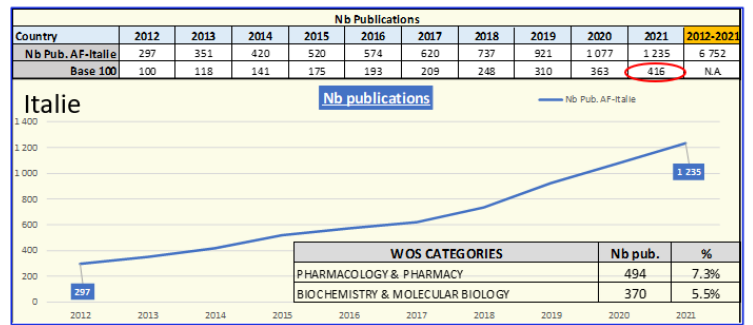
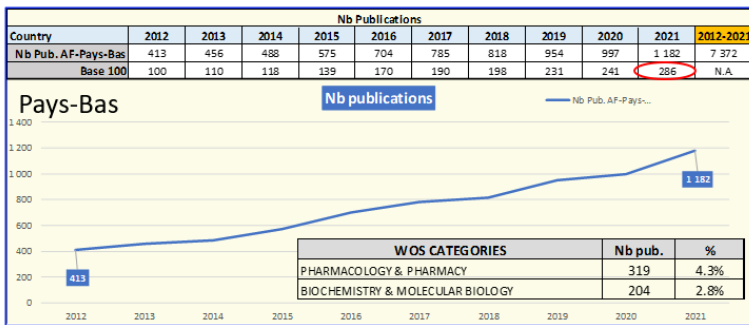
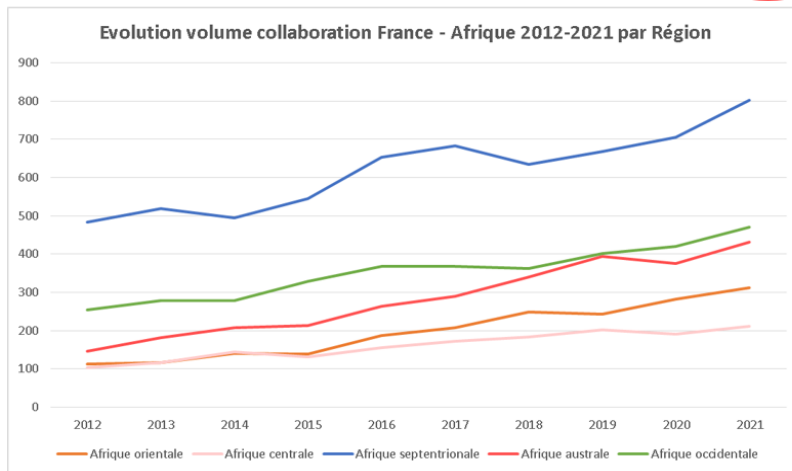


Figure 3 Collaborations en recherche dans le domaine « Biologie-Santé » du Pays-Bas, de l'Italie, de l'Espagne et la Chine avec l'Afrique entre 2012 et 2021

Entre 2012 et 2021, la France et l'Afrique ont co-signés 13 547 publications en « Biologie-Santé », mais les deux pays qui dominent ces publications collaboratives sont les États-Unis (3 876 publications) et le Royaume-Uni (3 203 publications) (Figure 4). Cela signifie que globalement une forte proportion des collaborations entre la France et l'Afrique ne sont pas bilatérales, mais s'exercent à travers des modalités différentes. Pour la plupart, ce sont des collaborations qui s'inscrivent dans des réseaux internationaux beaucoup plus larges que l'Afrique. Le premier pays africain que l'on retrouve après les deux pays anglo-saxons est l'Afrique du Sud (2 791 publications), puis un grand nombre de pays européens. Les trois pays africains qui viennent ensuite sont l'Égypte (1 381

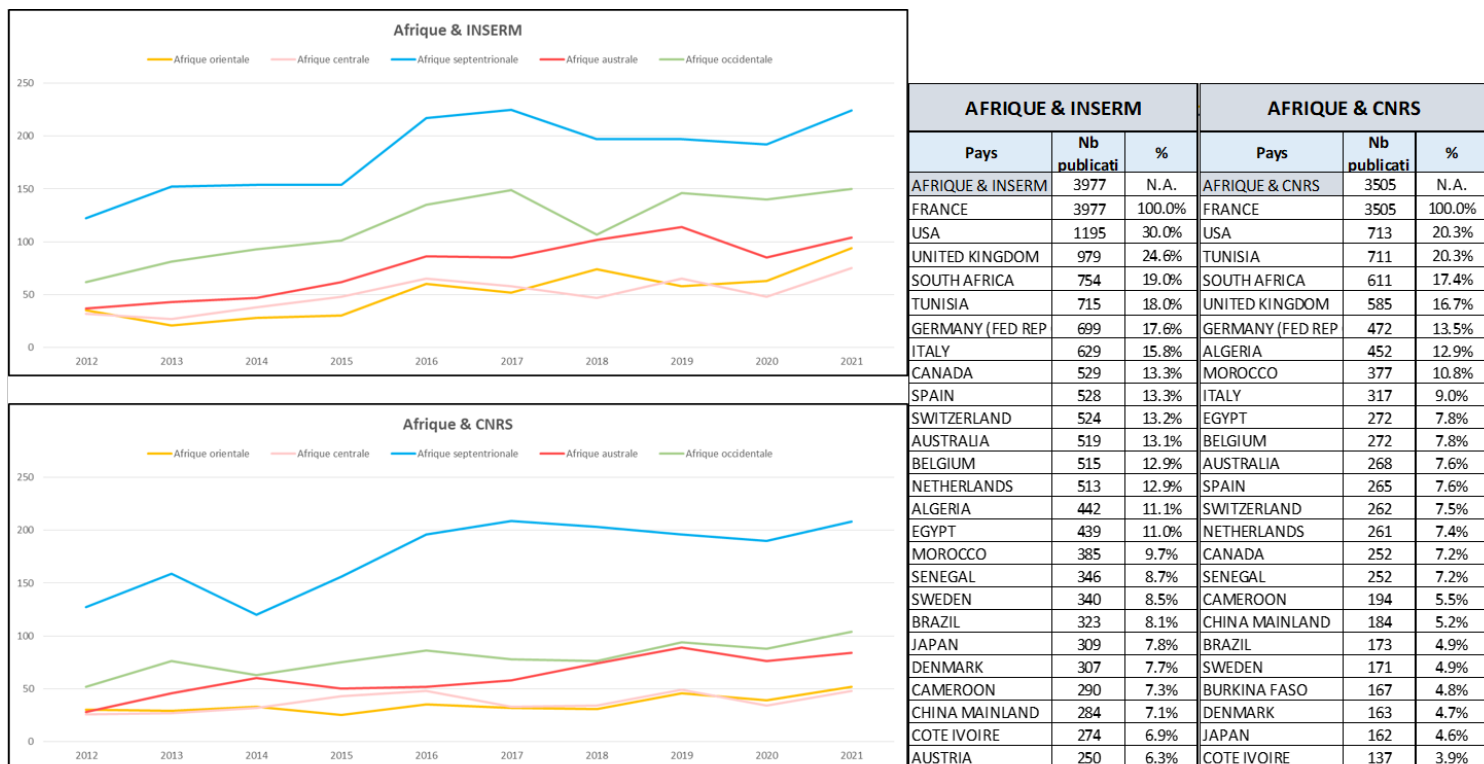
Country	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Afrique orientale	113	116	141	139	187	208	249	244	282	313	1 992
Afrique centrale	103	116	145	132	155	173	183	203	191	212	1 613
Afrique septentrionale	483	519	494	545	654	683	634	668	705	802	6 187
Afrique australe	146	181	207	214	264	289	340	395	376	432	2 844
Afrique occidentale	254	278	278	329	368	369	362	401	421	470	3 530
Afrique	982	1077	1135	1179	1382	1440	1402	1543	1633	1774	13547

Pays	Nombre de publication dans Collaboration FR/AF
FRANCE	13547
USA	3876
UNITED KINGDOM	3203
SOUTH AFRICA	2791
TUNISIA	2562
GERMANY (FED REP GER)	2191
ITALY	1931
SPAIN	1688
SWITZERLAND	1644
AUSTRALIA	1628
CANADA	1600
BELGIUM	1544
NETHERLANDS	1532
EGYPT	1381
ALGERIA	1319
MOROCCO	1286
BRAZIL	1150
INDIA	979
CAMEROON	944
SWEDEN	940
CHINA MAINLAND	922
JAPAN	917
SENEGAL	870
DENMARK	781
BURKINA FASO	725
PORTUGAL	723
AUSTRIA	705
POLAND	683
TURKEY	677
GREECE	635
COTE D'IVOIRE	634



publications), l'Algérie (1 319 publications) et le Maroc (1 286 publications). Dans les 25 premiers pays qui ont contribué aux publications collaboratives France-Afrique, seulement 9 pays africains ressortent : l'Afrique du Sud, la Tunisie, l'Égypte, l'Algérie, le Maroc, le Cameroun, le Sénégal, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire.

Au niveau des EPST, l'IRD et le CIRAD ont des profils similaires, leurs collaborations sont ciblées sur des pays d'Afrique subsaharienne avec qui la France a des liens historiques (Sénégal, Cameroun, Burkina Faso, etc.) (**Figure 5**).



En revanche, les Instituts Pasteur, l'APHP, l'INRAE, l'INSERM et le CNRS interviennent dans des réseaux de collaborations internationaux dans lesquels l'Afrique du Sud revient souvent en tête (**Figure 6**).

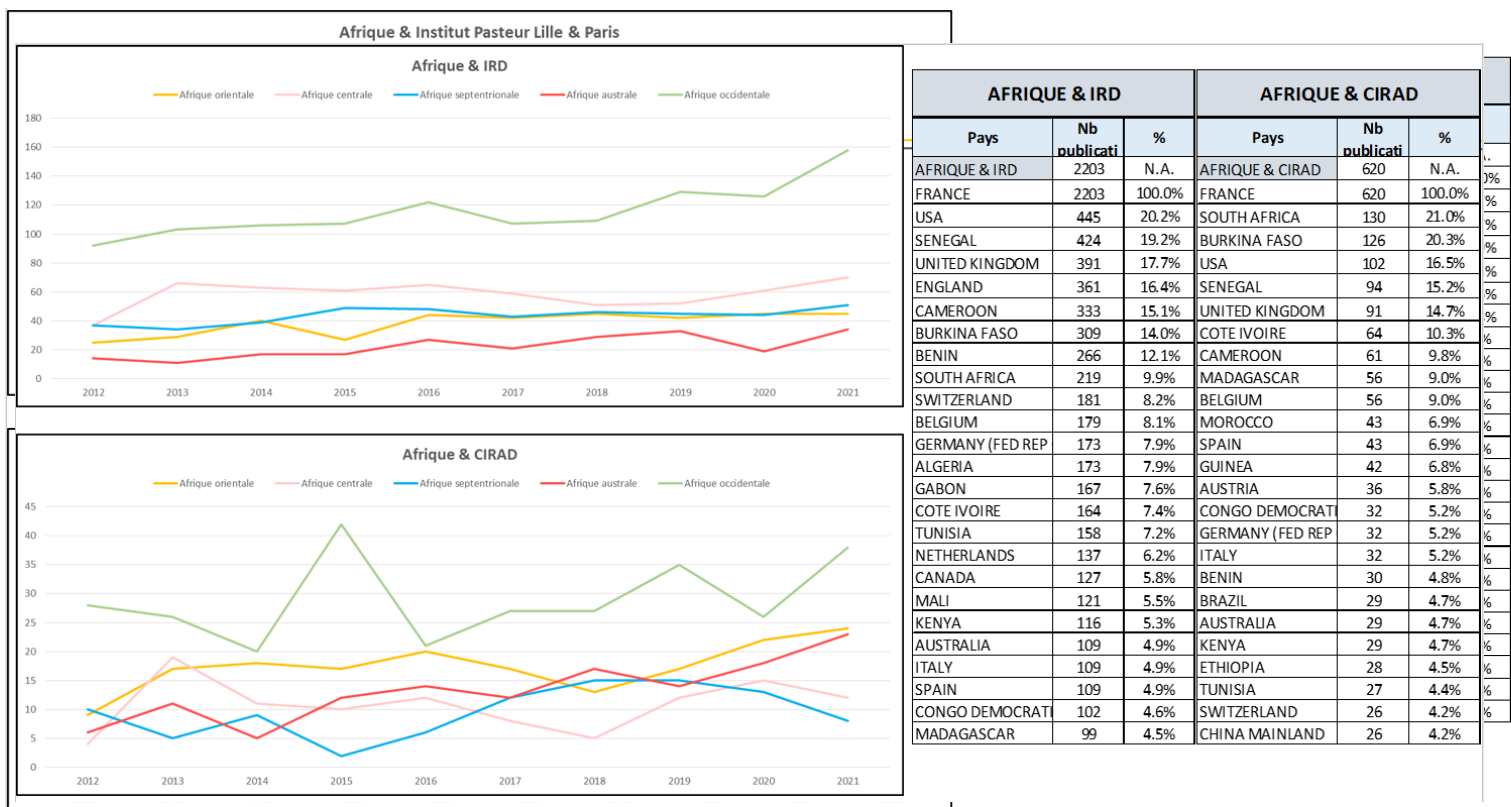


Figure 6 Profils de collaboration de l'IRD, du CIRAD, des Instituts Pasteur et de l'INRAE avec l'Afrique

Annexe VI - Haut Conseil de coopération en Santé mondiale: proposition des missions et gouvernance

La responsabilité de ce Haut Conseil de coopération en Santé mondiale sous l'égide du comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) serait :

I. Stratégie et programmation

Il s'agira d'établir une stratégie qui tiendra compte des grands axes en matière de Santé mondiale (multilatéral), du choix des thématiques à favoriser en bilatéral, de leurs soutiens budgétaires ainsi que des pays où développer et favoriser l'expertise en santé française. La stratégie devra mettre en cohérence les initiatives bilatérales et multilatérales, assurer le continuum en soin, formation et recherche. Elle tiendra compte des différents aspects de diplomatie humanitaire, scientifique, et d'influence et des éléments de politique internationale et européenne de la France. Elle permettra une programmation d'ensemble, régionale ou nationale à proposer aux décideurs d'une part à travers les initiatives en cours qu'elles soient ministérielles, loco régionales et/ ou provenant des différentes institutions de soin, formation et recherche ou en en

suggérant d'autres, notamment dans le domaine des maladies chroniques. Cette programmation pourra renforcer certains besoins en santé des pays partenaires , notamment concernant les maladies chroniques et les besoins de la médecine personnalisée (cardio vasculaire, cancer, diabète, métabolisme, etc.), ou les systèmes de santé ;favoriser les partenariats bilatéraux (exemple accueil DFMS/A, échanges post doctoraux, ateliers technologiques, etc.), actualités scientifiques ; elle veillera à l'harmonisation des besoins en santé des partenaires (médecine, chirurgie, biologie, sciences humaines et sociale) ; elle tiendra compte des besoins en innovation et à l'inverse du potentiel que représentent les jeunes Biotech (notamment à partir des pôles de compétitivité) pour des partenariats avec les pays à revenus moyens ou limités.

II. Coordination

Il s'agira d'établir une coordination entre les initiatives du multilatéral et bilatéral et entre les diverses activités de soin, formation et recherche. Cette coordination pourra s'appuyer sur Aviesan pour proposer une harmonisation et une meilleure efficacité des initiatives en recherche. Une meilleure information et communication des activités terrain sera recherchée.

III. Suivi des initiatives terrains et mesure d'impact

Le Haut Conseil de coopération en Santé mondiale s'appuiera sur le réseau des conseillers santé et un service public d'experts qui assureront les suivi terrains ainsi que sur les représentants régionaux des différentes institutions. Il aura la responsabilité d'évaluer l'impact des activités terrains. Sur le terrain, les liens avec les postes seront renforcés.

IV. Composition et gouvernance du Haut Conseil de coopération en Santé mondiale

Celui-ci sera composé de représentants des ministères et institutions concernées, dont l'ANM, et de personnalités qualifiées choisies pour leur expertise scientifique et médicale et/ou en Santé mondiale. Le Haut Conseil de coopération en Santé mondiale sera placé sous une coordination interministérielle des différents ministères dont le ministère des affaires étrangères et européenne, Recherche, et Santé et réfèrera à ces ministères en tant que de besoin.

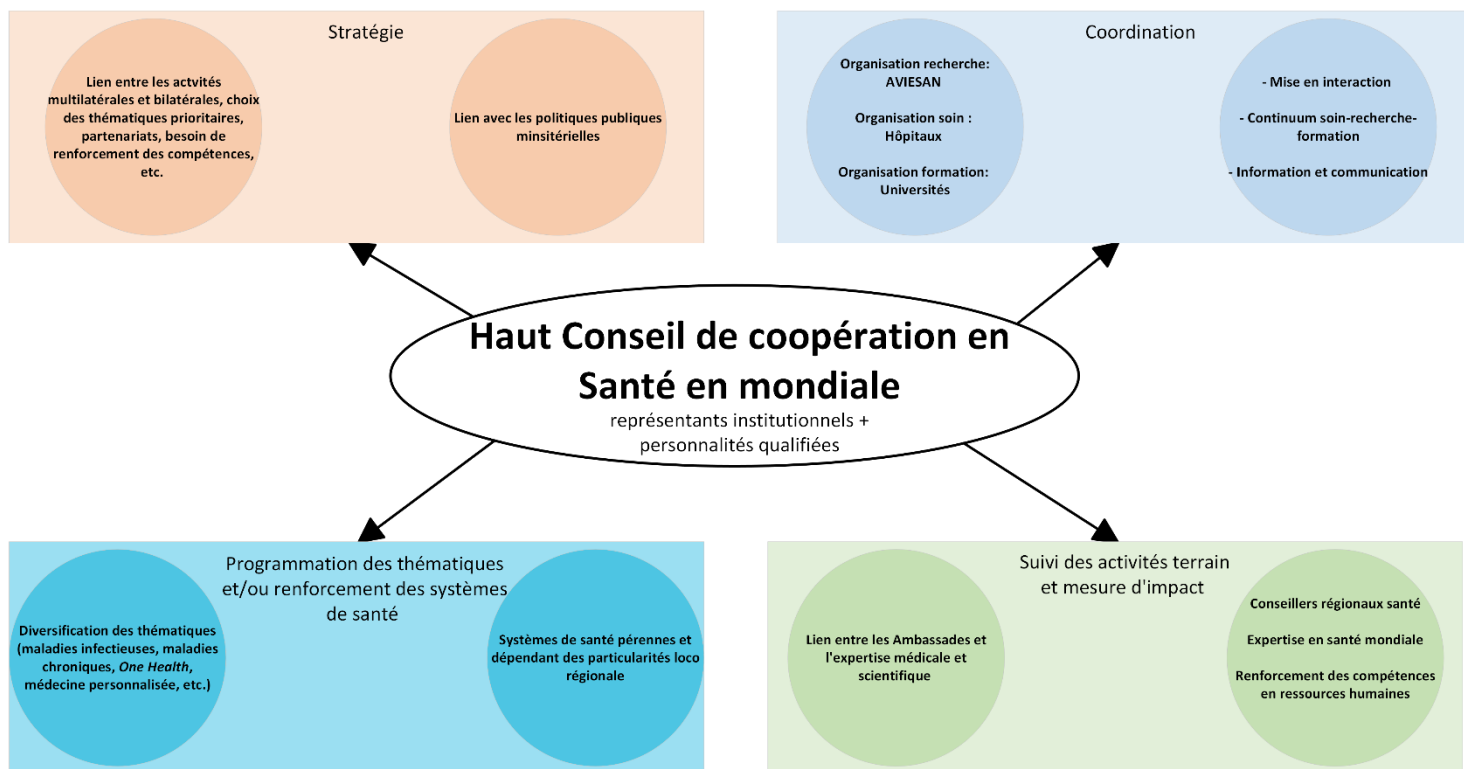


Figure 7. Organisation du Haut Conseil de coopération en Santé mondiale

Annexe VII - Glossaire des abréviations

AAPG : Appel à projets générique
AECID : Agence espagnole pour la coopération internationale au développement
AFD : Agence française du développement
AGAP : Amélioration génétique et adaptation des plantes méditerranéennes et tropicales
AGIRs : Animal et gestion intégrée des risques
AICS : Agence italienne de coopération pour le développement
Aida : Agroécologie et intensification durable des cultures annuelles
AMA : Agence africaine du médicament
AMC : La garantie de marché (ou AMC, pour Advance Market Commitment)
AMR : Résistance antimicrobienne (ou AMR, pour Antimicrobial Resistance)
ANM : Académie nationale de médecine
ANMF : Académie nationale de médecine de France
ANR : Agence nationale de la recherche
ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ANRS / Maladies Infectieuses Emergentes : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales - Maladies Infectieuses Émergentes
ANSES : Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale
ANSM : L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APD : Aide publique au développement
APHP : L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARTS : Les Allocations de Recherche pour une Thèse au Sud
ASEAN : Association des nations de l'Asie du Sud-Est
ASTRE : Animal – Santé – Territoires – Risques – Ecosystèmes
Aviesan : Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BMGF : Fondation Bill et Melinda Gates (ou BMGF, pour Bill and Melinda Gates Foundation)
CaribVET : Le Réseau Caraïbéen de Santé Animale
CAZCOM
CBGP : Centre de biologie et gestion des populations
CCM : Instance de Coordination Nationale (ou CCM, pour Country Coordinating Mechanism)
CEPI : La Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
CHMP : Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIRAD : Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
CMAEE : Contrôle des maladies animales, exotiques et émergentes
CMU : Couverture maladie universelle
COFIL : Comité de pilotage
CRSM : Conseiller.e.s Régionaux en Santé mondiale
DANIDA : Agence danoise pour le développement international
DES/DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées/Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DFID : Département du Développement international (ou DFID, pour Department for International Development)
DFMS : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée
DFMSA : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie
DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DNDi : Drugs for Neglected Disease initiative
dP : Dispositifs de recherche et de formation en partenariat
DSSR : Droits à la santé sexuelle et reproductive
EDCTP : European & Developing Countries Clinical Trials Partnership
EER : Espace européen de la recherche
EF : Expertise France
Enabel : Agence de développement du gouvernement fédéral belge
EPIC : Établissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPST : Établissement public à caractère scientifique et technologique
F&S : Forêts et Sociétés
FBR : Financement basé sur les Résultats
FM : Fonds mondial
FSPI : Fonds de solidarité pour les projets innovants
GDRI : Groupes de Recherche Internationaux
GIP : Groupement d'intérêt public
GISPE : Groupe d'Intervention en Santé Publique et Épidémiologie
GIZ : Agence allemande de coopération internationale pour le développement
GloPID-R : Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness
HAS : Haute Autorité de Santé
HortSys: Fonctionnement agroécologique et performances des systèmes de cultures horticoles
IFFIm : Facilité internationale de financement pour la vaccination
IMTSSA : Institut de médecine tropicale du service de santé des armées
INCa : Institut national du cancer
INED : Institut national d'études démographiques
INRAE : Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
INSB : Institut National des Sciences Biologiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IntertryP : Interactions hôtes-vecteurs-parasites-environnement dans les maladies tropicales négligées dues aux trypanosomatidés
IP : Institut Pasteur
IRCI : International Rare Cancers Initiative
IRD : Institut de recherche pour le développement
ISEM : Institut des sciences de l'évolution de Montpellier
JEAI : Jeunes équipes associées à l'IRD
LMI : Laboratoires mixtes internationaux
LuxDev : Agence Luxembourgeoise pour la Coopération au Développement
MEAE : Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MTN : Maladies tropicales négligées
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
ONG : Organisation non gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ORSTOM : Office de la recherche scientifique et technique outre-mer
OSC : Organisation de la société civile
PCT : Programme de coordination thématique
PDPs : Partenariats pour le développement de produits
PEPFAR : Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA
PEPR : Programmes et équipements prioritaires de recherche

PEPR-MIE : Programmes et équipements prioritaires de recherche - Maladies infectieuses émergentes
PHIM : Plant Health Institute of Montpellier
PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
PIB : Produit intérieur brut
PN : *Pasteur Network*
PPP : Partenariat public-privé
PPR : Programmes prioritaires de recherche
PREZODE : Preventing Zoonotic Disease Emergence
PSF : Programmes structurants de formation au Sud
PVBMT : Peuplements végétaux et bioagresseurs en milieu tropical
RETEX : Retour d'expérience
RNB : Revenu national brut
SCAC : Service de Coopération et d'Actions Culturel
Tetis : Territoires, environnement, télédétection et information spatiale
UE : Union Européenne
UMR : Unité mixte de recherche
UMR AMAP : L'UMR (Unité mixte de recherche) AMAP est une unité interdisciplinaire qui travaille à l'acquisition de connaissances fondamentales sur les plantes et les végétations.