

Former une coalition de volontaires pour décoloniser la santé mondiale

– *Faisabilité, impact et perspectives*



Rapport de Development Reimagined

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : Introduction	7
Chapitre 2 : But et objectifs de ce rapport	10
Méthodologie du présent rapport :	10
Revue de littérature :	10
Enquête anonymisée :	11
Entretiens et dialogues politiques :	11
Organisation de ce rapport :	12
Chapitre 3 : Remettre en question la dÉcolonisation : un guide pratique	14
Thème 1 : POURQUOI — La production de connaissances sur la santé mondiale	14
Thème 2 : Où — Le pouvoir financier en matière de santé mondiale	20
Thème 3 : QUI — La gouvernance en santé mondiale	26
Thème 4 : QUOI — Pratiques d’acquisition dans le secteur de la santé mondiale	30
Thème 5 : COMMENT — L’impact de la COVID-19	34
Chapitre 4 : Conclusion & Recommandations	38
Recommandations	39
En ce qui concerne le processus, nous avons deux recommandations.	42
Références	44
Annexe 1	47

Remerciements :

Development Reimagined remercie toutes les parties qui ont contribué à la réalisation de ce rapport :
Merci aux experts interrogés qui ont aidé à la conceptualisation des thèmes clés du rapport et aux participants au dialogue politique dont les sessions de discussion animées ont fourni de nombreuses pistes de solutions. Nous remercions, en particulier, Alexis Moisand, Alex Martins, Caroline Kwok, Camilla Knox-Peebles, Cate Oswald, Danny Sriskandarajah, Didier Mouliom, Elena Gillis, Emma Rhule, Hayley MacGregor, Harvy Liwanag, Karlee Silver, Marit Van Lenthe, Melissa Leach, Meghan Kumar, Pascale Allotey, Rosemary Mburu, Rostand Sagu, Solange Baptiste, Tian Johnson et Tammam Aloudat.

Nous remercions également les cadres supérieurs des organisations de la santé mondiale qui ont participé à l’enquête et dont les contributions anonymes ont permis de rédiger le contenu du rapport.

Nous remercions également les membres du personnel de toutes les organisations de la santé mondiale qui militent pour le changement dans ce secteur — vous êtes notre source d'inspiration !

Nous remercions tout particulièrement Alise Abadie, Geoffrey Atim et Open Society Foundation/OSIEA qui ont généreusement soutenu la planification et la préparation de ce rapport.

Enfin, nous remercions tout particulièrement les membres de l'équipe DR qui ont contribué à ce rapport : Hannah Ryder, Leah Lynch, Mohamed Ali, Osarumwense Omosigho, Jing Cai, Rose Wigmore et Jade Scarfe.

Glossaire

Un glossaire a été constitué pour clarifier la terminologie clé utilisée dans ce rapport. Bien que diverses définitions puissent être utilisées par d'autres, Development Reimagined a choisi d'utiliser celles qui suivent pour explorer ce sujet.

Biomédecine — Système mondial de pratiques médicales standard d'origine occidentale, composé de méthodes et de traitements scientifiques (chirurgie, médicaments, allocation de ressources humaines et soins).

Black Lives Matter (BLM) - Mouvement social mettant en lumière les inégalités et la violence systémiques à l'encontre des personnes noires à l'échelle mondiale. Il a été lancé en 2013 sous la forme d'un hashtag sur les médias sociaux.

Build Back Better – (Reconstruire en mieux) Campagne numérique mise en place par Green New Deal UK et soutenue par une coalition de multiples ONG et OSC de divers secteurs. Elle œuvre pour une riposte face à la COVID-19 exigeant des pouvoirs publics qu'ils améliorent les systèmes existants et adhèrent plus honnêtement aux objectifs de développement durable.

Colonialisme — Forme de domination/contrôle par des individus ou un groupe (pays) sur le territoire et/ou le comportement d'autres individus ou groupe (pays).

Décolonisation — Le démantèlement des méthodes, des préjugés et des systèmes injustes d'origine coloniale afin de garantir l'indépendance et la pleine capacité d'action de toutes les organisations, communautés et personnes concernées.

Interventions horizontales — Interventions en matière de santé « fournies par des systèmes de santé financés par le secteur public et communément appelées soins primaires complets »; elles impliquent des interventions plus larges sur de multiples problèmes interconnectés.

Interventions verticales — Les projets de santé qui sont « exécutés dans une zone cible sélectionnée pour l'intervention » et ne nécessitent pas d'intégration dans les systèmes de soins de santé locaux, et peuvent impliquer une acquisition mondiale ou nationale dans une autre juridiction qui n'est pas le point



de prestation local. Il peut s'agir par exemple de la distribution de moustiquaires de lutte contre le paludisme ou de vaccins contre la COVID-19.

Néo-colonialisme — Système de classes englobant toutes les politiques, infrastructures et agents contribuant activement à la société qui perpétuent indirectement les pratiques et comportements de l'ère coloniale.

Organisations de donateurs — Les plus grandes organisations internationales de santé mondiale qui opèrent dans les PRFI, mieux financées et disposant d'une plus grande capacité d'action; elles offrent généralement un financement aux organisations partenaires de mise en œuvre ou s'associent à elles.

Organisations de la santé mondiale — Les organisations de tailles et de domaines d'intervention variés, axées en définitive sur le développement ou le travail humanitaire dans le secteur de la santé mondiale.

Partenaire de mise en œuvre/organisations communautaires — Petites organisations de la santé mondiale locales qui opèrent dans les PRFI avec moins de financement et de capacité d'action que les grandes organisations internationales.

Personne de couleur — Terminologie désignant toute personne qui n'est pas considérée comme « blanche ».

PRE - Pays à revenu élevé.

PRFI — Pays à revenu faible ou intermédiaire.

Propriété intellectuelle (PI) — Définie comme les créations de l'esprit, telles que les inventions, les œuvres littéraires et artistiques, les dessins, les symboles, les noms et les

images utilisés dans le commerce.¹ Dans le contexte de la santé mondiale, la propriété intellectuelle concerne généralement les brevets pour la conception de médicaments, de produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux.

Regard blanc — L'hypothèse selon laquelle la « blancheur » est l'état humain par défaut et constitue la norme de mesure de l'avancement, tandis que le fait de ne pas être blanc est considéré comme une déviation de la normale.

¹ Voir : <https://www.wipo.int/about-ip/en/>

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION



La pandémie de la COVID-19 et le mouvement *Black Lives Matter* ont mis en évidence les problèmes de préjugés et de pouvoir qui affectent le secteur de la santé mondiale. Les dénonciations de harcèlement et de discrimination dans certaines des plus grandes organisations de santé et d'aide humanitaire du monde ont émergé sur divers médias.² Par ailleurs, le récit de l'échec prévu quant à la capacité des pays à revenu faible à répondre à la COVID-19, en particulier en Afrique, s'est avéré erroné, mais persistant en raison du racisme.³

Néanmoins, la pandémie de COVID-19 offre une bonne opportunité de déconstruire et d'affiner le pouvoir et les processus qui entrent en jeu dans la santé mondiale. Dans le droit fil de la campagne « *Build Back Better* » (reconstruire en mieux), les acteurs de la santé mondiale ont été amenés à remettre en question les inégalités de pouvoir et à y faire face, à supprimer le « regard blanc » et à encourager l'appropriation locale.

Lien entre le mouvement BLM (*Black Lives Matter*), la décolonisation et la COVID-19

Le mouvement BLM⁴ — qui a débuté sous la forme d'un hashtag sur les médias sociaux en 2013 et persiste aujourd'hui en tant que mouvement social important, dénonce la brutalité policière et le racisme systémique à l'encontre des personnes noires dans le monde. Il sert également à mettre en évidence les inégalités systémiques plus larges auxquelles sont confrontés les citoyens des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), dont la plupart étaient des États colonisés avant leur accession à l'indépendance.

Dans le passé, la colonisation a servi à ancrer des systèmes d'extraction nuisibles qui servaient les puissances occidentales (pour la plupart) et non les peuples colonisés. Après l'indépendance, la plupart des peuples colonisés ont construit des États-nations en utilisant des modèles de gouvernance et de

² Voir les références publiques à des organisations telles que Médecins Sans Frontières (MSF), le Département pour le développement international (DFID, maintenant Foreign Commonwealth and Development Office, FCDO), USAID ; le Comité international de la Croix-Rouge, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Conseil danois pour les réfugiés, Mercy Corps, et plus encore dans ces liens :

<https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/10/medecins-sans-frontieres-institutionally-racist-medical-charity-colonialism-white-supremacy-msf>; <https://www.telegraph.co.uk/politics/2020/08/26/racism-endemic-dfid-leaked-report-claims/>; <https://www.nbcnews.com/politics/politics-news/usaid-staff-demand-action-agency-leaders-over-systemic-racism-n1230316>; <https://www.dw.com/en/un-health-organization-to-investigate-racism-misconduct-allegations/a-47130306>; <https://www.reuters.com/article/us-global-racism-humanitarian-exclusive-idUSKCN24F0CB>.

³ Powell, A. (2020, November). *Africa Spared Worst of Pandemic by 'Coordinated, Collaborative' Approach*. Voice of America.

<https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/africa-spared-worst-pandemic-coordinated-collaborative-approach>.

⁴ HUSL Library: *A Brief History of Civil Rights in the United States: The Black Lives Matter Movement*. (n.d.). Howard University Law Library. <https://library.law.howard.edu/civilrightshistory/BLM>.

législation créés par leurs anciens colonisateurs⁵ — et ont rejoint un système mondial toujours dirigé par les anciennes puissances coloniales — perpétuant ainsi les inégalités à l'échelle mondiale. Ces systèmes inégaux peuvent s'avérer mortels lorsqu'ils s'étendent au secteur de la santé, par exemple lorsque les médecins posent des diagnostics erronés en fonction de la race⁶ ou lorsque les choix de production et de distribution du vaccin contre la COVID-19 favorisent les nations les plus riches.⁷

La santé mondiale en tant que domaine a des liens historiques avec les initiatives et les intérêts coloniaux européens.⁸ En effet, les noms de certaines organisations qui restent au centre du secteur de la santé mondiale, comme la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM), remontent à cette époque.⁹ Cependant, la transition entre la mission initiale de protection des colonisateurs contre les maladies et l'objectif moderne d'amélioration de l'équité en matière de santé dans le monde entier montre à quel point le domaine a évolué. En dépit de cette évolution, dans de nombreux cas, les anciennes structures demeurent et orientent la définition du programme, la prise de décision et la hiérarchisation des procédures pour les initiatives de santé dans les PRFI du monde entier.

Du passé au présent : Localisation, diversité et inclusion, et décolonisation de la santé mondiale

Aujourd'hui, la santé mondiale est souvent caractérisée par les partenariats entre les PRFI qui étaient autrefois colonisés et plusieurs pays à revenu élevé qui étaient des colonisateurs ou qui ont légitimé les systèmes d'esclavage et d'apartheid. Ces partenariats sont axés sur la santé, mais ils s'inscrivent aussi souvent dans les secteurs du « développement » et de l'« humanitaire ». Le secteur du développement, en particulier, est censé donner la priorité à quatre principes d'« efficacité du développement », dont l'un est l'« appropriation par le pays » ou la localisation.¹⁰ Toutefois, et bien que le présent rapport ne s'attarde pas sur les détails ou les aspects pratiques de ce principe, il convient de noter qu'en 2019, selon un rapport de suivi du secrétariat de la GPEDC : « L'alignement des projets des partenaires au développement sur les objectifs, les indicateurs de résultats, les statistiques et les systèmes de suivi des pays partenaires est en baisse. »¹¹

Parallèlement aux discussions initiées par les universitaires, les activistes et les praticiens de la santé depuis des années, un véritable effort de décolonisation de la santé mondiale commence tout juste à émerger. Il vise à minimiser les déséquilibres de pouvoir qui existent depuis longtemps dans l'arène de la santé mondiale en considérant à la fois l'héritage direct de l'ère coloniale et les structures qui sont toujours en place.¹² Par exemple, il y a des questions concernant l'accès sans entraves aux institutions de la santé mondiale, la production de connaissances pour savoir qui conçoit et dirige la recherche menée dans les PRFI, et les organisations internationales qui contrôlent les leviers du pouvoir dans le contexte de l'établissement de l'agenda de santé publique dans chaque projet. Les organisations de la santé mondiale ont davantage mis l'accent sur la diversité et l'inclusion (également connues sous le nom de programme D&I). Néanmoins, si ces actions sont cruciales, bienvenues et doivent se poursuivre, comme l'illustre ce rapport, elles sont désordonnées, ont peu (voire pas) d'objectifs pour le suivi des progrès et ne sont pas coordonnées.

⁵ BETTS, R. (2012). Decolonization: A brief history of the word. In BOGAERTS E. & RABEN R. (Eds.), *Beyond Empire and Nation: The Decolonization of African and Asian societies, 1930s-1970s* (pp. 23-38). Brill. Consulté le 2 mai 2021, sur : <http://www.jstor.org/stable/10.1163/i.ctt1w8h2zm.5>

⁶ Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (Eds.). (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. National Academies Press (US).

⁷ Growing global Covid vaccine inequity 'grotesque', says WHO. (2021, March). France24. <https://www.france24.com/en/health/20210322-covid-19-who-slams-grotesque-growing-global-vaccine-inequity>

⁸ Saha, S., Kavattur, P., & Goheer, A. (2019, April 26). *The C-Word: Tackling the enduring legacy of colonialism in global health*. Health Systems Global. <https://healthsystemsglobal.org/news/the-c-word-tackling-the-enduring-legacy-of-colonialism-in-global-health/>

⁹ LSTMED. Decolonising global health: colonial history & institutional structures that perpetuate disadvantage. <https://www.lstmed.ac.uk/news-events/seminars-and-lectures/decolonising-global-health-colonial-history-institutional>

¹⁰ Voir : <https://www.effectivecooperation.org/landing-page/effectiveness-principles>

¹¹ Voir Page 21 : https://www.effectivecooperation.org/system/files/2019-09/Global%20Partnership%20Monitoring%20Progress%20Report%202019_Part%20II.pdf

¹² Leon-Himmelstine, C., & Pinet, M. (2020, June 3). *How can Covid-19 be the catalyst to decolonise development research?* From Poverty to Power. <https://oxfamblogs.org/wp2p/how-can-covid-19-be-the-catalyst-to-decolonise-development-research/>

À ce jour, aucune organisation de développement — qu'elle soit active ou consultative — n'a proposé un cadre simple et engageant pour que les organisations de la santé mondiale puissent adopter une approche holistique de la résolution de ces problèmes et pour que les progrès puissent être suivis à l'échelle mondiale. D'où ce rapport visant à répondre à ce besoin urgent et à cette opportunité.

CHAPITRE 2 : BUT ET OBJECTIFS DE CE RAPPORT

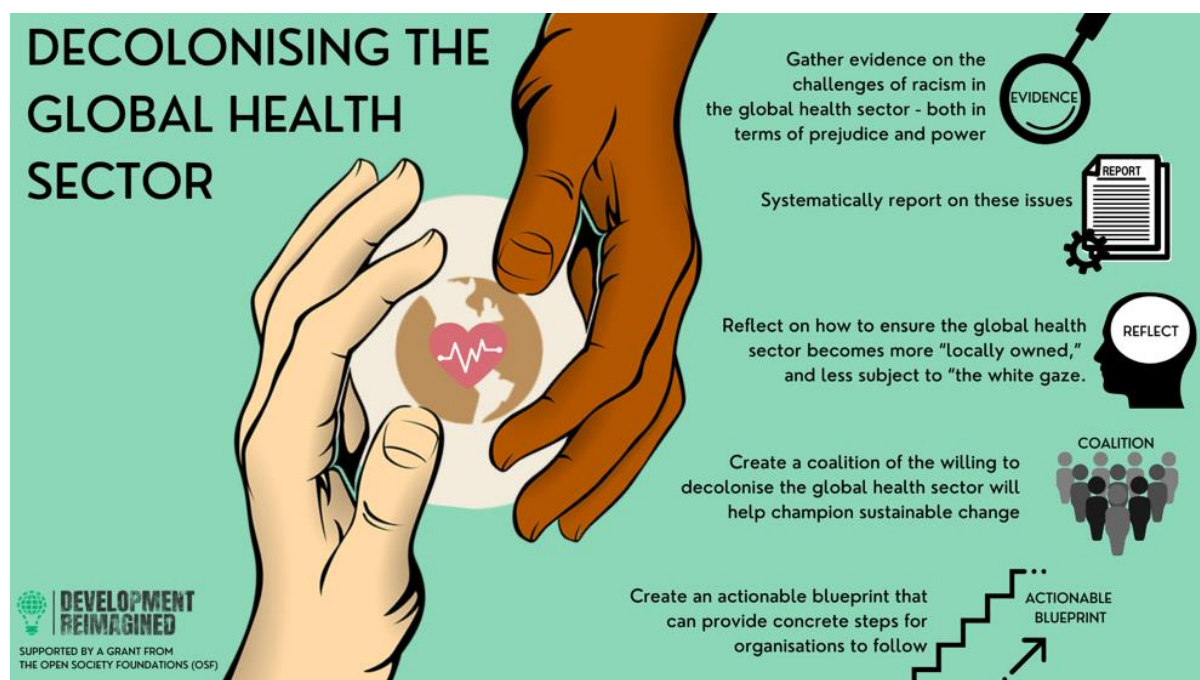
Ce rapport et le projet dont il est issu visent à combler une lacune en examinant et en proposant un cadre holistique permettant aux organisations de la santé mondiale actives en Afrique, et par extension dans d'autres PRFI, de prendre des mesures concrètes en faveur de la décolonisation. Ce cadre est destiné à l'usage des équipes de direction et des conseils d'administration des organisations de la santé mondiale. Il est basé sur la synthèse d'entretiens, d'enquêtes et de dialogues politiques, et est piloté par les parties prenantes qui ont pris part aux diverses consultations décrites ci-dessous, y compris une enquête autodéclarée et des cycles de dialogue.

Le cadre vise à formuler des idées de solutions et de recommandations qui guideront les parties prenantes lorsqu'il s'agira de remettre en question et de faire évoluer les systèmes de pouvoir — mondiaux, nationaux, locaux, interpersonnels et institutionnels — dans les projets de santé mondiale. Dans cette optique, le rapport entend jeter les bases d'une « coalition de volontaires » pratique et axée sur les solutions pour aborder la décolonisation dans le domaine de la santé mondiale, afin d'aller de l'avant, d'apporter des changements, de suivre les progrès et d'inspirer d'autres personnes à rejoindre la coalition et à créer des solutions durables dans l'ensemble du secteur.

Méthodologie du présent rapport :

Les données et informations utilisées dans ce rapport ont été collectées par le biais de trois principales méthodes : une revue de la littérature, une enquête anonyme et des dialogues individuels/combinés (Figure 1).

Figure 1 : Aperçu de la méthodologie du projet



Source : Development Reimagined

Revue de littérature :

Le rapport a étudié environ 200 documents, y compris des articles de journaux, des extraits de journaux, des comptes rendus de conférences et des communiqués de presse provenant de diverses organisations de la santé mondiale couvrant la période 2000-2020. Environ 60 de ceux-ci, que l'équipe

de Development Reimagined a jugés les plus utiles, ont été inclus dans la revue de littérature et référencés dans ce document.

Il était important d'intégrer autant de littérature que possible pour avoir une compréhension plus nuancée des défis. En outre, la revue a permis de comprendre les défis actuels et les lacunes de l'action, et d'explorer un nouveau cadre potentiel qui pourrait être validé par d'autres aspects de la méthodologie.

Enquête anonymisée :

Une enquête détaillée accessible en ligne a été conçue pour recueillir des preuves des principaux défis auxquels les organisations de la santé mondiale et les partenaires locaux de mise en œuvre sont confrontés en matière de préjugés et de pouvoir. L'enquête — jointe à l'**Annexe I** — comprenait 46 questions et visait principalement à recueillir les points de vue des partenaires locaux de mise en œuvre, en particulier les partenaires africains. Elle a été envoyée à plus de 70 organisations par courrier électronique et sur des plateformes de médias sociaux, notamment Twitter et LinkedIn, en demandant explicitement aux hauts représentants des organisations d'y répondre. Ces organisations comprenaient à la fois des partenaires de mise en œuvre locaux et de grandes organisations de la santé mondiale ayant leur siège en Europe et en Amérique du Nord. D'après les réponses reçues (32 au total), les organisations ont confirmé qu'elles étaient impliquées dans le financement, l'achat de produits, la recherche et le développement (R&D), la politique de santé et la mise en œuvre de projets de santé dans les PRFI.

Les données recueillies ont constitué le fondement des discussions lors des dialogues politiques et ont permis de formuler des recommandations.

Entretiens et dialogues politiques :

Dix entretiens semi-structurés ont été menés avec d'éminents experts en santé mondiale, ainsi qu'avec des cadres supérieurs d'organisations de la santé mondiale, afin d'orienter la portée de ce travail de recherche. Cela a permis de le concentrer sur les défis les plus importants qui n'avaient pas été abordés auparavant.

Deux dialogues politiques ont été organisés, dans le cadre de ce rapport, afin de consolider les thèmes ressortis du travail de recherche, de l'enquête et des entretiens, et de se concentrer sur les solutions spécifiques que les organisations mettent en œuvre dans ce domaine. Les dialogues se sont tenus virtuellement les 25 mars et 15 avril 2021, selon les règles de Chatham House¹³, et ont été limités à des représentants d'environ 8-10 organisations différentes par dialogue afin de garantir des discussions ouvertes et fluides. Les parties prenantes ont été invitées selon le format d'une étude exploratoire et comprenaient un mélange de donateurs, d'exécutants de projets, d'organisations de la société civile nationales et internationales et de chercheurs travaillant dans le secteur de la santé mondiale. En outre, il y avait des représentants des organisations basées dans les PRFI et celles dont le siège est dans les PRE.

Les dialogues politiques avaient pour but de présenter aux parties prenantes les conclusions préliminaires des entretiens et des résultats de l'enquête et d'explorer les recommandations et les actions à entreprendre. À cet égard, les dialogues ont été conçus pour permettre une réflexion sur la question de savoir si les organisations étaient confrontées à des problèmes similaires à ceux identifiés dans la revue de littérature, les entretiens et les résultats de l'enquête. En outre, ils ont permis de mieux comprendre la situation interne de chaque organisation en matière de décolonisation et les meilleures approches qui ont fonctionné pour elles. Ainsi, au-delà d'une simple discussion sur les problèmes de

¹³ Dans lequel les points soulevés et les informations divulguées au cours d'une réunion peuvent être rapportés par les personnes présentes, mais la source des points ou des informations peut ne pas être identifiée explicitement ou implicitement. Le présent rapport adhère donc également à cette règle.

racisme et de préjugés dans le secteur, les dialogues politiques visaient à formuler des solutions. La **figure 2** ci-dessous présente les questions ayant orienté ceux-ci.

Figure 2 : Les questions ayant orienté les dialogues

Q1 : Quelles initiatives votre organisation a-t-elle mises en place - ou souhaiterait-elle mettre en place - pour surmonter certains des défis évoqués dans l'enquête ?

Q2 : Quelles sont les initiatives qui fonctionnent - et celles qui ne fonctionnent pas ? Votre personnel, votre direction, vos donateurs ou vos partenaires vous soutiennent-ils ?

Q3 : Les activités de votre organisation ont-elles changé en raison de la COVID-19 ? La pandémie a-t-elle favorisé ou entravé vos efforts de décolonisation ?

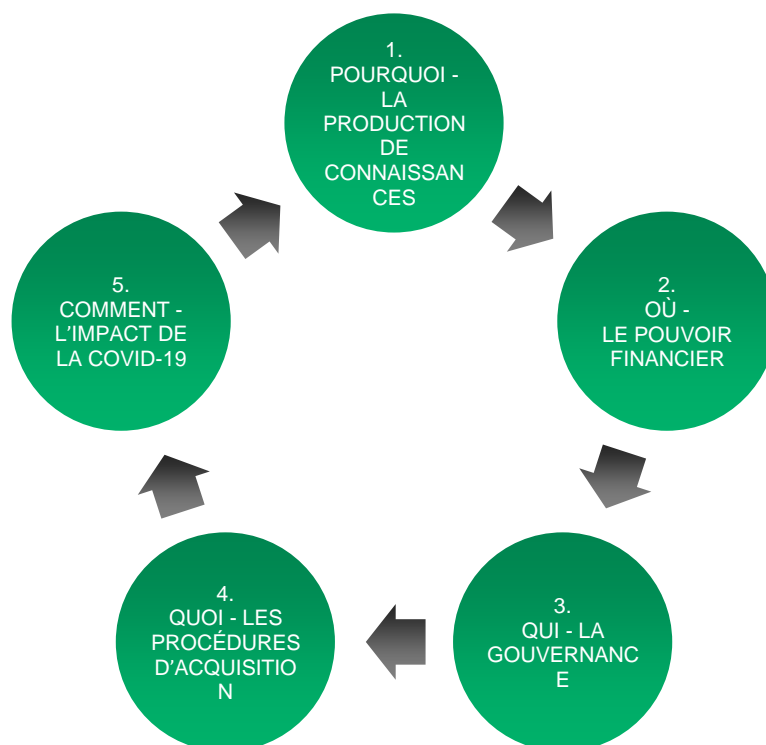
Q4 : Comment pouvons-nous collaborer au mieux dans l'écosystème de la santé mondiale pour favoriser la décolonisation ? Quels mécanismes sont nécessaires ?

Source : *Development Reimagined*

Organisation de ce rapport :

Lorsque nous, Development Reimagined, avons entrepris la revue de littérature en particulier, nous avons commencé à voir cinq domaines ou thèmes principaux de défis. Ces thèmes étaient quelque peu liés mais distincts, et leur combinaison a commencé à mettre plus clairement en évidence les déséquilibres structurels et le racisme qui prévalent dans le secteur de la santé mondiale. Nous avons donc organisé ce rapport en fonction de ces cinq thèmes clés, comme le montre la **figure 3**.

Figure 3 : Cinq thèmes clés pour le processus de décolonisation en santé mondiale



Source : *Development Reimagined*

CHAPITRE 3 : REMETTRE EN QUESTION LA DÉCOLONISATION : UN GUIDE PRATIQUE

Ce chapitre explore la littérature clé, les réflexions issues de l'enquête et les dialogues politiques basés sur les cinq thèmes clés identifiés au chapitre 2. Il inclut également des études de cas recueillies au cours des dialogues et de la recherche exploratoire afin d'inspirer les organisations à envisager le changement nécessaire, sous forme de solutions pratiques.

Thème 1 : POURQUOI — La production de connaissances sur la santé mondiale



L'un des thèmes récurrents de la décolonisation de la santé mondiale se rapporte à la production des connaissances sur la santé mondiale. La stratégie qui sous-tend la création actuelle du savoir sur la santé mondiale est fondée sur les relations de pouvoir asymétriques entre les chercheurs des pays à haut risque et ceux qui sont directement impliqués dans les projets de santé mondiale, généralement des personnes des pays à revenu faible et intermédiaire.

Par exemple, la biomédecine occidentale est toujours considérée comme la méthode la plus légitime pour générer et appliquer des connaissances dans le secteur de la santé¹⁴, par rapport à d'autres médecines et traitements traditionnels, qu'ils proviennent de Chine, d'Inde, de pays africains, d'Amérique latine ou des Caraïbes.¹⁵ La décolonisation de la santé mondiale exige une remise en question critique des hypothèses, en s'attaquant aux inégalités structurelles qui existent entre les acteurs institutionnels qui opèrent dans ce domaine, et en remettant en question les préjugés conscients et inconscients de longue date.¹⁶

La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence la nécessité de produire des connaissances adaptées au contexte. Par exemple, il existe des preuves documentées de l'impact positif de la recherche coproduite lorsqu'il s'agit de partager le pouvoir du début à la fin des projets ; un exemple pertinent étant l'engagement et la coproduction récents de recherches par l'Allemagne, Hong Kong, le Liban et le Pakistan en réponse à la crise de COVID-19.¹⁷

La production de connaissances est également liée à la méthode de collecte de données pour la recherche dans les PRFI, avec un accent sur qui collecte les données et qui reçoit finalement la reconnaissance : la question du statut d'auteur est une préoccupation majeure dans le secteur de la santé mondiale. Il y a de plus en plus de preuves selon lesquelles les chercheurs des PRFI ne reçoivent

¹⁴ Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015). Integrating traditional indigenous medicine and western biomedicine into health systems: a review of Nicaraguan health policies and miskitu health services. *International journal for equity in health*, 14, 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1>

¹⁵ Ibeneme, S., Eni, G., Ezuma, A., & Fortwengel, G. (2017). Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. *Current therapeutic research, clinical and experimental*, 86, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.03.001>

¹⁶ Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., & Raveendran, Y. (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>

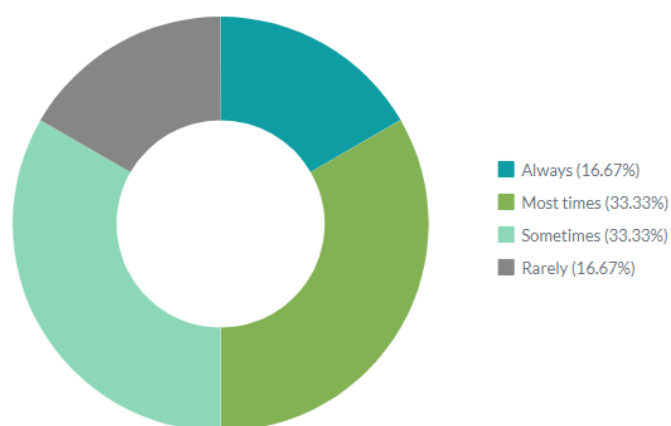
¹⁷ Marten, R., El-Jardali, F., Hafeez, A., Hanefeld, J., Leung, G. M., & Ghaffar, A. (2021). Co-producing the covid-19 response in Germany, Hong Kong, Lebanon, and Pakistan. *BMJ*, n243. <https://doi.org/10.1136/bmi.n243>

pas une juste reconnaissance pour leurs contributions à la recherche, que ce soit dans la collecte de données, l'analyse qualitative ou la rédaction¹⁸, car la reconnaissance est souvent réservée aux chercheurs des PRE.¹⁹ Cela a eu des conséquences importantes sur l'orientation de la recherche et le financement futur des chercheurs des PRFI. Un exemple récent étant celui de Jean-Jacques Muyembe, le médecin congolais qui a été le premier à enquêter sur la flambée d'Ebola en 1976. Pourtant, ce n'est que récemment qu'il a reçu une co-reconnaissance internationale pour cet exploit, en 2019²⁰; alors que la découverte est encore principalement attribuée à Peter Piot, le virologue belge qui a isolé le virus à partir des échantillons envoyés par Muyembe.²¹

Ce ressenti est également apparu dans notre enquête, de nombreuses organisations communautaires ayant fait part de la même préoccupation. L'analyse de l'enquête a révélé des disparités dans la fréquence de l'attribution du statut d'auteur principal entre les organisations donatrices et les organisations de mise en œuvre, avec environ 41 % des organisations interrogées ayant été « rarement » ou « parfois » reconnues comme auteurs principaux (**Figure 4**). En revanche, les réponses des organisations donatrices ou de celles qui ne sont pas directement impliquées dans la mise en œuvre du projet indiquent qu'elles sont « toujours » ou « la plupart du temps » créditées. Cette présence d'un différentiel de pouvoir dans la recherche en santé mondiale a en outre été corroborée par un document récent qui a extrait les articles sur la « santé » en Afrique subsaharienne publiés sur PubMed entre 2014 et 2016. Les résultats ont montré que sur les 7 100 articles identifiés, seuls environ 50 % des publications avaient un premier auteur éditeur originaire du pays concerné.²²

Figure 4 : Reconnaissance du statut d'auteur principal — à quelle fréquence ?

When publishing reports with partner organisations, how often are you credited with lead authorship?



La prémisse derrière l'inquiétude croissante concernant le statut d'auteur est en fin de compte un moyen de substitution palpable pour exprimer les problèmes liés aux asymétries de pouvoir en relation avec la production de connaissances sur la santé mondiale. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas

¹⁸ Pai, M. (2019, November 21). Lack of equity and diversity still plague global health research. *The Conversation*. <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

¹⁹ Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5), e002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>

²⁰ Peralta, E. (2019, November 4). *This Congolese Doctor Discovered Ebola But Never Got Credit For It — Until Now*. NPR.

<https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/11/04/774863495/this-congolese-doctor-discovered-ebola-but-never-got-credit-for-it-until-now>

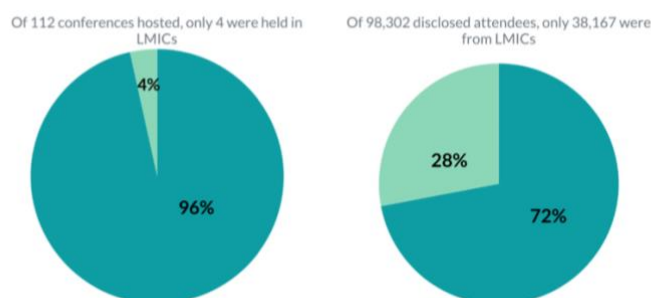
²¹ Organisation mondiale de la santé. (2018). Jean-Jacques Muyembe Tamfum: a life's work on Ebola. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(12), 804–805. <https://doi.org/10.2471/blt.18.031218>

²² Hedt-Gauthier, B. L., Jeufack, H. M., Neufeld, N. H., Alem, A., Sauer, S., Odhiambo, J., Boum, Y., Shuchman, M., & Volmink, J. (2019). Stuck in the middle: a systematic review of authorship in collaborative health research in Africa, 2014–2016. *BMJ Global Health*, 4(5), e001853. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001853>

d'une revendication de statut d'auteur principal dans le vide, mais qu'il est important de déconstruire les origines des déséquilibres de pouvoir qui influencent la valeur accordée aux auteurs.

Les défis concernant la représentation dans l'arène de la santé mondiale ne se limitent pas au statut d'auteur et au leadership des partenaires locaux, mais s'étendent au lieu où se déroule la conférence et aux participants. La figure 5 illustre ces défis, en montrant que parmi les conférences sur la santé mondiale analysées dans une étude du BMJ²³, seulement 4 % se sont tenues dans les PRFI, et moins de la moitié des participants étaient issus des PRFI. Cette situation est très problématique, car elle empêche l'accès au pouvoir et à l'influence de ceux qui connaissent le mieux les défis sanitaires locaux.

Figure 5 : Représentation des PRFI aux conférences mondiales sur la santé



Source : BMJ Global Health, 2021

Cela témoigne de la nécessité de réfléchir à l'implication et au renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre locaux et de l'importance de l'accessibilité lorsqu'il s'agit d'organiser des conférences.

L'analyse de notre enquête a révélé un schéma similaire en ce qui concerne le lieu des conférences (figure 6).

Figure 6 : Obstacles à la participation aux conférences

Are members of your organisation provided with sufficient financial support when attending the conferences? Cost/visa friendly etc.



²³ Velin, L., Lartigue, J. W., Johnson, S. A., Zorigbaatar, A., Kanmounye, U. S., Truche, P., & Joseph, M. N. (2021). Conference equity in global health: a systematic review of factors impacting LMIC representation at global health conferences. *BMJ global health*, 6(1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>

Cependant, plus de 83 % des organisations interrogées ont confirmé qu'elles étaient fréquemment invitées à des conférences sur la santé mondiale, avec un pourcentage égal de donateurs et d'organisations de mise en œuvre. Cela dit, malgré les invitations, 40 % des organisations n'ont pas pu assister aux conférences en raison d'un manque de soutien financier et de restrictions liées aux visas. Ces deux obstacles sont liés au fait que la plupart des conférences ont lieu en Amérique du Nord et en Europe.

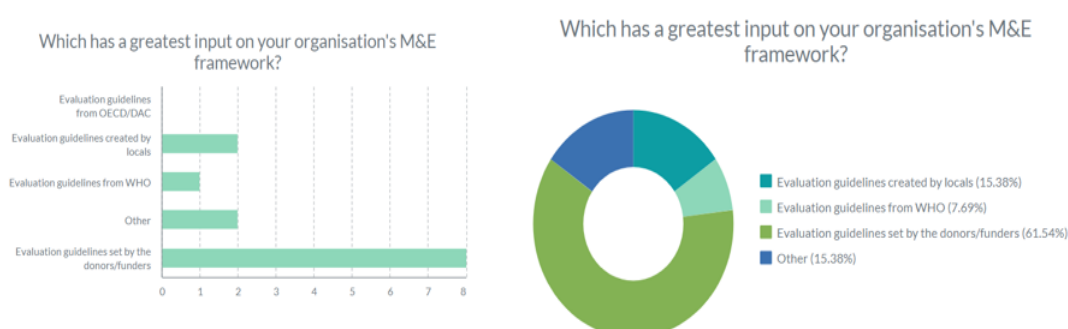
Le fait de ne pas donner de pouvoir aux chercheurs locaux et de restreindre leur accès a pour conséquence majeure le déficit de recherche applicable et adaptée au contexte local. Cela s'étend aux cadres utilisés par les projets de santé mondiale qui se déroulent dans les PRFI. Les universitaires et les décideurs politiques ont plaidé pour la prise en compte des contextes culturels et linguistiques locaux lors de l'utilisation de mesures d'évaluation standardisées pour mesurer le succès des projets de santé mondiale.²⁴

Fondamentalement, imposer des paradigmes de soins de santé sans tenir compte du contexte local ou de ce que l'on appelle les « idiomes de la détresse » peut conduire à des interventions inefficaces.

La question de la production de connaissances était également évidente dans les entretiens avec les experts en santé mondiale. Les experts ont fait écho au besoin de générer des connaissances localisées dans le contexte des PRFI. La recherche et les stratégies utilisées par les organisations opérant dans le secteur de la santé mondiale n'étaient parfois pas culturellement adaptées aux besoins des individus. Par exemple, un participant au dialogue politique a fait savoir que la recherche pour la collecte de données est influencée par la formation et l'éducation, souvent issues du milieu universitaire occidental. Par exemple, travailler sur un article sur le mariage entre cousins et promouvoir l'idée que cette pratique constitue un problème, sans tenir compte des raisons contextuelles de ces mariages. « Beaucoup d'entre nous ne sont pas disposés à remettre en question ce que la société occidentale nous a appris ».

Lorsqu'ils ont été interrogés plus en détail, les experts ont également souligné la nécessité d'évaluer la manière dont les connaissances sont produites, car cela a un impact sur le type de projets auxquels les organisations de la santé mondiale donnent la priorité. Cela a été corroboré par l'enquête, car une fois les projets terminés, seuls 15 % des organisations de la santé mondiale ont utilisé des critères d'évaluation créés au niveau national/local, et la majorité a utilisé des critères d'évaluation établis par les donateurs (Figure 7).

Figure 7 : Critères de suivi et d'évaluation



²⁴ Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015). Integrating traditional indigenous medicine and western biomedicine into health systems: a review of Nicaraguan health policies and miskitu health services. *International journal for equity in health*, 14, 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1>

Parallèlement à cela, le rôle des chercheurs dans les PRFI a également été souligné dans ces discussions. Les experts ont souligné les problèmes liés au « leadership de la recherche axé sur l'Occident » et le manque de responsabilité lorsque les projets sont détournés par des chercheurs occidentaux. Les experts ont exprimé la réticence du secteur de la santé mondiale à aller au-delà de l'utilisation des connaissances produites dans les PRE et le manque d'urgence à passer de la preuve à la mise en œuvre après avoir découvert ces questions clés. Toutefois, une organisation participante aux dialogues politiques a fait part de ses tentatives pour mettre l'accent sur les enquêtes et les recherches menées localement. Elle a indiqué que son équipe de recherche se focalise désormais sur les chercheurs locaux dans le but de renforcer les capacités des étudiants tout en s'assurant que les chercheurs locaux soient fréquemment les auteurs principaux. « Nous tenons également à générer des idées avec eux et nous nous assurons que les chercheurs locaux ont la possibilité de présenter leurs travaux ».

Étude de cas édifiante 1 : Pratiques d'enterrement des victimes d'Ebola en Afrique de l'Ouest

Problème : Un manque de politique contextuelle — La tradition de laver/manipuler le corps du défunt est une culture et une pratique religieuse importante dans la région de l'Afrique de l'Ouest, mais cela encourage également la transmission interhumaine de la maladie à virus Ebola.²⁵ Des directives simples, non contextualisées, suggéreraient de mettre un terme à ces traditions pendant que l'on s'attaque à la maladie, mais des recherches sur les réactions de la population locale ainsi que des incidences d'infections accrues à la suite d'enterrements²⁶ ont donné lieu à une révision attentive de ces recommandations rigides.

« En Guinée, nous avons perdu des mois parce que nous ne comprenions pas la culture. Nous ne comprenions même pas que, dans certaines régions, les musulmans lavent les corps avant de les enterrer. Nous aurions dû recommander des techniques d'inhumation sûres comme l'une des premières interventions. Mais parce que nous — les institutions et les dirigeants occidentaux — pensions que nous étions les meilleurs, nous avons eu beaucoup de mal à interrompre la transmission d'Ebola » — Ngozi Erondu, chercheur associé au Centre de sécurité sanitaire mondiale de Chatham House.²⁷

Solution : Les organisations ont publié de nouvelles directives spécifiques sur la manière dont les corps des victimes d'Ebola devaient être enterrés, conformément aux connaissances scientifiques, mais en tenant compte des aspects culturels pour que les familles endeuillées puissent accomplir leurs rites, en considérant les risques. Ces directives ont été élaborées par une équipe interdisciplinaire de l'OMS, en partenariat avec la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et des organisations confessionnelles, dont le Conseil mondial des Églises, le Secours islamique, Caritas Internationalis et World Vision.²⁸ Cette adaptation « locale » a permis d'améliorer l'adoption des mesures de protection au niveau local et de réduire les nouvelles infections.²⁹

Réflexion : Mettre l'accent sur la recherche adaptée au contexte et sur le statut d'auteur des chercheurs et des décideurs locaux (par exemple dans les orientations en matière de santé) est un grand pas vers la décolonisation de la santé mondiale, et peut conduire à de meilleurs résultats sur le terrain, comme l'illustre le cas d'Ebola. Toutefois, ce n'est pas suffisant, car cela ne remet pas en cause les connaissances elles-mêmes. Le secteur de la santé mondiale doit réexaminer son cursus et les connaissances transmises aux étudiants des pays du Nord et du Sud.

²⁵ Manguvo, A., & Mafuvadze, B. (2015). The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: time for a strategic shift. *The Pan African medical journal*, 22 Suppl 1(Suppl 1), 9. <https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6190>

²⁶ Lee-Kwan, S. H., DeLuca, N., Bunnell, R., Clayton, H. B., Turay, A. S., & Mansaray, Y. (2017). Facilitators and Barriers to Community Acceptance of Safe, Dignified Medical Burials in the Context of an Ebola Epidemic, Sierra Leone, 2014. *Journal of health communication*, 22(sup1), 24–30. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1209601>

²⁷ DEVEX . Q&A: 'Global health funding is far from being decolonized'. (2021) <https://www.devex.com/news/q-a-global-health-funding-is-far-from-being-decolonized-says-ngozi-erondu-99667>

²⁸ Relief Web (2014) Background on how guideline on safe burial were developed. <https://reliefweb.int/report/world/field-situation-how-conduct-safe-and-dignified-burial-patient-who-has-died-suspected-or>

²⁹ Organisation mondiale de la santé. (2017, Octobre). *How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola or Marburg virus disease*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-Guidance-Burials-14.2>

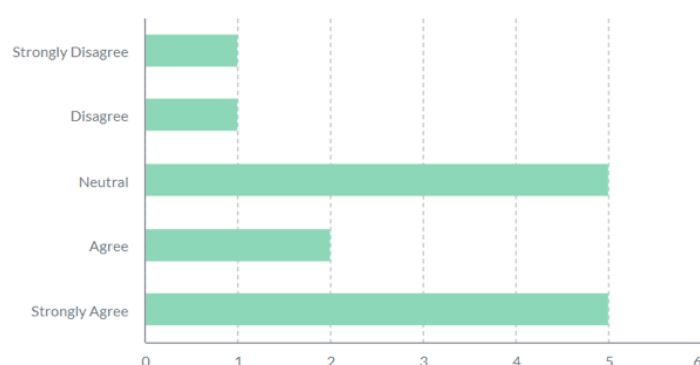
Thème 2 : Où — Le pouvoir financier en matière de santé mondiale

Les questions relatives aux processus relatifs à la santé mondiale tendent à mettre en exergue les préoccupations concernant l'appropriation et l'implication locales dans la prise de décision autour des projets, la définition des priorités et les contraintes de financement liées (dans certains cas, littéralement)³⁰ aux intérêts des donateurs. Dans les projets de développement, ces pratiques sont considérées comme incompatibles avec l'appropriation nationale ou locale.

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence un manque d'implication locale au niveau de la prise de décision. Seulement 50 % des organisations participantes ont reconnu que leur projet répondait aux besoins et impliquait la communauté locale (**Figure 8**).

Figure 8 : Les projets sont-ils adaptés au contexte et répondent-ils aux besoins locaux ?

To what extent do you agree with the following statement "My organisation's approach to global health initiatives are contextually sensitive?" A contextually sensitive project considers the needs and involvement of the local community

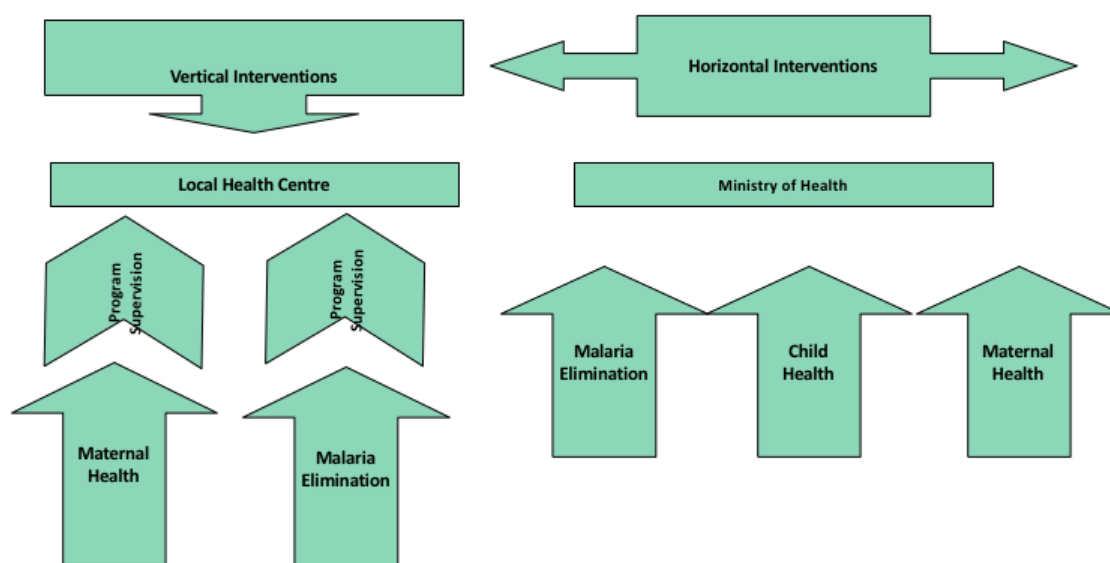


Par ailleurs, l'accès limité au processus de prise de décision est le défi le plus marquant dans le processus en matière de santé mondiale, car toutes les organisations ayant répondu à cette question ont déclaré qu'elles avaient des limites quant à leur participation à la prise de décision dans les projets. De plus, les priorités des initiatives de santé mondiale sont souvent décidées par les donateurs. Un certain nombre d'organisations ont indiqué que les subventions conditionnées rendaient également difficile la recherche d'un équilibre entre les priorités locales et les intérêts des donateurs.

La nature précaire du financement de certaines organisations de la santé mondiale est également examinée ; les dons sont souvent affectés par des acteurs externes qui ont également leurs propres objectifs. Ainsi, souvent, les organisations de la santé mondiale continuent de lier les priorités des projets aux politiques étrangères ou commerciales du pays qui les finance, plutôt qu'aux besoins de ceux qui bénéficient de l'intervention sanitaire.³² À titre d'exemple, de nombreuses interventions sanitaires privilégiées sont des interventions verticales spécifiques à une maladie ou à un problème de santé, comme l'éradication du SIDA ou du paludisme. La figure 9 tente de fournir une présentation simple des principales différences entre les interventions verticales et horizontales, pour les mêmes types de résultats et d'effets.

³⁰ L'aide conditionnée « renvoie à la pratique consistant à limiter les acquisitions, dans le cadre de subventions ou de prêts, à des entreprises ou des organisations du pays donateur ou d'un petit groupe de pays. L'aide conditionnée empêche donc souvent les pays bénéficiaires d'obtenir un bon rapport qualité-prix pour les services, les biens ou les travaux — voir : <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/untied-aid.htm>.

Figure 9 : Interventions verticales et horizontales : Les différences entre les deux



Source : *Development Reimagined*

Les interventions verticales ont la faveur des donateurs — et ont mobilisé des fonds considérables — parce que les critères de réussite sont assez faciles à quantifier, ce qui améliore l'efficacité apparente de ces projets, par rapport aux interventions horizontales qui englobent le système de santé dans son ensemble et impliquent la prise en charge simultanée de plusieurs problèmes à travers les soins de santé primaires.³¹ Elles peuvent également être négociées et mises en œuvre par des entreprises et des organisations bien connues dont le siège se trouve dans le pays donateur (par exemple, des entreprises pharmaceutiques), et répondent donc mieux aux critères d'« intérêt national » quand il faut persuader les contribuables de poursuivre les dépenses engagées dans d'aide au développement. La revue de la littérature suggère également que l'intervention horizontale inefficace et coûteuse intitulée « La santé pour tous en l'an 2000 », lancée par l'OMS, a servi à renforcer cette orientation verticale.³²

Cependant, les interventions verticales peuvent également détourner des ressources critiques des systèmes de santé des PRFI, car ces types d'interventions ne sont pas entièrement intégrés dans le système de santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une implication possible de ce phénomène est la « fuite des cerveaux » des personnels de santé des PRFI vers les institutions sanitaires mondiales ou les pays du Nord. Cela est dû aux systèmes de financement d'initiative verticale qui se soldent par des rémunérations médiocres dans les systèmes de santé locaux³³. De tels déséquilibres encouragent le personnel médical à chercher de manière disproportionnée un emploi auprès d'ONG offrant de meilleurs salaires au niveau local ou à émigrer purement et simplement pour trouver de meilleures opportunités.³⁴ Les interventions verticales ont donc pu être efficaces dans la lutte contre certaines maladies à court et moyen terme, mais leur effet global sur la santé des populations pauvres a été remis en question ces dernières années. La lenteur des progrès accomplis dans la réalisation de certains des principaux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), puis des

³¹ Msuya, J. (2003). *Horizontal and vertical delivery of health services: what are the trade-offs (Anglais)*. Washington, D.C.: Groupe de la Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/914491468761944686/Horizontal-and-vertical-delivery-of-health-services-what-are-the-trade-offs>

³² Ibid.

³³ Larsson, E. C., Atkins, S., Chopra, M., & Ekström, A. M. (2009). What about health system strengthening and the internal brain drain? *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(5), 533–534. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.12.015>

³⁴ Saravia, N. G., & Miranda, J. F. (2011, March 4). WHO | Plumbing the brain drain. Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/saravia0804abstract/en/>

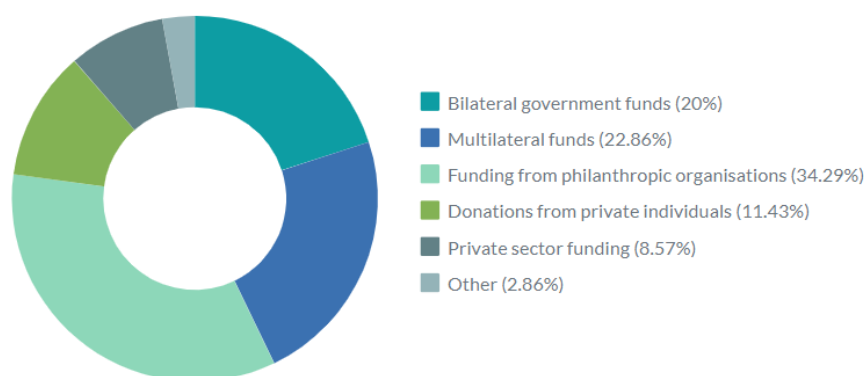
Objectifs de développement durable (ODD), notamment en matière de mortalité maternelle et infantile, qui reposent sur un système de soins de santé global et des soins de santé primaires solides, a été en partie imputée à l'importance accordée aux initiatives verticales.³⁵

Une organisation partenaire de mise en œuvre a expliqué dans sa réponse à l'enquête : « *Au Mozambique... le financement du secteur de la santé était dominé de manière écrasante par des donateurs disposant de fonds très verticaux, ce qui a eu un impact sur nos priorités lors de la sélection des projets* ». L'organisation a indiqué que si le gouvernement et les donateurs jouaient un rôle majeur dans la prise de décision, les acteurs locaux importants n'avaient qu'une possibilité limitée d'influencer l'orientation de chaque projet, en raison de l'affectation des fonds. Les données existantes montrent qu'elles reçoivent moins de 2 % du financement direct,³⁶ alors qu'elles sont les mieux placées pour apporter des changements durables.

Le thème du financement et de la définition des priorités par rapport aux projets de santé mondiale est également apparu dans l'analyse de l'enquête et est soutenu par la littérature actuelle. Le défi de la dépendance vis-à-vis des donateurs est apparu comme un problème majeur ; environ 55 % des organisations de la santé mondiale interrogées dépendaient principalement du financement des donateurs (**Figure 10**). À titre d'exemple spécifique, le gouvernement américain comptait pour 47 % de l'ensemble des financements destinés au développement de produits pour les maladies négligées en 2016. Par contre, les investissements des PRF et des PRI ne représentaient que 3 % du financement de la R&D la même année.³⁷

Au cours des dialogues, un certain nombre d'organisations ont fait part de leurs préoccupations quant à ce système de financement dépendant des donateurs. Tout d'abord, les agences de financement sont pour la plupart basées dans les pays du nord n'ayant pas encore amélioré leurs stratégies de dons/financement. À cet égard, les organisations de mise en œuvre ont souvent du mal à allouer suffisamment de temps au personnel et d'autres ressources pour mener à bien les activités nécessaires en raison des subventions limitées accordées par leurs donateurs.

Figure 10 : Sources de financement des projets : D'où vient le financement ?



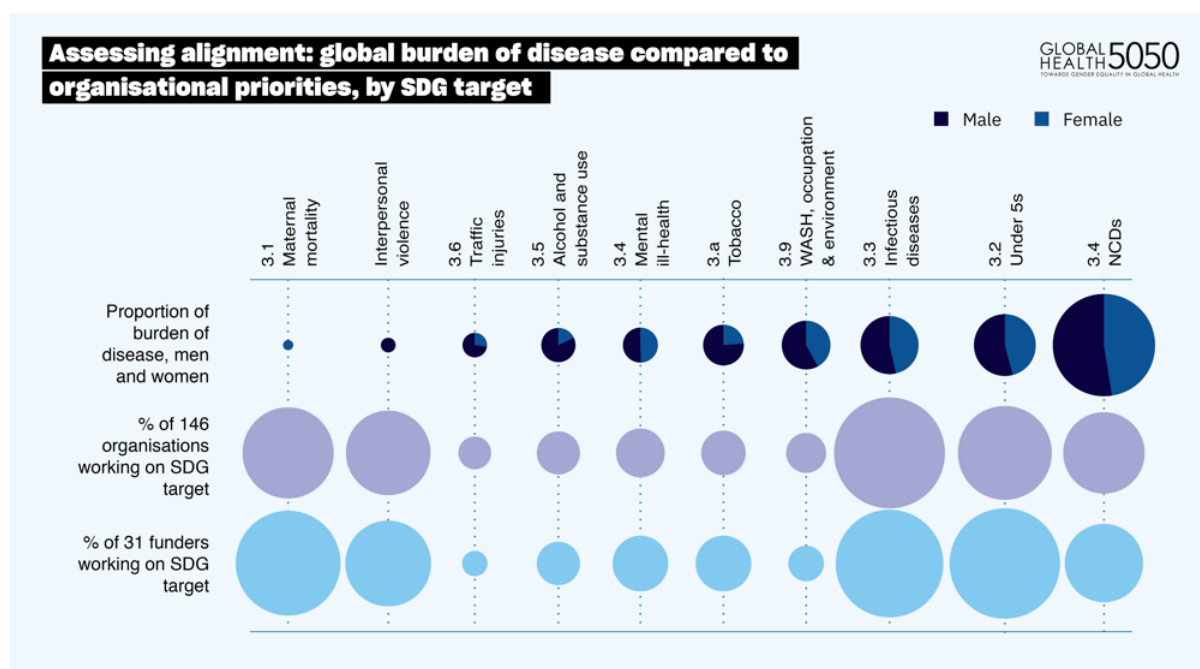
Les réponses à l'enquête et au dialogue ont indiqué que des mécanismes de financement plus durables, libres et non orientés par les donateurs aideraient les organisations à choisir de meilleures initiatives qui correspondent plus aux besoins de la communauté.

³⁵ Fehling, M., Nelson, B. D., & Venkatapuram, S. (2013). Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. *Global public health*, 8(10), 1109–1122. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.845676>

³⁶ Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2015). *World disasters report 2015: Focus on local actors - the key to humanitarian effectiveness*. IFRC. <http://ifrc-media.org/interactive/world-disasters-report-2015/>

³⁷ Beyeler N, Fewer S, Yotebieng M, et al Improving resource mobilisation for global health R&D: a role for coordination platforms? *BMJ Global Health* 2019;4:e001209. <https://gh.bmj.com/content/4/1/e001209>

Figure 11 : Charge mondiale de morbidité comparée aux priorités des organisations par cible des ODD³⁰



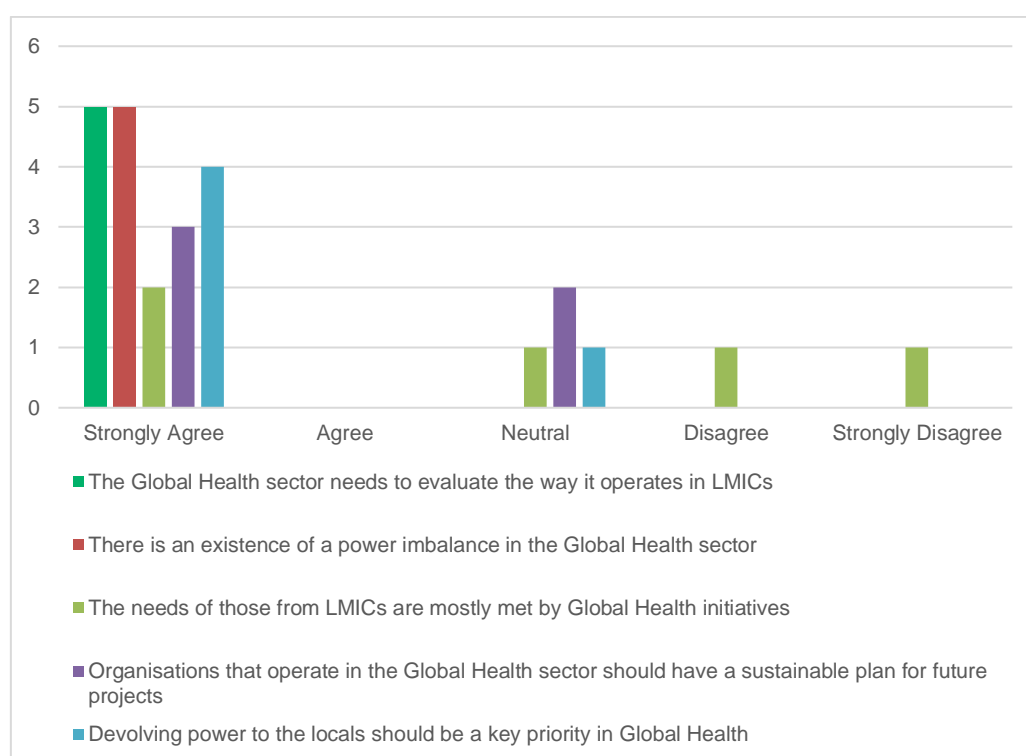
Source : Global Health 5050, 2020

En explorant les priorités des organisations de la santé mondiale, on a constaté une nette divergence entre les objectifs organisationnels et la charge des maladies dans les PRFI. La **figure 11** montre comment des questions telles que la mortalité maternelle et infantile, qui étaient à l'ordre du jour à l'époque des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD ; 2000-2015), le sont toujours malgré leur faible proportion par rapport aux maladies non transmissibles (MNT), qui causent actuellement le plus de décès prématurés dans le monde.³⁸ Le déphasage dans la définition des priorités est également lié au thème prépondérant des déséquilibres de pouvoir dans l'appropriation des projets.

L'analyse de l'enquête dans la **figure 12** a montré qu'il y avait un consensus général quant à l'existence d'un déséquilibre de pouvoir dans le secteur de la santé mondiale et que le secteur devait revoir son mode d'opération dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur. Une grande partie (75 %) des organisations étaient tout à fait d'accord sur le fait que le transfert de pouvoir aux populations locales devait être une priorité essentielle en matière de santé mondiale et toutes les organisations considéraient la décentralisation du pouvoir dans le secteur de la santé mondiale comme importante ou très importante.

³⁸ Global Health 5050. (2020). *Power, Privilege and Priorities*. Global Health 5050, London, UK. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>

Figure 12 : Le secteur de la santé mondiale doit-il être réévalué ?



En ce qui concerne la gouvernance et la capacité de prise de décision dans les projets menés dans les pays en voie de développement, il est apparu clairement que de nombreux participants au dialogue étaient conscients des problèmes liés à la dynamique de pouvoir. Pour beaucoup de ces organisations, il y a eu une prise de conscience que le modèle actuel de prise de décision n'était pas viable. Elles ont apprécié l'appropriation locale des projets, mais ont également souligné l'importance de se conformer aux objectifs fixés par les donateurs. Étant donné qu'une grande majorité des organisations de la santé mondiale dépendent de contributions volontaires et de dons, la nature précaire de leurs sources de financement a limité le type de projets qu'elles étaient en mesure de mettre en œuvre.

Au cours du dialogue politique, une organisation a indiqué qu'elle avait commencé à générer des fonds à partir de sources et d'activités de prestation plus variées, par exemple en facturant des frais de conseil et des frais aux utilisateurs. Cela leur a permis d'augmenter les ressources et de financer les activités qu'elles jugeaient les plus essentielles pour leurs communautés. Elles ont toutefois fait remarquer que leur principal bailleur de fonds leur avait permis d'agir ainsi et que le succès n'est pas toujours garanti. Diversifier les sources de financement est un énorme défi pour de nombreuses organisations, surtout dans des délais très courts et dans des contextes de pauvreté.

Enfin, les chercheurs³⁹ ont souligné l'importance des plateformes de coordination pour inciter les donateurs et les chercheurs à partager des informations sur les projets en cours, les succès et les échecs passés et les portefeuilles de financement prévus. Cela réduira la probabilité que se créent des lacunes et des doublons dans le financement et aidera les bailleurs de fonds à prendre des décisions d'investissement efficaces. Les mécanismes de partage d'information peuvent inclure des processus de mise à jour en temps réel afin de garantir la transparence et l'alignement permanent entre les objectifs mondiaux et le financement mondial.

³⁹ Ibid.

Étude de cas édifiante 2 : Déliaison active du financement de la santé

Problème : En 2002, la Fondation Gates a financé un « Grand défi » avec la communauté scientifique, qui devait amener certains des esprits les plus brillants du monde à améliorer la santé mondiale. Toutefois, sur les 44 chefs de file du projet initial de Grands défis de la Fondation Gates, un seul était originaire des pays en voie de développement (la Chine). Les responsables de l'initiative des Grands défis ont rapidement compris que cela posait un problème de durabilité. Les idées ne pouvaient pas simplement être transférées à l'extérieur. Il fallait les faire entrer.

Solution : Grands Défis Canada est né de cette prise de conscience, avec la devise suivante : « Nous investissons là où d'autres ne le font pas ». Grands Défis Canada dénoue activement « le financement en sollicitant des idées et des propositions d'un large éventail de pays. L'organisation finance des innovateurs dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui intègrent la science et la technologie, l'innovation sociale et commerciale afin de promouvoir l'innovation commerciale nécessaire au développement harmonieux de ces questions. Jusqu'à présent, plus de 1 300 innovations dans 106 pays ont été financées par Grands Défis Canada.⁴⁰

Réflexion : Les mécanismes comme Grands Défis Canada visant à délier la santé sont cruciaux et il peut être très utile de les introduire dans les organisations de la santé mondiale. Ils sont néanmoins insuffisants. Ils doivent être conçus pour attirer les idées, et ceux qui travaillent sur ces mécanismes au jour le jour doivent valoriser les idées venant du monde entier. Ils doivent également être proactifs — il ne s'agit pas simplement d'attendre et de voir ce qui arrive.

⁴⁰ Grands Défis Canada. <https://www.grandchallenges.ca/what-we-do/>

Thème 3 : QUI — La gouvernance en santé mondiale

Pour décoloniser la santé mondiale, il est essentiel que les institutions clés impliquées dans l'établissement de l'ordre du jour et la prise de décision soient à l'avant-garde de la lutte contre les déséquilibres de pouvoir internes. Les questions relatives à la gouvernance de la santé mondiale qui reviennent fréquemment dans la recherche, l'enquête et les dialogues comprennent la situation géographique des sièges des organisations dans les pays du Nord, les types d'écart salariaux intégrés dans le secteur du développement et la faible représentation des personnes et des experts des PRFI aux postes de direction de la santé mondiale. C'est ici qu'intervient le programme de diversité et d'inclusion.

La majorité des organisations de la santé mondiale sont basées dans les PRE et une étude récente portant sur 198 organisations de la santé mondiale a montré que près de 90 % d'entre elles avaient leur siège en Amérique du Nord ou en Europe.⁴¹ Une partie du dialogue sur la décolonisation consiste à passer de la moyenne précédente de faible représentation à une inclusion et une diversité accrues au sein des structures qui régissent les projets de santé dans les PRFI. Le fait d'avoir son siège dans un pays à revenu élevé peut automatiquement limiter les possibilités d'y parvenir, par exemple en exigeant des candidats à des postes qu'ils soient citoyens de ces pays ou qu'ils aient leur propre permis de travail dans ces pays⁴². Il est donc difficile de parvenir à une diversité significative en dépendant de politiques d'immigration qui peuvent elles-mêmes déjà intégrer le profilage racial. En outre, de nombreux experts du secteur de la santé mondiale estiment que sans l'apport des partenaires locaux, les initiatives en matière de santé mondiale perpétueront une vision eurocentrique du monde. Ce qui ne reflète pas adéquatement les choix politiques alternatifs et souvent fructueux faits ailleurs dans le monde et qui répondent aux besoins des communautés locales.

Une autre révélation clé relative à la gouvernance concerne les pratiques de recrutement interne basées sur l'utilisation de systèmes d'un double barème de rémunération. L'utilisation de ces systèmes a été signalée comme un marqueur de l'inégalité salariale entre les chercheurs des PRFI et des PRE, comme le montre une évaluation de l'inégalité salariale réalisée auprès de 1 290 agents de santé dans six PRFI et économies émergentes les participants au projet exprimant un mécontentement général à l'égard des disparités salariales.⁴³ De nombreuses organisations commencent à étudier les moyens de combler les écarts salariaux entre le personnel travaillant au « siège » et celui travaillant sur le « terrain », en mettant l'accent sur le mélange des barèmes de rémunération et l'amélioration de l'équité.⁴⁴ Parmi les problèmes fréquemment évoqués à cet égard figurent les difficultés liées à la fiscalité et à la conversion des devises, ainsi que l'équilibre des avantages sociaux pour le personnel.

Les défis posés par l'emploi d'un double barème de rémunération ont également été évoqués dans une « lettre ouverte de grande envergure adressée à la direction et aux collègues de MSF : Au-delà des mots, une action antiraciste »⁴⁵ dans laquelle plus de 200 employés de MSF ont souligné les disparités croissantes entre le personnel local et le personnel « international/expatrié », notamment la persistance d'un système de double salaire dans toute l'organisation et l'inégalité des chances. MSF s'est désormais engagé à mettre en place une « main-d'œuvre unique » dans l'ensemble de l'organisation.

L'analyse de l'enquête a montré que la moitié des organisations de la santé mondiale participant à cette enquête ne fonctionnaient pas dans un système de double barème de rémunération. Cependant, 80 %

⁴¹ Pai, M. (2019, November 21). Lack of equity and diversity still plague global health research. The Conversation. <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

⁴² Matahari Global Solutions and AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA), Inception Report: Racial Diversity in Global Health (2021)

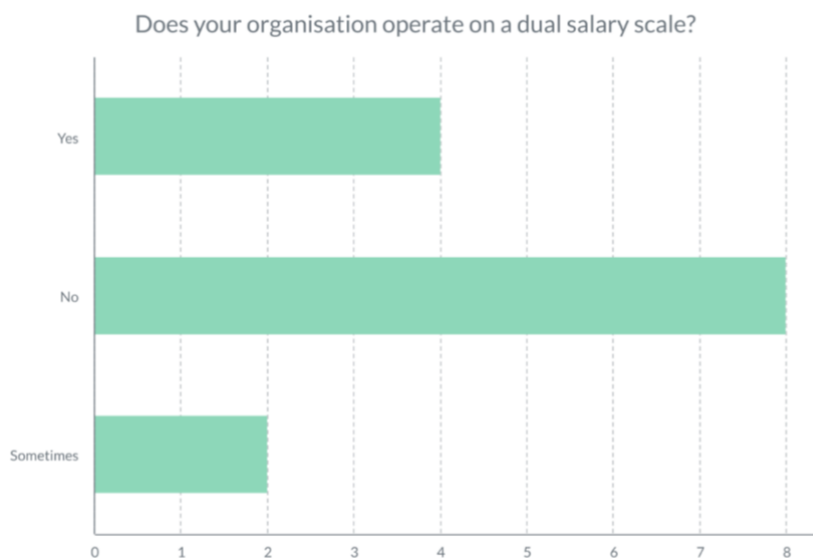
⁴³ Carr, S. C., McWha, I., Maclachlan, M., & Furnham, A. (2010). International-local remuneration differences across six countries: do they undermine poverty reduction work? *International journal of psychology : Journal international de psychologie*, 45(5), 321–340. <https://doi.org/10.1080/00207594.2010.491990>

⁴⁴ McWha-Hermann, I., Jandric, J., Wakefield, S., Carr, S.C., Grund, C., and Moutou, M. (2017). Project FAIR: Exploring practical pathways for reward fairness in international NGOs. Edinburgh, UK: University of Edinburgh. https://www.project-fair.business-school.ed.ac.uk/sites/project_fair/files/2020-09/project-fair-report-web.pdf

⁴⁵ "Open Letter to Senior Management and Colleagues in MSF: Beyond Words to Anti-Racist Action." https://docs.google.com/document/d/1FKb0iPiR5G0gNMNz-vuWPVwBnYidoverHysCDh_P88/edit

des organisations qui mettaient directement en œuvre des projets fonctionnaient avec ces systèmes (**Figure 13**). La nécessité de créer des systèmes salariaux durables qui peuvent accueillir à la fois les employés des PRE et des PRFI a été réaffirmée dans l'analyse des données et au cours des dialogues. Lors de la discussion sur les systèmes de double barème de rémunération, un participant au dialogue a noté que cela ne dépend pas entièrement des organisations de mise en œuvre : les variations des barèmes salariaux semblent être en partie dues aux donateurs qui imposent des barèmes différents pour le personnel « international » et « national ».

Figure 13 : Différences de structure salariale



Un autre défi majeur est lié à la diversité du personnel, en général et aux niveaux supérieurs, ainsi que dans les conseils consultatifs ou autres conseils⁴⁶. Quelques organisations de la santé mondiale fournissent des rapports spécifiques sur la diversité raciale ou géographique. Par exemple, l'ONUSIDA fournit des détails sur sa représentation géographique dans ses rapports annuels sur la diversité, en plus du genre et d'autres catégories. En 2019, alors que les rapports centralisés aux États membres de l'ONU révèlent que 26 % des quelques 15 000 membres du personnel des agences de l'ONU — dont l'UNICEF, le PNUD, le HCR et l'UNFPA — sont originaires de pays africains⁴⁷, le rapport sur mesure de l'ONUSIDA indique que 29 % du personnel de l'organisation est originaire d'un sous-ensemble plus restreint de pays d'Afrique subsaharienne, où se trouve la majorité des cas de VIH/sida.⁴⁸ Cette transparence au sein du système des Nations unies et au-delà est importante, comme cela a été reconnu en matière d'égalité des sexes, par exemple dans le cadre du plan d'action du système des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes 2018-2022 (SWAP), dans lequel l'ONUSIDA figure également parmi les organisations les plus performantes⁴⁹. L'*Open Society Foundation* a également commencé récemment à établir des rapports sur la diversité raciale dans ses deux plus grands bureaux centraux (États-Unis et Royaume-Uni), en dehors du genre (également signalé pour l'Allemagne)⁵⁰.

D'autres organisations de la santé mondiale se sont engagées, par exemple, à diversifier les conseils d'administration et les cadres supérieurs, à assurer un meilleur mentorat et la promotion du personnel de couleur, ainsi qu'à améliorer les mécanismes d'établissement de rapports sur le racisme.⁵¹

Enfin, la possibilité de dénoncer sans obstacle un traitement raciste ou le harcèlement constitue également un élément clé de la décolonisation du secteur. La littérature indique que la dénonciation du racisme est difficile dans le secteur de la santé mondiale. Par exemple, il a été rapporté qu'en 2019, MSF a reçu sept plaintes formelles de discrimination raciale, dont moins de cinq ont été confirmées après enquête⁵². L'Organisation mondiale de la santé a lancé en 2019 une enquête interne portant notamment sur des allégations de racisme contre des membres du personnel africains formulées initialement en 2018⁵³. Ce rapport n'a pas encore été publié. D'autre part, la garantie d'une solide protection contre l'exploitation et les abus sexuels et le harcèlement sexuel a été reconnue comme essentielle au bon fonctionnement des organisations du secteur du développement — comme le FCDO du Royaume-Uni, avec des mécanismes de suivi et de rapport mis en place à cet effet auprès des bénéficiaires de l'aide britannique.⁵⁴ De tels systèmes analogues ne semblent pas exister dans le secteur de la santé mondiale (ou plus largement du développement) pour ce qui est du racisme, ce qui constitue une lacune majeure.

Étude de cas édifiante 3 : Changer les structures pour décoloniser — WACI Health

Problème : À partir de 1997, la Campagne mondiale contre le sida (WACI) a été créée et son siège a été établi en Europe, travaillant dans diverses régions géographiques, notamment : Europe, Afrique, Asie, Moyen-Orient et Afrique du Nord. Elle s'est concentrée sur la sensibilisation du public à des questions spécifiques sur la riposte mondiale au sida, en soutenant et en renforçant les

⁴⁶ <https://globaldiversitypractice.com/what-is-diversity-inclusion/>

⁴⁷ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/304/60/PDF/N2030460.pdf?OpenElement>

⁴⁸ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_PCB46_A-Fit-for-Purpose-Workforce.pdf

⁴⁹ <https://www.unaids.org/en/taxonomy/term/772>

⁵⁰ <https://www.opensocietyfoundations.org/employment/our-commitment-to-diversity>

⁵¹ Par exemple, consultez les déclarations d'engagement de MSF UK, Mercy Corps, le Comité permanent inter-agences (IASC) :

<https://msf.org.uk/msf-uk-board-trustees-statement-institutional-racism>; <https://www.mercycorps.org/press-room/releases/black-lives-matter>;

<https://interagencystandingcommittee.org/statement-principals-inter-agency-standing-committee-addressing-racism-and-racial-discrimination>.

⁵² <https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/10/medecins-sans-frontieres-institutionally-racist-medical-charity-colonialism-white-supremacy-msf>

⁵³ <https://apnews.com/article/health-ap-top-news-international-news-world-health-organization-race-and-ethnicity-0309500d252b4d63aab359d4c4e1965f>

⁵⁴ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/916516/Safeguarding-Strategy-10092020.pdf

campagnes sur la responsabilité en matière de VIH parmi divers groupes de la société civile dans le monde entier. Elle a dirigé la planification et la célébration de la Journée mondiale du sida et, en 2008, a même ouvert son premier bureau en Afrique (Afrique du Sud). Cependant, au fil des ans, l'organisation a constaté qu'il était de plus en plus difficile d'être consciencieuse, innovante, responsable et rationalisée dans ses approches, en raison de sa structure.

Solution : En 2016, l'organisation a décidé de se restructurer et de changer de marque, pour devenir une organisation basée en Afrique du Sud — WACI Health. L'organisation a réduit de deux tiers les effectifs de son siège, tout en continuant à assumer ses responsabilités de projet avec l'équipe locale. WACI Health dispose également d'un PDG africain et d'une équipe de direction diversifiée, et l'un de ses organismes donateurs procède à des examens de l'équité salariale du personnel au niveau mondial.

Réflexion : Travailler à la restructuration du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé mondiale afin de garantir un plus grand nombre de personnes de couleur au sommet de l'organisation ainsi que dans l'ensemble de l'organisation est crucial, mais pas suffisant. Cela peut cependant aider à se concentrer sur les innombrables façons dont l'organisation, en interne et en externe, peut intégrer des pratiques de décolonisation, y compris au-delà des questions de dotation en personnel.

Thème 4 : QUOI — Pratiques d’acquisition dans le secteur de la santé mondiale

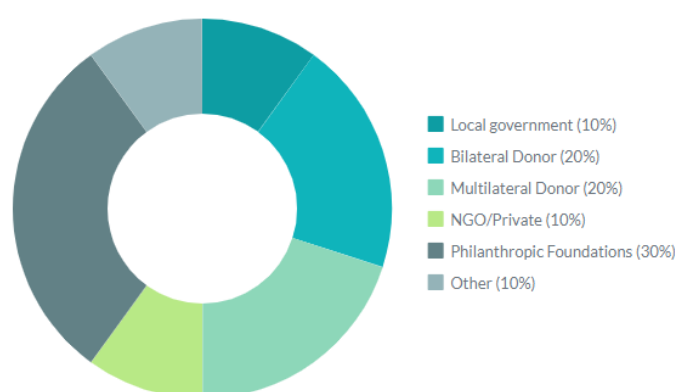
Avoir la capacité de s’approvisionner régulièrement en médicaments, dispositifs, diagnostics et équipements est un élément clé des chaînes d’approvisionnement en santé, tant au niveau national que mondial, et est fondamental pour le succès de tout programme de santé. À cet égard, les problèmes liés à la décolonisation de la santé mondiale qui ont été relevés au cours de la recherche, de l’enquête et des dialogues comprenaient des défis pratiques liés à l’obsolescence des chaînes d’approvisionnement, à la lenteur administrative et à la faiblesse de l’approvisionnement local de biens et/ou de services clés, en raison des perceptions et des systèmes qui renforcent les faibles niveaux de fabrication locale, lesquels sont relativement plus coûteux, dans les pays plus pauvres.

Plus précisément, malgré les investissements importants et les progrès réalisés par de nombreux pays pour atteindre les ODD, l’accès aux médicaments et aux fournitures médicales essentiels ne s’est guère amélioré dans les pays en voie de développement, car les structures des chaînes d’approvisionnement et d’acquisition, et notamment celles du secteur public, ont souvent été développées il y a plus de 50 ans.⁵⁵ En outre, les PRE et les PRFI perdent progressivement leur éligibilité au financement à mesure que ces pays s’enrichissent. Par exemple, dès que le RNB par habitant du pays dépasse 1 165 dollars, il n’est plus éligible aux prêts concessionnels de l’IDA. Ainsi, de nombreux PRFI sont contraints d’acheter une grande partie de leurs produits de santé par le biais de mécanismes centralisés, gérés par les donateurs, et souvent à des prix subventionnés ou sous forme de dons, mais peuvent encore payer jusqu’à 20 à 30 fois le prix minimum de référence international pour les médicaments génériques de base.⁵⁶

Lors des entretiens avec les parties prenantes de la santé mondiale impliquées dans le processus d’approvisionnement, il est apparu clairement que l’acquisition de produits de santé restait fortement tributaire des donateurs. Selon l’enquête, environ 30 % des fonds d’approvisionnement provenaient de fondations philanthropiques. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux représentaient un total de 40 % (Figure 14).

Figure 14 : Sources de financement des acquisitions

Where does the majority of funds used to procure goods come from?



⁵⁵ Magner, M., & Yadav, P. (2017). *Designing Global Health Supply Chains for the Future*. William Davidson Institute at the University of Michigan, USA. <https://wdi.umich.edu/knowledge/designing-global-health-supply-chains-for-the-future/>

⁵⁶ Silverman, R., Keller, J. M., Glassman, A., & Chalkidou, K. (2019). *Tackling the Triple Transition in Global Health Procurement*. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/better-health-procurement>

Les défis pratiques relatifs aux acquisitions ont été abordés lors du dialogue. Les organisations de la santé mondiale jouent un rôle central dans l'approvisionnement en produits de santé dans les PRFI. Les organisations telles que le FNUAP (Fonds des Nations unies pour la population), la Division des approvisionnements de l'UNICEF et Unitaid ont pour mandat d'assurer l'acquisition de produits, l'accès au marché et la livraison. D'autres acteurs de la santé mondiale se concentrent sur la prestation de services des produits de santé. Citons par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), qui consacre environ 2 milliards de dollars par an à l'achat de produits de santé dans le monde, soit près de la moitié de ses décaissements annuels globaux en 2017.⁵⁷ Dans les PRFI, le pouvoir d'achat est souvent entre les mains de quelques donateurs de santé mondiale. Le choix est finalement fait par un petit groupe de personnes, ce qui empêche un examen approfondi et des comparaisons de coûts, de quantités et de capacités.

Il arrive également que la livraison des produits de santé soit retardée. Le dialogue a notamment mis en évidence le fait que l'absence d'options d'approvisionnement local pour la plupart des réactifs a contraint l'organisation à recourir à des commandes internationales pour des articles complexes de la chaîne du froid, bien qu'elle ait besoin de petites quantités. Les réactifs commandés ont mis plusieurs mois à passer les différentes étapes de la réglementation internationale et se sont retrouvés impropres à l'usage.

Un autre défi des systèmes d'acquisition centralisés est la mauvaise adaptation des produits achetés aux conditions locales. Par exemple, une organisation travaillant au Pérou a noté que ce pays est l'un des cinq pays au monde à disposer d'un courant électrique spécifique. La pandémie de COVID-19 a entraîné une pénurie d'oxygène, mais comme beaucoup d'autres pays, le Pérou a connu d'énormes difficultés d'accès à l'oxygène médical et à des équipements spécifiques. Les concentrateurs d'oxygène peuvent sauver beaucoup de vies, mais en raison d'un manque de profit perçu dans le passé, seuls quatre fabricants dans le monde produisaient des ventilateurs utilisables au Pérou. Le participant a noté que « *la solution n'était pas facile. Il faut présenter des mesures incitatives... pour stimuler une demande autrement faible pour certains biens et services.* » En outre, les exigences des donateurs en matière d'approvisionnement sont considérées comme très ardues, bureaucratiques et restrictives, ce qui limite l'accessibilité des coûts et la disponibilité des produits sur les marchés.

La décolonisation s'accompagne donc d'un besoin réel et important pour les organisations de la santé mondiale de déléguer davantage de décisions en matière d'approvisionnement aux organisations impliquées dans la mise en œuvre.

Cependant, l'analyse suggère que la décolonisation peut également impliquer une étape supplémentaire — garantir des incitations suffisantes pour la production locale. Bien qu'elle soit confrontée à l'une des plus grandes charges de maladies infectieuses et de pauvreté au monde, la disponibilité des médicaments essentiels est la plus faible en Afrique.⁵⁸ À la fin de la crise du VIH/SIDA en Afrique du Sud au début des années 1990, de nombreuses discussions ont eu lieu sur l'importance de la production locale (y compris des médicaments génériques) dans les PRFI afin de réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure et de la propriété intellectuelle (PI).⁵⁹ Cependant, ces défis ont été quelque peu occultés par le succès apparent des interventions verticales (discuté dans le Thème 2). Or, celles-ci peuvent exacerber ces pénuries, car elles n'investissent pas dans les systèmes de santé ou n'améliorent pas l'approvisionnement en biens essentiels, mais canalisent plutôt les fonds nécessaires vers des projets étroits.

⁵⁷ Lindstrom, A., & Coronado-Garcia, L. (2020, May). Sustainable Health Procurement Guidance Note. Programme des Nations unies pour le développement. <https://www.undp.org/publications/guidelines-sustainable-procurement-healthcare-commodities-and-services>

⁵⁸ Arney, L., & Yadav, P. (2014). *Improving Procurement Practices in Developing Country Health Programs*. William Davidson Institute at the University of Michigan, USA. https://wdi.umich.edu/wp-content/uploads/WDI-Improving-Procurement-Practice-in-Developing-Country-Health-Programs_Final-Report_2.pdf

⁵⁹ Russo, G., Banda, G. Re-Thinking Pharmaceutical Production in Africa; Insights from the Analysis of the Local Manufacturing Dynamics in Mozambique and Zimbabwe. *St Comp Int Dev* 50, 258–281 (2015). <https://doi.org/10.1007/s12116-015-9186-2>

L'importance de la production locale a été relevée dans un rapport de l'ONUSIDA publié en 2018, qui visait à encourager les investissements chinois dans la production pharmaceutique sur le continent africain.⁶⁰ Les principales conclusions du rapport ont montré que dans 18 des 21 pays africains ayant fait l'objet de l'étude, la production pharmaceutique était considérée comme une priorité nationale, ce qui souligne la demande et l'engagement en faveur de la production locale dans ces pays. Le rapport a également montré que les 21 pays importent déjà des produits de santé chinois, y compris des produits de *TCM Limited*, qui occupent un maximum de 5 % de part de marché parmi les 21 pays. L'Afrique du Sud, l'Égypte et le Nigeria sont les principaux importateurs de produits pharmaceutiques chinois, avec une valeur de plus de 300 millions de dollars par pays en 2017.

Améliorer et apporter de l'innovation dans les pratiques d'acquisition dans les pays en voie de développement deviennent d'autant plus essentiels que ces systèmes souvent dépassés doivent faire face à des transitions dans le domaine de la santé mondiale, telles que la transition de l'aide des donateurs, la charge mondiale de morbidité qui passe des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles, le nombre croissant de réformes du secteur de la santé pour répondre aux engagements ambitieux en matière de couverture sanitaire universelle et les technologies de pointe qui deviennent les meilleures pratiques commerciales. Améliorer les pratiques d'acquisition implique de se concentrer sur la réforme de la politique de prêt des agences internationales, la durabilité de la chaîne d'approvisionnement et la garantie de l'appropriation de ces chaînes d'approvisionnement par les pays. Se concentrer sur la façon dont les pays en voie de développement peuvent produire et acheter des biens et/ou des services par l'intermédiaire de fournisseurs locaux peut aider à atteindre la durabilité et à renforcer la capacité des acteurs et des institutions du marché local, et a été un domaine d'intérêt pour USAID et GAVI.⁶¹ Cet aspect est crucial à long terme. Même si les PRFI deviennent plus riches et perdent leur statut de bénéficiaire de fonds de donateurs, ils peuvent avoir du mal à compenser la perte de financement sans systèmes de fabrication locaux.

Dans l'analyse de l'enquête, environ la moitié des organisations ont relayé l'importance de l'approvisionnement local en produits de santé. Malgré cela, certaines organisations n'étaient pas favorables à l'idée de l'approvisionnement local, car elles ne pensaient pas que les PRFI avaient la capacité ou l'infrastructure existante requises. Le manque d'incitations à la création d'un réseau de fabrication local a également conduit à une dépendance excessive vis-à-vis des grandes entreprises du secteur privé basées dans les pays du Nord. Ces discussions ont maintenant repris leur cours à la lumière de l'accès au vaccin contre la COVID-19 et des appels à un « vaccin du peuple »⁶². Le CDC Afrique, par exemple, a lancé en avril 2021 un nouveau plan très médiatisé pour la fabrication locale de vaccins en Afrique⁶³. Un participant au dialogue y a fait référence : « *Il y a un mouvement au sein de l'UA... pour augmenter la capacité de fabrication locale à la fois pour les vaccins contre la COVID-19 et pour des équipements médicaux plus larges, des matériels et des consommables également...* ».

Au cours d'un entretien, un investisseur chinois qui exploite deux usines pharmaceutiques au Mali et en Éthiopie a fait remarquer que l'investissement privé pour augmenter la capacité de fabrication locale est un moyen clé non seulement pour augmenter l'accessibilité des produits pharmaceutiques vitaux de tous les jours, mais aussi pour assurer concrètement le transfert de compétences et l'amélioration des techniques de gestion locales.

Alors que les PRFI tentent de faire face à la transition liée au désengagement des bailleurs de fonds, à la transition épidémiologique, à l'abandon de la charge de morbidité et à l'accent mis sur la couverture

⁶⁰ Development Reimagined. Un nouveau rapport vise à inspirer davantage d'investissements de la Chine dans le secteur pharmaceutique africain (2018) <https://developmentreimagined.com/portfolio-posts/portfolio-04-3-2/>

⁶¹ Yadav, P., Alphs, S., D'Souza, C., Comstock, G., & Barton, I. (2018). Local Sourcing and Supplier Development in Global Health: Analysis of the Supply Chain Management System's Local Procurement in 4 Countries. *Global health, science and practice*, 6(3), 574–583. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00083>

⁶² <https://mq.co.za/coronavirus-essentials/2020-07-06-decolonising-the-coronavirus-vaccine/>

⁶³ <https://africacdc.org/news-item/african-union-and-africa-cdc-launches-partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-to-achieve-it-and-signs-2-mous/>

sanitaire universelle (CSU), l'approvisionnement durable et décolonisé en produits de santé est essentiel.

Étude de cas édifiante 4 : Fabrication locale de masques faciaux contre la COVID-19

Problème : En République centrafricaine, alors que le gouvernement intensifiait sa réponse sanitaire à la pandémie de COVID-19, le pays a été l'un des premiers du continent à rendre obligatoire l'utilisation de masques faciaux. Cependant, comme de nombreux pays dans le monde, le gouvernement a été confronté à l'énorme défi de se procurer des masques sur les marchés locaux et internationaux.⁶⁴ Dans les pays où la distanciation sociale et le confinement sont difficiles à imposer, les masques sont un élément essentiel de la réponse.

Solution : Plus de 2 millions de masques ont été produits en deux mois seulement et sont distribués gratuitement aux citoyens de la République centrafricaine dans le cadre du projet LONDO de la Banque mondiale. Non seulement le projet a sauvé des vies, mais il a également généré plus de 400 000 journées de travail individuel jusqu'à présent.⁶⁵

Réflexion : L'idée selon laquelle les pays plus pauvres n'ont pas la « capacité » suffisante pour produire des produits médicaux peut être considérée comme une survivance de la pensée coloniale. Les expériences de mise à l'échelle des matériels médicaux locaux dans le contexte de la COVID19 invitent les organisations de la santé mondiale à faire évoluer ces perceptions et à utiliser leur pouvoir sur les acquisitions pour changer la situation. Par exemple, les organisations mondiales de la santé qui achètent des produits destinés à être utilisés dans les PRFI pourraient mettre en place une politique d'acquisition prévoyant un minimum de 10 % de fabrication locale. Cela contribuera grandement à inciter à aller dans cette direction.

⁶⁴ Blog de la Banque mondiale. Facemasks in CAR (2020) <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/08/03/a-lifesaver-in-times-of-covid-19-face-masks-made-in-post-conflict-central-african-republic>

⁶⁵ Ibid

Thème 5 : COMMENT — L'impact de la COVID-19

Dans les sections précédentes, nous avons déjà fait référence à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les autres défis thématiques de la santé mondiale. En effet, la COVID-19 a permis de mettre en avant les inégalités déjà persistantes dans le secteur de la santé mondiale, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres.

En 2020, lorsque la COVID-19 a frappé, à la une des journaux, on pouvait lire « Les pays africains sont gravement menacés » ou « Bill Gates prévient que le coronavirus pourrait frapper l'Afrique plus durement que la Chine ». ⁶⁶ Ce récit n'était pas surprenant étant donné qu'en 2019, le premier indice de sécurité sanitaire mondiale (SGS) ⁶⁷ (visant à évaluer « la capacité internationale à prévenir, détecter et répondre rapidement aux menaces d'épidémies et de pandémies ») publié conjointement par la *Bloomberg School of Public Policy* de l'Université Johns Hopkins, la *Nuclear Threat Initiative* et l' Economist Intelligence Unit, a classé la Guinée équatoriale comme la plus mal préparée sur 195 pays (16,5 points sur 100 possibles), tandis que les États-Unis (83,5), le Royaume-Uni (77,9) et les Pays-Bas (75,6) étaient les mieux préparés. Le pays africain le mieux classé est l'Afrique du Sud, au 34^e rang, suivi du Kenya, au 55^e rang. La Chine était classée 51^e. ⁶⁸ En 2021, l'histoire ne pourrait pas être plus différente. Cela implique qu'un aspect essentiel de la décolonisation de la santé mondiale consiste à éviter la présomption selon laquelle les organisations de la santé mondiale ne devraient mettre en œuvre leurs programmes que dans les pays les plus pauvres. Cela irait à l'encontre de l'engagement et du concept « d'universalité » inscrits dans les Objectifs de développement durable (ODD) de 2015. ⁶⁹

Par ailleurs, les inégalités du secteur ont été mises en évidence par les restrictions imposées par les mesures de confinement et de distanciation sociale sans tenir compte des ressources locales limitées, ce qui a entraîné une pression économique considérable dans les PRFI et pour les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées dans les pays plus riches. ⁷⁰ Il y a eu des interruptions logistiques pour la fourniture de biens et de services — comme les pénuries de masques et d'équipements de protection individuelle (EPI) aux premiers stades de la pandémie ⁷¹ et, plus récemment, d'oxygène en Inde et ailleurs. ⁷² Les intérêts privés de la gouvernance mondiale de la santé sont apparus comme contribuant aux inégalités persistantes dans la distribution des vaccins. ⁷³

Dans l'ensemble, la COVID-19 a mis en évidence les points faibles d'un système de santé mondial encore « colonisé », montrant les lignes de fracture souvent ignorées qui entravent la progression du développement dans le monde.

Améliorer la santé mondiale au lendemain de la pandémie de COVID-19 pourrait bien nécessiter une décolonisation — examen approfondi des systèmes de santé locaux, intégration des systèmes de santé internationaux, recherche en santé mondiale et production de biens de santé, entre autres. ⁷⁴

⁶⁶ Bloomberg. Bill Gates prévient que l'Afrique pourrait être plus durement touchée que la Chine. (2020)

<https://www.businessinsider.co.za/coronavirus-africa-2020-2>

⁶⁷ 2019 Global Security Index <https://www.ghsindex.org>

⁶⁸ African Business. Does COVID-19 offer a new way of looking at African Risk. (2020) <https://african.business/2021/03/technology-information/does-covid-19-offer-a-new-way-of-looking-at-african-risk/>

⁶⁹ <https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org.ecosoc/files/files/en/gcpr/undg-discussion-note-on-universality-and-2030-agenda.pdf>

⁷⁰ Lenhardt, A. (2020, December 17). *Pushing people further into poverty: the impact of Covid-19 in lower- and middle- income countries*. ODI.

<https://odi.org/en/insights/pushing-people-further-into-poverty-the-impact-of-covid-19-in-lower-and-middle-income-countries/>

⁷¹ Park, C. Y., Kim, K., Roth, S., Beck, S., Kang, J. W., Tayag, M. C., & Griffin, M. (2020). Global Shortage of Personal Protective Equipment amid COVID-19: Supply Chains, Bottlenecks, and Policy Implications. *Bulletin de la Banque asiatique de développement* Publié.

<https://doi.org/10.22617/brf200128-2>

⁷² BBC. A nightmare on repeat - India is running out of oxygen again (2021) <https://www.bbc.com/news/uk-56841381>

⁷³ Eaton, L. (2021). Covid-19: WHO warns against "vaccine nationalism" or face further virus mutations. *BMJ*, n292.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n292>

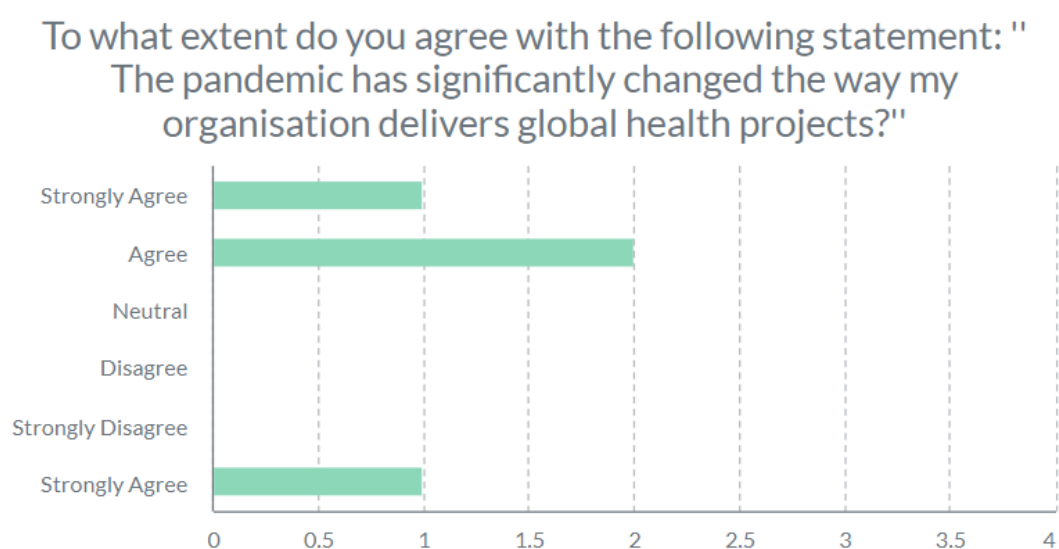
⁷⁴ Reid, M., Abdool-Karim, Q., Geng, E., & Goosby, E. (2021). How will COVID-19 transform global health post-pandemic? Defining research and investment opportunities and priorities. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003564. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003564>

Parallèlement, la COVID1-9 a également laissé entrevoir ce à quoi pourrait ressembler un système de santé mondial plus « décolonisé ».

Par exemple, il ressort de nos entretiens qu'en ce qui concerne la recherche, la COVID-19 a « poussé les locaux » à collecter des données, car les restrictions de voyage ne permettaient pas aux « vrais scientifiques/chercheurs » de le faire eux-mêmes. Il est certain que les perturbations se sont avérées problématiques, mais elles offrent également une occasion unique de promouvoir la capacité des institutions locales/PRE — tant universitaires que de la société civile — à rechercher les ressources et à effectuer elles-mêmes les recherches nécessaires. En raison des restrictions sur les voyages internationaux, une organisation de mise en œuvre sondée dans le cadre de l'enquête a été en mesure d'impliquer dans le projet des agents de santé communautaires qui savent comment répondre au mieux aux besoins des patients locaux pendant la pandémie. Leurs organisations se sont également engagées dans le renforcement des capacités des systèmes de santé locaux et dans l'éducation du public comme réponses à la pandémie. Cette réponse a accéléré des changements importants dans ces organisations et a montré que la localisation EST possible.

De même, en ce qui concerne la mise en œuvre, notre enquête a révélé qu'environ 75 % des organisations de la santé mondiale avaient considérablement modifié la manière dont elles mettaient en œuvre les projets de santé mondiale, le rôle de la participation des communautés locales ayant évolué au cours du processus (**figure 15**). Par conséquent, il y a eu plusieurs changements logistiques au niveau des opérations, par exemple les réglementations sur la distanciation sociale et les restrictions de voyage impliquaient que les équipes d'exécution locales étaient entièrement responsables de toute la mise en œuvre.

Figure 15 : Changements induits par la COVID-19 à l'exécution des projets



Lors des entretiens avec les experts, il a également été reconnu que l'impact de la COVID-19 sur les initiatives de santé mondiale a renforcé la nécessité de remédier aux déséquilibres de pouvoir et d'encourager des pratiques durables axées sur l'autonomisation des communautés. La pandémie a montré que les pays qui mettent l'accent sur des systèmes de santé à plusieurs niveaux ont mieux résisté à la pandémie. En revanche, les pays dont les systèmes de soins de santé sont fragmentés ont dû reporter des vaccinations vitales. Par exemple, en 2020, une trentaine de PRFI ont dû interrompre leurs campagnes de vaccination contre la rougeole pour stopper la propagation du coronavirus, laissant

94 millions de personnes exposées au risque de rater ces vaccinations cruciales.⁷⁵ Les experts ont souligné la nécessité de mobiliser les membres des communautés afin de réduire la dépendance à l'égard des organisations de la santé mondiale externes.

D'autres opportunités créées par la pandémie ont également été soulignées dans l'enquête. Un nombre croissant de plateformes virtuelles pour l'apprentissage et le partage entre sites ont été rendues disponibles pendant la COVID-19, ce qui augmente l'accessibilité des connaissances pour de nombreux employés locaux. De plus en plus d'organisations se sont engagées dans le renforcement des capacités des systèmes de santé locaux et dans l'éducation du public comme réponses à la pandémie. La GIZ, par exemple, a annoncé en avril 2020 un partenariat avec une entreprise locale, Kasapreko, pour produire localement du désinfectant pour les mains.⁷⁶ Un mois auparavant, Sansheng Pharmaceutical, basée en Éthiopie, a également lancé une nouvelle ligne de production pour fabriquer des désinfectants pour les mains.⁷⁷

Parmi les options à envisager pour l'amélioration de la santé mondiale après la COVID-19,⁷⁸ citons la modification des circuits de financement étroits qui empêchent la mise en place de systèmes de santé unifiés, la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (CSU) dans les services de santé mondiaux afin de s'assurer que personne n'est laissé pour compte, l'amélioration de l'intégration des femmes et de la représentation des minorités dans la prise de décision et la révision de la gouvernance, des politiques et des investissements en matière de santé mondiale.

Étude de cas édifiante 5 : Se servir de la COVID-19 pour devenir universel

Problème : Depuis de nombreuses années, Partners In Health (PIH) apporte un soutien sanitaire aux pays pauvres depuis son siège aux États-Unis. La COVID-19 ayant touché les États-Unis ainsi que les pays pauvres, PIH a vu des restrictions interférer avec le fonctionnement normal, la disponibilité du personnel qualifié et les chaînes d'approvisionnement. Les dispositions relatives à la distanciation sociale et les restrictions de voyage ont conféré aux équipes locales de prestation de soins l'entière responsabilité de la mise en œuvre, tout en créant des difficultés à celle du siège.

Solution : Si les équipes de mise en œuvre dans les pays pauvres ont dû faire face à une charge de travail plus importante, PIH s'est également rendu compte que les solutions utilisées par ses agents de santé communautaires locaux dans les pays pauvres pouvaient en fait être pertinentes aux États-Unis. PIH a donc lancé l'Unité d'accompagnement de la santé publique des États-Unis (USPHAU) en mai 2020 pour aider les États, les villes et les communautés à mettre en place une réponse de santé publique plus équitable et plus complète face à la COVID-19.⁷⁹ Cela impliquait d'accélérer la création de programmes de recherche des contacts, de développer et de former des effectifs de santé communautaire plus solides, et de travailler avec les juridictions et les communautés pour établir une planification, une communication et une distribution équitables des vaccins. Cette approche communautaire a favorisé une réponse coordonnée et a permis de tirer des leçons pour d'autres intervenants face à la pandémie.

Réflexion : La COVID-19 offre l'occasion d'accroître la participation à la base et le renforcement des capacités locales, mais aussi d'examiner plus objectivement les problèmes de santé dans tous les pays, en utilisant les leçons tirées et les approches réussies des pays plus pauvres dans les pays plus riches. Il s'agit là d'un élément clé pour briser la perception coloniale selon laquelle les pays

⁷⁵ Measles & Rubella Initiative. (2020 à 17) More than 117 million children at risk of missing out on measles vaccines, as COVID-19 surges. Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/

⁷⁶ <https://newsghana.com.gh/giz-kasapreko-to-boost-affordable-hand-sanitizer-production-in-ghana/>

⁷⁷ <https://www.ethiosports.com/2020/03/24/chinese-pharmaceutical-company-launches-hand-sanitizer-production-in-ethiopia/>

⁷⁸ Lal, A., Erond, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397(10268), 61–67. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32228-5)

⁷⁹ Partners In Health a lancé l'Unité d'accompagnement en santé publique des États-Unis (USPHAU) <https://www.pih.org/us-public-health-accompaniment-unit>

pauvres doivent toujours être les bénéficiaires de la santé mondiale. Ils peuvent aussi être des innovateurs.



CHAPITRE 4 : CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

La pandémie de COVID-19 ainsi que le mouvement *Black Lives Matter* ont contribué à amplifier les cas structurels et institutionnels de racisme, les déséquilibres de pouvoir et les faiblesses systémiques dans tous les secteurs et en particulier dans celui de la santé mondiale. Ce secteur bénéficie donc aujourd'hui d'une opportunité unique de déconstruire et d'affiner les processus qui sous-tendent la santé mondiale.

Ce rapport a montré qu'un grand nombre de changements « décolonisant » sont déjà en cours. Les organisations réfléchissent, deviennent plus transparentes sur ces questions et prennent conscience de leurs besoins internes de rééquilibrage. Les études de cas présentées dans ce rapport illustrent de manière frappante et constituent une source d'inspiration importante dans les cinq domaines du cadre de « décolonisation » proposé.

Toutefois, le rapport montre aussi clairement que les progrès ont été assez limités, pour cinq raisons spécifiques.

- Tout d'abord, il y a un risque que le débat sur la décolonisation de la santé mondiale reste axé sur la mise en évidence des problèmes et/ou soit confiné au monde universitaire. Bien que ces deux aspects soient cruciaux et que le secteur doive approfondir l'introspection et l'analyse, il est également crucial de mettre l'accent sur les actions pratiques, sur les solutions qui démantèlent les structures coloniales dans les organisations de la santé mondiale les plus influentes ;
- Deuxièmement, nous n'avons identifié aucune organisation de la santé mondiale qui démantèle de manière convaincante les structures coloniales de manière holistique. Certaines mettent davantage l'accent sur la diversité et l'inclusion, d'autres sur la modification de leur programme de recherche. Malheureusement, beaucoup d'entre elles se concentrent sur leurs propres activités et n'ont pas l'ambition d'opérer un changement global à long terme⁸⁰. Des lacunes subsistent donc. En particulier, le programme pour la production locale n'a pas été clairement lié au programme de décolonisation, ce qui crée un risque que beaucoup d'investissements et de financements aillent à des initiatives locales dans les PRFI alors que les structures



⁸⁰ <https://criticallegalthinking.com/2020/03/12/decolonisation-is-not-about-ticking-a-box/>

d'approvisionnement des plus grandes organisations de la santé mondiale, y compris l'ONU, restent déséquilibrées en faveur de la fabrication dans les PRE.

- Troisièmement, si nous sommes fiers des organisations de la santé mondiale qui ont participé à l'enquête et aux dialogues politiques, démontrant ainsi leur volonté de faire partie d'une sorte de — une coalition de volontaires — pour décoloniser la santé mondiale, nous sommes également conscients que de nombreuses organisations très influentes ne l'ont pas fait, bien qu'elles aient été invitées. En outre, au cours des dialogues politiques, certains participants ont exprimé leur scepticisme à l'égard du programme de décolonisation, et ce scepticisme est également évident ailleurs.⁸¹
- Quatrièmement, il existe un risque important qu'une partie de l'engagement en faveur du « programme de décolonisation de la santé mondiale » soit — comme l'a dit un participant lors d'un entretien — une « recolonisation ». Ce risque peut provenir, par exemple, d'organisations de la santé mondiale de premier plan qui cherchent à façonner le récit afin d'éviter les changements structurels nécessaires mais des plus inconfortables. Ceci, soit parce qu'ils sont difficiles, soit parce que les organisations ne comprennent pas pourquoi leur importance à long terme, soit (ce qui est encore plus difficile) en raison de conflits d'intérêts au sein des systèmes de santé mondiaux. Il est essentiel de savoir clairement qui mène le débat sur la décolonisation.
- Cinquièmement, il existe également un risque que les changements provoqués par la COVID-19 soient temporaires — par exemple, lorsque les voyages internationaux réguliers reprendront, les consultants des PRE reprendront-ils également les voyages aller-retour ? Il est également possible que les conférences Zoom, plus « inclusives et ouvertes », reviennent à des conférences en présentiel dans les PRE.

Cela dit, nous espérons que ce rapport démontre clairement qu'en fin de compte, en se « décolonisant » à l'aide du cadre que nous proposons, les organisations de la santé mondiale s'assureront d'opérer en conformité avec les Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, les principes d'efficacité du développement et, en fin de compte, de réaliser davantage et de meilleurs résultats pour les personnes qu'elles ont vocation à soutenir. En effet, la grande diversité des organisations qui ont participé aux entretiens et aux sessions de dialogue politique permet de formuler une série de recommandations clés qui remettront en question les pratiques non durables dans la mise en œuvre des projets de santé mondiale à l'avenir. L'application de ces recommandations peut s'avérer difficile, mais elles ont été mises en avant par les organisations elles-mêmes et suggèrent qu'une approche proactive en ayant conscience des défis thématiques peut être transformatrice.

Recommandations

Sur la base de ces conclusions, nos recommandations se répartissent en deux catégories : « le fond » et « le processus ». Nous commençons par le fond, en abordant les propositions et résultats potentiels spécifiques formulés par chacun des cinq thèmes. Ceux-ci peuvent être suivis, mesurés et évalués tout au long du processus de décolonisation.

1. **S'attaquer au POURQUOI — dans la production de connaissances :**

- a. **Donner la priorité aux auteurs locaux.** Il s'agit notamment de faire des auteurs locaux les auteurs principaux et/ou de créer des incitations/récompenses au sein des organisations de financement à cet effet, de leur donner l'espace nécessaire pour

⁸¹ Pour une critique du Sud global de l'agenda de la décolonisation, voir : <https://www.opendemocracy.net/en/decolonisation-comfortable-buzzword-aid-sector/> et une discussion des réponses anti-décolonisation dans l'éducation médicale voir : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880175/>

façonner le thème/l'ordre du jour, et de leur fournir une plateforme pour qu'ils puissent partager ces informations à la fois localement et mondialement afin de s'assurer que l'accès à ces informations est possible pour tous.

- b. **Réfléchir soigneusement au langage utilisé dans la production de connaissances et renommer les institutions le cas échéant.** Le Nord contre le Sud ou les pays développés contre les pays en voie de développement, la médecine « tropicale », etc. — être ouvert à la modification du langage et des structures utilisées dans les guides de style, les catégories analytiques et même des institutions entières qui sont dérivées ou alimentent les récits coloniaux.
- c. **Adapter les connaissances et les directives aux contextes locaux.** Façonner la littérature et l'analyse pour s'assurer qu'elles sont pertinentes pour un large éventail de contextes politiques, économiques et sociaux — par exemple, à la fois formels et informels, urbains et ruraux. En outre, rendre les produits de la connaissance et la recherche disponibles dans plusieurs langues non européennes.

2. S'attaquer au « OÙ » — dans le pouvoir financier :

- a. **Déliier les fonds et réduire les affectations.** Permettre à des entités non nationales et locales de s'approprier et de gérer par exemple au moins 50 % ou plus des fonds. Cela permettra aux fonds d'être affectés localement et de « combler les lacunes » souvent négligées par les donateurs.
- b. **Déléguer les processus de décision financière.** Fixer un pourcentage des fonds (par exemple, au moins 20 %) pouvant être utilisé de manière flexible. Les institutions locales comprennent les besoins urgents mais aussi les objectifs à plus long terme. Créer des mécanismes permettant aux organisations de générer des ressources supplémentaires.
- c. **Repenser le fonctionnement des fonds verticaux ou s'en éloigner.** Bien que la démonstration de l'impact à court terme par le biais de fonds verticaux puisse être importante, pour un plus grand impact à long terme, les ministères de la santé ont besoin de flexibilité pour orienter le financement.
- d. **Créer des mécanismes permettant d'envoyer des fonds directement aux organisations dirigées localement.** Par exemple, des appels à propositions ouverts et réguliers. Réduire la lourdeur administrative et ne standardiser les modèles de réponse que lorsque cela est nécessaire pour laisser libre cours à la créativité et faire face aux complexités des localités spécifiques.

3. S'attaquer au QUI — dans la gouvernance :

- a. **Contrôler la diversité, l'inclusion et la représentation locale.** Créer et suivre des objectifs de diversité raciale ou géographique dans l'ensemble de l'organisation, et plus particulièrement au sein des postes de décision et des conseils consultatifs rémunérés ou non. Au-delà du siège, veiller à ce que le personnel « international » ne prime pas sur le personnel « national ».
- b. **Promouvoir la diversité, l'inclusion et la représentation locale.** Créer des incitations directes dans les stratégies d'acquisition qui encouragent les parties prenantes et les organisations partenaires à faire de même.

- c. **Déplacer le siège/diversifier les sièges.** Les organisations mondiales de la santé peuvent se délocaliser dans les pays où elles sont le plus actives, afin de favoriser l'appropriation locale.
- d. **Éliminer les doubles barèmes de rémunération.** Le personnel « national » doit être rémunéré en fonction de son expérience et non de son lieu de travail ou de sa nationalité. Pour que les idées soient partagées, que les connaissances soient générées et que les projets soient mis en œuvre, le personnel doit se sentir responsabilisé et égal.
- e. **Créer et renforcer la dénonciation du racisme.** Les systèmes permettant de dénoncer le harcèlement et l'exploitation sexuels constituent un modèle utile à reproduire pour éviter les incidents racistes/le racisme systémique.
- f. **Diversifier les lieux où se tiennent les conférences** en les éloignant des PRE, inclure des objectifs de diversité raciale/géographique dans le ciblage de la participation et fournir des fonds pour les visas/voyages à la demande.

4. S'attaquer au QUOI — dans les acquisitions :

- a. **Opter pour les produits locaux.** Explorer la production locale. Améliorer les partenariats pour la production locale afin de réduire la lourdeur administrative des marchés publics. Fixer des quotas d'acquisition de produits locaux (par exemple, 10 à 20 % au départ, avec une augmentation progressive) pour les fonds verticaux et les organisations d'aide, afin de les inciter à faire appel à des producteurs locaux.
- b. **Investir de manière proactive dans le développement de la recherche et du développement au niveau local.** Il s'agit notamment de supprimer/éviter les obstacles à la propriété intellectuelle. Cela permettra de conserver les talents locaux dans le pays, mais aussi de donner le pouvoir à ceux qui sont souvent les plus touchés par les problèmes de santé mondiaux.
- c. **Investir de manière proactive dans le développement des capacités de production locale et le partage des technologies.** L'autosuffisance est essentielle pour des systèmes de santé agiles et robustes, mais cela n'est possible que si la technologie est présente dans le pays — par exemple pour fabriquer des vaccins, etc.

5. S'attaquer au COMMENT - et tirer les leçons de l'impact de la COVID-19 :

- a. **Enregistrer et suivre officiellement les changements intervenus dans les organisations suite à la COVID-19.** Examiner ce qui a fonctionné (et ce qui n'a pas fonctionné) et demander au personnel local, aux partenaires et aux parties prenantes ce qui devrait être maintenu à long terme, et répondre à ces demandes.
- b. **Réduire les budgets de voyage.** Il faut limiter les déplacements en avion pour les visites sur le terrain ou les conférences. La COVID-19 a démontré que le personnel et les organisations locales ou nationales peuvent répondre à une crise et maintenir des projets en cours sans personnel international sur le terrain. Cependant, l'autorité et la prise de décision doivent être flexibles et un soutien doit être fourni.
- c. **Être véritablement universel.** Remettre en question l'hypothèse selon laquelle les interventions en matière de santé mondiale ne sont nécessaires que dans les pays les plus pauvres, et restructurer les organisations pour qu'elles puissent intervenir et partager les enseignements tirés dans le monde entier, comme l'impliquent les ODD.

Si toutes les recommandations ci-dessus ne s'appliquent pas forcément à toutes les organisations de la santé mondiale, et s'il y en a peut-être d'autres que nous avons omises, nous recommandons à chaque organisation d'adopter une approche holistique, tout en adaptant des objectifs spécifiques à ses propres méthodes de travail ou d'action. En outre, il sera important de coordonner, de partager et d'apprendre les uns des autres le long du processus.

En ce qui concerne le processus, nous avons deux recommandations.

Premièrement, le suivi et la responsabilité sont essentiels.

La nécessité de rendre des comptes et de procéder à un suivi et à une évaluation est cruciale pour mettre à l'échelle les efforts de décolonisation. Des indicateurs sectoriels et un cadre de gestion axé sur les résultats conformes aux recommandations de fond que nous avons présentées ci-dessus⁸², utilisés et révisés chaque année dans les organisations de la santé mondiale, permettront d'évaluer la prise de conscience de la décolonisation, les changements de politiques à l'échelle organisationnelle et nationale, et d'identifier les organisations qui adhèrent aux bonnes pratiques de santé mondiale.

Deuxièmement, la formation formelle d'une coalition d'organisations désireuses de s'engager dans cette voie est essentielle, avec un leadership efficace de la coalition.

La « décolonisation » structurelle est à la base de la réalisation de tous les objectifs en matière de santé mondiale : atteindre tout le monde, partout, indépendamment de la race, du statut social ou financier, du sexe, de la sexualité ou du lieu de résidence.

Ce rapport montre qu'une coalition de volontaires est possible, les organisations que nous avons impliquées dans ce rapport peuvent continuer à faire avancer la conversation et à augmenter le nombre de ceux qui veulent décoloniser, à maintenir le flambeau allumé et à promouvoir l'échange de solutions, d'idées et de plans structurés pour ce processus. À l'avenir, il sera essentiel de promouvoir le débat et de citer des alternatives viables au système actuel. Cependant, un leadership est indispensable.

Nous proposons l'**Institut international de l'Université des Nations Unies pour la santé mondiale** comme un candidat sérieux, impartial et légitime pour diriger une telle coalition, compte tenu également de sa portée et de sa préparation existante en la matière. Le groupe **Action to Decolonise Global Health** (ActDGH)⁸³ devrait également jouer un rôle important dans l'élaboration de ce programme, surtout une fois formalisé.

Il sera nécessaire d'intégrer dans la stratégie de la coalition les aspects du travail tant sur le fond que sur le processus. La coalition devrait se réunir régulièrement, peut-être tous les trimestres, et chercher à s'élargir au fil du temps — en incluant un ensemble plus large d'organisations de la santé mondiale et de donateurs — tant ceux qui se sont déjà engagés à agir que les sceptiques ou les détracteurs. La coalition devrait également travailler avec les organisations du secteur du développement qui s'engagent à promouvoir l'appropriation par les pays — par exemple, sur ce dernier point, le Partenariat mondial pour la coopération au développement (GPEDC) et l'OCDE seront des interlocuteurs importants.

La décolonisation ne sera ni facile ni agréable ; elle sera probablement inconfortable tant pour les groupes au pouvoir que pour ceux qui s'efforcent de laisser les sombres ombres coloniales derrière

⁸² Groupe des Nations unies pour le développement. (2011). Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. PNUD <https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

⁸³ Il s'agit d'un collectif militant, orienté vers l'action, composé d'universitaires, de praticiens et d'étudiants en santé mondiale qui se sont réunis pour proposer des idées, des arguments et des stratégies visant à reconstruire le système mondial de la santé. Le groupe milite en faveur d'un système qui offre une concentration plus équitable du pouvoir, où les politiques restrictives sont remplacées par une plus grande autonomie des personnes et des communautés. <https://decolonise.health/about>

eux. Toutefois, lorsqu'elle sera réalisée, elle facilitera la naissance d'un système de santé mondial plus moderne et plus équitable.

RÉFÉRENCES

Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5), e002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>

Arney, L., & Yadav, P. (2014). Improving Procurement Practices in Developing Country Health Programs. William Davidson Institute at the University of Michigan, USA. https://wdi.umich.edu/wp-content/uploads/WDI_-_Improving-Procurement-Practice-in-Developing-Country-Health-Programs_Final-Report_2.pdf

African Business. Does COVID-10 offer a new way of looking at African Risk. (2020) <https://african.business/2021/03/technology-information/does-covid-19-offer-a-new-way-of-looking-at-african-risk/>

BBC. A nightmare on repeat - India is running out of oxygen again (2021) <https://www.bbc.com/news/uk-56841381>

BETTS, R. (2012). Decolonization: A brief history of the word. In BOGAERTS E. & RABEN R. (Eds.), *Beyond Empire and Nation: The Decolonization of African and Asian societies, 1930s-1970s* (pp. 23-38). Brill. Consulté le 2 mai 2021, sur : <http://www.jstor.org/stable/10.1163/j.ctt1w8h2zm.5>

Beyeler N, Fewer S, Yotebieng M, et al Improving resource mobilisation for global health R&D: a role for coordination platforms? *BMJ Global Health* 2019;4:e001209. <https://gh.bmj.com/content/4/1/e001209>

Bloomberg. Bill Gates Warn Africa Could Be Hit Worse Than China. (2020).

<https://www.businessinsider.co.za/coronavirus-africa-2020-2>

Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., & Raveendran, Y. (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>

Carr, S. C., McWha, I., Maclachlan, M., & Furnham, A. (2010). International-local remuneration differences across six countries: do they undermine poverty reduction work?. *International journal of psychology : Journal international de psychologie*, 45(5), 321– 340. <https://doi.org/10.1080/00207594.2010.491990>

Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015). Integrating traditional indigenous medicine and western biomedicine into health systems: a review of Nicaraguan health policies and miskitu health services. *International journal for equity in health*, 14, 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1>

Development Reimagined New report aims to inspire more investment from China into Africa's pharmaceutical sector (2018) <https://developmentreimagined.com/portfolio-posts/portfolio-04-3-2/>

DEVEX . Q&A: 'Global health funding is far from being decolonized'. (2021) <https://www.devex.com/news/q-a-global-health-funding-is-far-from-being-decolonized-says-ngozi-eronde-99667>

Eaton, L. (2021). Covid-19: WHO warns against "vaccine nationalism" or face further virus mutations. *BMJ*, n292. <https://doi.org/10.1136/bmj.n292>

Fehling, M., Nelson, B. D., & Venkatapuram, S. (2013). Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. *Global public health*, 8(10), 1109–1122. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.845676>

Global Health 5050. (2020). Power, Privilege and Priorities. *Global Health 5050*, London, UK. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>

Global Security Index 2019 <https://www.ghsindex.org>

Growing global Covid vaccine inequity 'grotesque', says WHO. (2021, March). *France24* <https://www.france24.com/en/health/20210322-covid-19-who-slams-grotesque-growing-global-vaccine-inequity>

Hedt-Gauthier, B. L., Jeufack, H. M., Neufeld, N. H., Alem, A., Sauer, S., Odhiambo, J., Boum, Y., Shuchman, M., & Volmink, J. (2019). Stuck in the middle: a systematic review of authorship in collaborative health research in Africa, 2014–2016. *BMJ Global Health*, 4(5), e001853. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001853>

HUSL Library: A Brief History of Civil Rights in the United States: The Black Lives Matter Movement. (n.d.). Howard University Law Library. <https://library.law.howard.edu/civilrightshistory/BLM>

Ibeneme, S., Eni, G., Ezuma, A., & Fortwengel, G. (2017). Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. *Current therapeutic research, clinical and experimental*, 86, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.03.001>

Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (Eds.). (2003). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. National Academies Press (US).

Lal, A., Erondy, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397(10268), 61–67. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32228-5)

Larsson, E. C., Atkins, S., Chopra, M., & Ekström, A. M. (2009). What about health system strengthening and the internal brain drain? *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(5), 533–534. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.12.015>

Lenhardt, A. (2020, December 17). Pushing people further into poverty: the impact of Covid-19 in lower- and middle- income countries. ODI. <https://odi.org/en/insights/pushing-people-further-into-poverty-the-impact-of-covid-19-in-lower-and-middle-income-countries/>

Leon-Himmelstine, C., & Pinet, M. (2020, June 3). How can Covid-19 be the catalyst to decolonise development research? From Poverty to Power. <https://oxfamblogs.org/fp2p/how-can-covid-19-be-the-catalyst-to-decolonise-development-research/>

Lindstrom, A., & Coronado-Garcia, L. (2020, May). Sustainable Health Procurement Guidance Note. Programme des Nations unies pour le développement. <https://www.undp.org/publications/guidelines-sustainable-procurement-healthcare-commodities-and-services>

LSTMED. Decolonising global health: colonial history & institutional structures that perpetuate disadvantage. <https://www.lstmed.ac.uk/news-events/seminars-and-lectures/decolonising-global-health-colonial-history-institutional>

Magner, M., & Yadav, P. (2017). Designing Global Health Supply Chains for the Future. William Davidson Institute at the University of Michigan, USA. <https://wdi.umich.edu/knowledge/designing-global-health-supply-chains-for-the-future/>

Matahari Global Solutions and AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA), Inception Report: Racial Diversity in Global Health (2021). <https://www.matahari.global/racism-in-global-health-tackling-an-unglobal-system>

Manguvo, A., & Mafuvadze, B. (2015). The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: time for a strategic shift. *The Pan African medical journal*, 22 Suppl 1(Suppl 1), 9. <https://doi.org/10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6190>

Marten, R., El-Jardali, F., Hafeez, A., Hanefeld, J., Leung, G. M., & Ghaffar, A. (2021). Co-producing the covid-19 response in Germany, Hong Kong, Lebanon, and Pakistan. *BMJ*, n243. <https://doi.org/10.1136/bmj.n243>

Measles & Rubella Initiative. (2020 à 17) More than 117 million children at risk of missing out on measles vaccines, as COVID-19 surges. Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/

Ryan, J. (2003). Horizontal and vertical delivery of health services : what are the trade offs (English). Washington, D.C.: Groupe de la Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/914491468761944686/Horizontal-and-vertical-delivery-of-health-services-what-are-the-trade-offs>

Park, C. Y., Kim, K., Roth, S., Beck, S., Kang, J. W., Tayag, M. C., & Griffin, M. (2020). Global Shortage of Personal Protective Equipment amid COVID-19: Supply Chains, Bottlenecks, and Policy Implications. *Bulletin de la Banque asiatique de développement* Published. <https://doi.org/10.22617/brf200128-2>

Partners In Health launched the United States Public Health Accompaniment Unit (USPHAU) <https://www.pih.org/us-public-health-accompaniment-unit>

Pai, M. (2019, November 21). Lack of equity and diversity still plague global health research. *The Conversation*. <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

Peralta, E. (2019, November 4). This Congolese Doctor Discovered Ebola But Never Got Credit For It — Until Now. NPR. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/11/04/774863495/this-congolese-doctor-discovered-ebola-but-never-got-credit-for-it-until-now>

Powell, A. (2020, November 17). Africa Spared Worst of Pandemic by 'Coordinated, Collaborative' Approach. *Voice of America*. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/africa-spared-worst-pandemic-coordinated-collaborative-approach>

Reid, M., Abdool-Karim, Q., Geng, E., & Goosby, E. (2021). How will COVID-19 transform global health post-pandemic? Defining research and investment opportunities and priorities. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003564. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003564>

Saha, S., Kavattur, P., & Goheer, A. (2019, April 26). The C-Word: Tackling the enduring legacy of colonialism in global health. *Health Systems Global*. <https://healthsystemsglobal.org/news/the-c-word-tackling-the-enduring-legacy-of-colonialism-in-global-health/>

Saravia, N. G., & Miranda, J. F. (2011, March 4). WHO | Plumbing the brain drain. World Health Organisation. <https://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/saravia0804abstract/en/>

Silverman, R., Keller, J. M., Glassman, A., & Chalkidou, K. (2019). Tackling the Triple Transition in Global Health Procurement. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/better-health-procurement>

United Nations Development Group. (2011). Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. PNUD <https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

Velin, L., Lartigue, J. W., Johnson, S. A., Zorigtbaatar, A., Kanmounye, U. S., Truche, P., & Joseph, M. N. (2021). Conference equity in global health: a systematic review of factors impacting LMIC representation at global health conferences. *BMJ Global Health*, 6(1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>

World Bank Blog. Facemasks in CAR (2020) <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/08/03/a-lifesaver-in-times-of-covid-19-face-masks-made-in-post-conflict-central-african-republic>

World Health Organisation. (2017, October). How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola or Marburg virus disease. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-Guidance-Burials-14.2>

World Health Organisation. (2018). Jean-Jacques Muyembe Tamfum : a life's work on Ebola. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(12), 804–805. <https://doi.org/10.2471/blt.18.031218>

Yadav, P., Alphas, S., D'Souza, C., Comstock, G., & Barton, I. (2018). Local Sourcing and Supplier Development in Global Health: Analysis of the Supply Chain Management System's Local Procurement in 4 Countries. *Global health, science and practice*, 6(3), 574–583. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00083>

ANNEXE 1

Questionnaire

1. Dans quelle région se situe le siège de votre organisation ?
 - Afrique
 - Asie
 - Europe
 - États du Golfe
 - Amérique du Nord
 - Amérique latine/Caraïbe
 - Îles pacifiques
 - Autres (veuillez préciser)

2. Dans quelle région la plupart de vos projets sont-ils mis en œuvre ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
 - Afrique
 - Asie
 - Europe
 - États du Golfe
 - Amérique du Nord
 - Amérique latine/Caraïbe
 - Îles pacifiques
 - Autres (veuillez préciser)

3. Combien d'employés travaillent dans votre organisation ?
 - 1-25
 - 25-50
 - 50-100
 - 100-150
 - 150-200
 - + 250

4. Quel est le pourcentage de cadres supérieurs recrutés localement dans votre organisation ?
 - <10 %
 - 20 %
 - 30 %
 - 40 %
 - >50 %

5. Dans quel domaine de la santé mondiale votre organisation s'est-elle spécialisée ?
 - Santé reproductive, maternelle, infantile et adolescente
 - Nutrition
 - Eau, assainissement et hygiène (WASH)
 - Maladies infectieuses
 - Santé mentale
 - Maladies non transmissibles (MNT)
 - Maladies tropicales négligées (MTN)

- Maladies à transmission vectorielle
 - VIH/SIDA
 - Renforcement des systèmes de santé
 - COVID-19
 - Couverture sanitaire universelle (CSU)
 - Autres (veuillez préciser)
6. Dans ces domaines de spécialisation, sous quels aspects votre organisation travaille-t-elle ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
- Recherche et développement (R&D)
 - Acquisition de produits de santé (par exemple, médicaments/équipements, fabrication de médicaments)
 - Fonctionnement du système de santé (par exemple, gestion de cliniques/hôpitaux)
 - Mise en œuvre de projets communautaires
 - Politique de santé
 - Financement de la santé
 - Autres (veuillez préciser)
7. Votre organisation applique-t-elle un système de double rémunération pour les experts locaux ?
- Oui
 - Non
 - Parfois
8. Votre organisation est-elle chargée de mettre en œuvre directement des initiatives de santé mondiale ?
- Oui, toujours
 - Non, jamais
 - Parfois
9. Votre organisation dispose-t-elle d'autres méthodes pour mettre en œuvre des initiatives de santé mondiale ?
- Oui
 - Non
10. Quelles autres méthodes votre organisation utilise-t-elle pour mettre en œuvre les initiatives de santé mondiale ?
- Partenariat avec des organisations locales
 - Partenariat avec des organisations mondiales
 - Partenariat avec des entités privées
 - Autres (veuillez préciser)
11. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les déclarations suivantes : (a) Le secteur de la santé mondiale doit évaluer la façon dont il opère dans les PRFI ; (b) Il existe un déséquilibre de pouvoir dans le secteur de la santé mondiale ; (c) Les besoins des populations des PRFI sont principalement satisfaits par les initiatives de santé mondiale ; (d) Les organisations qui opèrent dans le secteur de la santé mondiale devraient avoir un plan durable pour les projets futurs ; (e) Le transfert de pouvoir aux populations locales devrait être une priorité clé dans la santé mondiale.
- Tout à fait d'accord
 - D'accord

- Neutre
 - Pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
12. Dans quelle mesure la décentralisation du pouvoir dans le secteur de la santé mondiale est-elle importante pour votre organisation ?
- Pas important
 - Légèrement important
 - Modérément important
 - Important
 - Très importante
13. Votre organisation a-t-elle tenté de prendre part au débat sur la décolonisation ?
- Oui, l'organisation a mis en place une stratégie
 - Non, l'organisation n'a pas de stratégie en place
 - Possiblement ; il y a des plans pour élaborer une stratégie.
14. Si votre organisation a une stratégie particulière pour décoloniser la santé mondiale, pouvez-vous nous donner plus d'informations à ce sujet ?
15. Quels sont certains des défis auxquels votre organisation est confrontée dans sa tentative de décolonisation du secteur de la santé mondiale ?
16. D'où provient le financement de vos opérations et projets ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
- Financement entièrement local (dons, soutien gouvernemental) uniquement
 - Principalement d'un financement local
 - Un mélange égal de financement local et de financement par des donateurs
 - Principalement du financement des donateurs
 - Financement entièrement assuré par des donateurs
 - Autre
17. Quel type de financement l'organisation reçoit-elle ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
- Fonds gouvernementaux bilatéraux
 - Fonds multilatéraux
 - Fonds d'organisations philanthropiques
 - Autre
 - Dons de particuliers (pas de fonds philanthropiques)
 - Financement du secteur privé
18. Comment les priorités sont-elles fixées pour décider des projets à financer ?
19. Le financement de vos projets est-il affecté par les donateurs ? (ont-ils un droit de regard sur l'aspect décisionnel des projets auxquels votre organisation participe ?)
- Non — nous avons la pleine propriété des projets
 - Certaines limites — nous avons certaines limites mais nous avons notre mot à dire dans le processus de décision.
 - Majoritairement limité — nous avons un droit de regard limité sur le processus décisionnel.
 - Totalement limité — nous n'avons pas notre mot à dire dans le processus de prise de décision.

20. Quelle est l'importance de l'appropriation locale des projets de santé mondiale pour votre organisation ?
- Pas important
 - Légèrement important
 - Modérément important
 - Important
 - Très importante
21. Avez-vous le sentiment que votre travail en tant qu'organisation est reconnu après l'achèvement des projets ?
- Oui
 - Non
22. Pouvez-vous détailler le type de reconnaissance que vous recevez ?
23. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « L'approche de mon organisation en matière d'initiatives de santé mondiale est adaptée au contexte... ». Un projet adapté au contexte tient compte des besoins et de la participation de la communauté locale.
- Pas du tout d'accord
 - Pas d'accord
 - Tout à fait d'accord
 - D'accord
 - Neutre
24. Votre organisation dispose-t-elle d'un cadre de suivi et d'évaluation (S&E) pour évaluer les projets ?
- Oui
 - Non
25. Votre organisation réalise-t-elle son propre cadre de S&E ou est-il réalisé par du personnel externe ?
- L'intégralité du S&E est réalisée par du personnel externe.
 - L'intégralité du S&E est réalisée par l'organisation.
 - Une partie du S&E est réalisée par l'organisation
 - Une partie du S&E est réalisée par du personnel externe
26. Quel aspect de l'intervention votre S&E évalue-t-il ?
- Performance
 - Preuve d'efficacité
 - Impact
 - Autre
27. Votre organisation connaît-elle les Principes du CAD pour l'évaluation de l'aide au développement ?
- Oui
 - Non
28. Lequel de ces principes a le plus influencé le cadre de S&E de votre organisation ?
- Lignes directrices d'évaluation de l'OCDE/CAD
 - Directives d'évaluation créées par les sections locales
 - Directives d'évaluation de l'OMS

- Autre
 - Directives d'évaluation établies par les donateurs/financiers
29. Lors de la publication de rapports avec des organisations partenaires, à quelle fréquence êtes-vous crédité en tant qu'auteur principal ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
30. Les conférences sur la santé mondiale sont une partie importante de la recherche en santé mondiale. Votre organisation reçoit-elle des invitations à certaines d'entre elles ?
- Oui
 - Non
 - Parfois
31. À quelle fréquence votre organisation est-elle invitée à des conférences sur la santé mondiale ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
32. Les membres de votre organisation bénéficient-ils d'un soutien financier suffisant pour assister aux conférences ? Exemption de frais/visa. Etc.
- Oui
 - Non
33. Quelle est l'importance de l'approvisionnement local en produits de santé pour votre organisation ?
- Pas important
 - Un peu important
 - Modérément important
 - Important
 - Très important
34. Votre organisation a-t-elle été impliquée dans l'achat de produits de santé dans des PRFI/pays en voie de développement ?
- Oui
 - Non
35. Quel était le rôle de votre organisation dans l'approvisionnement ?
36. Si votre organisation effectue des achats dans les PRFI/pays en voie de développement, quel type de produit achète-t-elle ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
- Médicaments
 - Dispositifs de diagnostic
 - Outils de contrôle des vecteurs
 - Autre

37. D'où provient la majorité des fonds utilisés pour l'achat de biens ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)
- Gouvernement local
 - Donateur bilatéral
 - Donateur multilatéral
 - ONG/Privé
 - Autre
 - Fondations philanthropiques
38. Votre organisation est-elle confrontée à des difficultés liées à l'achat de produits de santé mondiaux ?
- Oui
 - Non
39. Quels sont les principaux défis liés à l'achat de ces biens ?
40. Votre organisation considère-t-elle que les pratiques d'achat actuelles posent des défis au développement de la production locale en Afrique ?
- Oui
 - Non
41. Pouvez-vous expliquer en quoi consistent certains de ces défis ?
42. À mesure que les pays en voie de développement se développent, le financement des produits de santé par les donateurs risque de diminuer. Votre organisation a-t-elle des plans à long terme pour y remédier ?
- Oui
 - Non
43. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « La pandémie de COVID-19 a changé de manière significative la façon dont mon organisation met en œuvre des projets de santé mondiaux ? ».
- Tout à fait d'accord
 - D'accord
 - Neutre
 - Pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
44. Quels sont les changements intervenus dans le mode de fonctionnement de votre organisation à la suite de COVID-19 ?
45. Le rôle de la participation des communautés locales a-t-il évolué en fonction des changements apportés par COVID-19 ?
- Oui
 - Non
 - Dans une certaine mesure
46. Pouvez-vous donner plus de détails sur la manière et l'étendue de ces changements ?

