



Le 16 décembre 2022

Le Premier président

à

Madame Élisabeth Borne
Première ministre

Réf. : S2022-2114

Objet : L'aide publique au développement dans le domaine de la santé et la présence de la France dans les organisations internationales en santé

En application des dispositions de l'article L.111-3 du code des juridictions financières, la Cour a examiné la contribution de la France à l'aide publique au développement dans le domaine de la santé.

À l'issue de son contrôle, la Cour m'a demandé, en application des dispositions de l'article R.143-11 du même code, d'appeler votre attention sur les observations et recommandations suivantes.

La France peut s'appuyer sur une communauté scientifique en santé mondiale et un corps diplomatique l'un et l'autre de grande qualité, reconnus au sein des institutions sanitaires internationales. Pour autant, ces acteurs travaillent encore trop souvent en silos. Il existe trop peu d'interactions entre les mondes de la diplomatie, de la science et des entreprises du secteur de la santé. Cette situation s'explique en partie par une faible prise en compte de la dimension interministérielle de cette politique.

La France a fait le choix, il y a plus de 20 ans, d'orienter massivement ses contributions financières vers des fonds multilatéraux tel que le fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose (FMSTP), plutôt que vers les organisations du système des Nations unies comme l'organisation mondiale de la santé (OMS). Au vu des résultats constatés dans l'un et l'autre cas, il semble désormais que cette stratégie doive être réexaminée.

Enfin, la France doit mieux valoriser ses atouts en structurant et en développant une politique de ressources humaines en santé mondiale plus ambitieuse et plus rigoureuse.

1. DES ACTEURS NOMBREUX, SOUVENT CLOISONNÉS ET UNE DIMENSION INTERMINISTÉRIELLE INSUFFISANTE

1.1. Une organisation et un fonctionnement des acteurs en santé mondiale cloisonnés

En France, les acteurs intervenant en faveur de la santé mondiale sont nombreux : outre les administrations publiques, les agences de développement à caractère opérationnel¹, les organisations non gouvernementales (ONG) et autres organisations de la société civile, les instituts pour la recherche médicale, le monde académique et scientifique, l'industrie pharmaceutique. Trois ministères se partagent la représentation de la France au sein des organisations internationales (OI) en santé : ceux chargés de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), de la santé et de la prévention (MSP) et de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire (MASA).

Cette multiplicité n'est pas tempérée par de solides mécanismes de coordination, ce qui nuit à l'élaboration et à la promotion de positions communes. Au sein du MEAE il existe un « groupe en santé mondiale élargi » dont la composition est interministérielle, mais il n'apparaît pas comme le lieu de débats d'orientation et l'ambassadrice qui l'anime n'a pas de capacité d'arbitrage ou de prise de décision.

Il est regrettable que le ministère de l'agriculture, qui représente pourtant la France auprès de l'Organisation mondiale pour la santé animale (OIE)², acteur important en santé mondiale, ne soit pas membre du groupe. Les enjeux conjoints aux santés humaine et animale ne cessent pourtant de s'affirmer. A contrario, le ministère de l'agriculture anime de son côté un groupe élargi « une seule santé », qui regroupe une cinquantaine de participants, notamment issus des ministères de la santé et de la transition écologique, à l'exclusion du MEAE.

Autre exemple d'un défaut de coordination, le comité de pilotage hebdomadaire sur la COVID-19 (« action internationale COVID-19 »), qu'anime le pôle santé de la représentation permanente de la France à Genève, auquel participent plusieurs conseillers de la cellule diplomatique de l'Élysée, n'associe pas le secteur privé ni les ONG. Une réunion également hebdomadaire « santé mondiale », plus restreinte et pilotée par le MEAE, regroupe quant à elle le ministère chargé de la santé et les trois représentations permanentes de la France à Bruxelles, Genève et New York.

Une restructuration des groupes de travail en santé mondiale s'impose. Elle devrait s'accompagner d'un rapprochement méthodique entre tous les acteurs français, qu'ils soient diplomates, chercheurs ou médecins afin de créer une « osmose » entre elles, à l'image des pratiques en vigueur au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Allemagne. Des échanges plus nourris avec les industries pharmaceutiques seraient également bénéfiques.

1.2. Un portage ministériel et interministériel de la politique d'aide publique au développement (APD) santé à renforcer

Alors que la politique de la France en santé mondiale est élaborée au plus haut niveau de l'État, avec un fort engagement, son portage est faible et dispersé au niveau ministériel, et quasi inexistant au niveau interministériel. Il s'agit pourtant d'un sujet éminemment transversal, pour lequel, dans d'autres pays européens, un ministère « chef de file » est clairement identifié³.

¹ L'Agence française de développement et Expertise France, qui ont fusionné au 1er janvier 2022, ainsi que l'Institut de recherche et de développement.

² Organisation mondiale pour la santé animale, anciennement Organisation internationale de lutte contre les épizooties, dont le siège est en France depuis 1924.

³ Le ministère de la santé en Allemagne, le Foreign and Commonwealth Office au Royaume-Uni.

Significativement, l'approche interministérielle « une seule santé », prenant en compte la lutte contre les zoonoses⁴, est encore balbutiante et, alors que la santé de la population mondiale est affectée par le changement climatique, le ministère de la transition écologique (MTE) devrait être associé aux réunions sur la santé mondiale qu'organise le MEAE.

En tout état de cause, les arbitrages sur les sujets les plus importants en santé mondiale sont rendus au niveau de la cellule diplomatique de l'Élysée, voire du Président lui-même. Entre la Présidence de la République et l'administration chargée de mettre en œuvre ces orientations, il apparaît souhaitable d'envisager la création de deux instances interministérielles, dont les activités seraient complémentaires.

Un « Haut Conseil scientifique pour la santé mondiale », sous la double tutelle du MEAE et du MSP, réunirait des experts de haut niveau de toutes origines (scientifiques, universitaires, experts du numérique, anthropologues, et, le cas échéant, des représentants des ONG et de l'industrie) et formulerait des recommandations fondées sur une expertise partagée.

Un « Conseil interministériel pour la santé mondiale », placé auprès du MEAE et du MSP, réunirait des cadres de haut niveau (directeurs) des ministères concernés, des opérateurs, de la société civile, du secteur privé et de la recherche. Son secrétariat pourrait être assuré par le MEAE. Il s'appuierait sur les recommandations du Haut Conseil scientifique pour décliner les orientations présidentielles d'une manière opérationnelle. Il pourrait être présidé par une personnalité reconnue pour ses compétences à la fois diplomatiques (ambassadeur) et en santé publique (médecin ou épidémiologiste).

La création de telles instances apparaît d'autant plus nécessaire qu'il existe un risque que l'intérêt pour la santé mondiale diminue lorsque la pandémie de COVID-19 sera circonscrite, alors même que d'autres vagues pandémiques sont susceptibles de survenir dans les prochaines années.

Dans ce cadre pourrait se développer une réflexion interministérielle de haut niveau permettant de clarifier les responsabilités des différentes administrations et d'optimiser la réalisation des objectifs français, dans le cadre de la politique « une seule santé ».

2. UNE RÉFLEXION À CONDUIRE SUR UN RÉÉQUILIBRAGE FINANCIER DES CONTRIBUTIONS FRANÇAISES ET SUR LEUR BON EMPLOI

2.1. La prépondérance de l'aide multilatérale en faveur de l'APD santé doit être questionnée

L'APD en santé a représenté 5,8 Mds€ sur la période 2014-2019, soit un peu plus de 8 % de l'APD totale de la France. Alors qu'elle constitue l'une des cinq priorités affichées, ses moyens ont pourtant baissé de 2,7 % tandis que l'enveloppe globale d'APD progressait de 37,5 %.

La singularité de l'APD dans le domaine de la santé est forte puisque 80 % des financements français ont transité par des fonds multilatéraux⁵ et 20 % seulement via l'aide bilatérale. Cette spécificité correspond à une volonté exprimée par les présidents de la République successifs qui ont privilégié une contribution à des fonds multilatéraux associant financements d'origine publique et privée en vue d'obtenir un effet de levier plus significatif, notamment au sein du FMSTP ou du GAVI.

⁴ [Les zoonoses, ces maladies transmissibles entre l'homme et l'animal | Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire](#)

⁵ Principalement les trois grands fonds dits « verticaux » dont le renforcement est au cœur de la stratégie française : le fonds mondial de lutte contre le VIH-SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), l'Alliance pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) et la facilité d'achat de médicaments UNITAID.

Les contrôles de la Cour des comptes ont montré que, dans ce cadre multilatéral spécifique, la France s'efforce de faire valoir ses priorités, grâce notamment à la montée en puissance de « l'Initiative », un mécanisme vertueux qui permet de « flécher » certains financements et de soutenir plus directement les pays prioritaires pour la France. Toutefois, ce dispositif reste circonscrit et l'orientation des fonds multilatéraux peu ciblée sur les priorités sectorielles ou géographiques de notre pays. De surcroît, des interrogations existent sur les modalités opérationnelles d'une bonne gestion des fonds, les représentants de la France dans ces instances, le FMSTP comme le mécanisme COVAX notamment, devraient œuvrer en faveur d'une plus grande transparence.

A contrario, des aides bilatérales permettent d'agir directement sur des problématiques spécifiques, en assurant de surcroît une plus grande visibilité de la France auprès des populations bénéficiaires. En dépit d'une volonté affichée de la revaloriser, cette dernière ne constitue pourtant que 4 % de l'APD bilatérale globale entre 2014 et 2019 et son montant a même diminué, de sorte que l'enveloppe effectivement consacrée aux pays prioritaires pour la politique française d'APD a été divisée par deux sur la période.

Plus de 20 ans après le choix politique fait par la France en faveur d'une aide multilatérale en santé, il apparaît nécessaire qu'une réflexion soit engagée pour envisager, d'une part, un rééquilibrage des financements au profit de l'APD bilatérale, et d'autre part, un fléchage plus important des financements multilatéraux, notamment en faveur de l'OMS.

2.2. Un renforcement nécessaire du contrôle de l'efficacité et de l'effectivité de l'APD santé

La France ne s'est pas encore dotée des instruments qui lui permettraient de s'assurer que ses financements atteignent tous leurs objectifs, notamment s'agissant des fonds multilatéraux dont la transparence et le contrôle apparaissent relativement faibles. Les comparaisons avec le Royaume-Uni⁶ sur ce point sont à notre désavantage.

Les évaluations conduites au sein des fonds multilatéraux sont limitées ou, lorsqu'elles existent, peu utilisées⁷. La France doit, à l'instar des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Allemagne ou de certaines fondations privées américaines, assurer un suivi plus rigoureux de l'utilisation des fonds investis dans la santé mondiale.

Enfin, si la doctrine française consiste à ne pas flécher ses contributions volontaires en général et aux organisations internationales en santé⁸ en particulier, tous les autres grands bailleurs flèchent certaines de leurs contributions volontaires, et il est indéniable que cela leur permet de renforcer leur influence.

La France, qui a déjà fléché certaines de ses contributions à l'OMS (COVID-19, CSU⁹), aurait tout intérêt à renforcer cette pratique.

⁶ Le Royaume-Uni a signé un accord avec le FMSTP qui lui donne accès à des informations de gestion de ses financements, en fonction d'indicateurs et d'objectifs fixés par le pays, dont l'atteinte conditionne le rythme des décaissements.

⁷ Ainsi les rapports du service d'évaluation et de l'inspecteur général du FMSTP ne font pas l'objet d'analyses systématiques par la DGM ou l'ambassadrice en santé mondiale, ni d'une diffusion auprès des ambassades et conseillers régionaux en santé mondiale, avec une identification des points de vigilance.

⁸ La « stratégie de la France pour l'aide multilatérale » précise que « la France privilégie, en règle générale, les contributions aux ressources générales des institutions, par opposition aux contributions fléchées ou pré-affectées qui constituent une dérogation aux règles de fonctionnement collégial des institutions multilatérales. La France reconnaît toutefois la nécessité de modalités de financement adaptées au type d'activités financées, le fléchage des contributions pouvant être nécessaire à la bonne allocation de l'aide ».

⁹ Couverture santé universelle.

3. UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FRANÇAISES EN SANTÉ MONDIALE A DÉVELOPPER

3.1. Une formation française en santé mondiale à consolider

Les personnels diplomatiques et les contractuels qui travaillent en administration centrale ou dans les organisations internationales en santé n'ont pas tous bénéficié d'une formation spécifique en santé mondiale, même si certains ont suivi un cursus ou un master dans des domaines connexes (santé publique, biologie, relations internationales...). Ils se forment souvent seuls lors de leur premier poste, ce qui peut prendre plusieurs mois, en fonction de leur cursus initial.

La France, contrairement aux pays les plus influents dans ce domaine (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Allemagne, Suisse), ne dispose pas d'institut en santé mondiale. Il serait souhaitable d'encourager une rationalisation et un rapprochement des différents cycles universitaires existants afin de permettre la formation de cadres d'origines diverses, aux enjeux sanitaires, diplomatiques et économiques de ce domaine.

3.2. Des recrutements dans les institutions sanitaires internationales et carrières à organiser

La politique de placement de personnels de haut niveau à des postes de responsabilités dans les organisations internationales spécialisées en santé doit être renforcée, dans la durée, pour favoriser des candidatures de haut niveau, chez les diplomates comme chez les scientifiques. Une attention particulière doit être portée aux carrières dans les organisations internationales spécialisées en santé, la santé mondiale étant devenue un enjeu majeur, en termes de bien public mondial, mais aussi sur le plan économique (ce secteur représente aujourd'hui 10 % du PIB mondial), géopolitique et sécuritaire.

La Cour formule donc les recommandations suivantes :

Recommandation n° 1 : créer sous la double égide du MEAE et du MSP deux instances interministérielles : un « Haut conseil scientifique pour la santé mondiale » qui formulera des recommandations au profit d'un « conseil interministériel en santé mondiale », qui déclinera les orientations stratégiques, animera une réflexion pour optimiser la politique d'influence en santé mondiale et coordonnera l'ensemble des acteurs, notamment scientifiques. Le MEAE pourrait en assurer le secrétariat ;

Recommandation n° 2 : engager une réflexion sur un rééquilibrage financier entre aides multilatérale et bilatérale de l'APD en santé ;

Recommandation n° 3 : renforcer le suivi financier de l'utilisation de la contribution française au sein des trois fonds verticaux en santé (FMSTP, Unitaïd, GAVI), avec des personnels spécialisés ;

Recommandation n° 4 : identifier et consolider l'offre de formation française en santé mondiale ;

Recommandation n° 5 : renforcer le « vivier » interministériel en santé mondiale avec des candidats de haut niveau en mesure d'être recrutés par les organisations internationales en santé sur des postes à responsabilité et des postes de scientifiques de haut niveau.

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-4 du code des juridictions financières, la réponse, sous votre signature, que vous aurez donnée à la présente communication¹⁰.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès sa réception par la Cour (article L. 143-4) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- l'article L. 143-9 prévoit que, en tant que destinataire du présent référé, vous fournissiez à la Cour un compte rendu des suites données à ses observations, en vue de leur présentation dans son rapport public annuel. Ce compte rendu doit être adressé à la Cour selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre elle et votre administration.

Signé le Premier président

Pierre Moscovici

¹⁰ La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse, sous forme dématérialisée, via *Correspondance JF* (<https://correspondancejf.ccomptes.fr/linshare/>) à l'adresse électronique suivante : greffepresidence@ccomptes.fr (cf. arrêté du 8 septembre 2015 modifié portant application du décret n° 2015-146 du 10 février 2015 relatif à la dématérialisation des échanges avec les juridictions financières).