

2022

3^{ÈME} JOURNÉE DE LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE INTERNATIONALE

contraintes,
perspectives,
nouvelles approches,
évaluation et impacts

INTRODUCTIONS INSTITUTIONNELLES - | 3 |

- Cécile LAMBERT,
Directrice par intérim de la DGOS - | 3 |
- Agnès SOUCAT,
Responsable de la Division Santé
et Protection sociale de l'AFD - | 4 |
- Zaynab RIET,
Déléguée générale de la FHF - | 5 |

PLÉNIÈRE - | 6 |

■ Perception et mobilisation autour des situations de crises - | 6 |

1. Réception locale d'une pandémie globale,
la République de Guinée et le Covid-19 - | 6 |

■ L'accès aux produits de santé comme évolution et enjeu majeur du renforcement des systèmes de santé - | 8 |

1. L'état d'avancement en Afrique :
soins de santé, industrie pharmaceutique
et accès - | 8 |

■ Le patient au cœur du soin et de la coopération - | 10 |

1. L'état d'avancement en Afrique :
soins de santé, industrie pharmaceutique
et accès - | 10 |
2. Expérience patient à l'Hôpital Redemption
de Monrovia, Libéria - | 12 |
3. Placer le patient au cœur du soin
et de la coopération : l'exemple du Mali - | 13 |
4. Humanités et santé :
exemples à Panzi et au Mali - | 14 |

ATELIERS - | 16 |

■ ATELIER 1 : À contexte contraint,
réponses ingénieuses d'équipes
hospitalières : innovations ; outils
numériques et pratiques éprouvées - | 16 |

■ ATELIER 2 : L'hygiène hospitalière dans
les partenariats hospitaliers
internationaux : des jumelages ESTHER
au projet TWIN2H post-Ebola en Guinée,
Quelles avancées ? Quelle place
particulière des partenariats ?
Quelle appropriation des concepts
et des pratiques ? - | 18 |

■ ATELIER 3 : Table ronde autour de la
communication dans les partenariats
de coopération hospitalière - | 21 |

■ ATELIER 4 : Accès aux médicaments
et produits de santé - | 23 |

■ ATELIER 5 : Modes de gouvernance
et compétences associées dans
les établissements de santé - | 23 |

■ ATELIER 6 : Et si j'ajoutais un volet
biomédical à mon projet
de coopération hospitalière ? - | 25 |

■ ATELIER 7 : Présentation des actions
internationales du Centre Collaborateur
OMS — EPSM Lille Métropole - | 26 |

Évaluation : Comment faire simple et utile pour tous ? - | 29 |

Perspective européenne et stratégie de la France en santé mondiale - | 30 |

INTRODUCTIONS INSTITUTIONNELLES

■ Cécile LAMBERT, Directrice par intérim de la DGOS

Madame la Déléguée Générale de la FHF,

Madame la Responsable de la Division Santé et Protection sociale de l'AFD,

Madame la Présidente et monsieur le Secrétaire exécutif du Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'océan Indien et des Caraïbes, que je suis ravie d'accueillir à Paris,

Mesdames et messieurs,

J'ai le plaisir d'ouvrir ce matin la troisième journée de coopération hospitalière internationale, événement organisé depuis 2019 avec nos partenaires de l'AFD et de la FHF.

Cette troisième édition revêt un caractère particulier, car elle correspond à une année de reprise des partenariats hospitaliers internationaux, dont beaucoup ont été interrompus en 2020 et 2021, en raison de la fermeture des frontières liée à la crise sanitaire et de l'extrême mobilisation des professionnels de santé pendant cette période.

Bien qu'elle constitue un événement terrible, cette crise sanitaire a aussi été une opportunité de renforcer la solidarité, la coopération et l'entraide mutuelle entre les pays. À travers l'adoption de solutions innovantes, elle a incité à réorienter la coopération internationale vers le développement du transfert des technologies, de l'expertise et des savoir-faire.

La coopération hospitalière internationale est constituée de centaines de projets, à l'initiative des établissements de santé, qui, par leur travail et leur dynamisme, ont construit dans le temps des partenariats solides, diversifiés, durables. La DGOS en cofinance 50 à 80 tous les ans et a soutenu près de 1 000 projets depuis le lancement de cette coopération, en 2011, grâce à son appel à projets annuel. Ces projets portent une dynamique collective, pluriprofessionnelle et multidisciplinaire et entraînent des échanges et des questionnements pour les professionnels qui s'engagent. Ils constituent donc la fois une opportunité d'ouverture à l'international, mais aussi une opportunité d'amélioration des pratiques pour l'ensemble de la communauté hospitalière.

La coopération hospitalière constitue également une valorisation de l'expertise en santé et un outil au service de la diplomatie française. Chaque projet déployé dans un pays étranger incarne concrètement les valeurs d'égalité et de solidarité auxquelles la France est attachée et que le ministère de la Santé s'efforce de porter, sous l'égide du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, dans les organisations bilatérales et au sein des organisations internationales.

Enfin, l'engagement des professionnels de santé à travers les missions de formation à l'étranger, l'accueil de stagiaires ou de professionnels en formation, le transfert de compétences dans des spécialités aussi importantes que la réanimation, l'oncologie, l'oncologie pédiatrique, constitue une contribution précise à l'objectif de renforcer les systèmes de santé, porté par l'OMS. C'est une pierre apportée à l'édifice de la lutte contre les inégalités en santé dans le monde.

Pour répondre à ces enjeux, la DGOS s'efforce depuis plusieurs d'années d'accompagner les établissements de santé, en les mettant en relation avec un réseau d'acteurs où ils pourront trouver des compétences complémentaires aux leurs, un réseau diplomatique, des acteurs de la coopération internationale, les associations de patients, les collectivités, autant de partenaires pour porter des projets qui mobilisent à la fois l'expertise technique et l'engagement des citoyens, des usagers et des professionnels.

Cette journée sur la coopération hospitalière internationale s'inscrit dans cette dynamique d'échanges et de complémentarité entre acteurs. Je remercie tous les intervenants, dont la qualité et la renommée font honneur au ministère de la Santé. Ils nous permettront d'appréhender les enjeux de la coopération internationale et les métiers du soin dans toutes leurs dimensions : sciences sociales, gestion de crise, santé mondiale, philosophie...

Cet après-midi, vous travaillerez en atelier, autour de sujets tels que les nouvelles technologies, la prévention, le contrôle infectieux, la gouvernance hospitalière, la communication, le biomédical, l'accès aux produits de santé et la santé mentale. Ces problématiques s'inscrivent au cœur de l'exercice professionnel quotidien à l'hôpital, quel que soit le pays.

Je souhaite que cette journée soit riche en échanges et en perspectives et apporte à chacun des motivations supplémentaires, s'il en faut, pour poursuivre cette coopération. Je vous adresse mes chaleureux remerciements pour votre présence et votre engagement, qui font honneur à la communauté hospitalière et à la coopération internationale.

■ Agnès SOUCAT, Responsable de la Division Santé et Protection sociale de l'AFD

Merci madame la représentante de la DGOS et madame la Déléguée générale de la FHF. Je suis heureuse, avec vous, de vous accueillir ce matin pour ouvrir la troisième édition de la journée consacrée à la coopération hospitalière internationale, qui peut se tenir en présentiel, bien que certains participants suivent les travaux à distance.

Mesdames, messieurs,

L'hôpital reste le lieu privilégié des soins et de la formation des personnels de santé, au Sud comme au Nord. Je reviens moi-même d'une mission en Côte d'Ivoire, où nous avons pris toute la mesure de l'ampleur de la crise des ressources humaines en santé, à l'hôpital et dans le système de santé en général.

Dans les pays en développement, les défis sont immenses pour améliorer la qualité des soins fournis. En parallèle de la mise à niveau des infrastructures et des équipements, le renforcement des capacités des ressources humaines apparaît comme un facteur clé de réussite, dans un contexte de pénurie de professionnels de santé au niveau mondial. Nous ne formons pas assez de personnels de santé et ils opèrent dans un marché de la santé de plus en plus globalisé.

Les partenariats hospitaliers constituent un instrument de coopération efficace pour le renforcement de capacités fondées sur des échanges, des transferts de compétences et de bonnes pratiques entre pairs. Ces coopérations s'inscrivent dans la durée, permettant le renforcement des liens d'amitié et de solidarité qui unissent nos pays.

Au cours de ce séjour en Côte d'Ivoire la semaine passée, nous avons vraiment apprécié la complémentarité de nos approches, avons mutuellement appris et avons réalisé que la problématique de l'hôpital et des ressources humaines est universelle. Les leçons de tous les pays sont utiles pour, ensemble, créer un nouveau partenariat et un nouveau chemin vers des systèmes de santé qui répondent aux besoins du XXI^e siècle.

Depuis le transfert en 2009 du fonds des partenariats hospitaliers du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères à l'Agence française de Développement, nous avons octroyé trois projets pilotés par la FHF, pour un total de plus de 3,5 millions d'euros. Ces projets ont permis de financer une cinquantaine de partenariats pluriannuels, de plusieurs réseaux hospitaliers du Sud, dont le RESHAOC, représenté aujourd'hui, d'événements internationaux et de journées de coopération hospitalière comme celle d'aujourd'hui.

Ces projets ont fait l'objet de plusieurs évaluations, qui ont confirmé la pertinence de l'approche, tout en formulant des recommandations qui nous ont collectivement aidées à améliorer le dispositif au fil des ans. Ainsi, le projet en cours financé par l'AFD se veut plus qu'un simple guichet de financement : il a également pour ambition d'animer et de renforcer cette communauté hospitalière française et des pays partenaires, de donner des clés et des outils pour renforcer vos projets, pour augmenter l'impact et la pérennité des partenariats.

Aujourd'hui, plus que jamais, avec une volonté de travailler en équipe France de façon toujours plus intégrée, nous unissons et coordonnons nos efforts avec le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, le ministère de la Santé et de la Prévention, la FHF, mais aussi Expertise France, qui a rejoint le Groupe AFD début 2022, et l'EHESP, très active sur la coopération internationale. Nous avons besoin de tous pour créer ce grand partenariat.

Comme vous l'avez constaté, le programme de la journée est riche, avec des intervenants de grande qualité, qui traiteront de sujets divers, connexes, qui soulignent la richesse de la thématique de la coopération hospitalière.

Hospitaliers de tous les pays, nous savons combien vous avez été mobilisés sur la réponse à l'épidémie de Covid. En dépit de cette épreuve, vous ne vous êtes pas détournés des enjeux de coopération internationale. La preuve en est votre présence en grand nombre ce matin. Pour poursuivre les actions, relever les défis mis en lumière par la crise, vous avez su revoir les modalités d'intervention de vos projets, travailler autrement pour maintenir le lien et poursuivre les activités, et faire preuve d'imagination pour continuer les échanges.

Les défis sont nombreux, le moindre desquels n'étant pas celui des hôpitaux zéro émission et de la réponse au changement climatique et aux crises environnementales qui s'annoncent. Les partenariats hospitaliers sont les vôtres. Ce sont grâce à vous qu'ils vivent et se déploient.

Merci pour votre mobilisation. Je vous souhaite à tous et toutes une excellente journée d'échanges.

■ Zaynab RIET, Déléguée générale de la FHF

Madame la Directrice générale, madame la Responsable de la Division Santé et Protection sociale de l'AFD, Mesdames et messieurs,

Chers collègues hospitaliers,

Merci de nous accueillir au ministère de la Santé et de la Prévention pour cette journée internationale. Merci pour vos remerciements aux hospitaliers, dont nous avons bien besoin après ces deux années de pandémie. La mobilisation des hospitaliers se poursuit, dans un contexte toujours difficile. Espérons que la canicule ne soit pas au rendez-vous plus longtemps et que l'épidémie de Covid ne gagne pas en virulence pour nos aînés et les personnes fragiles.

Les hospitaliers ont poursuivi leurs échanges internationaux, certes freinés par la pandémie et, dans certains pays, de fortes tensions politiques et sécuritaires. Les contacts noués ont été maintenus, voire renforcés. La présence des hospitaliers aujourd'hui le prouve et montre une nouvelle fois, s'il en était besoin, que les questions internationales font partie intégrante de l'activité des hôpitaux. Lors de la première journée en 2019, j'ai eu l'occasion de rappeler mon expérience hospitalière, qui m'a permis d'en prendre grandement la mesure.

À la tête de la FHF, qui est au service des établissements sanitaires et médico-sociaux publics, pour leurs activités en France, j'ai fait en sorte qu'elle les appuie aussi dans leur rôle d'acteurs de la coopération internationale. La FHF est ainsi à leur disposition pour fournir ses conseils et son expertise, pour l'organisation et le financement de la coopération hospitalière internationale.

Depuis plus de 20 ans, la FHF s'est étroitement engagée dans une démarche visant à donner les moyens aux établissements de coopérer. Ainsi, elle a participé au fonds de partenariat hospitalier des ministères, à l'époque piloté par les Affaires étrangères et la Coopération ; puis a été membre fondateur du groupement d'intérêt public ESTHER et a participé à toutes les étapes de son développement et de son intégration dans Expertise France. La FHF se félicite également d'avoir contribué à la création de l'appel à projets de la DGOS. La FHF est associée à la commission des chargés de relations internationales des Directeurs généraux de CHU. Ainsi, elle a contribué à la rédaction du guide de la coopération hospitalière internationale, qui sera actualisé par les résultats de cette journée.

Depuis 10 ans, la FHF gère le projet Réseaux & Partenariats hospitaliers pour le compte de l'AFD. Cet engagement dépasse les seuls établissements publics de santé, car les établissements privés non lucratifs en bénéficient, ainsi que des ONG. Le PRPH a permis de financer des partenariats hospitaliers pluriannuels, des journées pays et des rencontres internationales, ainsi que le RESHAOC, dont je salue particulièrement chaleureusement les participants.

Enfin, ces deux années passées ne constituent pas des années blanches pour la coopération hospitalière internationale. Des retards ont certes été pris, mais l'énergie et l'engagement des hospitaliers maintiennent les liens entre nos institutions. La FHF se félicite de la co-organisation de cette journée, nouvelle étape d'un renforcement des capacités des hôpitaux français dans leur coopération hospitalière internationale.

PLÉNIÈRE (vidéo disponible [🔗](#))

■ Perception et mobilisation autour des situations de crises

1. Réception locale d'une pandémie globale, la République de Guinée et le Covid-19

Frédéric LE MARCIS

(anthropologue, professeur à l'ENS de Lyon [UMR 5206 Triangle], en accueil à l'IRD [UMI 233 TransVIHMI], en affectation au Centre de Recherche en Infectiologie de Guinée [CERFIG, Conakry])

Au début de l'épidémie de Covid, les afro-pessimistes estimaient que le continent s'effondrerait, n'ayant pas la capacité de gérer cette épidémie, tandis que les afro-optimistes mettaient en avance l'expérience africaine des épidémies. Ma présentation s'inscrit à mi-chemin de ces deux approches, dans une perspective afroréaliste.

Nous avons le sentiment d'une catastrophe qui ne semble pas avoir eu lieu, peut-être à cause de résistances naturelles du continent africain, de la jeunesse de la population ou d'une compétition virale ayant stimulé les systèmes immunitaires. En effet, le CERFIG a identifié en Guinée plusieurs sources de SARS-CoV chez les chauves-souris. Toutes ces pistes restent ouvertes et sans réponse définitive.

Mes données reposent sur le programme «L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de SARS-CoV-2 : analyse des politiques publiques, des pratiques, des acteurs et des représentations populaires », mené en Guinée avec des collègues des universités de Gamal et de Sonfonia, du Centre national de recherche de Maferenyang du CERFIG et de l'IRD. Il est financé par ARIACOV et l'AFD.

Ce programme repose sur une ethnographie au long cours, entreprise dès le début de l'épidémie, dans le système de santé et en population générale dans les régions de la Basse Côte de Guinée, de Fouta-Djalou et à Conakry. Il a suivi la perception de l'épidémie et les interventions à son encontre des acteurs de santé et de la population et s'est aussi basé sur les médias sociaux et les discours radiophoniques en langue nationale (pular, soso et malinké). En effet, seule 20% de la population guinéenne a un accès régulier à internet, tandis que les populations interviennent beaucoup dans les débats radiophoniques. Ces discours ont donc été enregistrés, transcrits, traduits et analysés.

Je remercie notamment la participation du professeur Moustapha Keïta-Diop, de l'université de Sonfonia, et du docteur Maryvonne Curtis. Nous formons un doctorant et deux masters dans le cadre de ce programme.

Si la France compte près de 477 000 cas par million d'habitants, la Guinée n'en compte que 2643. Le nombre de tests s'avère certes très différent, mais le Covid occupe une place bien moindre en Guinée qu'en France.

Le premier cas de Covid en Guinée a été déclaré le 12 mars 2020, entraînant la mise en place rapide par les autorités nationales de mesures s'inspirant largement de l'expérience d'Ebola. L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), alors dirigée par le docteur Sakoba Keïta. Au même moment se déroulait une révision de la constitution et des élections présidentielles controversées. L'interdiction des rassemblements populaires a donc reçu une lecture politique visant à interdire les manifestations contre Alpha Condé.

Le 5 septembre 2021, le coup d'État fait dire à la population guinéenne que Mamadi Doumbouya a chassé le Covid et Alpha Condé. Les mesures de protection ont été largement relâchées. Enfin, la campagne de vaccination s'est déployée, notamment dans les écoles, alors qu'une importante épidémie de rougeole frappait Conakry, créant une dissonance cognitive fondée sur l'expérience réelle des individus.

Par ailleurs, le Covid inverse le stigmate, car le mal vient du Nord et des riches : le premier cas est une fonctionnaire de l'Union européenne. L'épidémie se développe d'abord chez les Européens, puis dans les élites guinéennes se déplaçant régulièrement.

Avant l'énoncé de recommandations nationales et internationales et la déclaration de l'épidémie à Conakry, nous avons vu la population vendre des kits d'hygiène hérités d'Ebola et des masques dans la rue. La mémoire épidémique n'est pas seulement celle des institutions, mais aussi celle des savoirs incorporés par les populations.

La Guinée a subi, en même temps que l'épidémie de Covid, des épidémies d'Ebola, de Marburg et de rougeole, diminuant la gravité de la perception du Covid dans la population. Malgré la volonté affichée d'une logique humanitaire, les vaccins anti-Covid ne sont pas parvenus à la population.

Alors même que cette promesse n'était pas tenue, 13 pays d'Afrique ont été visés par le programme Afroscreen, visant à identifier les mutations du Covid. Il était donc clair pour tous les acteurs que la recherche de ces variants servirait à produire des vaccins qui n'arriveraient pas au continent. Cette logique d'extraction s'inscrit dans le contexte postcolonial auquel est confronté l'Afrique, même si cette recherche de variant permet de développer les laboratoires.

La reconnaissance du Covid est donc géographiquement située. Les soignants ne remettent pas en cause la réalité de l'épidémie et sa gravité, mises en exergue par leurs échanges avec leurs proches expatriés, dont certains sont décédés. Néanmoins, la réalité très différente en Guinée n'a pas entraîné la perception d'un besoin de vaccination particulier.

En effet, la réalité de l'épidémie en Guinée a été contestée, tout d'abord en raison d'une expérience de la prédation institutionnelle. Les mêmes commentaires que pendant Ebola ont fleuri dans la population : si la maladie existe pour certains individus, elle constitue aussi un outil pour capter des financements, mettant en avant le rapport de clientélisme des autorités nationales avec les autorités internationales. Cette perception est accentuée par le fait que les stocks de masques étaient ceux non distribués de la précédente épidémie d'Ebola. En outre, les actions de santé publique étaient perçues comme servant des objectifs politiques. Ces visions ne sont pas propres à l'Afrique, mais ont aussi émergé dans les débats dans les sociétés occidentales.

La concomitance du moment politique et du temps épidémique a donc joué dans la perception de l'épidémie par la population. En effet, le processus électoral était marqué par de nombreuses manifestations et des violences des forces de l'ordre, au moins 60 personnes étant décédées. L'interdiction des rassemblements a donc été vue comme un opportunisme politique.

Cette situation interroge donc la confiance dans les autorités politiques, problématique qui concerne tous les pays du monde. En effet, la mise en place d'une politique de santé publique est fragilisée par le manque de confiance entre le peuple et l'État, dont la légitimité est questionnée. En Guinée, le paradoxe a été particulièrement fort, car les acteurs annoncent intervenir au nom de la santé publique, tandis que les opposants sont emprisonnés et que de jeunes manifestants sont tués.

D'autre part, l'héritage d'Ebola est ambigu. Depuis Ebola, la Guinée a développé une capacité de diagnostic, avec les tests PCR, n'existant pas dans des pays limitrophes, comme au Burkina Faso. Toutefois, cette capacité ne s'est pas traduite par une grande différence dans la prise en charge de l'épidémie de Covid, bien qu'elle ait été mise à l'épreuve et confirmée lors de la nouvelle

épidémie d'Ebola, où le virus a été identifié en trois jours, contre quatre mois lors de la précédente.

En outre, la Guinée dispose de l'ANSS, agence dédiée, très efficace et réactive, d'ONG rompues à la gestion épidémique sur le terrain, comme Alima et MSF, et d'acteurs expérimentés. Ainsi, l'accueil des voyageurs à l'aéroport, le suivi des contacts et l'identification des personnes éventuellement positives se sont avérés très précis. Ces compétences des systèmes de santé africains, liées à l'expérience de la santé communautaire, devraient être davantage mises en avant. Nous avons sans doute des leçons à prendre sur leur capacité à produire de la santé publique au ras du sol.

Toutefois, le premier programme de lutte contre le Covid en Guinée, intitulé « Stop Covid en 60 jours », reproduit le dernier plan de lutte contre Ebola. De même, les centres de traitement épidémique se sont basés sur ceux dédiés à Ebola, dans une logique de très forte sécurité : masques, bottes, pulvérisation d'eau de Javel...

Les CTEPI, centres de traitement d'Ebola construits à la fin de la première épidémie et financés par la Banque Mondiale, se sont avérés non fonctionnels et inefficaces. Même pendant la nouvelle épidémie d'Ebola, Alima a reconstruit un centre. Cet héritage constitue une lourdeur, car les espaces doivent être réaménagés.

Enfin, les acteurs ayant financé la création de l'ANSS et soutenant son développement estiment que le ministère de la Santé manque de transparence, d'efficacité et de réactivité. En conséquence l'Agence est devenue une sorte de deuxième ministère et son Directeur réfère directement au Président. Ces héritages institutionnels ont entraîné des problèmes de cohérence et de coordination de l'action politique sur l'épidémie.

Par conséquent, l'épidémie, appelée « épidémie tournevis », a été perçue à travers les mesures visant à la contrer : confinements, fermetures, placement des patients symptomatiques et asymptomatiques en centre de traitement, comme lors de l'épidémie d'Ebola. Ces pratiques d'enfermement, très visibles, détonent par rapport à l'absence de réalité objective de l'épidémie au quotidien, bien que les chiffres soient discutables en raison du manque de tests, de l'absence de prise en compte des personnes décédées en communauté. De plus, l'épidémie s'était développée pendant le ramadan, où un pic de morts existe toujours.

La pertinence de la vaccination a donc été questionnée. Actuellement, 20% de la population est vaccinée, tandis que le taux de séroprévalence du Covid s'établit à 60% à Conakry. Les sources de vaccin étaient si différentes qu'une politique cohérente et homogène n'a pas pu être construite.

Ces données interrogent les différentes formes d'hégémonie de la santé globale et de la production de l'ignorance. En effet, reconnaître les multiples vérités et leurs contextes constitue l'une des manières les plus intéressantes et les plus prometteuses pour construire une coopération solidaire efficace. Or, le discours hégémonique a tendance à ignorer les contextes, les inégalités locales, et à souligner l'ignorance populaire, plutôt que l'expertise locale, y compris profane : les Guinéens voient que le Covid n'a guère d'impact et que les vaccins ne leur parviennent pas et sont liés aux connexions clientélistes avec d'autres États exploitant leurs ressources naturelles.

Le discours de la santé globale pèse lourd dans la concurrence des causes dans l'agenda international et ignore les pesanteurs structurelles héritées, qu'il s'agisse des débris coloniaux ou des expériences récentes des populations. Il développe des approches verticales dans des logiques de sécurité, plutôt que du renforcement du fonctionnement ordinaire des systèmes de santé. Il tend à préserver la défense de la vie biologique plutôt que la vie sociale, de concert avec les autorités locales, qui n'interrogent pas suffisamment les recommandations internationales qu'elles reprennent.

Enfin, lors de la mise en place des politiques d'ajustement structurel à la fin des années 1980, la Banque Mondiale a imposé aux pays africains une réduction drastique des fonctionnaires d'État, notamment en santé, malgré son discours plaçant l'éducation et la santé au cœur du développement.

Ainsi, en Guinée, 50% des personnels de santé sont des stagiaires, sans statut propre ni formation. Ils doivent produire leur propre salaire sur l'argent qu'ils peuvent générer dans le cadre de leur activité, ce qui alimente la méfiance de la population envers un système de santé perçu comme prédateur.

Dans ce contexte, la place des experts et des savoirs locaux des populations et des experts doit être interrogée, afin que la santé globale soit véritablement démocratique. Souvent, les experts sont pris contraints par leur rapport aux autorités locales et aux financements issus des pays du Nord.

Les problèmes locaux et les pathologies non contagieuses, sans potentiel commercial direct comme la mortalité maternelle ou le paludisme, doivent aussi être pris en compte. Les contextes structurent les conditions objectives et les expériences subjectives des épidémies.

Les partages d'expériences dans le cadre des coopérations inter-établissements constituent un levier pour cette reconnaissance des contextes et la diffusion des savoirs non hégémoniques, favorisant l'émergence de réformateurs discrets. Par exemple, j'ai vu des gardiens de prison, ayant servi un temps dans les prisons de l'ONU en Haïti ou en RDC changer les pratiques dans leur petit établissement, de manière efficace et durable.

Enfin, les méthodes ethnographiques ont un rôle important à jouer dans l'élaboration des grilles d'analyse permettant d'entendre les multiples voix qui font notre monde.

■ L'accès aux produits de santé comme évolution et enjeu majeur du renforcement des systèmes de santé

1. L'état d'avancement en Afrique : soins de santé, industrie pharmaceutique et accès

Michel Hamala SIDIBE
(envoyé spécial de l'Union africaine pour l'Agence africaine des médicaments)

Merci de votre invitation et de l'organisation de cette réunion. Je suis très heureux d'être présent sur un sujet si important.

En Afrique comme dans le reste du monde, le moment est décisif. Nous sommes interpellés par les problèmes de santé publique, d'instabilité, d'insécurité, de crises internes multiples, de mouvements de population et de problèmes climatiques. Le monde se situe à un tournant.

Notre planète a été confrontée à une crise sanitaire sans précédent, mais cette pandémie est aussi une crise politique, économique et sociale, qui menace de redéfinir les rapports de force mondiaux et les fondements de la société. Sur tous les continents, les pays sont confrontés à d'importantes pressions et les lacunes de longue date en matière de santé publique sont exposées, mettant en lumière des inégalités et des injustices.

Bien que la crise du Covid n'ait pas frappé l'Afrique comme prévu, elle a révélé l'incapacité de redistribuer. Nous avons attendu le vaccin très longtemps, mais celui que nous avons reçu, l'AstraZeneca venant d'Inde et non d'Oxford, n'est pas efficace. La plupart des pays développés se sont repliés sur eux-mêmes et ont commencé à vacciner des enfants, alors même que nous n'avions même pas vacciné 5% de la population cible. Cette situation constitue un apartheid vaccinal. Remodeler nos institutions de santé mondiale, afin de les aligner sur un paysage différent, constitue un enjeu considérable.

À cet égard, le combat de l'Afrique s'avère particulièrement difficile, car son développement économique à long terme a été constamment sapé par de mauvais systèmes de santé et des niveaux élevés de maladie. Le continent représente 17% de la population mondiale, mais 25% du poids de la maladie et seulement 2% des médecins vivent en Afrique subsaharienne. De nombreux pays ne comptent qu'un médecin pour 40 000 personnes. Au Sierra Leone, pendant une épidémie d'Ebola, seul un médecin pour 80 000 personnes était disponible. En outre, les études montrent que nous disposons de cinq lits de soins intensifs pour 100 000 personnes.

Cette situation difficile exige de réinventer nos approches. Les dépenses de santé peuvent atteindre 40% du revenu des ménages, poussant de nombreuses personnes dans l'extrême pauvreté. Imaginez la peur, la frustration, la perte d'espoir pour les familles comptant un malade chronique ou un malade mortel, mais traitable, mais dont les soins sont complètement hors de portée.

Les 1,3 milliard d'Africains ne peuvent et ne doivent pas être laissés pour compte dans la discussion sur les vaccins, les médicaments et les produits thérapeutiques. Pendant trop longtemps, l'Afrique a compté sur le soutien de ses partenaires internationaux, à juste titre, mais cela n'a jamais été une solution durable et nous en voyons les limites.

Le moment est venu de changer le paradigme, afin de mettre en place des systèmes de santé véritablement équitables et dirigés par l'Afrique, tirant le meilleur des capacités et des populations africaines, pour résoudre nos problèmes singuliers.

Par exemple, le paludisme a été découvert en Algérie, il y a 142 ans. Durant cette période, nous n'avons eu ni vaccin ni traitement réellement efficace. Cependant, le Covid a permis le développement du vaccin en un an. La recherche et le développement doivent être africanisés, car des pays ne connaissant pas de paludisme depuis des années n'ont pas de raisons d'y investir.

En conséquence, nous devons construire une industrie de la santé africaine, pour que l'Afrique renforce sa capacité de fabriquer des vaccins, des médicaments et des équipements thérapeutiques et de diagnostic, afin de ne plus être laissée pour

compte lors de la prochaine pandémie. L'intensification de la production locale est non seulement bonne pour la sécurité sanitaire, mais aussi vitale pour le développement de l'Afrique.

Le travail de réinvention de nos systèmes de santé est déjà en cours, mais le voyage est long. Pour des niveaux de population comparables, l'Afrique importe entre 80 et 95% de ses médicaments, tandis que l'Inde n'en importe que 20% et la Chine 5%. La production locale transformera notre capacité à servir le continent selon notre propre vision, tout en créant des flux de revenus et des moyens de subsistance durables pour notre population.

Le lancement par l'Union africaine du partenariat pour la fabrication des vaccins africains est un grand pas dans cette direction. Avec l'accord historique sur la zone de libre-échange continentale africaine, nous sommes sur le point d'accélérer, grâce à des investissements régionaux et séquencés. Un modèle de génération de la demande permettra d'aligner les capacités de production et les besoins locaux. Néanmoins, un certain nombre de défis devront être relevés.

Tout d'abord, nous devons absorber la technologie et la main-d'œuvre. Nous devons investir dans le développement d'une main-d'œuvre locale capable d'utiliser ces nouvelles technologies et d'y accéder efficacement. Le programme de transformation de l'Union africaine donne la priorité au capital humain. Des investissements permettront de maîtriser les découvertes les plus récentes et les plus avancées en biotechnologie, en analyse de données, en intelligence artificielle et en outils de santé numériques. Cela demandera des partenariats public-privé solides et un leadership visionnaire des gouvernements nationaux, régionaux et continentaux, pour soutenir les chercheurs et les entrepreneurs en biotechnologie.

Notre deuxième défi est l'africanisation de la recherche et du développement, en renforçant les plateformes régionales. Ainsi, les fabricants africains disposeront d'un accès égal aux technologies, y compris aux droits de propriété intellectuelle et au transfert de technologie. Les efforts de recherche doivent s'axer sur la virologie, l'immunologie et les maladies infectieuses. Nous devons tirer parti de la révolution biotechnologique qui a rendu le séquençage et la bio-ingénierie moins chers, afin de les rendre plus accessibles aux scientifiques africains.

En effet, l'Afrique présente la plus grande diversité génétique, ne peut pas continuer à être la grande oubliée du séquençage du génome humain. Cette démarche profitera non seulement à l'Afrique, mais aussi au reste du monde.

En outre, les domaines prioritaires pour le transfert des connaissances doivent être identifiés, pour mettre en place des mécanismes

pour développer pleinement la main-d'œuvre locale en faveur de la recherche, du développement et de la production locale. Bien que l'accent ait été mis sur la fabrication des vaccins, nous devrions adopter pleinement un modèle africain durable pour poursuivre les découvertes scientifiques fondamentales.

Notre troisième défi consiste en l'amélioration de l'environnement réglementaire. Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique africaine est limitée et seuls 3% des médicaments et 1% des vaccins sont produits localement, alors que l'Afrique consomme plus de 25% des vaccins mondiaux. L'Afrique supporte un important fardeau de la maladie, 60% de sa population vivant avec le VIH.

Or, cette petite taille de l'industrie de santé africaine découle principalement des faibles du système de réglementation : manque de clarté des politiques, procédures réglementaires inefficaces, capacités limitées. Ainsi, l'introduction d'une nouvelle molécule demande cinq à six ans, chaque pays disposant de son système réglementaire. La mise à disposition rapide de médicaments de qualité s'avère donc difficile.

La transformation des systèmes de réglementation africains nécessite un effort coordonné au niveau national et continental, soutenu par une Agence indépendante. En outre, une surveillance continentale solide augmentera la confiance mondiale dans les produits africains, renforçant la réputation et la croissance des fabricants, leur permettant de devenir des exportateurs nets. L'exportation exige un niveau de maturité 3, selon la classification de l'OMS, et les fabricants d'aucun pays, même l'Afrique du Sud, ne l'ont atteint. Cette situation entrave la croissance et a d'importantes conséquences économiques et sociales, en augmentant la dépendance à l'égard des importateurs.

Ainsi, le marché du médicament représentait 1412 milliards de dollars en 2021, dont 1,2 milliard, soit 0,7%, issus de l'Afrique. Nous pouvons créer des

emplois, des industries et répondre aux demandes les plus urgentes pour les médicaments essentiels.

Notre quatrième défi concerne les droits de propriété intellectuelle et des transferts volontaires de technologies, que nous devons renforcer. Les multinationales peuvent aider, en concédant volontairement des licences aux entreprises pharmaceutiques et universités africaines, comme en Inde. Pour accomplir son plan de devenir une puissance mondiale d'ici 2063, l'Afrique aura besoin d'un accès aux médicaments essentiels, mais pas par le biais des dons. Les licences volontaires sont une approche éprouvée et pratique, qui devraient être explorées et institutionnalisées.

Notre cinquième défi porte sur l'incitation du marché. En effet, la consolidation des capacités de production de l'Afrique dépend de la création d'un marché robuste. Des mesures incitatives et une politique réglementaire solide sont nécessaires à la création d'unités de production. Des incitations spécifiques pour l'achat de produits locaux pourraient être créées, car certains ont du mal à être achetés et distribués dans les pays en ayant besoin. De plus, il est temps que l'Afrique mette en place son propre mécanisme de financement de la santé, pourquoi pas en créant un fonds africain d'urgence.

En conclusion, passer d'un système centré sur la maladie et les soins à un système centré sur l'humain, incluant la prévention individuelle et collective est urgent. Une telle orientation ne peut être envisagée qu'à l'issue d'un débat de fond sur la santé en tant que bien commun, public, échappant autant que possible à la seule logique du profit. Nous devons repenser nos approches à travers un véritable débat mondial sur la démocratie de la santé.

■ Le patient au cœur du soin et de la coopération (vidéo disponible [🔗](#))

1. Santé mentale : présentation de l'outil Quality Rights de l'OMS (présentation disponible [🔗](#))

Simon VASSEUR-BACLE
(CCOMS – EPSM Lille Métropole)

Les centres collaborateurs de l'OMS disposent de mandats de quatre ans. Il y a quelques mois, le nôtre a été renouvelé. Notre plan d'activité 2022-2026 compte quatre axes principaux :

- la promotion et le développement de services de santé mentale intégrés à la Cité ;
- le soutien au déploiement du programme Quality Rights ;

- la promotion de la participation des usagers et des aidants dans l'organisation des services, dans la formation et dans la recherche en psychiatrie et en santé mentale ;
- la contribution au développement de la santé mentale numérique.

Le programme Quality Rights de l’OMS repose sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle a été publiée en 2006 et ratifiée par la France en 2010 : l’État français s’est donc engagé à mettre en conformité ses textes de loi avec les articles de la Convention, démarche régulièrement suivie et évaluée par les Nations Unies.

Toutefois, le niveau de connaissance de cette Convention reste faible, tant auprès des professionnels de santé qu’auprès des usagers ou des aidants familiaux et des décideurs politiques. En conséquence, elle est peu utilisée, alors qu’elle constitue un outil de travail particulièrement intéressant. Jacques Toubon, défenseur des droits, avait publié un document portant sur la mobilisation de cette Convention et témoigné lui-même du manque de connaissance d’une grande partie des acteurs. Cette réflexion et cette mise en pratique de la Convention concernent la majorité des pays avec lesquels nous pouvons mettre en places des coopérations.

Deux socles soutiennent tant la Convention que le programme Quality Rights : les droits des personnes d’une part, les pratiques inter-établissements d’autre part. Cette Convention fixe des objectifs très ambitieux et, par conséquent, potentiellement complexes à appliquer. Néanmoins, cette ambition nous semble indispensable pour mobiliser les moyens et atteindre des objectifs de changement qui ne souffrent pas de discussion. Cependant, la Convention ne fournit aucun mode d’emploi pour cette mise en œuvre.

L’orientation majeure du programme Quality Rights est de soutenir les pays dans l’évaluation et l’amélioration des droits de l’Homme dans leurs structures de santé mentale et d’accompagnement social. Il compte cinq objectifs :

- le renforcement des capacités ;
- la création de services innovants dans la communauté, orientés vers le rétablissement et conformes à la Convention ;
- l’évaluation et l’amélioration de la qualité des soins et le respect des droits de l’Homme dans les services de santé mentale, d’hospitalisation et en ambulatoire ;
- le soutien et le renforcement d’un mouvement dans la société civile. Malheureusement, le réseau associatif est faible, voire inexistant dans certains pays.
- le soutien des États dans la réforme de leurs lois et dans leur politique de santé mentale.

Le programme Quality Rights se développe partout dans le monde et n’est pas uniquement destiné aux chercheurs professionnels. Au contraire, il implique les professionnels de santé, les usagers et les aidants familiaux.

Le CCOMS porte différents axes de développement comme la coordination des observations, les formations, les projets de recherche, la modernisation des outils et la consolidation des actions à l’internationale. Nous n’octroyons ni label ni certification, mais construisons cette démarche avec des établissements volontaires, qui s’inscrivent dans une logique de réflexion sur les pratiques et de volonté d’évolution et qui cherchent un outil pour les accompagner.

Ainsi, nous formons des équipes d’observateurs, composées de six à huit personnes et mêlant toujours des professionnels de santé (psychiatres, psychologues, cadres de santé, juristes, personnels de Direction des établissements), au moins une personne usagère ou ex-usagère des services et un aidant. Nous travaillons beaucoup avec l’UNAFAM sur ce point. Ces équipes passent trois jours dans un service pour en observer la vie, et réalisent des entretiens avec des usagers de l’unité observée, avec des professionnels et des aidants familiaux.

Cette méthodologie a été construite par des équipes largement pluridisciplinaires. Le triptyque de base personnel de santé/usager/aidant change tout, car elle permet une pluralité de regards et un approfondissement des échanges. La grille d’observation compte 116 critères, comme la liberté de décider de ses heures de lever et de coucher, de porter ses propres vêtements et chaussures, ou encore les pratiques d’isolement et de contention.

Le programme ne se limitant pas aux unités d’hospitalisation, il cherche à donner une vue globale du parcours de soin d’une personne dans un service et de son parcours de vie. En conséquence, les partenariats avec les autres acteurs sont aussi étudiés, en lien avec l’accès à la citoyenneté, au logement, à la formation et à l’emploi. Nous utilisons systématiquement des outils en ce sens. De nombreux critères portent par exemple sur les formes de diffusion de l’information, car un simple affichage est insuffisant.

Ces observations donnent lieu à l’écriture d’un rapport, remis à l’établissement. Des modalités de cotation déterminent les degrés d’atteinte des différents critères. En France, nous en avons mené 28, dans 13 établissements. Environ 15 demandes d’observation sont toujours en attente. Nous disposons de 150 observateurs formés et proposons régulièrement des sessions de formation, car la demande va croissante.

Enfin, nos actions internationales ont commencé en Belgique en 2016, puis se sont étendues à la Tunisie en 2016, à la Turquie en 2019, au Burkina Faso en 2020, à la Côte d’Ivoire, à l’Estonie et à la Lituanie en 2022. Il y a quelques jours, Vincent Demassiet et moi avons réalisé une observation au service de psychiatrie du CHU Yalgado

Ouédraogo à Ouagadougou. Un appel d'acteurs de six pays de la sous-région se dessine : Burkina Faso, Bénin, Côte d'Ivoire, Togo, Mali et Niger, afin de développer et de renforcer les actions en santé mentale et en psychiatrie.

Enfin, nous proposons une formation sur l'ensemble des thématiques du programme : l'orientation rétablissement, les droits, la pair-aidance, les alternatives à l'isolement-contention.

Vincent DEMASSIET
(Président du REV France)

Je suis usager de psychiatrie.

Le programme Quality Rights ne consiste pas en une évaluation ou une certification, mais est un outil d'état des lieux, permettant de définir des marges de manœuvre. La frontière entre les niveaux d'atteinte des objectifs est parfois mince. Par exemple, sur la contention et l'isolement, développer les occupations des patients diminue le taux de stress et, par conséquent, des isolements et des contentions.

En outre, il est important que les usagers soient présents, car nous sommes des experts d'expérience. En effet, le rétablissement n'est pas la guérison de la maladie, mais le rétablissement d'un parcours et d'une histoire de vie. Nous n'avons donc pas le même regard que les professionnels, ce qui permet aussi de recueillir la parole des usagers.

Certains services craignent nos observations, mais les établissements s'aperçoivent rapidement

Cette formation est assurée en face à face, mais est aussi disponible sur une plateforme gratuite, en français et ouverte à tous, afin de démocratiser les différentes notions du programme.

Si vous êtes intéressés par la démarche, en tant qu'observateur ou établissement, n'hésitez pas à nous solliciter.

que le questionnement met en exergue des éléments qu'ils ne voient plus, trop pris par leur activité quotidienne, mais qui ne demandent pas nécessairement de moyens financiers ou humains pour être améliorés.

Au Burkina Faso, les patients ne sont pas encore des usagers, mais les impliquer constitue un premier pas dans la construction de réseaux d'usagers. Malgré la culture de solidarité familiale assez forte, les réseaux d'usagers sont peu nombreux en Afrique. Croiser nos regards permet de les compléter et d'avancer plus efficacement.

Enfin, les équipes africaines nous voient souvent arriver avec des moyens considérables, car la France est bien plus riche et dispose de bien plus de médecins. Toutefois, nous avons aussi à apprendre de ces pays, car l'Europe et l'Amérique du Nord ont quelque peu oublié le bon sens.

2. Expérience patient à l'Hôpital Redemption de Monrovia, Libéria

D' Pascal JARNO
(médecin de santé publique, CHU Rennes)

Je représente une équipe complète et travaille notamment avec Flavie Chatel et Jean-Marc Chapelain, de la mission COREB, et Audrey Quesney, l'une des directrices de l'hôpital de Rennes. Cette équipe projet se veut donc assez large et multi-professionnelle. Deux des soignants ont aussi une expérience usager. En outre, nous travaillons avec une équipe de l'hôpital Redemption, car il est important de s'adapter aux contextes locaux et s'appuyer sur les ressources sur place.

Notre programme s'inscrit dans la durée, en construisant la confiance. Cette perspective est encore plus importante pour construire un lien avec les usagers. Nous remercions la FHF de nous avoir permis de mettre en application ce programme. En outre, le CHU de Rennes travaille aussi en coopération avec des écoles de santé

locales. L'hôpital Redemption est situé dans un quartier très populaire de Monrovia, dans le comté de Montserrado, le plus peuplé du Libéria.

La place du patient est une problématique particulièrement prégnante dans le contexte libérien, qui a une expérience de gestion de certaines épidémies. Néanmoins, la défiance vis-à-vis du personnel soignant entraîne une perte de chance. La reconstruction des liens entre cet hôpital et son personnel soignant d'une part et les patients d'autre part revêt donc un profond enjeu.

Nous y intervenons depuis plusieurs années et la communauté soignante est donc assez mature quant au travail avec des usagers, dans le cadre de séances d'éducation à la santé ou en matière d'intégration des usagers dans les comités de

gouvernance. Lors de nos précédents programmes, nous avons organisé des séminaires conjoints soignants/soignés. En effet, les séminaires et formations conjoints constituent l'une des clés du changement.

En outre, notre programme revêt une approche transversale et holistique et une vision très large de la santé. Sa thématique est aussi promue par l'OMS, qui a notamment publié en 2015 un guide sur la qualité et la sécurité des soins, en en plaçant le patient comme acteur. Enfin, depuis le début de ma carrière, je m'intéresse à cette thématique : en 1995, l'un de mes premiers articles portait sur les conférences régionales de santé et de l'autonomie.

Nous nous inscrivons donc dans du « avec », ce qui n'est pas toujours simple, car nous nous rendons à Monrovia cinq ou six fois par an, pour des missions courtes. L'objectif est de passer d'un schéma très paternaliste à une approche centrée, « pour » les patients, et à une approche partenariale, développée par le Centre d'expertise pour le partenariat avec la population et les patients de Montréal. Dans ce modèle, le patient et, de façon plus large, l'utilisateur, sont des membres de l'équipe et donc des partenaires avec qui construire.

Ce programme concerne non seulement les soins, mais aussi leur organisation et la gouvernance. Ainsi, les usagers sont intégrés aux instances de l'hôpital, notamment au Comité d'hygiène, et formés conjointement avec les autres membres. Plus largement, ils participent au comité d'établissement. Enfin, le partage des informations des programmes communautaires est favorisé.

L'amélioration des relations soignants/soignés passe par des formations co-animées et par des *health talks*, séances très courtes d'éducation à la santé lorsque les patients attendent leur consultation et assurées par des associations.

3. Placer le patient au cœur du soin et de la coopération : l'exemple du Mali

Stéphane BESANÇON

(Directeur général de l'ONG Santé Diabète)

Nous travaillons en proximité avec les États, afin de structurer des politiques publiques. En outre, nous avons catalysé de nombreuses coopérations hospitalo-universitaires autour de notre ONG et dans nos programmes, qui ont apporté des expertises importantes. Cette expérience, d'abord très française, s'est amplifiée dans la francophonie, à Genève, au Luxembourg, à Montréal, et maintenant internationale. Nous agissons pour créer une offre de soins, y donner accès puis monter en qualité.

Notre objectif est aussi de mobiliser et d'intégrer les aidants ou accompagnants, terme peut-être plus juste dans les pays africains.

Ainsi, une communauté de pratiques a été mise en place, afin de disposer de groupes de travail permanents. J'en ai aussi mis en place dans une structure régionale d'appui en Bretagne et à la faculté de médecine de Rennes. Ces groupes permettent une acculturation réciproque et se réunissent en sous-groupes plus opérationnels sur des sujets ciblés. Les objectifs de cette communauté à Monrovia visent à améliorer la représentation des patients, à encourager la communication et à renforcer l'éducation à la santé.

Actuellement, trois actions sont en cours : définition avec les usagers des compétences clés pour les professionnels, élaboration d'informations à fournir aux patients et aux accompagnants, travail sur le contenu des *health talks*. Un groupe WhatsApp existe entre les usagers et les professionnels. John Sharpeh, ancien directeur des soins de l'hôpital Redemption et très implanté dans la communauté en tant que leader religieux, est très impliqué dans cette démarche. Plus largement, le groupe de travail est très motivé. Enfin, des associations de patients très actives, notamment issues de la lutte contre le VIH, sont présentes.

Les 5, 6 et 7 octobre 2022, nous organisons un colloque à Rennes à l'EHESP, où nous souhaitons faire intervenir nos partenaires libériens, si nos contributions sur ce projet sont retenues.

Enfin, les systèmes de santé sont certes fragiles, mais les ressources sont présentes et volontaires. Notre coopération est centrée sur les rapports humains. Ainsi, la communauté se mobilise très facilement. En janvier 2023 est prévu un séminaire national au Libéria.

En 2004, le rapid assessment pour la prise en charge du diabète au Mali a recensé seuls deux spécialistes à Bamako, peu de matériel de diagnostic et de médicaments, des coûts très élevés, très peu de prévention et d'éducation thérapeutique. Seuls 10 enfants vivants étaient atteints de diabète de type 1, pour une population de totale de 16 millions d'habitants. La prise en charge complète pour une année de soin représentait 56 % des revenus d'une famille. Le manque de formation entraînait des problèmes de diagnostic et des confusions avec des neuro-paludismes.

Nous concentrons nos coopérations hospitalo-universitaires sur trois axes : le renforcement des ressources humaines ; l'accès aux médicaments au niveau national et local ; les plateaux technologiques et bilans biologiques. Nous travaillons beaucoup avec les pharmaciens, dans une perspective d'achat et de diffusion dans le pays, et les industries pharmaceutiques.

Nos différents programmes de coopération et de formation ont permis un changement radical de la situation en quelques années. Ainsi, en 2016, 22 consultations diabète étaient ouvertes et prenaient en charge près de 15000 patients. En 2021, 32 consultations prenaient en charge 25000 patients. Le prix de l'insuline a diminué de 48% grâce à un fort lobbying, bien qu'il reste bien trop élevé. En 2021, l'OMS a voté une résolution, largement poussée par la France, en vue de l'accessibilité de l'insuline. Plus récemment, Sanofi a annoncé un accès à prix coûtant pour plusieurs médicaments, dont nous attendons encore les détails.

Enfin, nous sommes parvenus à inclure l'insuline dans l'aide médicale obligatoire couvrant les salariés privés et publics. Nous avons presque réussi à la rendre gratuite pour tous les diabétiques de type 1, travail que le coup d'État a renversé. Nous reprendrons donc ce combat.

4. Placer le patient au cœur du soin et de la coopération : l'exemple du Mali

Cynthia FLEURY
(philosophe, CNAM)

La chaire hospitalo-académique CNAM et GHU Paris psychiatrie et neurosciences existe depuis six ans. Elle est ouverte à tous et centrée sur le care et les humanités médicales. En outre, tous ses travaux sont en creative commons. Elle intervient dans plusieurs diplômes et projets d'expérimentation.

Notre deuxième grand partenaire structurel est l'Université des patients, fondée par la professeure Catherine Tourette-Turgis, sous l'égide de Sorbonne Université. Nous participons à tous ses projets et réciproquement. La France est le seul pays à diplômer au niveau master les patients experts. Par ailleurs, nous menons nos expérimentations avec les Sismo et Mines Paris Tech. Enfin, nous sommes liés à de nombreux partenaires de terrain.

Notre métier premier est la philosophie clinique, les humanités médicales, l'éthique, mais aussi les savoirs expérientiels. En outre, nous travaillons sur la santé connectée, l'intelligence artificielle, l'ethics by design, les NTIC. La clinique du développement et de la résilience concerne principalement nos travaux à l'étranger. Nous abordons aussi la place de la nature dans la santé, notamment mentale. Enfin, nous travaillons sur le design capacitaire, en co-conception avec les soignants, les patients, les familles et les aidants.

Entre 2016 et 2021, deux projets ont permis une augmentation de la qualité des soins. La création du DS d'endocrinologie et du DU de diabétologie, désormais aussi validant au Bénin, en Guinée et au Sénégal, a permis de disposer de 16 endocrinologues et d'un service dédié à l'hôpital du Mali. En outre, un programme impliquant Grenoble et Genève s'est spécialisé dans la formation de spécialistes du DT 1.

Le pays comptait 450 enfants atteints du DT 1 en 2016 et 1116 en 2021. Des sites de prise en charge décentralisés ont été créés. De plus, des outils de communication aux patients ont été réutilisés par le CHU de Grenoble. Enfin, la recherche s'est intensifiée et la première cohorte africaine est lancée sur les switchs d'insuline. Des travaux sont entrepris avec le CHU de la Réunion sur l'alphabétisation des patients.

En conclusion, ces actions de coopération sont venues renforcer un ensemble d'actions centrées sur le patient et sur le système, en donnant aux médecins du SUD les capacités de s'emparer des thématiques et de les travailler. En dix ans, ils ont ainsi publié plus de 75 articles dans des revues majeures et réalisé 150 communications dans des congrès internationaux.

Par ailleurs, l'EPSMD est une antenne dédiée à la problématique de la contention et de la liberté. En effet, notre programme d'alternative à la contention mécanique est un protocole de contenance volontaire. Nous disposons aussi d'une antenne dans le service obstétrique et gynécologique de l'hôpital de Clermont-Ferrand. À l'international, nous venons d'inaugurer l'antenne de Panzi, en partenariat avec l'AFD, après en avoir développé une à l'Hôpital du Mali, dans le service endocrino-diabétologie.

Notre chaire défend l'approche subjective, institutionnelle et politique du soin, en partant des points de vulnérabilité pour en faire des territoires d'innovation. Notre écosystème est interdisciplinaire.

À Panzi, la chaire de philosophie intervient à l'hôpital, dans la City of Joy et à la Fondation Panzi. Trois programmes y ont été déployés pour deux ans. Tout d'abord, nous travaillons à la modélisation du protocole de résilience établi à Panzi sur les violences sexuelles faites aux femmes, en nous focalisant sur les arts, afin de montrer leur rôle déterminant dans la clinique du rétablissement du PTSD. Une doctorante travaille sur ce sujet.

Ensuite, afin d'améliorer l'accompagnement des patientes survivantes à l'international, la formation des patients experts doit s'améliorer sur les questions de violences de guerre. Nous co-construisons donc un modèle avec les équipes et l'Université des patients.

Enfin, le troisième programme porte sur le traumatisme vicariant, notamment la problématique du burn-out des soignants. Nous avons beaucoup développé ces sujets au GHU Paris, notamment avec Valérie Gateau. En France, ce burn-out est lié à la réification gestionnaire, tandis qu'en Afrique, il est très lié à la forte effraction du réel de la mort. La conception d'un MOOC à l'attention des soignants et victimes des enjeux de Panzi est prévue dans les années à venir.

D'autre part, la chaire à l'Hôpital du Mali propose un enseignement à destination de la communauté des soignants sur l'approche centrée patient, l'éthique médicale et l'approche holistique des maladies chroniques. Elle propose aussi un parcours digital « Alimentation, soins, environnement », financé par l'AFD.

Nous projetons d'ouvrir une antenne au sein de l'hôpital rattaché à la University of Global Health Equity au Rwanda, axée sur le système de santé mentale communautaire dans un contexte post-génocidaire et de stigmatisation très forte des troubles psychiques et mentaux. Nous envisageons d'y aborder les aidants, la santé mentale dans les communautés, le vécu du post-trauma pour la seconde génération, la complémentarité des approches traditionnelles et biomédicales.

À Prémontré, l'antenne est dédiée à la contention d'une part, à la nature, au patrimoine et aux soins d'autre part. Les premiers résultats de notre expérimentation de protocoles alternatifs de contenance volontaire, menée à Sainte-Anne, seront publiés en octobre 2022. Sur les sept prototypes établis, deux ont été testés et l'un semble se distinguer et devrait donc être déployé dans l'ensemble du GHU.

ATELIERS

La séance de l'après-midi était consacrée aux ateliers et table-rondes :

4 ateliers interactifs sur des thématiques en lien avec les projets de coopération hospitalière menés par les équipes soutenues par le PRPH et l'APCHI et 2 table-rondes prolongeant les présentations du matin sur la communication et la santé mentale dans le cadre de partenariats hospitaliers.

■ ATELIER 1 : À contexte contraint, réponses ingénieuses d'équipes hospitalières : innovations ; outils numériques et pratiques éprouvées

L'objectif de l'atelier était de découvrir des exemples concrets de projets hospitaliers qui ont adapté, de manière planifiée ou en réponse à un contexte dégradé, leurs projets de coopération en recourant à l'innovation, aux outils numériques ou en redécouvrant des techniques frugales.

Animé par :

Emmanuel MORTIER

Hôpital Louis Mourier (AHPH), Colombes

Intervenants :

D^r Nathalie NASR

Neurologue vasculaire, CHU Toulouse

P^r Armand MEKONTO-DESSAP

Chef du service de Médecine intensive réanimation, CHU Henri Mondor

D^r Jephthé HOUEDAKOR

Médecine MPR, pôle Saint-Héliér

P^r Stéphane GAUDRY

Réanimateur médico-chirurgical à l'Hôpital Avicenne et Directeur scientifique de la plateforme de simulation en santé de l'Université Sorbonne Paris Nord

D^r Emmanuel MORTIER

1. Présentation du projet :

Renforcement de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Liban : coopération inter-hospitalière adossée à un projet de mise en place d'un plan organisationnel de prise en charge des AVC en lien avec les autorités sanitaires du CHU de Toulouse, par le D^r NASR (présentation disponible [🔗](#))

La situation au Liban a amené à revoir les modalités de coopération et à réorienter le projet vers le développement de la prise en charge des accidents ischémiques transitoires (AIT) et des AVC mineurs. Leur prise en charge rapide et spécialisée permet la réduction de 50 à 80% la survenue d'un AVC lourd dans les jours et les semaines qui suivent. Ceci permet de s'adapter au contexte économique libanais : la dévaluation de la livre libanaise (qui a perdu plus de 10 fois sa valeur en moins de deux ans) et l'embargo des banques sur les fonds des particuliers et des entreprises rendent l'investissement dans des équipements coûteux, pour réaliser la thrombectomie, très difficile.

Le renforcement des compétences et la spécialisation sont également cruciaux pour répondre efficacement à la survenue des AIT et AVC mineurs.

Les partenariats construits en amont sur le terrain avec les partenaires locaux, ont permis le virage à la télé coopération.

La solution a été le recours à des sessions de formation dédiées, destinées à un niveau de pratique déjà avancé en se basant sur le concept de pédagogie inversée employé pour le télé enseignement national de neurosonologie en France.

Pour un niveau de formation de type 3^e cycle (formation à la spécialité de neurologie), un accès aux ressources créées par les étudiants en 3^e cycle de neurologie en France est ouvert sur le site sans limitation dans l'accès aux ressources.

2. Présentation du projet :

Prise en charge de la détresse respiratoire au Cameroun de l'hôpital Henri Mondor, par le P' Armand MEKONTO-DESSAP

Le contexte Covid en France a obligé à avoir recours à une approche frugale. Et la frugalité est également au cœur des projets de coopération hospitalière. Dans le cas de la réanimation, il a été remarqué que la course aux équipements derniers cris utilisés dans de mauvaises conditions (problème d'alimentation électrique, de consommables non-disponibles ou de molécules inadaptés, etc.) pouvaient avoir des conditions néfastes sur les chances de survie des patients. Recourir aux équipements légers et manuels peut alors se révéler être plus efficace (CPAP de Boussignac).

Construction d'un MOOC en début de Covid : 100000 apprenants dans 150 pays.

Étape finale :

- Conception d'un diplôme avec simulateurs de respirateurs pour valider une partie pratique et théorique (en deux jours). Le simulateur permet le branchement de tout appareil et offre donc aux réanimateurs la possibilité de se former et d'améliorer leur pratique sur les outils qu'ils utilisent quotidiennement. Mise en place d'un DU avec un financement ; 2 sessions en Afrique du nord, une à Dakar et une prochainement à Cotonou ;
- Formation gratuite de 6 semaines pour la partie théorique ;
- Réflexion pour développer une formation pour l'échographie.

3. Présentation du projet :

Coopération franco-ivoirienne pour un partage d'expertise entre services de médecine physique et de réadaptation du Pôle Saint-Héliier, par le D' Jephthé HOUEDAKOR (présentation disponible [↗](#))

Le point de départ du projet a été le don d'une chaîne d'urodynamique par le Pôle Saint Héliier de Rennes au CHU de Yopougon (Abidjan) suite à une rencontre de professionnels des deux établissements lors d'un congrès scientifique. Du don de matériel, le partenariat est devenu un projet complet et solide.

Les résultats sont la formation de référents (IDE, médecins, kiné), la structuration d'un staff de neuro-urologie sur Abidjan, la réalisation d'actes de télémédecine et de télésoins, la formalisation d'un circuit interne au CHU sur l'affectation et le suivi de l'utilisation du matériel, la signature d'une convention de don, et la définition de thèmes de communication commune à des congrès scientifiques.

4. Présentation du projet :

Appui au renforcement des soins critiques dans le cadre de la pandémie Covid-19 de l'hôpital Avicenne, par le P' Stéphane GAUDRY

Le projet est mené au Tchad où l'on compte une seule école de médecine, un système de santé en cours de construction et des médecins pour la plupart étranger.

Côté français, la plateforme de simulation en santé d'Avicenne compte un ingénieur pédagogique, un technicien, une secrétaire et deux 2 médecins spécialisés.

Les objectifs du projet sont de renforcer les compétences médicales et paramédicales pour la prise en charge des patients de réanimation atteints de SARS-CoV-2.

Ont été organisées des réunions Zoom sur la gestion du Covid, des échanges de professionnels entre collègues entre pays du nord et pays du sud en zoom comptant en moyenne 20 personnes par pays. Mais le coût pour les personnels du sud est réel car la connexion est payante. Le projet devrait évoluer vers une forme hybride alliant missions et temps en visio.

La présentation du projet Tchad du P' GAUDRY lors de l'édition 2021 de la Journée est disponible à ce lien (à 24'21") :

<https://vimeo.com/572042685>

5. Présentation des comités antiviraux en ligne :

Niger, Tchad, Mauritanie, France, par le D' Emmanuel MORTIER, Entraide Santé 92

L'association Entraide Santé 92, regroupant des professionnels (soignants, techniques ou administratifs) d'une dizaine d'hôpitaux de la banlieue ouest de Paris, a pour but d'améliorer la qualité des soins dans les pays à ressources (humaines, organisationnelles, financières)

insuffisantes, notamment dans les pays sahéliers (Tchad, Niger, Mauritanie). En raison de la pandémie de Covid et des conditions sécuritaires de certains de ces pays, des staffs médicaux en vidéo, réguliers (un par trimestre) ont été proposés.

■ ATELIER 2 : L'hygiène hospitalière dans les partenariats hospitaliers internationaux : des jumelages ESTHER au projet TWIN2H post-Ebola en Guinée, Quelles avancées ? Quelle place particulière des partenariats ? Quelle appropriation des concepts et des pratiques ?

Animé par :

Gilles RAGUIN

Directeur Santé globale, IMEA fondation, ancien directeur du GIP ESTHER et du département Santé d'Expertise France

Intervenants :

Frédéric LE MARCIS

Anthropologue

P^r Élisabeth ROUVEIX

APHP, GERE

Sandrine SEGOT CHICQ

Expertise France, cadre supérieure de santé, ETI auprès du ministère de la Santé guinéen

D^r Sekou Ahmed TIDIANE BARRY

UMR5151 HSM, université de Montpellier, Société Française d'Hygiène Hospitalière SF2H

D^r Thierry LAVIGNE

SF2H et CHRU de Strasbourg

D^r Sophie GARDES

HCL

Florence DEPAIX-CHAMPAGNAC

IDE, HCL

Cet atelier, conçu en trois temps – présentation de retours d'expériences, discussion entre acteurs de la prévention et du contrôle infectieux (PCI) et leçons conclusives – à trois voix (hospitaliers, institutionnels et anthropologue) a permis de revenir sur des projets de PCI menés en Guinée et au Niger selon des configurations différentes (ESTHER ; post-EBOLA, TWIN2H). L'objectif était de décrire les forces et limites des partenariats comme outils de renforcement des pratiques d'hygiène hospitalière.

Depuis la création du GIP ESTHER il y a 20 ans, de nombreux partenariats entre équipes françaises et africaines, initiés sur le thème du VIH, ont élargi leur champ d'intervention sur l'hygiène et la sécurité des soins, voire l'hygiène hospitalière au sens le plus large. Certains se sont intégrés dans la dynamique de l'OMS du programme APPS (*African Partnership for Patients Safety* : [🔗](#))

Avec la crise Ebola en Afrique de l'Ouest de 2013, a émergé une dynamique, notamment en Guinée, de soutien aux systèmes de santé centrée sur la notion de PCI (Prévention et Contrôle des Infections). La France, à travers l'engagement d'Expertise France dans le renforcement des

systèmes de santé post-Ebola, a souhaité s'appuyer sur le modèle des partenariats hospitaliers pour agir dans ce domaine PCI/Hygiène hospitalière. Le projet TWIN2H (2014-2018) en Guinée, et aussi au Liberia, a ainsi mis en place plusieurs types de partenariats entre hôpitaux français et guinéens, entre hôpitaux guinéens et ONG internationales présentes en Guinée, entre une ONG française et un hôpital guinéen, entre une ONG guinéenne et des centres de santé.

L'analyse des résultats du projet TWIN2H a amené une réflexion en profondeur sur le concept d'hygiène hospitalière et sur ses représentations dans le système de santé guinéen et motivé l'adjonction d'un volet anthropo-santé publique dans le projet PCI/Hygiène hospitalière d'Expertise France qui a pris la suite de TWIN2H en Guinée : ce volet évaluatif articulera ethnographie et santé publique afin de décrire les impacts quantifiables de l'intervention et de saisir les modifications induites par le projet dans la culture de l'hygiène hospitalière (entendue comme pratiques relatives à la propreté des locaux, à l'asepsie, à la prévention du risque nosocomial et des infections associées).

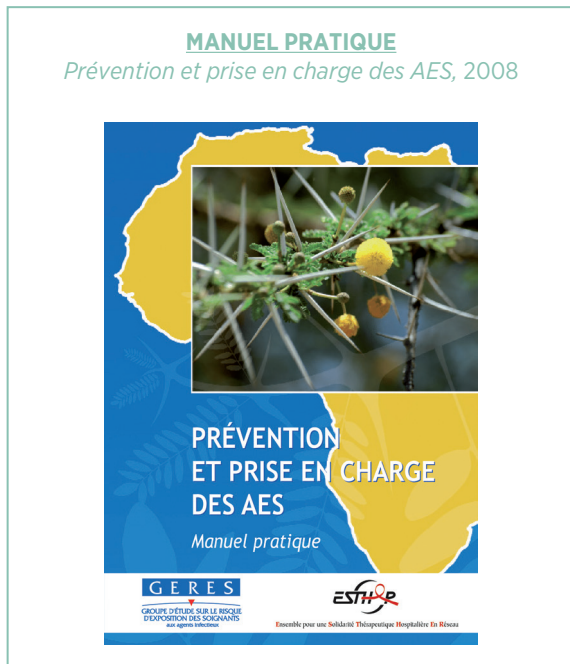
1. Présentation de la Professeure Elisabeth ROUVEIX, AHP, GERES : 20 ans de jumelages (ESTHER et autres bailleurs) avec le CHU de Niamey, Quel bilan des activités ayant porté sur l'hygiène hospitalière ?

La première action a été de sécuriser les gestes à risque afin de prévenir et de prendre en charge les AES (accidents d'exposition au sang/des soignants), notamment les prélèvements veineux avec une réflexion sur la mise à disposition de matériel sécurisé.

Vingt ans plus tard, les acteurs sont perplexes : la prise en charge des AES reste adaptée mais leur prévention n'a pas tenu dans la durée : le manque de matériel sécurisé n'est pas disponible.

Deuxième axe important depuis 10 ans : prévention de la tuberculose en milieu de soins, avec réalisation d'enquêtes de prévalence chez les personnels, mise en place du diagnostic moderne par le GenXPert.

Troisième axe : production de guides et organisation de colloques : guide de prévention des AES en 2008, guide de protection des soignants en 2016, colloques en 2008 à Lomé (150 personnes, 17 pays), puis Casablanca et à l'AFRAVIH 2020 avec diffusion de recommandations élaborées avec les professionnels de terrain, soignants et gestionnaires, et les décideurs. Cependant la diffusion et l'évaluation de ces actions est jugée globalement insuffisantes.



2. Présentation de Sandrine SEGOT CHICQ (SSC), Expertise France, cadre supérieure de santé, ETI auprès du ministère de la santé de Conakry : les différents partenariats du projet TWIN2H en Guinée

- Spécificités importantes des partenariats du projet TWIN2H : jumelages hospitaliers préexistants, mais aussi rôle d'ONG internationales avec équipes locales, ONG nationale avec volet communautaire et présence d'une ATI (assistant technique international) ; grande mixité/diversité des acteurs ;
- Manque de concept commun initial sur PCI ;
- Contexte normatif international OMS post Ebola avec difficile reprise du leadership national rendu possible par la création de l'ANSS (agence nationale de sécurité sanitaire).

Résultats importants du projet :

- Gouvernance nationale avec division PCI créée au ministère de la santé ;
- Guides normes et procédures édités et diffusés, encore opérationnels ;
- Indicateurs de suivi en place (*cf. diaporama D' Tidiane Barry*) ;
- Création de comités d'hygiène et de sécurité et de services d'hygiène hospitalière ;
- Renforcement des compétences et amélioration des environnements ;
- Engagement national pour la pérennisation (matériel et RH).

3. Présentation par le Docteur Ahmed Tidiane BARRY, CH de Boke, Ministère de la santé Conakry : TWIN2H à l'hôpital de Boke, Quels résultats pour l'hygiène et rôle du partenariat ?

Avant le projet, la situation de l'établissement était marquée par une inadaptation des ressources humaines, des équipements des infrastructures.

Le projet a permis un certain nombre d'avancées : mise en place de comités d'hygiène, formation de référents dans les services (formés en Guinée ou au Burkina Faso), organisation d'ateliers de *concernement* (approche comportementale psychosociale), de journées des comités d'hygiène, mise en place d'une surveillance avec indicateurs.

À été constaté un effet « tâche d'huile » sur l'ensemble du système de santé à partir des hôpitaux du projet avec un programme national PCI lancé à l'issue du projet et la satisfaction des usagers.

Le grand défi d'un tel projet reste la question de la pérennisation des comportements.

4. Les recommandations à l'issue des présentations et des échanges :

- Assurer un relais dans la gouvernance des structures (hôpitaux, administration) quand les projets de formation des personnels prennent fin ;
- Assurer un relais communautaire des grands principes de la PCI ;
- Généraliser la capitalisation au niveau national sur des sujets à enjeux tels que la PCI ;
- Volet communication à développer : idée des ambassadeurs de PCI dans les établissements, développement de messages ciblés aux professionnels et à la population ;
- La PCI n'est pas un volet technique mais un sujet d'intéressement des patients et un sujet à dimension structurelle et cognitive : il s'agit de transmettre un savoir et une culture du contexte .

→ **La coopération hospitalière est une ressource pour entendre les acteurs et ajuster le partenariat au plus près du contexte.**

■ ATELIER 3 : Table ronde autour de la communication dans les partenariats de coopération hospitalière (vidéo disponible [🔗](#) et présentation [🔗](#))

1. Stéphane BESANÇON

Directeur général de l'ONG Santé Diabète

La communication scientifique constitue la première forme de communication, au travers d'articles ou de présentations dans des congrès, ce qui valorise directement les travaux de nos collègues du Sud et tire des problématiques locales.

2. Pr Olivier CHABRE

Endocrinologue, CHU Grenoble-Alpes

La deuxième est les outils de communication vis-à-vis des patients. Les échanges ont eu lieu dans les deux sens, car le CH de Chambéry a réutilisé des outils développés à Bamako pour la prévention des lésions des pieds diabétiques.

En effet, à Bamako, 57% des hospitalisations pour diabète dans le service d'endocrinologie / diabétologie / nutrition. Le pied diabétique n'y représente que 16% des patients, mais le tiers des jours d'hospitalisation, dont la durée moyenne est de 30 jours. Une prévention efficace permet donc de diminuer les hospitalisations et le taux d'amputation, qui peut entraîner le décès, car la famille ne dispose pas des moyens nécessaires pour payer les antibiotiques.

Ainsi, elle indique des gestes à ne pas faire, comme l'utilisation d'objets tranchants pour couper les ongles ou enlever les cors, car ces pieds sont souvent marqués par une forte hyperkératose.

Depuis 10 ans, le travail sur le diabète se concentrait principalement sur la formation diplômante, liée à un programme d'échanges de médecins avec Grenoble, Chambéry et la Pitié-Salpêtrière. Paradoxalement, beaucoup d'entre eux sont plus intéressés par l'endocrinologie plutôt que dans le diabète.

3. Stéphane BESANÇON

Directeur général de l'ONG Santé Diabète

Enfin, nous communiquons aussi en externe sur cette coopération. Ainsi, nous avons organisé une conférence de presse pendant la crise Covid, avec des journalistes locaux et nationaux, portant notamment sur les réponses en télémédecine pour les patients DT 1 maliens.

4. Christiane BOURGEOIS-JERNIDIER

Directrice adjointe chargée des Coopérations et des Relations internationales, CHU Martinique

La zone caraïbe est peu abordée dans les communications. Or, le partenariat Nord-Sud y est plus complexe. Les réalités sanitaires et géopolitiques, héritées de l'histoire, y sont très différentes. En tant qu'hôpital représentant la France et son excellence, nous sommes tantôt en position de Nord, tantôt en position de Sud.

Ainsi, quand nous travaillons avec les petits États des Caraïbes orientales, dont les systèmes de santé cumulent les difficultés, nous sommes dans une position de Nord vis-à-vis des structures de soin. En revanche, nous sommes dans une relation Sud-Nord ou Nord-Nord lorsque nous travaillons avec des États plus structurés comme Cuba, la

Jamaïque ou la République dominicaine. Ces changements de positionnement rendent la coopération entre équipes plus ou moins fertile.

Enfin, la fracture numérique est une réalité très concrète au sein des Caraïbes et au sein des territoires eux-mêmes. De plus, les déplacements dans la zone sont compliqués, imposant parfois de passer par Paris. Le Covid a accentué ce phénomène et certaines lignes n'ont pas été rétablies. Ainsi, nous ne pouvons pas nous rendre tous les jours à Sainte-Lucie, pourtant à 30 minutes de vol. Nous avons donc dû développer des solutions originales pour abolir ces barrières. L'équipe de Clarisse Joachim a notamment participé à développer une plateforme collaborative.

5. D' Thierry ALMONT

Responsable de l'unité d'oncosexologie, CHU Martinique

Le CHU de la Martinique est très engagé dans les programmes de coopération des zones caribéennes et panaméricaines. Dans le cadre du PRPH 3, nous avons développé un partenariat avec l'hôpital Ramón González Coro de La Havane, dans une perspective de transfert de compétences.

La mise en place de ce programme a nécessité différentes réunions et échanges avec nos partenaires cubains, dont le ministère de la Santé publique de Cuba, au-delà de l'hôpital. Nous avons également participé à un congrès pour sensibiliser les partenaires cubains à ce projet. Enfin, nous avons travaillé en lien avec l'ambassade de France et le professeur Louis Bujan, du CHU de Toulouse, ainsi qu'avec une doctorante sur place.

Ce projet vise à promouvoir le numérique et à favoriser la co-construction de solutions numériques, adaptées à nos écosystèmes insulaires. En outre, nous souhaitons développer des cursus de formation adaptés au territoire cubain, en favorisant les synergies, notamment avec l'Université numérique francophone mondiale et le CHU de Toulouse.

Tout d'abord, la formation théorique se déroule en e-learning, via la plateforme. La deuxième phase de formation pratique se déroule sur site, notamment aux CECOS Caraïbes et Midi-Pyrénées. Une fois le savoir-faire acquis, les professionnels cubains peuvent solliciter des avis de pairs pour des cas complexes. Enfin, la phase d'évaluation se déroule notamment en lien avec les registres qualifiés des cancers de la Martinique et de Cuba.

La plateforme a été développée avec l'UNFM et l'université de Genève. Les questionnaires qui y figurent permettent d'établir un état des lieux des pratiques. Les cours vidéo sont automatiquement compressés, afin d'être disponibles en bas débit, grâce du logiciel DUDAL, d'utilisation très simple et souple.

Nous disposons aussi de rapports d'exécution, de tutoriels de prise en main de la plateforme, une PIA développée avec les outils de la CNIL, afin d'évaluer l'impact éthique de l'accessibilité, la circulation des données et la propriété intellectuelle. L'outil Sphinx permet la mise en ligne des questionnaires. Enfin, un tableau d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs présente un suivi des formations et des experts mobilisés.

Les supports de communication ont été développés en français et en anglais avec les différentes équipes. En outre, nous avons publié un article en 2021 portant sur cette plateforme et un autre est en cours de validation pour *BMC Medical Education*, portant sur la technicité de l'accessibilité en bas débit.

Enfin, nous avons organisé le troisième séminaire régional de cancérologie en décembre 2019, où une doctorante a présenté une communication sur la santé reproductive chez les patients atteints de cancer à Cuba. Nous avons participé et présenté le projet aux premières assises de la francophonie scientifique à Bucarest, via Zoom. Nous avons organisé le quatrième séminaire régional de cancérologie et participé à la neuvième rencontre « Cancer, sexualité et fertilité », en novembre 2021 à Lille. Enfin, nous organisons en décembre 2022 en Martinique la dixième rencontre et le cinquième séminaire régional.

Nous remercions tout particulièrement nos partenaires cubains et français, sans qui ce projet n'aurait pas pu voir le jour : ministère de la Santé publique à Cuba, INOR, FHF, DGOS. Vous pouvez contacter les porteurs du projet, le Dr Jacqueline Baudin, le Dr Clarisse Joachim, Rémi Houpert et moi-même, au travers d'une boîte mail dédiée : prph3@chu-martinique.fr

1. À partir de vos expériences de projets, quelles sont les questions principales qui se posent autour de ce sujet ?

Exemple :

Quels sont les liens existant entre direction administrative et communauté médicale ?

Quel est, dans ces différents modèles, le rôle des soignants non médicaux dans le management de l'établissement ?

Quelles sont les modalités permettant d'affirmer le rôle de direction dans ces établissements, notamment en discutant le degré d'autonomie dont elles disposent ?

Les participants se sont accordés sur le fait que l'amélioration des soins doit rester le fil rouge, et qu'il est essentiel de conserver un cadre de dialogue permanent à tous les niveaux de gouvernance.

2. Quelles compétences renforcer, pour permettre une meilleure articulation entre les volets administratifs, médicaux et soignants, en tenant compte d'un contexte de pénurie de ressources en santé ?

- Connaissance et compréhension mutuelle des motivations et des problématiques de chacun :
 - Encourager la pluridisciplinarité dans les équipes ;
 - Valoriser l'objectif commun de placer l'usager au centre des décisions ;
 - Détecter les aptitudes de chacun ;
- Compétences relationnelles :
 - Écoute ;
 - Capacité à faire des compromis ;
 - Capacité de synthèse ;
 - Maîtrise de nouvelles pratiques (exemple : télésanté).

L'objectif sous-tendu étant de se donner les moyens d'aller vers une co-décision.

3. Quelle place des partenariats hospitaliers internationaux pour contribuer au renforcement de ces compétences ?

Les partenariats hospitaliers internationaux :

- Permettent l'échange (professionnel) au sens de transfert de savoir-faire ;
- Peuvent susciter l'envie d'acquérir de nouvelles compétences ;
- Permettent l'entraide et l'apprentissage dans les deux sens (co-construction, fertilisation croisée) ;
- Favorisent les échanges humains sur la base d'un engagement mutuel, et l'envie de partager les valeurs sur accès pour tous à des soins de qualité. De ce fait, ils permettent de développer des compétences humaines, sociologiques et interculturelles ;
- À noter que les retombées du partenariat sont d'autant plus importantes a priori que le partenariat se fait dans le temps (la durée est importante). Il faut noter aussi qu'ils ne permettent pas de régler tous les problèmes ;
- Enfin, une démarche d'évaluation sur la base de critères communs pour à terme les bénéfices des partenariats hospitaliers sur le plan du renforcement de ces compétences peut-être à mener dans le temps.

ATELIER 6 : Et si j'ajoutais un volet biomédical à mon projet de coopération hospitalière ?

Animé par :

Cathy BLANC-GONNET

Directrice-coordinatrice, ONG Humatem

Intervenants :

Émilie DURAND

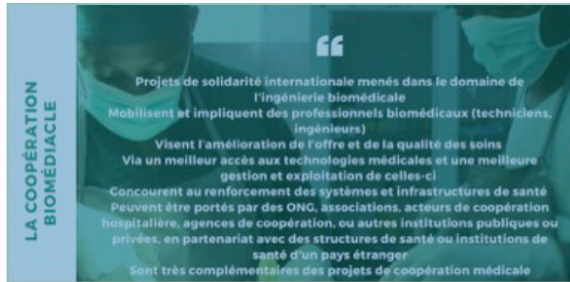
Chargée de projets de coopérations, ONG Humatem

Abderrahim Farid BENGHOUG

Ingénieur biomédical à l'APHM, membre du cercle international de l'Association Française des Ingénieurs Biomédicaux AFIB




Avec des témoignages d'acteurs de coopération hospitalière dont le réseau des hôpitaux d'Afrique, de l'Océan Indien et des Caraïbes - RESHAOC

Le but de cet atelier était de parler de la place des activités de gestion biomédicale, c'est-à-dire des équipements, de leur entretien et de leur maintenance, dans un projet de coopération via trois témoignages et un échange entre les différents profils présents, plus ou moins avertis sur les enjeux biomédicaux.



Les membres du RESHAOC sont intervenus pour expliquer l'organisation de la branche biomédicale dans leurs pays respectifs, en insistant sur l'importance du transfert de compétences entre partenaires (donateurs, fournisseurs et bénéficiaires de matériel).

QUESTIONS AUX REPRÉSENTANTS DU RESHAOC

 <p>KHADIDIATOU SARR KÉBÉ Directrice de l'hôpital El Hadji-Ibrahima Niass (Sénégal) Présidente du RESHAOC</p>	 <p>MARIE-HÉLÈNE FOESSEL Coordinatrice du projet PRPHS entre 3 hôpitaux camerounais et le CHUCA</p>	 <p>PR. DIEU DONNÉ GNONLONFOUN Neurologue, Neuro-épidémiologiste Directeur général du CNHU - HKM (Bénin) Secrétaire exécutif du RESHAOC</p>	<p>QUE POUVEZ-VOUS NOUS DIRE DE LA SITUATION DE VOS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DANS LE DOMAINE BIOMÉDICAL. C'EST À DIRE EN MATIÈRE DE GESTION DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ?</p>	<p>SERIEZ-VOUS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT DE PROJETS DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE DANS LE DOMAINE BIOMÉDICAL ? ET SI OUI, QUELS TYPES DE PROJETS ET ACTIVITÉS ?</p>	<p>QUELLES RECOMMANDATIONS FERIEZ-VOUS AUX ACTEURS FRANÇAIS DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE QUI SOUHAITERAIENT COOPÉRER AVEC LEURS PARTENAIRES SUR CETTE THÉMATIQUE ?</p>
---	---	---	---	---	---

L'interview pré-enregistrée de **Marie-Hélène Foessel** a permis de donner un aperçu des impressions d'une cadre de santé française sur le service biomédical de trois hôpitaux camerounais. Elle a en effet témoigné des conditions d'exercice des personnels médicaux et biomédicaux dans les hôpitaux de ses partenaires camerounais, tant sur

le plan pratique que sur le plan de la reconnaissance du personnel de maintenance. S'en est suivie une discussion qui a permis de mettre au jour des interrogations concernant la mise en place concrète d'une mission de coopération biomédicale : comment initier le projet, qui contacter, comment s'organiser...

TYPES D'ACTIONS DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE DANS LE DOMAINE BIOMÉDICAL

<p>Dons de DM fonctionnels et adaptés aux besoins</p> <p>Appui au processus d'acquisition des DM</p> <p>Appui aux approvisionnements en accessoires et pièces détachées</p> <p>Installation et maintenance des DM</p> <p>Formation du personnel biomédical à la gestion et à la maintenance des DM</p>	<p>Appui à l'aménagement et à l'équipement d'ateliers biomédicaux</p> <p>Appui à l'organisation/management de l'activité biomédicale</p> <p>Conseils à l'amélioration des infrastructures (eau, électricité, bâtiment...) pour une bonne adéquation avec les DM</p>	<p>Formation du personnel soignant à l'utilisation et à l'entretien des DM</p> <p>Sensibilisation et plaidoyer auprès des décideurs de santé sur la gestion des DM</p> <p>Appui au développement de filières de formation biomédicales locales</p>
--	---	--

DM = Dispositifs Médicaux



■ ATELIER 7 : Présentation des actions internationales du Centre Collaborateur OMS — EPSM Lille Métropole (vidéo disponible [🔗](#))

1. Simon VASSEUR-BACLE

CCOMS – EPSM Lille Métropole

Le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale est un service de l'EPSM Lille Métropole. Le monde compte plus de 800 CCOMS, dont 46 spécialisés en santé mentale. Leurs mandats durent quatre ans, sur la base de programmes pluriannuels.

Les CCOMS ne disposent d'aucun financement de l'OMS. L'établissement de rattachement finance une partie des postes et la majorité des actions se base soit sur les subventions, soit sur les cotisations du groupement de coopération sanitaire (GCS), qui répond aussi à des appels à projets.

Les valeurs de notre CCOMS ont déjà été évoquées pendant la journée :

- Implication de tous les citoyen(ne)s, afin de faire de la santé mentale l'affaire de tou(te)s ;
- Affirmation des droits et la pleine citoyenneté ;
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- Promotion des services de santé mentale sanitaires, psychiatriques, sociaux et médico-sociaux intégrés dans la Cité sur des territoires de proximité ;
- Promotion de la participation effective des usagers et proches aidants dans l'organisation des services, dans la recherche et dans la formation ;
- Reconnaissance et valorisation des savoirs expérimentiels en santé mentale.

Nous tissons des liens avec l'OMS Genève et les bureaux régionaux de l'OMS, l'Union européenne et la Commission européenne et les différents ministères. Nous sommes particulièrement liés aux CCOMS de Genève, Casablanca, Montréal, Helsinki, Trieste et Utrecht.

2. Vincent DEMASSIET

Président du REV France

La suppression des lits implique un travail en amont, en lien avec la Cité et avec un réseau de partenaires. La santé mentale est ainsi pensée dans la Cité, et non hospitalo-centrée, ce qui permet de développer une autre psychiatrie, plaçant l'urgence dans l'écoute et non dans l'hospitalisation. En effet, l'isolement et la contention n'ont plus lieu d'être et constituent un frein à l'accompagnement et au soin.

En tant que patient, j'ai passé 15 ans dans un service fermé. L'hôpital n'est pas un lieu de vie,

En outre, nous travaillons nos liens avec les associations d'usagers, d'élus, de professionnels (AdESM, AJPJA, AFEP), aux niveaux national et international, ainsi qu'avec des universités, comme celles de Lille, Paris 7, Paris 13, l'EHESP et l'INSERM.

Notre groupement de coopération sanitaire regroupe compte 29 établissements, 189 des environ 800 secteurs de psychiatrie de France, et opère dans 12 régions, y compris en outre-mer. Il concerne 34000 professionnels.

Nous menons des recherches au sein du GCS portant sur la santé somatique dans les services de psychiatrie et de santé mentale, la réduction du tabagisme, les partenariats entre la pédopsychiatrie et l'Éducation nationale, la santé mentale des soignants en psychiatrie.

Les actions propres au CCOMS portent sur quatre grands axes : promotion de la santé mentale communautaire, *Quality Rights*, participation des usagers et des aidants et santé mentale numérique. Ces actions sont aussi liées à l'évolution des pratiques au sein du pôle 59G21 de l'EPSM Lille Métropole, qui a été dirigé par le D^r Jean-Luc ROELANDT, aussi ancien directeur et actuel directeur adjoint du CCOMS.

En effet, lorsqu'il est devenu chef de service en 1972, il comptait 300 lits en unités fermées, tous les traitements étaient imposés et 99% des personnels pratiquaient à l'hôpital. En 2022, 76% des personnels exercent en ville et des équipes mobiles spécialisées ont été créées, afin de développer l'ambulatoire. Le service compte 10 lits dans une unité ouverte, ainsi que deux lits pour les accompagnants, la population du périmètre comptant environ 90000 habitants. Il ne pratique ni isolement ni contention, mais œuvre à l'inclusion sociale, avec tous les partenaires de la communauté.

mais de contenance au mieux, de contention au pire. C'est à l'extérieur que nous nous soignons, en redevenant des citoyens comme les autres, même si les divers problèmes nous empêchent de mener une vie normale au début. Plus nous sommes retirés de la société, moins elle nous accepte.

Ce changement de perspective amène des offices HLM à travailler avec le pôle psychiatrique ou les associations. Or, trop d'hôpitaux, d'élus et d'associations sont isolés, et se mettre en réseau facilite le travail.

3. Simon VASSEUR-BACLE CCOMS – EPSM Lille Métropole

Quality Rights permet de traduire concrètement ces objectifs et ces valeurs. Le CCOMS appuie aussi les conseils locaux de santé mentale, visant à placer tous les acteurs au même niveau, sans hiérarchie, comme dans le modèle de Montréal, changeant ainsi les perspectives et les possibilités d'accompagnement dans la Cité. De même, différents modèles de participation des usagers dans la gouvernance des services existent. Enfin, le CCOMS porte un programme de médiateur de santé pair et les GEM.

La lutte contre la stigmatisation, au cœur des programmes du CCOMS il y a une dizaine d'années, reste d'actualité. Certaines campagnes passées se sont révélées inefficaces, voire ont renforcé des stéréotypes. L'*empowerment*, l'orientation rétablissement et les droits constituent des prismes de discussion et d'action susceptibles de renverser ces problèmes de stigmatisation.

Nous avons développé différents webinaires portant sur le savoir expérientiel, le droit des usagers, les conseils locaux et le programme *Quality Rights*. Nous organisons aussi régulièrement des événements sur la santé mentale numérique, la contrainte et la liberté en psychiatrie, les perspectives et innovations internationales et les programmes de soins.

4. Vincent DEMASSIET Président du REV France

Ces travaux ont permis de déclassifier de la psychiatrie l'incongruence de genre.

La CIM a mis en évidence que les usagers ne se reconnaissent pas dans le diagnostic de troubles schizophréniques, que les aidants ne reconnaissent

5. Simon VASSEUR-BACLE CCOMS – EPSM Lille Métropole

Le fait que nous soyons un CCOMS nous a permis de travailler sur ces problématiques complexes à l'international et directement en lien avec les personnes concernées. Un long délai sépare la CIM 10 et la CIM 11, tandis qu'un processus plus régulier et participatif éviterait des difficultés liées à des diagnostics figés, évoquées par les usagers comme les professionnels.

Depuis 2018, en partenariat avec Expertise France, puis la DGOS et l'AFD, nous avons développé des terrains d'action, en lien avec les acteurs locaux. Nous avons mené des missions exploratoires en 2018 au Burkina Faso, en 2019 en

Au niveau international, nous travaillons avec l'enquête SMPG (santé mentale en population générale), qui recueille des données épidémiologiques fiables et questionne les leviers et les freins sur le recours au sein, au travers de son volet sur les représentations. Elle permet souvent d'appuyer un plaidoyer auprès des décideurs politiques.

En outre, nous avons développé un diplôme interuniversitaire en santé mentale communautaire. Cette formation de trois semaines se déroule successivement à Lille, Paris et Marseille et inclut des visites de sites pour observer les pratiques innovantes locales. Les profils des inscrits sont très riches : professionnels de la santé, du social ou du médico-social, élus.

Enfin, nous avons participé à la CIM 11 (classification internationale des maladies) au travers de recherches sur le genre, la dépression et les troubles schizophréniques, notamment quant à l'utilité et la fiabilité de certains diagnostics, qui doivent devenir un outil de discussion entre les personnes concernées et les professionnels, plutôt qu'une étiquette.

pas leurs proches et que les professionnels peinent à reconnaître leurs patients. La justesse de ce diagnostic est donc remise en question, sans nier les souffrances psychiques, d'autant que l'établissement d'un diagnostic tend à créer une fatalité. Le concept pourrait donc évoluer.

Irak, en 2021 en Côte d'Ivoire. Dès le départ, nous souhaitons proposer des actions transposables dans les pays d'Afrique francophones intéressés. Nous menons donc un projet pilote au Burkina Faso, avec un financement d'environ 500 000 euros sur trois ans, période étendue en raison de la pandémie de Covid. Des échanges bilatéraux ont eu lieu, y compris en visioconférence, afin de créer des liens suffisamment solides pour rester pérennes après l'arrêt des financements en juin 2022. En effet, la pérennité d'un projet doit être envisagée dès sa conception. Des membres d'équipes municipales françaises se sont rendues au Burkina Faso, profitant des jumelages.

Ainsi, nous avons appuyé l'élaboration du plan national stratégique en santé mentale, aidé à la mise en place de l'enquête SMBG, soutenu la mise en place d'outils et de programmes de l'OMS (mhGAP, *Quality Rights*). Des formateurs ont été formés en vue de la création de conseils locaux en santé mentale et trois sont déjà créés à Ouagadougou, à Ouahigouya et à Bobo-Dioulasso.

6. Vincent DEMASSIET

Président du REV France

Les conseils locaux de santé mentale ont beaucoup plu aux équipes burkinabés, qui s'en sont rapidement emparées et souhaitent en créer un dans chacune des 13 régions. Ceux en place sont déjà force de proposition. Nous avons beaucoup à apprendre.

7. Simon VASSEUR-BACLE

CCOMS – EPSM Lille Métropole

Nous étions à Ouagadougou il y a une dizaine de jours, pour une semaine de restitution des quatre années d'action sur place. Les deux derniers jours, des représentants du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger et du Togo étaient présents. Les représentants des six pays se sont engagés à poursuivre leurs actions de promotion, de prévention et d'amélioration de la santé mentale. Nous espérons communiquer prochainement un appel cosigné en ce sens.

En Côte d'Ivoire, notre mission exploratoire en 2021 répondait à la demande de l'AFD de participer à un projet de collaboration entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique de Bingerville, à l'occasion d'un projet architectural. En effet, des financements de rénovation ou de construction représentent une excellente occasion de questionner l'organisation des soins, tandis que des rectifications ultérieures sont plus compliquées. Ainsi, l'architecte rencontré sur place estimait que le *Quality Rights* constituait une bonne source d'inspiration.

8. Vincent DEMASSIET

Président du REV France

Toutes les actions du CCOMS incluent des usagers, dont la présence fait bouger les lignes. Malgré les difficultés, nous avons un fort savoir expérientiel, car nous sommes experts de notre maladie, de notre parcours de rétablissement et de vie. Je comprends qu'il soit difficile de trouver

En 2018, nous avons aussi pris conscience de la problématique de l'exposition aux psychotraumas des populations, car la crise sécuritaire touchait fortement les agents de santé et déstructurait les services publics. Ainsi, le nombre de professionnels spécialisés en santé mentale et psychiatrie égalait celui du service de psychiatrie de l'EPSM. Néanmoins, l'organisation communautaire est bien plus forte qu'en France.

Ainsi, ils ont commencé par travailler avec des praticiens, des usagers et les polices municipales, qui ne savent pas comment intervenir auprès de personnes « folles ». La police nationale a demandé de telles formations.

En outre, nous avons rencontré les acteurs de la santé mentale de la région de Bouaké. Une réelle dynamique existe autour de l'hôpital psychiatrique de Bouaké, de l'université et de l'ensemble des acteurs de la communauté, dont les tradi-praticiens. Nous tâcherons de mettre en place des actions développées dans le projet pilote burkinabé.

Par ailleurs, la DGOS a financé l'enquête SMPG dans la région de Bouaké. Nous projetons déjà le développement d'autres actions. Ainsi, nous avons reçu il y a quelques semaines un arrêté municipal créant un conseil communal de santé mentale.

Enfin, nous avons contribué à un état des lieux à Beyrouth et proposé un plan stratégique et la mise en place d'actions : CLSM, SPMG, *Quality Rights*.

L'actuel pôle psychiatrie 59G21 s'est construit sur plusieurs dizaines d'années, en s'appuyant sur des expériences étrangères. Cette coopération internationale a donc permis de maintenir l'innovation.

des usagers, mais les équipes sont capables de beaucoup s'investir pour disposer des professionnels spécialistes. Les mêmes moyens devraient être déployés pour disposer des usagers experts. Créer du réseau permet d'avancer concrètement, dans tous les pays.

ÉVALUATION : COMMENT FAIRE SIMPLE ET UTILE POUR TOUS ?

■ **Sabrina GUERARD** (document disponible [🔗](#))

Chargée d'évaluation, Département Évaluation et Apprentissage de l'AFD

En 2019, Bruno de REVIERS avait animé un atelier. Depuis, l'AFD a organisé des formations et a mis à disposition des modèles types d'outils de suivi. Néanmoins, le suivi et l'évaluation constituent un métier à part entière. Vous manquez souvent de temps et n'y pensez pas toujours dès le début. Enfin, je mesure aussi les progrès que l'AFD doit faire en termes de clarté dans l'expression de ses besoins. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des projets constituent une obligation inscrite dans la loi LOPPSI 2021.

Le suivi est le résultat d'un dialogue avec toutes les parties prenantes d'un projet, idéalement identifiées lors de sa construction. Il suit l'exécution des activités, pour prendre en compte l'évolution du contexte, des acteurs, voire de l'intérêt du projet. Comme une boussole, il aide donc à le piloter, à le réorienter, voire à l'amender. Il permet d'explicitier des changements implicites, négatifs comme positifs, afin d'en prendre davantage conscience et de les partager.

En revanche, l'évaluation constitue un jugement, qui survient à l'issue du projet et apporte une valeur à l'atteinte des résultats, sur la base de son financement.

Le suivi implique la collecte de données et leur analyse. Des responsables doivent donc être désignés. Une évaluation intermédiaire peut être menée. Ces données alimentent la réflexion et constituent une occasion de dialogue et de capitalisation sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Sans données de suivi, l'évaluation de qualité est impossible, car elle doit alors ré-imaginer les situations de référence avant-projet.

Le suivi doit tout d'abord tenir compte des moyens, par exemple un financement par l'AFD, qui permettent des réalisations : nombre de personnes formées, de protocoles écrits... participant à un objectif de moyen terme et à un impact de long terme. Le bailleur sollicite un suivi au moins technique et financier. L'AFD tâche de basculer le suivi de l'angle des activités vers un suivi orienté sur l'angle de changement des acteurs, par conséquent plus qualitatif et plus ancré dans la réalité des projets.

En matière de suivi ou d'évaluation, en amont du projet comme lors de son exécution, tout se discute avec le bailleur et les partenaires, afin de déterminer les objectifs des données, entre simple redevabilité au bailleur, renforcement des capacités du partenaire et amélioration du pilotage du projet. Le suivi constitue aussi un retour réflexif sur la pratique.

Les données peuvent être recueillies collectivement ou individuellement. Dans certains cas, l'auto-évaluation est aussi possible. Les rapports d'étonnement constituent aussi des outils utiles et intéressants.

Enfin, les données doivent être explicitées afin d'être partageables et analysables en matière d'analyse et d'amélioration des pratiques. Au sein de l'AFD, Bruno de REVIERS et moi-même pouvons apporter un appui ponctuel aux partenariats qui le souhaiteraient, si vous souhaitez un regard sur votre dispositif de suivi et vos indicateurs.

PERSPECTIVE EUROPÉENNE ET STRATÉGIE DE LA FRANCE EN SANTÉ MONDIALE

■ **Arnauld GAUTHIER**

Sous-directeur stratégie et ressources, DGOS

Je vous remercie tout d'abord très chaleureusement pour votre active participation à cette troisième journée d'échanges relative à la coopération hospitalière internationale.

L'organisation de cette journée répond à un besoin d'échanges entre les professionnels de santé et entre partenaires institutionnels, que la pandémie de ces deux dernières années a rendus particulièrement difficiles. La DGOS souhaite que ce cadre de discussion soit pérennisé et que ces échanges accompagnent les évolutions induites par la crise et survenues aux différents niveaux d'intervention de la coopération en santé, mais aussi plus globalement la prise en compte des impacts sur nos systèmes de soins liés aux grandes transformations sociales et environnementales.

Au niveau national, la stratégie 2022-2027 de la France en santé mondiale, en cours d'élaboration, se veut concrète, inclusive et opérationnelle et devra s'appuyer sur les points forts de l'expertise française dans le champ de la santé, tout en adoptant une approche centrée sur la personne. Dans une perspective d'efficacité, d'agilité, d'évaluation et de suivi, elle devra aussi prendre en compte et influencer l'approche européenne en santé mondiale, et reposer sur des indicateurs d'impacts et de résultats, avec en ligne de mire la réalisation des objectifs de développement durable 2030, notamment l'ODD 3 visant à assurer la santé et le bien-être de tous. Dans ce cadre, votre contribution au titre de votre expertise en santé et de votre engagement au sein des coopérations est incontournable pour intégrer des approches innovantes et inscrire la politique nationale dans une logique de dialogue et de partenariat.

Au niveau européen, si les États membres ont dans un premier temps répondu de manière isolée à la crise du Covid, l'évolution et l'impact de la situation sanitaire ont rendu évidente la nécessité d'une action coordonnée au niveau de l'Union européenne, pour faire face à une menace sanitaire de cette ampleur. Dans ces circonstances, plusieurs chantiers ont émergé de ce rebond européen et alimentent les travaux de la Commission européenne : paquet législatif portant sur la santé et comprenant la révision des mandats du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies et de l'Agence européenne des Médicaments, nouveau règlement relatif aux menaces transfrontières graves pour la santé, mise en place rapide de la nouvelle autorité HERA, chargée de préparer l'Union européenne aux futures pandémies.

Ces dispositifs de coordination et d'intervention commune doivent permettre de renforcer les capacités européennes de prévention, de préparation et de réponses aux futures crises sanitaires et de soutenir la recherche, le développement et la production de produits de santé, afin de constituer un solide bouclier face aux prochaines crises, en complément des offres de soin nationales.

Les six mois de la présidence française du Conseil de l'Union européenne ont constitué une opportunité pour partager avec l'ensemble des États la nécessité d'accroître la solidarité à travers la mise en place de nouveaux dispositifs, afin de construire une Europe de la santé résiliente.

Les discussions nourries pendant cette période entre les ministres de la Santé de l'Union européenne, la Commissaire européenne à la santé et le Directeur général de l'OMS ont fait émerger l'idée d'un nouvel instrument de coopération, qui pourrait prendre la forme d'un label « hôpital européen », sur la base du volontariat et pour favoriser des dynamiques de réseau et des actions coordonnées entre établissements. Cette proposition, particulièrement soutenue par la Commissaire européenne à la santé et la DG santé, s'inscrirait dans une union de la santé plus forte et résiliente et permettrait de renforcer la sécurité sanitaire par une coordination accrue, de faciliter l'accès aux soins, pour une meilleure équité territoriale, de favoriser l'échange de bonnes pratiques et d'accroître la valeur ajoutée européenne en offrant des soins de qualité aux patients. Les travaux pour voir naître un tel instrument se poursuivront avec l'ensemble des États membres et la Commission européenne dans les mois à venir.

Enfin, au niveau de l'OMS, la volonté de tirer les enseignements de la pandémie a conduit à des travaux pour créer un nouvel instrument juridique, sous forme de traité international, sur la lutte contre les pandémies, ainsi qu'au souhait de réviser certains articles du règlement sanitaire international, pour préparer l'avenir et créer un environnement autour duquel tous les scientifiques, les professionnels de santé et les représentants des pouvoirs publics pourront s'unir.

Gageons qu'il s'agira là de la première pierre d'une architecture en santé mondiale à repenser, afin qu'elle prenne mieux en compte les spécificités des pays, des enjeux de santé et des systèmes de soin, y compris dans leurs dimensions communautaires, ainsi que

l'expérience des patients, et qu'elle s'inscrive toujours plus dans l'approche très concrète des prises en charge que vous assurez au quotidien.

À tous ces échelons, les coopérations de terrain pour apporter des réponses pragmatiques aux problèmes souvent complexes sont essentielles et votre rôle de réformateur discret est déterminant. L'ensemble de vos contributions d'aujourd'hui nourriront les réflexions en cours, car elles incarnent la vision territoriale qu'il nous revient de mieux prendre en compte.

Je vous remercie de nouveau pour la qualité des interventions proposées durant cette troisième journée. Je ne peux que vous encourager à poursuivre cette dynamique partenariale, qui témoigne de votre engagement solidaire et de notre responsabilité collective face aux objectifs de santé et de bien-être pour tous.

Nota bene :

Ce compte-rendu a été rédigé par la société **Codexa** (www.codexa.fr) et complété par les animateurs de la Journée.