



**Action internationale en santé et en
protection sociale :
propositions pour une influence française**

Rapport au ministre.

Stéphane MANTION

Conseiller Général des Etablissements de Santé

En collaboration avec Morienn PETON

Interne de santé publique

Octobre 2011

Qu'il me soit permis de remercier toutes les personnes rencontrées au cours de ces entretiens, pour le temps qu'elles ont bien voulu me consacrer. Acteurs engagés des secteurs de la santé et de la protection sociale, elles participent chacune à leur niveau à la stratégie d'influence française, en valorisant un savoir-faire unanimement reconnu.

Que mes collègues des directions et délégations de l'administration centrale des ministères sociaux, et parmi eux ceux des services internationaux, trouvent ici l'expression de ma gratitude pour notre collaboration quotidienne.

Pour sa confiance et sa détermination à valoriser l'expertise française en santé et protection sociale, toute ma reconnaissance à Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la contribution déterminante de Morienn Peton, interne de santé publique auprès de la « mission internationale et outremer » de la direction générale de l'offre de soins.

Elle a donné à ce rapport le temps que je ne pouvais lui consacrer.

Actuellement en troisième cycle spécialisé des études médicales, DES de santé publique et médecine sociale, subdivision Océan Indien, auprès de l'ISPED – Université Bordeaux 2 et titulaire d'un Master 2 Recherche de Science Politique mention « relations internationales et diplomatie », Morienn fait preuve d'un esprit de synthèse et d'un professionnalisme remarquables qui nous rassurent sur l'avenir de notre coopération internationale en santé.

PREAMBULE

Dans le concert de la mondialisation, les stratégies d'influence des pays font parfois la différence. La raréfaction des capacités d'intervention directe des Etats et la compétition des pays développés pour exporter leur savoir-faire imposent de rechercher les secteurs à fort potentiel procurant une valeur ajoutée déterminante pour le pays proposant son expertise. La santé et la protection sociale représentent pour la France ces domaines où sa singularité, sa réussite et son expertise sont reconnues, malheureusement insuffisamment mises en valeur.

Selon les termes de la lettre de mission, les objectifs principaux de la mission étaient :

1. de dresser un état des lieux de la situation actuelle de la coopération sanitaire française en recensant les différents acteurs présents sur le champ et leurs modalités d'action
2. de proposer des recommandations afin de repenser le système en place, de l'améliorer et de le valoriser.

Pour ce faire, je me suis appuyé d'une part sur des entretiens menés cinq mois durant avec les acteurs publics et privés de la coopération sanitaire internationale, ainsi qu'avec des experts et des professionnels de la discipline. Exercice qui s'est avéré délicat tant la liste des acteurs peut être longue et surtout non exhaustive ! La liste de ces entretiens figure en annexe 1. D'autre part, j'ai exploité les précédents rapports existants sur cette thématique afin de compléter et d'explicitier au mieux mes propos.

Le calendrier de travail s'est déroulé en deux phases : auditions entre juin et septembre 2011 puis rédaction entre septembre et novembre 2011 au cours de laquelle j'ai privilégié un certain recul, diminuant considérablement mes sollicitations extérieures.

Au final, j'ai cherché à construire des propositions pertinentes et cohérentes avec mon argumentaire, propositions qui ne sont pourtant pas toutes réalisables de par leur caractère un peu brutal et parfois « subversif ». En effet, trouver la formule idéale pour donner sens et cohérence à notre coopération sanitaire sans trop bouleverser les réalisations actuelles s'est avéré très difficile ; complexité accrue par ce principe très français de ne pas perturber les jeux parfois personnels, ni remettre en cause ce que certains considèrent comme des acquis.

SOMMAIRE

<i>Lettre de mission</i>	7
RESUME ET SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	10
INTRODUCTION	14
PARTIE 1 : LA COOPERATION SANITAIRE FRANÇAISE EN 2011	15
1.1 Historique	15
1.1.1 L'héritage colonial	15
1.1.2 Les réformes du dispositif de coopération	17
1.1.2.1 La réforme de 1996	17
1.1.2.2 La réforme de 1998	17
1.1.2.2 La réforme de 2004	19
1.1.2.4 La réforme de 2009	21
1.2 La demande actuelle au niveau international	25
1.2.1 Les besoins de santé des pays récipiendaires ...	25
1.2.2 ... en passant par le canal bilatéral ou en privilégiant les organisations multilatérales ?	26
1.3 Une offre éclatée, concurrentielle et non structurée	27
1.3.1 Les ressources françaises...	27
Un vivier d'experts au service de la coopération	27
L'expérience, un acquis indéniable qui fait la réussite de la coopération	27
Les ressources humaines	27
Les moyens financiers	28
1.3.2 ... mal exploitées	29
Une confusion d'acteurs	29
L'inertie de la mobilisation	34
Une expérience inexploitée	35
Des moyens perdus	35
1.4 Une coopération sanitaire qui doit se réinventer	36
PARTIE 2 : PROPOSITIONS	37
2.1 Les dispositifs mis en place à l'étranger	37
2.1.1 La GTZ en Allemagne	37
2.1.2 L'organisation en Grande Bretagne	38
2.2 Propositions pour un nouveau dispositif	40
2.2.1 Un opérateur unique en santé ?	40
2.2.2 Un coordonateur des opérateurs ?	41
2.2.3 Un regroupement autour des trois métiers des ministères sociaux	41
2.2.4 Une alliance ou une structure ombrelle	43

<i>CONCLUSION</i>	<u>44</u>
<i>A N N E X E S</i>	<u>46</u>
<i>Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées</i>	<u>47</u>
<i>Annexe 2 :Eléments de bibliographie</i>	<u>50</u>
<i>Annexe 3 : Liste des abréviations</i>	<u>52</u>

Lettre de mission



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre,

PARIS, LE 30 MAI 2011

Monsieur,

L'organisation, le développement et le financement des systèmes de santé dans les sociétés contemporaines, quel que soit leur niveau de développement, constituent un enjeu majeur aujourd'hui. Les volumes financiers alloués aux programmes sanitaires par les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux sont en nette augmentation et les opportunités de coopération et d'assistance technique - tant au plan de l'aide multilatérale que dans le cadre des relations bilatérales - sont de plus en plus nombreuses et d'ampleur croissante.

La France, dont la qualité et l'efficacité du système de santé sont largement reconnues et dont les experts sont particulièrement recherchés, dispose d'atouts importants pour occuper une place privilégiée sur ce marché international en pleine expansion et en retirer des avantages considérables en termes d'influence stratégique et de retombées économiques.

Pourtant à l'heure actuelle, la France demeure trop souvent absente des grands projets internationaux en santé. Ce mauvais positionnement, qui profite notamment à nos voisins européens, est imputable à un certain nombre de facteurs que plusieurs rapports récents¹ soulignent :

- la faible capacité à répondre aux appels d'offre des principaux bailleurs internationaux, qui sont pourtant financés sur fonds publics et qui pourraient compenser pour partie les contraintes budgétaires nationales ;
- l'insuffisante connaissance et transparence des initiatives qui nuisent à la visibilité des actions françaises ;
- les carences dans la définition d'une stratégie nationale fixant les principes et les objectifs de la coopération internationale, y compris les priorités géographiques et thématiques, ainsi que les moyens pour les atteindre ;
- le manque de coordination entre les nombreux acteurs et la quasi absence de partenariat avec les acteurs de la coopération décentralisée (collectivités locales) ainsi que la faiblesse des synergies entre les différentes interventions et le peu d'articulation entre les actions bilatérales et multilatérales ;

.../...

Monsieur Stéphane MANTION
Conseiller Général des Etablissements de Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Le contexte budgétaire et la RGPP conduisent à rechercher une rationalisation des moyens disponibles au service d'une plus grande efficacité de la coopération sanitaire internationale de la France, et à favoriser l'accès au financement des grands bailleurs internationaux.

Partant de ce constat et compte tenu de votre expérience non seulement en tant qu'ancien directeur d'ARH, mais aussi de directeur de projet en charge de l'outre-mer, des affaires européennes et des relations internationales auprès de la directrice générale de l'offre de soins, je vous missionne pour conduire une réflexion qui cherchera à pallier les dysfonctionnements et faiblesses mis en évidence dans les conclusions des rapports cités.

A cet effet, vous devrez :

D'une part,

- Identifier les différents organismes publics, parapublics et privés intervenant dans le champ de la santé et de la protection sociale et procéder à un examen approfondi de leurs rôles, place et actions respectifs ;
- Examiner les modalités des appels d'offre lancés par les grands organismes multilatéraux, gestionnaires de fonds et bailleurs et les autres modes de partenariat possibles, ainsi que les demandes bilatérales auxquelles l'expertise française en matière de santé et de protection sociale est susceptible de répondre, ce qui permettra notamment de dégager les secteurs les plus porteurs ;
- Etudier les structures en charge de la coopération sanitaire dans d'autres pays et en tirer des enseignements pour la France.

D'autre part,

- Définir les voies et moyens de susciter et d'améliorer des réponses françaises à des programmes de coopération financés par des organismes internationaux, et définir en particulier les conditions nécessaires à une réponse coordonnée et collective ;
- Proposer des recommandations opérationnelles quant aux procédures conduisant à la valorisation de l'expertise française à l'international ;
- Proposer un cadre organisationnel permettant la mise en œuvre des principes et orientations stratégiques de coopération dans le champ de la santé et leur pilotage efficace par les pouvoirs publics.

Pour mener à bien votre mission, vous serez rattaché à la DAEI dont vous bénéficierez du soutien logistique, et vous serez appuyé par un comité de pilotage constitué de représentants de la DAEI, de la DGOS, de la DSS et de la DGS.

Vous serez notamment amené à rencontrer les directions et services du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, les agences nationales intervenant dans le champ de la santé, les GIP (Esther, SPSI, International), ainsi que les principaux opérateurs hospitaliers, les organismes de recherche médicale (tels l'INSERM et l'Institut Pasteur), ainsi que les organisations professionnelles publiques et privées engagées dans des actions de coopération internationale dans le champ de la santé et de la protection sociale.

.../...

Les agences et directions concernées du ministère des Affaires étrangères et européennes (Direction Générale de la Mondialisation, mais aussi l'opérateur France Expertise Internationale), du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi (en particulier l'ADETEF), l'Agence française du développement, et certaines ONG pourront aussi vous éclairer dans votre réflexion.

Vos conclusions, assorties de propositions concrètes, devront me parvenir avant la fin du mois de septembre 2011.



Xavier BERTRAND

¹ TENZER, Nicolas., *L'expertise internationale au cœur de la diplomatie et de la coopération du XXI^e siècle. Instruments pour une stratégie de puissance et d'influence.* Rapport au Premier Ministre, mai 2008

MARTINEZ, Henriette., députée des Hautes Alpes, *L'aide publique au développement française : analyse des contributions multilatérales, réflexions et propositions pour une plus grande efficacité.* Rapport au Premier Ministre, juillet 2009

MORDELET, Patrick., *Rapport sur l'organisation et le financement des activités de coopération internationale des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité,* Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, novembre 2008

SAUVAT, Jean-François., *Rapport sur les conditions d'une politique internationale à l'AP-HP,* novembre 2008

RESUME ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Une volonté à l'épreuve d'une réalité !

1. Dissoudre toutes les structures existantes pour n'en recréer qu'une : un opérateur métier unique capable :

- de définir la stratégie française en matière de coopération sanitaire internationale sur tous les plans,
- d'assurer la veille et les réponses aux appels d'offre,
- de mobiliser l'expertise, les ressources humaines, techniques et financières adéquats ;
- à laquelle incomberait la responsabilité de toute l'enveloppe de l'APD santé.

On comprendra aisément l'irréalisme d'une telle proposition, les différents acteurs déjà présents s'étant largement imposés et positionnés les uns par rapport aux autres. On peut de plus regretter que la Loi de 2010 sur l'action extérieure de l'Etat, n'ait pas, au delà de la création de FEI, organisé ce glissement vers un opérateur unique, dans notre domaine, comme dans d'autres.

2. Attribuer le rôle de coordonateur général à l'une des structures déjà existantes, qui a su montré son implication et son efficacité dans le domaine et capable de coordonner tous les autres. Il serait chargé de :

- veiller à la bonne conduite de la stratégie française en coopération internationale,
- de créer de la communication entre tous les acteurs,
- et d'assurer un retour d'expériences.

Cette proposition est elle aussi inexploitable, les uns refuseraient de se substituer et de se soumettre à l'autre, de par les jeux de concurrence qu'il existe d'ores et déjà entre chacune.

De plus, la variété, l'étendue et l'absence de stabilité du périmètre couvert par les différents ministères œuvrant dans la sphère sanitaire et sociale ne nous semblent pas propices à

l'installation d'un organisme unique, dont les champs de compétence seraient parfois éloignés.

3. Confier à FEI la mission globale et unique du pilotage de la stratégie en santé et de la réponse aux appels à projets du secteur.

Si cette idée peut séduire, en s'avérant être en phase avec la volonté du législateur de regrouper l'expertise française (Loi de 2010 sur la représentation extérieure de la France), elle n'est pas davantage réaliste, et ce pour plusieurs raisons :

- FCI n'a pas su, ou pas pu, par le passé occuper le terrain laissé vacant par l'absence d'opérateur unique en santé, ou s'imposer parmi la multitude de structures émanant du secteur. Il n'a donc pas la légitimité pour le faire aujourd'hui, ni la capacité en terme de réseaux dans un environnement profondément bouleversé ces 20 dernières années (montée en puissance des agences sanitaires expertes, réformes hospitalières, Loi HPST, RGPP...)
- FEI ne peut pas, par la seule évocation de la thématique « santé » dans ses statuts, revendiquer cette exclusivité, pas davantage par la seule présence d'un administrateur issu des ministères sociaux au sein de son conseil d'administration.

4. Regrouper en trois branches coordonnées les trois grands métiers assurés par les ministères sociaux : Travail/Emploi, Protection sociale et Santé :

- le champ Travail/Emploi, actuellement couvert par le GIP INTER, fait l'objet d'une mission IGAS, nous ne ferons donc qu'évoquer ce secteur. Une structure propre doit lui être dédiée, tant les enjeux internationaux, les besoins des pays émergents, et la volonté de l'OIT sont grands.
- le champ Protection Sociale, dont l'importance au niveau international vient d'être confirmée à l'occasion de la réunion du G20 de Cannes, doit afficher davantage de performance et de lisibilité en fusionnant les structures existantes afin d'accroître son opérationnalité et répondre aux nombreux chantiers ouverts (P4H, socle de

protection sociale, soutenabilité des systèmes de santé, ...). Les organismes sociaux (assurance maladie, famille, retraite) et les organismes qui en découlent (ADRECRI, GIP SPSI...) doivent rassembler leur savoir-faire et leur capacité d'intervention afin de porter cette spécificité française et offrir aux pouvoirs publics les moyens de valorisation qui peuvent apparaître aujourd'hui morcelés, voire en concurrence.

- le champ Santé (entendu comme sanitaire et médico-social au sens large) est celui qui nécessite le plus gros travail de restructuration. La France dispose d'un outil, ESTHER, qui a su développer dans un champ initialement restreint (l'infection au VIH) un savoir faire thématique et méthodologique reconnu. Récemment les pouvoirs publics ont autorisé une première extension de ses domaines d'intervention aux maladies associées au VIH, puis à la Qualité et à la Sécurité des Soins en Afrique (au travers du programme APPS de l'OMS). Aujourd'hui, il est fréquent que la structure soit sollicitée dans le cadre des OMD. Nous proposons donc une reconfiguration complète d'ESTHER (statuts, missions, moyens) pour en faire l'opérateur métier en santé des autorités françaises.

5. Mettre en place une entité ombrelle/chapeau chargée du portage politique et stratégique, de la coordination et de la transversalité entre tous les acteurs présents :

- dotée de **moyens propres** avec un secrétariat général permanent,
- chargée d'**assurer le lien** et la communication entre acteurs,
- qui devra veiller à la **mise en œuvre de la stratégie**
- **réunissant régulièrement les différents acteurs** de la coopération sanitaire : cellules internationales des directions d'administration centrales, ONG, secteur privé, GIP, FHF, FHP, FEI, ADECRI, l'assurance maladie... sur la base du volontariat,
- chargée de **recenser** et de **suivre**, aussi bien au niveau bilatéral et multilatéral, les actions de coopération entreprises dans nos secteurs, quelque soit leur nature,
- et de rédiger un **rapport annuel** des actions entreprises, des sommes allouées et de dresser un bilan de l'APD santé/social,

- en définissant une **stratégie** propre aux ministères sociaux dont l'élaboration devra être assurée par la DAEI, en liaison avec les services internationaux des différentes directions et avec le MAEE.

Cette entité sera soutenue par **un appui et un portage politique forts**, que le Ministre devra s'approprier, indispensables pour imposer le caractère essentiel, régalien même, d'une telle structure et pour en assurer l'influence et la pérennité.

INTRODUCTION

Quelque soit la raison évoquée, le constat malheureux de l'atomisation et de la perte d'efficacité de la coopération sanitaire française doit être fait. Il est unanimement reconnu, l'ensemble de mes interlocuteurs ayant tenu à me le signaler. La France, qui avait pourtant des partenariats privilégiés avec ses anciennes colonies, d'Afrique notamment, s'est retrouvée peu à peu confondue dans la masse internationale et mondiale, perdant de son influence et de son implication. Et la concurrence grandissante de nouveaux acteurs étrangers, dont l'efficacité et l'essor s'affirment de plus en plus, laisse notre pays en retrait.

Parfois même, notre repli sur nous-mêmes n'a pas permis à notre pays de mettre en avant et de valoriser son savoir-faire, son système de santé et de protection sociale uniques au monde.

Pourtant, de par la mondialisation et ses enjeux, la croissance démographique, l'urbanisation galopante, la pandémie de sida, les instabilités politiques, la crise économique d'ampleur mondiale... les systèmes de santé des pays du Sud se trouvent aujourd'hui dans des conditions des plus précaires et inquiétantes.

Il y a donc énormément à faire en matière de coopération sanitaire, de l'accompagnement à l'élaboration de stratégies à la mise en place de centres de santé de soins primaire en passant par l'aide à la gestion et au pilotage hospitalier. Et la France dispose de tous les moyens et de toutes les ressources nécessaires pour engager des projets de coopération ambitieux. Mais pour ce faire, c'est toute la politique et le dispositif de coopération actuel qu'il faudrait réviser.

En analysant l'histoire de la coopération sanitaire française et en la comparant aux systèmes en cours chez nos voisins européens, nous tenterons de proposer des solutions pour modifier notre système, l'améliorer, le restructurer et le pérenniser, espérant ainsi lui rendre son influence historique.

PARTIE 1

LA COOPERATION SANITAIRE FRANÇAISE EN 2011

Le rapport sur la santé dans le monde rendu par l'OMS en 2000¹ place le système de santé français au premier rang, faisant de lui le meilleur au monde.

La France a une longue histoire de coopération et d'aide au développement en matière de santé des pays en développement, surtout en Afrique. Ce sont ses intérêts coloniaux qui expliquent cette influence et ce rayonnement. Pourtant, aujourd'hui, alors qu'elle est dotée de biens des atouts, tant par l'existence de professionnels et d'experts que par la présence de nombreuses initiatives de coopération et des ressources nécessaires, la France passe à coté de bien des projets et appels d'offre, amoindrissant sa présence à l'étranger et sa renommée internationale dans le domaine. Mais comment en est-on arrivé là ?

1.1 Historique

1.1.1 L'héritage colonial

Le professeur Marc Gentilini, dans son rapport sur la coopération sanitaire française dans les pays en développement² attribue l'originalité et la notoriété du système de coopération française à son histoire coloniale. Celle-ci est en effet à l'origine d'un vaste réseau sanitaire mis en place dans les colonies françaises, tant pour les soins et la prévention (centres de santé, hôpitaux, dispensaires) que pour la formation et la recherche (création de facultés/écoles de médecine, extension du réseau Pasteur, grandes découvertes telle que l'hématozoaire responsable du paludisme ou le vaccin contre la fièvre jaune). La France avait alors « *placé la santé au cœur du dispositif géostratégique d'influence politique, diplomatique, économique et du rayonnement culturel [du] pays*³ »

En 1959, alors que le processus de décolonisation s'amorce, le Général De Gaulle crée le Ministère de la coopération qui avait pour vocation d'accompagner les « pays du champ » dans leur développement. Il envoie des volontaires effectuer leur service militaire en tant que

¹ Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. OMS 2000

² La coopération sanitaire française dans els pays en développement. 2006

³ Rapport Morange, p.47

coopérant à l'étranger et gère l'assistance technique sur place. La coopération sanitaire de la France à cette époque s'inscrit dans la lignée de celle mise en place au temps de la colonisation. Les échanges sont principalement bilatéraux avec une forte présence française sur place grâce au concept d'assistance technique (qui se porte principalement dans les anciennes colonies). L'assistance technique ou « coopération technique », selon le langage des organisations internationales, avait pour but d'accroître la capacité des pays du Tiers Monde à mener une politique autonome de développement. À cette fin, elle met libéralement à la disposition de ces derniers des connaissances scientifiques ou techniques et des savoir-faire adaptés aux réalités locales.

Les actions entreprises concernent essentiellement le secteur hospitalier (il est d'ailleurs souvent reproché « l'hospitalo-centrisme » de la coopération française), la lutte contre les grandes endémies et la formation de médecins. L'assistance technique assurait la mise en valeur de la « ressource humaine », le renforcement des institutions et le soutien aux projets d'investissement. A la différence des autres formes d'aide, c'est d'abord la mise en communication de personnes qui primait.

Le ministère de la coopération devient en 1981 le ministère de la coopération et du développement. Après le discours de La Baule, qui marquera un tournant décisif, on laissera l'Histoire juger de la pertinence, le début des années 90 introduit un changement de fond du mode d'intervention de la coopération marqué par l'approche projet et par l'évolution de l'assistance technique de substitution vers une assistance technique d'accompagnement. Concrètement, cette nouvelle politique se traduit à la fois par l'exigence de nouvelles compétences, de transfert de savoir-faire et par une diminution globale du nombre d'assistants techniques ainsi qu'une évolution de leur fonctions (vers une présence accrue dans les actions multilatérales avec des champs de compétence modifiés), qui sont mal reçus par les pays récipiendaires. L'assistance technique a ainsi vu ses effectifs fondre au fil des années eu égard à l'abandon de la coopération de substitution pour ne compter en 2009 plus que 961 personnes (ils étaient encore 23000 au début des années 1980). Ce déclin concerne bien évidemment aussi le domaine de la santé.

Parallèlement, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 autorise les hôpitaux à signer des conventions et à entreprendre des partenariats sur le plan international. « *Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, u compris*

internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter-hospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique. Pour ces actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français (Article L6134-1 du Code de la santé publique).

Ces deux nouvelles « mesures », sous tendues par la réduction de l'aide consécutive à la fin de la guerre froide, engagent le temps des réformes et par là même, la dispersion de l'aide sanitaire à l'étranger, qui va se fondre peu à peu dans les stratégies internationales.

1.1.2 Les réformes du dispositif de coopération

1.1.2.1 La réforme de 1996

Le changement de gouvernement en 1995 engage un cycle de réformes.

Cela vise d'abord le manque de coordination entre services :

- le ministère de la coopération se fond dans le Ministère des affaires étrangères en 1996
- un Comité interministériel de l'aide au développement (CIAD) est mis en place (qui deviendra le CICID en 1998), présidé par le premier ministre afin d'améliorer la coordination interministérielle sur les orientations et les objectifs communs de la politique d'aide publique au développement.

1.1.2.2 La réforme de 1998

Le gouvernement de Lionel Jospin formule en 1998 une réforme supplémentaire impliquant :

- la fusion des services de coopération des ministères de la coopération et des affaires étrangères pour devenir la Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) au sein du MAE (qui deviendra la DGM en 2009), ce qui signe la disparition du secrétariat d'état à la coopération et à la francophonie. Cela avait pour objectif d'unifier davantage la coordination de l'action de la France en matière de coopération.
- la création d'un poste de ministre délégué à la coopération et la francophonie, qui remplace celui de Secrétaire d'Etat

- la création de l'AFD, issue de la Caisse française de développement, désignée comme « opérateur pivot » sensé gérer l'essentiel des projets de programmes d'aide, sous la tutelle du MAE et du ministère des finances
- le CIAD devient le Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement (CICID) réunissant « *le ministre des affaires étrangères, le ministre chargé de l'économie et des finances, le ministre chargé de l'immigration et du codéveloppement, le ministre chargé de la population, le ministre chargé de l'éducation, le ministre chargé de la recherche, le ministre de l'intérieur, le ministre de la défense, le ministre chargé de l'environnement, le ministre chargé de la coopération, le ministre chargé du budget, le ministre chargé du commerce extérieur et le ministre chargé de l'outre-mer* »⁴ et s'accompagne de la création d'un Haut Comité pour le Coopération Internationale (HCCI) afin d'assurer un lieu de débat entre différents acteurs gouvernementaux, d'ONG, d'entreprises et de syndicats et d'ouvrir ainsi la politique de coopération à la société civile.
- l'instauration de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) définie « *comme celle où l'aide publique, engagée de manière sélective et concentrée peut produire un effet significatif et contribuer à un développement harmonieux des institutions, de la société et de l'économie* ». Elle se compose de 55 pays parmi les moins développés en termes de revenus, n'ayant pas accès au marché des capitaux et avec lesquels la France entend nouer une relation forte de partenariat dans une perspective de solidarité et de développement durable qui répond à plusieurs objectifs dont celui d'assurer la couverture des besoins sociaux essentiels.



Figure 1 : Zone de solidarité prioritaire (source : MAEE)

⁴ Article 2 du décret N° 98-66 du 4 février 1998

Les instruments de financement de l'APD en appui à la santé prennent des formes diverses : budget du titre IV, Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP), contrat de désendettement et de développement (C2D), aide programme ou encore fonds de remise de dettes.

Les instruments de la mise en œuvre de l'APD sur place passent notamment par l'assistance technique (près de 200 personnes sur la ZSP).

Cette réforme, qui voulait d'abord lisser et apporter davantage de cohésion à la politique de coopération française mais aussi couper avec une politique encore trop marquée par le temps des colonies, n'a répondu que partiellement à ses objectifs. En effet, le système d'APD reste morcelé entre le ministère des finances et de l'industrie, le MAE et l'AFD (en 2002, le MAE contrôle 29% de l'APD, le MINEFI 40%, l'AFD 3% et les autres ministères 28%) et la dispersion des acteurs entraîne un manque de visibilité et d'homogénéité pour le système.

En termes de santé, la DGCID élabore en 1999-2000 une stratégie dans le domaine de la santé autour de trois axes prioritaires : la lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles, le renforcement des systèmes de santé et le financement de la santé. Ceci s'est fait en amont de la déclaration du Millénaire. La stratégie sectorielle affirmait alors que *« c'est à travers l'intégration de ces trois cercles concentriques que se construit, au quotidien, notre coopération dans le domaine de la santé »*.

1.1.2.2 La réforme de 2004

En 2004, le CICID renforce le pilotage stratégique de la coopération :

- en instaurant une stratégie pays et sectorielle et une programmation annuelle, facilitées par la mise en place récente de la réforme du budget de l'Etat par la nouvelle loi d'orientation relative aux lois de finance (LOLF)
- et en mettant en cohésion les différents acteurs autour d'objectifs communs.

En ce qui concerne la santé, de près ou de loin, cette réforme conduit à :

- la redéfinition des priorités sectorielles : une stratégie sectorielle santé est formulée vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement touchant directement à la santé adoptés par la communauté internationale lors de la conférence du Millénaire. Cela signe l'engagement de la politique de coopération française dans le multilatéral. Il s'agit des OMD 4 (réduire des 2/3 la mortalité infantile des moins de

5 ans), 5 (améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle des $\frac{3}{4}$), 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies) et cible 17 de l'OMD 8 (en collaboration avec les industries pharmaceutiques, fournir l'accès aux médicaments essentiels des pays en développement) dans les zones de solidarité prioritaires dessinées en 1998

- l'instauration des Documents Cadre de Partenariat (DCP) dans la zone de solidarité prioritaire pour définir une stratégie à cinq ans dans les pays concernés pour tous les instruments programmables bilatéraux. Ils permettent de concentrer l'aide sur des secteurs prioritaires (trois maximum) en réponse aux besoins du pays récipiendaire. Cela laisse aux ambassadeurs, qui deviennent les véritables coordonnateurs sur place, le choix de considérer ou non le secteur de concentration « santé » parmi une liste de sept secteurs de concentration définis comme prioritaires par le CICID pour la réalisation des OMD (éducation, eau et assainissement, santé et lutte contre le SIDA, agriculture et sécurité alimentaire, protection de l'environnement, infrastructures en Afrique sub-saharienne, développement du secteur productif), en accord avec le pays partenaire.

En 2005, la santé n'était retenue que dans 9 DCP sur les 25 élaborés, ce qui s'expliquerait par le fait que l'aide française en matière de santé passe désormais davantage par l'aide multilatérale. Les ambassadeurs restent donc peu sensibilisés à ce secteur, qui gagnerait pourtant à être traité en bilatéral en synergie avec ces aides multilatérales et qui assurerait à la France de préserver ses acquis et son expertise technique ciblée sur le terrain.

- La redistribution des fonctions et des champs d'action de chaque acteur afin de construire un ensemble cohérent, structuré et concordant entre chaque acteur :
 - o le rôle du CICID est renforcé pour la définition et le pilotage de la stratégie de l'APD ;
 - o le ministre délégué à la coopération, au développement et à la francophonie, appuyé par la DGCID, assure le pilotage du dispositif et la bonne coordination entre acteurs
 - o la conférence d'orientation stratégique et de programmation (COSP) nouvellement mise en place coordonne l'action de l'ensemble des ministères en termes d'APD
 - o et les ambassadeurs se voient attribuer le rôle de coordinateur des acteurs publics sur le terrain, instaurant une déconcentration de la gestion de l'aide.

- enfin, l'AFD devient l'opérateur pivot de la coopération française sur la ZSP et « récupère » une partie des compétences du MAE afin d'éviter les doublons. L'AFD a désormais en charge les domaines de l'infrastructure et développement urbain, de l'agriculture et du développement rural, de l'environnement, de la formation professionnelle, de la santé et de l'appui au secteur privé alors que le MAE se concentre sur les secteurs régaliens (Etat de droit, gouvernance institutionnelle et financière mais aussi l'enseignement supérieur et la recherche, coopération culturelle et scientifique, l'appui à la société civile et la coopération décentralisée).

En termes de santé, on distingue là le cadre bilatéral, qui apporte une aide sélective dans des domaines où la France peut apporter une valeur ajoutée : système de santé, lutte contre les grandes pandémies, formation de professionnels de santé et gestion hospitalière. Le cadre multilatéral s'attache quant à lui à la participation aux grands programmes internationaux : lutte contre le sida, santé mère-enfant, vaccination.

1.1.2.4 La réforme de 2009

En 2009, le CICID a adopté cinq priorités sectorielles centrées sur les OMD afin d'apporter une aide plus efficace et plus ciblée. La santé est définie comme l'un de ces cinq secteurs d'intervention prioritaires. Le relevé de conclusion indique : *« La santé fait l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années. La France est en effet l'un des contributeurs majeurs aux principales initiatives qui ont vu le jour depuis 2001 : elle est le deuxième contributeur mondial au Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi qu'à l'IFFim qui finance via le GAVI des programmes de vaccinations dans les pays en développement, et premier contributeur à Unitaïd, qui grâce à son action a pu faire baisser le prix de certains traitements jusqu'à 40%.*

Une stratégie pour la coopération en matière de santé a été réalisée en 2007 par un groupe de travail présidé par Michèle Barzach. Ses principales conclusions invitaient notamment à poursuivre nos efforts pour atteindre les objectifs du millénaire (OMD 2, 3, 6 et cible 17 de l'OMD 8) et réaffirmaient l'importance d'investir dans la recherche en santé pour et avec les PED. Le CICID approuve l'engagement important de la France (970 M€ au total en 2008) dont une part importante (690 M€) va aux initiatives multilatérales et aux financements innovants. Il demande que la stratégie santé soit réactualisée pour la fin de l'année 2009

notamment sur les questions de l'articulation de l'aide multilatérale et bilatérale et sur l'utilisation optimale de l'expertise française dans le champ international, en accordant une intention particulière au renforcement des systèmes de santé. La France soutiendra la prochaine reconstitution en 2010 du Fonds mondial SIDA ».

Pour ce faire, diverses mesures ont été décidées dont :

- la redéfinition des ZSP en une typologie géographique élaborée à partir de critères de besoins des pays partenaires en tenant compte des intérêts français dans ces pays (enjeux économiques, stratégiques et de sécurité, d'influence, ou encore migratoires). Cette typologie a abouti à l'identification de 4 catégories de pays, auxquelles sont associés des modes d'intervention adaptés : (i) pays pauvres prioritaires, (ii) pays intermédiaires entretenant des relations privilégiées avec la France, (iii) pays émergents à enjeux globaux ou régionaux et (iv) pays en crise ou de sortie de crise.
- la mise en place d'indicateurs de résultats pour rendre compte de l'efficacité de l'aide et l'élaboration d'un tableau de programmation et de suivi des crédits affectés au financement de notre politique d'APD
- la modification du dispositif de tutelle de l'AFD comme le veut la RGPP pour une meilleure répartition des rôles entre d'une part, des directions d'administration centrale stratégiques et d'autre part, des opérateurs disposant d'une véritable autonomie opérationnelle. Cette évolution confère à l'AFD les rôles de banque de développement ET d'opérateur qui gère les subventions françaises, sous l'autorité du secrétaire d'état à la coopération qui assure le pilotage des orientations politiques de l'Etat.
- la diversification des financements en faisant appel à la mobilisation de la société civile

La loi du 27 juillet 2010 relative à l'action extérieure de la France vient « compléter » ces dispositions en créant l'établissement public à caractère industriel et commercial France Expertise Internationale (qui remplace le GIP France Coopération Internationale). Ce nouvel EPIC, placé sous la tutelle du MAE veut concourir « à la promotion de l'assistance technique et de l'expertise internationale française à l'étranger [...] en concertation étroite avec tous les opérateurs, qu'ils soient publics ou privés » (article 12). Son champ de compétence s'étend à tous les domaines, dont la santé et concerne aussi bien le bilatéral que le multilatéral.

Néanmoins, l'absence d'intégration métier de FEI le place dans une situation d'isolement avec finalement peu de marge d'action et de compétence. Sa logistique est bien trop généraliste pour lui confier l'exclusivité de la gestion de la coopération sanitaire française.

Parallèlement et conjointement à ces réformes, de nouveaux bailleurs de fond ont émergé, ce qui ne s'est pas fait sans tension. Aussi bien dans une logique de guerre froide que par souci de voir sa zone d'influence réduite, la France s'inquiète, d'autant plus que les pays nouvellement indépendants ont utilisé comme menace la possibilité de faire appel à ces nouveaux créanciers. Ainsi, les relations avec le CAD, la banque mondiale, l'aide communautaire et même les Etats Unis n'ont pas toujours été évidentes et restent réservées jusqu'au dans les années 1990. L'implication hésitante de la France dans l'aide européenne et son adhésion repoussée aux politiques sanitaires onusiennes ne sont donc pas si anodines pour garder une influence marquée dans le domaine, même si elle doit désormais prendre une orientation multilatérale et se plier aux choix stratégiques de l'OMS et de la Banque Mondiale.

En ce qui concerne l'aide publique au développement, elle aussi a beaucoup évolué. Au début des années 1960, la France était avec le Royaume Unis et les Etats Unis un des principaux bailleurs de fond. A partir des années 1960, l'APD a fortement chuté pour atteindre un seuil à 0,32% du RNB au début des années 2000. En réaction, le CICID de 2002 a convenu d'augmenter l'APD française pour atteindre 0,7% du RNB en 2015, conformément aux engagements de la conférence de Monterrey. Mais outre le volume que représente l'APD, il est aussi important de s'intéresser à son contenu et ses orientations géographiques et sectorielles. D'abord, l'apparition des contributions multilatérales est venue quelque peu éroder les efforts d'augmentation de l'APD française, qui se sont trouvés redistribués, au profit du multilatéral. En 2009, l'aide française est bilatérale à 68%⁵, en raison notamment de l'annulation du poids des annulations de dettes. Cette augmentation de la part du multilatéral doit être étroitement surveillée pour ne pas perdre son influence dans ses relations bilatérales tout en s'imposant dans les grandes institutions (la Commission européenne à 55%, les institutions financières internationale, les fond verticaux (santé et environnement principalement et les NU).

⁵ L'APD est ici comprise au sens du CAD de l'OCDE. Au niveau de la mission budgétaire Aide Publique au Développement, l'aide est en revanche principalement multilatérale (à 60%).

En 2002, la part de la santé dans l'APD française était de 4% (alors qu'elle s'élève en moyenne à 11% dans les autres pays de l'OCDE). 65% des financements de l'APD dans le secteur le sont au bénéfice d'organisations multilatérales contre 35% seulement pour le bilatéral.

Noter que comme toutes les actions de coopération ne relève pas de l'APD, ces statistiques ne montrent qu'une vision partielle de la répartition de l'effort.

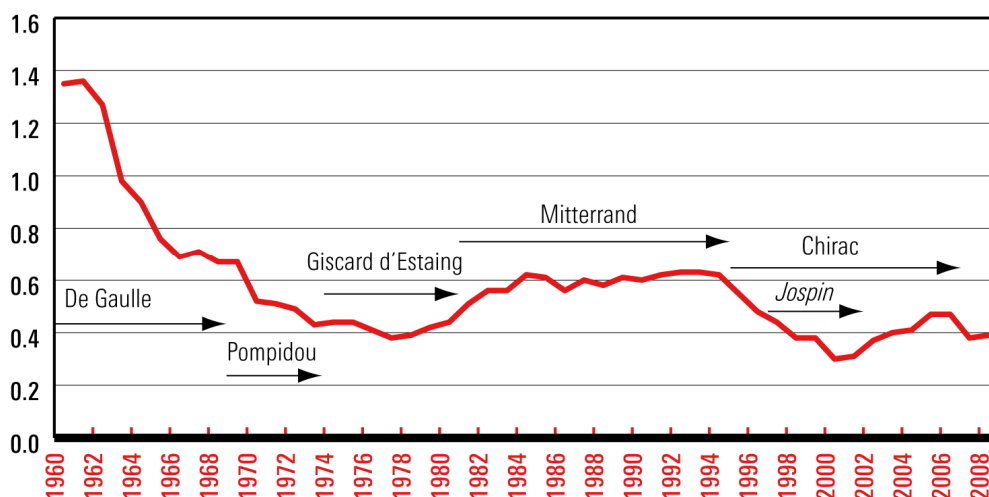


Figure 1. APD de la France, 1960-2000 (en % du RNB) source : CAD

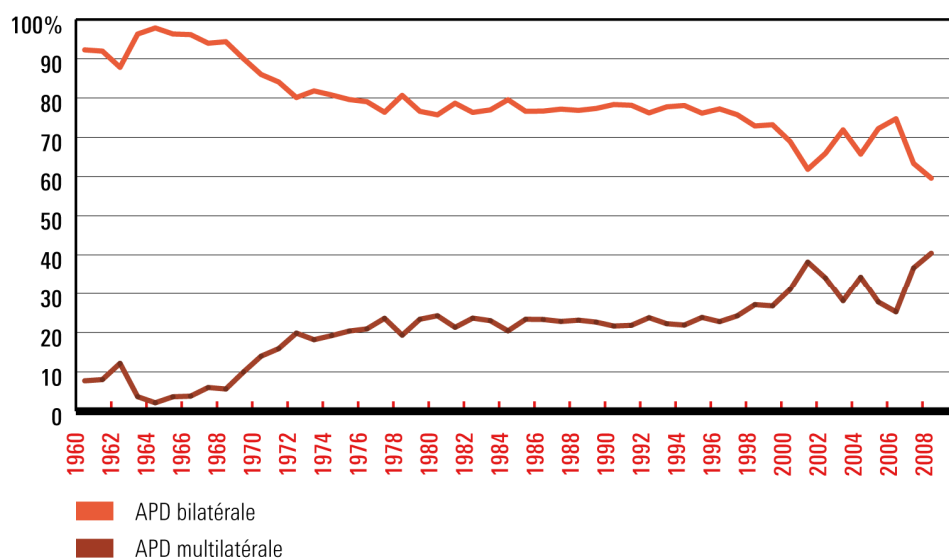


Figure 2. Parts de l'aide bilatérale et multilatérale dans l'APD de la France, 1960-2009 source : CAD

Une nouvelle approche de la coopération s'est donc mise en place ces vingt dernières années. La France a réorienté ses stratégies internationales vers une coopération multilatérale et confuse, lui faisant perdre peu à peu son profil particulier et sa place de premier contributeur à l'APD. Elle s'est retrouvée confondue dans la nouvelle configuration sanitaire mondiale, perdant de son influence, ses implications personnelles et son identité. Tout le dispositif de coopération sanitaire mis en place s'est donc peu à peu remodelisé devenant plus généraliste, moins structuré, fragmenté et décentralisé, expliquant la dispersion actuelle des différents acteurs.

1.2 La demande actuelle au niveau international

1.2.1 Les besoins de santé des récipiendaires ...

La situation sanitaire des pays pauvres ne cesse de s'aggraver alors que les pays riches affichent leurs prouesses scientifiques dans le domaine médicale avec toujours plus de verve, parfois d'arrogance. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette ambiguïté. D'abord, l'explosion démographique des pays du Sud qui, pour certains, entament tout juste leur transition démographique et qui se trouvent aujourd'hui avec un taux de natalité record, une santé maternelle et infantile précaire et les premiers signes du vieillissement accéléré de la population avec leur corollaire de maladies chroniques. A cela s'ajoute l'instabilité politique qui règne dans beaucoup de ces pays, refoulant les problèmes sanitaires au second plan. Ainsi, soins de santé primaire, prévention, programme de vaccination, accès aux médicaments, structures de soins adaptées, personnels médicaux sont autant d'éléments auxquels ces population n'ont pas accès et qui s'ajoutent à la pauvreté et au manque d'eau et de nourriture. D'autre part, le processus de mondialisation implique des changements et des mutations rapides dans de nombreux domaines (économie, environnement, climat, technologie, commerce, communication, migration, santé ...) en créant de nouvelles dynamiques aussi bien positives (généralisation de l'économie de marché, diffusion de la démocratie, accélération des progrès scientifiques et technologiques ...) que délétères (crise environnementale, crise financière et économique de ces dernières années ...) contribuant à creuser les écarts entre pays les plus pauvres et pays les plus riches et à laisser les pays pauvres de plus en plus démunis.

Dans ce contexte, on ne peut que déplorer l'état sanitaire de ces populations, touchées par des endémies extensives (paludisme, sida, maladies émergentes...), une mortalité infantile et maternelle démesurée, des conflits armés ravageurs...

Les besoins de ces pays aujourd'hui sont divers. Ils concernent la mise en place de système de soins efficaces et adaptés, l'appui à la formation d'un personnel médical et para-médical en quantité et de qualité, l'appui à la gestion et au management des systèmes de santé qui doivent tendre à l'efficience, la construction d'établissements de soins approprié, des programmes d'éducation à la santé, le renforcement de la coopération pharmaceutique, le renforcement de la lutte contre les grandes endémies ...

1.2.2 ... en passant par le canal bilatéral ou en privilégiant les organisations multilatérales ?

La France demeure réticente à s'impliquer dans les politiques et stratégies sanitaires internationales, par crainte de perdre de sa suprématie et son identité dans le domaine. De manière plus précise, elle est attendue et demandée dans les pays de la ZSP du fait de sa contribution passée et historique dans ces pays et il lui est difficile de se retirer, elle perdrait de sa visibilité et de sa crédibilité. D'autre part, le canal bilatéral est LE moyen pour la France de se positionner et de distinguer ses avantages et son savoir faire. Elle a privilégié jusqu'en 2004 l'aide bilatérale dans les pays de sa zone d'influence. Pourtant, ses contributions, tant stratégiques, techniques, politiques que financières ne seraient que bénéfiques à l'élaboration des politiques de santé internationale. En effet, ses longues expériences de coopérations bilatérales développées par le passé lui ont permis d'acquérir un savoir faire reconnu et recommandé (notamment par les pays concernés eux même, en particulier les partenaires africains), lui conférant des atouts certains pour pouvoir aujourd'hui s'affirmer et se positionner comme leader dans ce champs. D'autre part, le système de santé français et sa politique hospitalière originale potentialisent cette expérience du terrain et ne font que renforcer ses avantages pour se mettre en avant quant à la conception des politique de santé à l'internationale. La France pourrait ainsi exercer son influence au sein de la communauté internationale en imposant ses idées, ses stratégies, ses politiques tout en conservant sa singularité, à la condition bien évidemment que son concours soit relayé. S'imposer ainsi, en articulant implication bilatérale et contribution aux programmes internationaux lui permettrait de valoriser encore davantage sa position particulière et son héritage (expertise variée,

spécifique et de haut niveau, connaissance et pratique du terrain, assistance technique, formation, stratégie et management hospitaliers, formation, recherche, ressource humaines, implication dans la lutte contre le sida) tout en enrichissant le contenu des politiques sanitaires internationales.

D'autant plus que notre pays dispose de moyens divers qui ont montré leur efficacité.

1.3 Une offre éclatée, concurrentielle et non structurée

1.3.1 Les ressources françaises...

Un vivier d'experts au service de la coopération

La France dispose d'experts reconnus en matière de santé dont la réputation n'est plus à faire. Qu'ils proviennent du domaine public ou du domaine privé, les experts français en santé publique, en management, en économie, en gestion des risques, en épidémiologie... sont très demandés à l'étranger, pour leurs conseils et leurs accompagnements dans les démarches de politique sanitaire. Et c'est notamment grâce à l'assistance technique que nous jouissons de cette renommée aujourd'hui.

L'expérience, un acquis indéniable qui fait la réussite de la coopération

Comme vu précédemment, la France a une longue histoire de coopération sur le terrain, dont le point d'orgue était animé par une assistance technique de grande qualité et en nombre. Elle s'est forgée ainsi une réputation florissante d'acteur efficace et actif, notamment au niveau du développement hospitalier dans ses anciennes colonies.

La France s'est également positionnée très rapidement dans la lutte contre le sida, prenant la place de leader sur ce champ.

Les ressources humaines

Le système sanitaire français compte un grand nombre de personnels (experts ou non) dans des domaines aussi variés que l'hospitalier, la prévention, la santé publique, le management,

la formation aussi bien clinique qu'administrative... qu'il peut mettre à disposition du système de coopération sanitaire de manière programmée ou en situation d'urgence pour des actions diverses : aide au management, formation, accompagnement dans des projets de construction.

Les moyens financiers

Avec 7 562 millions d'euros d'aide publique au développement (APD) nette en 2008, la France est le quatrième pays donateur mondial, en volume. Elle est le deuxième des pays du G8 en termes d'effort d'aide ramené à sa richesse nationale, avec 0,39% de son Revenu national brut (RNB) consacré à l'APD.

Plus de 40% de l'APD totale de la France (3 087 millions d'euros) transite par le canal européen et multilatéral (75 organismes multilatéraux, répartis entre l'Union européenne, les institutions financières internationales (Banque mondiale, FMI, banques régionales de développement), les agences des Nations unies et les fonds thématiques (environnement, santé, éducation)). La France se classe ainsi aux premiers rangs de contribution de plusieurs fonds multilatéraux importants comme le Fonds européen de développement (FED) ou le Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la Tuberculose.

L'aide bilatérale est mise en œuvre de façon complémentaire de l'aide multilatérale.

L'effort français en matière de santé passe principalement par les fonds multilatéraux et seulement 2,1% de l'aide bilatérale est allouée à la santé.

Le dispositif 5% : pour les années 2001-2013, la contribution de la France au Fond Mondial prend deux formes : une contribution directe, versée au FM et une contribution indirecte gérée par le MAE et représentant 5% de la contribution globale française. Ce dispositif vise à pallier les difficultés rencontrées par les acteurs pour accéder aux ressources du FM ou pour mettre en place les actions financées. Ainsi, cette nouvelle disposition devrait permettre de faciliter l'expertise technique sur place, permettre de poursuivre les projets entamés à chacune de leur étape et favoriser une meilleure appropriation des programmes financés par le FM.

1.3.2 ... mal exploitées

Malgré tous ses atouts, la coopération sanitaire française a du mal à se maintenir à une place de choix sur la scène internationale.

Une confusion d'acteurs

Il existe d'abord une multitude d'acteurs de coopération internationale en matière de santé qu'il serait difficile de répertorier et de catégoriser : par thématique d'action (le GIP ESTHER orienté sur le SIDA), par secteur (privé ou public), par type de coopération (bilatéral/multilatérale), par site géographique d'action, par statut juridique (GIP, établissement de santé, cabinet de consultance, association loi 1901, fondation privée, EPCAEF ...).

D'autre part, certaines structures qui ne sont pas de prime abord destinées à entreprendre des actions de coopération sanitaire le font malgré tout. Il est donc devenu difficile à ce niveau de répertorier chaque acteur, chaque projet et chaque mission entreprise.

Il existe un éclatement évident des acteurs de coopération sanitaire aujourd'hui qu'il est devenu impossible de maîtriser, ce d'autant plus que ces acteurs sont davantage dans une perspective de concurrence et de compétition qu'entraînent à communiquer et à partager.

Leurs appuis financiers et leur « chiffre d'affaire », tout comme leur « performance » sont eux aussi très disparates, laissant les uns à l'ombre de la réussite et du rayonnement des autres.

La diversité est telle qu'il est devenu impossible de dresser un état des lieux précis de ce qui se passe en termes de coopération sanitaire française.

Sans que la liste soit exhaustive, voici les principales instances menant aujourd'hui des actions de coopération en matière de santé à l'international :

L'ADECRI a été créée en 1995 par l'ensemble des organismes nationaux français de sécurité sociale afin d'accompagner les pays émergents dans le développement ou la réforme de leur système de protection sociale. Elle propose les compétences d'un véritable bureau d'études et est aujourd'hui reconnue comme étant l'opérateur français en matière de protection sociale à travers le monde.

L'AFD : Etablissement public industriel et commercial (EPIC) dont le capital est détenu par l'Etat et placé sous la tutelle du MAEE, du ministère de l'économie et du ministère ?. Il est au cœur du système français de l'aide publique au développement et lutte contre la pauvreté, soutient la croissance économique et participe à la valorisation des biens publics mondiaux dans les pays en développement, les pays émergents et l'Outre-mer.

Grâce à la large gamme d'instruments financiers qu'elle a su développer et enrichir, l'AFD soutient les pouvoirs publics, le secteur privé et les réseaux associatifs locaux pour la mise en œuvre de projets économiques et sociaux très divers. Elle intervient ainsi sur les cinq continents en collant aux OMD, ainsi que dans les collectivités d'Outre-mer.

CREDES filiale de BIHSE : bureau d'études privé français spécialisé en santé qui fournit dans les pays en transition et en développement une assistance technique pour la mise en œuvre de programmes de santé publique et qui mène des expertises en santé pour le compte des agences de développement et des opérateurs privés ou publics en France et à l'international.

CREDES appartient au groupe européen d'ingénierie BURGEAP IGIP Holding SE (BIHSE). Il réunit plus de 20.000 références dans 80 pays. Ses 950 collaborateurs contribuent à un chiffre d'affaires de plus de 85 millions d'euros en 2010.

Les fonds d'investissement gérés par DEMETER PARTNERS accompagnent le projet et donnent au nouveau groupe les moyens de ses ambitions de croissance.

CONSEIL SANTE filiale de SOFRECO : société de services spécialement dédiée au secteur de la santé qui réalise la plus grande partie de son activité à l'international. Ses contrats sont menés dans le monde entier, principalement sur financements des bailleurs de fonds bi et multilatéraux. L'expérience et le savoir-faire de la société acquis à la faveur de ces interventions sont reconnus par l'ensemble de ses partenaires.

Conseil Santé participe actuellement à de nombreux projets où la société applique sa conception du service pour le développement durable du pays bénéficiaire. Assistance technique, conseil, formation, études de projets, évaluations : Conseil Santé réalise des prestations dans les domaines les plus variés (économie de la santé, financement de la santé, mise en œuvre de politiques sanitaires, etc.).

Le GIP ESTHER est né de la volonté de favoriser l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement au travers de partenariats hospitaliers

Nord/Sud. Il est donc l'opérateur à la fois thématique et méthodologique sur le VIH et les IST. Son champs d'action est très vaste et il constitue un véritable modèle en matière de coopération sanitaire : seul opérateur de terrain, il sait mobiliser de l'expertise, répond à des appels d'offre et a développé un véritable réseau européen (ESTHER Europe). Subventionné en majeure partie par le MAEE et el Ministère de la Santé à hauteur de 4 millions d'euros chacun, le GIP ESTHER dispose au total en 2010 près de 14 millions d'euros de recettes.

FEI : établissement public à caractère industriel et commercial placée sous la tutelle du Ministère des Affaires étrangères et européennes. Il est l'héritier du groupement d'intérêt public France Coopération Internationale. Véritable agence d'expertise internationale et d'ingénierie de projet, ses actions s'inscrivent dans des programmes d'aide au développement (tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement), de lutte contre la pauvreté et ont aussi pour vocation de répondre à des situations de crise et de contribuer à la production de bien public dans le monde.

Au niveau de la santé, FEI souhaite travailler au renforcement institutionnel des administrations centrales, des agences sanitaires et du système hospitalier : appui à la définition de politiques nationales de santé, notamment dans la lutte contre les grandes pandémies et les maladies émergentes et renforcement des capacités pour l'élaboration de cadres stratégiques et plans opérationnels multisectoriels.

France-Accréditation : instance privée ayant pour objectifs d'attester que les organismes accrédités sont compétents et impartiaux et d'obtenir au niveau international l'acceptation de leurs prestations et la reconnaissance des compétences des laboratoires, organismes d'inspection et de certification, conformément aux pratiques européennes et internationales en matière d'accréditation des organismes d'évaluation de la conformité, destiné à favoriser la reconnaissance mutuelle des prestations réalisées par les entités accréditées. Cette structure est née de l'absence de présence et de réponse française en matière d'accréditation. La HAS, qui détient pourtant la charge et le monopole d'accréditer les établissements de santé en France n'a pas joué son rôle, faute que lui soit reconnue une compétence internationale.

L'institut Pasteur : fondation privée à but non lucratif dont la mission est de contribuer à la prévention et au traitement des maladies, en priorité infectieuses, par la recherche, l'enseignement et des actions de santé publique. A ce titre, le réseau international des Instituts Pasteur s'est donné pour mission de contribuer à la prévention et à la lutte contre les maladies

infectieuses par : des activités de recherche portant sur les principales pathologies transmissibles ; des activités de santé publique indispensables pour une exacte compréhension de l'environnement et des mécanismes épidémiologiques de développement des endémies et des activités de formation, non seulement du personnel des Instituts mais également de personnel extérieur. Son extraordinaire réseau de par le Monde contribue largement au maintien d'une image forte et reconnue de la France en matière sanitaire et sociale.

IRIS Conseil Santé : cabinet de conseil et de formation auprès des établissements de santé de tous types. IRIS regroupe des consultants expérimentés et offre une double expertise médicale et économique. Il accompagne ainsi les établissements de santé dans la recherche de solutions stratégiques, dans l'élaboration de projets et dans les négociations avec leurs partenaires et tutelles. A l'international, il accompagne et organise des programmes sanitaires grâce à son expertise en management de la santé et son expérience.

Le GIP SPSI se définit comme une plate-forme d'échanges stratégiques et d'informations mutuelles entre les opérateurs publics, parapublics et privés, chargée "d'assurer la mise en œuvre, auprès des États partenaires et institutions étrangères d'actions de coopération et d'assistance technique dans les domaines de la santé, de la protection sociale et de l'action sociale". Pour cela, il regroupe les principaux acteurs français concernés. Sans se substituer à ces derniers, il assure plusieurs missions, également précisées par la convention constitutive du GIP

Activité de coopération des hôpitaux : L'activité de coopération internationale des hôpitaux est très diverse et difficile à catégoriser : action de solidarité, action au service des missions de l'hôpital, activité de formation, d'expertise, de recherche, accueil de stagiaires étrangers... Elle relève d'initiatives isolées et propres à chaque hôpital qui le souhaite, sans retour, sans information et sans accord ou rapport à l'administration centrale. Il est donc devenu très difficile d'explicitier chacune des actions ou missions entreprises. Leur seul point commun reste une activité ou un projet localisé à l'étranger en mettant à profit les ressources humaines, scientifiques et financières et les compétences médicales et/ou techniques dont bénéficie l'établissement de santé. L'Appel à Projets de Coopération Hospitalière Internationale (APCHI) lancé sur la base d'une MIGAC a permis de recenser un grand nombre d'actions hospitalières et de financer en 2011 près de 40 projets.

Les organismes institutionnels (services internationaux des administrations centrales) : le MAE gère le financement du fond de solidarité prioritaire et les contributions aux organisations multilatérales spécialisées (OMS, ONUSIDA, fond mondial...) ; le ministère de la santé intervient pour la mise à disposition de personnel, le financement du GIP ESTHER et contribue aussi à l'OMS ; le MINEFI opère des financements pour le fond mondial et pour certains projets de lutte contre certaines pandémies, le ministère de l'éducation nationale quant à lui finance l'IRD et verse des subvention à l'ANRS.

Il convient de relever ici qu'il existe un « doublon » où la frontière entre MAE et AFD est si floue qu'on ne sait plus vraiment à qui revient quoi. Cette dichotomie entre les deux organismes est souvent dénoncée sans que le problème ne soit jamais vraiment résolu.

Il faut ajouter à ces grandes structures les initiatives isolées d'associations loi 1901, de fondations privées, d'universités (facultés de médecine, de pharmacie), d'instituts spécialisés ; l'engagement des collectivités locales (municipalités, conseils régionaux ou généraux au travers de l'Action Internationale Décentralisée - AID), de la société civile et des ONG qui regroupent 1% de l'APD française... sans compter l'existence d'experts et de mobilisations, y compris publics, dont on ignore certainement totalement l'existence et la présence !

Ces différents acteurs ont chacun une vision de la coopération et des modes d'intervention privilégiés, favorisant la coexistence de « cultures » différentes.

Ils ne communiquent pas et n'échangent pas entre eux, aboutissant à un manque de concertation certain et à une concurrence croissante dans le secteur. Cette absence de relations et de partage d'informations, associée à une autonomie certaine, mènent indéniablement à une offre déstructurée, totalement désorganisée et anarchique, avec peu de visibilité ne permettant pas de retour d'information et de suivi des différentes actions entreprises et freinant ainsi un système de coopération efficace. Ce manque de visibilité conduit en effet à la fois à la désorganisation du système de coopération qui ne peut jouir pleinement de ses capacités et à la difficulté de mettre en place un ou des réseaux d'expert pouvant mettre en relation leurs expériences, du fait de la méconnaissance des acteurs ET de leur activité. Et cette dispersion des moyens et de l'expérience, non mise en commun mène fatalement à une perte d'efficacité et à une non mise en valeur du secteur qui doit redoubler d'effort pour se maintenir (combien d'appel à projet ont été « perdus » par la France car tout simplement ignorés ?) et à une non valorisation des actions menées. L'absence de fil conducteur et de centralisation des effectifs et des moyens est préjudiciable pour le système et comme le souligne Nicolas Tenzer dans

son rapport, « aucune règle directrice autre que l'opportunité et le hasard, ou le choix personnel [...] du dirigeant ou de tel opérateur n'explique qu'il soit présent ici ou là, ait répondu à tel appel d'offre ou ait concentré une partie de ses moyens de prospection [...] sur tel ou tel pays ». La confusion est aujourd'hui devenue la plus totale. En résultent la non réponse à bien des appels d'offre auxquels nous serions pourtant capable de répondre et l'absence de la présence française dans des lieux stratégiques ; ce qui aurait pu nous maintenir dans la boucle et assurer notre influence qui a perdu de sa pérennité.

D'autre part, il existe parfois des doublons entre acteurs, donnant le sentiment de redondance superflue, comme entre le MAE et l'AFD ou entre l'ADECRI et le GIP SPSI.

Nos entretiens nous ont montré que les opérateurs eux même sont les premiers à regretter cette nébuleuse de structures qui manque d'échange et de concertation. Tous (ou presque) reconnaissent l'urgente nécessité d'une structure qui leur permettrait de partager, d'échanger et de débattre afin de construire une coopération active, efficiente et pérenne. Il existe de bon projets actuellement en place et certains opérateurs ont à leur effectif de belles réussites mais cela devrait concerner toutes les actions entreprises, ainsi que toutes celles à coté desquelles il ne faut plus passer. Le constat est le même pour tous : c'est l'absence de cohérence et de structuration des choix politiques qui explique aujourd'hui cet état de fait et cette situation à laquelle on est arrivé.

Pourtant, le relevé de conclusion du CICID 2004 annonçait la volonté de réunir « chaque année une table ronde [rassemblant] les acteurs de la coopération (ministère, AFD, ONG, secteur privé) dans chacun des secteurs afin d'étudier la mise en œuvre et de préciser les éventuelles évolutions [des stratégies sectorielles retenues comme prioritaires] ».

L'inertie de la mobilisation

Il existe ensuite une difficulté à mobiliser les ressources humaines. Selon Henriette Martinez, dans son rapport sur l'aide publique au développement française, cela s'explique du fait de la réticence à laisser partir le personnel de la fonction publique par crainte des sous effectifs ; du manque de recherche d'experts dans les autres structures que l'administration centrale (établissements hospitaliers, fonction publique territoriale, université, secteur privé...regorgent d'experts « méconnus » qui pourraient apporter leur contribution au système de coopération) ; de la faiblesse du secteur privé dans le domaine de l'expertise médicale ; de

la limite de la langue ; de la méconnaissance d'experts publics pourtant bien authentifiés et de la prédilection pour des candidats ayant déjà une expérience à l'internationale (mais comment en acquérir une si on ne laisse pas une chance aux plus jeunes de commencer ?).

Aujourd'hui, la demande d'expertise en matière de santé est importante et variée. De la lutte contre les grandes pandémies à l'organisation des systèmes de soin en passant par la formation de professionnels, le besoin d'expertise est bien présent. Pourtant, la mobilisation de l'expertise française paraît paralysée, tant de manière bilatérale que multilatérale.

Une expérience inexploitée

D'autre part, toute l'expérience acquise grâce à l'essor de l'assistance technique et du canal bilatéral très privilégié il y a encore une vingtaine d'années et ayant permis l'élaboration de partenariats nombreux n'est malheureusement pas mise en valeur et négligée aujourd'hui. Pourtant, l'assistance technique présente un avantage comparatif indéniable dans notre système de coopération car il nous permet de poursuivre des projets tout en étant présents sur le terrain et en maintenant des liens privilégiés avec nos partenaires. C'est un outil technique et opérationnel unique, véritable relai d'influence dans les pays où nous opérons, que nous devons relancer.

Des moyens perdus

En termes de subventions, la part de l'aide multilatérale de la France a doublé au cours des vingt dernières années mais reste trop dispersée et peu lisible. La nébuleuse d'acteurs et l'absence de retour et d'analyse sur les sommes investies ne permettent pas d'avoir le moindre aperçu sur la réalité et l'efficacité de ces dépenses. Le rapport d'Henriette Martinez recommande de renégocier certaines contributions, d'inventer des financements innovants (contribution sur les billets de train internationaux, sur l'achat de manuels scolaires par les collectivités territoriales, loterie mondiale sur Internet par exemple) et de créer une Coordination des organisations de recherche d'un développement équitable et efficace (CORDEE) permettant des partenariats entre l'État, des ONG, des collectivités territoriales ou de grands organismes humanitaires comme la Croix-Rouge française.

D'un point de vu quantitatif, le Comité interministériel de la coopération Internationale et du développement (CICID) du 5 juin 2009 indique qu'en dépit du contexte budgétaire difficile,

la France maintiendra son effort d'aide aux pays en développement et son objectif de consacrer 0,7% du revenu national brut à l'aide publique au développement en 2015.

1.4 Une coopération sanitaire qui doit se réinventer

L'enjeu pour la politique de coopération de la France en matière de santé est de mettre en œuvre des politiques publiques en phase avec les thématiques avancées par les instances multilatérales et avec les OMD qui sont devenus aujourd'hui la feuille de route de la coopération française. La France doit rechercher une nouvelle façon de coopérer, alliant efficacité et innovation, pour revenir à une intervention bilatérale traditionnellement privilégiée.

Les lacunes du système de coopération sanitaire français sont aujourd'hui la faiblesse de la mobilisation des ressources humaines, le manque d'infrastructures adéquates, les difficultés à exploiter l'expertise dont elle dispose, l'insuffisance et le manque de prévisibilité des financements consacrés à la santé, tous liés à cette absence de communication entre acteurs de coopération. En mettant en relation leur expérience et leur ressource, les acteurs ne pourront que potentialiser leurs missions à l'étranger, redonnant au système français sa notoriété et son efficacité d'autrefois.

Il est donc devenu nécessaire et indispensable d'élaborer une stratégie commune qui s'inscrirait dans une cohérence nationale et dans laquelle chacun pourrait se reconnaître. Cet impératif de concertation laissera ainsi place à une cohésion d'ensemble au sein de laquelle la concurrence devra se substituer à une alliance.

PARTIE 2

PROPOSITIONS

2. Les dispositifs mis en place à l'étranger

2.1 La GTZ en Allemagne

La GTZ est l'agence de coopération technique allemande pour le développement. Depuis le 1er janvier 2011, elle a été remplacée par la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). C'est une entreprise de coopération internationale pour le développement durable qui déploie ses activités sur tous les continents, dans 128 pays situés en Afrique, en Asie et en Amérique latine, dans les régions du Bassin méditerranéen et du Moyen-Orient ainsi qu'en Europe, dans le Caucase et en Asie centrale. L'entreprise est détenue par la République fédérale allemande

Elle définit son identité ainsi : « *Nous sommes une entreprise fédérale opérant sur tous les continents. Nous travaillons pour le compte du gouvernement fédéral allemand ainsi que pour d'autres clients nationaux et internationaux des secteurs public et privé. Nous œuvrons à promouvoir le développement politique, économique, écologique et social partout dans le monde, et à améliorer ainsi les conditions de vie des populations concernées. Nous fournissons des services facilitant les processus complexes de développement et de réforme.* »

La GIZ soutient le gouvernement fédéral dans la réalisation des objectifs de sa politique du développement. Son principal commettant est le ministère de la Coopération économique et du Développement (BMZ), mais elle exploite également le compte d'autres ministères fédéraux (notamment le Bureau des Affaires étrangères, le Ministère de l'Environnement, le conservatoire de la Nature et de sûreté nucléaire, le ministère de la Défense, le Ministère de l'Économie et de la Technologie et le ministère de l'Education et la Recherche), ainsi que les États fédéraux allemands, les municipalités et les clients des secteurs public et privé en Allemagne et à l'étranger (il s'agit notamment des gouvernements des autres pays, la Commission européenne, les Nations Unies et la Banque mondiale). GIZ International Services (IS), l'un des segments d'activités de la GIZ, travaille pour des organisations

internationales et, de plus en plus, pour des pays en développement, émergents et en transition.

Ainsi, la coopération en matière de santé revient-elle à cet opérateur unique qui gère à la fois l'expertise, les réponses d'appel à projet, la formation, l'assistance sur le terrain et l'enveloppe préposée à l'activité de coopération. La compétence santé est concentrée dans une structure unique capable de la mobiliser à tout moment et tant sur les aspects bilatéraux que multilatéraux.

2.2 L'organisation en Grande Bretagne

Le système mis en place chez nos voisins outre manche repose sur le département pour le développement international. Créé en 1997, il a fait de la lutte contre la pauvreté sa priorité absolue, en particulier au travers des objectifs du millénaire pour le développement. Cela a marqué un tournant pour le programme d'aide britannique, qui avait jusqu'alors principalement impliqué le développement économique. Ce département gouvernemental agit selon la loi sur le développement international entrée en vigueur en 2002 et établissant le cadre juridique et stratégique de l'aide au développement britannique. Le dispositif a été renforcé en 2006 par l'adoption de la déclaration de transparence qui renforce la responsabilisation du gouvernement britannique dans son engagement pour l'aide au développement et impose un rapport d'activité annuel au parlement.

L'organisation dispose de 39 bureaux à travers le monde et opère dans plus de 90 pays au total.

En termes de dépenses, celles-ci sont à 67,7% bilatérales et 33.3% multilatérales. Le secteur santé représente 17% de la part du bilatéral.

Le DFID travaille en partenariat avec les gouvernements des pays en développement, avec la société civile, le secteur privé, les instituts de recherche, les ONG et les organismes internationaux (Banque mondiale, agences des Nations unies, Commission européenne...).

En termes de santé, il existe un vaste éventail de problèmes traités : renforcer les systèmes de santé, faciliter l'accès aux soins, promouvoir la santé maternelle et infantile, lutter contre la malaria, la tuberculose ou le sida, établir des programmes de vaccination, lutter contre les maladies non infectieuses, développer des infrastructures adéquats...

A l'instar de l'agence allemande décrite ou du système canadien, le système de coopération britannique repose aussi bien sur des experts en provenance des ministères et des agences gouvernementales que sur le recours à des sociétés de consultants extérieurs et privées.

Dans ce domaine, il convient de noter que le secteur privé est bien plus développé et professionnel chez nos concurrents internationaux, qui misent sur ces viviers d'experts.

En second lieu, ces pays disposent d'une véritable entité dédiée au développement : ministère du développement britannique ou agence pour le développement en Allemagne, dotée d'une stratégie claire et formelle qu'elles sont capables de redistribuer et de sous traiter avec les différents acteurs. Il n'y a pas au niveau central un essaimage de la stratégie comme on peut l'avoir en France (DGM au MAE, DAEI au ministère de la santé, sans compter les cellules internationales complémentaires...). Tout est regroupé et centralisé d'un seul point, ce qui facilite grandement le pilotage de la stratégie. En résultent une cohésion unique pour guetter et répondre aux multiples appels d'offres, pour mobiliser rapidement et efficacement les ressources nécessaires et pour concentrer l'activité et ses retombées.

On peut voir en cette idée l'une des vocations qui incombait à FEI. FEI est un EPIC généraliste pour l'ensemble de la coopération internationale que l'on peut comparer en bien des points à la GIZ et qui est doté d'une branche santé. Mais au contraire de la GIZ, FEI est arrivée bien trop tard dans le champ de la coopération française et ne saurait aujourd'hui s'imposer, la place étant déjà largement occupée par d'autres structures. Et sa crédibilité et son impact sont d'autant plus altérés qu'il existe depuis septembre 2001 une nouvelle alliance (l'expertise publique française des opérateurs métiers) regroupant huit opérateurs publics français de coopération technique internationale balayant un très large panel de domaines (ACIJURIS, ADECIA, ADECRI, ADETEF, CIVIPOL, France vétérinaire international, GIP International et SFERE).

C'est en réalité l'histoire de la coopération internationale, intrinsèque à chaque pays qui explique la situation telle qu'elle est aujourd'hui et l'absence d'un cadrage politique ferme et déterminé qui conditionne la naissance et la faisabilité d'une telle organisation en France.

2.2 Propositions pour un nouveau dispositif

Comme le souligne très justement Nicolas Tenzer dans son rapport, « *la plupart du temps, l'international n'est pas affiché comme une priorité par le ministre et son cabinet. [...] A quelques exceptions près, la plupart des ministères n'ont pas de stratégie internationale propre et le MAEE ne leur donne pas plus d'indications sur de telle priorités* ».

Il en résulte qu' « *il n'existe aucun plan d'ensemble de développement de notre coopération administrative, comportant des priorités* ».

L'auteur parle ici de manière générale pour l'ensemble de l'expertise française mais il est évident que cela s'applique au domaine de la santé. C'est un premier constat auquel il est urgent de remédier.

Après avoir défini une stratégie, il conviendra dans un premier temps de la renforcer et de la pérenniser par un portage et un soutien politique affirmé et fort et dans un second temps de définir la structure la plus adéquat pour la gérer et l'appliquer.

2.2.1 Un opérateur unique en santé ?

La première solution consisterait en la dissolution de toutes les structures déjà existantes, aussi bien dans le secteur public que privé, pour recréer un opérateur métier unique capable d'assurer l'expertise technique et la mise à disposition d'experts, habilité à la veille et la réponse aux appels d'offre, responsable de la présence sur le terrain et l'organisation de missions, voire de la formation des experts sanitaires internationaux.

Cet opérateur serait chargé de mettre en œuvre la stratégie définie sus mentionnée.

Il est évident qu'une telle proposition est tout à fait inenvisageable et inconcevable, dans un domaine ultra spécialisé où les acteurs sont déjà bien implantés et engagés.

Une telle structure aurait été acceptée il y a vingt ans mais la situation aujourd'hui est telle qu'il est devenu tout à fait inconcevable de l'envisager.

2.2.2 Un coordonateur des operateurs ?

La solution suivante serait de confier la tache de coordonateur à une structure déjà existante et qui s'impose comme étant la plus efficace de toutes.

Chacun des acteurs conserverait ainsi ses spécificités et ses actions mais agirait à l'avenir sous l'égide de ce nouveau coordonnateur, chargé de faire appliquer la stratégie, d'assurer la communication entre tous et de gérer les retours d'expérience.

Cette solution demanderait en outre la dissolution des structures bis, pour regrouper les actions de même ordre au sein d'une seule et même structure. Ainsi, par exemple, le GIP SPSI, en partie redondant avec l'ADECRI n'aurait plus lieu d'être.

Cette solution n'est elle non plus pas envisageable et serait très mal reçue, d'autant que la spécialisation des métiers touche également notre secteur santé-social, comme le montre la difficulté pour le GIP SPSI à intervenir dans le secteur sanitaire, dont il n'est pas « naturellement » originaire.

Aucune des structures existantes n'a de légitimité suffisamment étendue et elle serait exposée à des conflits d'intérêt récurrents. Cette forme d'hégémonie serait mal perçue par les autres et provoqueraient réticences et doutes, ne favorisant guère cette communication si importante.

2.2.3 Un regroupement autour des trois axes des ministères sociaux

L'examen des « métiers » exercés par les ministères sociaux permet un regroupement naturel autour de trois axes : Travail/Emploi, Protection Sociale et Santé.

Cette répartition, qui peut sembler simpliste, a pourtant le mérite de correspondre à des réalités fonctionnelles (les directions d'administration centrale) et politiques (les attributions des ministres parfois regroupées ou éclatées selon les gouvernements).

Ainsi une première étape, et donc un progrès considérable par rapport à la situation actuelle de dispersion et d'atomisation, serait de regrouper les structures selon leurs production et origine principales.

Nous préconisons donc la préfiguration de trois structures, une pour chacun des champs couverts, permettant de réaliser de substantielles économies et d'afficher une plus grande cohérence.

Pour « Travail/Emploi » : le GIP INTER, déjà positionné, et en cours d'audit, devrait assurer cette mission.

Pour « Protection Sociale » : le regroupement de l'ADECRI (hors activité « santé ») et du GIP SPSI, mais aussi des structures dédiées à l'international des organismes sociaux, constituerait une force de frappe conséquente et assurément très professionnelle.

Pour « Santé » : l'élargissement de compétence du GIP ESTHER (tant au niveau thématique que méthodologique), son renforcement par le savoir-faire d'autres structures (expertise « santé » de l'ADECRI par exemple) ou le rattachement de la coopération hospitalière internationale, actuellement assurée par la FHF sur crédits AFD et par la DGOS sur crédits d'assurance- maladie, devraient lui permettre de jouer ce rôle d'expert-métier qui fait défaut.

2.2.4 Une alliance ou une structure ombrelle

Une solution intermédiaire serait de créer une entité « ombrelle », sur le modèle de la GTZ appliqué au secteur de la santé pour unifier le tout.

Le besoin de stratégie et de coordination est évident mais il faut lui accorder une certaine souplesse vis-à-vis des opérateurs déjà engagés. Cette nouvelle structure n'aurait donc pas de mission d'opérateur à proprement parlé. Elle serait chargée d'élaborer et de suivre le pilotage de la stratégie grâce à la constitution d'un secrétariat général permanent réunissant des experts dans le domaine.

Ses missions reposeraient sur la création d'un lien et de la communication entre les différents acteurs de la coopération sanitaire, tous champs confondus (publics, privés, société

civile, administration centrale) sur la base du volontariat afin d'assurer un partage et une mutualisation des différents projets finalisés, en cours ou à venir.

Selon Nicolas Tenzer, « *une certaine dose de concurrence entre les organismes est de nature à améliorer la qualité de la réponse aux appels d'offre* ».

Enfin, elle serait en charge de la rédaction d'un rapport annuel sur la coopération sanitaire française, les sommes engagées, les succès, les échecs, les perspectives assurant ainsi une trace. Imposer un suivi et des retours d'expérience pour chaque acteur permet d'avoir une meilleure visibilité sur l'offre et la demande et ainsi de réadapter la stratégie au besoin.

Il s'agit ici plus précisément :

D'élaborer une stratégie pour la politique de coopération sanitaire française précisant de manière claire et exhaustive les zones géographiques à cibler, les objectifs à atteindre, les moyens (techniques, financiers, humains...) à déployer pour y parvenir, le volume de financement requis et sa répartition par sous secteurs, la position de la France par rapport aux grandes organisations internationales et son implication en leur sein. En bref, une stratégie repositionnant la place de la France dans le multilatéral et ses priorités dans le bilatéral.

De soumettre cette stratégie à tous les acteurs du champ, qui doivent l'appliquer et la suivre afin d'assurer une cohérence et une efficacité française en créant par exemple des conventions entre l'Etat et les différents intervenants.

De renforcer cette stratégie par un appui politique fort et ferme, assurant une valeur et un intérêt certain du pouvoir politique au plus haut niveau pour le domaine de la coopération sanitaire.

De rassembler tous les acteurs, tant publics que privés ou associatifs ou encore institutionnels autour de cette stratégie pour assurer une cohésion du dispositif. La coopération internationale devrait avant tout passer par une coopération nationale... Pour ce faire, la création d'un genre de secrétariat général de tutelle unique en charge de coordonner et de suivre le tout serait une bonne alternative.

De mettre en place un suivi et des retours de toutes les initiatives entreprises afin d'enrichir mutuellement chacun de l'expérience de l'autre, de partager et de diversifier le domaine en le rendant plus efficace.

La publication annuelle d'un rapport sur l'état de la coopération sanitaire et diffusable tant aux acteurs qu'aux partenaires serait un moyen pour partager mais aussi pour mettre en valeur cette coopération mise à mal depuis de trop nombreuses années. Cela permettrait de capitaliser cette visibilité.

CONCLUSION

La définition d'une stratégie est primordiale, pour avoir une feuille de route solide et légitime vis-à-vis du bénéficiaire mais aussi pour imposer sa singularité au milieu du champ de l'aide au développement et de la coopération, devenu vaste et global, en imposant son empreinte nationale.

C'est à partir de cette implication préminente dans le canal multilatéral qu'on a raté le coche d'une structure type opérateur unique. Aujourd'hui, l'atomisation est telle qu'il n'est plus envisageable de songer à une telle structure.

Pour autant, parce que la France, ancienne puissance coloniale, présente sur les cinq continents, conserve et exploite aujourd'hui encore des ambitions diplomatiques fortes malgré la concurrence grandissante, il n'est pas trop tard pour lui permettre d'exploiter les thématiques sanitaires et sociales qui constituent le socle de son pacte national.

Pour cela, il faut réunir plusieurs conditions :

- disposer d'un portage politique fort car certaines décisions peuvent nécessiter autorité et détermination,
- adosser cette volonté sur une stratégie partagée par tous les acteurs du secteur et tenant compte de la concurrence et des besoins des pays émergents et des pays en voie de développement,
- rassembler les compétences et savoir-faire des structures existantes et faire confiance à la bonne volonté et l'abnégation de ceux qui portent l'étendard français à l'étranger pour aboutir à plus d'efficacité et de réussite.

A N N E X E S

Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées

- Dr Gérard ADDA, directeur d'IRIS Conseil
- Dr Elvire ARONICA, conseiller aux affaires sociales auprès de l'Ambassade de France en Chine
- Brigitte ARTHUR, chef du bureau international santé et protection sociale à la DAEI
- Frédéric AUBERT, auditeur au Conseil d'Etat
- Dr Frédéric BADEY, pharmacien, directeur coordination internationale, affaires publiques SANOFI
- André-Michel BALLESTER, directeur général de SORIN Group
- Stéphane BESANCON, Directeur général de l'ONG Santé Diabète
- Marc BIEHLER, Inspecteur général des affaires sociales, chargé d'une mission sur le GIP INTER
- Christophe BLANCHARD, assistant technique "conseiller du ministre de la santé" au Laos
- Pr Gilles BRUCKER, ancien directeur du GIP ESTHER, infectiologue à l'APHP
- Pierre BUHLER, ancien directeur de France Coopération Internationale
- Dr Brigitte CALLES, chargée des affaires publiques du Laboratoire GILEAD
- Olivier CARLI, PDG de Ideal Medical Products Engineering
- Stéphane CLEMENT, secrétaire général adjoint des ministères sociaux
- Sylvie COCHIN, présidente des « Amis des Malades de l'Hôpital Cochin » et de l'Association Action Aide Asie et Stéphane RUFFIER-MERAY, chargé de la communication
- Guy COLLET, président de SPH (Service Public Hospitalier) société de conseil de la FHF
- Pr Bernard DEBRE, député de Paris, ancien ministre de la Coopération, urologue à l'APHP
- Yannick DHAENE, directeur général de l'ADECRI et Frédéric SANSIER, directeur de projet
- Hélène DUCHÊNE, directrice des politiques de mobilité et d'attractivité à la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEE
- Jean-Loup DUROUSSET, président de la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) et Philippe BURNEL, directeur
- Anne DURUFLE, conseiller auprès de l'Ambassade de France en Ukraine et Laurence LEVAUDEL, conseiller de coopération
- Pr Alexander EGGERMONT, directeur de l'Institut Gustave Roussy (IGR) et Charles GUEPRATTE, directeur adjoint
- Stéphane FERIAUT, directeur du développement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP)
- Dr Benoit GALLET, président de TULIPE (association humanitaire du LEM)
- Pascal GAREL : responsable international de FHF (Fédération Hospitalière de France)

- Christine GAVINIE-CHEVET, conseillère au cabinet du Ministre des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)
- Hervé GAYMARD, député de Savoie, ancien secrétaire d'Etat à la Santé, ancien ministre des Finances, rapporteur de la loi sur la représentation extérieure de la France
- Sophie GENAY-DILIAUTAS, conseiller aux affaires sociales auprès de l'Ambassade de France en Russie
- Pr Marc GENTILINI, ancien président de l'Académie Nationale de Médecine et de la Croix-Rouge Française,
- Dr Gustavo GONZALEZ-CANALI, sous-directeur de la santé et du développement humain à la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEE et Dr Frédéric GOYET, responsable du pôle santé
- Dr Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé (DGS), ancien directeur général de l'ARS de Lorraine
- Matthieu GRESSIER, conseiller du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé pour les affaires internationales, chef de cabinet
- Didier GUIDONI, directeur associé du cabinet Kurt Salmon
- Robert HANSKENS, conseiller sécurité humaine, santé à France Expertise Internationale (FEI)
- Pr Dominique ISRAEL-BIET, présidente du GIP ESTHER et Dr Gilles RAGUIN, directeur
- Dr Marc JOUAN : responsable de la division internationale de l'Institut PASTEUR
- Dr Fouad KAHIA TANI, directeur du CREDES, filiale de BURGEAP et Anne-Laure CHARRUAU, directrice de projet
- Dominique KEROUEDAN : professeure à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris
- Olivier KUPERMINC, directeur de Conseil Santé – SOFRECO
- Karim LAARIBI, directeur de France-Accréditations et Alain-Michel CERRETI, directeur des opérations
- Christiane LABALME, cheffe de la division des affaires communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale (DSS)
- Agnès LECLERC, déléguée aux affaires européennes et internationales (DAEI) des ministères sociaux
- Alain LE VIGOUROUX, président d'ASPROCOP et Henri DUBOIS
- Michel MARQUIS, conseiller santé régional du MAEE à Bamako (Mali)
- Henriette MARTINEZ, députée, auteur du rapport sur l'aide publique au développement française
- Emmanuel MASSON, directeur de la stratégie du Groupe CLINEA-ORPEA
- Pr Jean-François MATTEI, ancien ministre de la santé, président de la Croix-Rouge Française
- Pr Jean-Paul MOATTI, animateur d'AVIESAN

- Pr Arnold MUNNICH, conseiller du Président de la République, chef du département de génétique médicale de l'hôpital Necker-Enfants malades
- Pr Guy NICOLAS, conseiller médical de la Directrice Générale de l'Offre de Soins, cardiologue
- Dr Michèle OOMS, chef de la division santé et protection sociale de l'AFD (Agence Française de Développement)
- Cyrille PIERRE, directeur général de France Expertise Internationale (FEI) et Michel BERLAUD directeur général adjoint
- Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), ancienne directrice de l'ARH de Bretagne
- Frédéric POIGNON, directeur d'Alliance International & Partners, Maurice BIDERMAN et Giles WERTHEIMER, associés
- André POUILLES-DUPLAIX, Directeur adjoint du Département Technique Opérationnel de l'AFD (Agence Française de Développement)
- Eric de ROODENBEKE C.E.O International Hospital Federation
- Pr Roger SALAMON, fondateur de l'ISPED, président du Haut Conseil de la Santé Publique
- Jean-Marie SPAETH, président du GIP Santé Protection Sociale Internationale (SPSI) et de l'ADECRI, ancien président du CA de la CNAMTS et Agnès PLASSARD, déléguée du GIP SPSI
- Jan Robert SUESSER, directeur de l'ADETEF
- Alain SUTTER, directeur des relations internationales de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP), Emmanuel GODDAT et Pierre HERBAUX, directeurs adjoints
- Pr Jean-Etienne TOUZE, Médecin-Général ER, ancien, directeur de l'HIA du Val de Grace, membre de l'Académie Nationale de Médecine
- Dr Tuan TRAN MINH, consultant international en santé
- Jacques VAUBER, directeur général de la Sté EHM (European Health Management)
- Dr Florence VEBER, ancienne sous-directrice de la santé et du développement humain de la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEE et membre de la direction de l'inspection et de l'audit de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP)
- Alexandre de la VOLPILIERE, chef de la mission des affaires européennes et internationales de la direction générale de la santé (DGS)
- Philippe WALFARD, chef de projet, division santé et protection sociale de l'AFD (Agence Française de Développement)

Annexe 3 : Eléments de bibliographie

- Rapport au gouvernement
« *Le renforcement de la cohérence du dispositif public de l'expertise technique internationale* »
Christine Maugue – Conseil d'Etat - juillet 2011
- Note aux membres du GIP
« *Les marchés en santé et en protection sociale et l'expertise française à l'export* »
GIP SPSI – juin 2011
- Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées
« *Avis rendu sur le contrat d'objectifs et de moyens entre l'État d'une part et l'Agence française de développement (AFD), d'autre part, pour la période 2011-2013* »
MM. Christian Cambon et André Vantomme, Sénateurs – mai 2011
- Document cadre
« *Coopération au développement : une vision française* »
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats - MAEE – décembre 2010
- Document stratégique – projet non validé
« *Coopération internationale en santé – 2011 - 2015* »
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats - MAEE – décembre 2010
- Rapport au ministre des affaires étrangères et européennes
« *Analyses et propositions sur l'action humanitaire dans les situations de crise et post-crise* »
MM. Alain Boinet et Benoit Miribel, dirigeants d'associations et de fondations – mars 2010
- Rapport remis au Premier Ministre, M. François Fillon, et au Secrétaire d'Etat a la Coopération et à la Francophonie, M. Alain Joyandet,
« *L'aide publique au développement française : analyse des contributions multilatérales, réflexions et propositions pour une plus grande efficacité* »
Mme Henriette Martinez, Députée des Hautes-Alpes - 2009
- Rapport de stage en administration centrale
« *Promouvoir le développement humain par la création d'un opérateur de coopération internationale en santé : perspectives opérationnelles, juridique et financières* »
Fabrice Aubert, élève de l'ENA - octobre 2009
- Rapport au Gouvernement
« *L'expertise internationale au cœur de la diplomatie et de la coopération du XXIe siècle. Instruments pour une stratégie française de puissance et d'influence* »
M. Nicolas Tenzer – 2008

- Rapport à la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
« *L'organisation et le financement des activités de coopération internationale des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité* »
M. Patrick Mordelet, Conseiller Général des Etablissements de Santé – 2008
- Rapport au directeur général de l'Assistance-Publique – Hôpitaux de Paris
« *Les conditions d'une politique des relations internationales à l'AP-HP* »
M. Jean-François Sauvat, direction de la politique médicale – mai 2008
- Document stratégique – projet non validé
« *La stratégie internationale « santé » du ministère chargé de la santé* »
Délégation aux affaires internationales et européennes des ministères sociaux – 2008
- Avis du Conseil Economique et Social
« *La coopération sanitaire française dans les pays en développement* »
M. Marc Gentilini au nom de la section des relations extérieures- mai 2006
- Rapport au Gouvernement
« *Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale « le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses* »
M. Philippe Kourilsky, Professeur au collège de France – mars 2006
- Rapport au Premier Ministre
« *Evaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la Santé. Articulation et coordination des aides bilatérales et de la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé.* »
M. Pierre Morange, Député – 2005
- « *L'aide publique française au développement et la politique de coopération au développement : Etat des lieux, analyses et propositions* »
Coordination Sud - 2005

Articles :

- F. Pacquement. *Le système d'aide au développement de la France et du Royaume Uni : points de repère sur cinquante ans d'évolution depuis la décolonisation.* Revue internationale de politique de développement, 1-2010, pp.55-80
- G. Perroulaz, C. Fioroni & G. Carbonnier. *Evolution et enjeux de la coopération internationale au développement.* Revue internationale de politique de développement, 1-2010, pp.149-169
- D. Kerouedan ; G. Gonzalez-Canali, H. Balique, B. Floury. *Santé et développement : cinquante ans de coopération française en Afrique.* Revue « Mondes » N°7 - 2011

Annexe 4 : Liste des abréviations

ACODESS : Association pour le développement des services de santé
ACIJURIS : Agence de coopération juridique internationale
ADECIA : Agence pour le développement de la coopération internationale en agriculture
ADECRI : Agence pour le développement et la coordination des relations internationales
ADETEF : Assistance au développement des échanges en technologies économiques et financières
ADPIC : Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
AFD : Agence Française de Développement
APPS : African Partnership for Patient Safety (PASP en français)
ASPROCOP : Association des Professionnels de Santé en Coopération
AID : Action Internationale Décentralisée (collectivités locales françaises)
AID : Association for International Development
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APD : Aide Publique au Développement
AT : Assistant Technique
BERD : Banque Européenne Régionale de Développement
BID : Banque Interaméricaine de Développement
BIRD : Banque Internationale de Reconstruction et de Développement
BPM : Biens Publics Mondiaux
CERDI : Centre d'études et de recherche sur le développement international
CICID : Comité Interministériel de la Coopération Internationale au Développement
CIRAD : Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement
CIVIPOL : société de conseil international du ministère de l'intérieur
CREDES : société filiale de BURGEAP
CRF : Croix-Rouge Française
DAEI : Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (ministères sociaux)
DCP : Document Cadre de Partenariat
DGCID : Direction Générale de la Coopération Internationale et du développement
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGM : Direction Général de la Mondialisation
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DGT ; Direction Générale du Travail
EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FCI : France Coopération Internationale
FED : Fonds Européen de Développement
FEI : France Expertise Internationale
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FM (STM) Fonds Mondial (Sida, Tuberculose & Malaria)
FSP : Fonds de Solidarité Prioritaire
FSTI : Fonds de Solidarité Thérapeutique International
GF : Global Fund (Aids, TB & Malaria) (FM en français)

GIP: Groupement d'Intérêt Public
GIP INTER : travail, emploi, formation professionnelle
GIP SPSI : santé protection sociale international
GNUD : Groupe des Nations Unies pour le Développement
GTZ : agence de coopération technique allemande pour le développement (devenue GIZ)
HCCI : Haut Conseil de la Coopération Internationale
HPST : Hôpital-Patients-Santé-Territoires (Loi)
IFI : Institutions Financières Internationales
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IP : Institut Pasteur
IRD : Institut Recherche et Développement
IRIS : société privée
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LOFL : Loi organique relative aux Lois de Finances
MAEE : Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
MDGs : Millenium Development Goals (OMD en français)
MINEFI : Ministère de l'Economie et des Finances
MSH : Management Sciences for Health
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUSIDA ou UNAIDS
PLF : Projet de Loi de Finances
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMA : Pays les moins avancés
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RNB : Revenu National Brut
SCAC : Service de Coopération et d'Action Culturelle Ambassade de France dans les pays
SFERE ; société française d'exportation des ressources éducatives
SOFRECO : société Conseil Santé
SPSI : Santé et Protection Sociale Internationale (GIP)
UE: Union Européenne
UNITAID : organisme collecteur de la taxe sur les billets d'avion
USAID : United States Agency for International Development
USD: Dollars américains
ZSP : Zone de Solidarité Prioritaire