



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

19 | Été 2008

L'Europe humanitaire en question(s)

Aide internationale dans la santé : tonneau des Danaïdes ou peau de chagrin ?

Karl Blanchet et Alice Schmidt



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/490>

ISBN : 978-2-918362-37-1

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2008

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Karl Blanchet et Alice Schmidt, « Aide internationale dans la santé : tonneau des Danaïdes ou peau de chagrin ? », *Humanitaire* [En ligne], 19 | Été 2008, mis en ligne le 25 octobre 2009, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/490>

Ce document a été généré automatiquement le 21 avril 2019.

© Tous droits réservés

Aide internationale dans la santé : tonneau des Danaïdes ou peau de chagrin ?

Karl Blanchet et Alice Schmidt

- 1 Est-ce que le nouveau G8 va une fois de plus être incapable de répondre aux besoins de santé des pays les plus pauvres ? En tout cas, à la veille du sommet des huit pays les plus riches de la planète qui se tiendra en juillet prochain à Hokkaido au Japon, un certain pessimisme règne. Beaucoup craignent que les nouvelles promesses restent une fois de plus sans réalisation concrète. A mi-parcours avant l'échéance de 2015, il est temps de faire un bilan des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM).

Bilan en demi-teinte

- 2 Le bilan des ODM est pour le moins mitigé, en particulier dans le domaine de la santé. Parmi les 60 pays en voie de développement, pas moins de 20 pays, la plupart d'Afrique sub-saharienne, ont vu durant les 15 dernières années leur mortalité infantile – un indicateur qui a la faculté de bien illustrer la situation sanitaire générale d'un pays – augmenter ou stagner. Les populations les plus pauvres dans les pays en voie de développement ont toujours un accès très restreint aux services de santé et souffrent d'une morbidité et mortalité bien plus importantes que les autres tranches de la population.
- 3 Les raisons de ce manque de progrès sont diverses. Parmi celles-ci, on compte le manque de capacités des systèmes de santé des pays du sud ou bien encore l'impact du VIH sida. Néanmoins, certaines raisons sont aussi à chercher au niveau des politiques d'investissement des bailleurs de fonds. On peut en effet se demander si le volume et la distribution de l'aide internationale dans le secteur de la santé répondent réellement aux besoins des populations et en particulier celles des pays d'Afrique sub-saharienne. L'aide

internationale a une influence majeure sur les politiques sanitaires des pays en voie de développement. Selon la Banque mondiale, il n'y a nul espoir de financer le système de santé sur la base des revenus fiscaux des pays en voie de développement¹. La seule issue pour les populations du sud reste l'aide internationale qui représentait en 2006 entre un quart et la moitié du total des dépenses de santé des pays d'Afrique sub-saharienne. Certains étaient dans le passé très dubitatifs sur l'impact de l'aide au développement. Il est désormais démontré que l'aide internationale a un effet positif sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration de l'état de santé des populations des pays en voie de développement. Le Fonds monétaire international a prouvé, par exemple, qu'en moyenne le doublement de l'aide internationale par habitant avait pour effet de réduire de 2 % la mortalité infantile.

- 4 Depuis le consensus de Monterrey en 2002 où les chefs d'Etat ont essayé de trouver des solutions qui permettent d'accélérer l'atteinte des ODM, des efforts supplémentaires ont été faits pour augmenter l'aide au développement apportée par les pays occidentaux. Le volume de l'aide internationale dans la santé a doublé entre 2002 et 2005. Mais est-ce que cet effort supplémentaire sera encore suffisant pour permettre aux pays du sud de subvenir à leurs besoins en santé ? Est-ce que les investissements des pays riches sont alloués aux pays et secteurs les plus critiques ?
- 5 Sur la base d'une revue détaillée des données actuellement disponibles, le présent article tente d'apporter une analyse critique des politiques d'aide internationale dans la santé et plus particulièrement en Afrique sub-saharienne.

Le niveau de financement nécessaire pour atteindre les ODM

- 6 Après une baisse progressive de l'aide internationale dans les années 1990, d'environ 1 % par an en moyenne, son volume a graduellement augmenté depuis 1997 et atteint un record en 2005 avec un investissement global de 106 777 millions de dollars de la part des 22 pays membres de l'OCDE. En 2006, l'aide internationale a connu une baisse de 1,8 % si on exclut le relèvement de la dette, une baisse qui s'est renouvelée en 2007.
- 7 D'après les Nations unies, il faudrait multiplier l'aide internationale par trois durant les quatre prochaines années pour espérer atteindre les ODM d'ici à 2015. Le *Millennium Project* des Nations unies a montré qu'atteindre les ODM nécessite pas moins de 135 millions de dollars par an à partir de 2006, ce qui nécessiterait une augmentation d'au moins 30 millions de dollars supplémentaires par an par rapport au niveau actuel de l'aide internationale. Dans le domaine de la santé, il est estimé qu'il faut investir 27 millions de dollars par an pour couvrir les besoins basiques des populations du sud.
- 8 Les efforts consentis par les pays riches sont néanmoins très variables. En 2005, seulement cinq pays des pays membres de l'OCDE ont réussi à tenir leur promesse d'allouer 0,7 % de leur PNB dans l'aide au développement². Il s'agit du Danemark, du Luxembourg, des Pays-Bas, de la Norvège et de la Suède. A l'inverse, des pays tels que la France, l'Australie, le Canada, l'Allemagne et l'Italie ont eu entre 1990 et 2005 un ratio aide publique au développement/PNB en diminution. Il apparaît clair à tous que les objectifs globaux de développement (les ODM) nécessitent de plus amples investissements. Mais on peut également remettre en cause la qualité de l'aide. On estime que 61 % de l'aide internationale est une aide « fantôme » si l'on soustrait principalement

les fonds qui payent les coopérants techniques, le relèvement de la dette, les coûts de transaction et les fonds qui ne sont pas alloués aux activités destinées à réduire la pauvreté. L'ONG britannique Action Aid a même établi un classement des pays bailleurs de fonds. Il en ressort que la France est le pays le moins bien classé de tous les pays donateurs de l'OCDE avec une aide fantôme estimée à 89 % de son aide totale au développement.

- 9 Toute la question pour les bailleurs de fonds dans l'hypothèse d'une augmentation importante de l'aide internationale est de savoir où cet argent doit être investi et selon quels critères afin de transformer la part de l'aide fantôme en aide efficace. Par exemple, est-ce que l'aide internationale est distribuée en fonction des besoins des populations ?

Distribution de l'aide en fonction du fardeau de maladie

- 10 Les besoins des pays en santé peuvent être évalués par le « fardeau de la maladie »³. Les pays les plus pauvres (pays à revenu faible et modéré) représentent à eux seuls 56 % du fardeau de maladie dans le monde et pourtant ils ne reçoivent que 12 % de l'aide internationale. Parmi ceux-là, les pays à faibles revenus sont les plus mal lotis. Avec un fardeau de maladie de 34,4 %, ils ne reçoivent que 2 % de l'aide internationale. En outre, certaines maladies évitables telles que les infections respiratoires aiguës (par ex. pneumonie), qui sont les maladies les plus mortelles pour les enfants dans les pays en voie de développement, sont totalement négligées.
- 11 Plusieurs explications permettent de mieux comprendre les facteurs influençant les décisions des bailleurs de fonds de privilégier telle ou telle maladie. On constate qu'ils se focalisent en priorité sur les maladies qui ont un impact dans la société occidentale et qui sont connues de leur grand public, telles que le VIH/sida et la tuberculose.
- 12 Le VIH/sida est un très bon exemple de maladie qui est au top des priorités des bailleurs de fonds pour des raisons qui ne s'expliquent pas toujours par le niveau réel des besoins. En Afrique sub-saharienne, le VIH/sida représente 17,6 % du fardeau des maladies et pourtant attire 40 % de l'aide internationale destinée au secteur de la santé. Les infections respiratoires aiguës qui représentent un fardeau équivalent au VIH/sida ne reçoivent que 2 % de l'aide internationale de la santé. Au Rwanda, 80 % de l'aide pour la santé est investi dans des programmes VIH/sida alors que le VIH/sida n'est responsable que de 0,04 % de la morbidité enregistrée dans les hôpitaux.
- 13 Les bailleurs de fonds sont également largement influencés dans leurs décisions par les politiques internationales et les programmes mondiaux d'éradication qui sont liés à des maladies spécifiques tels que le trachome ou la poliomyélite. Bien que les bailleurs de fonds répondent effectivement à certaines maladies, il n'en reste pas moins que certaines maladies sont tout à fait négligées. Le deuxième problème est que ces programmes verticaux mobilisent toutes les ressources humaines et financières des systèmes de santé nationaux dans le seul but de l'atteinte de leurs objectifs. Peu de ressources sont alors disponibles pour les autres interventions sanitaires même pour ce qui concerne les activités de routine.

Distribution par rapport aux taux de mortalité infantile

- 14 Une autre méthode pour identifier les besoins sanitaires des pays est d'étudier les taux de mortalité. De manière globale, il existe une relation entre le volume d'aide alloué et les taux de mortalité maternels et infantiles. En revanche, il existe des différences troublantes entre certains pays. Aucun des quatre pays avec les plus hauts taux de mortalité infantile en 2005 (Sierra Leone, Angola, Niger et Afghanistan) ne bénéficie des fonds les plus importants. Il apparaît de manière plus globale que les « Etats fragiles » tels que l'Afghanistan, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Niger, la Sierra Leone sont systématiquement marginalisés par rapport aux autres pays.
- 15 Les Etats fragiles sont selon la définition de l'OCDE des pays avec des besoins importants mais souffrant d'une faible gouvernance principalement en raison de l'impact de conflits armés. Ces pays sont souvent considérés par les bailleurs comme des pays où l'investissement est un risque en raison de l'instabilité politique. Pourtant, il est désormais admis que l'aide internationale a un impact significatif sur la croissance, un meilleur respect des droits de l'Homme et la paix de ces pays.

Distribution de l'aide par rapport à la taille de population

- 16 Il est aussi fort de constater que les régions du monde les moins peuplées reçoivent plus d'aide par habitant que les pays à forte population. L'Océanie, par exemple, obtient en 2004 118 dollars par habitant tandis que l'Afrique ne reçoit que 34 dollars par habitant. Même l'Europe reçoit plus d'aide par habitant que l'Afrique et l'Asie. Dans le secteur de la santé, une étude montre qu'une augmentation de 1 % de la population est associée avec une diminution de 0,4 % de l'aide internationale à la santé par habitant. La République démocratique du Congo (RDC) en fait la triste expérience. La RDC ne reçoit en 2005 que 1,6 dollar par habitant tandis que la Sierra Leone se voit attribuer 1,8 dollar par habitant alors que sa population est dix fois moins nombreuse que celle de la RDC.
- 17 D'un point de vue purement de recherche d'efficience, il suffirait de redistribuer l'aide des pays les moins peuplés vers les pays les plus peuplés. Cependant, des critères de droits humains et d'éthique doivent être pris en compte pour allouer l'aide internationale.

Distribution de l'aide par secteur social

- 18 Si l'on compare les secteurs sociaux, on remarque que la santé est de manière surprenante moins favorisée que le secteur de l'éducation. L'aide dans la santé a doublé entre 2002 et 2005 notamment grâce à la mise en œuvre de nouveaux programmes mondiaux focalisant sur des maladies tels que par exemple le Fonds global pour le VIH/sida, la tuberculose et la malaria. Il n'en reste pas moins que l'éducation reçoit deux fois plus de fonds que la santé. En 2005, l'ensemble des pays de l'OCDE allouent 3,8 % de l'aide bilatérale au développement à la santé et 6,1 % à l'éducation. Les mêmes priorités existent pour les deux plus gros bailleurs de fonds multilatéraux que sont la Banque mondiale et la Commission européenne. Nul n'est besoin ici de mettre en concurrence ces deux secteurs

sociaux, éducation et santé, deux secteurs sociaux complémentaires. Mais il est tout de même étonnant de noter le peu d'investissements faits dans le secteur de la santé.

Distribution de l'aide par niveau de revenu

- 19 Les données de l'OCDE montrent également que les pays à faible revenu ne reçoivent que 46 % de l'aide internationale et l'Afrique sub-saharienne, bien qu'étant le premier bénéficiaire de l'aide au développement, ne reçoit que 36 % de ces investissements alors que son niveau de pauvreté est très élevé. Certains bailleurs de fonds, tels que la Coopération du Royaume-Uni (DFID) se sont pourtant donné comme objectif d'allouer 90 % de leurs ressources aux pays les plus pauvres. Peu de bailleurs de fonds ont réussi à atteindre cet objectif. En 2004, seuls l'Irlande, le Royaume- 104 Uni et le Portugal ont affecté plus de 80 % de leur aide aux pays à faible revenu.
- 20 Il est clair donc que la pauvreté n'est pas le critère premier des bailleurs de fonds. Mais d'autres facteurs interviennent qui sont davantage liés à des intérêts politiques qu'à une analyse des besoins. Par exemple, durant les années 1980 et 1990, le premier bénéficiaire de l'aide américaine au développement était Israël qui, à partir de 2004, fut supplanté par l'Irak. Un autre exemple illustratif est la Commission européenne qui affecte en 2004 seulement 53,4 % aux pays les plus pauvres. Les principaux pays de l'aide européenne sont loin d'être les pays à revenu faible mais plutôt des pays géographiquement proches et d'importance politique pour l'Europe comme la Turquie, la Serbie-Monténégro et le Maroc.
- 21 Les disparités entre les besoins des populations et les ressources allouées par les pays riches ne se voient pas seulement au niveau international mais également au sein même des pays. Une récente étude en Namibie montre que les régions les plus pauvres du pays sont celles qui bénéficient le moins du soutien financier de l'aide internationale. Ou encore, au Rwanda, en 2005, certaines régions reçoivent moins de 1 dollar d'aide par habitant tandis que d'autres reçoivent quatre fois plus.

Mieux distribuer l'aide internationale

- 22 Comme montré précédemment, l'aide internationale n'est allouée aux pays les plus pauvres. La santé n'apparaît pas non plus comme un secteur prioritaire contrairement aux discours des membres du G8. Et enfin, les investissements des pays riches dans le domaine de la santé ne sont pas distribués aux pays qui ont les besoins les plus importants en termes de santé en général et en termes de santé maternelle et infantile en particulier.
- 23 Certains bailleurs de fonds tels que la Banque Mondiale, la Commission européenne, DFID et les Pays-Bas ont tenté de créer une certaine transparence de leur politique d'investissement. Ils ont mis en place des indicateurs de performance des pays récipiendaires sur la base de formules afin de guider leurs décisions d'investissement. La Banque mondiale, par exemple, utilise le *Country Policy and Institutional Assessment rating* : la Banque mondiale et le pays bénéficiaire se mettent d'accord sur une série de résultats et de politiques à atteindre. Les résultats sont ensuite mesurés. Le problème de ces nouveaux outils est qu'ils privilégient les aspects de politiques mises en place, souvent celles dictées par les bailleurs de fonds et négligent les besoins réels. Les formules

d'allocation des bailleurs de fonds sont, en outre, toutes différentes les unes des autres et rendent bien difficile la coordination entre les bailleurs. L'accès aux données pour construire ces formules est souvent très limité dans les pays du sud qui ont souvent un système d'information très limitée. Enfin, le risque est de classer les pays comme non performants, et donc de les enfermer dans de longues périodes de non-assistance sans leur donner la possibilité de réviser ces données.

- 24 Il est important que ces formules d'allocation ne soient que des points de démarrage de discussion et soient nuancées par la prise en compte des besoins sanitaires, des niveaux de revenus des populations et les stratégies des autres bailleurs de fonds. Sur cette base, il serait possible que les membres du G8 discutent et se mettent d'accord sur comment distribuer l'aide internationale dans la santé et prennent enfin le problème de la santé dans les pays en voie de développement comme une question sérieuse et qui mérite des actions concrètes et immédiates. De plus, les bailleurs de fonds doivent réorienter leurs politiques d'investissement vers les Etats fragiles. Et enfin, les investissements des bailleurs de fonds doivent absolument être orientés vers le renforcement du système de santé – les ressources humaines, le système d'approvisionnement en médicaments et certaines infrastructures – avec une attention toute particulière pour les populations les plus pauvres.

NOTES

1. World Bank. 2004. Global Development Finance : Harnessing Cyclical Gains for Development. World Bank. Washington DC.
2. Pour rappel, l'aide consentie par les Etats-Unis pour le Plan Marshall de 1948 correspondait à 1 % de son PIB pendant une durée de 4 ans.
3. Le fardeau de la maladie permet de mesurer l'impact des maladies sur la vie des populations en termes de handicap, de mort prématurée ou encore de contrainte.

RÉSUMÉS

A la veille du sommet des huit pays les plus riches de la planète qui se tiendra en juillet prochain à Hokkaido au Japon, un certain pessimisme règne. A mi-parcours avant l'échéance de 2015, bilan des Objectifs de Développement du Millénaire.

INDEX

Mots-clés : Aide au développement, Bailleurs, Financement, Mortalité infantile, Objectifs pour le Millénaire en Développement (OMD), Santé, Sida

AUTEURS

KARL BLANCHET

Karl Blanchet est consultant en santé publique et membre du Comité de rédaction d'*Humanitaire*.

ALICE SCHMIDT

Alice Schmidt est conseillère en plaidoyer pour la santé pour Save the Children UK.