



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2013-2014**

Le suivi de l'action publique française
de coopération et de développement
en santé

Juliette DAESCHLER

01/09/2014

Remerciements

Je tiens à remercier,

Monsieur Emmanuel Lebrun-Damiens, ancien Sous-directeur de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain, pour m'avoir accueillie au sein de sa Sous-direction,

Madame Marianne Barkan-Cowdy, chef du pôle santé, responsable de stage, pour sa confiance,

Madame Mathilde de Calan, rédactrice santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile, pour sa confiance, sa générosité et sa disponibilité,

Toute l'équipe du pôle santé du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international pour son accueil et sa bienveillance à mon égard,

L'équipe pédagogique du master PPASP, en particulier Monsieur François Xavier Schweyer et Monsieur Philippe Leroy, responsables du master, pour leur encadrement et leurs conseils,

Mes camarades et amis du master, avec lesquels ce fut un plaisir d'étudier.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Présentation de l'institution, des fonctions et des quelques missions	11
1.1 Du MAEDI au pôle santé.....	11
1.2 La fonction et le travail d'un rédacteur du MAEDI	15
1.3 La promotion de la couverture sanitaire universelle.....	19
1.4 Le suivi des engagements français dans la lutte contre le paludisme	25
2 Le suivi des engagements français en matière de santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile	31
2.1 Les enjeux et le contexte de la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile.....	31
2.2 Les engagements français en la matière via l'initiative Muskoka.....	34
2.3 Compte-rendu de la mission	37
2.4 Analyse de la mission.....	46
3 Analyse réflexive du stage.....	55
3.1 Analyse du processus décisionnel	55
3.2 Analyse du rôle du rédacteur	59
3.3 Compétences acquises et apports du stage	68
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	75
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGNU : Assemblée générale des Nations Unies
AMS : Assemblée mondiale de la santé
AFD: Agence Française de développement
APD : Aide publique au développement
BPM : Biens publics mondiaux
CSU : Couverture sanitaire universelle
DBM : Direction des biens publics mondiaux
DGM : Direction générale de la mondialisation et des partenariats
FFM : Fonds Français Muskoka
FNUAP : Fonds des Nations unies pour les populations
FSP : Fonds social de solidarité
ICM : Fédération internationale des sages-femmes (*international confederation of midwives*)
ODD : Objectifs de développement durable
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONU Femmes : Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
MAEDI: Ministère des Affaires étrangères et du Développement international
MAP : Modernisation de l'action publique
MEDEF : Mouvement des entreprises de France
PPP : Partenariat public privé
RBM: *Roll Back Malaria* – Faire reculer le paludisme
RSE : Responsabilité sociale (ou sociétale) des entreprises
RSS : Renforcement des systèmes de santé
SAH : Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain
SEE : Santé en entreprise
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

L'état de santé des populations dans le monde est un facteur majeur d'inégalités entre les pays développés et les pays en développement. Depuis la première Conférence sanitaire internationale en 1851, les politiques étrangères interviennent sur les états de santé des populations. Depuis, cette intervention n'a cessé et, en 2008, les Etats ont adopté une Résolution de l'Assemblée générale des Nations unies qui s'inspire du concept de « global health » (santé globale ou de santé mondiale) et qui défend le principe d'une couverture sanitaire universelle. L'intervention sur les états de santé des populations par les politiques étrangères s'inscrit plus largement dans les politiques et actions d'aide au développement et de solidarité internationale.

La politique de coopération au développement est définie comme l'ensemble des actions de l'Etat contribuant à l'aide publique au développement (APD), telle que définie par le Comité à l'aide au développement de l'OCDE (CAD)¹, en excluant les actions sans coût budgétaire direct ou n'impliquant pas des programmes politico-administratifs² spécifiques. On retrouve ce secteur de l'action publique dans la plupart des pays développés et à l'échelle internationale. Lui est dédié une communauté professionnelle spécifique disposant de forums d'échanges et d'instruments pour la mise en œuvre des actions dans les pays récipiendaires.

Le développement de l'APD débute après la Seconde Guerre mondiale. C'est d'abord un vecteur d'intérêts politiques et stratégiques étroitement lié à la reconstruction de l'après-guerre, à la guerre froide et à la décolonisation. Cet environnement est propice au développement de politiques internationales

¹ Le CAD de l'OCDE est un organe de concertation sur l'aide publique au développement. Il définit l'aide publique au développement comme les « subventions et les prêts aux pays et territoires figurant sur la partie I de la liste du CAS des bénéficiaires d'aide (pays en développement) qui : (a) sont sous la responsabilité du secteur public ; (b) ont pour objectif principal la promotion du développement économique et du bien-être des populations ; (c) sont accordés dans des conditions financières concessionnelles (pour les prêts, une part de subvention d'au moins 25%). La coopération technique est incluse dans l'aide en complément des flux financiers. Les prêts de toutes natures et les dons ayant un but militaire sont exclus ». (www.oecd.org/DAC)

² Ce sont l'ensemble des actes, de nature législative ou réglementaire, nécessaires à la mise en œuvre d'une politique publique (Knoepfel et al., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2001, p.130-1)

mobilisant des ressources financières, notamment dans le cadre de nouvelles institutions multilatérales. Se met en place une politique bilatérale américaine qui s'articule autour des intérêts économiques (accès aux matières premières et développement de marchés à l'exportation) et politico-stratégiques (hégémonie des États-Unis et endiguement du communisme). Parallèlement se développe progressivement la politique d'aide bilatérale du Royaume-Uni et de la France, confrontés à l'indépendance de leurs anciennes colonies. D'autres pays bailleurs développent des mécanismes d'aide dans les années 1960. Le besoin de coordination apparaît alors et conduit à la création du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Au tournant des années 1970, l'aide s'oriente vers la réduction de la pauvreté. Elle devient une obligation morale du "Nord" envers le "Sud". Dans les années 1980 et dans un contexte marqué par les politiques de Reagan et Thatcher, l'APD est réorientée vers la restauration des grands équilibres macroéconomiques (stabilité des prix, santé des finances publiques, équilibre externe), l'ouverture aux échanges et à la déréglementation. Ensuite, la fin de la guerre froide libère l'aide de sa dimension politico-stratégique originelle. Les désillusions liées à la crise de la dette et aux échecs persistants de développement dans certaines régions du monde très aidées - notamment en Afrique -, ainsi que les travaux critiques de la Banque Mondiale sur l'efficacité de l'aide alimentent à une nouvelle "fatigue" et conduisent à une baisse substantielle de l'effort global d'APD. C'est en réaction à ce nouveau discrédit de l'APD qu'en 2000, le sommet du Millénaire redéfinit le but de l'aide comme la réduction de la pauvreté avec la définition des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), huit grands objectifs précis et ambitieux, créant ainsi un nouvel élan de mobilisation de la communauté internationale et une hausse de l'APD. La réduction de la pauvreté visée par les OMD s'accompagne d'une préoccupation grandissante pour la préservation des biens publics mondiaux (BPM). Le fait de classer la santé comme faisant partie des biens publics mondiaux est parfois débattu. Il n'en reste pas moins que trois des huit OMD sont directement consacrés à la santé des populations.

L'appui à la santé via l'aide internationale a donc bénéficié de l'effet mécanique de la hausse des ressources de l'aide en général et d'une augmentation significative de sa part relative dans l'APD global. En effet, la priorité donnée à la lutte contre la

pauvreté dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et la prise en compte croissante des risques « globaux », dont les maladies transmissibles (le sida ayant été reconnu comme un enjeu de sécurité mondiale par le Conseil de sécurité des Nations unies en 2000) a favorisé l'augmentation de l'aide visant le secteur de la santé. Par ailleurs, la santé a été retenue comme un secteur test de l'amélioration de l'efficacité de l'aide et a bénéficié d'une stratégie d'expérimentation de financements innovants. L'aide à la santé est devenue un enjeu de mondialisation, exprimé par le terme de « santé mondiale » ou *global health*. En sus des financements publics, les grandes fondations privées philanthropiques américaines (notamment la Fondation Bill et Melinda Gates qui représente 68 % de l'aide privée au secteur) participent également à l'augmentation des financements dans le secteur de la santé. L'aide en santé est passée de 5,6 milliards de dollars en 1999, à 27 milliards de dollars en 2008. Une hausse d'environ 10 % par an a été constatée entre 2002 et 2008 et de 4% entre 2009 et 2011 (IHME, 2011).

La montée en puissance de l'aide en santé ne s'explique pas seulement par le nouvel élan donné aux politiques de développement par les OMD et a plusieurs motivations traduites par le concept de « diplomatie sanitaire ».

L'expression de diplomatie sanitaire sous-tend l'idée que la santé est devenue, dans les relations internationales, un instrument et un paramètre de pouvoir, d'influence, de paix, de sécurité et de commerce. La diplomatie sanitaire peut être une véritable politique étrangère de diffusion de positions géopolitiques et idéologiques pour des Etats désireux de voir leur voix et leur importance politique grandir à l'échelle mondiale. Les questions de santé sont au cœur de nombreux enjeux mondiaux tels que les catastrophes naturelles, la sécurité alimentaire, le changement climatique, les conflits et les mouvements migratoires. A la lumière des crises sanitaires récentes (SRAS, H1N1), les Etats ont bien conscience des enjeux sécuritaires et de l'impact de la santé pour l'économie mondiale. Il est intéressant d'effectuer un rapide retour sur la façon dont la santé s'est internationalisée puis mondialisée au cours du XXème siècle. Cette mondialisation de la santé justifie la mise en place d'une diplomatie sanitaire pour un pays comme la France et donc la raison d'être des services du MAEDI que j'ai intégré lors de mon stage de fin d'études. La santé est devenue progressivement un sujet

politique international au cours du XXème siècle, avec d'abord la création de conférences sanitaires internationales, d'offices spécialisés en santé, et de l'OMS en 1948. Plus tard, durant les années 1980, de nombreuses chartes et déclarations promotrices d'une volonté de rendre les soins essentiels « universellement accessibles à tous les individus », transcendant tous les domaines d'action publique (Kerouedan, 2013). La Déclaration d'Alma Ata est un symbole de cette évolution, proposant une rupture avec l'idée d'une santé réservée aux élites et promouvant une approche participative basé sur les soins de santé primaires. Ces recommandations et déclarations étant peu opérationnelles peu réalistes, une alternative se développe, basée sur le contrôle des maladies endémiques. L'importance est reconnue de se concentrer sur un petit nombre de problèmes graves touchant un grand nombre de personnes et pour lesquels des interventions efficaces peuvent être mises en œuvre à moindre coût (Walsh et Warren K, 1979). C'est de ce constat qu'apparaît le focus sur la santé des femmes, des mères et des enfants. Dans les années 1990, les défis sanitaires s'amplifient et s'uniformisent, en lien avec la mondialisation. Les enjeux dépassent le cadre humanitaire et deviennent sécuritaires et politiques. Les Etats-Unis impulsent cette nouvelle dynamique, cherchant à protéger leur territoire, et imposent leur leadership rapidement dans la structuration de stratégies sanitaires internationales (grâce à l'intervention d'acteurs variés : agences de coopération, fondations et nouveaux partenariats public-privé comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Koplan définit cette dynamique de *global health* comme étant « *an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide* » (Koplan et alii, 2009).

Devant ces évolutions des enjeux, l'apparition de nouveaux acteurs (tels les partenariats public-privé ou fonds verticaux), agir sur la santé mondiale au travers d'une diplomatie sanitaire active est plus que jamais essentiel pour un pays reconnu pour son rôle dans les relations internationales et diplomatiques comme la France. En 2006, le rapport Gentilini au Conseil économique et social retrace l'évolution de l'action extérieure française en santé. Revenons sur les différentes étapes de cette coopération pour mieux comprendre la place actuelle de la France et les missions du pôle santé du MAEDI.

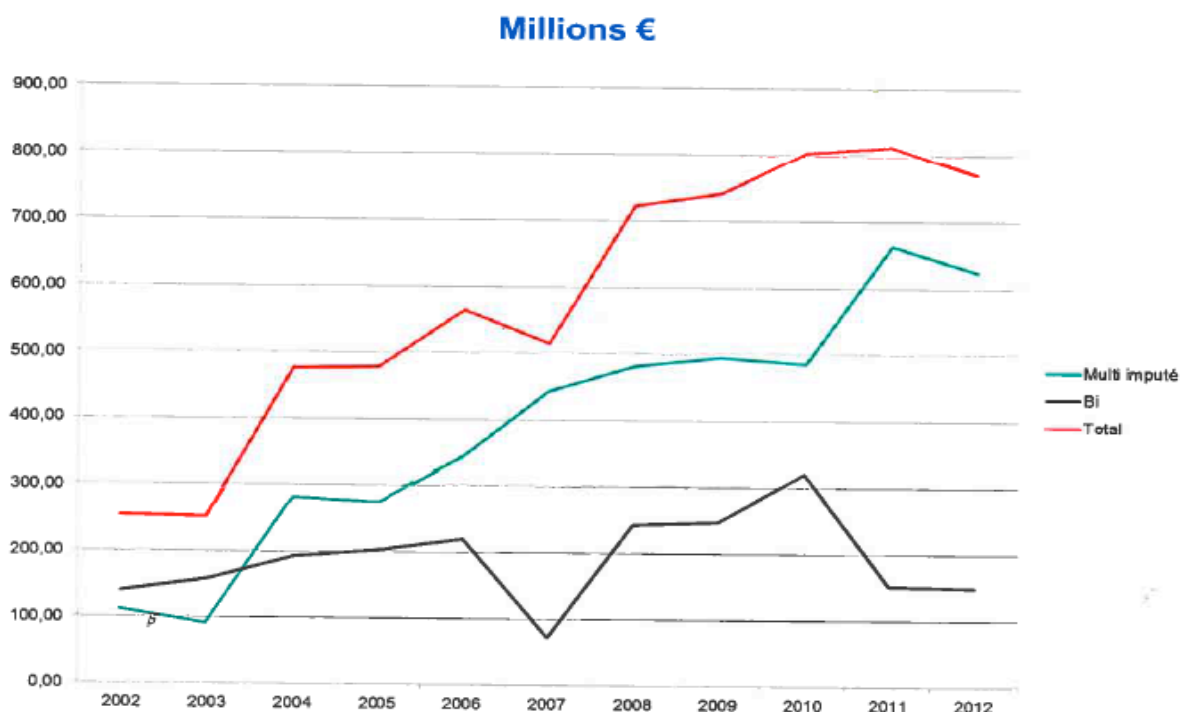
L'origine de la coopération sanitaire française se trouve durant la période coloniale, période durant laquelle la présence française a permis des progrès considérables dans le domaine sanitaire (lutte contre les grandes pandémies comme le paludisme, la peste, la fièvre jaune, mise en place d'un réseau sanitaire structuré, formation de personnel médical local). Dans les années 1960, la France a poursuivi son assistance sanitaire. Premier bailleur d'aide publique au développement (APD) en Afrique subsaharienne, la France agit alors principalement de manière bilatérale et se concentre sur les hôpitaux, l'assistance technique, la lutte contre les grandes pandémies et la formation des médecins francophones dans les centres et les facultés créées sous la colonisation ou depuis l'indépendance. A partir des années 1980 cette coopération perd sa position de leader et ce pour plusieurs raisons : émergence de nouvelles maladies comme le sida, les problèmes de pauvreté, croissance démographique, instabilité politique et désintérêt des gouvernements locaux pour la santé des populations. De 1980 à 2000, la coopération sanitaire française évolue et semble perdre ses spécificités par rapport aux autres pays développés. La coopération hospitalière n'obtient pas les résultats attendus, la qualité des soins ne s'améliore pas dans les pays récipiendaires, des nouveaux acteurs apparaissant (Banque mondiale, Commission européenne) et la France perd sa place de premier contributeur. Deux grands changements s'observent dans les années 2000. Le premier au niveau international est l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui fixent un nouveau cadre d'action pour l'aide au développement. Comme nous l'avons évoqué précédemment, trois de ces OMD sont consacrés à la santé (OMD 4 : réduire la mortalité infantile, OMD 5 : améliorer la santé maternelle, OMD 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies). Le second, au niveau national, est l'adoption d'une « stratégie dans le secteur de la santé » en 2003 et la réforme de la politique de coopération entre 1998 et 2004. Le dispositif français de coopération au développement était, jusqu'en 1998, marqué par la coexistence de plusieurs acteurs ministériels intervenant en parallèle. Lors de la réforme de la coopération en 1998, les services du ministère de la Coopération ont disparu formellement, conséquence de la « rationalisation » du dispositif (Sadoulet, 2007) et ont été fusionnés avec leurs homologues du ministère des Affaires étrangères (actuellement ministère des Affaires étrangères et du Développement international, MAEDI). Suite à la

réforme, l'Agence française de développement (AFD), jusque là acteur de second plan, a pris une place centrale dans la mise en œuvre de la politique de coopération au développement. Elle gère l'ensemble de l'aide bilatérale française. Sept secteurs d'intervention de l'aide publique au développement sont définis en fonction des OMD. Concernant la santé, les priorités actuelles sont : la lutte contre le sida et les maladies transmissibles, la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies négligées et la promotion de la couverture sanitaire universelle. La stratégie française de coopération internationale en santé met également l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et le financement de la santé.

Une autre évolution marquante de l'époque, de type qualitatif, est le passage d'une grande partie de l'APD française du canal bilatéral au canal multilatéral. Ce graphique ci-dessous illustre la hausse générale de l'APD française en matière de santé ainsi que l'évolution qualitative de cette aide.

Figure n°1

Evolution de l'aide en santé française et de la répartition bi-multi entre 2002 et 2012



Source : MAEDI

La répartition des tâches entre les deux acteurs majeurs de l'aide française en santé est telle : l'AFD met en œuvre l'aide bilatérale et le MAEDI (plus spécifiquement le pôle santé de la Direction générale de la mondialisation, des partenariats et du développement) pilote l'ensemble des contributions en santé et suit les fonds et organisations que la France finance.

Ainsi, lorsque j'ai eu l'opportunité de faire mon stage de fin d'études au pôle santé du MAEDI je l'ai saisie sans hésiter. En effet j'avais le désir de réaliser un stage durant lequel je pourrais travailler sur des questions de santé publique avec une dimension internationale. Non pas que travailler sur ou pour le système de santé français ne m'intéresse pas, mais j'avais envie de croiser les enjeux de santé avec ceux du développement et des relations internationales évoqués plus haut. Le stage au pôle santé pour lequel ma candidature avait été sélectionnée était donc l'occasion idéale. Je reviendrai sur tout ce que j'ai pu apprendre et sur ce que ces six mois m'auront apporté dans la troisième partie de ce rapport.

J'ai pu travailler sur plusieurs sujets –ou missions- durant mon stage au pôle santé de la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain. C'est ce qui pour moi, a fait toute la richesse de cette expérience, en me permettant de suivre plusieurs des thématiques suivies par l'équipe et d'apprendre à gérer plusieurs dossiers à la fois comme c'est très souvent le cas en situation professionnelle. Les missions et tâches ont été nombreuses et variées. J'en relève trois principales dont deux seront abordées lors en première partie du rapport, après une brève description de l'organisation du MAEDI : la promotion d'un objectif « couverture sanitaire universelle » unique en santé pour l'agenda du développement après 2015 et le suivi des engagements français dans la lutte contre le paludisme. La troisième (le suivi des engagements français en matière de santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile) sera l'objet de la deuxième partie de ce rapport. Il est important d'évoquer, même brièvement, plusieurs de mes missions, afin de refléter la diversité des tâches auxquelles j'ai pu participer.

Après une présentation générale du ministère des Affaires étrangères et du Développement international et de deux des missions auxquelles j'ai participé (I),

Juliette DAESCHLER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

l'accent sera mis sur le suivi des questions de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) que j'ai pu effectué (II). Enfin, lors de l'analyse réflexive, je reviendrai sur ce que j'ai pu observé et faire durant mon stage ainsi que sur l'ensemble des acquis tirés de cette première expérience professionnelle (III).

1 Présentation de l'institution, des fonctions et des quelques missions

Cette première partie est destinée à poser les bases nécessaires à la compréhension des tâches qui m'ont été données à réaliser durant mon stage au ministère des Affaires étrangères et du Développement international. La complexité et la multiplicité des missions remplies par l'Administration de MAEDI, ainsi que la multitude d'agents contribuant à la réalisation de ces missions sont des éléments à prendre en compte pour appréhender quelles sont les tâches et missions du pôle santé, de ses rédacteurs et de moi-même, stagiaire, ou rédacteur-stagiaire. Après une description de l'organisation du ministère (1.1), nous détaillerons les tâches quasi quotidiennes d'un rédacteur du MAEDI, et en particulier du pôle santé (1.2). Enfin, deux de mes missions, ou deux des sujets sur lesquels j'ai pu intervenir, seront mis en avant brièvement (1.3).

1.1 Du MAEDI au pôle santé

A) Organisation générale

Organe administratif, le Ministère des Affaires Etrangères et du Développement International (MAEDI) se distingue du reste de l'administration par ses compétences et missions et par son organisation interne, qui lui est spécifique.

Le Ministère des Affaires Etrangères est l'administration chargée de représenter la France, son image et ses intérêts à l'étranger, dont il possède par ailleurs les attributs pour l'action extérieure.

a) Les postes

Ce terme désigne le réseau diplomatique français qui comprend 163 ambassades, 97 consulats, 16 représentations permanentes et 4 délégations. Ils reçoivent leurs instructions de l'administration centrale (instructions générales et lettre du Ministre à chaque ambassadeur avant son départ, échanges par télégrammes diplomatiques chiffrés ensuite). En retour, les Postes rendent régulièrement compte de leurs activités et des événements qui ont lieu dans leurs pays assignés.

L'organisation interne des Postes est, comme l'administration centrale très hiérarchisée. Elle se fait de la façon suivante : un ambassadeur (ou consul général), qui représente la France dans sa localité ou son pays de rattachement, les conseillers (politiques en chancellerie, mais aussi économiques, scientifiques et culturels), eux-mêmes assistés par des attachés dans chaque domaine. Il y a enfin des « agents ressources » (RH/Accueil/Informatique/Secrétariat), qui sont les petites mains qui gèrent l'organisation et les déplacements au quotidien.

La polyvalence et la mobilité sont, du fait de l'existence et de l'étendue du « Réseau » des Postes, l'une des caractéristiques centrales de la carrière diplomatique. Les agents partent ainsi en Poste (à leur demande) en moyenne tous les trois à quatre ans, ce qui est à l'origine d'un taux de mobilité annuelle de 33%, le plus élevé de l'Administration française.

b) Le Département

L'implantation historique du Ministère est, depuis 1856, au 37 Quai d'Orsay. Aujourd'hui ce site abrite l'Hôtel du ministre, le Cabinet du ministre, les directions politiques et géographiques, le Centre de Crise et la Direction de la Communication et de la Presse, les autres directions se trouvant au 27, rue de la Convention. À Nantes, enfin, ont été déconcentrés la comptabilité, le service des visas et le Centre de Services des Ressources Humaines.

À l'instar des autres ministères, le Ministère des Affaires Étrangères est une administration fortement hiérarchisée, tant au niveau politique qu'administratif :

- **Au niveau politique**, le ministre des Affaires Étrangères et du Développement International, M. Laurent Fabius est titulaire de l'ensemble des compétences du MAEDI. Trois Secrétaires d'Etat, placés sous sa tutelle, se partagent des compétences bien spécifiques : Affaires Européennes pour M. Désir, Développement et Francophonie pour Mme Girardin et Commerce Extérieur, Promotion du Tourisme et Français de l'Etranger pour Mme Pellerin.
- **Au sommet de l'appareil administratif** se situe ensuite le Secrétaire Général, M. Sellal, qui a autorité sur l'ensemble des directions et les

services particuliers³. Il préside le Conseil de Direction qui examine, de manière régulière, les grands sujets de l'actualité internationale et les questions portant sur l'organisation du Ministère, puis en présente au Ministre les conclusions, qui comportent toujours des propositions précises.

- Puis viennent les **trois directions générales « opérationnelles »** : la Direction Générale des Affaires Politiques et de Sécurité (DGAPS), la Direction de l'Union Européenne (DUE), et la Direction Générale de la Mondialisation, du Développement et des Partenariats (DGM, à laquelle le pôle santé appartient)
- Enfin se trouvent les **directions de soutien** : la Direction Générale de l'Administration et de la modernisation, et les Direction des français à l'étranger, des affaires juridiques, de la communication et de la presse, et enfin des archives.

B) La Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats

Cette direction définit et met en œuvre, en liaison avec les administrations concernées, l'action de la France dans les domaines économiques et sociétaux à l'égard des organisations internationales et des organisations intergouvernementales à vocation mondiale. Elle participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la coopération internationale dans le secteur de la gouvernance.

Elle suit les questions économiques et financières internationales. Elle contribue, pour le compte du ministère des Affaires étrangères et du Développement international, à la définition des politiques relatives aux biens publics mondiaux. Elle participe à la politique d'attractivité du territoire français et contribue aux politiques de soutien des entreprises françaises à l'étranger ainsi qu'au développement de la coopération universitaire et scientifique, et notamment de la promotion de la venue des étudiants et des chercheurs étrangers en France. Elle

³.Qui sont : l'Inspection Générale des Affaires Étrangères, le Centre d'Analyse de Prévision et de Stratégie, le Centre de Crise, et le service du Protocole.

développe l'action culturelle et artistique extérieure, ainsi que l'enseignement du français à l'étranger. Elle concourt à la définition et à la mise en œuvre des actions de coopération conduites par le Gouvernement en matière de francophonie. Elle mobilise les réseaux de l'État à l'étranger sur les enjeux globaux.

Elle assume la responsabilité des programmes budgétaires relatifs à la coopération internationale et au développement arrêtés dans les lois de finances et relevant du ministère des affaires étrangères. Elle assure, pour le compte de ce ministère, le secrétariat conjoint du comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID). Elle exerce, pour le compte du ministre, la tutelle sur les opérateurs de la coopération internationale française et élabore les politiques et stratégies des opérateurs de l'aide publique au développement.

Elle assure le suivi de l'action internationale des organisations non gouvernementales. Elle soutient l'action des collectivités territoriales dans le cadre de la coopération décentralisée.

La DGM se compose de quatre Directions et de deux Délégations : la Délégation pour l'action extérieure des collectivités territoriales (DAECT), la Délégation pour les relations avec la société civile et les partenariats (CIV), la Direction des entreprises et de l'économie internationale (DEEI), la Direction de la coopération culturelle, universitaire et de la recherche (DCUR), la Direction des programmes et du réseau (DPR) et la **Direction du développement et des biens publics mondiaux (DBM)**.

Cette dernière direction (DBM) comporte quatre sous-directions : la Sous-direction des politiques du développement, la Sous-direction de la gouvernance démocratique, la Sous-direction de l'environnement et du climat et la **Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (SAH)**.

Trois pôles composent cette Sous-direction (SAH) : le pôle développement humain, le pôle sécurité alimentaire et le pôle santé, pôle que j'ai intégré durant mon stage. Peu avant mon départ du ministère, la décision de scinder le pôle santé en deux a été prise, du fait de la création de plusieurs postes destinés à améliorer le suivi du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. A la rentrée

2014, 12 agents (contre 8 auparavant) suivront les engagements de la France pour la santé. Il a été considéré que deux pôles à effectifs plus réduits seraient plus fonctionnels qu'un seul.

1.2 La fonction et le travail d'un rédacteur du MAEDI

Le nom de « rédacteur » est une appellation interne au ministère. Ce sont soit des agents titulaires (diplomates et fonctionnaires), soit des agents contractuels recrutés pour des compétences spécialisées. Ils composent un pôle (comme le pôle santé) ou une mission au sein d'une sous-direction (comme la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain) et sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle de l'action publique. Un rédacteur est en générale chargé du suivi d'un dossier pays (relations bilatérales entre la France et certains pays ou suivi d'une zone géographique) ou d'une thématique (santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile par exemple). Dans les annuaires et répertoires, ils sont définis comme des conseillers politiques ou des conseillers de coopération. Les rédacteurs s'identifient quasiment systématiquement par leur statut (diplomate s'ils sont titulaires, chargé de mission ou conseiller s'ils sont contractuels). Il n'y a pas de distinction ou de hiérarchie entre diplomate, autre fonctionnaire et contractuel.

En tant que rédacteur-stagiaire, la réalisation de notes pour la hiérarchie constitue la majorité des tâches qui m'ait été donné à réaliser durant mon stage. Comme m'ont dit à mon arrivée plusieurs de mes collègues rédacteurs, « *c'est la raison première pour laquelle nous sommes payés* ». C'est un travail long et fastidieux au départ, qui nécessite à la fois des capacités de rédaction, de synthèse, mais également de rigueur et de vigilance.

La rédaction, cœur de l'action des administrations centrales, est une tâche bien spécifique. Après un panorama général (A) et une description de la méthodologie que j'ai apprise à cette fin (B), nous verrons la particularité de certaines rédactions.

A) Panorama général

Les notes sont les éléments informatifs que fait remonter l'administration pour ses supérieurs hiérarchiques - administratifs ou politiques. Archivées, elles doivent rester internes au service et ne pas être divulguées à l'extérieur. Elles sont donc confidentielles.

Il existe *de facto* une typologie des notes selon leur fonction et leurs destinataires. Au niveau de leur fonction, on distingue ainsi les notes d'entretien (destinées à la préparation de la rencontre de l'un de mes supérieurs hiérarchiques avec un agent extérieur au Département), les notes d'information (destinées à informer la hiérarchie sur l'état d'avancement d'un projet ou d'un programme) et enfin les notes invitant à une prise de décision. Au niveau de leur destinataire, on distingue bien sûr les notes à l'attention d'un directeur ou d'un directeur général des notes au Ministre ou aux Secrétaires d'Etat ou encore au Premier Ministre ou au Président de la République.

En fonction de ces différentes caractéristiques et de l'urgence le contenu d'une note varie : ainsi, une note Ministre est souvent très courte et très synthétique (1 page, recto voire recto-verso), et où les titres et éléments de langage sont souvent les seuls lus, quand une note à un sous-directeur peut faire jusqu'à 6 ou 7 pages. Le travail de rédacteur ne s'arrête toutefois pas à la simple réalisation de sa note: dès que cette phase s'achève commence une autre - parfois tout aussi tortueuse - : la signature. Il convient dès lors d'en dresser les différentes phases.

B) La méthodologie de la note, ou les différentes étapes du rédacteur

a) La rédaction

Une note, une fois le sujet et un bref en-tête installé, se décompose en deux phases :

- D'une part une **phase de contexte** retraçant les différentes actions ou résumant le dernier rapport en matière d'aide au développement en santé. C'est une phase de fonds au sein de laquelle il faut être synthétique, clair, concis. Le lecteur doit ainsi pouvoir rapidement prendre connaissance du sujet, et éventuellement en remarquer les difficultés actuelles.

- D'autre part, une **partie opérationnelle** : elle est souvent composée d'éléments de langage, c'est-à-dire de points (qui n'excèdent pas trois lignes chacun) suggérant à votre lecteur les points à évoquer ou à trancher. Le lecteur, peut en fonction des circonstances, choisir ou non de les aborder. Le lien entre les deux parties est simple : un élément de langage doit toujours être éclairé par un point de contexte précédemment développé, pour ne pas laisser l'interlocuteur dans l'ignorance de ce dont on lui propose d'évoquer.

Cette étape est au cœur de l'activité en administration centrale, puisqu'elle constitue la raison-même d'être de l'administration : soutenir le pouvoir politique à mettre en œuvre des politiques publiques. Elle en explique aussi parfois la lenteur et la hiérarchisation extrême : un Ministre ou un directeur pouvant engager l'Etat, les notes sont vérifiées avec grand soin par un grand nombre d'échelons hiérarchiques supérieurs (en général 5 pour une note Ministre). En ce sens, la lenteur est la rançon de la « qualité » du travail administratif.

b) Visas et corrections

Une fois la note rédigée, elle est mise sous parapheur avec une lettre de couverture indiquant les différents échelons devant viser cette note – et ainsi l'approuver – puis l'échelon devant la signer, c'est-à-dire prendre la responsabilité de son contenu.

C'est une étape qui implique de l'amener de bureau en bureau et d'en corriger souvent des éléments. Chacun ayant sa propre compréhension d'un sujet, et son propre style d'écriture, il faut donc objectiver dans un style le plus clair et le plus synthétique le plus possible. Une fois la signature effectuée, les modifications ne sont plus possibles.

c) L'enregistrement

Signée, la note est alors enregistrée par le secrétariat du service émetteur (cela permet d'établir une version officielle qui sera archivée) avant bien sûr d'être envoyée au secrétariat du destinataire.

C) Les rédactions particulières

a) *Les réponses à la signature du Ministre*

Tout le courrier concernant les affaires internationales, ou presque, transite d'une façon ou d'une autre par le ministère des affaires étrangères.

Ainsi, au minimum, les autres ministres utilisent le service de la valise diplomatique pour transmettre du courrier à leurs homologues étrangers. Le cabinet du Ministère concerné envoie alors ce courrier au cabinet du MAEDI, qui se charge de le transmettre à l'ambassadeur du pays en question, qui le remet ensuite à son destinataire.

Surtout, comme tout responsable politique, le Ministre (ou les Secrétaires d'Etat) est destinataire d'un grand nombre de courriers de toute sorte, auxquels la nécessité de transparence vis-à-vis de la représentation nationale ou des citoyens les oblige à répondre. Ces réponses sont toutefois souvent déléguées aux services compétents, le premier signant simplement le document *in fine*. Ces lettres sont souvent des présentations de l'action du MAEDI dans différents domaines.

Le courrier reçu par le Ministre et transmis au pôle santé pour projet de réponse provient souvent d'experts de la santé mondiale, qu'il s'agisse de chercheurs ou de représentants d'ONG, qui souhaitent attirer l'attention du Ministre sur un problème particulier ou également rappeler au Ministre ou au Président de la République des engagements pris par le passé et qui restent à honorer.

En effet le MAEDI peut aussi être chargé de préparer des lettres ensuite signées par le Président de la République ou le Premier Ministre.

b) *Les télégrammes diplomatiques*

L'envoi de télégramme du Département vers les Postes (et vice-versa) constitue la voie de communication officielle, sécurisée et confidentielle entre l'administration centrale et celle à l'étranger.

Des Postes vers le Département transitent essentiellement des télégrammes informatifs ou de demande – d'une autorisation de congé d'un ministre plénipotentiaire, d'éclaircissements, d'une délégation de crédit. Du Département vers les Postes en revanche, le ton est souvent plus impératif

(même si de nombreuses formes sont mises) ou, alors est demandeur d'information.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de rédiger l'un de ces télégrammes, sans jamais pouvoir être en charge seule d'un envoi (les stagiaires n'ayant pas de codes d'accès au portail d'envoi des TD. La rédaction est celle d'une note classique, à l'exception d'un résumé opérationnel et d'une procédure de visa et de signature un peu plus lourde. Enfin, cette forme d'information est désormais datée : depuis 1er juillet, le portail Diplomatie, plus opérationnel (ou en tout cas plus contemporain) et décrit comme un « facebook ministériel » remplace l'usage du télégramme diplomatique.

c) Les éléments de discours

Les éléments de discours sont en fait, la rédaction d'une trame de discours par les services du MAEDI, à charge pour le Cabinet d'en modifier les tournures et le contenu à sa guise (s'il s'agit d'éléments de discours ministériels). Plusieurs règles gouvernent l'écriture d'un discours : il faut viser l'ensemble des personnes intéresser, insuffler du rythme – parfois de l'humour, et être simple. Une idée s'exprime ainsi par un court paragraphe, et un élément d'exemple par une simple phrase (voir en annexe).

A présent que le contexte de l'organisation et du mode de travail de mon stage a été posé, deux de mes missions, ou des sujets, que j'ai pu suivre, vont être abordés, relativement brièvement, mais de manière à rappeler que mon stage s'est constitué d'une multitude de tâches, différentes et variées.

1.3 La promotion de la couverture sanitaire universelle

Lors de mon arrivée au pôle santé, le sujet de la couverture sanitaire universelle (CSU) a été l'un des premiers sur lequel il m'ait été donné de travailler. L'équipe du pôle (et en particulier le chef de pôle et les deux rédacteurs chargés des questions de santé aux Nations unies) a en effet considéré que ma formation en santé publique et mes connaissances en économie de la santé seraient utiles au

suivi des questions liées à la CSU. Pour pouvoir comprendre les enjeux qui entourent la promotion du concept de la CSU par la France, il faut revenir au début du millénaire et à l'adoption des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) puis comprendre en quoi consiste l'agenda du développement après 2015 (A). Ensuite nous verrons quel rôle joue le pôle santé dans cette mission de promotion de la CSU et en quoi j'ai pu participer.

A) Les enjeux et le contexte de l'agenda du développement après 2015

a) *Retour sur les OMD*

En 2000, les 193 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et au moins 23 organisations internationales ont adopté les Objectifs du millénaire pour le développement (*Millennium Development Goals*) et ont convenu de les atteindre d'ici à 2015. Ces huit objectifs recouvrent de grands enjeux humanitaires (réduction de l'extrême pauvreté accès à l'éducation, égalité des sexes) et trois sont consacrés à la santé : l'OMD 6 de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, l'OMD 4 de réduction de la mortalité infantile et l'OMD 5 d'amélioration de la santé maternelle.

Les OMD ont réussi à attirer l'attention de tous et à concentrer l'action la communauté internationale sur la réduction de l'extrême pauvreté sous toutes ses formes et des inégalités de genre. L'année 2015 s'approche et la communauté internationale est à la recherche d'un nouveau cadre d'action pour le développement dit « *post 2015* ».

b) *L'agenda du développement après 2015 en santé*

Au Sommet Rio+20 en 2012, les pays se sont accordés sur une définition du « *futur que nous voulons* » : en finir avec le combat contre l'extrême pauvreté et la faim et replacer ces enjeux dans le contexte plus large du développement durable. La déclaration de Rio+20 définit trois dimensions au développement durable (économique, sociale et environnementale) et souligne également l'importance de la bonne gouvernance. Le monde a beaucoup changé depuis l'an 2000 et l'adoption des OMD et la période 2015-2030 sera différente de la période 2000-2015, du fait de cinq évolutions majeures : (i) la possibilité d'éliminer l'extrême pauvreté sous toutes ses formes, (ii) l'impact grandissant de l'homme sur la planète, (iii) le rapide changement technologique, (iv) la montée des inégalités et (v) la complexité croissante de la gouvernance.

En matière de santé mondiale, pour faire face à ces évolutions et adapter l'aide au développement aux mutations, la France a choisi de promouvoir le concept de Couverture sanitaire universelle comme objectif santé unique et englobant pour l'agenda du développement après 2015. Définie dans la résolution A67/81 de l'Assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé, « la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». La France a porté cette résolution du groupe *Diplomatie & Santé*, adoptée par l'Assemblée générale le 12 décembre 2012 avec plus de 90 coparrainages.

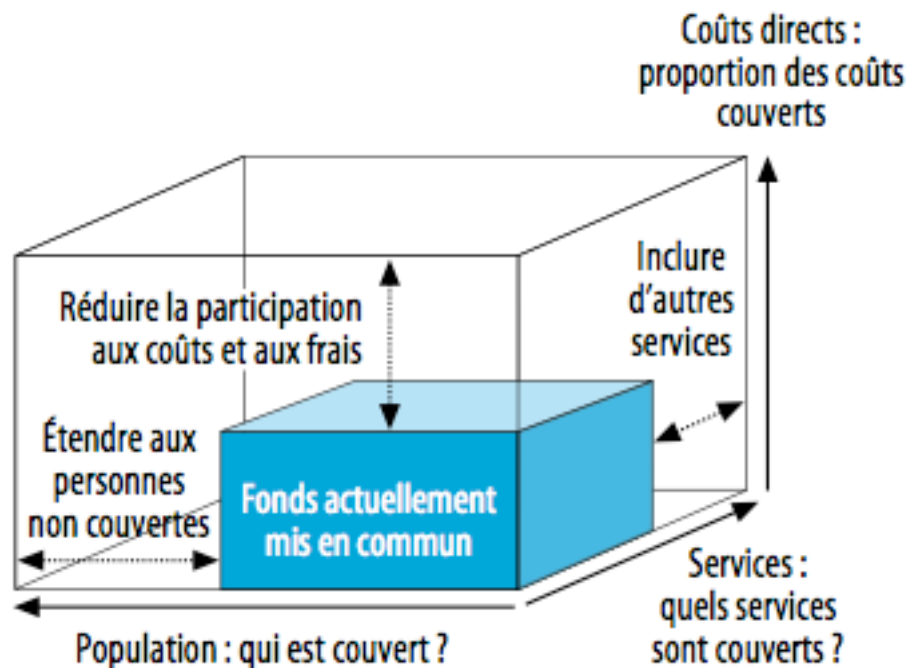
B) La promotion de la CSU par le pôle santé, à laquelle j'ai participé

Les rédacteurs du pôle santé, et en particulier les deux rédacteurs chargés du suivi des questions de santé aux Nations unies, ont donc pour mission de promouvoir la couverture sanitaire universelle, de faire connaître et valoriser la position de la France concernant l'objectif santé de l'agenda du développement post 2015 et également de sonder les partenaires (autres bailleurs, pays récipiendaires) sur leur position à l'égard à la CSU. Le concept idéal de CSU est incontestablement désirable et propice à rallier les adhésions mais un certain nombre d'organisations et Etats membres de l'OMS se positionnent « *contre* ». Certains sont contre considérer la CSU comme une fin en soi et préfèrent la voir comme un moyen dont la fin serait d'offrir à tous une vie saine. D'autres critiquent les modalités de mise en œuvre de la CSU et sa difficile mesurabilité (comment déterminer si un pays est en chemin vers la CSU, quels indicateurs reflèteraient son niveau d'avancement ?). La France, comme d'autres promoteurs de la CSU (l'OMS, la Banque mondiale, le Japon, l'Allemagne notamment), cherche donc à convaincre et milite pour l'adoption (en septembre 2015) d'un objectif santé faisant référence à la CSU. Pour cela elle s'appuie sur la publication de rapports (Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2013 centré sur la recherche sur la CSU, le Rapport du Lancet *Global Health 2035: A World Converging within a*

Generation), l'organisation d'évènements (évènements en marge, ou *side event*, des grandes réunions internationales type Assemblée générale des Nations unies, Assemblée mondiale de la santé, ou encore Printemps de la Banque Mondiale) et la diffusion des résultats des pays en développement ayant fait de larges efforts pour améliorer leur système de santé aux niveaux de l'accès, des prix et de la qualité des services (la Thaïlande et le Rwanda sont des exemples classiques et reconnus).

Le travail de fond (lecture des rapports, rédaction de discours et d'éléments de langage, organisation d'évènements) est effectué par les rédacteurs du pôle santé ainsi que par les équipes des représentations permanentes de la France aux Nations unies à New York et à Genève. C'est à ce travail que j'ai pris part lors de mon stage. Ce fut passionnant de travailler à l'élaboration d'un discours politique à partir de l'étude de rapports scientifiques, ce qui nécessite un vrai effort de traduction des concepts, des chiffres, des conclusions et des recommandations. Pour exploiter un rapport scientifique et en tirer un argumentaire politique, il faut à la fois connaître et comprendre le lexique et le propos de l'étude pour les retranscrire le plus justement possible dans le texte et également prendre en compte les enjeux politiques et diplomatiques entrant en jeu (qui s'exprime, à qui, dans quel contexte, à quelle occasion, etc.).

La CSU n'est pas un concept compliqué mais complexe car il comprend l'ensemble des composantes (l'accès, le coût, la qualité) des services de santé (prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, prévention, promotion, soins, réadaptation). Le chemin ou la progression vers la CSU est souvent représenté par un cube représentant les trois paramètres à mesurer pour suivre l'avancée d'un système de santé vers la CSU (Figure n°2) : la population couverte, les services concernés et le reste-à-charge (ou dépenses *ouf of pocket*) pour les patients.

Figure N°2**Les trois dimensions à considérer lors de la progression vers la CSU**

Source : OMS et Busse, Schreyögg et Gericke

Le travail d'opérationnalisation et de vulgarisation du concept de CSU auquel j'ai participé en est d'autant plus essentiel (en considérant l'objet final de la mission comme étant l'adhésion la plus large possible à la CSU et son adoption dans l'agenda du développement post 2015 en tant qu'objectif santé).

La lecture de rapports, la rédaction de notes et d'éléments de langage ainsi que les discussions avec mes collègues ont été l'occasion pour moi de réfléchir au concept de CSU et d'essayer de m'en faire une opinion propre. Ceci n'est pas aisé dans le sens où quelque soit l'avis d'un rédacteur en la matière, la décision politique de promouvoir et défendre la CSU est assumée et doit être appliquée. Néanmoins échanger sur le concept et réfléchir peut être utile à l'exercice de promotion en lui-même. En effet réfléchir aux limites du concept, à ses difficultés d'application ou de mesurabilité peut permettre, *in fine*, d'améliorer et de renforcer nos arguments. Réfléchir aux critiques et défauts peut mener à répondre à ces critiques et à inclure ces réponses dans l'argumentaire de départ. Il devient alors

possible de prévenir les réactions des détracteurs et à apporter des réponses constructives dans le débat.

Margaret Chan, Directrice exécutive de l’OMS, a décrit la CSU comme « *le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* ». Pour moi c’est indéniable, le concept d’un système de santé auquel tous auraient accès, sans discrimination, dont les soins et les services seraient de qualité et dont les coûts seraient raisonnables ne peut être que le plus fort et le plus complet. Que pourrait-on attendre de plus ou demander de plus d’un système de santé ? Politiquement le concept n’est que défendable et louable. Formulé comme un idéal, il est alors question d’un cheminement, d’une transition vers la CSU. C’est ainsi que sont formulés les cadres stratégiques et opérationnels des organisations parties prenantes (Nauleau, 2013). De plus en plus d’études montrent que certains pays ont réussi à mettre en place des systèmes tendant vers la CSU. La CSU se définit comme un *référentiel de politique publique* (Jobert, Muller, 1987), voire, plus précisément, comme un *référentiel d’objectif*. Cela permet une convergence de forums (politique, scientifique, de communication) en un « consensus » faiblement normatif et contraignant (Lautier, 2010).

Il y a cependant une critique ou une crainte qu’il faut reconnaître justifiée à ceux qui l’expriment : construire, reconstruire ou même réformer un système de santé requiert une volonté politique réelle et robuste. Le ministère de la santé, s’il existe, doit être soutenu par le gouvernement et l’Etat et réussir à obtenir des budgets suffisants à la mise en place de politiques de santé publique. Cela implique que le pouvoir politique ait conscience des enjeux à relever pour la santé de sa population, et qu’il soit en capacité (en termes de finances, de légitimité, de stabilité politique) d’agir. Or, dans de nombreux pays en développement, en particulier en Afrique Sub-saharienne, cela n’est pas, ou pas encore, le cas. De plus, certains pays récipiendaires craignent un désengagement des bailleurs motivé par le fait que l’état de santé des populations est l’affaire des gouvernements nationaux et que le système de santé doit être financé au moins en partie par le revenu national.

In fine l’objectif ou l’idéal de couverture sanitaire universelle peut être défini comme un « référentiel transnational qui vise à constituer de nouvelles

configurations d'acteurs et d'objectifs, au plan global, selon un consensus éthique et faiblement normatif » (Nauleau, 2014, p.145). La promotion de ce référentiel est purement incitative, ce qui montre bien « une forme de découplage entre, d'une part, les fonctions de construction des cadres généraux d'interprétation du monde, et, d'autre part, les fonctions de construction du compromis social sur lequel reposent les systèmes politiques modernes » (Muller, 2000, p.204). Comme expliqué plus haut, les réalisations effectives dépendent de l'engagement des Etats nationaux, éventuellement accompagnés (techniquement ou financièrement) par des Etats et partenaires bailleurs et les organisations internationales.

Que la France promeuve et défende la CSU est logique et dans l'ordre des choses puisque la France défend les droits de l'homme et l'accès à la santé comme étant un droit. Sa position n'en est pas pour autant naïve ou idéaliste et les agents du pôle santé et des représentations permanentes de New York et Genève sont au fait et prennent en compte les éléments perturbateurs, les difficultés d'application et les critiques faites à la CSU et à ceux qui la défendent. Leur tâche n'est pas aisée et ce fut très intéressant intellectuellement d'y participer. La réflexion autour de ce référentiel de couverture sanitaire universelle est passionnante et nous n'avons pu, au fil de ces quelques pages, qu'effleurer le sujet et la charge de travail que son appropriation, sa compréhension et sa promotion représentent pour les agents impliqués sur le sujet avec qui j'ai pu travailler ces derniers mois.

1.4 Le suivi des engagements français dans la lutte contre le paludisme

Le suivi des engagements français dans la lutte contre le paludisme fut également un des sujets que je me suis vue confier. Cette fois-ci ce ne fut pas en raison de mes connaissances ou compétences sur le sujet (qui étaient au départ inexistantes) mais plutôt circonstanciel (plusieurs échéances étaient concomitantes à ma présence au pôle santé). Après un bref rappel du contexte sanitaire et de l'engagement historique de la France dans la lutte antipaludique (A), je détaillerai quelles ont été les missions et tâches que j'ai pu effectuer pour apporter mon aide au rédacteur point focal paludisme durant mon stage (B).

A) Le contexte de la lutte antipaludique et l'action de la France

a) *Le fardeau du paludisme*

Le paludisme est une maladie infectieuse potentiellement mortelle transmise par des moustiques, particulièrement dangereuse pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Selon l'OMS, le paludisme a tué plus de 650 000 personnes en 2012, dont environ 560 000 enfants. La maladie représente un très lourd fardeau et un impact économique majeur, évalué à plus d'un point de croissance annuelle en moins dans les pays les plus touchés. Elle coûterait ainsi annuellement 12 milliards de dollars à l'Afrique subsaharienne et induirait un ralentissement de la croissance économique de 1.3 % par an du fait des pertes en vies humaines et de la baisse de la productivité – ce que les économistes appellent « une croissance sanctionnée ». Le coût du paludisme comprend les importantes dépenses publiques destinées à l'entretien des installations et des infrastructures de santé ainsi qu'à la mise en place de campagnes de contrôle et d'éducation. Dans les pays fortement touchés, le paludisme représente près de 40% des dépenses publiques de santé et 50% des consultations.

Le fardeau économique est très lourd également pour les ménages, qui supportent la plupart du temps seuls les dépenses liées au paludisme. Ces dépenses comprennent l'achat de moustiquaires imprégnées, les honoraires médicaux, les médicaments antipaludéens, les frais de transport jusqu'aux centres de soins, les frais liés aux soins prodigués aux patients et les frais d'obsèques. Ces dépenses peuvent peser de façon insupportable sur les ménages – au Ghana, la prise en charge du paludisme grève jusqu'à 34% des revenus des ménages pauvres (OMS et UNICEF, Rapport sur le paludisme en Afrique, 2003, Genève).

b) *La mobilisation française et internationale et les progrès réalisés*

Avec 16% des efforts mondiaux, la France est le second bailleur mondial de la lutte contre la maladie par le biais de ses contributions multilatérales (notamment

au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme⁴, à raison de 360 millions d'euros annuels pour le triennum en cours et à la Facilité d'achat de médicaments UNITAID) et de son action bilatérale, par l'Initiative 5% (gérée par France expertise internationale-FEI), par l'Agence française de développement (AFD) et par son réseau de chercheurs (IRD et Pasteur notamment). La France est membre du partenariat mondial *Roll Back Malaria*, RBM (Faire reculer le paludisme), hébergé par l'OMS.

Ainsi, la mobilisation internationale et notamment l'action du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, de la facilité d'achat de médicaments UNITAID et du partenariat *Roll Back Malaria* (Faire reculer le paludisme) ont permis de réaliser de grands progrès.

En 2000, un enfant mourait de cette maladie toutes les 30 secondes, aujourd'hui ce chiffre a diminué de moitié. En douze ans, les budgets alloués ont été multipliés par plus de 30: ils sont passés de 64 millions en 1998 à près de 2 milliards de dollars en 2013. Pour la première fois, le contrôle de ce fléau et l'inversion de la tendance sont envisagés : il s'agit probablement du seul Objectif du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la santé atteignable d'ici 2015. Le paludisme a déjà été éliminé et éradiqué dans un certain nombre de pays grâce à des politiques de prévention et traitement efficaces.

Actuellement, des solutions permettent de prévenir (sensibilisation et éducation des populations, pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des habitations, moustiquaires imprégnées de longue durée), diagnostiquer (test de diagnostic rapide) et traiter la maladie (traitements de dernière génération à base d'artémisinine) et sont disponibles à un coût accessible.

B) Le suivi de la lutte antipaludique au pôle santé, auquel j'ai participé

Au sein du pôle santé du MAEDI, un rédacteur est désigné comme « *point focal paludisme* » et assure le suivi des questions liées au paludisme en complément

⁴ Le FMSTP assure à lui seul 60% des financements internationaux en faveur de la lutte antipaludique.

du travail des rédacteurs chargés du suivi du FMTSP et de l'ambassadeur thématique pour la lutte contre les maladies transmissibles (qui siège au conseil d'administration du FMSTP et de RBM). J'ai travaillé avec ce rédacteur sur le suivi de l'action de la France dans la lutte contre le paludisme, ce qui s'est principalement traduit par la préparation de deux événements : la réunion de haut niveau organisée par l'association Santé en Entreprises et RBM et parrainée par le MEDEF international et le MAEDI (le 8 avril dernier) et le conseil d'administration du partenariat RBM (14-16 mai derniers).

a) *Soutenir l'engagement du secteur privé dans la lutte antipaludique*

L'objectif de la réunion, intitulée « *Des partenariats efficaces et durables pour renforcer l'engagement du secteur privé dans la lutte contre le paludisme en Afrique Francophone* », était de sensibiliser le secteur privé français à la lutte contre le paludisme en présentant le poids des conséquences du paludisme sur le développement des pays d'Afrique et de partager les retours d'expérience des entreprises d'ores et déjà mobilisées dans la lutte contre la maladie (Alcatel Lucent, Orange Health et de Edelman).

Pour moi, la préparation de cet événement a débuté par l'explicitation des enjeux et de l'intérêt pour la Directrice générale (de la mondialisation, des partenariats et du développement) de participer à cette journée. Cela s'est traduit par la rédaction d'une note d'opportunité adressée à la Directrice : en deux pages, il fallait décrire l'événement et ses enjeux, rappeler l'impact majeur du paludisme en Afrique et expliquer quels étaient l'intérêt et l'opportunité pour la France, le ministère et pour la Directrice en particulier, d'y participer. Suite à la confirmation de la participation de la Directrice qui ferait l'ouverture de l'événement, je me suis vue confier la rédaction de son allocution (disponible en annexe). Cet exercice, dont les caractéristiques sont décrites en partie 1.2, était une première pour moi.

En parallèle, j'ai été sollicitée par les organisateurs sur des points logistiques (participer à la constitution de la liste des invités et appuyer les demandes de visas des participants ou intervenants africains).

Cette mission s'est conclue le jour de la réunion, qui a été une journée très instructive pour moi. La réflexion menée autour de la pertinence des partenariats publics privés pour lutter contre le paludisme (ou pour améliorer la santé des

populations de manière plus générale) est passionnante. Impliquer les entreprises (nationales et françaises implantées dans les pays) dans la prise en charge de leurs employés et de leurs ayant-droits n'est pas nouveau mais la coordination entre les acteurs privés et publics se doit d'être plus importante. De manière plus générale, dans la lutte contre la paludisme, la coordination des acteurs est un enjeu majeur car les interventions sont encore trop déconnectées les unes des autres. La plus value la plus immédiate de cette réunion a été de faire se rencontrer les acteurs, que chacun ait connaissance des interventions des coalitions nationales d'entreprises, du FMSTP, de la France.

b) Participer à la gouvernance internationale de la lutte antipaludique

La deuxième mission qui m'ait été confiée tenant au suivi des engagements français dans la lutte contre le paludisme a été la préparation du Conseil d'administration du partenariat *Roll Back Malaria*. L'ambassadeur en charge de la lutte contre les maladies transmissibles et le rédacteur « point focal paludisme » ont siégé à ce CA en mai dernier. Pour préparer ces deux journées à Genève, j'ai, avec d'autres rédacteurs du pôle santé, lu et analysé l'ensemble des documents communiqués par le Secrétariat de RBM afin d'en tirer les informations essentielles et de construire les positions françaises lors des discussions. Ce travail s'est concrétisé par la rédaction d'un télégramme diplomatique (TD) d'instructions. Ce travail en amont d'une réunion est essentiel pour que les représentants de la France soient à même d'intervenir et de faire valoir des positions réfléchies collectivement. Les principaux enjeux de ce CA concernaient la place du paludisme dans l'agenda pour le développement après 2015, la mise en place des actions prioritaires suivant les recommandations de l'évaluation externe de RBM et l'élaboration du plan d'action mondial contre le paludisme 2016-2025 (GMAP 2).

Le suivi des engagements français et des enjeux dans la lutte contre le paludisme a été très intéressant et très instructif pour moi. Sans avoir au départ de connaissances spécifiques sur le sujet, il m'a fallu m'approprier les données et les problématiques pour être efficace et pertinente dans mon travail. Les deux missions ou tâches étaient relativement différentes, même s'il est agité, dans les deux cas, de préparer la participation de représentants de la France et du MAEDI

à des réunions dédiées au paludisme. Pour la réunion SEE/RBM, il s'agissait de parrainer, d'apporter le soutien du gouvernement français à une initiative issue du secteur privé (SEE) et du partenariat public privé RBM. C'était une opération ponctuelle, plutôt novatrice, pour laquelle il a fallu beaucoup échanger avec les organisateurs, être réactif et même proactif. Le CA de RBM a lieu deux fois par an et la France y est toujours représentée. La préparation du conseil d'administration est donc relativement rodée. Néanmoins il a fallu être attentif et vigilant pour déceler si des points de décision ou des relatives nouveautés susceptibles d'affecter la France, les valeurs qu'elle défend dans la lutte antipaludique ou son engagement financier, étaient mises à l'agenda ou dans les documents mis à disposition par le Secrétariat.

Cette première partie a permis de poser le contexte dans lequel mon stage s'est déroulé, les différents types de tâches que j'ai été amenée à réaliser (sans exhaustivité) et aussi de présenter deux des sujets principaux que j'ai pu traiter, soulignant les enjeux actuels de ces thématiques passionnantes. A présent, nous allons nous concentrer sur le suivi d'un dossier, la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile. Ce focus se justifie par l'intérêt que je porte à la thématique, par les enjeux actuels en matière de SRMNI et par le volume horaire relativement important que j'ai consacré à ce sujet durant mon stage.

2 Le suivi des engagements français en matière de santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile

Pour bien comprendre en quoi a consisté mon travail sur ce sujet et en quoi il consiste en général pour le rédacteur du pôle santé chargé des questions de SRMNI, il faut revenir sur le contexte et les enjeux de la santé des femmes et des enfants (2.1) et sur l'engagement de la France dans cette thématique (2.2). Après un panorama des tâches et missions qui m'ont été confiées personnellement ou au sein d'une équipe (2.3), j'essaierai finalement d'analyser mon travail et plus largement celui du pôle en matière de suivi des questions de SRMNI (2.4).

2.1 Les enjeux et le contexte de la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile

Dans le cadre de l'OMD 4 et 5, les pays se sont engagés à réduire de trois quarts la mortalité maternelle et de deux tiers la mortalité infantile, entre 1990 et 2015.

Depuis 1990, année de référence des OMD, des progrès ont été obtenus en matière de SRMNI :

- le taux de mortalité infantile (OMD 4) est passé de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 48 en 2012 ;
- la mortalité maternelle a reculé de près de moitié (-34%) entre 1990 et 2008.

Cependant, ces progrès n'ont pas concerné dans toutes les régions du monde. Ainsi, l'Afrique subsaharienne concentre les problèmes de santé, avec une croissance démographique toujours très élevée qui accentue les difficultés. Avec 14% de la population mondiale, l'Afrique enregistre 53% des décès maternels, des décès par avortements, et 50% des décès d'enfants de moins de 5 ans. La mortalité des jeunes enfants est aujourd'hui au même niveau qu'il y a dix ans, et la mortalité maternelle n'a baissé que de 5% au cours des 15 dernières années. Cela s'explique également par une natalité qui reste la plus élevée du monde. De plus, la fragilité des systèmes de santé est souvent soulignée : 4 ou 5 Etats africains ont atteint l'objectif d'Abuja en 2001 de consacrer 15% des budgets

publics à la santé et il manque 4 millions de personnel de santé dans le monde, dont 1 million en Afrique.

Les progrès réalisés l'ont été grâce aux interventions prioritaires reconnues pour leur efficacité : présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, disponibilité et accès aux soins obstétricaux d'urgence, accès à la planification familiale et, plus généralement, amélioration des droits des femmes et de l'éducation des filles.

La France agit en faveur des OMD 4 et 5 en s'engageant pour la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (SRMNI). Ce terme prend en compte tous les aspects de la santé de la femme et des enfants, et ceci avant la grossesse (santé reproductive⁵) jusqu'à l'accouchement, durant la période postnatale immédiate (28 premiers jours de vie de l'enfant) et durant l'enfance. Le terme santé infantile renvoie à la période avant le premier anniversaire, mais les différents objectifs de réduction de la mortalité infantile comprennent aussi la période avant l'âge de 5 ans. Cette définition n'est pas anodine car elle démontre l'engagement de la France pour la santé sexuelle et reproductive (SRR) qui est étroitement liée à la santé des femmes et des enfants. D'autres bailleurs très importants de la thématique, comme le Canada, utilisent le terme plus restrictif de santé maternelle, néo-natale et infantile. Cette distinction s'explique par le fait que la France défend le droit à la santé sexuelle (avortement, contraception), sujet très controversé dans les enceintes internationales pour des raisons religieuses et sociétales.

A) La mortalité maternelle et ses principales causes

La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme le « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit sa durée ou sa localisation, pour une cause*

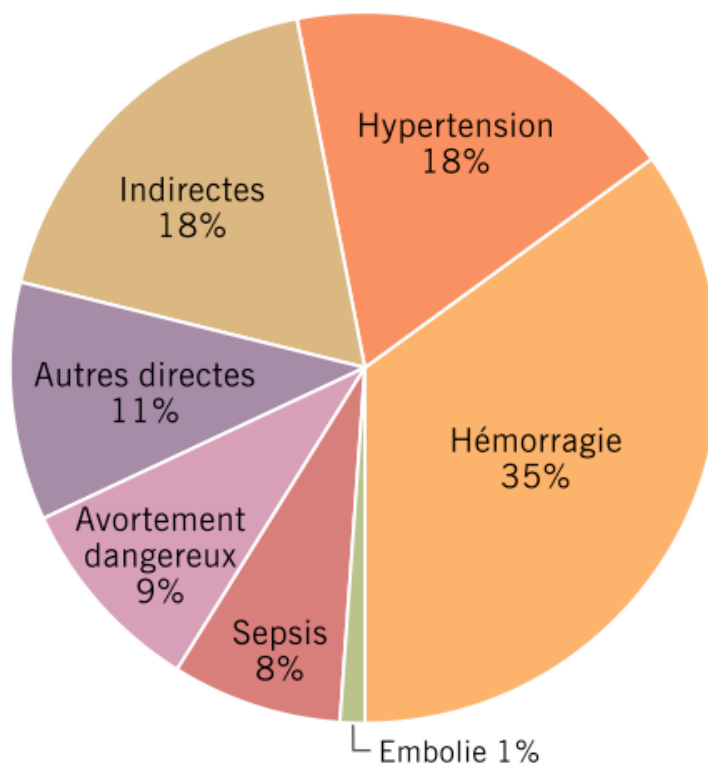
⁵ La définition de l'OMS : la santé reproductive implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle ni fortuite » (OMS-CIM 10)

On recense 500 000 décès maternels par an dans le monde, dont 50 % en Afrique Subsaharienne. Ci-dessous (Figure n°3) sont recensées les causes de mortalité maternelle dans le monde.

Figure n°3

Les causes de mortalité maternelle



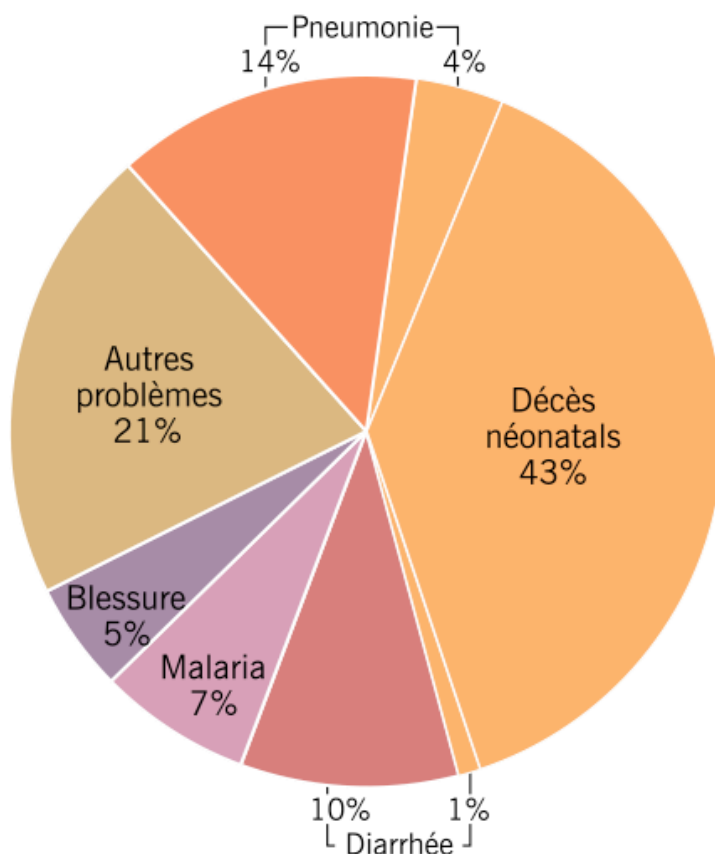
Source : www.pmnch.org

B) La mortalité infantile et ses causes

La mortalité infantile est mesurée par le taux de mortalité infantile, également appelé taux de mortalité des moins de 5 ans. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est un indicateur statistique exprimant la probabilité qu'a un enfant de mourir entre sa naissance et l'âge exact de 5 ans. Ce taux a d'importants avantages comparatifs pour évaluer l'impact des actions en faveur de la survie et du bien-être des enfants : il est un indicateur des résultats de l'aide au développement, il témoigne d'une action globale misant sur plusieurs activités (vaccination, eau

potable, santé maternelle, nutrition...), et il est un indicateur fiable de l'état de santé et de bien-être de la majorité des enfants d'un pays. Les causes de mortalité infantile sont détaillées dans la Figure n°4.

Figure n°4
Les causes de mortalité infantile



Source : www.pmnch.org

2.2 Les engagements français en la matière via l'initiative Muskoka

La France est fortement engagée en faveur de l'accès à la santé des enfants et des femmes, et de la promotion des droits sexuels et reproductifs.

Lors du sommet de Muskoka, en juin 2010, les pays du G8 se sont engagés à apporter 5 milliards de dollars additionnels d'ici 2015 pour accélérer l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5 dans l'ensemble des pays en développement. Dans ce cadre, la France s'est engagée à apporter une enveloppe additionnelle de 500 millions d'euros sur la période 2011-2015 ciblée prioritairement sur 22 pays, regroupant la plupart des pays pauvres prioritaires

listés par le CICID (Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal), des pays en sortie de crise (Afghanistan, Haïti), d'autres pays africains francophones (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire) ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique uniquement pour le soutien à la vaccination (Djibouti, Ethiopie, Erythrée, Somalie).

Outre les pays du G8, d'autres pays (Pays-Bas, Espagne, Suède, etc.), des fondations (fondations Gates, Hewlett, Rockefeller, etc.) et des organisations internationales (OMS, Fonds mondial, UNICEF, GAVI, FNUAP, Banque mondiale, etc.) ont souscrit à « l'Initiative Muskoka ».

L'Initiative vise au « renforcement des systèmes de santé nationaux pris en charge par les pays eux-mêmes dans les pays en développement, de façon à permettre des interventions cruciales tout au long du continuum de soins, c'est-à-dire avant et pendant la grossesse, à l'accouchement, auprès des nourrissons et pendant la prime enfance »⁶.

Le groupe de travail santé du G8 a développé une méthodologie destinée à suivre les contributions des donateurs à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI). Cette méthodologie est basée sur les codes du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement (CAD). Elle intègre le fait que les dépenses de différents secteurs peuvent contribuer à améliorer la santé des mères et des enfants (par exemple, dépenses affectées au renforcement des systèmes de santé, à la lutte contre les maladies infectieuses, ou à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement). Cette méthodologie préconise de mesurer les contributions sur la base des versements des donateurs et de mesurer le caractère additionnel des financements par rapport aux versements effectués lors de l'année de référence, qui a été fixé à l'année 2008.

La contribution de la France est mise en œuvre par le MAEDI, responsable pour le secteur de la santé de la coopération multilatérale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et par l'AFD, responsable dans ce secteur de la mise en œuvre de l'aide bilatérale. Pour la période 2011-2015, la mise en œuvre a été répartie comme suit :

⁶ Déclaration du G8 à Muskoka (<http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2010/06/26/declaration-du-g8-muskoka-reprise-et-rennaissance>).

- le MAEDI consacre 52 M€ par an à des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile. Pour la mise en œuvre de cette contribution, le ministère a choisi de s'appuyer sur des organisations internationales intervenant dans les secteurs de la santé maternelle et infantile (FNUAP, UNICEF, OMS, AMPS, ONU FEMMES, Alliance GAVI, Fonds mondial, AKDN).
- l'AFD engage des nouveaux projets en faveur de la santé des mères et des enfants dans les pays éligibles aux engagements de Muskoka à hauteur de 48 M€ par an (soit 240 M€ sur la période 2011-2015). Ces projets prennent la forme de subventions. Ces interventions concernent notamment l'extension et l'amélioration des services de santé maternelle et infantile et de l'offre de planification familiale et de contraception, promotion de la demande des populations vis-à-vis de la planification familiale et de la contraception en mobilisant des acteurs publics et associatifs compétents (information, éducation, l'adaptation du cadre politique et législatif en matière de santé sexuelle et de la reproduction, notamment pour réduire les discriminations à l'égard des femmes et des filles).

Pour le MAEDI, les fonds « Muskoka » transitent par le canal multilatéral :

- trois projets ont été mis en place avec quatre agences des Nations Unies (Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes (ONU Femmes)) sur le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) pour un budget annuel de 19M€ par an. Les quatre agences sont réunies autour d'un cadre commun d'analyse et d'interventions coordonnées de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.
- En outre, la Fondation Aga Khan pour le Développement (AKDN), dispose d'un budget de 0,5M€ par an et sur FSP (Fonds de solidarité prioritaires) pour l'Afghanistan et les pays limitrophes.
- L'Alliance mondiale pour les vaccins (GAVI), bénéficie également d'une contribution annuelle complémentaire de 5,5 M€ sur FSP qui s'ajoute à

Juliette DAESCHLER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

l'engagement global français auprès de GAVI via l'IFFIm, le mécanisme de Facilité internationale pour le financement de la vaccination (1,3 milliard d'euros entre 2006 et 2026) et les contributions annuelles directes.

Enfin, par une augmentation de la contribution annuelle au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de 300 à 360 M€/an en 2011. Selon la méthodologie de redevabilité définie par le G8, 46 % de cette augmentation, soit 27 M€, participe directement à l'atteinte des OMD 4 et 5.

Le pilotage des engagements bi/multi du FSP est assuré par :

- un comité stratégique « comité de pilotage » présidé par le MAEDI, composé des directeurs de départements des 4 agences, de représentants de l'AFD et du Ministère de la santé, se réunissant annuellement ;
- un comité technique composé de représentants techniques des agences, de deux conseillers régionaux de coopération en santé et du point focal Muskoka du MAEDI ; se réunissant 3 à 4 fois par an.

2.3 Compte-rendu de la mission

Plusieurs missions ou tâches m'ont été confiées personnellement ou en temps que membre d'une équipe de travail : le suivi de l'évaluation externe des engagements Muskoka (A) et plus généralement le suivi des différents sujets d'actualité ou de fonds, liés à la thématique, qu'il a été opportun que j'effectue durant mon passage au pôle santé (B).

A) Suivi de l'évaluation externe à mi-parcours

L'évaluation des politiques publiques est un exercice mené de plus en plus fréquemment et peut avoir diverses fins (légitimation de l'action publique, aide à la décision publique, transparence de l'action publique vis à vis des citoyens). C'est également le cas pour les interventions des bailleurs de fonds en faveur de la santé des pays en développement, qui, depuis une dizaine d'années, sont évaluées de manière plus systématique, selon des méthodes rigoureuses, par des experts indépendants ou des bureaux d'études sélectionnés sur appel d'offre

(Kerouedan). Le sens attendu de l'évaluation des interventions en faveur de l'amélioration de la santé est au moins double : rendre compte de la bonne utilisation des deniers publics et tirer les leçons de l'expérience et nourrir la décision politique et de santé publique. La pratique et le champ de l'évaluation se développent : évaluation d'un projet, évaluation géographique nationale ou régionale, évaluation sectorielle.

Lors de la création du dispositif Muskoka (après le G8 de Muskoka et l'annonce, par la France, de 500 millions d'euros additionnels pour la SRMNI sur la période 2011-2015), il a été prévu la réalisation d'une évaluation externe à mi-parcours des engagements français. A l'hiver 2013, le pôle santé du MAEDI et la division santé et protection sociale de l'AFD se sont joint aux pôles évaluation des deux institutions pour lancer un appel à candidature. Le cahier des charges de cette évaluation sectorielle (santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile) expliquait la double logique de l'exercice (qui reprend la logique classique décrite ci-dessus) :

- de redevabilité vis-à-vis du citoyen et du contribuable (en appréciant les résultats et la performance des interventions française) ;
- d'apprentissage pour les organes décisionnaires (en tirant des enseignements, des conclusions opérationnelles et des recommandations pour améliorer les actions futures).

Le cabinet EY (anciennement Ernst and Young) a remporté le marché et j'ai pu suivre au cours de mon stage la quasi intégralité de l'exercice d'évaluation mené. Ce suivi de l'évaluation s'est constitué de plusieurs tâches, en lien avec le processus d'évaluation.

a) La préparation du dossier fourni aux évaluateurs

En lien direct avec l'équipe évaluatrice, j'ai été chargée de rassembler tous les documents utiles à l'exercice d'évaluation et de les transmettre à l'équipe. Ce travail a consisté à chercher dans les archives du pôle santé tous les documents liés aux engagements de la France en matière de SRMNI, tâche qui s'est révélée plus fastidieuse que prévue, du fait de la relative désorganisation des dossiers, notamment due à un changement de rédacteur «SRMRNI » entre le lancement de l'initiative Muskoka et aujourd'hui. Nous discuterons en troisième partie de ce rapport des conséquences pour le travail au pôle santé du *turn over* régulier des

agents, qu'il s'agisse d'agents contractuels (engagés pour deux ans renouvelables) ou d'agents fonctionnaires du MAEDI (qui changent de poste tous les 3 à 4 ans).

b) La préparation des comités de pilotage de l'évaluation

Avant chaque comité de pilotage de l'évaluation, l'équipe évaluatrice transmet le livrable attendu quelques jours avant la réunion afin de donner le temps aux membres du comité de prendre connaissance du document et de préparer les remarques et commentaires à livrer durant la réunion. Le sous-directeur de SAH ainsi que le chef du pôle santé étant membres du Copil mais ne disposant pas du temps nécessaire à la lecture des livrables, j'ai été chargée de la lecture de ces documents et de la préparation de mes supérieurs. Il s'agissait pour moi de repérer les éléments essentiels soulevés par l'équipe évaluatrice et les éventuels désaccords ou corrections à apporter de la part du MAEDI (l'AFD réalisant le même travail concernant les parties dédiées à la coopération bilatérale). J'ai pu également préparer des questions et soulever des interrogations pour l'équipe évaluatrice, notamment à la livraison du rapport de leur mission dans les pays récipiendaires. Les principales remarques que nous avons pu formuler vis-à-vis du travail fourni étaient des remarques lexicales (il a notamment été utile de rappeler l'engagement de la France pour la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile) et des remarques portant sur certains propos ou affirmations placés dans les rapports dont il était difficile d'identifier les sources (était-ce des conclusions de l'équipe ou des propos de personnes interrogées retranscrites ? Si oui, l'équipe était-elle en accord avec ces propos ? Si oui comment justifiait-elle cette prise de position ?).

c) Le travail préalable à l'opérationnalisation des recommandations

Lors de l'avant dernier comité de pilotage avant lequel l'équipe avait transmis le rapport provisoire de l'évaluation, les discussions se sont focalisées sur les recommandations formulées. L'ensemble du comité de pilotage et notamment les représentants du pôle santé du MAEDI et de la division santé et protection sociale de l'AFD ont souhaité apporter des éléments à l'équipe évaluatrice pour qu'elles rendent ses conclusions et ses recommandations plus opérationnelles afin que cet exercice d'évaluation soit le plus utile possible pour la suite de la mise en œuvre

des engagements français pris à Muskoka. Le comité de pilotage a demandé à l'équipe de formuler plusieurs scénarii envisageables pour la suite, tenant notamment à l'allocation des crédits Muskoka mais aussi au dispositif de suivi des engagements et des programmes.

B) Le suivi des questions SRMNI à travers l'ensemble de l'activité du pôle santé

Le suivi des questions de SRMNI dépasse la gestion des projets et programmes Muskoka *per se* et le suivi de leur évaluation. Il faut notamment promouvoir les engagements Muskoka (auprès des postes, des partenaires et des pays récipiendaires notamment) (a). En particulier j'ai été amenée à travailler à la promotion de notre engagement et à la construction de collaborations avec un bailleur majeur de la thématique, la Fondation Bill et Melinda Gates (b). Par ailleurs j'ai réalisé un travail d'analyse de la gouvernance internationale en matière de SRMNI destiné à déterminer la participation la plus optimale de la France aux instances de discussions et d'échanges avec ses partenaires (c).

a) *Le promotion des engagements Muskoka*

La promotion des engagements Muskoka peut être divisée en deux : la promotion en interne du réseau (l'information diffusée aux Postes notamment) et la promotion externe au ministère auprès des partenaires, des médias et des pays récipiendaires. Un poste de chargé de communication Muskoka existant, la participation du pôle santé (et en particulier du rédacteur SRMNI et de moi-même) à la promotion des engagements Muskoka ne consiste pas à créer ou diffuser des outils de communication classique (brochures, sites internet, clé USB, communiqués de presse). Cette tâche de promotion se traduit surtout par l'inclusion dans la rédaction de nombreuses notes, d'éléments d'information sur les interventions financées par la France en faveur de la SRMNI dans un certain nombre de pays, d'Afrique sub-saharienne notamment.

La communication interne consiste, par exemple, à la rédaction de note d'instructions destinées aux nouveaux ambassadeurs de France nommés dans les pays récipiendaires de l'aide en santé française. J'ai eu notamment l'occasion d'écrire une note d'instruction pour le nouvel ambassadeur de Côte d'Ivoire, pays phare des interventions Muskoka. La rédaction de ces notes et parfois la

participation aux réunions d'instructions d'un nouvel ambassadeur est une des uniques occasions de sensibiliser les diplomates de métiers (non spécialistes du développement et encore plus rarement de la santé) à l'action de la France dans leur pays d'affectation. Cela est important les agents de l'ambassade et l'ambassadeur en premier lieu sont souvent les seuls représentants de la France dans les pays et constituent donc un relais essentiel de l'action française. S'ils sont sensibilisés et informés régulièrement des interventions ou actions financées par la France, ils sont alors capables tout d'abord d'en assurer un suivi sur place et de participer au bon usage de l'argent reçu par les pays par exemple. Et ils sont aussi en mesure de promouvoir l'image de la France comme bailleur important. La présence de représentants de l'ambassade lors des événements du FMSTP ou lors de lancements de vaccins par l'Alliance GAVI peut être l'occasion de rappeler à quelle hauteur se situe les engagements de la France au sein de ces organisations multilatérales. Cette communication interne favorise donc le droit de regard français sur les actions menées par les organisations que la France finance en partie et permet également, dans un second temps, de maintenir (ou parfois restaurer) l'image de la France comme un acteur majeur de la santé mondiale de par ses contributions financières, de par l'implication de son réseau diplomatique et également de par la mobilisation de ses instituts de recherche ou des ONG françaises.

La communication externe consiste à préparer, pour des entretiens bilatéraux, des débats ou des conférences, des éléments de langage ou de discours aux représentants du MAEDI et plus précisément de la DGM qui auront l'occasion de promouvoir l'engagement de la France dans l'aide en santé et en particulier l'engagement français en SRMNI. Les représentants de la DGM peuvent avoir face à eux différents interlocuteurs selon lesquels le discours doit être adapté. Face aux représentants de la société civile, on met en avant l'efficacité des interventions financées par la France et bien évidemment les montants investis dans l'aide en santé. Face aux représentants d'agence de Nations unies, il faut insister sur l'engagement de la France depuis la création de l'organisation des Nations Unies et sur le fait que la France privilégie le canal multilatéral de l'aide au développement. Face aux parlementaires, il faut être précis quant aux retombées positives, pour la France et les français, de l'aide au développement. Cette

réflexion permet également d'anticiper les questions qui seront posées aux représentants du MAEDI et de lui fournir en amont des éléments de réponse pertinents.

La rédaction de ces notes et de ces éléments de langage destinés à promouvoir les engagements Muskoka ne fut pas simple pour moi. Le plus souvent les deux types de communication (interne et externe) sont concomitants et il est fréquent que le représentant qui a à promouvoir les engagements français en SRMNI doit lui même être informé et briefé sur le sujet. Ce n'est pas que nos directeurs n'aient aucune connaissance du sujet mais il faut prendre en compte la multitude des thèmes (et leur grande variété). Le Directeur des biens publics mondiaux doit pouvoir s'exprimer sur la santé mais également l'éducation, le développement humain, les financements innovants, la gouvernance démocratique, l'environnement, la sécurité alimentaire. Il est donc nécessaire de toujours avoir à l'esprit que quelque soit le destinataire de nos mots, membre du ministère ou non, le rappel du contexte est un préalable, l'utilisation d'un vocabulaire non scientifique nécessaire et l'explication des enjeux essentielle. Je reviendrai plus en détail sur la préparation d'une note relative à la SRMNI dans la sous partie suivante.

b) Le partenariat France-Fondation Gates en matière de SRMNI

Depuis 2010, la France et la Fondation Bill et Melinda Gates ont entrepris de créer et d'entretenir un partenariat de manière à échanger sur leurs actions en faveur du développement, en matière de santé et d'agriculture principalement. Des représentants de la Fondation et des représentants du MAEDI ainsi que de l'AFD se rencontrent donc chaque année afin de discuter et d'échanger sur leurs domaines d'action communs. Cette année le comité de pilotage du partenariat a eu lieu à Seattle, siège de la Fondation, du 9 au 11 juillet. La délégation française était principalement composée de la Directrice générale de la mondialisation, des partenariats et du développement, de l'Ambassadeur chargé de la lutte contre les maladies transmissibles et de la chef du pôle santé.

En collaboration avec d'autres agents de la DGM, en particulier avec une des chargées de mission placés auprès de la Directrice générale, j'ai été chargée de monter le dossier nécessaire au briefing des membres de la délégation. Cette

mission fut relativement difficile à mener pour moi mais ce fut également ce qui a rendu sa réussite significative.

Pour préparer le dossier, je suis partie de l'agenda de la rencontre en préparant des fiches pour chaque réunion (d'une heure en moyenne) des deux journées de la rencontre. Par exemple pour la réunion dédiée au FMTSP, j'ai préparé, en collaboration avec les rédacteurs en charge du suivi du Fonds mondial, une fiche dédiée au Fonds mondial en mettant en avant les enjeux actuels et à venir à discuter avec les membres de la Fondation mais également une fiche sur l'épidémie du sida, celle du paludisme et celle de la tuberculose. En tout, j'ai écrit une vingtaine de fiches. Cette mission a donc dépassé le cadre des questions de SRMNI, même si une des fiches préparées était consacrée aux questions de santé des femmes et des enfants.

Pour chacune des fiches, j'ai rappelé le contexte sanitaire, puis les engagements respectifs de la France et de la Fondation dans le domaine, avant de détailler les enjeux et points de discussion à aborder précisément. Pour cette dernière partie des fiches, j'ai également, toujours en m'entretenant avec mes collègues, préparé des éléments de langage destinés à nourrir les discussions. Pour illustrer le travail qu'a représenté cette mission, je vais à présent détailler la préparation de la « fiche SRMNI » qui a été une des plus importantes, d'abord pour moi puisqu'elle concernait mon travail au pôle santé plus directement, et également importante car c'est sur cette thématique que la collaboration entre la France et la Fondation connaît actuellement des possibilités pour collaborer concrètement sur le terrain, via les engagements Muskoka du MAEDI et de l'AFD. De plus, la Fondation Gates est un bailleur majeur en santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (près de 260 M\$ annuels alloués en 2011 et en 2012). Lors du lancement de l'initiative de Muskoka dans le cadre du G8 en 2010, la Fondation, s'est inscrite, aux côtés des autres grands bailleurs (dont la France), en tant que partenaire et contributeur financier. La Fondation Gates a été étroitement associée à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » lancée par le Secrétaire général des Nations unies pour accélérer les efforts pour la réalisation des OMD 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle).

Pour rédiger cette fiche, il a fallu, comme toujours, garder à l'esprit les destinataires et lecteurs de celle-ci : il ne s'agit ni de médecins, ni d'experts en matière de santé et encore moins en matière de SRMNI (pour rappel, les membres de la délégation étaient trois diplomates de métiers, le chef du pôle santé, l'ambassadeur pour la lutte contre les maladies transmissibles et la directrice générale de la mondialisation, des partenariats et du développement). La fiche doit donc débiter sur un rappel du contexte sanitaire clair, concis et complet. S'en suit la partie destinée à la position française, puis celle destinée à la Fondation Gates et son action (pour les deux il s'agit de revenir sur les contributions financières, la place au sein de la gouvernance, les valeurs ou positions défendues en termes de méthodes d'interventions, etc.).

Enfin la dernière partie, relative aux enjeux actuels, met en exergue quelques questions, sujets ou enjeux d'actualité (c'est-à-dire des sujets que nous souhaitons aborder ou dont nous savons que les représentants de la Fondation feront mention). Pour chaque sujet, il faut replacer rapidement le contexte et le point problématique ou la dernière actualité à discuter puis rédiger un ou plusieurs éléments de langage (en anglais).

Ce travail de préparation de la mission des représentants du MAEDI au siège de la Fondation Gates fut très intense mais m'a permis à la fois de réfléchir aux enjeux actuels de la SRMNI (susceptibles d'être abordés durant la réunion) et plus largement de me pencher sur un certain nombre de sujets (santé et climat et maladies tropicales négligées par exemple).

c) L'analyse de la gouvernance internationale en matière de SRMNI

A la demande du rédacteur chargé des suivis des questions de SRMNI, j'ai effectué une revue des partenariats et des initiatives internationales en faveur de la santé des femmes et des enfants. Le rédacteur, en poste depuis plus de deux ans, souhaitait documenter ce qui lui est apparu depuis sa prise de fonction : la SRMNI et la prise en compte de ses enjeux souffre d'une mauvaise coordination internationale, d'une gouvernance éclatée et d'un trop grand nombre d'initiatives ou de partenariats qui provoquent des doublons et un manque de lisibilité. Cela pose problème tout d'abord pour l'attention reçue par la thématique au niveau international, du fait d'un grand nombre d'interlocuteurs (à l'inverse de la lutte

contre le sida dont quelques grands acteurs sont identifiés et reconnus par tous, comme le FMSTP). Cela pose également problème pour la France, bailleur de la thématique, et pour le pôle santé plus particulièrement, qui doit assurer le suivi des réunions internationales, rencontrer les partenaires et promouvoir les valeurs et l'engagement de la France via l'Initiative Muskoka. Du fait des contraintes temporelles et budgétaires, le rédacteur en charge de la thématique ne peut préparer, assister, être actif ou même suivre l'ensemble des échéances de l'agenda international. L'objet de mon travail était donc de documenter l'idée de départ selon laquelle la gouvernance n'était pas optimale ni efficace pour participer à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et de proposer une rationalisation de cette gouvernance d'après mon analyse. Ce travail pourrait permettre de faire des choix relatifs à la participation de la France aux réunions internationales. Une fin plus large de ce travail pourrait être de sonder nos partenaires (comme le Canada par exemple) sur leur perception de la gouvernance dans l'objectif de proposer, à plusieurs, une rationalisation de celle-ci.

J'ai donc entrepris de réaliser cette revue. Pour ce faire, j'ai d'abord listé l'ensemble des initiatives dont j'avais connaissance et dont les autres rédacteurs avaient connaissance. J'ai interrogé mes collègues, en particulier les rédacteurs du pôle santé chargé des questions de santé au Nations unies et le rédacteur du pôle développement humain chargé de questions de droit sexuel et de planification familiale, sur les expériences des différentes réunions, des livrables et rapports publiés par certains groupes ou initiatives. Ensuite j'ai cherché dans les archives, comptes rendus de réunions et télégrammes diplomatiques pour essayer de déterminer quelles réunions ou conférences avaient été les plus intéressantes et pertinentes pour la France de participer. J'ai également puisé beaucoup d'informations sur les différents sites internet des partenariats et initiatives. Avant de rédiger formellement une note, j'ai rassemblé les informations essentielles dans un tableau comparatif (ultérieurement placé en annexe de la note) pour présenter une synthèse de mes recherches. Après cette première partie prospective et analytique, j'ai discuté avec le rédacteur SRMNI des recommandations que nous pouvions proposer à notre hiérarchie. Dans un premier temps les recommandations portent sur comment optimiser la

participation de la France à la gouvernance en se rendant aux réunions et conférences les plus importantes, celles dont les enjeux nécessitent une présence française. Dans un second temps, les recommandations portent sur la possibilité de rationaliser la gouvernance mondiale de la SRMNI afin d'éviter les doublons et de gagner en lisibilité et en efficacité. Pour cela il faut entreprendre un dialogue avec les partenaires les plus à même de soutenir et partager notre vision des enjeux et des problématiques relatifs à la SRMNI.

2.4 Analyse de la mission

A) Retour sur l'exercice d'évaluation

a) La nécessité croissante de pratiquer l'évaluation des politiques de développement

Depuis le milieu des années 1990, les organismes donateurs cherchent de plus en plus à démontrer leurs capacités à améliorer l'existence des bénéficiaires de leurs interventions. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (OCDE, 2005) illustre l'engagement des bailleurs de fonds à s'intéresser désormais davantage aux résultats du développement et à leur évaluation. En effet, dans les pays donateurs, le contribuable veut savoir à quoi ses impôts sont employés. Cette pression est accentuée par l'impact négatif de la crise économique et financière mondiale sur les équilibres budgétaires de ces pays. Par ailleurs, les populations des pays bénéficiaires réclament de plus en plus des résultats tangibles du développement, plus de transparence dans la gestion de l'aide et un meilleur accès aux rapports présentant des évaluations systématiques et objectives de l'efficacité de l'aide. Dans les pays en développement, les pouvoirs publics sont confrontés à une jeunesse mieux éduquée et émancipée qui exige une réelle amélioration de son niveau de vie. De plus, la complexité du processus de développement rend difficile le suivi de l'impact de l'aide, tributaire de multiples facteurs liés aux bailleurs de fonds, au contexte des pays bénéficiaires et à des facteurs exogènes. Enfin, le secteur de l'aide est encombré par de nombreux acteurs poursuivant les mêmes objectifs sur le même terrain, ce qui rend particulièrement difficile d'identifier l'impact additionnel des interventions.

Dans ce contexte de pression aux résultats, l'une des principales motivations des organismes de développement a surtout été d'utiliser les exercices d'évaluation pour prouver leur propre efficacité et, dans un second temps, en tant qu'outil d'apprentissage. La plupart des ouvrages de référence soulignent l'importance particulière des évaluations (dont les évaluations d'impact) pour améliorer la redevabilité des institutions en charge du développement (Khandker *et al.*, 2010 ; Gertler *et al.*, 2010).

Dans le cas de l'évaluation des programmes Muskoka, il semble que les deux objectifs affichés (de redevabilité et d'apprentissage) sont effectivement recherchés. Ce que j'ai pu observer et comprendre, c'est qu'un troisième objectif, plus officieux, s'est glissé dans cette évaluation : objectif de plaidoyer. Ce n'est pas un objectif premier, puisque l'évaluation à mi-parcours était prévue dès le montage des engagements Muskoka mais c'est un objectif parallèle à l'objectif de redevabilité et de preuve de l'efficacité de l'aide, comme les organismes de développement la recherche. Nous le verrons en troisième partie, mais il existe une grande incertitude sur la pérennité des contributions françaises en matière de SRMNI pour l'après 2015. En ce sens, les agents en charge des programmes Muskoka (qu'il s'agisse d'agents du MAEDI ou de l'AFD), espèrent pouvoir utiliser les résultats de l'évaluation comme éléments de preuve de l'efficacité des engagements français et du dispositif mis en place et ainsi pousser la direction à maintenir des financements en faveur de l'amélioration de la santé des femmes et des enfants après 2015. Il est légitime de se poser la question du biais que cet objectif officieux peut entraîner pour l'exercice d'évaluation. Etudions à présent les limites de l'exercice.

b) Les limites de l'exercice

Sans mettre en doute ni la compétence de l'équipe évaluatrice, ni la bonne volonté des acteurs concernés, ni l'utilité et ou la pertinence d'évaluer les politiques publiques et en particulier les politiques et programmes de coopération et de développement, il est opportun de noter, sans prétendre à l'exhaustivité, les limites ou difficultés révélées par l'évaluation à mi-parcours des engagements Muskoka. Ces remarques, partielles, sont le fruit de mon observation et de ma réflexion et n'engagent, évidemment, que moi.

Comme pour toute évaluation de politiques publiques, l'équipe évaluatrice a reconstitué le schéma ou cadre logique des interventions françaises en faveur de la SRMNI. L'objectif de cet exercice est de se replacer dans l'esprit des décideurs de l'époque et de reconstituer leur schéma de réflexion qui a conduit à la mise en œuvre de l'engagement français de 500 millions d'euros additionnels pris à Muskoka en 2010. L'objectif est louable et nécessaire puisqu'il conditionne les bases de l'évaluation et son bon déroulement. Néanmoins, en observant la prise de décision en matière de coopération et de développement et en écoutant les différents acteurs échanger, il me semble que cette reconstitution est un peu artificielle. Par exemple, l'originalité du dispositif Muskoka est qu'il passe à la fois par le canal bilatéral et par le canal multilatéral, ainsi que par un canal « bi-multi » qui associe quatre agences des Nations unies. Il est légitime de s'interroger sur la répartition des contributions entre ces trois canaux et sur la logique qui l'a motivée. Ce faisant, on réalise rapidement que ce choix de répartition fut plus celui de l'opportunité et du pragmatisme que celui découlant d'une réflexion sur la meilleure manière d'intervenir en faveur de la SRMNI. Après l'annonce effectuée par le Président de la République au G8 (de 500 millions supplémentaires), il a fallu « trouver » cet argent. Il ne s'agit pas ici de rentrer dans les détails mais de souligner que la logique d'intervention n'est pas unique mais multiple : la prise en compte des enjeux de santé publique, la force de la décision politique, la contrainte budgétaire, le pragmatisme et le « bricolage » financier sont toutes les composantes à considérer lors de la reconstitution d'un schéma logique. Et si l'évaluation doit montrer la cohérence et l'application concrète d'une stratégie française de coopération et de développement en santé (en SRMNI en l'espèce), force est de reconnaître que la stratégie et la logique n'ont pas précédé la mise en œuvre des engagements mais constituent plutôt une légitimation ex post du dispositif.

Une autre difficulté observée lors de l'évaluation est la mesure de l'impact des interventions. L'exercice mené par EY étant une évaluation à mi-parcours, il ne s'agit pas d'une évaluation de l'impact des interventions, c'est-à-dire des conséquences - positives ou négatives - à long terme de l'action de la France. Selon la théorie de l'évaluation des politiques publiques, l'impact d'une intervention ne peut se mesurer qu'après la fin de l'action. De plus, en matière de

SRMNI, l'impact des interventions sur la mortalité maternelle et infantile ne peut se mesurer également qu'à long terme (au minimum 5 ou 10 ans). C'est ici qu'apparaît la différence ou le conflit entre le temps de la santé publique et le temps de la décision politique. Idéalement, dans l'objectif de redevabilité (vis à vis du contribuable) et également dans l'objectif de plaidoyer (des acteurs engagés vis à vis de leur hiérarchie), il faudrait que l'évaluation puisse souligner les résultats en termes d'amélioration de la santé des populations atteints grâce à l'action et les financements de la France. Ne pouvant donc mesurer l'impact en termes de santé des interventions de la France, l'évaluation (et la communication et le plaidoyer qui la suivront) doit se concentrer sur ce qui est mesurable et « évaluable » à mi-parcours : la pertinence de l'engagement, la cohérence (interne et externe), la vision stratégique et le portage politique notamment.

Le dernier élément que je souhaite aborder à propos des limites ou difficultés de l'évaluation concerne les recommandations élaborées par l'équipe évaluatrice et revues par le comité de pilotage de l'évaluation. Les recommandations ne sont pas sources de difficultés en elles-mêmes, elles sont pertinentes et logiques à la lecture de l'étude et des conclusions opérationnelles. Ce qui pose question, c'est l'utilisation qui sera faite de ces recommandations et la mesure dans laquelle elles seront, d'abord communiquées, puis suivies. Nous évoquerons en troisième partie le cas de recommandations, établies dans le cadre d'un exercice assimilable à une évaluation, qui ne seront probablement pas suivies. En effet, les résultats de l'évaluation n'engagent pas les commanditaires. Il est difficilement imaginable que la décision finale ne revienne pas à la Direction, voire au Ministre, voire à l'Elysée. Néanmoins cela constitue peut-être la plus grande limite, à mes yeux, de l'exercice d'évaluation. En effet, les résultats et recommandations établis sont pris en compte par les acteurs concernés (le pôle santé du MAEDI et la division santé et protection sociale de l'AFD) qui devront, ensuite, se charger de leur communication et de leur diffusion ainsi du plaidoyer en faveur de la poursuite des engagements français après 2015. L'application des recommandations dépend donc de la réussite de ces agents à sensibiliser et mobiliser le pouvoir politique.

Après être revenu sur l'évaluation que j'ai pu suivre, nous allons étudier deux points qui me sont apparus importants de souligner concernant le suivi des engagements français en matière de SRMNI effectué au pôle santé du MAEDI.

B) Retour sur l'ensemble du travail de suivi des questions de SRMNI

a) *Mauvaise communication*

Concernant les engagements français pris à Muskoka en 2010 et le montage financier qui en a ensuite découlé pour atteindre les 100 millions d'euros additionnels annuels de contribution en matière de SRMNI, j'ai pu observer une mauvaise communication, en interne comme vers l'extérieur du ministère (partenaires français, partenaires étrangers).

En interne, en dehors des agents directement concernés par le suivi des engagements français en SRMNI, très peu de personnes sont au fait des montants consacrés aux OMD 4 et 5 par la France et encore moins de la manière dont l'argent est distribué entre plusieurs opérateurs (et notamment de l'originalité de la contribution « bi-multi » qui fait travailler quatre agences de Nations unies ensemble dans les pays).

La communication externe n'est pas optimale non plus. Un des résultats de l'évaluation en cours est que les partenaires (comme le Fonds mondial) comme les pays récipiendaires ne sont pas bien informés sur les engagements que la France a pris à Muskoka en 2010 et sur les contributions qu'elle met en œuvre depuis.

Or, d'après ce que j'ai pu observer pendant mon stage, la communication et la promotion des engagements de la France sont essentielles. Pourquoi le sont-elles ? Il semble logique de considérer l'efficacité comme le caractère premier de l'aide au développement. Néanmoins la visibilité de l'aide est également centrale. En effet comme il l'était évoqué en introduction, la diplomatie sanitaire recouvre plusieurs enjeux pour les pays bailleurs et aucun donneur ne peut se targuer de n'avoir que faire de la reconnaissance (de l'opinion publique, des autres bailleurs comme des pays récipiendaires), des retombées économiques, des retombées médiatiques, de la préservation de la sécurité sanitaire nationale et de l'influence diplomatique qui peuvent découler de son action en matière d'aide au

développement en santé. Sans ces retombées et cette reconnaissance, l'aide au développement (en santé en l'espèce mais cela est vrai pour l'ensemble des domaines d'intervention) perd de son intérêt pour les décideurs politiques qui sont face à des contraintes budgétaires et qui choisissent, en matière de politique étrangère comme ailleurs, d'investir dans les domaines et les actions, certes les plus efficaces en soi mais également plus efficaces pour la France en termes d'impact et de retombées positives. En temps de crise des dépenses publiques en particulier, le MAEDI doit pouvoir justifier et légitimer ses choix budgétaires en présentant des résultats positifs, à la fois pour les interventions menées et aussi pour la France et sa visibilité sur la scène internationale. Promouvoir les engagements de la France en matière de santé et communiquer sur les interventions françaises ou financées par la France fait donc partie du travail et des missions du pôle santé du MAEDI.

Cette tâche est plus ou moins facile selon les sujets. Concernant la lutte contre le sida et l'engagement de la France au Fonds mondial par exemple, l'attention politique et médiatique est beaucoup plus importante. En effet, en France, la société civile dédiée à la lutte contre le sida est très active et très puissante (Act'up, Sidaction, etc.), ce qui explique que les engagements de la France en la matière sont très suivis et également plus repris par les médias. Il faut tout de même noter que le cas du sida est un cas particulier du fait de la progression fulgurante de l'épidémie depuis sa découverte et de l'attention médiatique qu'elle retient depuis plusieurs décennies. De plus, du fait de la présence de l'épidémie en France, l'opinion publique est également bien sensibilisée à cette thématique. En revanche, il faut préciser que, du fait des contributions françaises transitant en majorité par le canal multilatéral (via le FMSTP), la visibilité de la France comme bailleur a diminué dans les pays récipiendaires. Les interventions du Fonds mondial ne sont portées pas d'« étiquette France », ni aucune autre étiquette que celle du Fonds mondial d'ailleurs. Il apparaît donc que même dans un domaine d'intervention majeur de la France comme la lutte contre le sida, la communication et la promotion des engagements de la France ne sont pas aisées et pas évidentes.

En ce qui concerne les engagements français en matière de SRMNI, la tâche de communication et de promotion est encore plus délicate. Tout d'abord, la société civile n'a pas du tout la même virulence que la société civile « VIH/sida », et n'exerce pas du tout la même pression sur la décision politique. Ensuite le domaine d'intervention n'est pas aussi clair et défini que pour le sida ou la lutte contre une pandémie bien définie. L'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile, comme défini en deuxième partie, consiste à pouvoir fournir un accès à un continuum de soins à toutes les jeunes filles et les femmes. La communication autour de ce continuum est plus complexe que la communication autour du nombre de moustiquaires distribuées pour lutte contre le paludisme par exemple. Enfin, communiquer sur les engagements français en SRMNI pris à Muskoka est ardu car, exceptés les experts du domaine, personne n'a connaissance ou souvenir du G8 de Muskoka et de l'engagement de tous les grands bailleurs, dont la France, à améliorer les OMD 4 et 5. Le choix (réfléchi ou non) de conserver l'appellation des contributions françaises comme engagements ou fonds « Muskoka » n'était certainement pas la solution idéale, le nom de Muskoka n'évoquant ni la santé des femmes et des enfants ni la France.

b) Plaidoyer interne

Un phénomène ou action que j'ai pu observer et auquel j'ai plusieurs fois participé est ce que j'appellerais le plaidoyer interne réalisé par les rédacteurs ou parfois leurs supérieurs directs (chef de pôle ou sous-directeur) et à destination de la hiérarchie (niveau directeur ou Directeur général). Ce plaidoyer interne est conséquence du rôle et de la position particulière du rédacteur (sur lesquels je reviendrai plus en détail dans la troisième partie) : le rédacteur, échelon en bas de la hiérarchie, se doit de répondre aux commandes et de respecter les décisions de ses supérieurs mais est également force de proposition et souvent le plus armé ou expert sur les sujets qui lui sont confiés, ce qui lui confère une certaine supériorité au niveau des connaissances. Cela entraîne que le rédacteur n'est pas un agent neutre, s'attache aux sujets qu'il traite (la santé étant un sujet particulièrement sensible, dans lequel il est facile de s'investir) et adopte donc, parfois, une position de promotion, de défense et de mise en avant de ses sujets vis à vis de la hiérarchie.

Ce phénomène est également dû à une relative concurrence installée entre les sujets et domaines d'interventions et donc les rédacteurs en charge des différentes thématiques. J'ai plusieurs fois entendu des rédacteurs de la sous-direction (santé, sécurité alimentaire et développement humain) relever ou souligner l'investissement massif de la France en matière de santé, au détriment d'autres thématiques traitées par la sous-direction. Il est évident que tous les sujets sont importants et méritent l'attention de la hiérarchie et une contribution financière (au sein de la sous-direction et plus largement au sein de la direction des biens publics mondiaux) mais la situation est telle qu'il semble évident que chaque rédacteur, ayant au départ, ou développant au fil de ses missions, un intérêt pour la thématique qu'il traite, défende ensuite ses sujets et se place dans cette situation semblable à un plaidoyer.

Ayant en majorité travaillé sur les questions de SRMNI et de suivi des engagements français en la matière, j'ai participé au plaidoyer interne, relativement actif, en faveur de la thématique. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, les engagements financiers pris à Muskoka en 2010 courent jusqu'à la fin de l'année 2015. L'avenir de la contribution française à la thématique après 2015 n'est pas connu à ce jour. La santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile est une des priorités de l'aide au développement en santé (elle est inscrite comme telle dans la récente loi relative à la politique de développement et de solidarité internationale) mais il existe néanmoins une grande incertitude quant à ce qui suivra les engagements Muskoka. Il est difficile de déterminer précisément la source de cette incertitude. Dès mon arrivée au pôle santé, je l'ai ressentie comme un fait établi : l'avenir de la contribution française pour la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile est incertain et menacé. Et cela, sans, me semble-t-il que la nouvelle ait jamais été officiellement annoncée. C'est plutôt l'absence d'annonce, la non prise de décision qui, petit à petit, a amené les agents à tirer cette conclusion.

Cette non décision, ce flou décisionnel, rend possible et favorise également la mise en œuvre (consciente ou non) d'un plaidoyer de la part des agents concernés. Sentant le sujet menacé mais n'ayant encore aucune certitude sur le sort effectivement réservé aux contributions financières futures, les agents sont

d'une certaine manière poussés à agir. Le flou laisse, en effet, une fenêtre d'action ouverte aux agents qui souhaiteraient faire pencher la balance en leur faveur (ou plutôt en la faveur de leur thématique), ou du moins qui pensent pouvoir le faire.

Cette analyse du plaidoyer réalisé en interne pour le maintien des contributions en faveur de la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile clôt la deuxième partie de ce rapport dédiée au travail que j'ai pu effectuer en matière de suivi des questions de SRMNI. Toutes ces tâches furent particulièrement formatrices et enrichissantes, tant sur le plan méthodologique que sur les réflexions qu'elles m'ont permises de mener. Il est parfois difficile de dissocier le récit des missions de leur analyse. Néanmoins la partie qui suit se concentre sur l'analyse réflexive de mon expérience au pôle santé du MAEDI. Cette analyse se base sur ce que j'ai pu observer et faire mais dépasse ma seule expérience et s'intéresse plus largement au travail de mes collègues rédacteurs et à la manière dont sont traités les dossiers.

3 Analyse réflexive du stage

En analysant les tâches que j'ai effectuées dans le cadre du suivi des engagements français pour l'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile, nous avons entrevu la façon dont les sujets peuvent être traités et comme un rédacteur peut porter son projet ou une idée ou tenter d'influencer une décision. La troisième et dernière partie de ce rapport est l'occasion de revenir plus en détails sur le fonctionnement de l'institution - auquel j'ai pris part – (3.1) et le rôle des rédacteurs (3.2). Enfin, je ferai le bilan de ce que m'a apporté cette expérience au MAEDI, en termes notamment de connaissances et de compétences (3.3).

3.1 Analyse du processus décisionnel

Dans le cadre de l'analyse séquentielle, Patrick Hassenteufel explique que le processus décisionnel consiste en un « travail de transformation du problème mis sur agenda en proposition de solution par le biais d'un travail de production d'information et d'analyse » (Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2008, p.61). Le choix d'une solution serait donc le produit d'une série d'opérations complexes et multiples, d'une série de compromis qui correspondraient en réalité à une multiplicité de décisions.

Durant mon stage, j'ai pu observer et participer à la prise de plusieurs décisions. Sans prétendre à l'exhaustivité, je vais profiter de cette analyse réflexive pour décrire différents processus de décision à l'œuvre au sein du pôle santé et plus largement au sein du ministère en utilisant des exemples d'instructions de différents dossiers.

A) Ecrire la note revue partenariats en santé - auto-saisine

Dans la troisième partie de ce rapport, j'ai décrit une de mes tâches concernant le suivi des questions de SRMNI qui était celle de réaliser une revue de la gouvernance mondiale de la SRMNI et d'en écrire une note. Cette commande n'émanait pas de notre hiérarchie mais du rédacteur en charge de la thématique

qui a souhaité que nous travaillions ensemble sur cette question afin d'informer et de mobiliser ensuite notre hiérarchie sur ce sujet. Au sein du pôle et plus largement du ministère, le travail de transformation du problème mis sur agenda est, dans ce cas là, réalisé par le rédacteur. Il est très intéressant d'étudier comment cela s'effectue et par quels moyens le rédacteur va pouvoir faire valoir les solutions proposées.

Pour le moment l'impact de cette décision est limité mais si le rédacteur porte sa note et son projet à l'attention de la hiérarchie et réussit à mobiliser autour de son idée, les conséquences à moyen-long termes seront plus importantes (éventuel retrait de la France d'une ou plusieurs initiatives, impulsion donnée au niveau international d'entamer une réflexion sur la gouvernance de la SRMNI et le besoin de la rationaliser).

De plus, d'autres éléments pourront favoriser cette prise de décision à l'initiative du rédacteur. En effet, une fois la note écrite, l'idée étoffée et déjà partagée en interne entre plusieurs rédacteurs, d'autres acteurs peuvent venir « servir » ou alimenter le débat. Pour l'exemple que j'ai choisi, j'ai pu observer cela lors de l'exercice d'évaluation effectué par EY. Plusieurs fois dans les discussions avec l'équipe évaluatrice, la gouvernance mondiale en SRMNI a été évoquée. Sa dispersion, son éclatement et la difficulté pour la France de peser et d'être représentée dans les différentes instances ont donc été plusieurs fois abordés, non seulement en interne mais également en présence du monde de la recherche, de la société civile, de l'AFD et de l'équipe évaluatrice d'EU. Cela a mené à ce que, dans les recommandations faites par l'équipe évaluatrice et discutées en comité de pilotage de l'évaluation, la gouvernance mondiale soit présente et décrite de la même manière que je l'ai fait dans ma note. Les recommandations d'EY portaient également sur le besoin de rationaliser cette gouvernance ou tout du moins, dans un premier temps, d'impliquer d'avantage la France dans certains lieux de discussions et de décision, à la fois pour promouvoir ses engagements Muskoka et pour défendre sa vision et ses valeurs de l'aide au développement en matière de SRMNI.

Cette implication d'autres acteurs, qui viennent appuyer la position défendue par le rédacteur initialement, pourra certainement aider le rédacteur à porter son

dossier et à retenir l'attention de la hiérarchie. Qui plus est, le fait que les conclusions et propositions de la note que j'ai écrite soient reprises (non pas à l'identique mais dans l'ensemble) dans un document produit par une équipe évaluatrice indépendante et externe au ministère, participe à la généralisation du constat de départ (la France trop peu active et représentée au sein d'une gouvernance éclatée). Plus cette idée sera reprise et diffusée, plus elle sera intégrée comme une vérité, un constat de principe, ce qui aidera le rédacteur à l'origine de la mobilisation à faire entendre non seulement le problème soulevé mais également les solutions proposées.

En fait, si l'idée ou la décision semble venir uniquement du rédacteur, c'est que l'on se place en observateur de la prise de décision en considérant seulement le processus décisionnel comme un phénomène interne au ministère. En réalité, le rédacteur interagit quotidiennement avec d'autres acteurs, en l'occurrence d'autres acteurs en matière de SRMNI, qu'ils soient des partenaires étrangers, des chercheurs ou des opérateurs. Ces échanges et interactions quotidiens doivent être pris en compte car l'auto-saisine du rédacteur sur certains dossiers résulte déjà de discussions entre experts et protagonistes de la thématique. Le rédacteur s'appuie sur son expérience personnelle et également sur celle de ces collaborateurs extérieurs pour être force de proposition au pôle santé et plus largement au sein de la DGM.

B) Maintenir la contribution Fonds mondial – décision politique

Toujours à titre d'exemple, évoquons à présent une autre décision – d'envergure - celle de maintenir la contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il ne s'agit pas de rentrer dans les détails ou le calendrier exact de la décision mais de partir de ce que j'ai pu observer en tant que stagiaire et n'étant pas particulièrement chargée de suivre l'engagement de la France au FMTSP. Rappelons que la France contribue, actuellement et pour une période de trois ans, de 360 millions d'euros annuels au FMSTP. Il faut également savoir que mon stage a coïncidé avec un exercice, dit de modernisation de l'action publique (MAP), destiné à étudier la coopération internationale française en matière de santé et à proposer des scénarii de réforme ou de « modernisation »

du dispositif. Cet exercice fut réalisé en interne au MAEDI, par une équipe indépendante. Dans ces conclusions et recommandations, le rapport MAP proposait de réduire la contribution au Fonds mondial afin de rééquilibrer les contributions françaises en santé. Or, au même moment de la publication de ce rapport, le Président de la République a réaffirmé, publiquement (sur un plateau de télévision), l'engagement de la France au FMSTP et la contribution annuelle de 360 millions d'euros.

Je trouvais intéressant d'évoquer cet événement, qui ne m'a pas concernée directement mais qui peut être considéré comme particulièrement frappant. Il illustre la façon dont peuvent être déconnectés le politique et l'administration et souligne également que la décision n'est pas nécessairement rationnelle. L'exercice de modernisation de l'action publique est destiné à rationaliser et moderniser l'action publique et l'Etat. La contribution au Fonds mondial est un bon exemple des limites de ce genre d'exercices. Les personnes avec qui j'ai pu discuté de cet événement sont beaucoup revenues sur la puissance de la société civile de lutte contre le sida en France et l'influence exercée par les différentes associations sur le pouvoir politique. Ainsi le pouvoir d'influence et les relations interpersonnelles ont, dans la prise de cette décision politique, primé sur la rationalisation, pourtant souhaitée et affichée politiquement, de l'action publique.

C) La réduction des engagements financiers en matière de SRMNI après 2015

Ce troisième exemple n'est pas à proprement parler une décision. Il s'agit en fait d'une non décision. Il m'est difficile de dire pourquoi ou comment j'ai compris que les financements en faveur de la SRMNI après 2015 étaient menacés. Dès mon arrivée au pôle santé, il m'a semblé que tous les agents le savaient et le tenaient pour acquis, sans qu'aucune décision officielle n'ait été annoncée. Certains m'ont évoqué des conversations avec la Direction et racontaient des signes d'agacement ou de désintérêt de la part de la hiérarchie pour « Muskoka ». Ce qui pourrait être considéré comme une surinterprétation des agents devient central quand aucun autre signal n'est donné, quand les choix ne sont pas assumés et que l'administration réalise des arbitrages sans les nommer. Ce qui m'a frappé c'est l'unanimité régnante au sein du pôle sur le fait que les financements

Muskoka étaient menacés et que la santé des femmes et des enfants « n'intéressait pas ».

Il est intéressant de voir comme les agents intègrent ce fait et effectue donc leur travail et leurs missions en fonction. Le plaidoyer (évoqué en 2.4) s'explique et se comprend alors. Si l'ombre de la décision (de la coupe budgétaire en l'espèce) plane et est connue de tous, tout en n'ayant jamais été annoncée ou officialisée, il paraît opportun aux agents d'opérer un travail de remobilisation et de sensibilisation afin d'espérer pouvoir inverser le sens de la décision. Il faut également noter que dans un tel contexte de menace de restriction budgétaire, les objectifs des agents peuvent être revus à la baisse : imaginons qu'aucun doute n'existe sur le réengagement financier de la France en matière de SRMNI après 2015, les agents en charge du dossier pourraient établir une stratégie d'augmentation des contributions. Dans le cas présent, en présence d'un doute généralisé, les agents se considèrent en position de faiblesse et s'estimeront satisfaits si les contributions sont seulement maintenues ou faiblement diminuées.

Sans avoir pu ou voulu étudier l'ensemble du processus décisionnel à l'œuvre au sein de la DGM et en particulier du pôle santé, j'espère avoir pu donner des éléments de réflexion intéressants et pertinents sur la façon dont les choses peuvent fonctionner au sein d'un service qui doit concilier les logiques de l'administration et celles du développement et de la santé publique. A présent, nous allons nous pencher sur le rôle particulièrement intéressant des agents du pôle, les rédacteurs, qui ont une influence certaine sur la politique de coopération et de développement du MAEDI.

3.2 Analyse du rôle du rédacteur

Une précédente stagiaire de la Direction générale de la mondialisation, des partenariats et du développement a publié un article analysant le rôle du rédacteur dans la prise de décision au sein de la DGM. En me basant sur cet article et en apportant mes propres observations, je vais à présent revenir sur le rôle prépondérant du rédacteur dans l'action et la prise de décision au sein de la DGM.

Les agents administratifs constituent des objets d'étude récurrents de la sociologie de l'action publique, qu'il s'agisse des hauts fonctionnaires (Genieys, 2008), des agents au contact des usagers (Dubois, 2003 ; Lipsky 2010). Les rédacteurs, souvent considérés ou perçus comme de simples exécutants, n'étant ni des hauts fonctionnaires, ni des agents au contact du public visé, n'ont pas été beaucoup étudiés.

Actuellement, les travaux menés sur la coopération et le développement sont souvent concentrés sur les objets internationaux (organisations internationales, ONG, fonctionnaires internationaux). Les politiques publiques de coopération et de développement sont plus souvent perçues comme le produit de logiques internationales que comme une expression de logiques nationales et administratives. L'action des rédacteurs est influencée par leurs trajectoires, leurs rapports à l'institution et leurs logiques cognitives et en participant à la construction de l'action publique, ils l'influencent, et cela même en étant au bas de l'échelle hiérarchique de l'administration centrale (Reboa, 2014).

A) Les catégories de rédacteurs et leur position par rapport à l'institution

a) *Les institutionnalistes, les développementalistes et les satellites*

Giulia Reboa détermine trois catégories ou idéal-types de rédacteurs selon leur positionnement par rapport à l'institution (MAEDI) :

- Les « *institutionnalistes* », groupe constitué majoritairement par des diplomates pour lesquels le poste à DGM (ou au pôle santé, selon ma propre expérience) n'est qu'un passage, une étape (et souvent un premier poste). Leur poste est souvent un tremplin, pour accéder à d'autres responsabilités plus tard dans leur carrière. En tant que jeunes fonctionnaires faisant preuve de bonne volonté, ils peuvent « respecter de manière excessive certaines règles, les codes du comportement, ou adopter un discours très normé » (Reboa, 2014, p.95). Pour cette catégorie, le développement est un instrument de travail pour faire de la diplomatie et de la politique étrangère.
- Les « *développementalistes* » sont majoritairement des contractuels, recrutés pour une expertise ou une expérience spécifique. Il s'agit de la

majorité des rédacteurs du pôle santé. Pour cette catégorie, travailler au ministère est une opportunité, une expérience ponctuelle, l'occasion de développer leur réseau et leur expertise, mais c'est aussi, est surtout, le moyen de réaliser des objectifs déterminés en termes de développement.

- Les « *satellites* » travaillent un temps déterminé au ministère et sont recrutés pour des compétences spécifiques. D'après l'étude menée par Giulia Reboa, ces agents ne voient pas le ministère comme un lieu déterminant de leur carrière mais comme un « vecteur de réalisation d'objectifs professionnels initiés et ancrés dans d'autres secteurs » (Reboa, 2014, p.95).

Il est évident que l'appartenance à telle ou telle catégorie est variable. Par exemple, un contractuel en début de mission se rapproche plus de la catégorie institutionnaliste, puisqu'il tient à s'intégrer et s'adapter au rôle attendu d'un rédacteur. Au cours de la mission, après une période d'intégration et d'appropriation des méthodes de travail et du processus décisionnel, ce rédacteur revient alors à son objectif de développement (et se rapproche ainsi de la catégorie développementaliste).

b) Ressenti des rédacteurs par rapport à l'institution et à son action

Les rédacteurs, comme le reste des agents du MAEDI, représentent la France à l'étranger. Ils sont des agents de l'Etat français et ont conscience de participer à l'action de la France en coopération et développement. Ce qui diffère selon les types de rédacteurs, est l'enthousiasme avec lequel ils considèrent cette action à laquelle ils prennent part. Les institutionnalistes ont pour objectif premier d'appliquer la politique du ministère et de promouvoir la France et son action internationalement. Pour les autres, l'objectif premier étant le développement, ils peuvent être plus critiques vis à vis de l'action de la France, considérant, par exemple, les enjeux de santé publique comme prioritaires sur les enjeux de politique et d'influence extérieure.

Les rédacteurs ressentent et se plaignent parfois de la « lourdeur administrative » relative à la prise de décision ou au temps de circulation de l'information. Un collègue (intentionnaliste), m'a expliqué, un jour où nous étions mis en difficulté dans notre travail par les règles de l'institution, que ces règles et cette lenteur était « le prix de la qualité du travail final » et que chacune de nos décisions et celles de nos supérieurs étaient susceptibles d'engager le Ministre et plus largement la France. Pour les institutionnalistes, la lenteur ou lourdeur est donc justifiée. Pour les développementalistes y voient beaucoup plus un frein à la réalisation de leurs missions.

B) La stratégie des rédacteurs face à leur cadre de travail

Les rédacteurs agissent dans un cadre et doivent en prendre en compte les contraintes, ce qui ne les empêche pas de contourner certaines règles (Reboa, 2014). La marge de manœuvre des rédacteurs est plus large qu'on pourrait le penser eu égard au principe hiérarchique et à la routine administrative. D'après Reboa, le rédacteur peut faire le choix de mener, ou non, une politique et de respecter, ou non, les règles administratives. De plus, il peut choisir de s'investir plus sur certains dossiers que d'autres. Ce que j'ai pu observer également durant mon stage, c'est que des rédacteurs en fin de contrat (qu'il s'agisse de titulaires ou de contractuels) choisissent parfois de ne pas se saisir de certains dossiers, considérant qu'ils ne pourront les mener à bien d'ici à la fin de leur présence à la DGM.

Que le rédacteur le veuille, ou non, qu'il en ait conscience, ou non, son action a toujours une conséquence.

Par exemple, un rédacteur peut décider de reprendre la même position sur une question que le rédacteur occupant son poste précédemment ; ou décider de ne pas faire avancer un dossier. Ces choix dépendent de ses connaissances et de son intérêt pour tel ou tel sujet. Dans cette situation, le rédacteur produit une action publique – la continuité – sans avoir réalisé action visible.

Selon qu'un rédacteur se rapproche plus du type institutionnaliste ou développementaliste, il aura recours à des techniques différentes pour mener à bien ses projets et ses missions : le développementaliste bricole et s'arrange avec les règles alors que l'institutionnaliste respecte plus strictement les codes. Cela a

un impact sur l'action publique (sur la validation d'un projet, l'obtention d'une subvention, le soutien apporté à un acteur ou partenaire). Dans son article, Reboa cite les propos d'un développementaliste :

« Tu as bien vu qu'au ministère il y a cette volonté, au moins de façade, de montrer que c'est cohérent, qu'il y a un échelon, de la hiérarchie, les parapheurs qui sont signés (...) C'est vrai en partie parce qu'il y a des échelons, un cursus honorum. Mais tout n'est pas comme ça dans une prise de décision : une fois que tu as compris comment ça fonctionne en système interne, (...) pour débloquer 10 000 euros sur un projet eh bien tu développes des stratégies alternatives, (...). Je n'ai pas ce problème-là, parce que dans la grande partie des cas, ce que je n'ai pas pu obtenir d'une certaine façon je l'ai obtenu d'une autre, parce que j'ai fait ce travail d'analyser mon environnement de travail (...). Un poste appelle et te dit « on a besoin de 20 000 euros sur le cas d'un pays X pour appuyer X qui va se mettre en place ». Je vais donner deux réponses : la première c'est que « l'on n'a pas d'argent, (...) je ne peux pas », la deuxième c'est que « si ton ambassadeur appelle ma chef (...), je pense que ça va se débloquent ». (...) l'ambassadeur appelle, la sous-directrice vient me voir « il faut absolument qu'on débloquent... », (...) et ça a été fait dans la journée. Parce que normalement ce qui se passe c'est que tu dois passer par un comité de subvention, tu dois déposer un dossier (...) ; maintenant, pour les comités d'attribution de subvention, la stratégie c'est – et les autres font pareil – de dire on ne va plus en présenter que quelques-unes pour les ONG qui sont à Paris et si c'est à l'étranger on va déployer des fonds à l'étranger. (...). C'est sur 20 000 euros, c'est pas une résolution de l'ONU, mais je trouve que c'est extrêmement intéressant sur la prise de décision : finalement, tout n'est pas aussi cohérent que ça. »

Les relations interpersonnelles sont un élément incontournable des stratégies des rédacteurs. A mon arrivée au pôle santé, mes collègues rédacteurs ont été unanimes sur le fait que ces six mois allaient être une occasion idéale pour me constituer un réseau, pour rencontrer des acteurs (du MAEDI, des autres ministères, de la société civile, des organisations internationales, etc.) et ainsi « mettre le pied dans le système ». Ces relations sont utiles aux rédacteurs dans leur travail pour faire avancer une idée. Ces pratiques sont fondées et légitimées

par un usage de l'expertise et sont mis en œuvre par une connaissance fine du fonctionnement interne de l'administration (Robert, 2003). Les relations interpersonnelles jouent aussi sur le choix des partenaires. Un rédacteur contractuel, possédant déjà un réseau professionnel dans son secteur (la santé par exemple ou plus précisément la lutte contre le sida), se tournera naturellement vers ses anciens collègues ou collaborateurs pour les associer à son action. L'impact de ce phénomène est réel car c'est de la concertation avec les partenaires (société civile, autres ministères, secteur privé, organisations internationales, instituts de recherche) que naissent les positions défendues par le ministère et son action.

Quelque soit la manière dont un rédacteur veut traiter un dossier et le faire évoluer, il est confronté à la nécessité du compromis (compromis avec ces collègues, compromis entre ministères et compromis au niveau international en formant des alliances pour peser dans les négociations). Les institutionnalistes cherchent le consensus la plupart du temps. Sauf dans certains cas où ils vont porter des dossiers pour des raisons légitimes à leurs yeux, comme soutenir la position française ou être un bon diplomate (Eymeri, 2003). Les développementalistes, également à la recherche d'alliances au niveau international, doivent aussi chercher des compromis. Cette nécessité du compromis affecte sur les décisions des rédacteurs et donc sur les positions et la politique du ministère.

C) « L'articulation de la croyance et de l'action »

Le rédacteur, comme tout agent, construit son activité professionnelle autour d'un ensemble de représentations et de justifications qui sont aussi des facteurs de choix. Philippe Bezes analyse l'impact des logiques cognitives sur l'action et explique que l'acteur construit son action de façon à en être satisfait. Il existe deux mécanismes cognitifs ou croyances : adhérer aux doctrines administratives et envisager la possibilité de réaliser ces doctrines (Bezes, 2010). Reboa analyse l'action des rédacteurs à travers ce prisme des croyances : les développementalistes se concentrent davantage sur la réalisation effective de leur activité et les institutionnalistes accordent autant d'importance à la réalisation qu'au processus. Alors qu'un institutionnaliste sera satisfait d'avoir mis en œuvre

l'ensemble d'un processus, un développementaliste ne considérera sa mission accomplie qu'à la réalisation du projet. Pour l'institutionnaliste, travailler au ministère ne suffit pas, il faut « être du ministère » (Loriol et al., 2007) et donc en respecter les processus et les règles. Ils suivent en fait deux logiques parallèlement : la logique officielle du développement et des affaires étrangères et la logique, plus officieuse, de se faire une place et de la conserver (Gervais, 2009). L'institutionnaliste est également plus prudent dans les projets qu'il entreprend et s'investit en fonction de son anticipation de réalisation. Il adopte alors une stratégie d'accommodement en prenant en compte les contraintes politiques et le cadre administratif. L'un deux, interrogé par Giulia Reboa explique :

« Tu vois qu'un prédécesseur avait écrit une note, un paragraphe là-dessus ; tu regardes ce qui a été écrit et tu reprends l'actualité en faisant une synthèse et après, peut-être que tu pourras mettre une petite dose d'avis personnel dessus. Finalement, ton avis personnel va être très dilué. Je trouve qu'à mon niveau la diplomatie se bâtit (...) par sédimentation très très lente : une couche, après une autre couche, tu construis vraiment sur quelque chose qui est déjà là. »

Philippe Bezes a montré que l'acteur est en mesure d'adapter le sens qu'il donne à la réalisation d'une action. Une réalisation partielle peut être trouvée satisfaisante (lors de l'échec de l'adoption d'une résolution, on peut se réjouir d'avoir porté le thème et posé le problème à l'agenda international, lorsque l'évaluation d'un programme est négative ou modérée, on peut considérer que c'est l'occasion de réorienter une politique de manière plus pertinente, etc.) Ces mécanismes sont essentiels dans la pratique professionnelle car ils donnent un sens à l'action menée et permettent de conserver une dynamique de travail. Mais ce type de stratégie est souvent insuffisant pour les développementalistes. J'ai pu observer, chez mes collègues développementalistes en fin de contrat, une certaine frustration voire une lassitude, nées de plusieurs échecs ou de projets non aboutis, donc de la non atteinte d'objectifs qu'ils s'étaient fixés.

Les logiques cognitives ou les croyances des rédacteurs entraînent des actions vont influencer la politique menée. La satisfaction personnelle peut venir modifier l'action professionnelle d'un rédacteur.

D) Le pouvoir des rédacteurs dans la prise de décisions

Au sein du MAEDI comme au sein de la plupart des administrations, la division des tâches est nette et officielle entre les tâches « nobles » attribuées à la direction et les tâches techniques et répétitives (Loriol et al., 2008). Le rédacteur étant en bas de la hiérarchie, il n'est pas perçu (et ne se perçoit pas forcément) comme un acteur central de la décision. Les rédacteurs, que j'ai assistés dans leur travail, préparent des éléments, des conseils et des propositions aux directeurs ou au cabinet, sans trancher. Néanmoins, s'ils ne prennent pas la décision, ils la font. C'est une position ambiguë que raconte un rédacteur à l'occasion de l'étude menée sur les rédacteurs de la DGM :

« Moi j'ai un avis technique, mais la technique est toujours très importante dans la stratégie. (...) Je ne pense pas qu'il y ait vraiment de risque mais le système de validation par la hiérarchie est censé rendre responsable la hiérarchie une fois qu'elle l'a validé. Moi je ne suis jamais responsable directement de ce que j'ai écrit. Je me sens responsable de ce que j'ai écrit mais, d'un point de vue administratif, je ne suis pas responsable puisqu'un télégramme diplomatique (TD) ou une note ce n'est pas moi qui les signe directement. Ce n'est même pas la responsable de pôle mais le sous-directeur. Ceci dit ça ne fait pas énormément de différence, je ne me sens pas déresponsabilisé du fait que ce n'est pas moi qui signe, ma note je considère que c'est ma note et d'ailleurs mon nom apparait « suivi par ... ».

D'après le sociologue de l'action publique Eymeri, il existe une « délégation de pouvoir » (et non une usurpation) du politique vers l'administration. Officiellement, le travail des directions administratives est seulement administratif « qui est de part en part traversé de déterminations et de préconditions, de logiques et de finalités politiques patentes » (Eymeri, 2003). Reboa assimile ce rapport entre le politique et l'administration à celui qui existe entre les directions et les rédacteurs. Les rédacteurs ont, avec l'accord ou même le soutien de la direction, une réelle influence sur la politique menée et leur rôle ne correspond pas à la répartition officielle des tâches. Les rédacteurs mobilisent différents capitaux, ce qui explique cette confiance qui leur ait accordée : techniques (produire une analyse, réaliser

une note, faire de la communication externe), bureaucratiques (monter un dossier), financières (distribuer des fonds) ou encore relationnels (rencontrer des représentants d'un organisme, assister à un colloque) (Bezes, 2010).

Au ministère, ils sont souvent dans une situation de monopole de l'expertise sur leur sujet. Lorsque leurs propositions ou idées sont validées par la direction, celle-ci ne possède pas toujours l'expertise nécessaire pour juger ou décider en connaissance de causes. Le rédacteur est alors l'auteur unique d'une position validée par la hiérarchie et donc reconnue officielle (Reboa, 2014).

Le rédacteur peut également contribuer à l'action publique à travers sa mise en œuvre (Megie, 2010). Le rédacteur doit appliquer et mettre en conformité les mesures et les actes prévus par les politiques ou les directions ; ainsi, il fait « une décision politique au sens plein, à la fois légale et financée, légitime et effective » (Eymeri, 2003). A la suite d'une décision par la direction (qu'elle soit à l'initiative du rédacteur ou non), il doit l'appliquer, qu'il s'agisse de la création d'un fonds spécifique, de la production de notes tenant informée la direction de l'avancée d'un projet, de la participation à la négociation de textes internationaux. Ainsi il imprègne de ses propres normes l'ensemble de ces missions.

Comme nous l'avons déjà expliqué, la rédaction de documents est une des fonctions majeures des rédacteurs. Les documents produits par les rédacteurs peuvent être à diffusion restreinte, en interne, ou avoir vocation à communiquer sur l'action ou la position du ministère ou de la France. L'ensemble de ces productions participe, directement ou indirectement, à la construction de l'action publique de la France. Attribuer le rôle de scribe aux rédacteurs n'est pas une division neutre du travail car cela « glisse vers une délégation effective de pouvoir » (Eymeri, 2003).

Les centres d'intérêts du rédacteur sont aussi à prendre en compte pour étudier son activité : « Les agents ne sont pas transparents et insensibles à leur propre pouvoir et y investissent tout un ensemble de considérations éthiques et morales faisant tout autant appel à leur être « privé » que public » (Laurens, 2008, p.31). Certains rédacteurs, majoritairement les développementalistes, sont très sensibles

aux sujets qu'ils traitent et vont mener une politique des plus dynamiques du fait de cet intérêt et de leurs savoirs. Si je devais apporter une nuance, basée sur mon expérience au pôle santé, à l'étude de Reboa dédiée aux rédacteurs de la DGM, je soulignerai l'implication et la sensibilité des rédacteurs pourtant plutôt institutionnalistes. Cela peut s'expliquer par les caractéristiques des sujets traités par le pôle : la santé est un sujet qui touche chacun d'entre nous et travailler à l'amélioration de la santé des populations et à la diminution de la mortalité peut vite devenir un engagement, même pour une personne peu ou pas du tout experte du sujet au moment de sa prise de poste.

De manière générale, les institutionnalistes sont traversés d'une logique de corps et ont conscience de construire une politique publique sur plusieurs générations et avec de nombreux diplomates. Les autres rédacteurs ont moins cette vision de long terme et ce sentiment d'appartenance et défendent leurs dossiers sans toujours s'adapter aux positions précédentes. Cette diversité n'est pas un problème et même plutôt un souhait de la direction, car elle permet de travailler en continuité (grâce au corps des diplomates) tout en s'enrichissant des apports et expertises de l'extérieur (grâce aux contractuels).

3.3 Compétences acquises et apports du stage

Mon stage de six mois au pôle santé du MAEDI a été une expérience extrêmement riche en apprentissages. Les frontières sont floues entre connaissances et compétences, néanmoins c'est une distinction qui, dans mon cas, apparaît pertinente pour revenir sur mes acquis et ce que je retire de cette première expérience professionnalisante-professionnelle.

A) Connaissances et apports théoriques

L'acquisition de connaissances sur la santé mondiale a été l'apport théorique majeur de ce stage. En effet, le Master PPASP étant majoritairement tourné vers l'étude du système de santé français, j'ai beaucoup appris en santé mondiale. Mes connaissances préalables en santé publique et en économie de la santé m'ont permis de rapidement comprendre les enjeux de l'aide internationale en santé et

de la santé mondiale. Cela dit, adopter le prisme du développement pour aborder les questions de santé publique était nouveau pour moi. Des problématiques étudiées lors de ma formation à l'EHESP se retrouvent au niveau international comme la question de la délégation de tâches entre personnel médical et paramédical et l'accessibilité des services de santé (qu'elle soit géographique ou financière). D'autres sont plus spécifiques à l'aide au développement en santé :

- l'appropriation par les pays des dispositifs mis en place par les bailleurs et les institutions internationales (dans une logique d'émancipation des pays du système d'aide au développement) ;
- la redevabilité de l'aide (dans une logique d'efficacité de l'aide et de transparence des Etats bailleurs vis à vis des citoyens) ;
- la multiplication des acteurs engagés (Severino, Ray, 2010) et la coordination de leurs interventions (Martel) dans les pays (toujours dans une logique d'efficacité, les différents Etats bailleurs, les organisations internationales, le secteur privé, le monde de la recherche et les ONG doivent se concerter et se coordonner afin de couvrir au mieux les besoins) ;
- la pérennité des financements (dans une période de restrictions budgétaires et de réduction des dépenses publiques, l'aide budgétaire diminue et le développement de dispositifs de financements innovants est plus que jamais d'actualité).

Ces connaissances portent sur l'évolution de l'aide au développement en général et également sur l'évolution de la santé mondiale, ou globale. Les mutations actuelles de l'aide au développement sont pluricausales : la montée en puissance de certains protagonistes (comme les Fondations d'entreprises notamment), la baisse de relative de l'aide budgétaire, l'apparition de nouveaux modes de financements, la demande de transparence et d'efficacité de l'aide, la question du devenir des pays « sortis du développement », la mobilisation de nouveaux bailleurs (pays émergents), la transversalité croissante des thématiques (santé, éducation, développement économique, développement durable, égalité femme-homme), etc. L'évolution du monde de la santé internationale est perceptible également : une gouvernance éclatée (Banque mondiale, OMS, FMTSP, facilité d'achat de médicaments UNITAID, Alliance mondiale pour les vaccins et

l'immunisation GAVI), la prise de conscience croissante du renforcement des systèmes de santé comme étant la condition sine qua non à la pérennité des efforts fournis, l'acceptation de la santé comme un droit fondamental (y compris la santé sexuelle et reproductive), la marchandisation toujours plus importante de la santé (ce qui tend à accroître les inégalités sociales et économiques), etc.

Ce stage m'a donc permis de travailler au cœur de ces enjeux, de voir comment ces questions se traduisent au quotidien dans la mission du pôle santé du MAEDI. La position dans laquelle sont placés les rédacteurs, et qui a également été la mienne, de gérer plusieurs dossiers à la fois, dans un espace temps réduit, ne permet pas immédiatement de prendre conscience de ces évolutions auxquelles pourtant chacun participe. Mais au fil des notes écrites, des rapports lus et des dossiers traités, j'ai appris énormément.

B) Compétences et apports pratiques

Si ces six mois ont été riches en apprentissage de connaissances et au moins autant en développement de compétences. La tâche à laquelle j'aurai sûrement passé le plus de temps est la rédaction de notes (notes d'instructions, note d'opportunité, note d'entretien, note d'invitation, etc). Chaque note était différente dans son objet, sa finalité mais pas dans sa conception ou sa rédaction ; elle doit être courte et claire, prendre en compte l'ensemble des éléments des services (internes et/ou externes au MAEDI) concernés et souvent rendue rapidement au service ou à la personne qui a passé « commande ».

Ce travail quasi quotidien a donc été pour moi l'occasion d'apprendre à :

- Rédiger des documents courts, pertinents et opérationnels. Une note doit être bien écrite et agréable à lire car son destinataire n'aura pas nécessairement autant de temps à lui consacrer que son rédacteur le souhaiterait. Il faut donc se concentrer sur les informations essentielles, réussir à poser et expliciter les enjeux en quelques phrases et adopter un langage ou un lexique le plus généraliste possible. En tant qu'étudiante, habituée à rédiger des mémoires et des dissertations, c'était un exercice nouveau et qui fut bénéfique ;
- Coordonner des travaux d'équipe. Lorsqu'une note doit être travaillée à plusieurs, parfois plusieurs rédacteurs du pôle ou plusieurs services du ministère ou même parfois à plusieurs ministères (notamment le ministère des affaires sociales et de la santé), il faut mobiliser l'ensemble des agents

susceptibles de contribuer à la note et communiquer avec eux sur le contexte et l'objet de la commande. Il faut également s'organiser soi-même et prévoir le temps nécessaire, après réception des contributions, pour harmoniser l'ensemble, pour parfois prioriser certains éléments, et pour laisser le temps à sa propre hiérarchie de relire, de valider et de signer la note. Ce qui fut essentiel pour moi à prendre en compte est le fait que ma sollicitation à d'autres agents de participer à la rédaction est une source de travail supplémentaire pour eux. J'ai appris à demander la participation des agents de manière diplomate, en laissant du temps pour réagir mais en indiquant toujours dans quelles contraintes temporelles je me trouvais moi-même. Ce qui m'est apparu essentiel au bon travail des équipes ensemble et sur le long temps, c'est d'essayer le plus possible de faire des retours sur les éventuelles retombées ou conséquences du travail qu'ils ont fourni. Cela peut sembler évident mais c'est pourtant loin de l'être, car on n'a pas toujours soi-même de retour sur sa propre note et si c'est le cas, quand cela arrive, on est déjà en train de travailler sur un nouveau dossier et il n'est pas facile de revenir sur un dossier précédent qui nous apparaît déjà « bouclé ».

- Travailler dans un espace temps très contraint. Les rédacteurs du pôle santé vivent au rythme des commandes qui arrivent des cabinets des ministres et d'autres directions du ministère et au rythme des grandes réunions internationales auxquelles la France participe. Il est donc essentiel de s'organiser au maximum et de préparer au mieux possible sur ses dossiers car aucun rédacteur n'est à l'abri d'une commande en fin d'après midi pour le lendemain. J'ai donc appris à être réactive et souple dans ma façon de travailler et à ne pas me laisser gagner par le stress. Cela est seulement possible si on essaie d'anticiper au maximum dans le travail quotidien.
- Travailler de manière transversale. Cela fait, pour moi, partie du même type de compétences que de travailler dans un temps donné. Travailler sur plusieurs dossiers, plusieurs notes à la fois, peut être paralysant car il faut décider comment prioriser et sur quels critères. Il m'est arrivé de ne pas arriver à faire ce choix et à passer d'un dossier à l'autre sans arrêt. C'est source d'oubli pour cause de manque de concentration et de précipitation.

La solution pour moi a donc été la même que pour la gestion du temps, il faut s'organiser le plus possible, anticiper au maximum pour se permettre de se consacrer à une chose après l'autre et de travailler efficacement.

Ce stage a donc été l'occasion pour moi d'apprendre énormément, d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances et de développer mes acquis précédents. Par ailleurs, mon intégration au pôle santé a été aussi l'occasion pour moi d'intégrer une équipe de travail soudée, motivée et passionnée par les missions qui lui sont confiées. Travailler dans ces conditions a été, je pense, la base de la bonne conduite et de la réussite de mon stage.

Conclusion

Le suivi de l'action publique française de développement et de coopération en santé est un travail complexe et passionnant. Travailler au pôle santé du ministère des Affaires étrangères et du Développement international permet de prendre conscience de la concurrence qu'il existe entre les enjeux de santé publique et les enjeux économiques, de renommée internationale de la France, et de reconnaissance, par les français, de l'action menée à l'étranger par le MAEDI et l'ensemble des acteurs du développement français.

De la même manière que les enjeux sont nombreux en France et au sein du système français, l'aide au développement en santé doit concilier les enjeux de santé publique, les enjeux agricoles, économiques et industriels.

Ainsi quelque soit le prisme sous lequel on aborde la santé publique, il y a toujours d'autres enjeux à considérer. Le préalable à l'action en faveur de la santé des populations (que ce soit en France ou ailleurs via l'aide au développement) est d'avoir connaissance et conscience de l'ensemble des forces en présence et des enjeux pour mener les actions les plus efficaces possibles et viser le meilleur impact tout en restant pragmatique.

Comme je le disais en introduction, participer à ce travail en intégrant le pôle santé du MAEDI m'a tout de suite intéressée. Cette expérience a été très enrichissante et ce, à plus d'un titre. En effectuant mon stage de fin d'études au sein de l'administration centrale du MAEDI, j'ai pu observer mais surtout prendre part au fonctionnement du ministère. J'ai été très rapidement considérée comme un agent à part entière de l'équipe du pôle santé, ce qui m'a beaucoup responsabilisée. En ce sens, mon stage « professionnel » a été particulièrement professionnalisant. Sans savoir encore de quoi sera fait mon avenir professionnel, j'ai acquis des méthodes de travail et de réflexion qui me seront utiles quelques soient mes fonctions futures. Tout en faisant partie de l'équipe et intégrant les méthodes de travail du ministère, j'ai pu mener une réflexion sur mon environnement professionnel. Ayant l'optique de la rédaction de ce rapport, j'ai essayé d'avoir un regard pertinent sur mes missions et celle de l'équipe du pôle

santé avec qui j'ai eu la chance de travailler. La mission et le rôle des rédacteurs du pôle m'ont particulièrement plu. Ces agents ont une réelle opportunité de faire avancer leurs dossiers et participent réellement au façonnage de la politique de coopération et de développement en santé de la France. Je n'ai pas, à l'heure de la rédaction de ce rapport, de projets précis pour la suite. Néanmoins, mon objectif est celui de pouvoir continuer à évoluer professionnellement dans le secteur de la santé internationale et ce stage aura été une excellente première expérience professionnelle dans ce domaine.

Bibliographie

Sites Internet

- www.who.int
- www.pmnch.com
- www.diplomatie.fr

Documents officiels et rapports

- IHME, "Financing Global Health 2011. Continued Growth as MDG Deadline Approaches", Third Annual Policy Report, 2011.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (2005), *Déclaration de Paris et Programme d'action d'Accra*.
- Sustainable Development Solutions Network, An Action Agenda for Sustainable Development, Report for the UN secretary-general, 6 June 2013
- United Nations publication (UNFPA, ICM, WHO), the state of the world's midwifery 2014, A universal pathway. A woman's right to health, juin 2014, 218 p.
- WHO, *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- WHO, *World health report 2013, Research for universal health coverage*. Geneva, World Health Organization, 2013.

Littérature

- Bezes P. Administration, in L. Boussaguet et al., Dictionnaire des politiques publiques, Paris, Presses de Sciences Po « Références », 38-48. 2010
- Bezes P. Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes ? L'apport des approches cognitives à l'analyse des engagements dans les politiques de

- réforme de l'État. Quelques exemples français (1988-1997), *Revue française de science politique*, 50e année, n°2, 307-332. 2000
- Brouillet Pascal, « Évolutions récentes et enjeux futurs de l'appui à la santé par l'aide internationale. Un exemple de nouveaux rapports entre nations ? », *Afrique contemporaine*, 2012/3 n° 243, p. 106-107.
 - Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
 - Cambon, C., Vantomme, A., « Rapport d'information du Sénat », n° 497, 6 mai 2011.
 - Eymeri J.-M. Frontière ou marches? De la contribution de la haute administration à la production du politique, in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 47-77. 2003
 - Gabas Jean-Jacques *et al.*, « Nouveaux regards sur la coopération pour le développement et ses transformations », *Mondes en développement*, 2014/1 n° 165, p. 7-7.
 - Genieys W., *L'élite des politiques de l'État*, Paris, Broché, 274 p. 2008
 - Gertler, P.-J., S. Martinez, P. Premand et L.-B. Rawlings et C.-M.-J. Vermeersch, *Impact Evaluations in Practice*, Banque mondiale, Washington, DC, 2010.
 - Gervais J., Souffrances des hauts fonctionnaires comme produit et moteur des réformes administratives, *Pyramides*, 17, 175-189. 2009
 - Goblé Morgane, La coopération sanitaire française dans les pays en développement, in *Santé internationale, les enjeux de santé au Sud*, sous la direction de Dominique Kerouedan, p. 423-430
 - Hassenteufel P., *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008.
 - Jobert B., Muller P., 1987, *L'État en action*, Paris, PUF.
 - Kerouedan Dominique, « Diplomatie de la santé mondiale », *Santé Publique*, 2013/3 Vol. 25, p. 253-253.
 - Kerouedan Dominique (dir.). *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*. Les Presses de Sciences Po. Janvier 2011, 592 p.
 - Khander, S.-R., G.-B. Koolwal et H.-A. Samad, *Handbook on Impact Evaluations: Quantitative Methods and Practices*, Banque mondiale, Washington, DC, 2010.

- Knoepfel et al., *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Verlag Rügger, Suisse : Zürich, 2006.
- The Lancet, *Global health 2035: a world converging within a generation*, The Lancet Commission on Investing in Health, December 3, 2013
- Lautier B., 2010, « “Qui ne dit mot consent, qui consent ne dit mot”, L’usage du mot “consensus” dans le vocabulaire du développement », *Économies et institutions*, n° 14, pp. 41-67.
- Loriol M., Piotet F., Delfolie D. Le travail diplomatique, Un métier et un art, Rapport de recherche pour le ministère des Affaires étrangères et européennes, Laboratoire Georges Friedmann, UMR 8593, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 131 p. 2008
- Loriol M., Piotet F., Porteret V., Boussard V. Recherche en sociologie du travail sur les métiers diplomatiques, Laboratoire Georges Friedmann, Université Paris 1-CNRS, rapport d’étape. MEGIE A. (2010) Mise en oeuvre, in L. Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po « Références », 343-350. 2007
- Nauleau Margot *et al.*, « « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » » Les enjeux de l’intégration des pauvres aux systèmes de santé, *Revue Tiers Monde*, 2013/3 n°215, p. 129-148.
- Muller P., 2000, « L’analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l’action publique » *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, pp. 189- 208.
- Reboa Giulia, « Les rédacteurs de la Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats dans l’action publique française de coopération et de développement », *Mondes en développement*, 2014/1 n°165, P. 93-104. DOI : 10.3917/med165.0093
- Roll Back Malaria, Secrétariat du partenariat RBM, La Déclaration d’Abuja et le plan d’action du sommet africain de Roll Back Malaria, 2000, OMS
- Severino J.-M., Ray O. Taking the measure of Global Aid, Current History, Dossier Global Trends, January, vol. 109, n° 723, 2010.
- Sadoulet David, *La coopération au développement en France 1997-2004 - Réforme et modernisation de l’Etat*, Paris, L’Harmattan, Questions contemporaines, 220p., 2007.

Liste des annexes

Annexe : Discours d'ouverture de la réunion RBM/SEE de la Directrice générale

Madame Dr Fatoumata Nafu-Traoré, Directrice exécutive de Roll back malaria,

Monsieur Bertrand Collomb, Président d'Honneur de Lafarge,

Monsieur Gerard Wolf Président du MEDEF International en Afrique Australe,

Mesdames, messieurs,

Je voudrais tout d'abord remercier l'association Santé En Entreprise et le partenariat Roll Back Malaria, organisateurs de cette réunion « *pour des partenariats efficaces et durables et le renforcement de l'engagement du secteur privé dans la lutte contre le paludisme en Afrique Francophone* », ainsi que le MEDEF qui nous reçoit ce matin. Merci à tous pour votre engagement et votre mobilisation dans la lutte contre le paludisme.

Aujourd'hui plus de 3 milliards de personnes sont exposées au paludisme. Près de 100 pays sont touchés. 45 pays en Afrique totalisent 90% des décès liés à cette maladie. Les premières victimes sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

En outre, l'impact économique de la maladie est colossal. Il est estimé à 12 milliards de dollars pour le continent africain. Le paludisme est un véritable frein au développement du continent africain.

C'est le premier motif de consultations médicales. C'est le premier poste de dépenses de santé et la première cause d'absentéisme dans

les entreprises. Il engendre des pertes de revenus considérables pour les employés et leurs familles.

La lutte contre cette maladie a pris un tournant sans précédent depuis le début du millénaire. En douze ans, les budgets alloués ont été multipliés par plus de 30: ils sont passés de 64 millions en 1998 à près de 2 milliards de dollars en 2013.

Je suis fière de pouvoir dire que la France est un acteur majeur de cette lutte. Elle est son deuxième financeur, avec 16% des efforts mondiaux par le biais de ses contributions multilatérales au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la facilité internationale d'achats de médicaments UNITAID. La France est également mobilisée par l'Initiative 5%, qui par l'intermédiaire de France expertise internationale, finance de l'assistance technique et des projets. Je voudrais citer à titre d'exemple le projet Palevalut, mené par l'Institut Pasteur de Madagascar dont l'objectif est de déterminer les actions les plus efficaces de la lutte intégrée contre le paludisme en Afrique subsaharienne. Ou encore le soutien apporté par l'Agence française de développement aux travaux du MRTC, le centre de recherche et de formation sur le paludisme au Mali.

Cet engagement de la France et de la communauté internationale a porté ses fruits : pour la première fois, le contrôle de cette maladie est envisagé, il s'agit probablement du seul Objectif du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la santé accessible d'ici 2015. Le paludisme a déjà été éradiqué par un certain nombre de pays, grâce à des politiques de prévention et des traitements efficaces.

Pour cela, nous devons saluer l'action de Roll Back Malaria qui a élaboré et met en œuvre une stratégie globale de lutte contre cette

maladie, intégrant à la fois des moyens de prévention, de diagnostic et de traitement, ainsi qu'une politique de renforcement des systèmes de santé.

Cependant, si nous pouvons nous féliciter de ces avancées, n'oublions pas qu'en 2014, un enfant meurt chaque minute du paludisme. Certes deux fois moins qu'en 2000, mais c'est inacceptable. Pour continuer à faire diminuer ce chiffre, nous pouvons agir, nous devons agir.

Les pays qui progressent le plus contre la maladie sont les pays où les entreprises ont été impliquées et se sont engagées en partenariat avec les organisations internationales, les ONG et les gouvernements. C'est le cas du Ghana, de la Guinée Equatoriale ou encore du Mozambique.

Un certain nombre d'entreprises financent d'ores et déjà, via leurs programmes de RSE, des projets de lutte contre cette maladie. Ces entreprises ont accepté de partager avec nous leurs expériences sur ces programmes au cours de cette journée, je les en remercie.

L'engagement du secteur privé, des entreprises françaises, votre engagement dans ce combat peut faire la différence. Nous le savons tous, la période de crise économique que connaît le monde nous amène à penser autrement l'aide au développement : le temps des programmes en silos, le temps de la séparation de l'action du secteur public et du secteur privé, ce temps-là est révolu. La France est un acteur de premier plan en santé mondiale par ses engagements financiers, mais surtout par son réseau de chercheurs et de professionnels de santé, par ses opérateurs, par l'action de la société

civile, mais également grâce à ses entreprises. Le message que je souhaite porter aujourd'hui, au nom de notre Ministre, est que nous devons travailler ensemble pour l'intérêt collectif.

J'espère que cette journée sera, pour tous, riche de rencontres, d'apprentissages et d'opportunités pour s'engager ensemble dans la lutte contre ce fléau.

Je vous remercie.

DAESCHLER	Juliette	<Date du jury>
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Le suivi de l'action publique française de coopération et de développement en santé		
Promotion 2013-2014		
<p>Résumé :</p> <p>Ce rapport se base sur mon stage de fin d'études réalisé au pôle santé de la Direction générale de la mondialisation, des partenariats et du développement du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Durant ces six mois j'ai pu travailler sur plusieurs sujets tels que la lutte contre le paludisme, la promotion de la couverture sanitaire universelle et la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (SRMNI). La première partie de ce rapport est consacrée à l'institution que constitue le Ministère des Affaires étrangères, à la fonction de rédacteur et à deux de mes missions. La deuxième partie se concentre sur le suivi des engagements de la France en matière de SRMNI auquel j'ai participé activement durant mon stage. La dernière partie revient sur le processus décisionnel à l'œuvre au sein du ministère et surtout sur le rôle du rédacteur dans la conception et la mise en œuvre de la politique de coopération et de développement en santé de la France. Ce stage a été une expérience extrêmement enrichissante pour moi, j'ai appris énormément, tant en termes de méthodes de travail qu'en termes de connaissances en santé.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Développement en santé ; ministère des affaires étrangères ; santé mondiale</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		