

L'Aide publique au développement française et la mise en œuvre de l'agenda post-2015 du développement : quelles priorités de recherche et d'actions en matière de santé ?

Tancrede Voituriez (Iddri et Cirad), Thierry Giordano (Cirad),
Noura Bakkour (Iddri)

L'année 2015 et la formulation des objectifs du développement durable (ODD) surviennent dans un contexte de transformation de l'écosystème de l'aide au développement dédiée à la santé (ADS). Le consensus vers un « ODD santé » ambitieux à l'horizon 2030, portant tant sur les maladies que sur les systèmes de soin, rend impossible un *statu quo* dans les volumes de flux de financement et improbable une conservation de l'architecture actuelle de l'écosystème de l'ADS. L'inconnue majeure est celle de la transition entre le modèle existant – conçu autour et pour les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui a fait preuve d'une réelle efficacité pour quelques-uns d'entre eux – et celui qui devra répondre à la réalisation d'ODD santé universels, mais qui reste à inventer. Quel sens la France souhaite-t-elle donner à cette réforme, comment envisage-t-elle la transition d'un modèle à l'autre, en bonne intelligence avec celui que les autres acteurs de l'aide conçoivent de leur côté ? L'ambition de ce *policy brief* est de rassembler quelques premières réponses à ces deux interrogations.

RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

- La santé est un bien public, au même titre que l'éducation ou la sécurité. Son « retour sur investissement » apparaît élevé. Une clé de la fourniture de ce bien public réside dans la combinaison de financements publics absolument nécessaires mais limités, et de financements privés.
- Dans l'agenda post-2015, démontrer la portée opérationnelle de l'agenda couverture santé universelle (CSU) est une condition indispensable à sa mise œuvre après 2015. Il convient de mobiliser davantage la recherche pour le développement d'indicateurs d'efficacité des systèmes et de services de santé, ainsi que de prévention. Accroître notre connaissance empirique des performances des dispositifs de santé est un préalable à l'amélioration de celles-ci.
- Il convient enfin d'établir et de mettre en débat un bilan complet des innovations en matière de financement de la santé (taxe sur les billets d'avion, IFFIm, garanties d'achat futur, conversion de dette, product red initiative) dans la perspective des nouveaux ODD et des besoins d'implication croissante du secteur privé.
- La France pourrait consolider et valoriser davantage les avantages comparatifs de son APD santé. L'aide au développement dédiée à la santé (ADS) française avoisine 750 millions d'euros mais reste peu visible et connue du grand public. Une grande partie de l'aide française passe par les fonds verticaux, dans la gouvernance desquelles la France s'investit avec des moyens humains limités.

1. L'IMPRESSONNANT BILAN DE L'ADS

Des progrès incontestables en matière de santé globale. Les progrès mesurés depuis la parution du rapport de la Banque mondiale *Investir dans la santé* (Banque mondiale, 1993) sont éloquents. La plupart des pays ont vu la durée de vie de leur population s'accroître – doublant même dans des pays comme la Chine, le Mexique, l'Éthiopie et l'Inde ; le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde est passé d'environ 12 millions à moins de 7 millions, et le taux de mortalité maternelle a été divisé par deux (Lancet, 2013). Les progrès sanitaires ont été en moyenne plus spectaculaires pour les femmes que pour les hommes, à l'exception notable de la Chine et de l'Inde (id.).

Les raisons de ces progrès résident dans la conjugaison de plusieurs facteurs : progrès technique (équipement, médicament, vaccins), mise à l'agenda dans les pays à revenu faible (PMA) et intermédiaire (PRI) des questions de santé publique, croissance spectaculaire des revenus dans les pays aujourd'hui classés parmi les PRI et mobilisation de montants substantiels de l'aide publique au développement. Mais les sommes dédiées à la R&D santé ont été multipliées par cinq entre 1990 et 2010, déboursées à 60 % par le secteur privé et principalement dédiées aux maladies non transmissibles (MNT). Moins de 2 % sont affectés aux maladies infectieuses de première importance pour les PMA et les PRI.

Des mécanismes d'intervention innovants reposant sur la mesure du résultat. Des innovations institutionnelles se sont déployées dans un premier temps dans le domaine de la R&D, avec le lancement en 1996 du premier partenariat public-privé pour le développement de produits (PPDP), sur un financement de la Fondation Rockefeller, suivi d'injection de fonds de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et des bailleurs publics. A peu près inexistant avant 2000, les partenariats public-privé (PPP) représentent près de 20 % des contributions en 2013. La plupart des nouveaux fonds drainés l'ont été à travers des programmes verticaux destinés à combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et *via* l'introduction de nouveaux vaccins, selon une affectation géographique privilégiant en premier lieu l'Afrique subsaharienne de l'Est et du Sud (Lancet, 2013). La mesure des performances des actions de coopération en matière de santé au moyen d'indicateurs de résultats a été déterminante pour convaincre les financeurs d'accroître leurs engagements financiers autour des OMD 4, 5 et 6.

Une importante mobilisation politique et financière, y compris française. L'aide au développement

publique et privée au secteur de la santé (ADS) a été multipliée par 5 entre 1990 et 2013 (IHME, 2013) pour atteindre un peu plus de 31 milliards de dollars. L'aide bilatérale reste le premier canal de financement, oscillant entre 50 % des contributions en 1990 et environ 30 % durant le creux des années 2000-2001. La France occupe une place considérable dans cet écosystème, par son *leadership* politique dans la création notamment du Fonds mondial et de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm/GAVI). La France contribue à hauteur d'environ 750 millions d'euros répartis à 80 % en aide multilatérale et 20 % en aide bilatérale.

2. LES DÉFIS DE L'APRÈS-2015

«*Finish the MDG job*». Comme le souligne l'OMS, « les tendances actuelles constituent une bonne base pour l'intensification de l'action collective et l'extension des approches qui ont effectivement permis de résoudre les problèmes dus aux nombreuses crises et aux grandes inégalités » (OMS, 2013). Pourtant, les progrès sont inégaux à la fois entre et à l'intérieur des pays, tout comme selon les objectifs de santé. Les pays de la zone prioritaire d'intervention française¹ ont enregistré les moins bons résultats alors que les besoins ne cessent de croître, tirés par une forte croissance démographique.

Un rééquilibrage thématique et géographique de l'ADS. L'Afrique subsaharienne recevait en 2011 28,6 % de l'ADS avec près de 9 milliards de dollars. Par secteur ou thème, le poste VIH/Sida est le premier destinataire, à près de 8 milliards de dollars ; la santé maternelle, des nourrissons et des enfants est sur une pente croissante, pour atteindre plus de 6 milliards de dollars, tandis que les sommes dédiées aux maladies non transmissibles sont dérisoires au regard de l'ensemble, à 377 millions de dollars. Un bon nombre de pays supportant le fardeau le plus lourd de maladies ne reçoivent pas en proportion l'attention et les financements de l'ADS (IHME, 2013). Parmi les 20 premiers pays classés selon leur espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALY), seuls 13 d'entre eux figurent dans le classement des 20 premiers bénéficiaires de l'ADS.

L'élargissement de l'agenda santé. L'essor des maladies d'origine humaine ou environnementale (diabète, hypertension, maladies cardiaques et

1. Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Comores, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal.

cancers) est symptomatique de la transition épidémiologique de nombreux pays en développement. On assiste à un élargissement de l'agenda santé aux maladies non transmissibles, aux questions sanitaires et à la prévention.

Les systèmes de santé au cœur de l'agenda post-2015. L'élargissement de l'agenda santé bouscule le modèle de l'ADS. La nécessité de soutenir les systèmes de santé devient plus évidente, avec un accent particulier sur les soins de santé primaire et l'hôpital à tous les niveaux de référence. Le nouveau défi que constitue le renforcement des dispositifs de santé s'accommode moins facilement d'une mesure des performances au moyen d'indicateurs de résultat.

Des besoins de financement croissants. Les succès de l'ADS rendent légitime l'accroissement des ambitions en matière de santé, lequel peut difficilement être satisfait à budget constant. D'une part, l'incertitude entourant le coût marginal « d'abattement » de certains fléaux ou certaines maladies ne permet pas de déduire par exemple que « terminer » le travail engagé sur les OMD 4, 5, et 6 se fera à un coût nécessairement inférieur aux dépenses consenties jusqu'à présent. D'autre part, l'élargissement de l'agenda et l'accent mis sur les systèmes de santé interrogent le modèle même de PPP à l'origine des progrès récents, et avec lui les besoins et sources de financement.

Une nouvelle fatigue des donateurs. Les innovations qu'ont constitué les fonds verticaux répondaient à une urgence et n'ont pas vocation à se pérenniser. Dans le même temps, la mise à l'agenda du développement durable d'une série d'objectifs (les objectifs du développement durable, ou « ODD ») touchant à des sujets aussi divers que l'éducation, la faim, l'agriculture, la biodiversité ou l'énergie suscite l'inquiétude d'un délaissement progressif des questions de santé par les opérateurs de l'APD après dix années d'engagement croissants.

Renforcement des systèmes de santé et mobilisation des ressources. Du fait de l'urgence, les fonds verticaux ont dû contourner les difficultés liées aux faiblesses des systèmes de santé locaux, quitte à parfois les déstabiliser davantage. La nouvelle urgence est de construire des systèmes de santé solides et pérennes, ce qui implique l'identification des besoins locaux en l'absence de définition précise sur ce que sont les besoins de santé primaire, un meilleur accès et une plus grande qualité des services, l'amélioration des infrastructures, le renforcement des cadres légaux, des capacités techniques et administratives, des modèles de financement innovants, des mécanismes appropriés pour la collecte, l'analyse et la dissémination des informations au niveau local.

Dialogues et coopération entre acteurs de l'ADS. L'efficacité de l'écosystème global de l'aide à la santé est perfectible. Des études soulignent le manque de coordination entre acteurs, le risque de duplication et de fragmentation des activités, la confusion dans les anticipations, par les acteurs et populations concernées, du rôle des différents donateurs, et un possible effet négatif sur les politiques nationales de santé (Kerouedan, 2010 ; Lancet, 2013). L'accent mis sur le renforcement des systèmes de santé accentue l'importance d'un meilleur dialogue sur la définition des besoins de santé, d'une plus grande coordination des bailleurs, d'une véritable cohérence entre politiques nationales et donateurs. La capacité de dialogue elle-même est source d'interrogation dans le cas d'institutions productrices de normes telles que l'OMS dont les budgets réguliers déclinent en termes réels depuis 1994 ainsi que dans certains pays récipiendaires où l'évolution des budgets dédiés à la santé reste décorrélée des besoins croissants des populations.

3. LES RÉPONSES FRANÇAISES

Aujourd'hui, la France souhaite tirer les leçons de cette dernière décennie. Elle soutient la mise en œuvre des OMD, avec comme priorité la lutte contre le VIH-sida, la tuberculose et le paludisme, la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies tropicales négligées. En parallèle, elle promeut une approche structurelle de la santé (systèmes de santé) intégrant la lutte contre les pandémies à un socle de protection sociale. Elle met l'accent sur une approche globale de la santé, recouvrant les déterminants autant sociaux qu'environnementaux, une approche par le droit à la santé, à l'accès aux médicaments et aux soins, par l'intermédiaire d'une couverture sanitaire universelle (CSU) qu'elle défend au sein du système des Nations unies, avec l'objectif d'en faire un point central des ODD. La France estime que la CSU permet de répondre à la fois aux inégalités d'accès aux services de santé et aux risques financiers liés aux dépenses de santé des populations (MAEE, 2013b). Toutefois, la CSU se heurte à des obstacles importants de mise en œuvre et d'évaluation. En l'absence d'initiative internationale, le renforcement des systèmes de santé, condition *sine qua non* de la mise en place de la CSU, est aujourd'hui assuré dans un cadre exclusivement bilatéral par l'AFD.

L'accent mis sur la CSU soulève plusieurs questions :

- quel renforcement des moyens d'action de l'AFD dans la consolidation des systèmes de santé est

compatible avec la poursuite de l'engagement de la France dans les dispositifs verticaux qu'elle a soutenus et qui ont prouvé leur efficacité ?

- quel choix d'objectifs et d'indicateurs de résultats peut être suggéré à brève échéance ?
- quelle coordination de l'action française avec celle des autres bailleurs ?
- quels engagements budgétaires pour l'appui aux politiques publiques (santé et protection sociale), le développement des ressources humaines, les infrastructures de santé et les enjeux intersectoriels (éducation, eau, sécurité alimentaire, etc.) ?
- quelle compatibilité entre les orientations françaises de l'aide santé et les priorités des pays récipiendaires ?

La France propose l'utilisation de financements innovants, tels la taxe sur les transactions financières, pour dégager un volant financier stable, indépendant des cycles budgétaires. Et surtout la mobilisation concomitante des budgets nationaux des pays partenaires car la CSU relève de la responsabilité de chaque État (MAEE, 2013b). En termes d'instruments, elle met l'accent sur l'importance de l'assistance technique, alors que cet instrument a été la victime privilégiée de la réforme de l'aide française (Voituriez, Giordano, Boussichas, 2014).

4. NOS RECOMMANDATIONS

La santé est un bien public, au même titre que l'éducation ou la sécurité. Son « retour sur investissement » apparaît élevé (Lancet, 2013). Une clé de la fourniture de ce bien public, à hauteur des enjeux rappelés dans ces pages, réside dans la combinaison de financements publics absolument nécessaires mais limités, et de financements privés. Indépendamment des montants mobilisables par ces différents canaux, l'APD reste un outil indispensable pour son triple rôle de catalyseur de fonds, de financement de dispositifs spécifiques qui ne seraient jamais financés par le marché, et par les connaissances accumulées depuis des décennies sur le sujet.

La France dans ce contexte pourrait consolider et valoriser davantage les avantages comparatifs de son APD santé. Elle gagnerait à :

- mieux communiquer sur les dépenses d'APD engagés ainsi que sur leurs effets. L'ADS française avoisine 750 millions d'euros mais reste peu visible et connue du grand public ;
- investir davantage dans la gouvernance des fonds verticaux : une grande partie de l'aide française passe par les fonds verticaux, dans la gouvernance desquelles la France s'investit avec des moyens humains limités, alors que les

espaces d'influence sont réels tant globalement que dans la mise en œuvre au niveau local ;

- plus et mieux utiliser une expertise sur la santé de haute qualité. À titre d'exemple, le comité SAGE de l'OMS ne compte aucun Français et même aucun francophone, alors que les compétences ne manquent pas. À l'identique, la « force de frappe » des agences sanitaires est insuffisamment utilisée. La France dispose enfin d'un modèle original de santé qui pourrait inspirer d'autres pays même s'il demande à être réformé.

Dans l'agenda post-2015, démontrer la portée opérationnelle de l'agenda CSU est une condition indispensable à sa mise œuvre effective et rapidement après 2015. À cet effet, il convient de mobiliser davantage la recherche pour le développement d'indicateurs d'efficacité des systèmes et de services de santé, ainsi que de prévention.

Il convient enfin d'établir et de mettre en débat un bilan complet des innovations en matière de financement de la santé (taxe sur les billets d'avion, IFFIm, garanties d'achat futur, conversion de dette, *product red initiative*) – incluant l'ingénierie financière sans s'y limiter – dans la perspective des nouveaux ODD et des besoins d'implication croissante du secteur privé. ■

RÉFÉRENCES

Afd. (2012). Cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014.

Banque Mondiale, 1993. *Investir dans la santé* Rapport sur le développement dans le monde, Banque Mondiale, Washington, DC.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing global health 2012: the end of the golden age? <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2012-end-golden-age> (accessed Feb 12, 2013)

Kerouedan, D. (2010). Enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Médecine Tropicale* 2010; 70; 19-27

Lancet, 2013. Global Health 2035 : a world converging within a generation. Vol 382, December 7, 2013.

MAEE. (2011). La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé. Paris.

MAEE. (2013a). Compte rendu de la table ronde santé (2B) du 8 janvier 2013. Assises du développement et de la solidarité internationale. Paris.

MAEE. (2013b). La France et la couverture sanitaire universelle. Fiche repère. Paris: Ministère des Affaires Étrangères.

Voituriez T., Giordano T., Boussichas M. (2014) « Post-2015 development challenges: implications for official development assistance », IDDRI Policy Brief n° 07/14