

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 »*

Rapport élaboré par :
Monsieur Philippe KOURILSKY,
Professeur au Collège de France

RESUME

Avec la collaboration de :
Dr Christophe PERREY, Rapporteur
M^{elle} Marion BROSSARD, Co-rapporteur
Dr Dominique KEROUEDAN, Co-rapporteur

Paris, le 27 mars 2006

Résumé

Au cours du siècle dernier, la médecine et la recherche françaises, la médecine militaire, la diaspora pasteurienne, les actions de coopération menées par l'Etat, le développement d'ONGs dynamiques ont donné à notre pays une place prééminente dans le combat mondial contre les maladies, notamment infectieuses, particulièrement dans les pays en développement.

Il y a peu, nous étions sans doute les meilleurs. Nous ne le sommes plus. En dépit de la qualité de ses hommes et des actions qu'elle mène, la France ne joue plus un rôle à la hauteur de son histoire, de sa tradition, des valeurs dont notre pays est porteur, et des immenses besoins humanitaires qu'il faut satisfaire.

Plusieurs raisons expliquent cette dégradation. Globalement, notre effort est insuffisant. Notre Aide Publique au Développement (APD) se situe aux alentours de 0,4% du PIB, dont une fraction n'est pas mobilisable parce qu'elle relève, jusqu'en 2008 de la remise de la dette. La santé en 2004 ne recueille que 4% de notre APD, contre 11% pour la moyenne des pays de l'OCDE et 18% pour le Royaume-Uni. En 2007, après abondement des grands fonds internationaux, elle recueillera à peine 5%. De plus, l'action de la France manque d'efficacité et de lisibilité. Trop dispersée et mal coordonnée, elle procède d'une stratégie mal définie par des acteurs nombreux qui communiquent trop peu entre eux. Les procédures de suivi restent insuffisantes, même s'il convient de souligner l'effort d'évaluation des projets financés par le MAE ces dernières années, et l'impulsion que donne aujourd'hui la LOLF en matière d'indicateurs et de suivi.

Il existe ainsi un décalage flagrant entre le discours politique justement tenu au plus haut niveau de l'Etat, où la santé figure en tête des priorités, et les moyens mis en œuvre dans la réalité.

Cette situation ne peut perdurer sans que la France trahisse son âme et ses engagements, au moment même où d'autres pays accroissent leurs efforts, où la France pourrait contribuer puissamment à l'action de l'Europe et où la diplomatie sanitaire occupe mondialement une place de plus en plus grande. La France ne peut se satisfaire d'une efficacité médiocre dans ce domaine, alors que sous l'impulsion du Président de la République, notre pays fait un effort important, créatif et courageux pour contribuer aux grands fonds internationaux et aux actions multilatérales qu'ils soutiennent. En outre, nous ne pouvons décevoir les nombreux pays francophones qui attendent notre soutien. Enfin, le domaine des maladies infectieuses est particulièrement brûlant, y compris pour la sécurité sanitaire nationale. Il sera débattu lors du G8 en juillet 2006 et il représente un enjeu international et sécuritaire déterminant et potentiellement déstabilisateur du point de vue politique et économique.

Les 24 préconisations de ce rapport sont regroupées ci-après en une dizaine de recommandations. Elles concernent au premier chef la surveillance des maladies infectieuses et les recherches sur ces dernières. Toutefois, certaines débouchent sur des questions qui touchent à la santé en général.

Recommandations principales

TROIS OBJECTIFS MAJEURS	Préconisations¹
<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir une stratégie d'ensemble qui améliore la coordination des acteurs, l'action de la France et son poids en matière de diplomatie sanitaire 2. Augmenter la fraction de notre APD dévolue à la santé pour l'amener au niveau moyen des pays de l'OCDE 3. Accroître l'action de terrain grâce à des redéploiements de ressources humaines et financières, la programmation étant explicitement inscrite dans les lois de finance conformément à la LOLF 	<p>1, 9, 14</p> <p>13</p> <p>7, 21</p>
<p style="text-align: center;">TROIS PROGRAMMES DE TERRAIN PRIORITAIRES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Donner la priorité absolue à la surveillance des maladies infectieuses et aux recherches qui lui sont directement associées 2. Accroître l'appui local aux politiques de santé 3. Développer un plan de formation pour accroître localement, de façon qualitative et quantitative, les ressources humaines 	<p>15, 16</p> <p>17</p> <p>20</p>
<p style="text-align: center;">TROIS MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'HEXAGONE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rationaliser le réseau des implantations locales qui dépendent de l'hexagone et lui donner une structuration régionale 2. Revoir le rôle, l'implication, et la coordination des organismes académiques en tant qu'acteurs de terrain et producteurs de connaissances utiles au développement 3. Améliorer les modalités d'expatriation tout en développant dans nos écoles et universités les formations adaptées à l'action de terrain 	<p>2-6</p> <p>8, 12 15-20</p> <p>10, 20</p>
<p style="text-align: center;">METTRE EN PLACE UN NOUVEAU PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ne pas créer une nouvelle agence. Mettre en place l'Alliance Française pour la Santé Mondiale, partenariat public-privé qui rassemble l'ensemble des acteurs impliqués, pour redéfinir la stratégie, ajuster les moyens et les objectifs prioritaires, et accompagner les évolutions institutionnelles nécessaires. 	<p>22-24</p>

¹ Les numéros renvoient aux préconisations qui figurent en annexes et sont explicitées dans la deuxième section du rapport.

Plutôt que de détailler l'ensemble des recommandations, nous commentons les trois que nous jugeons les plus importantes, les plus urgentes, et qui peuvent être mises en œuvre sans délai.

1. Accroître l'effort de surveillance des maladies infectieuses

Le terme de surveillance n'apparaît pas de façon explicite dans les objectifs du millénaire. Il ne figure pas non plus dans les textes qui en découlent - pas plus dans ceux déclinés par la LOLF relatifs aux missions de solidarité internationale ou d'aide extérieure. Or l'effort de surveillance est globalement insuffisant. La France, du fait du nombre des implantations dont elle dispose et de l'existence du Réseau International des Instituts Pasteur, possède un atout majeur pour **fournir une contribution très importante à la surveillance au niveau mondial comme au niveau européen**. Cet effort devrait inclure la surveillance des réservoirs animaux et rapprocher le monde de la santé animale de celui de la santé humaine. On notera que l'amélioration de la surveillance, comprise de façon dynamique et non « contemplative » comprend un volet recherche indispensable, et doit, pour être réactive être articulée à des systèmes de décision efficaces.

Cet effort de surveillance doit aller de pair avec **un appui réel aux politiques de santé et de leur mise en œuvre** dans un nombre limité de pays sélectionnés, appui dont le pilotage pourrait être confié à l'IRD et que l'AFD pourrait puissamment soutenir. Ces actions bilatérales sont indispensables, notamment pour la mise en place convenable des actions multilatérales menées par le Fonds Mondial et l'Initiative GAVI, et pour la bonne utilisation des fonds internationaux auxquels la France contribue.

2. Développer un programme cohérent de formations adaptées

Ceci est d'autant plus capital que les réformes de la coopération et du service militaire ont fait chuter de plusieurs milliers, jusqu'à 170 (en 2005) le nombre des assistants techniques sur le terrain en appui au secteur de la santé. Si à l'avenir un hypothétique service civil serait bienvenu, les ressources humaines sont aujourd'hui gravement limitantes. Il est indispensable d'accroître de façon massive mais adaptée, **les efforts de formation**, au niveau local mais aussi, en soutien, dans l'hexagone, et dans les différents secteurs d'activité utiles à l'action de terrain. Par ailleurs, faciliter les expatriations de moyenne durée, accroître les jumelages de façon à élargir le vivier trop limité des coopérations sur le terrain nécessitent des aménagements modestes vivement recommandés.

3. Créer l'Alliance Française pour la Santé Mondiale (AFSM)

Il est essentiel de créer au plus tôt un espace de discussion et de coordination stratégique qui devrait regrouper tous les acteurs importants, publics et privés. Il faut en effet, redéfinir la stratégie d'ensemble, la décliner dans des modalités d'action adéquates, réformer certains dispositifs et harmoniser l'ensemble. Il faut redéployer des ressources financières, de façon à amener la fraction de l'APD dévolue à la santé à un niveau au moins équivalent à celui de la moyenne des pays de l'OCDE. Il convient aussi de préciser la mission de certains acteurs, et encore de bien régler les équilibres entre le multilatéral et le bilatéral. La tâche est considérable et justifie des modalités particulières. Nous recommandons de créer une Alliance Française pour la santé Mondiale en utilisant trois principes qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité :

- Rassembler **l'ensemble des acteurs** au plus haut niveau : ministres, et/ou directeurs et directeurs généraux des institutions publiques, ministères, entreprises, etc.

- Créer un **partenariat public-privé** au sein duquel les savoir-faire, les expertises techniques et les moyens financiers du public et du privé peuvent être rassemblées en synergie.
- Utiliser les fonds disponibles de façon **conditionnelle**, avec effet de levier afin de garantir l'efficacité et de promouvoir, y compris dans l'hexagone, d'indispensables évolutions institutionnelles.

Le haut niveau d'une telle Alliance impose qu'elle couvre les problèmes de santé et pas seulement les maladies infectieuses, même si, initialement, la priorité est donnée à ces dernières.

Tout en travaillant à la définition de la stratégie nationale pour l'amélioration de la santé mondiale, l'Alliance veillera à la mise en forme des programmes prioritaires de ce rapport, et, généralement, à l'adéquation entre les objectifs et les moyens.

Nous proposons de créer l'Alliance pour 4 ans. Son véritable succès ne serait pas de perdurer en l'état, mais de donner naissance à un dispositif optimisé. Elle devrait être dotée pour cette période d'un minimum de 100 MEuros provenant pour moitié de fonds publics (mobilisés à partir de l'AFD et de L'ANR, dans certains cas sous forme de droits de tirage sans transfert effectif de fonds) et de fonds privés récoltés auprès d'entreprises.

Son comité stratégique pourrait à titre d'hypothèse, comprendre 20 membres, dont 5 sièges dévolus aux Ministères des Affaires étrangères, de la Coopération, des Finances, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de la Santé. 2 sièges seraient occupés par l'AFD et l'ANR, 3 sièges tournant par les organismes et organisations de recherche, 2 par des ONGs et Fondations caritatives. 5 sièges seraient dévolus à des Présidents et/ou Directeurs Généraux de grands groupes français et 3 à des personnalités de la société civile. Le comité serait placé sous la présidence du Ministère des Affaires étrangères ou de Matignon.

Sa structure, souple, pourrait être celle d'un GIP ou d'une Fondation. Un Secrétariat Général de quelques personnes en assurerait le fonctionnement.

Introduction

On ne saurait traiter à la légère la question des maladies infectieuses qui tuent 14 millions d'individus chaque année, dont 13 millions dans les pays défavorisés et 5 millions d'enfants, et handicapent des centaines de millions de personnes de par le monde. Les conséquences sur la vie des hommes sont dramatiques, et l'impact économique dans certains pays est désastreux. La circulation des agents infectieux a été accélérée par la rapidité et le volume des échanges mondiaux de personnes et de biens, de sorte que nul n'est à l'abri. On notera d'emblée une contradiction institutionnelle : alors que la gestion des problèmes de santé relève du droit régalien des Etats, le fait que le phénomène infectieux ignore les frontières oblige des autorités dotées de droits régaliens à coopérer avec d'autres, voire à reconnaître des « autorités » supranationales, telle que celle exercée par l'OMS. Cette « mondialisation » est une des caractéristiques majeures du champ.

Le contexte international et son évolution récente

Trois éléments majeurs ont, selon nous modifié le contexte international au cours des quinze dernières années.

La perception du risque infectieux comme risque permanent et transnational est désormais mondiale. Aucun Etat ne s'autorise plus à l'ignorer. On est loin de l'attitude confiante qui, dans les pays riches, avec le succès des antibiotiques et des vaccins, a laissé croire que le phénomène infectieux était sous contrôle. La propagation de l'épidémie de Sida a fourni un premier signal fort, renforcé par la dissémination fulgurante de l'épidémie de SRAS, et l'épée de Damoclès que constitue la grippe aviaire. La maîtrise du risque infectieux est ainsi devenue un enjeu planétaire de santé publique, tout autant qu'un enjeu des politiques de santé nationales, et même un enjeu politique tout court - une faillite du système de santé pouvant être considérée, comme ce fut le cas en France avec l'affaire du sang contaminé, comme une faillite de l'Etat. En fait, on assiste, avec ces menaces de nouvelles pandémies, à l'émergence d'un nouveau champ relatif à la sécurité sanitaire, de dimension et de nature très particulières, qui ne peut pas se reposer sur les systèmes de routine existants. Les incertitudes et l'insécurité que génèrent ces menaces interpellent très directement la responsabilité de l'Etat, fût-il dans l'inconnu le plus total pour y répondre. Ce nouveau champ social, qui fait référence à la fois à des actions de santé publique et à la sécurité civile, porte en lui un potentiel très puissant de déstabilisation politique et économique, souvent du seul fait de réactions très irrationnelles tant des opinions que des pouvoirs publics. Il s'agit de préparer les hommes et les institutions, techniques administratives et politiques, à reconnaître l'entrée dans une crise de ce type, à gérer toutes les pressions politiques, sanitaires, etc. avec compétence et recul, et à prendre les bonnes décisions dans ce contexte.

L'épidémie de Sida a beaucoup contribué à promouvoir un changement majeur d'attitude envers les pays pauvres. Même si les fonds collectés demeurent insuffisants, un effort de solidarité internationale sans précédent s'est développé, notamment autour de la distribution des anti-rétroviraux. La production de ces derniers à un coût suffisamment bas pour permettre aux pays les moins favorisés d'accéder au traitement a remis en cause les fondements ordinaires de l'industrie pharmaceutique et ouvert de nouvelles positions pour les pays émergents tels que le Brésil et l'Inde. Cet effort de solidarité a ensuite été élargi au paludisme et à la tuberculose au travers de la création du Fonds Mondial de lutte contre ces trois maladies qui tuent à elles seules 6 millions de personnes chaque année. Les « trois » maladies sont ainsi devenues emblématiques d'un effort du Nord en direction du Sud, avec les avantages que procure cet affichage de priorités mais aussi l'inconvénient d'occulter

d'autres maladies graves, et de déboucher parfois sur un rapport disproportionné entre les priorités de santé et les moyens humains, techniques, et financiers mis à la disposition des programmes (santé maternelle par exemple).

De nouveaux acteurs ont pris rang au niveau international. Le plus important est peut-être la Fondation Gates qui, depuis plusieurs années, injecte plus d'un milliard USD par an dans des actions de santé publique mondiales, plus particulièrement en direction des pays en développement. La Fondation Gates a suscité la création de GAVI (Global Alliance for Vaccination and Immunization) un partenariat public-privé impliquant les grandes organisations onusiennes (OMS, UNICEF, Banque Mondiale), et intervient dans la plupart des programmes de vaccination. La coordination, semble-t-il bien établie entre la Fondation Gates, le N.I.H. (National Institutes of Health) et le CDC (Center for Disease Control) fournit un ensemble cohérent, qui dispose d'une force de frappe considérable, et qui, au-delà de son impact sur la santé publique mondiale, permet aux Etats-Unis d'accroître leur influence dans le monde. D'autres pays développés (Canada) ou émergents (Brésil) multiplient leurs interventions, de même que de nombreux pays européens à titre national et l'Union européenne en tant que telle. En terme d'investissements financiers, leurs efforts cumulés dans le domaine de la santé sont loin d'atteindre, en volume, l'effort des Etats-Unis.

A -La position de principe de la France

La France a beaucoup contribué à l'action internationale en utilisant notamment son réseau diplomatique très développé et ses nombreuses implantations en dehors de l'hexagone. L'histoire y est pour beaucoup, qu'il s'agisse du passé colonial, du rôle joué par la médecine militaire, et notamment de son programme très performant de lutte contre les Grandes Endémies, ou de l'impact de la diaspora pasteurienne. Plus récemment, après la création d'organismes publics spécifiquement dédiés à la recherche pour le développement (IRD, ex-ORSTOM, en 1944, CIRAD, en 1984), la découverte des virus VIH à l'Institut Pasteur (1983) a précédé la création de l'Agence Nationale de Recherche contre le Sida (ANRS, 1992), alors que les actions de coopération étaient multipliées. La tradition française de l'aide au développement, dans les domaines qui nous intéressent ici, est donc ancienne et vivace.

Dans les champs précités, cette action a toujours été fondée sur des valeurs humanistes. Même si elle a, en son temps, accompagné la démarche coloniale, elle a, le plus souvent, été empreinte d'une grande générosité, dont témoigne, par exemple, la démarche pasteurienne dans des dizaines de pays défavorisés dès la fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème}. L'écoute des problèmes locaux, un certain respect des cultures, la volonté de ne pas systématiquement traiter dans l'hexagone les problèmes identifiés localement, ont contribué à créer des liens de confiance et un tissu d'implantations durables. Ce désintéressement, reflété dans l'absence de préalables marchands, est l'une des raisons pour lesquelles la présence française a perduré pendant plus de 100 ans en dépit des vicissitudes et des guerres.

L'action de la France doit, selon nous, rester fidèle à sa tradition humaniste et demeurer généreuse. Sans être ignorante des intérêts économiques et politiques, elle ne devrait pas être strictement gouvernée par ces derniers. Elle doit être à l'écoute des problèmes locaux, respectueuse des cultures nationales, et aider, dans des approches de partenariat plutôt que d'assistance, à résoudre localement les problèmes. Cette philosophie, sans être vraiment singulière n'est pas partagée par tous. C'est donc cette approche qu'à notre sens la France peut porter au niveau européen et dans les organisations internationales.

En termes très généraux, la France doit donc avoir, dans le champ de la recherche et de la santé et vis-à-vis des pays en développement et émergents, trois objectifs :

- i. Une visée humanitaire : aider à résoudre des problèmes de santé locaux dans l'intérêt des pays concernés.
- ii. La protection du territoire national contre des épidémies venant de l'extérieur, objectif non indépendant du premier, mais qui requiert des dispositions spécifiques au plan national comme aux plans européen et international.
- iii. L'affirmation de la présence française (et européenne) et la défense d'enjeux culturels et économiques.

B - Le nécessaire ajustement de la position française

Même si, dans les principes, la continuité de l'action de la France doit être maintenue, les modalités de cette action doivent évoluer en profondeur, en raison des facteurs externes qui ont été évoqués plus haut, mais aussi parce que de nombreux paramètres internes ont été modifiés. On citera notamment : la réforme de la coopération avec le nouveau partage des responsabilités entre MAE et AFD ; la création, côté recherche, de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), la prochaine adoption d'une loi d'orientation sur la recherche, et son impact prévisible sur les organismes de recherches ; la mise en place de la LOLF et ses conséquences. Enfin, le contexte européen évolue lui aussi, et la France doit tenir compte, en interne, non seulement de la politique de l'Union, mais aussi des textes communautaires qui l'engagent et des actions qu'elle a décidé de soutenir.

Comment adapter, dans ce contexte mouvant, les principes à la réalité, la stratégie au nouvel environnement mondial, les objectifs aux moyens effectivement disponibles ou mobilisables, les procédures à la recherche légitime de l'efficacité ? Telles sont les interrogations qui ont guidé notre démarche.

Dans une première section, nous traitons, de façon condensée, de l'existant. Dans la seconde, nous mettons en perspective l'aide au développement de la France au regard des budgets qu'elle y consacre et du rôle de quelques autres acteurs de la communauté internationale. Dans la troisième, nous formulons des propositions. Des annexes fournissent le détail des données sur lesquelles nous nous sommes appuyés et de certaines de nos analyses. Globalement, notre diagnostic est plutôt sévère. Nous estimons que notre pays a besoin de réformes institutionnelles sérieuses, mais que ces dernières sont parfaitement réalisables. Nos propositions, nous l'espérons, pourront y contribuer.

X. Recommandations spécifiques

A. Evoluer vers des valeurs et des principes communs

Ceci est particulièrement important dans le domaine de la santé, où les impératifs éthiques sont multiples. De plus, le système de valeurs adopté doit correspondre à l'esprit humaniste de la France, à l'abandon de toute démarche coloniale, et à l'adoption d'une démarche partenariale respectueuse et équilibrée. En particulier :

- a) L'ANRS a développé une charte souvent jugée exemplaire. On relèvera notamment le principe de la co-décision (un responsable du Nord et un responsable du Sud) qui fournit un élément significatif de durabilité.
- b) Le Réseau International des Instituts Pasteur a adopté une charte des valeurs pasteurienne, qui marque et formalise une attitude humaniste et décentralisée.

Préconisation 1 : Encourager les acteurs de terrain à harmoniser leurs valeurs et leurs principes dans un document partagé. Faire converger les dispositifs touchant à l'éthique.

B. Rationaliser « l'architecture » du réseau des implantations

La France dispose de nombreuses implantations, ou de sites ayant une connotation française dans le monde, avec un réseau diplomatique très développé, auquel s'ajoutent notamment :

- c) Les implantations de l'IRD et du CIRAD
- d) Les sites ANRS
- e) Les Instituts Pasteur, dont beaucoup sont nationaux, mais ont une connotation française
- f) D'autres implantations ayant souvent un lien direct ou indirect avec les ONGs ou avec les firmes industrielles
- g) Des opérations impliquant le CNRS, les Universités, les grandes Ecoles, l'Institut Pasteur, etc. sous forme de réseaux souvent virtuels, mais avec des sites d'ancrage
- h) Sans compter les agences de l'AFD (une quarantaine), l'Agence étant elle-même présente dans une soixantaine de pays.

1. **Simplifier, mutualiser autant que possible, les implantations**

Le principe de la non-duplication des implantations dans une même ville, dans un même pays, - voire une même zone géographique - devrait prévaloir sur les dérives historiques et la promotion des identités. Ceci n'est pas toujours possible (par exemple, les Instituts Pasteur nationaux n'ont pas à se plier à ce type d'exigence) mais ceci est le plus souvent souhaitable pour des raisons de lisibilité, d'efficacité et d'économie d'échelle. La mutualisation des moyens techniques est presque toujours bénéfique.

Préconisation 2 : Identifier les implantations redondantes et les réduire. Mutualiser les ressources locales autant qu'il est possible et réaliste.

2. Compléter progressivement et structurer les zones d'action et d'intervention

L'analyse géographique des zones d'action et d'intervention, au regard de la question des maladies infectieuses, montre quelques carences importantes qui peuvent être complétées de trois manières :

- a) Globalement, l'effort de réduction ci-dessus devait dégager quelques marges de manœuvre et autoriser **la création de quelques implantations** nouvelles dans des localisations utiles et stratégiques. On peut penser à la Palestine, au Kazakhstan, à la Turquie, à l'Égypte, etc. La création de nouveaux Instituts Pasteur sur le mode pratiqué à Séoul, Shanghai et Montevideo pourrait être un ou le fer de lance de cette politique : voulus par les pays, ces instituts nationaux portent, de façon contractuelle, un label emblématique des valeurs pasteuriennes, humanistes et françaises. Le succès de cette formule est attesté par une douzaine de demandes, aujourd'hui non satisfaites, de créations de nouveaux Instituts Pasteur.

Préconisation 3 : Créer à la demande des pays, un petit nombre d'implantations nouvelles en fondant les choix sur une triple dimension stratégique : utilité pour la santé locale, pour la santé internationale, importance pour la présence de la France et de l'Europe.

- b) A partir des implantations existantes, il est possible et utile de participer à des **actions de voisinage**, de nombreux problèmes infectieux concernant plusieurs pays voisins, notamment par la participation à des réseaux locaux (Baltique, Maghreb, etc.).

Préconisation 4 : Identifier les implantations les plus propices à servir de base à des actions plurinationales de voisinage, de façon à pouvoir développer ces dernières.

- c) Plus généralement, plusieurs considérations invitent à développer **des organisations régionales**. Ces dernières se différencient des précédentes en ce sens que les actions de voisinage dépendent de finalités non-politiques (gestion d'un bassin d'eau...) alors que la dimension régionale est à la fois plus vaste et plus institutionnelle. Ceci étant posé, de nombreux problèmes de santé, infectieux particulièrement, gagnent à être étudiés, voire traités, à l'échelle régionale. De plus, le bon fonctionnement et notamment la communication au sein de réseaux forcément complexes supposent la définition de sous-ensembles pertinents, gérables et stables. Telle n'est pas toujours, en revanche, la culture des ambassades, attachées par nature aux objectifs strictement nationaux, qui peuvent soulever des problèmes d'interface avec les voisins.
- d) De ce point de vue, si nous souscrivons pleinement aux conclusions du rapport Le Bris qui insiste sur l'autorité et le rôle de coordination des ambassadeurs, il faut alors que ceux-ci en aient les capacités, et que les postes soient adéquatement pourvus.

Le MAE y veille, mais pourrait le faire de façon plus systématique, voire plus directive, (de façon, par exemple, que tous les postes importants soient dotés d'un plan recherche et d'un plan santé). Une congruence doit également être recherchée avec le dispositif diplomatique de l'Union européenne et d'autres dispositifs comme celui de l'OMS.

Préconisation 5 : Planifier et mettre en place une organisation régionale cohérente avec le maillage de nos ambassades et avec les dispositifs de l'Union européenne et d'autres organisations internationales.

3. Préparer l'avenir

Il est indispensable de s'interroger dès à présent sur l'avenir des implantations gérées par la France dans des pays étrangers. Nous estimons que, sauf si elles perdent toute utilité ou si leur qualité est insuffisante, le véritable succès de la coopération est de les transférer progressivement à l'autorité nationale lorsque cela est possible et pour autant que cette dernière le souhaite. Cette nationalisation à terme suppose de nombreux préalables (financiers, juridiques, mais surtout des transferts de compétences) qui doivent être étudiés longtemps à l'avance. Les 3 Instituts Pasteur récemment créés (Séoul, Shanghai, Montevideo) reposent sur un dispositif juridique qui peut servir de modèle. Il s'agit d'Instituts nationaux dont l'appartenance au réseau des Instituts Pasteur est contractuelle et obéit à quelques principes simples, conformes à la charte précitée.

Le cas du CIRMF au Gabon mérite une étude spécifique par un groupe d'experts *ad hoc*, mais les décisions finales devraient être prises en fonction d'une stratégie internationale globale de l'action française, stratégie aujourd'hui trop imprécise. On ajoutera que la situation dans les COM mérite d'être revue au cas par cas. Il est étrange, par exemple, qu'il soit difficile de développer et/ou de maintenir de la recherche en santé à la Guadeloupe. L'analyse des conditions qui ont permis le développement de l'épidémie de chikungunya à la Réunion s'impose. Elle devrait être étendue aux autres COM, et inclure l'étude des impacts liés aux flux touristiques.

Préconisation 6 : Procéder à une analyse lucide du statut de chaque implantation, y compris du statut juridique. Analyser l'évolution possible vers un dispositif de gouvernance nationale aux relations contractualisées avec la France. Faire une étude particulière de la situation dans les COM.

C. Accroître les actions de terrain

Nous touchons ici au point fondamental évoqué plusieurs fois plus haut, et sur lequel il ne doit demeurer aucune ambiguïté. Les actions bilatérales menées en matière de santé dans le cadre du développement ont une vocation locale, et doivent être à l'écoute du terrain et menées autant qu'il est possible sur le terrain, dans l'optique de partenariats équilibrés. L'équilibre partenarial de principe doit s'ancrer dans la réalité grâce à des actions de formation efficaces. **Faire, certes, mais apprendre à faire autant que faire se peut** : cette optique relève d'un choix délibéré qui a des conséquences particulièrement claires en matière de recherche. Il conduit d'abord à reconnaître que **la recherche pour le développement est une activité spécifique**, encadrée par les principes de bio-éthique, qui doit bénéficier d'une certaine autonomie, et ne peut être « asservie » à la recherche

conventionnelle faite dans les pays développés. Elle doit, bien évidemment, être évaluée, mais les critères d'évaluation ne peuvent être les mêmes que ceux généralement utilisés dans les laboratoires de l'hexagone. Cette recherche pour le développement doit même être socialement réhabilitée dans les milieux français et y acquérir les titres de noblesse dont elle bénéficie en Grande-Bretagne par exemple grâce à des changements évoqués plus bas.

Ce principe étant posé, on voit combien il est important de développer des actions sur le terrain, et non seulement, par exemple, d'y prélever des échantillons, mais de les analyser localement au lieu de les « rapatrier » dans l'hexagone ou ailleurs. **Ce traitement local oblige à développer les compétences locales de façon spécifique et adaptée²**. Or la recherche est bien évidemment concentrée au Nord³. En matière de formation des élites, les actions de formation locale complètent les actions de formation en France, et offrent une durabilité souvent meilleure bien qu'elles n'éliminent pas **le risque de fuite des cerveaux, qui requiert une analyse particulière⁴**. Ces considérations sont d'autant mieux fondées que le nombre des coopérants français et les compétences dont ils étaient porteurs ont brutalement au cours des dernières années diminué (de 25.000 à 2.500 environ)⁵. Les compétences qu'ils apportaient font souvent défaut et demandent à être compensées.

1. Accroître les moyens d'action des acteurs de terrain existants

Les principaux sont l'IRD, le CIRAD, l'ANRS, les Instituts Pasteur et d'une certaine manière, le MAE, ainsi que les ONGs et l'industrie. Si l'on considère la recherche sur les maladies infectieuses ainsi que la surveillance, les acteurs principaux sont les 4 organismes de recherche (dont la fraction travaillant sur le terrain est minoritaire) et plusieurs ONGs (dont l'AMP et Epicentre, DNDi étant internationale). Au total, environ 50 MEuros de fonds publics par an sont investis sur le terrain dans le domaine de la recherche et de la surveillance dans le champ de l'infectieux. De plus, plusieurs ONGs (AMP, Epicentre, Sidaction) et Fondations (par exemple la Fondation Mérieux au Mali avec le centre Murraz) investissent des sommes substantielles, bien que ces ONG soient dotées de moyens relativement dérisoires pour mener des actions dont l'expertise et le succès sont reconnus⁶. Par ailleurs, il est difficile de cerner rigoureusement les sommes consacrées, dans l'hexagone, par les organismes publics et parapublics français pour travailler sur des sujets strictement « Sud ». Enfin, beaucoup de thésards et de post-doctorants du Sud sont formés dans les laboratoires

² En 1999, on ne comptait que 9% des publications scientifiques ayant leur origine dans les PED et 4% seulement étaient issues hors des pays émergents (Chine, Inde, Brésil, Corée). L'Afrique sub-saharienne intervient pour 0,7%².

³ Source : Vernières et Winter, juin 2004.

⁴ Les systèmes de recrutement au Nord encouragent d'une certaine manière ce phénomène de « brain drain », en particulier dans le secteur de la santé, force est de reconnaître qu'ils servent en partie à compenser certains de nos propres déficits (notamment les médecins de campagne).

L'attraction du système français en matière de formation apparaît comme une réponse aux systèmes universitaires des PED, démunis. 10% des étudiants africains s'expatrient (7% pour l'Afrique de l'Ouest, 12% pour l'Afrique centrale) et 78% d'entre eux vont au Nord -la France accueille un tiers des étudiants Africains expatriés- (le reste, surtout dans les pays du monde arabe). L'accueil des étudiants étrangers est une tradition qui perdure (180.000 en 2002), les Africains représentent quant à eux à peu près les trois-quarts de ceux des PED (120.000 au total). Peu d'informations sont disponibles concernant le suivi de ceux-ci, si ce n'est une augmentation avérée du taux de « non-retour » : il est estimé qu'un tiers des spécialistes en R&D originaires des PED est établi aux USA, dans les pays de l'Union européenne et au Japon. La tendance au retour n'est observable que pour les pays émergents (Chine, Inde). (Sources : Vernières et Winter, juin 2004, Avis du HCCI, Chasseriaux, janvier 2005).

⁵ On notera que l'effectif des agents de santé sur le terrain en 2005 est minime : moins de 200 ; les 40 agents sur la santé animale ne sont plus qu'au nombre de 5.

⁶ L'AMP gère un budget de 3M/an (dont 1M pour EPIVAC cf. fiche technique en annexe 12) ; Epicentre : 2,7M/an ; Sidaction : 12 M/an, dont 55% vont aux programmes de recherche (dont 10% aux PED). Dans l'infectiologie, l'éducation-prévention sur le terrain a un rôle essentiel : à ce titre, AIDES (budget de 20M) a un rôle majeur dans la prise en charge des PVVIH (accès aux soins) et la prévention de proximité sur le terrain en appui à des associations de la société civile.

français. Il faut regretter toutefois qu'ils ne travaillent pas généralement sur des thèmes du Sud, ils n'y sont guère encouragés non plus ; cet investissement n'est pas comptabilisé ici.

Préconisation 7 : Accroître par redéploiement les ressources des acteurs de terrain pour les actions de terrain.

2. Impliquer dans l'action de terrain des opérateurs aujourd'hui absents

Le redéploiement de ressources évoqué dans la préconisation 7 interpelle non seulement les bailleurs de fonds, mais aussi les grands opérateurs nationaux aujourd'hui non impliqués.

Ainsi, il est remarquable que, dans le domaine de la santé, **les grandes institutions de recherche finalisée, au premier chef l'INSERM**, mais aussi (à la marge) l'INRA, le CEA et le CNRS, consacrent une fraction faible ou infime de leurs ressources à la recherche pour le développement sur le terrain. Les compétences du CNAM pourraient sans doute aussi être mieux mobilisées et utilisées. Il en va de même pour la plupart des **universités** qui opèrent sur le plan d'initiatives individuelles beaucoup plus que d'options stratégiques ; au passage, s'installe souvent une confusion entre formation et action. Sans doute le rôle tenu par les opérateurs institutionnels de terrain dédouane-t-il les autres organismes vis-à-vis des actions de terrain dans les pays du Sud. Ceci questionne leurs missions, et ouvre une voie de redéploiement, notamment pour l'INSERM. Sans doute l'INSERM forme-t-il un grand nombre de chercheurs du Sud dans les laboratoires de l'hexagone, ce pour quoi il peut être félicité et encouragé. Mais cet organisme puissant et bien structuré pourrait progressivement redéployer 5% ou plus de ses ressources, dans une ligne thématique explicitée plus bas, pour des actions plus proches du terrain.

Préconisation 8 : Inclure l'action de terrain dans les missions de l'INSERM. Faire en sorte qu'il y consacre au moins 5% de ses ressources. Analyser l'opportunité d'inclure l'action de terrain dans les missions d'autres organismes (CNRS, INRA, CEA) et définir la fraction que ces organismes pourraient y consacrer.

3. Définir une organisation efficace pour la coordination de l'action des organismes publics de recherche

Mettre en œuvre les perspectives et les priorités ci-dessus requiert une organisation adaptée. Or il a été montré plus haut qu'elle ne l'est pas. Plusieurs pistes d'amélioration sont possibles.

Certains scénarios ont été longuement discutés par le passé. Ainsi, le rapprochement de l'IRD et du CIRAD permettrait de maintenir une masse critique, de réaliser des économies d'échelle et de conserver - ou d'accroître - les compétences spécifiques que requiert la recherche pour le développement, y compris sa multidisciplinarité (apports des sciences humaines et économie de la santé) devant évoluer vers une interdisciplinarité et transdisciplinarité effectives qui décloisonnent les disciplines.

Telle n'est pas semble-t-il, la voie choisie à ce jour. L'option retenue serait celle d'un rapprochement entre l'INRA et le CIRAD, et de la dévolution à l'IRD d'une fonction d'agence de moyens. Ces perspectives ont suscité chez la majeure partie de nos interlocuteurs, scepticisme et inquiétudes. Beaucoup craignent une perte de compétences de terrain dans un CIRAD dominé par l'INRA et estiment que l'INRA devrait d'abord évoluer lui-même. Le

futur rôle dévolu à l'IRD et son acceptabilité sont mal perçus en raison de la confusion entre sa fonction d'opérateur et celle de bailleur de fonds. La solution paraît d'autant moins alléchante qu'il n'est pas prévu d'accroître son budget, en sorte que l'IRD pourra, au mieux, jouer un rôle d'animation.

D'autres pistes de réflexion découlent de l'ouverture souhaitée (préconisation 8) des secteurs d'activités dirigés vers les PED à l'INSERM et peut-être dans d'autres organismes. Des directions scientifiques communes au sein de deux organismes (par exemple IRD-INSERM, CIRAD-INRA) permettraient de développer des synergies. Le mieux serait alors de confier le pilotage à l'organisme de terrain plutôt que l'inverse.

Sur ces sujets, parce que des actions gouvernementales sont en cours, nous nous limitons à faire état des avis que nous avons recueillis, sans nous prononcer de façon spécifique, sur les questions touchant à l'IRD et au CIRAD.

Préconisation 9 : Optimiser la coordination institutionnelle entre les organismes publics de recherche.

4. Améliorer les modalités de l'action de terrain

Le manque de souplesse de notre système rend plus difficile sa nécessaire évolution. Il est perceptible à bien des niveaux, et notamment dans la gestion des ressources humaines. Ainsi, la constitution d'une véritable corporation d'expatriés professionnels, compréhensible au plan historique, présente des avantages, mais comporte plusieurs inconvénients de taille.

Le premier concerne l'évolution des compétences dans des domaines scientifiques et techniques en développement rapide. On observe, sans surprise, que l'expatriation de longue durée sans immersion périodique dans des milieux de haut niveau comporte un risque sérieux de perte de **qualité scientifique**.

Le second est **la perte de contact avec la communauté scientifique de l'hexagone**, ce qui crée une distance, sinon un fossé, et affaiblit cette dernière, qui perd partiellement conscience des enjeux et des problèmes de terrain. Un corollaire est le manque de considération dans l'hexagone, pour les actions de terrain et pour ceux qui les mettent en œuvre.

Le troisième est **la rigidité du système**, liée au nombre, forcément limité, des postes, de surcroît onéreux en raison des conditions d'expatriation (frais x 1,8 à x2) et aussi à l'effet de clôture qu'il induit sur d'autres acteurs (typiquement l'INSERM et l'INRA par rapport à l'IRD et au CIRAD).

Au total, comme de nombreux interlocuteurs nous le confirment, les vraies compétences françaises sur le terrain sont rares, trop rares, et parfois rigidifiées même lorsqu'elles sont réelles - ce qui n'est pas toujours le cas.

On voit bien **les avantages que comporterait un système ouvert**, qui offrirait l'accès au terrain pour des périodes limitées (2 à 4 ans) à l'ensemble du vivier des chercheurs et enseignants des sciences du vivant, y compris du monde médical. Ce vivier est abondant, et si les bonnes modalités existaient, on ne manquerait sans doute pas de candidats pour s'investir quelques années dans les pays en développement ou dans les pays émergents - alors que, curieusement, il est à ce jour difficile de trouver des volontaires pour aller travailler quelques années en Chine. Toutefois, ceci requiert de modifier certaines de nos procédures.

De nombreux pays opèrent différemment de la France. Les individus partent quelques années avec leur poste et leur salaire, et bénéficient sur place d'avantages en nature (logement de fonction, etc.). Ils restent membres de leur institution d'origine (souvent une université) où leur retour est prévu, facilité et reconnu. La mise en place d'un dispositif du même type permettrait à la France de développer plus avant son action internationale dans le domaine de la santé avec des compétences plus nombreuses, des niveaux renouvelables, et plus adaptables aux besoins. De nouvelles dispositions contenues dans le projet de loi sur la recherche doivent permettre d'aller dans ce sens.

Une autre piste **serait l'instauration d'un service civil**, que beaucoup appellent de leurs vœux et qui serait de nature à fournir à nouveau des bataillons abondants pour la coopération de terrain⁷.

Avec des ressources relativement modestes, il serait possible de faire un meilleur usage de **nos retraités dynamiques**, pour tout ce qui touche à l'évaluation notamment. Dans l'actuelle carence de ressources humaines, il conviendrait sans aucun doute de ne pas perdre l'expérience de ceux qui ont connu l'action de terrain.

Il faut utiliser plus avant, et mieux mettre en valeur, **le travail de grande qualité effectué par nos Académies**, qui disposent en outre d'un dispositif relationnel mondial très actif. Elles mènent ou accompagnent des actions de terrains d'importance.

Les formules de jumelage (type ESTHER⁸) s'avèrent très efficaces lorsque les personnes impliquées au Nord acceptent de s'investir suffisamment sur le terrain - ce qu'en recherche et notamment sous l'égide de l'ANRS, plusieurs équipes françaises pratiquent effectivement.

Enfin, la triade : institution académique hexagonale - sponsors privés - ambassades constitue un **micro-partenariat public-privé** qui s'avère souvent extrêmement utile et efficace.

Préconisation 10 : Mettre en place de nouveaux dispositifs permettant à des chercheurs, des enseignants et des médecins d'origine et d'appartenance diverse d'aborder pour des durées limitées (2 à 4 ans) les actions de terrain de façon à décroquer l'actuel système d'expatriation. Utiliser au maximum les réseaux des Académies, les techniques de jumelage et les micro-partenariats public-privé mis au service de l'action de terrain.

⁷ On pourra, à ce sujet, analyser la transition effectuée à l'Ecole Polytechnique, où le service militaire des élèves a été remplacé, avec beaucoup de succès, par un service civil de 8 mois. Signalons au passage le succès du « Peace Corps » américain, très visible sur le terrain, dans l'ensemble du continent africain.

⁸ Le GIP ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau), doté de 16 M pour 3 ans (subventionné à hauteur de 90% par le Ministère de la Santé et des Solidarités) a pour objectif de renforcer les capacités des PED où il est présent à traiter les personnes atteintes du VIH à travers des jumelages hospitaliers.

5. Rendre plus scientifiques et valoriser les modalités de l'action de terrain

Les très nombreuses **actions** déjà réalisées ou entreprises sur le terrain en matière de recherche et de surveillance, mais aussi et surtout en matière de santé en général constituent un corpus d'expériences considérables, mais sous-exploité et sous-valorisé.

Ainsi, les résultats obtenus sur le terrain sont décrits et publiés de façon éparse, de sorte qu'il est souvent difficile de les comparer et de les évaluer. Les expériences négatives sont le plus souvent ignorées, ce qui empêche d'en tirer les conséquences constructives. Quant aux acteurs de terrain du Sud, mais parfois aussi du Nord, ils ne reçoivent pas toujours la reconnaissance légitime dont ils devraient être l'objet.

Nous pensons que ce corpus d'expériences devrait s'organiser en **une véritable discipline scientifique** : la science de l'intervention de terrain pour l'amélioration de la santé.

L'intérêt de cette démarche, qui n'est que partiellement suivie aujourd'hui, est à la fois d'injecter de façon plus systématique de la rationalité et de la recherche dans un champ expérimental très divers, de développer une communauté plus soudée, plus scientifique, entre acteurs de terrains très variés, tout en revalorisant sélectivement leur action. De plus, la généralisation d'une **culture de l'évaluation** paraît indispensable, y compris dans l'évaluation des actions des grands acteurs internationaux comme l'OMS sur lesquelles l'avis des acteurs de terrain pourrait être plus systématiquement recherché. Au sein même de l'OMS, cette démarche de rationalisation des actions de terrain se développe depuis quelques années, notamment au sein de la Direction « Politique et Coopération en matière de Recherche ».

Il s'agit bien d'un domaine scientifique latent, multidisciplinaire et fortement pénétré par les sciences sociales, fondé sur un vaste champ expérimental et de multiples observations, qui mérite d'être institutionnalisé plus avant. Ceci devrait être fait dans un cadre international^{9, 10}. La première étape pourrait être la création **d'une revue scientifique internationale de haut niveau** dotée d'un Comité Editorial et de procédures indiscutables. D'autres modalités, habituelles dans la structuration des communautés scientifiques (conférences internationales, séminaires, dispositifs de formation, prix, etc.) pourraient suivre. Le processus pourrait être engagé avec l'aide des académies, mais sans laisser à ces dernières le pilotage, les acteurs de terrains tels que les ONGs devant jouer un rôle important.

Préconisation 11 : Institutionnaliser l'existence d'un domaine scientifique latent : celui de l'intervention de terrain pour l'amélioration de la Santé au niveau mondial. Stimuler, par un effort international, la structuration de la communauté scientifique correspondante en commençant par la création d'une revue internationale de haut niveau.

⁹ Cette proposition a été évoquée lors de la Conférence sur la gouvernance mondiale de la santé tenue à Paris le 13 mars 2006.

¹⁰ Ce domaine pourrait être intitulé « Actions de Santé au Sud » (ASS) ou en anglais « Sanitary Action in the South » (SAS). En utilisant un vocabulaire désormais classique en médecine, développer l'évaluation reviendrait à promouvoir une « Evidence-Based SAS ».

6. Renforcer, dans l'hexagone, les dispositifs de soutien et de réponse aux actions de terrain

Nombreux sont nos interlocuteurs qui ont insisté sur ce point, à propos de secteurs très divers.

- Ainsi, nos ressources dans le domaine de la médecine tropicale ont beaucoup diminué et sont très dispersées. L'effort de regroupement entrepris par **l'Institut Fédératif de Médecine Tropicale** mérite d'être fortement soutenu. De même, les **infectiopôles**, qui pourraient être dotés de projections hors de l'hexagone, devraient être encouragés.
- Trop de dispositifs hexagonaux reposent sur une seule tête (voir une seule bonne volonté) et ne sont pas doublés, ce qui les rend **peu robustes** et peu aptes à répondre à des situations de crise. Sans mettre en cause le rôle de référént de certaines structures (Centres Nationaux de Référence, par exemple) il serait de bon sens de disposer de structures de relais qui pourraient venir en appui en cas d'alerte infectieuse.
- En général, **les scénarios de crise** - lorsqu'ils existent - ne sont pas assez approfondis, alors qu'ils requièrent des analyses poussées et des arbitrages qu'il vaut mieux préparer hors d'un contexte de crise. Ainsi, l'effet de clôture produit par les épidémies demande à être étudié, et l'excès des mesures de sécurité peut aboutir à dégrader la sécurité.
- Plus de rigueur serait souhaitable dans **le choix des laboratoires d'accueil** pour les chercheurs du Sud qui viennent se former à la recherche en France, de même que dans la nature des enseignements dispensés aux étudiants du Sud¹¹.
- Beaucoup insistent sur les adaptations qui devraient se faire **au sein des ministères**, afin que ceux-ci soient à même d'accompagner au mieux l'évolution des dispositifs mondiaux.
- Enfin, une analyse de ce que l'appareil de recherche hexagonal produit, ou pourrait produire en **matière de recherche dans le domaine des maladies infectieuses** au sens large devrait être conduite. Les appels d'offres, de l'ANR notamment, devraient en tenir compte.

Préconisation 12 : Faire l'inventaire systématique et lucide des dispositifs hexagonaux qui soutiennent ou répondent aux actions de terrain afin de les renforcer et d'en accroître la robustesse.

¹¹ L'effort français n'est pas négligeable, 18.000 bourses ont été accordées en 2001 et de même en 2002 pour un coût annuel estimé de 70 M€, mais les procédures d'attribution ne sont pas mises en cohérence avec une politique de programmes prioritaires définie à l'égard des PED. La mise en place de « programmes d'excellence » vise à corriger ce défaut. La quasi-gratuité du système français, qui pourrait être un atout, est contre-balancée par les programmes de bourses développés dans d'autres pays. La complexité du système français, peu lisible par les étrangers, nuit à son attractivité, encore que celle-ci soit améliorée par l'effort d'harmonisation européen. L'Agence Universitaire de la Francophonie est un atout, mais les enseignements d'adaptation en anglais (pour les non-francophones) sont rares, contrairement à d'autres pays européens. La conclusion d'accords de coopération inter-universitaires répond à la nécessité d'élaboration commune et de co-direction. Il faudrait cependant mieux distinguer les PMA, où la formation par le Nord est incontournable, et les pays moins mal lotis pour lesquels les échanges de chercheurs doivent être co-pilotés.

D. Accroître l'implication des bailleurs de fonds nationaux et améliorer leur coordination

A ce jour, il existe 4 grands bailleurs de fonds dans le domaine qui nous occupe : Le MAE, l'AFD, l'ANRS et l'ANR. Le MAE a conservé (CICID 2004) la responsabilité des actions de recherche et d'enseignement supérieur, mais connaît de sérieuses difficultés budgétaires en raison notamment des contributions qu'il apporte ou va apporter aux grands fonds mondiaux pour la santé. Le MAE intervient efficacement par l'attribution de FSP et d'un certain nombre de postes dont bénéficie notamment le Réseau des Instituts Pasteur, ainsi que par le soutien fourni par les ambassades.

L'AFD pour sa part se trouve limitée dans sa capacité de financer des actions de santé par la relative modestie de l'enveloppe qu'elle peut consacrer aux subventions -beaucoup d'actions de santé étant peu adaptées à des financements par des prêts. L'AFD a engagé des actions significatives dans le domaine de la surveillance des maladies infectieuses¹² en soutenant, ici encore le Réseau des Instituts Pasteur.

L'ANRS a un mandat précis, qu'elle exerce avec diligence, dans le domaine du Sida, avec un début d'action internationale pour les hépatites virales (en Egypte)¹³.

L'ANR n'a pas encore défini de ligne claire en terme de recherche pour le développement, même si elle a intégré à ses appels à propositions en 2005 une thématique relative aux maladies émergentes.

Les deux bailleurs de fonds qui possèdent des marges de manœuvre significatives sont les deux grandes agences « généralistes » que sont l'AFD et l'ANR. Elles pourraient dans le cadre d'une stratégie définie consacrer une fraction de leur budget aux actions, et abonder celles-ci de façon très significative (voir plus bas). Les modalités de mobilisation des financements européens et d'autres financements internationaux gagneraient, au travers des ministères et des agences compétentes, à être mieux connues des acteurs français et des PED.

Au total, comme il a été mentionné plus haut il convient de rééquilibrer la part de l'APD dévolue à la santé. Rappelons que celle-ci n'est que de 4% en France, contre 11% pour la moyenne des pays de l'OCDE, ce qui fournit une cible minimum à atteindre ou à dépasser.

Les objectifs à atteindre interpolés par le MINEFI conformément aux engagements officiels d'une part, et aux projections de l'évolution du RNB d'autre part, portent à 2007, l'objectif bien connu des 0,7% du RNB et celui, espéré des 11% en santé de la part d'APD¹⁴.

On a vu que même avec l'abondement aujourd'hui engagé du multilatéral¹⁵, elle ne dépasserait pas 5% en 2007. Il faut donc envisager des redéploiements, dont l'ampleur **requiert un raisonnement politique sur l'importance de la santé dans l'aide au développement**, raisonnement auquel ce rapport apporte quelques éléments.

¹² Annexe 17. Fiche technique AFD.

¹³ Ses missions ont été étendues en 2004 à l'ensemble des recherches sur les hépatites virales B et C.

¹⁴ La projection du HCCI porte à 15.600 MEur le volume d'APD en 2012, pour atteindre l'objectif de 0,7%, calculé avec un taux de croissance du RNB de 2,5%/an, qui correspond à une augmentation annuelle de 1100M entre 2004 et 2012. Tableau chiffré et commenté de l'évolution de l'APD, et de l'APD en santé.

¹⁵ La contribution au FMSTP est passée de 50M en 2003, à 150M en 2004, inversant la tendance aide bilatérale sur multilatérale ; elle est de 150M en 2005, de 225M en 2006, de 300M en 2007.

Préconisation 13 : Impliquer l'AFD et l'ANR dans le financement, à un niveau significatif, des actions de terrain dans la perspective d'un rééquilibrage des actions de Santé dans l'APD à hauteur de 11%.

Même si, comme il nous a été indiqué, l'incohérence sur le terrain est moins grande qu'on pourrait le craindre, en raison de la convergence des valeurs dont les acteurs sont porteurs, le manque de coordination de l'action française est notoire.

Les améliorations reposent, pour commencer, sur la mise en cohérence, au niveau des sièges et sur le terrain des bailleurs de fonds, qui aujourd'hui, n'ont pas tous une politique bien définie, ni un système de dialogue et de coordination fonctionnel. Par exemple, il n'existe aucun dialogue institué entre l'ANR et l'ANRS, ou entre l'ANR et l'AFD. Quant à l'exercice, par les ministères compétents, des tutelles sur les organismes de recherche, il est notoirement insuffisant, ce dont plusieurs de leurs dirigeants se plaignent, certains se décrivant comme « orphelins d'animation ».

Devant cet état de fait, qui s'ajoute à la dispersion des acteurs et au saupoudrage de certaines actions, on pourrait conclure à la nécessité de créer une nouvelle agence - ce que d'aucuns ne manquent pas de suggérer. Sur le papier, les arguments ne manquent pas. Ce n'est pourtant pas l'option que nous avons retenue, comme il est discuté ci-dessous, ce qui ne retire rien à la nécessité d'une meilleure coordination - comme l'avait encore recommandé l'Avis du HCCI sur la R&D en décembre 2004.

Préconisation 14 : Quelle que soit la formule retenue, établir un mécanisme de coordination efficace entre les bailleurs de fonds.

E. Mettre un ensemble de moyens accrus au service d'un petit nombre de priorités fortes

Cinq programmes prioritaires conformes au cadre stratégique esquissé plus haut, se dégagent des nombreux avis que nous avons recueillis ainsi que de nos réflexions et de notre expérience. Pour chacun d'entre eux, nous désignons le pilote opérationnel le plus qualifié. Le découpage que nous avons adopté est centré sur les maladies infectieuses, mais les déborde, de sorte qu'il couvre une bonne partie de l'amont des problèmes de santé.

1. La surveillance des maladies infectieuses

- a) **Le terme de surveillance ne figure pas de façon explicite dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ni dans les textes internationaux qui en découlent** - pas plus que dans les découpages 2006 des programmes de la LOLF. Sans doute la surveillance a-t-elle été considérée comme un instrument plutôt que comme un objectif. Quoi qu'il en soit, en France, **ce secteur n'a pas reçu suffisamment d'attention**, bien qu'il soit essentiel pour contribuer efficacement à une surveillance mondiale (avec l'OMS) aider à la surveillance nationale (avec l'InVS) et européenne (avec le CDC Européen). Les données de surveillance alimentent aussi des recherches permettant de comprendre - et parfois, de prévoir - l'émergence ou la réémergence de maladies infectieuses particulières, ainsi que leur diffusion.

Ce domaine est aussi important que sensible, comme en témoignent, entre autres, pandémies de Sida, de SRAS et de grippe aviaire. Il est entendu ici comme **englobant**

aussi bien la surveillance *stricto sensu* que les activités de recherche qui l'accompagnent (épidémiologie) **et la soutiennent**. Aussi le développement des procédés et instruments de diagnostic de terrain et notamment de diagnostic rapide, constitue-t-il un enjeu majeur. On notera enfin que, si le contrôle du bioterrorisme présente quelques singularités, il dépend très largement de la surveillance entendue au sens des maladies infectieuses « naturelles ». La surveillance n'a donc rien de contemplatif. Elle doit, bien évidemment être articulée à des dispositifs de prise de décision efficaces, afin qu'entrent en vigueur les mesures appropriées de santé publique (cf. l'épidémie de chikungunya à La Réunion).

La surveillance concerne l'ensemble des maladies infectieuses virales, bactériennes et parasitaires, existantes comme émergentes ou ré-émergentes. Les phénomènes d'émergence sont fréquents puisque, depuis 30 ans, on a répertorié une émergence nouvelle tous les 8 mois en moyenne. Leur aspect souvent spectaculaire ne doit pas faire oublier le poids des épidémies établies. L'ensemble des morts provoquées à ce jour par le SRAS, la grippe aviaire et le nouveau variant de la maladie de Creutzfeld-Jacob (issu de la vache folle) ne correspond qu'à 2 heures du lourd tribut payé, année après année, au Sida et à la tuberculose. De nombreux agents infectieux, comme le virus de la dengue, risquent aussi de se répandre. Il importe également de surveiller l'évolution des résistances aux médicaments et vaccins disponibles. Enfin, on voit bien avec la grippe aviaire **à quel point l'analyse des réservoirs animaux est essentielle**, et combien il devient important de rapprocher deux mondes qui se sont trop distanciés : ceux de la médecine humaine et animale - question mondiale que l'OMS ne sait pas encore traiter, dans sa globalité, et pour laquelle elle reçoit l'aide, indispensable, de l'Organisation mondiale de la santé animale¹⁶.

- b) **La France, peut, dans ce domaine, apporter une contribution très significative** grâce au nombre élevé de ses implantations, au premier rang desquelles se trouve le Réseau International des Instituts Pasteur. De plus, l'Institut Pasteur est activement engagé dans les recherches sur le diagnostic et deux firmes industrielles (BioMérieux et Biorad) sont très actives en France. Au plan méthodologique, des recherches de procédé très actives sont en cours dans les services de la Défense Nationale, dans les laboratoires du CEA et de plusieurs entreprises (dont Thalès). En outre, l'Institut Pasteur de Corée développe une approche très innovante.

Le Réseau International des Instituts Pasteur (29 Instituts), s'est mondialisé au cours des dernières années et déborde désormais les espaces francophones. Il a récemment élaboré un projet stratégique centré sur la surveillance des maladies infectieuses et constitue un acteur incontournable, tout autant qu'un porteur de projet évident. On notera que la mise en place d'un tel projet nécessitera une réflexion préalable sur sa gouvernance. Soit, en effet celle-ci est déléguée à l'Institut Pasteur à Paris. Soit elle reste entre les mains du bailleur de fonds qui contracte individuellement avec les Instituts du Réseau les plus aptes et les plus appropriés. Soit elle est confiée au Réseau lui-même, à condition que celui-ci se dote d'une personnalité juridique. Considérant le fait que la structure juridique actuelle est floue, alors que des responsabilités de santé significatives sont en jeu, les deux dernières options paraissent préférables. Il va de soi que, s'agissant d'une priorité nationale, des

¹⁶ L'OIE (anciennement Organisation Internationale des Epizooties, créée en 1924 suite à une réunion française, la France ayant depuis gardé son siège) a un mode de représentation similaire au SNU, bien que n'appartenant pas au système des Nations Unis, et compte 167 pays membres. 100 maladies sont listées, pour chacune un LNR arbitre sur le diagnostic et a un rôle de référent en terme de réactif. Son domaine de veille scientifique concerne 150 laboratoires dans 30 pays du Nord, mais les pays du Sud sont encore marginalisés parce que limités dans les possibilités de communication. Afin de pallier ce manque et de favoriser la circulation de l'information, l'OIE envisage la mise en place d'un système de jumelages Nord-Sud. Le CIRAD est membre du réseau OIE. 20

implantations et des acteurs non pasteuriens devraient participer à l'effort de surveillance, notamment le réseau de l'OIE, opérationnel, et les implantations du CIRAD (nombreuses en Afrique, en Asie et en Amérique centrale), acteur sur le secteur de l'infectieux animal, pourraient être mises à contribution. Pour cette priorité comme pour les autres, les organismes de recherche non pilotes devraient mettre des moyens à la disposition du système - ce qui est rarement le cas aujourd'hui, et des mécanismes adéquats de circulation de l'information devront être organisés.

La mise en place de **plateaux techniques appropriés**, dans une configuration géopolitique optimisée, devra être analysée de même que l'établissement des connexions avec des acteurs clés (par exemple le CEA) aujourd'hui peu impliqués. Dans cet esprit, le P4 de Lyon, aujourd'hui géré par l'INSERM (après avoir été créé par la Fondation Mérieux avec un soutien scientifique et technique de l'Institut Pasteur) devrait impérativement participer à l'effort de surveillance. Une solution serait d'organiser une association entre le laboratoire P4 et le Réseau International des Instituts Pasteur. Ce dernier pourrait avoir un siège dans le Conseil Scientifique du P4, le P4 étant associé, sous une forme à définir, à la vie du Réseau International. De même, les rapports avec certaines Fondations et ONGs (par exemple Fondation Mérieux et AMP) et quelques acteurs particuliers (l'IRD, le Pharo, certains groupes universitaires, etc.) devraient être aménagés.

Le lien, ci-dessus évoqué, entre le monde médical et la communauté des vétérinaires - lien qui faisait partie de la tradition historique de l'Institut Pasteur comme de l'Institut Mérieux, mais qui s'est aujourd'hui distendu - doit être rétabli. Les contacts avec le CIRAD, l'INRA et l'IRD seront donc renforcés. Le siège et la présidence de l'OIE sont aujourd'hui français, ce qui constitue un autre élément favorable.

En outre, la France doit confirmer sa participation appréciée et remarquée au sein du Conseil d'Administration du **GOARN, le réseau mondial d'alerte et d'épidémies coordonné par l'OMS** (Global Outbreak Alert and Response Network), où siègent 6 français, qui a une mission de veille et d'information, et de coordination des missions de réponse dans les pays concernés par les épidémies. La participation de la France à la finalisation du Règlement Sanitaire International (RSI) validé par l'AG de l'OMS en 2004 a été remarquée et la France pousse à la mise en œuvre par les pays des dispositions prévues par le règlement, notamment celles relatives à l'alerte et à la surveillance épidémiologique. La présence du pôle de l'OMS constitue encore un élément très positif, notamment en matière de formation (voir plus bas) mais aussi par les connexions qu'il permet de renforcer en matière de surveillance mondiale. Le soutien de la France pourrait y être plus marqué.

Au plan national, il serait souhaitable de donner à l'InVS plus de moyens humains, techniques et financiers pour son action, dans le cadre d'un mandat qui serait démultiplié dans le domaine de l'alerte et la surveillance épidémiologique, d'autant que l'actualité l'exige pour préserver la sécurité sanitaire des Français. Privilégier la formation d'experts en santé publique internationale, le développement d'une expertise sur les champs nouveaux de la sécurité sanitaire (gestion des crises) et la production d'épidémiologistes de terrain (un déficit national d'épidémiologistes ayant été constaté), devrait être une préoccupation majeure.

Au total c'est un grand programme auquel il convient de donner la priorité et qu'il faut décliner de façon systématique et organisée dans ses différentes dimensions. Nos rencontres avec plusieurs responsables de l'OMS ont confirmé que cette ligne d'action correspond à leurs attentes. Il s'agit de maintenir une action coordonnée au niveau mondial et de privilégier l'appui à la structure de GOARN,

elle-même en concertation avec l'ECDC de Stockholm. Il faudra que **l'AFD investisse** de manière concomitante sur la structuration des services de santé des pays en développement, en prenant en considération la dimension des **laboratoires d'analyse** qui sont souvent plus défectueux qu'on ne l'imagine, y compris dans les pays émergents. La France traditionnellement très active dans ces domaines doit maintenir ses interventions et ses financements dans ce domaine auquel l'AFD devra accorder une attention toute particulière.

L'harmonisation des procédures doit aller jusque dans le détail des actions de terrain. A titre d'exemple, la capacité d'envoyer sans délai des prélèvements humains ou animaux est un facteur de réactivité essentiel. Elle doit, *in fine* être internationale.

Préconisation 15 : Développer en priorité un programme ambitieux de surveillance des maladies infectieuses. En confier le pilotage aux Instituts Pasteur dans un cadre juridique approprié. Le dispositif devrait être élargi, notamment par l'association du P4 de Lyon et du Réseau International des Instituts Pasteur. Corrélativement, confirmer la présence de la France dans GOARN et le Pôle de Lyon de l'OMS, augmenter de manière significative les moyens de l'InVS, et impliquer plus avant l'AFD.

- c) Il convient aussi **de stimuler explicitement les recherches directement associées aux activités de surveillance**, recherches qui la soutiennent et s'en nourrissent. A titre d'exemple, on citera :
- la mise au point de techniques de diagnostic adaptées aux conditions du terrain (kit ou bandelettes de diagnostic rapides)
 - les recherches relatives aux facteurs d'émergence et de diffusion des maladies infectieuses.

Concernant le premier exemple, force est de constater qu'il ne suffit pas de soutenir la recherche. Des bandelettes permettant de diagnostiquer efficacement la peste et la méningite sur le terrain ont été mises au point par des Instituts Pasteur, mais leur production à grande échelle ne trouve pas preneur. Il existe un problème de « **diagnostics négligés** ».

Quant au second, l'histoire des épidémies a largement démontré que l'apparition et la diffusion des pathologies infectieuses sont associées à l'interaction entre des facteurs biologiques environnementaux et humains (eux-mêmes conditionnées par un contexte social, culturel, démographique, économique et politique déterminée). Aucune discipline ne peut prétendre à elle seule rendre compte de l'évolution spatio-temporelle d'une infection. Il nous paraît urgent sur des pathologies qui auront été jugées prioritaires par les pays de mettre en place de réels programmes ou équipes interdisciplinaires (et non simplement pluridisciplinaire) afin de répondre à cette question des dynamiques spatio-temporelles. L'approche doit être intégrative et systémique et réunir à la fois des biologistes (spécialistes de microbiologie moléculaire, immunologistes, génétique des prédispositions), des démographes, des historiens, des géographes, des socio-anthropologues et des économistes de la santé. La mise en place de telles structures nécessite à la fois une anticipation et une juste estimation des difficultés inhérentes à l'entreprise, qui requiert de composer avec une organisation académique de la science résolument disciplinaire.

Préconisation 16 : Stimuler les recherches directement associées aux activités de surveillance, qui la soutiennent et s'en nourrissent.

2. Les politiques de santé et leur mise en œuvre

Qu'il s'agisse d'essais cliniques de phase I ou de préparation d'opérations de vaccination à grande échelle, la mise en œuvre des politiques de santé requiert des études préalables, un suivi et des personnes-ressources. Il va de soi que ces actions doivent être menées avec le plein accord des autorités locales. Ces travaux couvrent un vaste champ de recherche qui inclut :

- a) L'analyse (l'évaluation) d'expériences précédentes, où qu'elles aient été menées, afin d'interpréter les causes des succès et des échecs
- b) Les études économiques¹⁷
- c) La définition d'indicateurs de performance, (qualitatifs ET quantitatifs) les mesures d'impact, les modalités du dispositif de suivi et d'évaluation, etc.
- d) Les définitions, en concertation avec les ONG actives sur le terrain, de politiques en faveur de l'accès aux soins (ARV) en appui aux politiques nationales des PED

Cet ensemble déborde largement le domaine biologique et **fait principalement appel aux sciences humaines et sociales**. Trop souvent négligé, il est pourtant indispensable, à défaut de quoi la qualité des soins se dégrade, alors que les déficits stratégiques, incohérences, échecs et gaspillages se multiplient. L'OMS a dans ce sens monté récemment une unité spécifiquement dédiée à la Recherche utile à la pertinence des stratégies nationales de santé afin de répondre aux priorités de santé publique des pays¹⁸ et publié un document valorisant cette recherche appliquée au développement des systèmes de santé¹⁹. L'OMS rappelle que 95% des financements internationaux concernent la recherche biomédicale, mais que la recherche sur les systèmes de santé est tout aussi importante si l'on souhaite que les médicaments ou vaccins nouvellement développés puissent avoir l'impact attendu *in fine* en termes d'amélioration de la santé.

Un autre aspect, non dépourvu d'incidences politiques, est d'aider les pays à structurer la place des acteurs internationaux qui interviennent sur son territoire. Bien souvent, ceux-ci sont si nombreux et autonomes que le gouvernement local n'est pas pleinement averti de ce que chacun fait, en termes techniques ou financiers. Récemment, un pays africain a pris la décision courageuse de fermer la porte à l'aide mondiale pendant plusieurs mois afin de remettre de l'ordre dans ses affaires et ses priorités.

En France, seul un organisme multidisciplinaire peut contribuer à développer cette recherche utile aux systèmes de santé et apte à améliorer la question des soins. Si l'ANRS le fait dans le cas du Sida, c'est bien à l'IRD qu'il appartient d'être, sur le terrain, pilote dans le domaine des sciences sociales - des stratégies spécifiques pouvant être développées au sein des stratégies sectorielles existantes santé et Sida, définies en interministériel notamment avec le MAE (Direction des Politiques de Développement) conformément aux décisions du CICID.

Les préoccupations ne peuvent se limiter à la santé humaine. Les questions de santé animale doivent aussi être considérées. Ainsi, dans le cas des zoonoses dangereuses pour l'homme, sans fonds d'indemnisation des animaux domestiques éliminés pour cause de santé publique il est clair qu'une partie des animaux infectés continuera d'être dissimulée et d'échapper à la stratégie de confinement des foyers infectieux.

¹⁷ Il faut accorder plus d'importance aux études coût-efficacité et à l'évaluation des politiques de santé : la capacité d'expertise en gestion des politiques de santé est faible en France et exige une formation spécifique, qui peut s'inspirer de ce qui se fait au Canada, au Québec en particulier.

¹⁸ OMS. Department Research Policy and Cooperation. Evidence and information for Policy.

¹⁹ WHO. World report on knowledge for better health systems. 2005.

L'IRD doit réinvestir le champ de l'international, être présent dans les forums internationaux où se conceptualisent les axes de travail sur le développement. Dans son contrat d'objectifs 2006-2009, l'institut projette de réduire le nombre d'unités afin de développer des équipes ayant une masse critique suffisante de chercheurs, de favoriser l'interdisciplinarité et de renforcer la capacité de réponse aux appels d'offre. L'IRD est à la fois un opérateur de recherche et une agence de moyens. Il doit concevoir des projets régionaux, travailler au sein de pôles régionaux de développement où s'élaborent des solutions applicables à des ensembles plus vastes. L'IRD a un rôle important à jouer dans le renforcement de la coopération universitaire francophone et doit créer des unités partenaires de recherche (UPR) impliquant des partenaires qui ne soient pas en position d'assistés mais qui participent conjointement à la définition des projets prioritaires pour le développement. Le développement durable implique des équipes scientifiques fortes et donc la mise en place de mécanismes fixant les chercheurs du Sud.

L'IRD est une institution originale sans équivalent en Europe. Aucun pays n'a de structure multisectorielle avec pour finalité la recherche opérationnelle. Certains pays ont des structures de pilotage sectoriel (Royaume Uni avec le MRC), d'autres ont des activités internationales au sein d'une agence nationale comme le CDC. **Il n'y a pas à ce jour de politique européenne de la recherche pour le développement et l'IRD est sans doute le seul établissement en Europe pouvant catalyser une pensée européenne sur le développement. Il doit pour cela développer sa capacité à être le maître d'œuvre et le coordonnateur de programmes européens.** Il doit au préalable créer des unités mixtes de recherche avec des partenaires européens et participer aux appels d'offre européens et internationaux, comme il vient de réussir dans le cadre du programme Eurosocial. Ce n'est qu'après s'être fait connaître et reconnaître au plan européen que l'IRD pourra proposer et promouvoir un Institut Européen de Recherche pour le Développement.

<p>Préconisation 17 : Développer une approche systématique et cohérente des politiques de recherche en santé publique et de leur mise en œuvre. En confier le pilotage à l'IRD.</p>
--

3. Les recherches sur les vaccins et les médicaments

- a) Si le secteur des vaccins est capital, il faut reconnaître qu'il est aussi particulièrement difficile, tant au plan scientifique (par exemple pour faire face à l'extrême variété de certains agents infectieux) que pour les développements cliniques, de plus en plus lourds et onéreux, dans un cadre réglementaire très strict. La méconnaissance des contraintes du développement est source d'échecs et de gaspillages, d'autant plus nombreux et abondants que les modèles animaux sont rarement pertinents. En outre, concernant les maladies du Sud, trop souvent négligées, les fonds qui permettent d'alimenter la recherche clinique sont peu abondants sauf au niveau européen, ce qui oblige à être d'autant plus sélectif. A ce jour, ces fonds profitent davantage aux PED anglophones pour des raisons diverses, certaines d'ordre linguistique (cf. l'appel à propositions d'EDCTP). Les recherches sur les vaccins doivent donc être soutenues, mais de façon extrêmement sélective et professionnelle, en les passant **au crible d'un réalisme sans complaisance**. Concernant le Sida, l'ANRS pilote déjà la recherche vaccinale française, avec un professionnalisme réel, qui peut sans doute encore être amélioré. Concernant les recherches sur les autres vaccins, les projets doivent être sélectionnés avec rigueur, ce qui requiert un rassemblement de compétences le plus souvent présent en milieu industriel.
- b) Le secteur du médicament est tout aussi capital et tout aussi difficile au plan du

développement. Les recherches en amont dans le monde académique de l'hexagone sont assez peu abondantes. La problématique des médicaments pour les pays du Sud est surtout traitée par Sanofi-Aventis et DNDi, une ONG internationale mais ayant de fortes attaches en France (via MSF, l'Institut Pasteur et un contrat exemplaire avec Sanofi-Aventis). Ceci étant posé, dans notre pays, un effort de recherche dans ce domaine demande à être organisé. S'il est effectué dans des pays tels que le Brésil et l'Inde, pourquoi ne serait-il pas à la mesure de la France ?

Préconisation 18 : Faire de la recherche sur les vaccins une priorité hautement sélective concentrée sur quelques projets importants triés de façon réaliste et compétente avec l'aide d'hommes de l'art. Stimuler dans le secteur public la recherche sur les médicaments destinés aux maladies négligées sous pilotage des industriels et des ONGs impliqués.

4. Les autres secteurs de la recherche médicale

A mesure que les pays en développement tendent vers l'émergence, les autres besoins de santé, et les recherches afférentes prennent de plus en plus d'importance et commencent à déborder la question aujourd'hui la plus brûlante des maladies infectieuses. Ce mouvement, observable et prévisible (qui touche, par exemple, les maladies génétiques au Maghreb) intéresse les pathologies les plus dévastatrices, notamment **les maladies cardio-vasculaires, cancéreuses, et allergiques ainsi que les désordres nutritionnels et le diabète**. Dans le tissu hexagonal, c'est l'INSERM qui est le mieux à même de piloter cette évolution et d'y entraîner d'autres acteurs comme les Universités - au-delà du rôle de soutien qu'il devrait initialement apporter dans le champ des trois premières priorités. Un lien avec l'Institut National du Cancer (INCA) qui fonctionne aujourd'hui de façon très autonome et entreprend des projets internationaux (avec la Tunisie notamment) devrait être établi à cette occasion.

Préconisation 19 : Confier à l'INSERM le mandat explicite de promouvoir, en dehors du domaine infectieux, les recherches médicales les plus essentielles, dans les pays en développement et dans les pays émergents.

5. La formation

Ce secteur tout à fait majeur doit faire l'objet d'une analyse spécifique et détaillée qui va au-delà de ce qui a été produit dans ce rapport, surtout si l'on veut embrasser l'ensemble des secteurs amont de la santé, qui pour certains sont imbriqués dans les systèmes de santé eux-mêmes. Il serait souhaitable de confier le pilotage de cette analyse à un universitaire (de l'ISPED ou de l'IFFMTSI par exemple), à charge pour lui de réunir les différents acteurs et opérateurs engagés dans la formation sur le terrain et dans l'hexagone. En s'appuyant sur cette structure, et une ONG comme l'AMP²⁰ (maîtrisant l'ingénierie pédagogique à destination des PED), il serait possible d'organiser dans des délais relativement courts sur plusieurs sites (en Afrique et en Asie du Sud-Est) des programmes de formation (présentiels et à distance) concernant la surveillance épidémiologique des maladies tropicales. Une attention particulière doit être portée aux conditions d'accompagnement de la formation qui permettent de limiter la fuite subséquente des cerveaux. Les compétences existantes en matière d'enseignement à distance (au CNAM par exemple) pourraient être mobilisées plus avant.

²⁰

Annexe 14. Fiche technique.

Préconisation 20 : Commander une analyse détaillée des questions de formation, de préférence à un universitaire, qui sera mandaté pour réunir les différents acteurs impliqués ou impliquables.

F. Inscrire les priorités dans les lois de finances en utilisant la dynamique de la LOLF

Nos propositions, fondées sur une stratégie, des programmes, et leur suivi avec des indicateurs appropriés sont dans le droit fil de la démarche de la LOLF. Celle-ci constitue à nos yeux un progrès majeur dans la gestion des affaires publiques et est susceptible de créer une dynamique considérable. Encore faudrait-il que, si les propositions faites ici sont retenues, elles trouvent une place explicite dans les lois de finances. Il est donc souhaitable que soient ré-écrits ou aménagés certains programmes LOLF, et ce dès la loi de finances 2007. Plus généralement, la question de l'amélioration de la santé mondiale, en raison de son importance politique mérite à nos yeux une ligne spécifique.

Préconisation 21 : Construire une ligne dévolue à l'amélioration de la santé mondiale dans la Loi de Finances de 2007 conformément à la LOLF. Améliorer les programmes existants pour faire apparaître explicitement certaines des priorités de ce rapport, notamment la surveillance des maladies infectieuses.

G. La définition d'un espace de réflexion stratégique et d'élaboration et de suivi des décisions

La définition d'un tel espace fait, chez nos interlocuteurs, l'objet d'une demande quasi unanime pour des raisons diverses, mais toutes convergentes : mieux penser les solutions européennes ; être plus présent dans les grandes organisations internationales avec des orientations plus cohérentes et une capacité de critique plus élevée, vis-à-vis de l'OMS par exemple ; mieux intégrer la stratégie des industriels dans des options de santé publique ; mieux réfléchir les nouveaux modèles d'intervention économiques dans l'amélioration de la Santé au Sud (par exemple : question de la gratuité vs prix différenciés) etc. A ces interrogations de fonds s'ajoute le désir de mieux organiser les systèmes, et de mieux définir à qui revient la décision et à qui revient l'opérabilité.

1. La tentation de créer une nouvelle Agence

Pour remédier à cet état de fait, beaucoup proposent de créer une nouvelle agence, sans qu'il y ait unanimité sur la nature de cette dernière, son périmètre et sa gouvernance.

- a) Une Agence pour la Recherche Internationale
Elle serait le pendant institutionnel de l'ANR qui, dans cette configuration aurait un mandat essentiellement hexagonal (la question des COM devant être affinée). Sa gouvernance devrait impliquer de façon équilibrée le Ministère des Affaires étrangères et celui de la Recherche.
- b) Une Agence dévolue à la recherche en direction des PED.

Cette option prend en compte les spécificités et les exigences de la recherche faite en direction des pays en développement - et sans doute des pays émergents, ou de certains d'entre eux -. Elle correspond grosso modo à l'idée de confier un mandat d'agence de moyens à l'IRD, avec la réserve mentionnée plus haut que la très grande majorité de nos interlocuteurs ont émis des doutes sérieux sur l'efficacité et l'acceptabilité de ce schéma. Beaucoup préféreraient une agence de moyens sans personnels statutaires, du même type que l'ANRS²¹.

c) Une Agence dévolue aux maladies infectieuses :

Ceci revient à insister sur la spécificité de ces dernières, et sur les problèmes particuliers liés à la dissémination des agents infectieux en matière d'épidémies ou d'actes de bioterrorisme. Il conviendrait évidemment d'impliquer l'ANRS :

- soit en élargissant son mandat à toutes les maladies infectieuses (comme il en a été question il y a quelques années)
- soit en englobant l'ANRS dans une structure nouvelle dont elle constituerait un département.

Dans cette option, il faudrait équilibrer les actions à vocation hexagonale et les autres - comme le fait aujourd'hui l'ANRS. Il faudrait aussi définir la frontière avec l'ANR en donnant à la nouvelle agence un **mandat de recherche finalisée** sur les maladies infectieuses, mais en conservant tout ou partie des recherches cognitives à l'ANR parce que l'étude des agents infectieux est souvent un utile prétexte pour aborder des questions de biologie cellulaire ou systémique.

d) Une autre option consisterait à créer une Agence dévolue aux problèmes de Santé (et pas seulement aux maladies infectieuses) pour les pays en développement.

Nous considérons qu'il serait prématuré de créer une nouvelle agence, tout d'abord parce qu'elle ne fournirait pas la réponse aux questions de fond évoquées en tête de ce chapitre, et aussi parce qu'il faut au préalable lever les difficultés institutionnelles qui ont conduit à la situation actuelle.

Préconisation 22 : Surseoir, dans l'immédiat, à la création d'une nouvelle agence.

2. Les difficultés institutionnelles

Le problème premier nous paraît bien être de comprendre les difficultés institutionnelles et de trouver une voie pour les résoudre - après quoi les structures pourront évoluer et de nouvelles structures être créées si cela est nécessaire.

Ces difficultés institutionnelles sont de plusieurs types :

- a) Les deux Ministères des Affaires étrangères et de la Recherche ont externalisé une partie importante de leurs ressources dans deux grandes agences de moyens, l'AFD et l'ANR. Les deux ministères sont donc en position d'être les stratèges, les agences de moyens devant mettre en œuvre les stratégies définies par les ministères. Cette distribution des rôles, apparemment très claire, est brouillée par le fait que l'AFD et, dans une moindre mesure, l'ANR, doivent développer un certain niveau **d'activité stratégique interne** afin de gérer la multidisciplinarité qui fait partie intégrante de leur mission. La situation est bien différente lorsque les agences (du Ministère de la Santé par exemple) ont une mission verticale bien définie. Il en résulte que les interfaces entre le MAE, et le

²¹ Sachant que la souplesse administrative dont elle bénéficie à ce jour intervient positivement dans la performance et le professionnalisme de ses actions.

MRT, et l'AFD et l'ANR respectivement devront inévitablement être aménagées pour l'élaboration des stratégies. Cet exercice essentiel ne saurait être du domaine exclusif des deux seuls ministères, même s'ils en sont les pilotes, les agences ne pouvant être réduites à un simple rôle d'exécutants. Au demeurant, il suppose des compétences suffisantes chez les ministères pilotes ce qui, dans le domaine de la recherche et de la santé peut nécessiter un renforcement sélectif.

- b) Pour le MAE, cet aménagement est d'autant plus critique que la redistribution des rôles avec l'AFD a créé un véritable traumatisme. De surcroît, le Yalta qui a attribué recherche et enseignement supérieur au MAE suppose la gestion d'une interface avec l'AFD qui n'est pas encore stabilisée. Enfin, l'AFD elle-même n'est pas une agence de moyens conventionnelle, et dispose d'une marge de manœuvre limitée en matière de subventions. Des domaines comme celui de la santé se prêtent assez difficilement à d'autres mécanismes, et l'AFD cherche des dispositifs créatifs pour satisfaire à ces besoins.
- c) Pour le MRT, la situation est différente : les services du ministère sont aujourd'hui peu compétents pour développer une vision et des actions stratégiques - alors même que, par nécessité, des compétences se mettent en place au sein de l'ANR. La réforme annoncée du ministère devrait corriger cette situation.
- d) Il est notoire que les deux Ministères des Affaires étrangères et de la Recherche ont de la difficulté à communiquer, au niveau des administrations notamment, ce que la réforme du Ministère de la Recherche pourra sans doute améliorer. Un premier comité de pilotage réunissant les Cabinets des deux ministères et celui du Ministère délégué à la coopération, au développement et à la francophonie, ainsi que plusieurs de leurs services s'est tenu en janvier 2006.
- e) Les tutelles des organismes de recherche qui dépendent du MAE et du MRT sont exercées de façon insuffisante, voire incohérente ou inexistante. Ceci résulte de la conjugaison de plusieurs insuffisances dont certaines ont été notées ci-dessus. En conséquence, les opérateurs sont souvent en position d'électrons libres, et leur coordination est affaire de bonne volonté et de circonstances plutôt que le fait d'une organisation de coordination institutionnelle efficace et responsable.
- f) Il importe de souligner que, sans même évoquer une quelconque coordination, le dialogue avec d'autres acteurs nationaux, ou à forte connotation nationale, tels que les groupes industriels et les ONGs, est insuffisamment développé.
- g) En matière de relations internationales, l'ensemble de ces insuffisances affaiblit la position de la France dans ses différents domaines d'action, y compris celui de la diplomatie sanitaire, qui a pris aujourd'hui une place considérable. Ainsi, la France pèse trop peu sur l'usage qui est fait des fonds européens en appui aux pays ACP (FED), alors qu'elle en est un contributeur majeur. Elle manque aussi d'influence au sein de l'OMS où se déroulent des débats importants pour nos acteurs nationaux, publics et privés, académiques et industriels, par exemple sur des questions liées à la facilitation des enregistrements de médicaments à destination des pays du Sud, et au statut des médicaments orphelins ou encore aux normes de développement clinique et pharmaceutique.

L'agrégation de ces observations conduit à une vision assez critique de la situation d'ensemble. D'une part, les facteurs de blocage sont réels et nombreux. De l'autre, les possibilités d'évolution existent, mais ne sont pas de nature à provoquer spontanément un changement rapide, alors même qu'une forte tension est exercée, et le sera plus encore

dans les années à venir, sur les budgets de la plupart des acteurs.

On comprend pourquoi la création d'une Agence nous apparaît à ce stade prématurée, sinon illusoire - un peu comme l'acte médical qui consisterait à poser une attelle sur une articulation dont les fractures n'ont pas été réduites. La condition préalable à toute évolution efficace et sereine est une reprise du dialogue entre les acteurs autour de la définition d'une stratégie commune, et la reconnaissance, autour de cette stratégie, d'une autorité, quelle qu'en soit la nature, qui fasse que l'on arrête de jouer les uns sans les autres, ou pire, les uns contre les autres. Le besoin d'un arbitre capable de siffler la fin de la récréation nous a plusieurs fois été présenté comme un impératif premier et la restauration de certaines lignes de commandement paraît effectivement très souhaitable.

Nous estimons pour des raisons qui apparaissent plus bas, que ce dialogue devrait concerner les questions de santé au sens large et pas seulement les maladies infectieuses, même si ces dernières occupent aujourd'hui une place prépondérante.

Bien entendu, cet espace de dialogue pourra aussi servir de lieu d'élaboration et de suivi des décisions découlant de la stratégie définie en commun, et pourra induire des changements institutionnels adéquats.

Préconisation 23 : Organiser en toute première priorité un espace de dialogue permettant à l'ensemble des acteurs de définir une stratégie commune dans le domaine de la santé.

3. La définition d'un espace de discussion et de coordination stratégique

Nous proposons de calquer cet espace sur un modèle récent de gouvernance qui a donné les preuves de son efficacité, celui de la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI).

GAVI est un partenariat public-privé mondial qui réunit autour de la même table : l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, la Fondation Gates, et un certain nombre de représentants tournants de plusieurs Etats, de firmes industrielles, d'ONGs et d'institutions académiques. Initialement, la Fondation Gates a fourni, pour 5 ans, 750 MUSD, charge aux autres membres de réunir une somme équivalente. GAVI finance différents Etats, pays en développement particulièrement, mais aussi des pays émergents comme la Chine, mais de façon conditionnelle. L'aide financière pour l'achat des vaccins est soumise à l'approbation d'un plan qui démontre non seulement que les fonds seront utilisés de façon utile et efficace, mais que les actions entreprises seront durables. Les financements octroyés par GAVI sont donc à la fois conditionnels et en partie « catalytiques » : ils créent les conditions d'une évolution.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'opérer une simple réduction de GAVI à l'échelle nationale, mais de s'en inspirer en utilisant plusieurs principes qui se sont avérés efficaces, et en corrigeant quelques modalités critiquables (telle que la faiblesse de la représentation de la société civile).

- a) Le premier est **d'asseoir tous les acteurs autour d'une même table**. Ces acteurs sont nombreux, mais les pratiques bien rodées des réunions internationales permettent de tenir des réunions de travail productives.

Techniquement, ceci implique :

- que les acteurs soient représentés **au plus haut niveau, ou à un niveau très élevé** (N°1 ou N°2 dans les organisations),
- que certains mandats soient tournants (tous les 2 ans par exemple),
- que la présence d'un deuxième cercle comprenant traditionnellement les « sherpas » mais aussi des représentants d'organisations non assises à la table principale permette d'élargir les contacts.

- b) Le second est de réunir les acteurs publics et privés avec des financements provenant des uns et des autres, **pour créer un véritable partenariat public-privé**, conformément aux recommandations du rapport Morange. Ce dernier bénéficie des compétences de tous, et notamment des compétences des entreprises pour la mesure de l'efficacité des actions. Des grands acteurs privés ont déjà fait la preuve de leur capacité à se mobiliser dans la « Global Business Coalition ». On notera que le financement commun peut ne représenter qu'une fraction, et même assez faible, de l'investissement de certains acteurs, qui gardent par ailleurs leur marge de manœuvre (par exemple l'OMS et l'UNICEF par rapport à GAVI).

4. La création d'une Alliance : l'Alliance Française pour la Santé Mondiale

Nous fondant sur ces principes, nous proposons de créer une Alliance qui réunirait les principaux acteurs français impliqués dans les questions de santé dans les pays en développement et dans les pays émergents. L'importance du dispositif justifie qu'il couvre effectivement tout le domaine de la santé et pas seulement les maladies infectieuses.

Cette Alliance pourrait disposer de 100 MEuros de fonds émanant du public (par exemple 50 MEuros issus par moitié de l'AFD et de l'ANR) et du privé (50 MEuros fournis par les grands groupes industriels français impliqués dans ce secteur. Il n'est pas interdit de penser qu'en raison de son importance stratégique, une fraction des financements innovants mis en place sous l'impulsion de la France, tels que la taxe sur les billets d'avion, pourrait transiter par le Consortium, ce qui accroîtrait son efficacité et sa visibilité.

Son Conseil d'Administration, composé d'une vingtaine de membres, pourrait à titre d'hypothèse, être constitué de la façon suivante :

- a. Cinq ministères (Affaires étrangères, Coopération, Finances, Recherche, Santé) seraient représentés par leurs ministres ou par des Directeurs d'administration centrale en veillant à la présence, dans l'un des deux cercles, de membres des Directions et services au plus haut niveau.
- b. L'AFD et l'ANR auraient chacune un siège.
- c. Trois sièges tournants seraient dévolus aux institutions de recherche - les autres participant au deuxième cercle.
- d. Un siège tournant serait attribué à une ONG.
- e. Un siège tournant serait attribué à une Fondation caritative.
- f. Cinq sièges seraient occupés par des représentants des entreprises.
- g. Trois sièges pourraient être dévolus à des personnalités représentant la société civile dont un pourrait être occupé par une personnalité ayant une stature européenne ou internationale.

La présidence de ce Conseil reviendrait à Matignon ou, plus probablement au Ministère des Affaires étrangères puisque c'est à ce dernier qu'est imparti le rôle d'ensemblier. Quant au fonctionnement de l'Alliance, il reposerait sur un secrétariat général de quelques personnes. L'Alliance elle-même pourrait avoir le statut juridique de Fondation ou de GIP.

Loin de gérer directement les programmes et les projets, dont ceux (particulièrement la surveillance des maladies infectieuses) dont nous avons recommandé qu'ils reçoivent une priorité très élevée, **l'Alliance en suivrait l'exécution et le bon déroulement**. Chaque programme ou projet aurait donc son organisation propre, cohérente avec les principes préconisés plus haut, notamment la participation des pays du Sud. Celle-ci peut être assurée de plusieurs manières, y compris par leur représentation au sein des instances scientifiques et des dispositifs de gestion spécifiques de chaque programme au projet.

Le consortium devrait être créé pour une durée limitée (quatre ans) et être possiblement, mais pas nécessairement renouvelable. Articulé avec le CICID, qui prendrait les décisions finales lorsque celles-ci sont du ressort de l'Etat il aurait pour missions premières d'établir, par le dialogue, une stratégie commune de santé, incluant la R&D, et de mettre en place les actions prioritaires ainsi que des indicateurs de suivi technique et financier de la stratégie, ainsi que les modalités de mesure de ces indicateurs. **Le point critique de notre proposition est que ces indicateurs de suivi devront concerner non seulement les actions de terrain, mais le comportement des acteurs eux-mêmes**. Ainsi la création de ce consortium national est-elle conçue avec l'intention délibérée de promouvoir les indispensables évolutions et les ajustements appropriés au sein même du dispositif national.

Le véritable succès du consortium ne serait donc pas de perdurer en l'état, mais de donner naissance à des dispositifs cohérents, efficaces et plus pérennes - d'où émergeront les notions de créer, ou non une agence nouvelle, et/ou de perpétuer le partenariat public-privé sous une forme qui pourra être adaptée ou redéfinie.

Ce consortium pourrait prendre le nom d'« **Alliance Française pour la Santé Mondiale** ». Nous recommandons de le créer dans les délais les plus brefs.

<p>Préconisation 24 : Créer au plus tôt l'Alliance Française pour la Santé Mondiale rassemblant les principaux acteurs publics et privés dans une structure opérationnelle efficace et souple. L'Alliance aura pour mission non seulement de définir une stratégie commune et d'en mettre en place les éléments prioritaires, mais de suivre l'action des différents acteurs afin de promouvoir la nécessaire évolution du dispositif.</p>

Résumé synthétique des recommandations principales

A. Rappel des préconisations

- **Préconisation 1** : Identifier les implantations redondantes et les réduire. Mutualiser les ressources locales autant qu'il est possible et réaliste.
- **Préconisation 2** : Créer à la demande des pays, un petit nombre d'implantations nouvelles en fondant les choix sur une triple dimension stratégique : utilité pour la santé locale, pour la santé internationale, importance pour la présence de la France et de l'Europe.
- **Préconisation 3** : Identifier les implantations les plus propices à servir de base à des actions plurinationales de voisinage, de façon à pouvoir développer ces dernières.
- **Préconisation 4** : Planifier et mettre en place une organisation régionale cohérente avec le maillage de nos ambassades et avec les dispositifs de l'Union européenne et d'autres organisations internationales.
- **Préconisation 5** : Encourager les acteurs de terrain à harmoniser leurs valeurs et leurs principes dans un document partagé. Faire converger les dispositifs touchant à l'éthique.
- **Préconisation 6** : Procéder à une analyse lucide du statut de chaque implantation, y compris du statut juridique. Analyser l'évolution possible vers un dispositif de gouvernance nationale aux relations contractualisées avec la France. Faire une étude particulière de la situation dans les COM.
- **Préconisation 7** : Accroître par redéploiement les ressources des acteurs de terrain pour les actions de terrain.
- **Préconisation 8** : Inclure l'action de terrain dans les missions de l'INSERM. Faire en sorte qu'il y consacre au moins 5% de ses ressources. Analyser l'opportunité d'inclure l'action de terrain dans les missions d'autres organismes (CNRS, INRA, CEA) et définir la fraction que l'organisme y consacrerait.
- **Préconisation 9** : Optimiser la coordination institutionnelle entre les organismes publics de recherche.
- **Préconisation 10** : Mettre en place de nouveaux dispositifs permettant à des chercheurs, des enseignants et des médecins d'origine et d'appartenance diverse d'aborder pour des durées limitées (2 à 4 ans) les actions de terrain de façon à décloisonner l'actuel système d'expatriation. Utiliser au maximum les réseaux des Académies, les techniques de jumelage et les micro-partenariats public-privé mis au service de l'action de terrain.
- **Préconisation 11** : Affirmer l'existence d'un domaine scientifique latent : celui de l'intervention de terrain pour l'amélioration de la Santé. Stimuler, par un effort international, la structuration de la communauté scientifique correspondante en commençant par la création d'une revue internationale de haut niveau.
- **Préconisation 12** : Faire l'inventaire systématique et lucide des dispositifs hexagonaux

qui soutiennent ou répondent aux actions de terrain afin de les renforcer et d'en accroître la robustesse.

- **Préconisation 13** : Impliquer l'AFD et l'ANR dans le financement, à un niveau significatif, des actions de terrain dans la perspective d'un rééquilibrage des actions de Santé dans l'APD à hauteur de 11% ou plus.
- **Préconisation 14** : Quelle que soit la formule retenue, établir un mécanisme de coordination efficace entre les bailleurs de fonds.
- **Préconisation 15** : Développer en priorité un programme ambitieux de surveillance des maladies infectieuses. En confier le pilotage aux Instituts Pasteur dans un cadre juridique approprié. Le dispositif devrait être élargi, notamment par l'inclusion du P4 de Lyon dans le Réseau International des Instituts Pasteur. Corrélativement renforcer la présence de la France dans GOARN et les moyens de l'InVS.
- **Préconisation 16** : Stimuler les recherches directement associées aux activités de surveillance, qui la soutiennent et s'en nourrissent.
- **Préconisation 17** : Développer une approche systématique et cohérente des politiques de recherche en santé publique et de leur mise en œuvre. En confier le pilotage à l'IRD.
- **Préconisation 18** : Faire de la recherche sur les vaccins une priorité hautement sélective concentrée sur quelques projets importants triés de façon réaliste et compétente avec l'aide d'hommes de l'art. Stimuler dans le secteur public la recherche sur les médicaments destinés aux maladies négligées sous pilotage des industriels et des ONGs impliqués.
- **Préconisation 19** : Confier à l'INSERM le mandat explicite de promouvoir, en dehors du domaine infectieux, les recherches médicales les plus essentielles, dans les pays en développement et dans les pays émergents.
- **Préconisation 20** : Commander une analyse détaillée des questions de formation, de préférence à un universitaire, qui sera mandaté pour réunir les différents acteurs impliqués ou impliquables.
- **Préconisation 21** : Construire une ligne dévolue à l'amélioration de la santé mondiale dans la loi de finance de 2007 conformément à la LOLF. Améliorer les programmes existants pour faire apparaître explicitement certaines des priorités de ce rapport, notamment la surveillance des maladies infectieuses.
- **Préconisation 22** : Surseoir, dans l'immédiat, à la création d'une nouvelle agence.
- **Préconisation 23** : Organiser en toute première priorité un espace de dialogue permettant à l'ensemble des acteurs de définir une stratégie commune dans le domaine de la santé.
- **Préconisation 24** : Créer au plus tôt l'Alliance Française pour la Santé Mondiale rassemblant les principaux acteurs publics et privés dans une structure opérationnelle efficace et souple. L'Alliance aura pour mission non seulement de définir une stratégie commune et d'en mettre en place les éléments prioritaires, mais de suivre l'action des différents acteurs afin de promouvoir la nécessaire évolution du dispositif.

Conclusion

Pour sévère que puisse paraître notre analyse, elle ne doit pas être considérée comme outrancière, pessimiste ou décourageante. Nous n'avons pas cédé au travers qui consiste à tout critiquer de façon systématique mais finalement superficielle. Toutefois, nous préférons la lucidité à l'aveuglement, et sommes convaincus qu'un diagnostic sans complaisance est la meilleure manière de fonder des améliorations durables.

Si les problèmes que nous avons identifiés sont sérieux, ils ne sont aucunement insolubles. Nous avons même d'excellentes raisons d'être optimistes. La France dispose de nombreux atouts. Elle ne les utilise pas de façon optimale, en raison, principalement, d'un manque d'adaptation à une réalité mondiale qui change rapidement. Les organisations vieillissent et s'usent. Il est normal de les réviser et de les réformer sans que ceci doive être perçu comme une remise en cause radicale ou une offense faite à un passé souvent brillant.

1. **Voyons rapidement quelles sont nos forces et nos faiblesses**, et où se trouvent les risques et les opportunités.

Nos forces résident d'abord dans notre philosophie humaniste qui nous dicte une approche respectueuse et généreuse des questions de développement dans le domaine de la santé notamment. Nous jouissons d'un capital considérable de confiance et d'estime. Notre histoire nous a conduits à avoir une présence géographique large : c'est une force si nous savons correctement l'utiliser. Nous disposons aussi de compétences reconnues dans le domaine de la recherche, dans le domaine médical et dans l'action de terrain. Nos faiblesses proviennent pour partie d'une dérive budgétaire et organisationnelle, qui dilue une partie des compétences et des bonnes volontés dans des actions trop peu financées, dispersées, et non encadrées par une stratégie lisible et réaliste. Une autre de nos faiblesses est l'hétérogénéité de la volonté politique, forte ici et là, mais absente ailleurs. Nos risques ? Ne pas souscrire à nos engagements, qu'ils soient moraux ou politiques ; une diminution sensible de notre présence en Afrique notamment, de notre influence et des valeurs dont nous sommes porteurs ; et concernant le domaine infectieux, une moindre protection de notre propre territoire. Les opportunités ? La capacité de reprendre pied à un moment où le problème infectieux est enfin compris par l'opinion publique et le monde politique, et de retrouver notre place légitime aux niveaux européen et mondial, tout en améliorant la qualité de notre action, notre utilité et notre efficacité dans, et au service des pays.

Et ceci, au prix d'un effort parfaitement réaliste. Pour éviter tout malentendu, soulignons qu'il n'y pas de lien obligatoire entre notre préconisation d'augmenter significativement la part de santé dans l'APD pour rattraper progressivement les 11% - ce qui requiert des redéploiements majeurs qui, s'ils ont lieu, ne pourront être que progressif - et la mise en œuvre immédiate de quelques priorités urgentes. **Nos trois recommandations principales : surveillance, politiques de santé, formation** peuvent être suivies d'effets par des redéploiements somme toute modestes, si la volonté politique s'en saisit - **et nous avons proposé comme modalité la création d'un partenariat public-privé afin d'en faciliter l'exécution.**

La grille d'analyse ci-dessus peut être déclinée de façon plus précise à différents niveaux. Pour la recherche et la surveillance, nos forces se trouvent principalement, pour ce qui concerne le terrain, dans l'ANRS, dans les Instituts Pasteur, dans des actions menées par l'IRD et le CIRAD, par quelques ONGs et, pour l'hexagone, dans l'InVS et

dans divers services ministériels. Nos faiblesses ? Manque de priorité accompagné des moyens d'agir, manque d'organisation et de coordination ; manque de personnes-ressources dans certaines disciplines ; déficit évident de volonté politique concernant les questions de recherche pour le développement. Les risques ? L'accroissement du saupoudrage et une perte accrue d'utilité, de crédibilité, d'efficacité, de lisibilité, et de présence à moyen terme. Les opportunités ? Des capacités de redéploiement significatives, une meilleure exploitation de la transdisciplinarité, la possibilité **d'utiliser nos atouts pour les concentrer sans délai sur quelques priorités majeures : la surveillance et la recherche qui la soutient ainsi que les politiques de santé et la formation de ressources humaines**. Dans tous ces domaines, et d'autres qui nécessitent une analyse technique plus poussée, notamment celui des médicaments et vaccins à destination du Sud, **notre contribution peut être forte**. Elle est attendue. Elle peut avoir un impact puissant sur le terrain, mais aussi un effet d'entraînement au niveau européen par exemple, où il n'existe pas de réelle volonté politique ni à l'échelle de la plupart des Etats membres, ni au niveau de la Commission européenne, de développer la capacité des recherches des équipes du Sud. Elle peut avoir un impact international fort - dont un signal est donné par les accords signés entre le gouvernement des Etats-Unis et plusieurs Instituts du Réseau International des Instituts Pasteur, signal qui constitue à la fois une reconnaissance, et l'indication que la voie préconisée par ce rapport est partagée par d'autres.

2. Certes, il nous faut faire **un effort de conception, et de définition de priorité, d'organisation et d'intégration de nos actions, entre nous et avec d'autres**. C'est pourquoi il est impossible de dissocier recherche et surveillance du contexte plus général de la santé.

La recherche doit en effet être conçue en fonction des questions fondamentales sur la base des débats internationaux, des priorités de la politique française de développement et doit être discutée avec les partenaires du Sud naturellement. La France doit être plus présente dans les instances internationales de concertation, dans la définition des stratégies de santé publique internationale, et continuer de pousser au sein des institutions européennes l'implication et le renforcement des capacités des PED, notamment des chercheurs africains, et l'investissement européen pour la recherche pour le développement.

Le réseau français de recherche pour le développement doit être analysé dans le contexte géopolitique des pays partenaires et son efficacité dépend de l'ensemble des dispositifs de santé publique nationaux et internationaux. Il convient donc de continuer de renforcer les systèmes de santé, de prendre en considération la question très brûlante des ressources humaines des pays en développement notamment en Afrique, à propos de laquelle le Conseil National du Sida en France²², et l'Union européenne ont réfléchi et pris position²³. La recherche en sciences sociales doit être plus percutante et plus novatrice dans ses sujets d'analyse notamment sur l'épidémie de Sida en Afrique, ses déterminants et sa prévention : depuis 20 ans nous connaissons les obstacles à la prévention de la transmission sexuelle du VIH, en particulier chez les jeunes filles et les femmes. Néanmoins, la surveillance épidémiologique continue de nous atterrir en révélant fin 2004 que 75% des jeunes entre 15 et 24 ans qui ont une infection à VIH sur le continent sont des filles²⁴. La question n'est plus de dire ou de démontrer ce que nous

²² Conseil National du Sida. *La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH*. Rapport de la Commission internationale du Conseil National du Sida. 14 juin 2005.

²³ Communication de la Commission européenne au Conseil. Stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement. 12 déc. 2005. Conseil de l'Union européenne. Relevé des conclusions relatives à la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement. 12 déc. 2005.

²⁴ ONUSIDA. Rapport annuel décembre 2004.

savons, **la question est de savoir comment on se sert de ces connaissances pour être plus efficace et lutter de manière plus pertinente contre l'infection à VIH en Afrique.** De manière générale, les programmes français de recherche doivent s'atteler à travailler davantage de concert avec les politiques de développement et les autorités et chercheurs des pays concernés.

La recherche française au Sud a la triple mission de produire des connaissances, de répondre à des problèmes du Sud et de contribuer à l'émergence de communautés scientifiques au Sud. Elle s'inscrit dans les enjeux planétaires actuels comme la pauvreté, l'environnement, le changement climatique, la globalisation, les flux migratoires. Son financement par les pays riches est légitime pour deux raisons : il répond en premier lieu à une nécessité d'équité et de solidarité et il répond au fait que cette recherche produit un bien public commun qui va bénéficier à tous. Puisque ni les microbes, ni les oiseaux migrateurs ne connaissent les frontières.

Les organismes français spécialisés dans cette recherche Nord-Sud sont une nécessité pour répondre à ces missions. Ils ne doivent pas rester isolés et les passerelles doivent exister avec tous les organismes de recherche et les universités français, européens ou internationaux. Cette recherche implique un double mouvement de chercheurs, du Nord au Sud et aussi du Sud au Nord par des dispositifs d'expatriation et d'accueil.

3. Il est important qu'il y ait **un mécanisme d'évaluation transparent qui porte sur la production de connaissance** (assez facilement mesuré par les publications), **mais aussi sur le partenariat, l'impact sur le développement, et la pertinence des priorités de recherche.** Ce n'est pas réellement fait aujourd'hui et les outils doivent être développés. On doit donc évaluer les équipes de recherche mais aussi les structures. Il est aussi nécessaire qu'il y ait une instance (politique et un secrétariat technique) pour définir et piloter une politique scientifique et géographique. Dans le domaine plus spécifique de la santé, la recherche pour le développement c'est répondre à des questions sur un certain nombre de maladies, sur leur prévention et leur traitement et c'est fournir des instruments pour les combattre. La recherche aura réussi, si ces connaissances et ces instruments ont été appropriés par les chercheurs du Sud. Il y a donc une partie formation, participation à la conception et aussi une pérennisation des équipes qui seront en position d'autonomie si elles ont à leur tête un leader et une masse suffisante de chercheurs, ce qui nécessite bien sûr un financement de projets, mais aussi des conditions de sécurisation des emplois. L'aide au développement peut y contribuer.
4. **La veille sanitaire participe à la production d'un bien commun** (ou bien public mondial) et les épidémies ne peuvent être prévenues et combattues que par une approche globale. La recherche joue ici un grand rôle et au Nord et au Sud. Ce n'est bien sûr qu'une partie de la recherche en santé. L'accès aux soins, la viabilité des systèmes de santé, l'accès aux médicaments vont déterminer la santé globale des populations. Il est essentiel de mettre l'accent sur le Sida, le paludisme, la tuberculose. Néanmoins, toutes les découvertes n'auront que peu d'effet si le système de distribution des soins reste en l'état avec des centres souvent désertés. L'amélioration de l'environnement avec l'accès à l'eau potable, la diminution de la pauvreté sont également déterminants et toutes les recherches portant sur le milieu agiront de façon positive sur la santé.

Le plus important, sans doute, est que notre rôle international est reconnu, que nous sommes considérés, en Europe notamment, comme des acteurs incontournables, et que, en bien des lieux, nous sommes attendus, voire espérés.

Ceci, au-delà du devoir de solidarité qui s'impose à nous en conformité avec nos valeurs, nous impose d'agir, de nous réformer afin d'optimiser notre action, et de la mettre en conformité avec notre tradition, notre volonté et les attentes que nous avons suscitées et suscitions toujours. Nous savons, en outre, que nous sommes porteurs d'une sorte de modèle qui peut utilement servir au niveau européen d'abord, au niveau des grandes organisations internationales ensuite. Nous avons un rôle à jouer dans ce qui relève aujourd'hui d'une véritable diplomatie sanitaire, et ce rôle n'a rien d'égoïste. Il vise tout simplement à améliorer l'état de la santé dans le monde.

Puisse ce rapport, si modestement soit-il, contribuer à cet objectif.

* * *

*

Annexe 1 - Liste des personnes rencontrées

Mission du Pr. Philippe Kourilsky, Professeur au Collège de France

PARIS

- **Cabinet du Président de la République**

- M. Laurent Vigier, Conseiller technique Cellule Diplomatique, G8 et dossiers multilatéraux

- **Haut Conseil de la Coopération Internationale (HCCI)
auprès du Premier Ministre**

- Mme le Dr Michèle Barzach, ancien Ministre de la Santé, Membre du HCCI

- **Conseil Economique et Social**

- Pr. Marc Gentilini, en mission pour la Section Relations Extérieures pour la préparation d'un rapport au Gouvernement sur la coopération sanitaire internationale.

- **Ministère des Affaires étrangères**

Ministère délégué à la Coopération au Développement et à la Francophonie

- Mme le Ministre Brigitte Girardin
- Dr Gustavo Gonzales-Canali, Conseiller auprès de la Ministre déléguée à la Coopération au Développement et à la Francophonie (Santé)
- M. Nicolas Paulissen, Conseiller technique auprès de la Ministre déléguée à la Coopération au Développement et à la Francophonie (Recherche)

Cabinet du Ministre des Affaires étrangères

- Dr François Chièze, Conseiller technique du Ministre pour la Santé

Secrétariat Général du Quai d'Orsay

- M. Jean-Pierre Lafon

M. L'Ambassadeur pour la lutte contre le sida et les maladies transmissibles

- Pr. Michel Kazatchkine

Mme l'Ambassadeur de France au Chili

- Mme Elisabeth Béton-Délègue, ex Directeur DCSUR/DGCID/MAE (consultée par email)

Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID)

- M. Philippe Etienne, Directeur
- M. Jérôme Pasquier, Directeur Adjoint

Direction des Politiques de Développement (DPD)

- M. Jean-Christophe Deberre, Directeur des Politiques de Développement
- M. Serge Tomasi, Directeur Adjoint des Politiques de Développement
- Dr Frédéric Goyet, Chef du Bureau Santé
- Dr Jean Dufriche, Adjoint du Bureau de la Santé
- Mme Sabrina Guérard, Chargée de mission auprès de Pr. Kazatchkine

Direction de la Coopération Scientifique Universitaire et de Recherche (DCSUR)

- M. Antoine Grassin, Directeur de la Coopération Scientifique et Universitaire
- M. Christian Thimonier, sous-directeur de la Coopération Scientifique et de la Recherche
- M. Patrick Quidel, adjoint sous-directeur de la Coopération Scientifique et de la recherche
- Mme France Agid, Chargée de mission
- Dr Bernard Montaville, sous-direction de la Coopération Universitaire et de la Formation Professionnelle
- M. Jean Galabru, Chargé de mission

- **Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie**

Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique

Service des Affaires Financières et du Développement

- M. Ambroise Fayolle, Chef de service
- Mme Sophie de Castelnau, Adjointe Chef de Bureau

Direction Générale de la Modernisation de l'Etat

- Mme Karin Ciavaldini, Chargée de mission, Département des Audits et de la Modernisation, Service de la Modernisation de la Gestion Publique
- M. Romain Dubois, Chargé de mission, Département des Audits et de la Modernisation, Service de la Modernisation de la Gestion Publique

Direction du Budget

- Mme Aurélia Lecourtier, Chargée de mission

- **Agence Française de Développement (AFD)**

- M. Jean-Michel Séverino, Directeur Général
- Mme Anne Paugam, Directrice du Département Humain
- Mme Marie-Odile Waty, Chef de la Division Santé du Département du Développement Humain

- **Ministère de la Santé et des Solidarités**

Cabinet du Ministre de la santé et des solidarités

- M. Gérard Bréart, Conseiller technique

Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

- Mme Agnès Leclerc, Déléguée aux Affaires Européennes et Internationales
- Mme Brigitte Arthur, Chargée de la Coopération Internationale Bilatérale et Multilatérale

GIP ESTHER

- Dr Bernard Kouchner, ancien ministre, Président du Conseil d'Administration

Institut National de Veille Sanitaire (InVS)

- Dr Gilles Brückner, Directeur Général
- Dr Christophe Paquet, Responsable du Département International et Tropical

- **Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche**

Cabinet du Ministère délégué à la Recherche

- M. Roger Genet, Conseiller pour les Sciences du Vivant, la Santé et la Bioéthique

Direction de la Recherche

- M. Dominique Aunis, Conseiller Scientifique Directeur Adjoint

Direction des Relations Internationales et de la Coopération

- M. Denis Desprésaux, conseiller auprès du directeur pour la recherche

- **Ministère de la Défense**

Service de Santé des Armées

- M. le Général Maurice Vergos, Médecin
- M. le Général Yves Buisson, Directeur de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées à Marseille

- **Les Institutions**

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

- M. Jean-François Delfraissy, Directeur Général
- M. Jean-Paul Lévy, ex-Directeur Général et fondateur de l'ANRS

Agence Nationale de la Recherche (ANR)

- M. Gilles Bloch, Directeur Général

Institut Pasteur

- M. François Ailleret, Président du Conseil d'Administration
- Mme Alice Dautry, Directrice Générale
- Mme Michèle Boccoz, Directrice des Affaires Internationales
- Mme Françoise Barré-Sinoussi, Directrice d'Unité de Recherche à l'Institut Pasteur de Paris

Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement (CIRAD)

- M. Patrice Debré, Président du Conseil d'Administration
- M. Gilles Saint-Martin, Directeur des Relations Européennes et Internationales

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

- M. Jean-François Girard, Président du Conseil d'Administration
- M. Serge Calabre, Directeur Général
- M. Roland Waast, Directeur d'Unité de Recherche
- M. Marc-Eric Gruesnais, Directeur de Recherche IRD à Marseille

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

- M. Christian Bréchet, Directeur Général (consulté par téléphone)
- Mme Chirol, Directrice du département des Relations Internationales
- Mme Capron, Présidente du Conseil d'Administration
- M. Claude Griscelli, ex-Directeur de l'INSERM

Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)

- M. Jean-Luc Clément, Directeur des Relations Internationales

Institut National de la Recherche Agronomique (INRA)

- Mme Marion Guillou, Présidente Directrice Générale
- M. Bernard Charley, Directeur scientifique au département animal et produits animaux

Commissariat à l'Energie Atomique

- M. André Syrota, Directeur des Sciences du vivant (consulté par téléphone)

Institut du Développement Durable et des Relations Internationales (IDDRI)

- Mme Laurence Tubiana, Directrice

Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de développement (ISPED)

- Pr. Roger Salamon, Directeur Adjoint

Organisation mondiale de la santé animale

- M. Bernard Vallat, Directeur Général

Institut National du Cancer (INCA)

- M. Gérard Salem, Professeur à l'Université de Nanterre et Directeur du département Géo-

Epidémiologie et Sciences Sociales de l'INCA

Institut Fédératif de Médecine Tropicale

- Pr. Eric Pichard, Secrétaire Général

Académie des Sciences

- M. François Gros, Membre de l'Académie des Sciences
- M. André Capron, Membre de l'Académie des Sciences, responsable des relations internationales
- M. Guy Blaudin De Thé, ex-Directeur d'Unité de l'Institut Pasteur, Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

Agence Universitaire de la Francophonie

- M Lellou, Administrateur de programmes

- **Les ONGs**

Agence de Médecine Préventive (AMP)

- M. Philippe Stockel, Président

AIDES

- M. Emmanuel Trénado, Directeur des Affaires Internationales

AGIR ici

- M. Nicolas Guihard, Chargé de campagnes des ONGs sur la santé

ASPROCOP Association des Professionnels de santé en Coopération

- Dr Jean-François Schemann, membre du Conseil d'Administration d'ASPROCOP, médecin inspecteur de santé publique détaché à l'IRD comme chargé de recherche, en poste au Sénégal

Médecins sans Frontières (MSF)

- Dr Rony Brauman, ancien président de MSF

Epicentre

- M. Philippe Guérin, Directeur Scientifique

Coordination Sud

- M. Régis Mabilais, Chargé de mission sur les questions d'APD

Sidaction

- Dr Paola De Carli, Directrice des programmes scientifiques
- M. Eric Fleutelot, Directeur des Programmes internationaux

DNDi

- M. Yves Champey, DNDi, Président du Conseil d'Administration

- **Les Universitaires**

- Pr. William Dab, ex-Directeur Général de la Santé, CNAM
- M. Yannick Jaffré, Chercheur à la Société Histoire Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC)-EHESS de Marseille
- Mme Alice Desclaux, Professeur en Anthropologie à l'Université Aix-Marseille
- Pr. Eric Raoult, Rapporteur sur la mission « Bioterrorisme »
- Pr. Olivier Blin et J. Hibert, Responsable en Pharmacologie, CHU Marseille et Sanofi-Aventis
- Dr François Bricaire, Directeur du département des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.
- Pr. Didier Fassin, EHESS, Directeur du Centre de recherche sur la santé, le Social et le Politique (CRESP) Université de Paris 13

- **Les industriels**

- M. Jean-Jacques Bertrand, ex-Président du LEEM
- M. Robert Sebbag, Directeur Mission Solidarité sur l'accès aux médicaments Sanofi-Aventis
- M. Jean-François Dehecq, Président Directeur Général Sanofi-Aventis
- M. Bertrand Collomb, Président du Conseil d'Administration de Lafarge SA
- M. Thierry Desmarest, Président Directeur Général de Total contacté par téléphone
- M. Michel Pébereau, Président Directeur Général de BNP Paribas
- M. Henri Proglio, Président Directeur Général de Véolia-Environnement

- **Député**

- Dr. Pierre Morange, Député

- **Cabinet de Conseil**

- M. Bruno César, Président Directeur Général de César Consulting

- **Journal Le Monde**

- M. Paul Benkimoun, Journaliste

LONDRES

Department for International Development (DFID)

Central Research Department

- M. Paul Spray, Directeur Département R&D de DFID (échanges emails)
- Mme Tracey Tasker, Team leader, Social, Political and Environmental Change

Eschborn (Allemagne)

GTZ Coopération bilatérale allemande

- Dr Stierle Friedeger, GTZ, contacté par email

BRUXELLES ET LUXEMBOURG

Commission européenne

DG Recherche

- M. Quintana, DG Recherche
- M. Arnd Hoever, chef d'unité Poverty Related Diseases, DG Recherche
- Mme Anna Lonroth, et Philippe Barruel (stagiaire), programme maladies émergentes DG Recherche

DG Relations Extérieures

- M. Christopher Knauth, DG Relex, en charge de la grippe aviaire

DG Développement

- Dr Neil Squires, chargé de mission Unité Développement Humain DG Développement
- Dr Lieve Franssen, chef d'unité sollicitée, non disponible

DG Santé Communautaire

- Dr Michel Pletschette, ancien Administrateur Principal DG RTD, Coordinateur Recherche Santé PED, actuellement Chef d'Unité, Agence Exécutive de Santé Publique à Luxembourg

Office Europaid, AIDCO

- M. Berfod, chef d'unité Développement Humain AIDCO
- Dr Patrick Berckmans, unité Développement Humain AIDCO
- Dr Philippe Collard, Unité Développement Humain AIDCO
- Mme Marianna Lipponen chargée de mission (Appels à projets sur lignes budgétaires de la Commission)

GENEVE

Représentation permanente de la France auprès des organisations des Nations Unies

- M. Jean-Maurice Ripert, Ambassadeur de France auprès des Nations Unies
- Mme Jeanne Tor de Tarlé, premier secrétaire à la Mission permanente de la France auprès des Nations-Unies

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Research policy and cooperation Evidence and information for policy

- Dr Tikki Pang, Director

Department of Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)

- Dr Lorenzo Savioli, Director Communicable diseases cluster
- Dr Jean Jannin, coordinator innovative and intensified disease management
- Dr Dirk Engels, coordinator preventive chemotherapy and transmission control
- Dr Jorge Alvar, medical officer, Leishmaniasis
- Dr Gastellu Etchegorry

Département Tropical Diseases Research (TDR)

- Mme Sue Block Tyrell, manager, external relations and governing bodies
- Dr Janis K. Lazdins, coordinator product development and evaluation, Chagas disease research coordinator, Special programme for research and training in tropical diseases

Département alerte épidémique et pandémique et réponse (GOARN)

- Dr Mike Ryan, Directeur
- Dr Christian Mathiot, Bureau OMS de Lyon
- Dr Dominique Legros, évaluation de l'alerte et intervention sur le terrain
- Dr Isabelle Nuttall, administrateur
- Dr Cathy Roth, coordinateur du programme agents pathogènes émergents et dangereux (EDP)
- Dr Pierre Formenty, EDP
- Dr William Perea, coordinateur, préparation et intervention en cas d'épidémie
- Dr Keiji Fukuda, coordonnateur du programme mondial contre la Grippe
- M. Jim Zimmerly, Centre d'Opération (SHOC) d'alerte et de veille sanitaire

Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme

- Pr. Michel Kazatchkine, représentant de la France au Conseil d'Administration du Fonds Mondial
- M. Serge Tomasi, adjoint représentant la France au CA du Fonds Mondial
- M. Michel Lavollay, relations extérieures, Secrétariat du FMSTP

SENEGAL

- Dr Philippe Mauclère, Directeur Institut Pasteur du Sénégal
- M. Bernard Taverne, Anthropologue à l'IRD et au Centre de Recherche Clinique de Dakar
- Dr Christian Lienhardt, Chercheur Médecin Epidémiologiste à l'IRD
- M. Abdou-Issa Dieng, Conseiller auprès du Ministre de la Santé du Sénégal
- Dr Ibrahim Ndoye, Coordinateur Sud ANRS et CNLS
- M. Christian Colin, Représentant IRD au Sénégal
- Pr. Eric Delaporte, Coordinateur Nord ANRS
- M. Michel Guerrero, Agence Universitaire de la Francophonie
- Dr Bruno Floury, MAE, conseiller du Ministre de la Santé du Sénégal
- Dr Vanina Cilote, Assistante technique du MAE détachée à l'ANRS
- Pr. Souleymane Mboup, Directeur du Laboratoire de Recherche de Virologie et Bactériologie de l'Hôpital Le Dantec de Dakar

GAMBIE

- M. Toumani Corrah, Directeur du Medical Research Council (MRC)
- Mme Alisson Offong, Assistante de Direction du MRC

BRESIL

- M. Wilson Savino, Institut Fiocruz

CHINE

- M. Vincent Deubel, Directeur Général de l'Institut Pasteur de Shanghai - Académie des Sciences de Chine.