



POUR UNE **NOUVELLE**
POLITIQUE FRANÇAISE
EN **SANTÉ MONDIALE**



TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	4
<ul style="list-style-type: none"> • En dépit de progrès significatifs, une grande partie de la population mondiale n'a toujours pas accès aux soins. • Nouvelle ère pour la santé mondiale. • Que doit faire la France pour la santé mondiale ? 	5 5 6
PARTIE 1 - LE FINANCEMENT FRANÇAIS N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX EN SANTÉ MONDIALE	7
1. Une aide publique au développement française peu ambitieuse	7
<ul style="list-style-type: none"> • L'APD générale de la France: nouvelle ère des promesses ... non tenues ? • L'APD mondiale consacrée à la santé en hausse • Des engagements en santé que la France ne tiendra pas 	7 8 8
2. L'inquiétante tendance à la privatisation et à la systématisation du recours aux prêts pour financer la santé	9
3. Mieux mobiliser les ressources nationales pour financer les politiques de santé	11
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la fiscalité et lutter contre l'évasion fiscale 	11
▶▶▶ À RETENIR	12
PARTIE 2 - LA FRANCE DOIT AMÉLIORER LA COHÉRENCE STRATÉGIQUE DE SES INTERVENTIONS	13
1. Que disent les documents stratégiques de la France en matière de santé ?	14
<ul style="list-style-type: none"> • La stratégie 2012 de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé • Le document d'orientation stratégique sur les enjeux de population, les droits et la santé sexuels et reproductifs (DOS DSSR) • Le cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale de l'AFD 2015-2019 	14 15 15
2. La CSU véritable objectif englobant pour la France ?	16
▶▶▶ À RETENIR	17
PARTIE 3 - UN PILOTAGE TROP FRAGMENTÉ QUI NUIT À L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS	18
1. Repenser l'architecture de l'aide en santé	19
2. Dépasser l'opposition entre l'aide bilatérale et l'aide multilatérale	20
<ul style="list-style-type: none"> • Complémentarité entre les canaux bilatéraux et multilatéraux... • ... Au service d'une « approche à la française » de l'aide en santé. 	20 21
3. Améliorer la transparence de l'aide en santé	22
▶▶▶ À RETENIR	23
RECOMMANDATIONS	24
LISTE DES ABRÉVIATIONS	26

Ce rapport a été écrit par Action Santé Mondiale (Pauline Pruvost, Bruno Rivalan) et Oxfam France (Sandra Lhote-Fernandes, Christian Reboul). Nous aimerions remercier Hannah Yous et Nicolas Guilhard pour leur contribution.

Action Santé Mondiale (Global Health Advocates) croit en un accès universel à la santé. Pour cela, elle travaille auprès des institutions françaises et européennes pour renforcer le soutien politique et financier pour le développement et la santé. L'association est membre depuis plusieurs années d'ACTION, partenariat international de plaidoyer contre les maladies de la pauvreté. www.ghadvocates.eu / 14 boulevard de Douaumont- 75017 Paris

Oxfam France est une association de solidarité internationale qui agit sur les causes de la pauvreté et des injustices en menant notamment des campagnes de mobilisation citoyenne et de pression sur les décideurs politiques. Elle est l'affilié français d'Oxfam, un réseau international de 17 ONG qui, ensemble, luttent contre les injustices et la pauvreté en partenariat avec des organisations dans plus de 90 pays. www.oxfamfrance.org / 104 rue Oberkampf - 75011 Paris

Photographie de couverture : © Abbie Trayler-Smith/Oxfam

Publié en janvier 2016. Ce rapport a été mis en page par Céline Beuvin : cbeuvin@wanadoo.fr

PRÉFACE

Depuis deux ans nous battons campagne pour pérenniser la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal. Promesse de l'ancien candidat –Macky Sall- aux Présidentielles de 2012, son élection a vite été perçue comme une opportunité par CICODEV Afrique – l'Institut panafricain pour la Citoyenneté, le Consommateurs et le Développement- et les organisations de la société civile qui se battent pour que les citoyens défavorisés puissent se soigner quand ils tombent malades.

Au Sénégal, ces citoyens représentent 80% de la population du pays soit un peu plus de 10 millions de personnes. Ces citoyens sont principalement dans le secteur informel. Ils sont agriculteurs ou marchands ; femmes ou enfants ; ils habitent les zones rurales ou les quartiers périurbains pauvres en infrastructures.

Nous avons battu campagne car nous étions aussi convaincus que sans une veille citoyenne active, la promesse électorale pourrait ne jamais se matérialiser.

Deux ans après le lancement officiel de la CMU, la vision de la CMU semble prendre corps ; bâtie autour d'un portage ministériel fort et ouvert aux apports de la société civile ; la mise en place d'une agence dotée de moyens lui permettant de mobiliser les ressources et de mettre en œuvre une stratégie consolidée pour atteindre l'objectif de couverture contre le risque-maladie pour 75% des citoyens du pays d'ici à la fin 2017.

Le sens de notre combat pour une politique de santé forte est clair : c'est la centralité de ce secteur pour la résilience de nos sociétés et leur développement durable.

Le sens de notre combat c'est l'égalité de tous les citoyens devant le service public ! L'équité dans l'accès aux services sociaux de base !

Le sens de notre combat c'est de rappeler l'arbitrage favorable qui doit être accordée au financement de la santé comme une priorité dans nos budgets nationaux et nos politiques de partenariat pour le développement!

Le rapport d'Action Santé Mondiale et d'OXFAM France s'inquiète d'un potentiel relâchement de la France dans la poursuite de l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD).

CICODEV Afrique partage l'inquiétude d'OXFAM et d'Action Santé Mondiale ; surtout au vu de la tendance à la privatisation et la systématisation du recours aux prêts pour financer la santé.

Les pays en développement restent encore fort dépendants de l'aide publique au développement pour construire des systèmes de santé forts et résilients.

Notre inquiétude est fondée sur notre perception claire que le choix d'une stratégie de repli, de tassement de l'APD par la France ou des recours à la privatisation et les prêts risquent de réintroduire ce contre quoi nous nous battons: l'inégalité des citoyens devant un service public, l'inéquité dans l'accès aux services sociaux de base, la santé à deux vitesses.

La pertinence de la recommandation du Rapport demandant à la France d'être à la hauteur des enjeux en faisant du droit à la santé une réalité pour toutes et tous prend alors tout son sens. La France peut le faire, et encore mieux, en privilégiant dans sa diplomatie du développement l'accompagnement de nos pays dans la mobilisation des ressources nationales pour financer les services sociaux et nos politiques de santé en nous aidant à lutter contre l'évasion fiscale ; en facilitant nos administrations fiscales l'accès à l'information sur les transferts illicites de l'Afrique vers les paradis fiscaux ou autres techniques d'optimisation fiscale.

Nous sommes convaincus que pareille stratégie révélera très vite que l'alternative durable pour financer les secteurs sociaux de base et les ODD en général n'est pas dans le recours à la privatisation, à la systématisation du recours aux prêts ou la dépendance de l'APD pour financer la santé dans nos pays.

Il restera évidemment à nos Etats à adopter des politiques hardies pour la couverture sanitaire universelle et à définir un mode de financement de la santé orienté prioritairement vers les besoins des plus démunis. Tout cela en collaboration avec leurs partenaires au développement.

Car en définitive le financement de la santé pour les citoyens défavorisés reste une mission fondamentale de ceux qui ont sollicité les suffrages des citoyens et qui leur ont confié la gestion des affaires publiques.



Amadou C. KANOUTE
Directeur exécutif. CICODEV Afrique. Dakar, Sénégal



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

2015 a marqué l'avènement d'un nouveau cadre du développement. Les quinze prochaines années doivent servir à poursuivre les efforts et bâtir des systèmes de santé résilients, capables de garantir à chacun l'accès à des services de santé de qualité. Pour être à la hauteur, la France n'a pas d'autres choix que de retrouver son rôle de pionnière de la santé mondiale.

À travers une revue d'ensemble des dispositifs de décision et d'opérationnalisation des politiques de santé mondiale, le présent rapport a pour ambition de mieux décrypter la politique française d'aide au développement en santé en s'intéressant à la fois à la stratégie française, à son pilotage et à la traduction budgétaire des priorités. Cette analyse nous amène à formuler en conclusion de ce rapport des recommandations afin que la France soit à la hauteur des enjeux : faire du droit à la santé une réalité pour toutes et tous.

En dépit de progrès significatifs, une grande partie de la population mondiale n'a toujours pas accès aux soins.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui ont pendant quinze années façonné les politiques de coopération et de solidarité internationale ont laissé place en 2015 à un nouveau cadre qui met l'accent sur les principes d'équité, de durabilité et d'universalité : les objectifs de développement durable (ODD).

Avec une mobilisation politique importante, une augmentation des ressources financières sans précédent et la création de nouvelles institutions clés telles que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, Gavi, l'Alliance pour les vaccins, ou UNITAID, les OMD ont eu un impact significatif : diminution de plus de moitié du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, diminution de 45 % du taux de mortalité maternelle, chute de 40% des nouvelles infections au VIH et plus de 6,2 millions de décès dus au paludisme évités. Ces avancées démontrent le rôle décisif de la solidarité internationale pour améliorer l'état de santé de la population mondiale.

Néanmoins, le droit à la santé est encore loin d'être une réalité pour une grande partie de la population mondiale, en particulier dans les pays en développement. Le dernier rapport¹ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle qu'aujourd'hui plus de 400 millions de personnes dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé les plus essentiels. Face aux défis immenses qu'il reste à relever, il est indispensable de maintenir les efforts en faveur de la santé mondiale.

Nouvelle ère pour la santé mondiale

Les ODD ont pour vocation de tracer un programme d'action universel – pour les pays du Sud comme du Nord- en faveur d'un monde plus durable et plus équitable.

Mais contrairement aux OMD, dans lesquels les objectifs concernant la santé correspondaient à des approches ciblées autour de trois enjeux majeurs de santé (mortalité infantile, santé maternelle et lutte contre les grandes pandémies), une approche transversale a été privilégiée. Ainsi, l'ODD 3

ambitionne de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Cette feuille de route ambitieuse, qui selon certains manquerait de priorisation, affirme le principe de l'universalité de l'accès aux soins de santé, ambitionne d'achever l'agenda des OMD et intègre les nouveaux enjeux de santé les plus pressants. La principale avancée réside dans la prise en compte d'enjeux systémiques tels que la question de la « recherche et développement », de l'effort financier national, des systèmes de veille et d'information sanitaire et des ressources humaines.

La couverture sanitaire universelle (CSU)² est également mise en exergue comme un outil indispensable pour renforcer les systèmes de santé et faciliter l'accès à tous et toutes à des services de santé de qualité, sans risque d'appauvrissement. S'appauvrir davantage ou renoncer à être soigné sont bien souvent les seuls choix laissés aux populations vulnérables si bien que plus de 100 millions de personnes basculent chaque année dans la pauvreté à la suite de dépenses en santé auxquelles elles ne peuvent faire face³. La CSU repose sur un système de santé solide, efficace et équitable qui répond aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes à un prix abordable (y compris des services spécialisés dans le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé des femmes et la santé infantile).

L'épidémie Ebola qui sévit en Afrique de l'Ouest depuis mars 2014 a renforcé la nécessité de cette approche plus transversale tant la crise sanitaire a tragiquement mis en lumière la grande précarité des systèmes de santé et le sous-investissement chronique dans les services essentiels dans cette région. Ces derniers n'ont pas été capables de maîtriser la propagation de l'épidémie et d'assurer les soins aux populations. De cette crise est née une prise de conscience quasi unanime quant à l'urgence de mettre en place des systèmes de santé « résilients » pour garantir un accès à la santé universel et de qualité mais aussi d'investir plus de ressources dans la recherche et développement dans le domaine médical.

Face aux défis sanitaires globaux, l'entrée en vigueur des ODD ne peut s'accompagner d'un ralentissement des efforts financiers. La communauté internationale doit rester mobilisée, et la France a un rôle clé à jouer.

1 Tracking universal health coverage: First global monitoring report, joint WHO/World Bank Group report, June 2015 http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/

2 Nous avons choisi d'utiliser cet acronyme pour traduire le concept anglais de « Universal Health Coverage ». L'AFD a choisi de parler de CUS, couverture universelle en santé.

3 OMS. Couverture sanitaire universelle : rapport du Secrétariat. Janvier 2013.

Que doit faire la France pour la santé mondiale ?

La France a largement participé aux progrès réalisés depuis 2000 en faisant de la santé un axe fort de sa politique de développement.

Elle a été à l'origine de la création du Fonds Mondial dont elle est le second bailleur et d'UNITAID dont elle est le premier bailleur. La France est aussi depuis 2003, l'un des principaux contributeurs de Gavi. Lors du sommet du G8 à Muskoka et du sommet sur les OMD à la fin 2010, le Président de la République s'était engagé à allouer jusqu'en 2015, 100 millions d'euros supplémentaires par an pour atteindre l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile et l'OMD 5 sur l'amélioration de la santé maternelle. Enfin en mai 2013, la France avait lancé l'Initiative Santé Solidarité Sahel (I3S) pour accompagner les pays engagés dans la mise en place de systèmes solidaires d'accès aux soins pour les enfants de moins de 5 ans. Les fonds mobilisés devaient être de 30 millions d'euros pour les cinq pays éligibles (Sénégal, Burkina Faso, Tchad, Mali, Niger) et issus d'une partie du produit de la taxe sur les transactions financières françaises (TTF).

Au-delà de ces engagements financiers, la France promeut depuis plusieurs années la CSU comme « *une réponse stratégique à l'évolution des défis en matière de santé mondiale* »⁴. En 2006, les ministres des Affaires étrangères norvégien et français ont lancé l'initiative « Diplomatie & Santé » en vue d'accroître l'attention accordée à la santé dans le domaine de la politique étrangère. C'est grâce à cette initiative qu'a été adoptée le 12 décembre 2012 la résolution A.67/81 en faveur de la CSU lors de la 67^e session de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Sur le plan financier, et malgré ce rôle de leader historique, la France se désengage peu à peu du terrain de la solidarité internationale ou tarde à traduire budgétairement ses engagements politiques.

Les coupes consécutives de la mission APD dans les lois de finances ont des conséquences directes sur les montants et les canaux de l'APD santé et sur le respect des engagements internationaux de la France. À cela s'ajoutent une tendance à la privatisation et un recours accru aux prêts pour financer le secteur de la santé. L'amélioration de l'état de santé des populations nécessite pourtant des investissements de long-terme, à la fois grâce à la solidarité internationale et à une meilleure mobilisation des ressources nationales.

La France doit se réengager dès cette année sur la trajectoire des 0,7% de RNB d'APD, dont au moins 0,1% d'APD Santé.

LES ONG SE MOBILISENT POUR L'APD SANTÉ !

Action contre la Faim, Action Santé Mondiale, Équilibres & Populations, Médecins du Monde, Oxfam France, le Planning Familial, Sidaction et Solthis se sont réunis autour du Collectif Santé pour défendre l'aide en santé sous forme de dons et veiller au respect des engagements internationaux.

Plus d'informations sur : www.collectifsante2015.fr

Sur le plan stratégique, la France a récemment lancé une série de nouveaux documents sectoriels : DOS DSSR, CIS Santé et Protection Sociale de l'AFD, feuille de route nutrition, ... qui fait craindre que ne perdure la fragmentation de la politique française en santé post-2015. L'annonce d'une nouvelle stratégie santé en 2016 doit être l'occasion de repenser l'aide en santé française. **La France doit à la fois améliorer la cohérence stratégique de ses interventions et faire des trois dimensions de la CSU (couverture de la population, services de qualité fournis et accessibilité financière des soins) les principes directeurs de sa politique en santé mondiale.**

Sur le plan de la gouvernance, la France doit réduire la fragmentation entre les opérateurs et entre les canaux de son aide. Face à la multitude des intervenants (Ministère des affaires étrangères, Ministère de la santé, Direction du Trésor, AFD, Expertise France), il est bien souvent compliqué de savoir qui pilote réellement les politiques et programmes de santé mis en œuvre dans les pays partenaires. **La mise en place d'un comité interministériel en santé mondiale et multi-acteurs chargé des orientations stratégiques et opérationnelles et du suivi et l'évaluation des objectifs permettrait d'assurer la transparence, la cohérence et la coordination des acteurs.**

⁴ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/FicheReperes_CSU_2013_FR_cle8666fb.pdf



PARTIE 1

LE FINANCEMENT FRANÇAIS N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX EN SANTÉ MONDIALE

1. Une aide publique au développement française peu ambitieuse

L'APD générale de la France: nouvelle ère des promesses ... non tenues ?

Les montants d'aide publique au développement consacrés par la France sont aujourd'hui très faibles et ont atteint en 2014 leur niveau le plus bas depuis 13 ans en % du revenu national brut (RNB)⁵ : 0,36%, loin des 0,7% promis.

Plus inquiétant, lors des négociations sur le texte de la troisième conférence sur le financement du développement à Addis-Abeba, **la France a fait partie des Etats Membres de l'Union Européenne les plus réfractaires à l'élaboration d'un calendrier contraignant pour atteindre l'objectif des 0,7% et a largement œuvré pour qu'il soit repoussé à 2030 !**

Le projet de loi de finances pour l'année 2016 prévoyait initialement une réduction de 177 millions d'euros des crédits de la mission APD, passant de 2,774 milliards d'euros en 2015 à 2,596 en 2016, soit une baisse de près de 7%. Cela aurait entériné la cinquième année de baisse consécutive de la mission APD, en totale contradiction avec les déclarations du Président de la République tenues trois jours plus tôt. Lors du sommet sur les objectifs de développement durable, François Hollande a en effet rappelé le devoir d'exemplarité de la France et s'est engagé à augmenter le niveau de l'aide au développement 4 milliards d'euros supplémentaires d'ici 2020.

Face à ces incohérences, le gouvernement a proposé dès la publication du PLF des amendements rectificatifs augmentant de 50 millions les crédits de la mission APD et de 100 millions la part de la TTF allouée au développement malheureusement bien insuffisant pour rattraper les baisses consécutives.

⁵ Projet de loi de finances pour 2015, document de politique transversale, politique en faveur du développement, p.11

Lors de l'examen du projet de loi de finances (PLF) pour l'année 2016, les députés, de façon transpartisane, ont voté en faveur d'une taxe sur les transactions financières (TTF) ambitieuse en faveur de la solidarité internationale. Premièrement, en affectant 25% supplémentaires du produit de la taxe au développement et au climat. Deuxièmement par l'extension de la TTF aux transactions intra-journalières, dites intraday. Ces transactions sont les plus spéculatives car elles sont opérées au cours d'une seule et même journée, certaines sont même passées à la milliseconde. Cet élargissement pourrait rapporter 2 à 4 milliards supplémentaires pour l'adaptation au changement climatique et à la solidarité internationale, dont la santé mondiale. Sa mise en œuvre était prévue pour le 31 décembre 2016, néanmoins le Conseil Constitutionnel a censuré cette avancée pour vice de forme.

La mobilisation continuera en cette nouvelle année 2016 pour réintroduire la taxation de ces opérations, afin de renouer avec l'esprit de la TTF : lutter contre la spéculation pour financer la solidarité internationale !

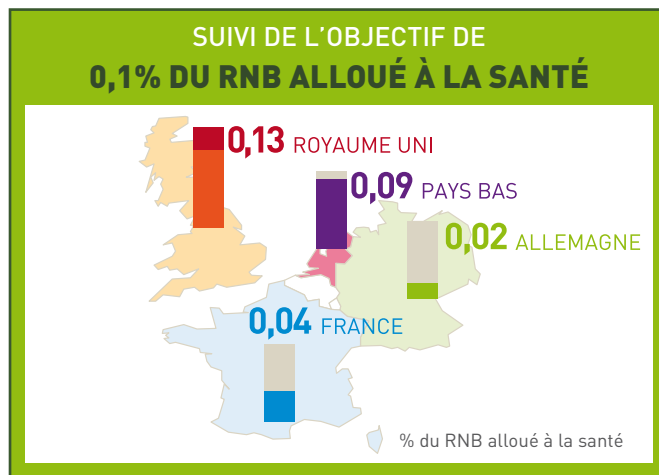
En dépit des avancées indéniables concernant la TTF, l'examen du PLF pour l'année 2016 a entériné une cinquième année de baisse consécutive des crédits de la mission APD, à travers une baisse de 10% par rapport au budget de l'année 2015. Les financements innovants ont servi à compenser le désengagement budgétaire de la France niant le principe d'additionnalité. Mais **grâce à l'action des députés et malgré le jeu de vase communicant opéré par le gouvernement, ce sont bien 106 millions d'euros supplémentaires qui seront affectés au développement en 2016.**

L'APD mondiale consacrée à la santé en hausse

Entre 1990 et 2011, l'aide en santé a connu une augmentation sans précédent, notamment grâce à l'adoption des OMD en 2000. Mais l'équilibre entre les bailleurs a significativement changé. Les Etats-Unis se sont affirmé comme le principal contributeur de la santé mondiale, alors que les pays de l'Union Européenne ont progressivement diminué leur contribution passant de 37% de l'aide totale en santé à seulement 22%. Ces dernières années ont également vu l'émergence de nouveaux acteurs, notamment des fondations privées telles que la Fondation Bill et Melinda Gates, fournissant aujourd'hui 19% de l'aide mondiale en santé⁶.

Des engagements en santé que la France ne tiendra pas

Au gré des documents de politique transversale successifs, la cible de la part de l'aide en santé dans l'APD globale est passée de 11% à 8,83%⁷. Une coupe de 10 millions d'euros dans le budget d'aide à la santé des femmes et des enfants a notamment été opérée dans le PLF 2016, en dépit des engagements pris en 2010 dans le cadre de l'initiative Muskoka.



Par ailleurs, on constate que le gouvernement français peine à honorer sa parole pour un certain nombre d'engagements financiers et à procéder aux décaissements prévus. Ainsi, pour ce qui est de l'initiative I3S, le budget de 30 millions d'euros levé sur une partie des recettes de la TTF n'est, à ce jour, toujours pas déboursé. Anne Paugam, directrice de l'AFD, a d'ailleurs confirmé, à l'occasion d'une audition à l'Assemblée Nationale le 7 juillet 2015⁸, que l'agence ne recevrait que 24 millions sur les 30 annoncés et que l'initiative ne serait pas renouvelée. Ce montant, 24 millions en 5 ans, est largement insuffisant pour accompagner les pays du Sahel à mettre en place des politiques de couverture sanitaire universelle.

En dépit des efforts diplomatiques menés sur la scène internationale, les financements réels dédiés à cet enjeu ne sont clairement pas à la hauteur des ambitions affichées. Entre 2000 et 2010, le soutien à la mise en place de mécanismes de protection sociale en santé (pour la couverture du risque financier lié aux coûts des soins) n'a bénéficié que d'une part marginale de l'APD française puisque 0,5% seulement y a été consacré⁹. Si des efforts supplémentaires ont été consentis ces dernières années, ceux-ci demeurent très insuffisants pour réellement améliorer l'accès aux soins des populations.

Il est d'ailleurs probable que le financement des projets I3S déjà signés sera compensé par les fonds propres de l'AFD, risquant

6 Health Financing: Unpacking trends in ODA for Health: CROSS-EUROPEAN ANALYSIS, AFGH <http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/detail-view/article/health-financing-unpacking-trends-in-oda-for-health-cross-european-analysis-1.html>

7 http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2014/pap/pdf/dpt/DPT2014_politique_developpement.pdf
http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2015/pap/pdf/dpt/DPT2015_politique_developpement.pdf

8 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-cafe/14-15/c1415094.asp>

9 Coordination Sud (2011), Protection sociale en santé dans les pays en développement : Regards sur l'aide publique au développement française : <http://www.coordinationsud.org/document-ressource/protection-sociale-en-sante-regards-sur-laide-au-developpement-francaise/>

de réduire l'enveloppe prévue au titre des engagements de Muskoka.

La France accuse également un retard de décaissement de 22 millions d'euros sur sa précédente contribution à Gavi. En 2014, la France a coupé pour la première fois sa contribution à UNITAID (baisse de 25 millions d'euros).

En plus de ne pas respecter ses promesses financières, la France opère des coupes en coulisses en contradiction totale avec sa volonté de transparence des comptes à la fois envers les contribuables et envers leurs représentants au Parlement. La France s'engage à décaisser 360 millions d'euros par an pour le Fonds Mondial ; il manquerait pour l'instant 40 millions d'euros pour l'année 2015. Fin 2015, **la France a notifié au Fonds mondial qu'elle réduirait son engagement de 40 millions d'euros pour cette année mettant en danger le respect de l'engagement français de 1,080 milliards pour 2014-2016.** Grâce à un jeu d'écriture comptable entre droits constatés et décaissements véritables, la France arrive pour le moment à sauver les apparences.

La diminution générale de l'APD, et de l'aide au secteur santé en particulier, ne permettra pas à la France d'honorer ses promesses. En dépit de l'engagement du gouvernement de consacrer 1 milliard d'euros annuel au financement de sa

stratégie de coopération en santé, les montants de l'APD santé, selon l'Élysée, n'ont atteint que 600 millions d'euros en 2015. Si la mise en œuvre de certains programmes de l'Initiative Muskoka et, dans une moindre mesure, de l'I3S ont permis d'enregistrer de premiers résultats concrets en faveur d'un meilleur accès aux soins pour les populations vulnérables, garantir la pérennité de ces initiatives sera toutefois fondamental pour éviter de déstabiliser les systèmes de santé qui ne pourront supporter seuls les coûts des politiques instaurées.

On peut regretter également le manque de prévisibilité de l'aide française. Alors que les financements mobilisés dans le cadre de Muskoka arrivent à échéance, aucune annonce n'a été faite quant aux moyens qui seront accordés à la santé des femmes et des enfants dans les années à venir. De même, l'I3S, qui aurait dû bénéficier exceptionnellement en 2013 de financements issus de la taxe sur les transactions financières, n'est pas renouvelée. **Cette vision à court terme des engagements financiers constitue malheureusement un obstacle de taille pour les pays partenaires qui, au contraire, ont besoin de s'appuyer sur des financements durables et prévisibles pour investir dans le renforcement de leurs systèmes de santé.**

2. L'inquiétante tendance à la privatisation et à la systématisation du recours aux prêts pour financer la santé.

L'augmentation du recours aux prêts est une tendance inquiétante. Nous craignons d'ailleurs que le rapprochement de l'AFD et de la Caisse des dépôts annoncé le 24 août 2015 par le Président de la République aille dans ce sens ; cette restructuration permettant à l'AFD un meilleur accès aux marchés financiers ne doit pas entériner le désengagement budgétaire sous forme de dons de la France et développer des outils concourant exclusivement à la financiarisation croissante de l'aide. Lors des discussions budgétaires sur PLF pour 2016, le gouvernement a confirmé que les 4 milliards annoncés par le Président seraient en quasi-intégralité versés sous forme de prêts ; une hausse de 400 millions de dons est prévue d'ici 2020. Le gouvernement présentera son projet de loi au Parlement au premier trimestre 2016. Les débats qui suivront seront autant d'occasion d'insister sur les grandes orientations du financement du développement et de rappeler l'importance des dons.

Cette tendance laisse craindre une diminution du soutien des pays prioritaires qui en ont pourtant le plus besoin et dont

certains sortent à peine de longue procédure d'allègement et de suppression de la dette : contrats de développement et désendettement (C2D) en Guinée et Côte d'Ivoire par exemple. L'OCDE a d'ailleurs fait le même constat dans l'examen par les pairs de la coopération au développement de la France de 2013, « *la baisse des dons, en valeur absolue et relative, menace sérieusement la capacité d'intervention de la France dans les pays pauvres ou en crise et la met en marge des efforts de la communauté internationale qui ciblent la lutte contre la pauvreté* »¹⁰.

Il semble particulièrement préoccupant qu'à la diminution des moyens disponibles sous forme de subventions vienne s'ajouter l'augmentation de la part des prêts dans le secteur santé.

La position de la France lors de la conférence de reconstitution de Gavi a envoyé en ce sens un signal négatif : pour la première fois, la France utilise un mécanisme de mixage prêts/dons pour financer l'Alliance des vaccins. Alors qu'en 2011, la France s'engageait à donner 100 millions en contribution directe en plus de son engagement à l'IFFIm¹¹, aujourd'hui, elle verse

¹¹ Selon le groupe pilote sur les financements innovants pour le développement, l'IFFIm est « un mécanisme de pré-financement massif reposant sur des garanties d'emprunt » afin de lever des fonds supplémentaires pour la vaccination des enfants de moins de 5 ans.

¹⁰ Examen par les pairs de l'OCDE sur la coopération au développement, FRANCE 2013, http://www.oecd.org/fr/cad/examens-pairs/OECD%20France_FRENCH%20version%20onlineFINAL.pdf

100 millions mais sous la forme de prêts concessionnels remboursés par la fondation Gates. C'est la première fois que la France fait le choix de recourir à des prêts pour financer un mécanisme multilatéral en santé.

La filiale de renforcement du secteur privé de l'AFD, Proparco, a aussi annoncé sa volonté d'augmenter de 3% à 7%¹² la part de ses prêts alloués aux secteurs sociaux, santé et éducation. **L'augmentation du volume des prêts ne peut en aucun cas venir compenser l'APD qui contribue à soutenir le système public de santé et à le rendre accessible à toute la population.** L'implication grandissante du secteur privé, en renfort au secteur public des pays partenaires, soulève de réelles inquiétudes quant à l'accessibilité des services de santé aux plus pauvres. Loin d'atteindre de meilleurs résultats à moindre coût, le secteur privé est en réalité souvent synonyme de dépenses plus élevées et d'exclusion des populations les plus vulnérables. À titre d'exemple, différentes études montrent que le coût des médicaments délivrés sur ordonnance est largement supérieur dans le secteur privé¹³. Au lieu d'améliorer la performance des systèmes de santé, il accroît les inégalités et favorise les personnes capables d'assumer financièrement les coûts de leur traitement. Le développement du secteur privé introduit une logique marchande de rentabilité dans le secteur de la santé, entraînant des systèmes de santé à deux vitesses.

L'échec de l'Initiative Santé en Afrique lancée en 2008 par la Société Financière Internationale, membre du groupe de la Banque mondiale, en est l'illustration. Ce projet d'un milliard de dollars visait à « catalyser des améliorations durables dans l'accès à des biens et services médicaux de qualité en Afrique [et] la protection financière contre les effets de paupérisation liés à la maladie », en s'intéressant particulièrement aux « populations dont l'accès aux services est insuffisant ». L'initiative parviendrait à ces objectifs en tirant parti du potentiel du secteur privé de la santé, notamment en améliorant l'accès au capital d'entreprises de santé privées, en leur permettant de croître et de se développer, et en aidant les gouvernements à intégrer le secteur privé dans leur système de santé général. Les informations publiques disponibles indiquent qu'à ce jour, les investissements de santé en Afrique ont en réalité concerné essentiellement des hôpitaux urbains, onéreux et haut de gamme, qui proposent des soins tertiaires spécialisés aux citoyens les plus riches des États africains et aux expatriés. En soutenant le fonds d'investissement Auréos Capital, la France, via Proparco a soutenu cette initiative¹⁴.

Ces tendances sont à contrecourant des principes d'équité, de solidarité et d'universalité prônés par la CSU, que défend ardemment la France. Et pourtant, le recours accru aux prêts pour financer l'effort de solidarité de la France s'inscrit pleinement dans la volonté du gouvernement de promouvoir des outils de partenariat public-privé dans tous les secteurs du développement, y compris pour la santé et l'éducation.

Enfin, le développement du secteur privé comme moyen de compléter et soulager les États est une fausse alternative. **Pour attirer les prestataires du secteur privé sur des marchés de la santé risqués et peu rentables, il faut mobiliser des subventions publiques conséquentes. Ceci entraîne l'allocation croissante de fonds publics au renforcement de systèmes inégalitaires, au détriment des services publics à vocation universelle.**

PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ LE CAS DU QUEEN MAMOHATO MEMORIAL HOSPITAL AU LESOTHO

De plus en plus présenté comme une alternative au tarissement des fonds et à la faiblesse des systèmes publics de santé, les partenariats publics-privés (PPP) sont souvent de fausses bonnes solutions, entraînant un détournement des fonds publics au profit d'une médecine de luxe, inaccessible aux populations les plus pauvres. Au Lesotho par exemple, le Queen Mamohato Memorial Hospital a été conçu, financé et fonctionne désormais dans le cadre d'un PPP. Développé sous les conseils de la Société Financière Internationale, antenne de la Banque Mondiale chargée des investissements dans le secteur privé, il devait fournir des services de santé améliorés pour le même coût annuel que l'ancien hôpital public. Pourtant, trois ans plus tard, le Queen Mamohato Memorial Hospital et ses trois cliniques annexes coûtent 67 millions USD par an, soit 3 fois plus que l'ancien hôpital public. En raison de ces dépenses supplémentaires, le gouvernement a dû prévoir pour les 3 ans à venir une hausse de 64% du budget public de santé ; 83% de cette augmentation étant imputable à la ligne budgétaire couvrant le PPP.

Ce PPP devrait en revanche générer un taux de rendement des capitaux propres de 25% pour les actionnaires et un revenu total 7,6 fois plus important que leur placement initial. Le gouvernement du Lesotho est, lui, lié par un contrat de 18 ans pour ce nouvel hôpital de la capitale qui détourne ainsi les ressources des services de santé des zones rurales, où vivent pourtant les 3/4 de la population et où les taux de mortalité sont les plus élevés.

Pourtant, cet hôpital représente 51% du budget national de la santé.

Source : Une dangereuse diversion. Le Partenariat public-privé phare de la SFI en matière de santé va-t-il entraîner la faillite du ministère de la Santé du Lesotho ? Oxfam, Avril 2014

Lors de la première lecture du PLF 2016 à l'Assemblée Nationale, les députés se sont mobilisés pour défendre la part des dons au sein de l'aide française. Un amendement a été adopté à l'unanimité pour réaffecter 50 millions d'euros des prêts aux dons. L'exposé des motifs de cet amendement flèche une partie de ces crédits à la continuation et la pérennisation de l'IS.

¹² Chiffres énoncés lors de la présentation de la nouvelle stratégie de Proparco en janvier 2015

¹³ Basu, S. et alii, 2010

¹⁴ http://www.proparco.fr/op/edit/Accueil_PROPARCO/Publications-Proparco/News_PROPARCO?actuCtnId=66077

3. Mieux mobiliser les ressources nationales pour financer les politiques de santé

Le financement par l'impôt est le système le plus durable pour mobiliser et distribuer, de manière juste, les ressources nécessaires au financement des soins de santé à l'ensemble de la population. Une étude récente publiée dans le *Lancet* démontre le rôle essentiel de l'impôt pour financer la CSU¹⁵. Elle prouve que les recettes fiscales ont joué un rôle déterminant dans les progrès réalisés en matière de couverture et d'accès aux soins.

Garantir le droit à la santé de ses citoyens relève sans conteste de la responsabilité des États, une part parfois substantielle des dépenses de santé sont financées grâce à l'APD (19% par exemple au Sénégal, 20% au Niger). **L'augmentation des ressources nationales ne pourra se faire du jour au lendemain et d'ici là les financements extérieurs continueront de jouer un rôle clef pour notamment pour renforcer la fiscalité et les administrations fiscales des pays. Les bailleurs ont également le devoir de mener des politiques de coopération cohérentes.**

Renforcer la fiscalité et lutter contre l'évasion fiscale

Sur le continent africain, la mobilisation des ressources nationales se heurte notamment à la faiblesse des recettes fiscales. L'évasion fiscale constitue un véritable fléau. Au cours des 50 dernières années, on estime que l'Afrique a perdu plus de 1 000 milliards de dollars du fait des flux financiers illicites¹⁶.

Selon un rapport de la CNUCED¹⁷, les pays en développement perdraient environ 100 milliards de dollars de recettes fiscales du fait de l'optimisation fiscale des entreprises recourant aux paradis fiscaux. Ces montants ne recouvrant pas tous les procédés d'optimisation fiscale utilisés par les multinationales, ni les 138 milliards de dollars que ces pays perdent chaque année en octroyant à celles-ci de généreux avantages fiscaux¹⁸.

Au niveau international, l'influence des institutions financières en faveur de politiques fiscales injustes¹⁹ constitue également un obstacle de taille à une mobilisation optimale de la fiscalité nationale. La révision des normes fiscales internationales est à cet égard indispensable et devra se faire en veillant à ce que les pays en développement, premiers concernés, participent pleinement aux négociations. En dépit de la mobilisation sans précédent des Etats G77 et de la société civile, la Conférence d'Addis-Abeba en juillet 2015 n'a pas permis la mise en place d'un organisme fiscal intergouvernemental sous l'égide de l'ONU. Cet organisme aurait eu le mandat de réformer l'impôt

sur les sociétés et de prévenir la fraude et l'optimisation fiscale.

Le renforcement de la fiscalité nationale est confronté dans les pays à de nombreuses difficultés liées notamment à la défaillance des administrations fiscales, aux exemptions de certains groupes de contribuables ainsi qu'au poids de l'économie informelle. Les partenaires techniques et financiers doivent aujourd'hui apporter un soutien à la réforme des administrations fiscales et augmenter la part de l'APD qui y est dédiée. Malheureusement, à l'échelle mondiale, moins de 0,1 % de l'aide publique au développement est destinée à la réforme ou modernisation des administrations fiscales, de la gestion des finances publiques ou de la perception de l'impôt²⁰.

Enfin, il faut soutenir la société civile dans les pays partenaires qui joue un rôle primordial de mobilisation en faveur de l'augmentation des ressources nationales et leur affectation au secteur de la santé en poussant leur gouvernement à respecter l'engagement pris à Abuja de dédier 15% de leur budget au secteur de la santé. En 2011, seulement six pays ont été en mesure d'atteindre et dépasser l'objectif de 15%: Rwanda (23,8%), Libéria (18,9%), Malawi (18,5%), Zambie (16%), Togo (15,4%) et Madagascar (15,3%).

15 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60574-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60574-8.pdf)

16 Les termes « flux financiers illicites » réfèrent aux sorties de fonds privés à l'origine de l'accumulation d'actifs étrangers par des résidents qui contreviennent aux lois applicables et au cadre réglementaire existant

17 R. Bolwijn (2015) « The fiscal role of multinational enterprises: Towards guidelines for coherent international tax and investment policies », UNCTAD Investment Policy Hub

18 8 ActionAid (2013) « Give us a break: How big companies are getting tax-free deals », ActionAid, http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/give_us_a_break_how_big_companies_are_getting_tax-free_deals_21_aug.pdf

19 Impôts comme la TVA, injuste socialement car taxant de la même façon les personnes quelques soient leur moyens.

20 OECD Creditor Reporting System statistics (sauf FMI)

LA COHÉRENCE DES POLITIQUES FRANÇAISES L'EXEMPLE D'AREVA AU NIGER

Avec 60 % de la population vivant avec moins de 1 dollar par jour, le Niger occupe la dernière position sur l'indice de développement humain des Nations Unies. Pourtant, le Niger dispose d'importantes ressources naturelles et est actuellement le quatrième producteur d'uranium au monde. Mais paradoxalement, si cette ressource extractive représente près de 50 % des exportations du pays, elle ne contribue que de manière marginale, environ 5%, au budget national de l'Etat.

L'entreprise française Areva, leader en matière d'énergie nucléaire dans le monde et détenue à 86 % par l'Etat français, exploite l'uranium nigérien depuis plus de 40 ans. Elle a négocié avec le Niger plusieurs dispositions fiscales avantageuses telles que des exonérations de droits, de TVA, de taxes sur les carburants, ainsi qu'un accord pour soustraire une partie de ses recettes à la fiscalité nationale. Le dernier accord décennal entre Areva et l'Etat nigérien a expiré fin 2013. Le Niger souhaitait appliquer la nouvelle loi minière de 2006 en faisant passer progressivement le taux de redevance minière de 5,5% à 12% selon les résultats de l'entreprise, ce que refusait l'entreprise au départ. Quant à l'exonération de TVA, elle représente toujours un manque à gagner important : le pays pourrait ainsi engranger chaque année environ 20 millions de dollars de recettes supplémentaires en la supprimant pour Areva. Une telle somme permettrait par exemple de payer une grande partie de la totalité des arriérés de paiement (30 millions d'euros) liés à la politique de gratuité.

Un document nommé « accord de partenariat stratégique » a été signé entre l'Etat du Niger et Areva le 26 mai 2014, reconnaissant notamment l'application de la redevance progressive de la loi minière de 2006 même si celle-ci restera virtuelle en raison de la baisse des prix de l'uranium et d'une formule de calcul favorable à l'entreprise. Un an après la signature de cet accord général, les conventions minières détaillées précisant les conditions d'exploitation de ces deux mines de la Somair et la Cominak n'ont toujours pas été publiées contrairement à ce qu'exige l'article 150 de la Constitution du Niger. Ont-elles réellement été signées comme l'affirme le gouvernement nigérien ? L'accord cadre demeure le seul document public possible à étudier : il révèle que l'entreprise a su profiter d'un contexte des prix de l'uranium à la baisse pour maintenir et même renforcer ses conditions avantageuses d'exploitation en privant le Niger d'importantes recettes fiscales.

*Source : À qui profite l'uranium au Niger, Oxfam, décembre 2013
Contrats d'Areva au Niger : À quand la transparence ?, Oxfam, juillet 2015.*

À RETENIR

- ▶ Les restrictions budgétaires touchent durement l'aide publique au développement, au premier rang de laquelle se trouve la santé. La France, tout en multipliant les priorités stratégiques, fait le choix de réduire ses moyens financiers.
- ▶ Les dons pour la santé sont particulièrement en danger. Afin de maintenir un volume d'activités raisonnable, la France a de plus en plus recours aux prêts ce qui pourrait induire une réorientation de la géographie des interventions aux dépens des pays les plus pauvres qui ne peuvent s'endetter.
- ▶ L'augmentation des ressources nationales ne pourra se faire du jour au lendemain et d'ici là les financements extérieurs continueront de jouer un rôle clef pour notamment pour renforcer la fiscalité et les administrations fiscales des pays. Les bailleurs ont également le devoir de mener des politiques de coopération cohérente.

La France a l'ambition d'être un des acteurs les plus importants sur la scène internationale en matière de santé. Si, en 2016, la trajectoire de l'aide est pour la première fois depuis plusieurs années ascendante, il faut que la France sanctuarise le budget de la mission APD, et plus particulièrement les dons.



PARTIE 2

LA FRANCE DOIT AMÉLIORER LA COHÉRENCE STRATÉGIQUE DE SES INTERVENTIONS

Suite au renouvellement de la politique de développement amorcé par les assises du développement en 2013 et la loi d'orientation et de programmation sur le développement (LOP DSI) adoptée en juillet 2014, l'année 2015 a été marquée par la publication de plusieurs stratégies et documents d'orientation en santé. Par ailleurs, le ministère des affaires étrangères (MAEDI) et sa direction générale de la mondialisation a depuis 2013 entrepris un nombre conséquent d'évaluations internes²¹ et externes²² liées à sa politique de développement et plus spécifiquement à la santé mondiale. Un document d'orientation stratégique sur les droits et la santé sexuels et reproductifs (DOS DSSR), un nouveau cadre d'intervention sectoriel (CIS) de l'AFD, une feuille de route sur la nutrition, sont autant de chantier entrepris en 2015.

En préparation de l'actualisation annoncée de la stratégie « santé mondiale » du MAEDI, cette partie fait l'état des lieux des documents d'orientation actuels. L'analyse met en exergue le besoin d'une meilleure cohérence et priorisation afin d'améliorer l'efficacité et l'impact de l'action publique française dans ce domaine.

²¹ Évaluation dans le cadre de la modernisation de l'action publique de la politique de coopération au développement en santé

²² Évaluation n°126 des contributions françaises au Fonds mondial, évaluation conjointe n°132 des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka

1. Que disent les documents stratégiques de la France en matière de santé ?

La stratégie 2012 de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé

La direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du ministère des affaires étrangères a publié en 2012 une « stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé ». Elle propose d'axer l'intervention française autour de 8 objectifs très généraux allant de la nécessité de mieux articuler les canaux

de l'aide bilatérale et multilatérale à la prise en compte des inégalités de genre dans les programmes de santé. Le besoin d'accroître la coopération et la coordination des différents acteurs autour des plans nationaux de santé figure également parmi les objectifs prioritaires de la stratégie. À cet égard, la France s'engagerait notamment à soutenir l'initiative IHP+²³ et à appuyer le renforcement des capacités au niveau des pays.

Enfin, le document affirme de manière explicite l'engagement de la France à poursuivre l'effort financier en faveur de la santé mondiale, en y consacrant un financement à hauteur d'1 milliard d'euros par an. Un objectif qui n'est pas tenu.

LES PRIORITÉS DE LA SANTÉ DE LA FRANCE				
LE RENFORCEMENT DES SYSTÈME DE SANTÉ	LA SANTÉ DES FEMMES ET ENFANTS	LES MALADIES TRANSMISSIBLES	LES MALADIES (RÉ)ÉMERGENTES ET L'APPROCHE «ONE HEALTH»*	LES MALADIES NON-TRANSMISSIBLES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Amélioration de l'accès aux traitements ▶ Le financement de la santé ▶ les ressources humaines en santé (formations et coopération hospitalière) ▶ le renforcement des systèmes d'informations sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ la promotion de la santé, des droits sexuels et l'accès au planning familial ▶ les actions à l'interface des OMD, et 4, 5 et 6 ▶ La lutte contre la malnutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La lutte contre le VIH-Sida ▶ La lutte contre le paludisme ▶ La lutte contre la tuberculose ▶ La lutte contre les maladies tropicales négligées 		

*One Health est une initiative reposant essentiellement sur le renforcement des collaborations entre santé humaine, santé animale et gestion de l'environnement.

23 Initiative internationale ayant pour objectif de mettre en pratique les principes d'efficacité de l'aide et de la coopération au développement dans le secteur de la santé.

Le document d'orientation stratégique sur les enjeux de population, les droits et la santé sexuels et reproductifs (DOS DSSR)

Suite à la stratégie « Genre et développement » développée en 2013, le ministère des affaires étrangères a lancé en septembre 2014 une série de consultations pour établir le premier « Document d'orientation stratégique sur les enjeux de population, les droits et la santé sexuels et reproductifs ». Le moment est opportun vingt ans après la conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD).

Ce document, qui n'est pas encore public au moment de la rédaction du rapport²⁴, permet de réaffirmer la volonté de la France d'adopter une approche par les droits, nécessaire pour faire face aux défis non résolus depuis la CIPD du Caire. La France s'engage notamment à plaider sur la scène internationale en faveur d'une amélioration des normes législatives sur les violences et mutilations sexuelles féminines et l'avortement sûr et légal. Au-delà de ce document stratégique, la France se doit de porter également ce débat au sein des Nations-Unies.

Si le DOS promeut l'accès universel aux DSSR, nous regrettons que la couverture sanitaire universelle ne soit qu'évoquée, sans analyse de l'inclusion des interventions spécifiques dans les paquets de soins. La CSU est un axe prioritaire de l'action de la France aussi bien au niveau diplomatique qu'au niveau opérationnel. Cela prouve l'absence d'une vision globale de la stratégie française sur la couverture sanitaire universelle qui multiplie les documents sectoriels sans synergies. Plus de 220 millions de femmes n'ont pas accès à la contraception. Il est ainsi nécessaire de renforcer l'intégration des interventions de DSSR dans le continuum de soins.

Nous saluons le fait que le document stratégique sur l'action extérieure de la France pour la jeunesse fasse de la santé une priorité et prenne en compte les enjeux de droits en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale et l'abandon des mariages forcés et précoces. Néanmoins, le droit à l'avortement n'y est malheureusement pas mentionné.

Au mois de janvier 2016, le DOS DSSR n'est toujours pas officiellement lancé.

Le cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale de l'AFD 2015-2019

L'AFD, opérateur pivot du développement de la France, a mis à jour son cadre d'intervention sectoriel (CIS) « santé et protection sociale » pour la période 2015-2019. Mise à jour qui intervient, étonnamment, avant que le ministère de tutelle, le MAEDI n'annonce le renouvellement de sa stratégie en santé.

LES TROIS AXES DU CIS 2015-2019

- ▶ *Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive*
- ▶ *Promouvoir la couverture universelle en santé*
- ▶ *Renforcer les systèmes de protection sociale*

La stratégie d'intervention de l'AFD pour 2015-2019 propose une certaine continuité d'action par rapport au CIS précédent avec notamment quelques évolutions :

- ▶ La couverture sanitaire universelle devient le cadre conceptuel du renforcement des systèmes de santé.
- ▶ L'élargissement des interventions choisies au sein des axes prioritaires avec :
 - L'inclusion de la nutrition peu prise en compte jusque-là par les stratégies de l'AFD en santé.
 - La reconnaissance d'une approche par les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, malgré une dilution de cette approche dans le concept de SRMNI.
 - Le pilier protection sociale s'étend par exemple au bien-être social et veut dépasser le seul soutien à la protection contre le risque maladie.
- ▶ Une palette d'outils financiers large tels que l'utilisation de prêts souverains et non souverains, de C2D²⁵ et de subventions.
- ▶ La mise en place d'une différenciation géographique pour le choix des axes prioritaires et des instruments financiers basée sur le niveau de revenu et la vulnérabilité des pays.

Pour autant le nouveau cadre d'intervention de l'AFD pose un certain nombre de questions. La prise en compte de la CSU comme axe prioritaire est une bonne nouvelle afin d'assurer aux populations la protection contre le risque financier et

²⁴ Nous nous sommes donc basés sur le document présenté lors des consultations pour cette analyse.

²⁵ La démarche Contrat de désendettement et de développement (C2D) est une procédure d'annulation des créances d'Aide Publique au Développement (APD) pour les pays pauvres très endettés (PPTE).

l'accès à des soins de qualité. Néanmoins nous regrettons que l'AFD n'ait pas saisi l'occasion de ce nouveau document pour faire de la CSU l'objectif général de sa stratégie d'intervention en santé. La santé sexuelle et reproductive et la santé infantile auraient pu à ce titre être intégrées comme ciblage prioritaire du paquet de soins, en veillant à la fois au renforcement de l'offre et de la demande. Concernant l'axe « protection sociale », la France aurait dû réaffirmer une approche basée sur les principes de solidarité, en soutenant des systèmes équitables de contributions obligatoires et mutualistes.

Enfin le CIS entérine la perspective d'un recours accru aux prêts pour la santé. Privilégier cette source de financements n'est pas compatible avec la priorité accordée aux pays les plus pauvres. Il existe un véritable risque de changement de la géographie des pays bénéficiaires des interventions et des instruments financiers d'autant plus que l'AFD ne disposait d'aucune information sur son enveloppe de subventions pour la santé au-delà de 2015.

2. La CSU véritable objectif englobant pour la France ?

Au niveau international, la France est depuis plusieurs années l'un des fervents défenseurs de la CSU. Aux côtés des autres Etats membres du groupe « Diplomatie et Santé », elle a notamment mené les négociations et obtenu l'adoption de la résolution adoptée le 6 décembre 2012 par l'Assemblée Générale des Nations Unies exhortant les Etats, les institutions internationales et les organisations de la société civile à promouvoir la CSU. Elle a également fortement soutenu son inscription parmi les priorités de l'agenda pour le développement post-2015, notamment à l'occasion des sessions de travail sur les objectifs de développement durable en déposant plusieurs déclarations en faveur de la CSU comme objectif englobant en santé.

En complément des efforts diplomatiques menés, la France promeut la CSU à travers ses programmes de coopération en santé mondiale et accompagne les pays partenaires qui le souhaitent dans l'élaboration et la mise en œuvre de dispositifs de CSU. Cet appui en faveur de la CSU est désormais inscrit dans la loi d'orientation et de programmation sur le développement et la solidarité internationale adoptée en 2014.

Dans cette perspective, le gouvernement français a lancé en 2013 l'IS3 qui vise à financer la mise en place de dispositifs de financement équitables pour l'accès aux soins de santé primaires, en particulier via des programmes d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans, dans plusieurs pays de la bande sahélienne.

QU'EST-CE QUE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ?

D'après l'OMS, la CSU est atteinte lorsque l'ensemble de la population a accès à des services de santé de qualité (prévention, promotion, traitement, réadaptation et soins palliatifs) sans crainte de basculer dans la pauvreté. Tendres vers la CSU, c'est progresser sur trois fronts : le paquet de soins, la part des dépenses couvertes pour ces services et la part de la population couverte.

Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2010

Le positionnement de la France en matière de CSU demeure flou, malgré la promotion qu'elle en fait sur la scène internationale. À l'image de ce que nous évoquions pour le CIS de l'AFD, l'instauration d'un objectif général sur la mise en œuvre de la CSU serait nécessaire pour garantir de véritables changements transformatifs dans l'esprit post-2015 : s'attaquer aux racines de la pauvreté et des inégalités. Cela permettrait aussi de construire une stratégie santé plus cohérente, intégrant des objectifs thématiques apparaissant jusque-là fragmentés. La France se doit d'éclaircir son approche de la couverture sanitaire universelle sur le ciblage (femmes, enfants, populations vulnérables), le paquet de soins soutenu (lutte contre les grandes pandémies, continuum de soins femmes-enfants) et le système de protection contre le risque financier (basé sur les principes de solidarité en soutenant des systèmes en majorité basés sur des contributions obligatoires et mutualistes).

L'IS3 AU NIGER

EXEMPLE DE LA POLITIQUE FRANÇAISE EN MATIÈRE DE CSU

Le Niger est le premier projet IS3 octroyé (en décembre 2013) pour un montant total de 6 millions d'euros jusqu'en 2018.

Il a pour objectif d'apporter une aide technique pour le renforcement du système d'exemption de paiement des soins, à travers notamment :

- ▶ *Le renforcement de capacités : élaboration d'outils de gestion et de procédures adaptées, formations des acteurs de la gratuité au niveau déconcentré*
- ▶ *La simplification et la déconcentration du dispositif administratif*
- ▶ *L'appui à la création d'un Fonds Social de Solidarité du Niger (FSSN).*

Mais également une aide opérationnelle à travers le financement de prestations de soins de qualité auprès des enfants de moins de cinq ans des régions cible de Dosso.

▶▶▶ À RETENIR

- ▶ La stratégie de coopération en matière de santé mondiale de la France souffre d'un manque de cohérence et d'une dispersion des interventions.
- ▶ Les trois dimensions de la CSU : couverture de la population, services de qualité fournis et accessibilité financière des soins doivent être les principes directeurs de toutes les politiques en santé mondiale de la France.
- ▶ La mise en place des politiques ambitieuses de CSU intégrant notamment les priorités que sont la lutte contre les grandes pandémies, les maladies transmissibles et non-transmissibles et la défense de la santé des femmes, de la santé infantile, dont la nutrition, nécessite plus que jamais une aide au développement gérée de manière plus cohérente et respectant les principes d'efficacité de l'aide.

Afin d'améliorer l'orientation et la cohérence stratégique de ses interventions et de les adapter aux enjeux de santé post-2015, il faudrait que le ministère des affaires étrangères lance en 2016 une nouvelle stratégie santé après une série de consultations avec toutes les parties prenantes.



© Abbie Trayler-Smith/Oxfam

PARTIE 3

UN PILOTAGE TROP FRAGMENTÉ QUI NUIT À L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

En avril 2014 le gouvernement a commandé, dans le cadre de la modernisation de l'action publique une évaluation de la coopération au développement en santé. Au lieu d'une analyse globale du dispositif, ce rapport visait en premier lieu à faire des arbitrages budgétaires entre instruments dans la perspective d'« une utilisation optimale des crédits publics »²⁶ en ratant l'opportunité de mettre à plat le mode de pilotage de la politique.

En parallèle, la direction générale de la mondialisation entreprend également depuis 2013 des évaluations externes des contributions de la France aux fonds multilatéraux en santé mondiale : Fonds mondial en 2013, Initiative de Muskoka en 2014, Gavi (en suspens pour le moment).

S'il n'y a pas de consensus sur l'arbitrage entre le canal bilatéral et le canal multilatéral, ces différents travaux évaluatifs s'accordent sur la complexité et la fragmentation de l'architecture de l'aide française, sur la nécessité d'améliorer le pilotage des différents canaux et sur le renforcement de la transparence et de la redevabilité.

²⁶ Selon la lettre de mission adressée par Laurent Fabius le 7 avril 2014

1. Repenser l'architecture de l'aide en santé

Bien que la stratégie santé 2012 amorce une volonté de clarification, l'intervention de la France se heurte à un problème de coordination entre les différents acteurs institutionnels impliqués dans le pilotage et la mise en œuvre

de cette politique. La répartition des rôles entre les différents ministères, l'AFD et l'assistance technique demeure peu lisible et nécessiterait d'être clarifiée.

RÉPARTITION DES RÔLES ENTRE LES DIFFÉRENTS MINISTÈRE			
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES	AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVÉS TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définition des stratégies globales ▶ Coordination interministérielle ▶ Suivi des engagements internationaux ▶ Secteur de la recherche 	Depuis 2007 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aide bilatérale en santé ▶ Assistance technique 	Certaines activités entrent dans le cadre de l'APD : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Champs communautaire et de la coopération entre l'UE et les pays hors de la zone prioritaire ▶ Coopération hospitalière et jumelages institutionnels 	Soutien de projets de développement dans les pays source d'immigration dans le cadre de la politique française « Développement solidaire »

Source : Document de coopération internationale en santé, MAEE, 2012.

Face à la multitude des intervenants (MAEDI, ministère de la santé, direction du Trésor, AFD, Expertise France), il est bien souvent compliqué de savoir qui pilote réellement les politiques et programmes mis en œuvre dans les pays partenaires. Cette absence de leadership et ce manque de coordination entachent non seulement la visibilité des actions engagées mais portent aussi préjudice à l'efficacité des projets sur le terrain. L'AFD a ainsi renouvelé son CIS avant que sa tutelle, le ministère des affaires étrangères, ne finalise sa stratégie sur les droits en matière de santé sexuelle et reproduction- axe fort du CIS. L'opérationnalisation précède ainsi la stratégie.

Le rapport d'évaluation conjointe des interventions du MAEDI et de l'AFD sur l'initiative Muskoka publié en avril 2015 revient d'ailleurs sur la complexité du dispositif institutionnel de l'aide française. Selon l'évaluation, le montage du programme Muskoka a suivi l'organisation institutionnelle préexistante du dispositif de coopération en santé mondiale français. Le pilotage des interventions Muskoka est assuré par le

pôle santé de la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (SAH) du MAEDI en tant que responsable de la coordination de l'ensemble de l'aide française en matière de santé. De son côté, l'AFD est en charge de la mise en œuvre des interventions bilatérales grâce à une dotation fléchée annuelle du MAEDI. Mais force est de constater que les logiques institutionnelles prennent le dessus sur cette organisation initiale ; chaque organisme poursuivant ses priorités géographiques et thématiques. Il est d'ailleurs important de noter qu'il n'existe aucun espace de dialogue structuré pour les différents acteurs impliqués dans les interventions Muskoka au niveau central comme sur le terrain, facteur explicatif d'un certain cloisonnement entre les différents acteurs (AFD et MAEDI) et l'absence de cohérence des interventions et de lisibilité de l'action française dans ce domaine.

Si la complexité du montage français de Muskoka peut s'expliquer par la nature de l'engagement collectif des pays

du G8 - décaissement additionnel rapide en faveur des OMD 4 et 5- elle est aussi emblématique du dispositif de coopération internationale en santé caractérisé par une multitude de programmes et instruments de financement. Nous saluons les recommandations du rapport d'évaluation du dispositif Muskoka sur la mise en place d'une instance de dialogue, pilotée par le MAEDI, dont le rôle serait d'éclaircir la stratégie française et de réfléchir aux interventions les plus pertinentes et efficaces. À ce titre, nous soulignons l'expérience du montage entre l'OMS, le FNUAP, UNICEF et ONU Femmes qui, grâce à une démarche innovante, a incité les acteurs à mettre en commun leurs compétences respectives et à développer une action d'ensemble cohérente. La participation de l'AFD dans ce montage aurait pu être une manière d'assurer une plus grande cohérence entre les actions multilatérales et bilatérales, entre les opérateurs français et la tutelle.

Néanmoins, il convient de valoriser plusieurs avancées

concrètes : la meilleure concertation entre la direction générale de la santé du Ministère de la santé et la sous-direction de la DGM lors des Assemblées mondiales de la santé, des sommets du G7 ou des conseils d'administration ou comité techniques du Fonds Mondial. Le regroupement de l'expertise technique française en santé (GIP ESTHER, GIP SPSI, Initiative 5%,...) au sein d'Expertise France semble également participer à l'effort de simplification et d'harmonisation du dispositif français, même si les modalités de coopération avec l'AFD ne sont pas encore bien définies.

Ainsi si les pouvoirs publics français sont conscients d'un besoin de réforme du dispositif de pilotage, les progrès restent aujourd'hui limités. Il conviendrait de mettre en place un organe interministériel de pilotage de la stratégie et des opérateurs français avec à sa tête un ambassadeur en charge de la santé mondiale à l'instar de la Suède.

2. Dépasser l'opposition entre l'aide bilatérale et l'aide multilatérale

Les canaux d'acheminement constituent une autre caractéristique importante de la politique de coopération en santé. Alors que l'aide publique au développement de la France transite en majorité par le canal bilatéral (60% en 2013²⁷), l'APD santé s'inscrit quant à elle dans une démarche multilatérale via notamment le financement et la participation à de nombreuses initiatives internationales telles que le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, UNITAID ou encore Gavi, l'Alliance des vaccins. Depuis une dizaine d'années, la France a créé et s'est engagée dans une multitude de partenariats au niveau global dans le domaine de la santé.

Aide bilatérale et aide multilatérale sont souvent mises en concurrence et les débats opposant ces deux canaux de l'aide sont récurrents avec comme principale grille de lecture les montants alloués et la visibilité de l'action française. Pourtant, ils éloignent l'attention des véritables enjeux de l'aide en santé, en intériorisant le jeu des vases communicant induit par les restrictions budgétaires. D'une part, pour réellement améliorer l'accès à la santé des populations, la France doit avant tout, quel que soit le canal de l'aide, respecter ses engagements, à savoir allouer 0,7% du RNB, et suivre les recommandations d'allouer 0,1% de son RNB à la santé.

D'autre part, les débats « aide bilatérale versus aide

multilatérale » retardent également un débat nécessaire et urgent : celui de la cohérence et de la lisibilité de la stratégie d'intervention française en santé. En dépassant les postures idéologiques, la France doit repenser la coordination des différents canaux de son action en faveur de la santé.

Complémentarité entre les canaux bilatéraux et multilatéraux...

On constate souvent un manque de coordination entre actions bilatérales et multilatérales de l'aide française sur le terrain. Suite à la réforme du dispositif de coopération en 2000, le mandat de l'AFD s'est élargi aux secteurs essentiels dont la santé en 2004. Depuis, une répartition des tâches plus ou moins définie s'opère entre l'opérateur et sa tutelle : le MAEDI fixe les priorités et suit les mécanismes multilatéraux tandis que l'AFD est chargée des programmes de l'aide bilatérale. Cette division du travail a induit au cours des années une fragmentation de plus en plus marquée entre la gestion des canaux bilatéraux et multilatéraux. Par exemple, l'AFD n'est pas du tout impliquée dans les activités menées dans les pays par les instances de coordination nationale du Fonds Mondial

²⁷ http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2015/pap/pdf/dpt/DPT2015_politique_developpement.pdf

(CCM) ou celles liées à l'immunisation telles que les comités de coordination inter agences (CCIA).

Dans un contexte de réduction budgétaire, il a été plus facile d'opposer les deux canaux plutôt que de réfléchir à l'amélioration de leur pilotage. Selon l'évaluation de Muskoka, la répartition des crédits (48% par le canal bilatéral et 52% par le multilatéral) ne s'est pas fondée sur des considérations de complémentarité entre les instruments, mais davantage sur des logiques d'opportunités politiques ou historiques, permettant ainsi de rééquilibrer le canal de l'aide bilatérale au sein de l'aide en santé.

En dirigeant directement l'objet de l'évaluation sur la nécessité de « rééquilibrage entre coopération bilatérale et multilatérale », le rapport de la MAP santé²⁸ a lui aussi raté l'opportunité de lever les confusions qui existent entre bilatéral, multilatéral, approches « verticales » (OMD) et approches « horizontales » (renforcement des systèmes de santé, CSU) et de sortir de cette opposition en se concentrant sur les solutions à apporter pour une meilleure coordination.

... Au service d'une « approche à la française » de l'aide en santé.

Les évaluations sur les contributions de la France au Fonds Mondial et sur les interventions Muskoka formulent des recommandations intéressantes pour renforcer la cohérence et la lisibilité de l'aide en santé de la France.

La première évaluation citée recommande à la France de renforcer sa présence au sein du Fonds Mondial (présidence ou vice-présidence des comités permanents, comités d'examen technique des propositions, groupes de coordination). Au-delà d'une visibilité accrue, cette présence permettrait à la France de peser plus sur les décisions stratégiques du Fonds et mieux défendre son approche holistique des systèmes de santé. Comme le rapporte l'évaluation, c'est sur une telle base que la France sera la mieux à même de soutenir le Fonds Mondial, acteur incontournable de l'aide en santé, tout en exerçant sur lui une capacité d'influence quant aux priorités politiques, géographiques et thématiques qui seront retenues, comme par exemple la notion de renforcement des systèmes de santé dans la nouvelle stratégie 2017-2021.

L'évaluation du dispositif Muskoka revient sur le manque de lisibilité de l'intervention française sur la santé des femmes et des enfants. La solution évoquée est l'élaboration d'une stratégie officielle ou d'une doctrine d'action dédiée suivie par l'ensemble des acteurs de la coopération française. Celle-ci permettrait d'avoir une approche intégrée de la CSU dans l'ensemble des interventions en santé de la France.

La France n'a fait que tardivement le choix d'accompagner ses contributions multilatérales d'un suivi en ressources humaines conséquent au niveau central comme dans les pays. Ce renforcement en ressources humaines, qui est aujourd'hui limité au suivi du Fonds Mondial (3 postes supplémentaires au sein du pôle santé de la DGM), est pourtant une condition nécessaire à un pilotage réussi et cohérent de l'action multilatérale et est le garant de l'influence au sein des différents organismes auxquels la France contribue. En outre, et à l'exception de l'initiative 5%²⁹, la France n'a pas réussi à développer une véritable articulation entre ses contributions multilatérales et bilatérales. Cette articulation n'est également pas déclinée entre les opérateurs de l'aide française : Expertise France, AFD, ONG.



© Abbie Trayler-Smith/Oxfam

²⁸ <http://www.modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/en-évaluant-ses-politiques-publiques/espace-dedie/evaluation-de-la-politique-de-cooperation-au-developpement-en-sante>

²⁹ Initiative sous la forme d'une contribution indirecte de la France au Fonds mondial, équivalente à 5% de la contribution globale française au Fonds chaque année, soit 18 millions d'euros par an, pour la période de 2014 à 2016. Elle vise à répondre aux demandes en expertise technique des pays bénéficiaires des subventions du Fonds mondial, pour les appuyer dans la conception, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la mesure de l'impact des subventions allouées par le Fonds mondial, afin de renforcer leur efficacité et leur impact sanitaire

3. Améliorer la transparence de l'aide en santé

Au cours des dernières années, la politique de développement de la France a enregistré quelques progrès en matière de gouvernance et de transparence.

La mise en place de dialogues structurés avec les différents acteurs de la coopération en santé mondiale est désormais institutionnalisée. Des réunions de concertation ont lieu par exemple en amont de chaque conseil d'administration des institutions et agences internationales comme GAVI, UNITAID ou le Fonds Mondial. Un comité d'orientation stratégique a été mis en place dans le cadre de l'I3S. Il existe par ailleurs plusieurs instances permettant de favoriser une meilleure concertation et coordination de l'ensemble des parties prenantes. C'est le cas du Conseil national de développement et de la solidarité internationale (CNDSI) qui se réunit environ une fois par semestre, ou encore des différentes plateformes thématiques «grandes pandémies», «tuberculose», « vaccins», «GISA nutrition»...dont les réunions respectives ont lieu 3 à 4 fois par an.

Des efforts ont également été faits avec la création d'un site internet dédié sous le standard international de transparence de l'aide (IITA) afin de publier et rendre accessible l'ensemble des projets et programmes financés par l'aide française dans les 16 pays prioritaires. Le MAEDI s'est engagé à ouvrir les données aux autres pays d'Afrique et à l'Asie-Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes d'ici 2017. Il devra donc assurer une actualisation précise et continue s'il souhaite en faire un outil de référence en matière d'information et de transparence. De son côté l'AFD, longtemps réfractaire au développement de sa politique de transparence, a décidé de la faire évoluer et a mis en ligne un nouveau site qui améliore l'accessibilité de ses données et la précision de la description de ses projets. Des efforts de transparence doivent également être entrepris concernant le Fonds de solidarité pour le développement (FSD). Ce fonds perçoit les recettes de la taxe sur les billets d'avions et de la taxe sur les transactions financières et finance plusieurs organismes internationaux tels que le Fonds Mondial, UNITAID, GAVI et l'initiative I3S. Néanmoins, les montants précis des allocations aux différents bénéficiaires ne sont pas publics. Ce fonds est considéré comme « réceptacle peu transparent » selon un rapport du Sénat³⁰. Il serait donc pertinent que le bilan comptable soit diffusé chaque année.

Des sessions sont organisées pour échanger sur les différentes stratégies françaises avec la société civile : consultations pour l'élaboration du DOS DSSR, présentation et échanges sur la nouvelle stratégie de PROPARCO... Néanmoins, il est nécessaire que la société civile soit associée bien plus en amont, lors de l'élaboration de ces stratégies, afin que les

échanges soient véritablement constructifs et ne se limitent pas à une présentation de documents déjà finalisés. Tel avait été le cas lors de l'élaboration du CIS santé et protection sociale de l'AFD où la société civile, contrairement à ce qui avait été annoncé, n'avait pas été consultée mais seulement invitée à la présentation de la version finale du document. Au contraire, le MAEDI, au sein du Gisa nutrition, a sollicité à plusieurs reprises la société civile lors de l'élaboration de la feuille de route nutrition.

Malgré les éléments positifs évoqués ci-dessus, des efforts supplémentaires apparaissent indispensables pour renforcer la politique de suivi et d'évaluation de la stratégie française. Aujourd'hui, les démarches engagées en la matière ne permettent pas de disposer d'une analyse suffisamment approfondie de l'intervention française et d'en tirer toutes les leçons nécessaires pour en améliorer l'impact. En 2013, une grille d'évaluation composée de 30 indicateurs de résultats a été élaborée suite au CICID afin d'évaluer l'aide publique au développement de la France. Mais cet outil ne semble pas fonctionnel. Si la liste des indicateurs figure bien en annexe du rapport bisannuel sur l'APD publié fin 2014, ces données ne font en revanche l'objet d'aucune analyse approfondie et n'aboutissent à aucune recommandation particulière. La pertinence des 5 indicateurs consacrés au secteur santé reste par ailleurs relativement limitée dans la mesure où ils ne permettent pas d'opérer un réel suivi de l'impact de l'action en matière de santé mondiale de la France. Le nouveau CICID annoncé pour la fin 2016 est l'occasion d'actualiser et d'améliorer ces indicateurs.

L'AFD a proposé la mise en place d'un groupe de travail avec les ONG afin d'améliorer les indicateurs du CIS et par la même la redevabilité de l'agence sur ses opérations en santé. Si ce groupe de travail est une première étape intéressante, il faudrait que le champ de réflexion s'élargisse au ministère des affaires étrangères, en associant les centres de recherche français, afin de développer une liste d'indicateurs pertinents et mesurables.

Enfin, on peut regretter que la France ait souvent du mal à respecter les engagements pris dans le cadre d'initiatives internationales en santé et notamment au sein de l'IHP+. Dans le rapport d'évaluation de la mise en œuvre des principes IHP+ de 2014, les résultats de la France sont plus que mitigés. Sur les 7 indicateurs d'évaluation, la France ne parvient à atteindre l'objectif que pour l'un d'entre eux (l'utilisation du cadre de performance sectoriel pays) et se situe en revanche en deçà de la moyenne des pays donateurs pour 4 des 6 indicateurs restants. Les résultats en matière de prévisibilité de l'aide sur trois ans et d'information donnée aux pays concernant

30 <http://www.senat.fr/rap/a14-110-4/a14-110-45.html>

le déboursement de l'aide sont très décevants ; la France figurant parmi les moins bons élèves des pays donateurs ayant participé au rapport d'évaluation 2014. Nous espérons

que la France aura de meilleurs résultats pour le nouveau cycle d'évaluation actuellement en cours.

LE PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTÉ (IHP+)

Deux ans après l'adoption de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le gouvernement britannique lançait en 2007 le Partenariat international pour la santé (IHP+). Cette initiative globale a pour vocation d'appliquer les principes de la déclaration de Paris dans le secteur de la santé : promouvoir plus d'harmonisation, d'appropriation, d'alignement et de responsabilité mutuelle dans la manière de gérer et piloter l'aide au développement.

IHP+ compte aujourd'hui plus de 59 partenaires issus des pays donateurs, des pays partenaires mais aussi des agences de coopération, des institutions internationales et des ONG.

Après 8 ans d'existence, IHP+ a permis d'enregistrer des avancées significatives. Le dernier rapport d'évaluation de cette initiative, réalisé en 2014, montre notamment que les partenaires techniques et financiers s'alignent de plus en plus sur les plans nationaux de développement sanitaire. De leur côté, la plupart des pays partenaires augmentent leur budget alloué à la santé.

Mais au-delà de ces résultats encourageants, il reste malgré tout de nombreux obstacles à dépasser. Des progrès restent à accomplir en vue par exemple d'obtenir une plus grande prévisibilité de l'aide ou encore d'améliorer la gestion des finances publiques et permettre une implication plus forte de la société civile dans l'élaboration des politiques nationales de santé.

IHP+ permet aujourd'hui de tirer les leçons de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas dans l'aide au développement. L'adhésion à cette initiative est associée à une meilleure performance des pays en matière d'efficacité de la coopération au développement et doit être plus largement soutenue.

Des discussions sont en cours concernant l'évolution du mandat de l'IHP+ vers une initiative de soutien et de suivi et d'évaluation pour l'atteinte de l'ODD santé, la couverture sanitaire universelle ou le renforcement des systèmes de santé.

▶▶▶ À RETENIR

- ▶ Les multiples opérateurs de l'action française induisent une fragmentation du pilotage des opérations et par là même une perte de lisibilité de l'action générale de la France en santé.
- ▶ La participation aux instances multilatérales demande des ressources humaines qui ne sont pas suffisantes au MAEDI. Un suivi minutieux et régulier des décisions de ces mécanismes multilatéraux permet d'accroître la légitimité et l'influence de la France en leur sein.
- ▶ Des efforts ont été menés afin de répondre aux normes IITA sur la transparence de l'aide, mais la France accuse toujours des retards importants relatifs à l'accessibilité et à l'exhaustivité des données.
- ▶ La France ne respecte pas assez les engagements pris au sein de l'initiative IHP+ en faveur de l'efficacité de l'aide en santé notamment sur la prévisibilité des déboursements des fonds et sur l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des finances publiques.

Toutes les parties prenantes de la politique française devraient se réunir régulièrement au sein d'un comité interministériel en santé mondiale et multi-acteurs piloté par le ministère des affaires étrangères. Ce comité serait chargé des orientations stratégiques et opérationnelles et du suivi et l'évaluation des objectifs fixés.

RECOMMANDATIONS

POUR UN NIVEAU DE FINANCEMENT À LA HAUTEUR DES ENJEUX EN SANTÉ MONDIALE

L'efficacité de la coopération française dans le domaine de la santé mondiale ne pourra être garantie sans la mobilisation de moyens financiers suffisants. En dépit de l'augmentation du produit de la TTF alloué au développement, les crédits budgétaires de la mission APD ne cessent de diminuer ces dernières années, nous appelons le gouvernement à inverser au plus vite cette tendance et à suivre les recommandations suivantes :

- ▶ **Augmenter de manière durable les montants d'aide au développement** afin d'atteindre l'engagement de 0,7% du RNB consacré à l'APD générale et de suivre la recommandation d'allouer 0,1% du RNB à l'APD santé et notamment sous forme de dons.
- ▶ **Augmenter les crédits de la mission budgétaire Aide publique au développement** dès le prochain projet de loi de finances.
- ▶ Maintenir la taxe sur les billets d'avion et respecter l'engagement d'allouer une part significative de la taxe sur les transactions financières française à la santé mondiale ; ainsi que **réintroduire la taxation des opérations intra-journalières dans l'assiette de la TTF ; et réaffirmer le principe d'additionnalité des financements innovants.**
- ▶ **Garantir que les subventions demeurent la principale source de financement** pour les services essentiels dont la santé.

Ces financements budgétaires et extra budgétaires doivent permettre à la France :

- ▶ **D'honorer la totalité des contributions promises d'ici 2016 :**
 - 360 millions d'euros par an en engagement au Fonds mondial pour la période 2014-2016 ;
 - 100 millions d'euros pris lors de la Conférence de juillet sur la reconstruction post-Ebola, en y attribuant une part significative au renforcement des systèmes de santé et des systèmes d'informations et de surveillance épidémiologique ;
 - 30 millions d'euros pour l'I3S pour le soutien aux politiques de gratuité pour les enfants de moins de 5 ans au Sahel.
- ▶ **De renouveler la contribution française pour le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme** à hauteur de 1,08 milliards d'engagements pour 2017-2019 lors de la conférence de reconstitution des ressources tout en maintenant une contribution de 100 millions d'euros par an à UNITAID.
- ▶ **De mobiliser au minimum 100 millions d'euros annuels sur 5 ans en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs.**
- ▶ **D'allouer au moins 50 millions supplémentaires** (via notamment l'appui budgétaire sectoriel) **pour l'accompagnement des pays partenaires** dans le renforcement des systèmes de santé et la mise en place de politiques de couverture santé universelle.



POUR L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE STRATÉGIE SANTÉ

La mise en place d'une nouvelle stratégie française est nécessaire pour contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable et tirer les enseignements de la crise Ebola. La France doit renforcer la lisibilité de son action et l'impact de sa politique en réponse aux enjeux mondiaux. Pour ce faire, nous recommandons de :

- ▶ **Faire de la santé mondiale**, y compris la promotion de la CSU, **un axe prioritaire** de la politique de développement française.
- ▶ **Les trois dimensions de la CSU : couverture de la population, services de qualité fournis et accessibilité financière des soins** doivent être les principes directeurs de toutes les politiques en santé mondiale de la France ;
- ▶ **Garantir la cohérence des politiques françaises** en soutenant les pays en développement qui cherchent à mettre en place des systèmes fiscaux plus justes, progressifs sans exonérations pour les grandes entreprises multinationales opérant sur leurs territoires pour financer les politiques de santé.
- ▶ **Mettre en place une nouvelle stratégie santé interministérielle** portée par la présidence de la République, effective dès 2016 à la suite d'un large processus de consultation des parties prenantes (société civile du Nord et du Sud, centres de recherche médicale et en sciences humaines et sociales, mécanismes multilatéraux, partenaires bilatéraux ...).
- ▶ **Renforcer la dimension opérationnelle de la stratégie en prévoyant :**
 - des objectifs chiffrés, dotés d'indicateurs et rattachés aux priorités des pays partenaires ;
 - des montants financiers précis dédiés à la mise en œuvre de la stratégie ; une période de mise en œuvre définie dans le temps (5 à 10 ans) ;
 - un processus d'évaluation pendant et à l'issue de la période de mise en œuvre.

POUR UN PILOTAGE RENFORCÉ DE LA POLITIQUE

La France a entamé depuis peu des démarches afin de réduire la fragmentation entre les différents opérateurs, d'améliorer la complémentarité entre les canaux de son aide et de rendre son aide plus transparente et participative. Pourtant, ces efforts sont pour l'instant insuffisants. Pour aller plus loin, la France doit :

- ▶ **Créer un comité interministériel sur la santé mondiale** (notamment composé du Ministère des affaires étrangères et du développement international, Ministère de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de l'économie et des finances) pour définir et évaluer les orientations stratégiques de la politique en santé mondiale de la France et assurer une réelle coordination entre les différents acteurs français impliqués.
- ▶ **Élargir le mandat de l'Ambassadeur en charge des maladies transmissibles à la santé mondiale**. Il présiderait ce comité interministériel sur la santé mondiale.
- ▶ **Investir la gouvernance** (les comités et conseils d'administration) **des institutions multilatérales** et fournir les moyens humains nécessaires pour suivre et influencer les initiatives et partenariats multilatéraux auxquels elle participe.
- ▶ **Favoriser l'implication de la société civile** et plus particulièrement des populations affectées dans le dialogue politique afin qu'elles participent pleinement à l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques de santé en soutenant la mise en place d'un fonds pour le renforcement des capacités de la société civile.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFD	Agence française de développement
APD	Aide publique au développement
C2D	Contrat de désendettement et de développement
CSU	Couverture santé universelle
DOS	Document d'orientation stratégique
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
DGM	Direction générale de la mondialisation
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins
I3S	Initiative Santé Solidarité Sahel
IHP+	International Health Partnership / Partenariat international de la santé
IITA	Initiative internationale pour la transparence de l'aide
MAEDI	Ministère des affaires étrangères et du développement international
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PLF	Projet de loi de finances
RNB	Revenu national brut
SRMNI	Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
TTF	Taxe sur les transactions financières

