ACTION FOR GLOBAL HEALTH

FULL FUNDING
STRONG SYSTEMS
FAIR ACCESS

QUI PAIE POUR LA SANTÉ ?

LES TENDANCES EN MATIÈRE D'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT EUROPÉENNE POUR L'ACCÈS AUX SOINS

RAPPORT ANNUEL
DÉCEMBRE 2013

Qui paye pour la santé?
Rapport annuel
Décembre 2013

Les tendances en matière d'aide publique au développement européenne pour l'accès aux soins

Image de couverture:
© Óscar Leiva Marinero

Table des matières

03 Sommaire

04 Remerciements

05 Résumé

08 Introduction

10 Méthodologie

13 Analyse comparative de l'aide publique au développement en Europe pour 2007-2012

- 14 Tendances en matière d'APD totale
- 18 Performances des bailleurs européens pour la santé mondiale

21 Qui paie pour la santé ? Un fardeau qui pèse sur les patients

- 22 Qui paie pour la santé ? Un fardeau qui pèse sur les patients
- 24 Améliorer l'accès des plus pauvres à la santé : une décision politique

27 Comment consacrer plus de ressources à la santé ?

- 28 Des ressources additionnelles pour la santé
- 30 Recommandations

31 Profils des bailleurs

- 32 Les institutions de l'Union européenne
- 36 Allemagne
- 40 Espagne
- 44 France
- 48 Italie
- 52 Pays-Bas
- 56 Royaume-Uni

60 Notes

62 Acronymes

Remerciements

La rédaction de ce rapport n'aurait pas été possible sans la contribution de nombreuses personnes et organisations. AfGH exprime ici sa gratitude envers tous les contributeurs, donateurs et organisations membres.

Chercheurs :
Ce rapport s'appuie sur les travaux de recherche approfondis menés par Joachim Rüppel, chercheur à l'Institut de la Mission médicale de Würzburg en Allemagne et par Marco Simonelli, ActionAid Italie. L'étude de cas a été réalisée par le Kenya AIDS NGO Consortium (KANCO)

Équipe éditoriale AfGH
Rachel Lander, Marco Simonelli, Emiliana Tapia, Bruno Rivalan, Julia Ravenscroft, Tim Roosen.

Équipes et organisations membres :
Belgique-Au niveau de l'UE : Plan EU (Elisa Baldini), Stop Aids Alliance (Emilie Peeters).

France : Global Health Advocates / Avocats pour la santé dans le monde (Bruno Rivalan).

Pays-Bas : Cordaid (Nathalie Popken, Merel Diemont), Stop Aids Now! (Sabrina Erné).

Allemagne: Oxfam Germany (Tobias Luppe, Charlotte Becker), terre des hommes Germany (Tanja Abubakar-Funkenberg).

Italie : Actionaid Italy (Marco Simonelli), Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDOS) (Maria Grazia Panunzi).

Espagne : La Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), (Eugenia Garcia), Medicos del Mundo (Emiliana Tapia).

Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance (Olga Szubert, Leila Zadeh), Plan UK (Rebecka Rosenquist).

Bailleur:
Ce rapport a été produit grâce au soutien financier de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF).

Photographies :
Mozambique : Thomas Williams Photography/AfGH (pages 13, 21, 31, 39, 43 & 47).

Inde : Metamorphosis Film Junction – Anirban Dutta/AfGH (pages 51 & 59).

El Salvador : Óscar Leiva Marinero (pages 9, 27 & 55).

Couverture : Óscar Leiva Marinero

Graphiques:
Joachim Rüppel, Medical Mission Institute Würzburg (MMI).

Adaptation texte français:
Laurence Bonnevie

Editions:
Becky Owens, Pauline Pruvost

Design éditorial et graphique:
March Design Studio
+44 (0)1995 608961
www.marchdesignstudio.co.uk

Version française :
www.nathaliewirth.fr

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue du bailleur et des contributeurs externes.

N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires sur cette publication en nous adressant un message électronique à l'adresse suivante : coordination@actionforglobalhealth.eu.

* Toutes les informations contenues dans ce rapport sont exactes en décembre 2013.

Résumé

Dans ce rapport annuel sur l'aide publique au développement (APD) en faveur de la santé (ci-après « APD santé »), Action for Global Health (AfGH) analyse les montants qu'une sélection de bailleurs de fonds européens allouent à la santé mondiale et les compare aussi bien aux objectifs et recommandations internationaux qu'aux engagements propres de chacun des pays.

Les bailleurs sélectionnés sont l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les institutions de l'Union Européenne (UE).

La première étape de notre étude consiste à analyser les chiffres officiels de l'APD de ces bailleurs tels que déclarés à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Puis, à travers une revue systématique des projets contribuant à l'accès aux soins, AfGH évalue l'APD allouée à la santé mondiale avant de proposer une analyse critique des montants effectivement versés aux pays en développement à la lumière des besoins des populations et des engagements pris.

Notre recherche révèle tout d'abord que la plupart des bailleurs évalués dans ce rapport réduisent leur APD depuis ces dernières années notamment en raison de la crise économique.

Cette baisse généralisée éloigne les membres du Comité de l'aide au développement (CAD) de l'atteinte de l'objectif de 0,7% du revenu national brut (RNB) consacré à l'aide au développement.

Ainsi, on constate un déficit de 200 milliards de dollars (USD) entre les montants que représenteraient les 0,7% du RNB des 23 pays membres du CAD et le montant total qu'ils consacrent actuellement à l'APD sous forme de dons.

Seuls le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède ont atteint l'objectif de 0.7% du RNB en 2012.

En 2012, la part globale de l'APD des 17 pays européens membres du CAD chute à 0,35% du RNB, parmi eux seuls le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède atteignent l'objectif de 0,7%.

L'APD santé connait une évolution similaire. L'ensemble des bailleurs européens ont en effet diminué la part de leur RNB allouée à l'APD santé. Cette tendance touche également le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède pourtant « champions » traditionnels de la santé qui consacraient jusqu'alors 0,1% de leur RNB à la santé, soit le niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En raison de coupes budgétaires, la plupart des bailleurs membres de l'UE n'ont donc pas pu honorer leurs engagements en matière de santé mondiale. Parmi eux, les Pays-Bas et l'Espagne ont enregistré les coupes les plus sévères d'APD santé. L'Espagne a ainsi réduit le montant de son APD santé de 45% entre 2010 et 2011.

L'Italie a elle aussi baissé sa contribution pour la santé: 60% entre 2008 et 2009. Avec l'Autriche, la Grèce et le Portugal, elle figure aujourd'hui parmi les plus petits contributeurs à la santé parmi les pays européens du CAD.

Dans ce contexte, seul le Royaume-Uni fait figure d'exception. Le pays a en effet augmenté son aide à la santé chaque année depuis 2008 pour atteindre en 2011 la recommandation internationale de 0,1% de son RNB dédié au secteur.

Notre étude démontre également que, chez la plupart des bailleurs, la baisse des contributions pour la santé est proportionnelle à celle de l'APD totale. L'Espagne est la seule à se démarquer avec une baisse plus importante pour la santé que pour les autres secteurs.

L'ensemble des bailleurs européens ont diminué la part de leur RNB allouée à l'APD santé. Seul le Royaume-Uni fait figure d'exception en ayant atteint en 2011 la cible de 0,1% de son RNB dédié à la santé.

Dans son analyse des montants de l'APD santé, Action for Global Health tient également compte de la capacité économique des pays. Ainsi, l'analyse des volumes de l'APD totale montre que les pays qui disposent d'économies puissantes présentent les montants d'APD les plus importants, laissant supposer qu'ils sont les plus « généreux ».

Mais si l'on compare ces volumes à leur capacité économique, ces mêmes pays se révèlent au contraire bien peu performants. Avec des contributions comprises entre 0,019% et 0,031% de leur RNB, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne fournissent un soutien très modeste au secteur de la santé, bien loin de l'objectif de 0,1% du RNB.

De plus, plusieurs bailleurs, tels que les Pays-Bas et les institutions de l'UE, intègrent dans le portefeuille de leur ministère dédié au développement international un éventail d'enjeux qui dépassent le cadre de l'aide au développement.

Enfin, plusieurs bailleurs octroient également une large part de leur aide sous forme de prêts y compris pour les secteurs sociaux. Or, les montants doivent être remboursés avec des intérêts, favorisant ainsi l'endettement des pays et gonflant artificiellement les montants d'APD des bailleurs.

En tant que réseau d'ONG européennes œuvrant dans plus de 70 pays en développement, Action for Global Health analyse l'insuffisance des montants d'APD affectés à la santé. Nos organisations exhortent les pays membres de l'UE à honorer leurs engagements en matière de santé mondiale afin que les objectifs de développement soient atteints.

Ce faisant, elles mettent en lumière la tendance inquiétante des pays européens les plus riches à donner proportionnellement moins que les pays les plus modestes, aussi bien pour l'APD totale que l'APD santé.

Introduction

Les débats sur la santé mondiale s'intéressent plus particulièrement à la manière de « finir l'agenda inachevé » des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ainsi qu'à l'intégration des nouveaux défis sanitaires et les lacunes qui resteront à combler. Les décideurs politiques de l'UE sont redevables des engagements qu'ils ont pris en faveur de la santé mondiale.

Accroître l'accès aux soins est un moyen largement reconnu d'améliorer la santé publique ainsi que de soutenir les populations, les familles et les communautés dans leurs efforts pour sortir de la pauvreté.

Des individus en bonne santé sont en capacité de saisir les opportunités de formation et d'emploi, et de faire leurs propres choix. L'impact économique de l'argent investi dans le domaine de la santé est également fortement renseigné.[1]

Au cours des deux dernières décennies, la santé mondiale a progressé comme jamais. Les efforts menés à l'échelle de la planète dans le cadre des OMD, tout comme l'augmentation générale du niveau de vie et le développement des pays, ont permis d'améliorer l'accès à la santé, comprenant l'éducation, la prévention, les traitements et les soins, et ainsi d'augmenter l'espérance de vie.
Pour autant, des inégalités importantes persistent aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'au sein même des pays. Un milliard de personnes n'ont accès ni aux médicaments et produits essentiels ni aux soins de santé dont elles ont besoin.

La menace que font peser la pauvreté, les maladies transmissibles telles que le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, les maladies négligées tropicales, ainsi que l'émergence de maladies chroniques et non-transmissibles comme les infections cardiovasculaires, les cancers et les diabètes, figurent au rang des questions sanitaires les plus prégnantes de ce 21e siècle. Lorsqu'ils ne sont pas anticipés, le vieillissement de la population et l'urbanisation sont des défis qui pèsent sur des systèmes de santé déjà mis à rude épreuve par l'insuffisance des financements, l'accès limité aux infrastructures et aux produits, le manque de personnel ainsi que par l'insuffisance de la protection des populations contre le risque financier.

Décideurs politiques, experts et acteurs de la société civile s'accordent sur la nécessité d'une approche plus englobante. Dans les années à venir, les bailleurs devront donner la priorité aux systèmes de santé, répondre aux besoins sanitaires spécifiques et surmonter les obstacles financiers, culturels, politiques et commerciaux qui empêchent des millions de personnes d'avoir accès à des services de santé de qualité.

De nombreux pays en développement n'ont pas les moyens d'investir le minimum requis de 44 à 60 USD par an et par habitant pour assurer une couverture des soins essentiels.[2] L'APD est de fait un moyen de promouvoir le développement économique des pays du Sud et de leur permettre d'améliorer l'état de santé et le bien-être de leurs populations.

Pourtant, ces dernières années ont vu chez de nombreux pays bailleurs une tendance à réduire l'APD totale et l'APD santé en particulier. Cette tendance se vérifie également dans les pays les plus performants dont les contributions dépassaient jusqu'alors largement le 0,1% du RNB recommandé par la Commission macroéconomie et santé de l'OMS.[3]

Salvador : Le fardeau des maladies transmissibles, comme le VIH/Sida, est un des enjeux les plus urgents à l'échelle mondiale. Un patient présente ses médicaments anti-rétroviraux.

L'édition 2013 du rapport d'Action for Global Health vise à informer les responsables de plaidoyer, experts techniques, décideurs politiques et citoyens, et leur permettre d'évaluer la contribution de l'UE et de six de ses Etats membres pour la santé mondiale.
Les décideurs politiques sont redevables des engagements qu'ils prennent. Ce rapport décrit non seulement la manière dont ils ont effectivement respecté ou non leurs engagements pour la santé mondiale, mais il appelle également les pays européens membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à fournir aux pays pauvres les moyens nécessaires pour améliorer la santé de leurs populations.

Notre rapport met en évidence une analyse inédite sur le volume et la qualité de l'APD pour la santé de six pays de l'UE (Allemagne, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni) et des institutions de l'UE.

Dans un premier chapitre, AfGH s'intéresse aux tendances générales observées au sein de l'UE et procède à une analyse comparative à l'aune des chiffres les plus récents publiés dans la base de données de l'OCDE[4]: chiffres de l'APD santé de 2007 à 2011, et chiffres de l'APD totale jusqu'en 2012. Ce regard croisé permet de montrer comment les plus grandes puissances économiques européennes se comportent en comparaison de quelques « poids lourds » du développement international en Europe pourtant moins puissants économiquement.

Le second chapitre présente une analyse détaillée des institutions européennes et de chacun des six pays ciblés par l'étude.

MÉTHODOLOGIE

Les données de ce rapport résultent d'une méthodologie qui vise à produire une évaluation précise des montants d'APD pour le développement humain et la santé. Cette méthodologie a été mise au point par le Medical Mission Institute Würzburg (MMI). AfGH et le MMI collaborent maintenant depuis 2010 sur cette base méthodologique afin de développer une analyse exhaustive des performances des 17 bailleurs européens membres du CAD de l'OCDE.

L'étude se base sur les données officielles de l'OCDE et porte sur la période 2007-2012 pour l'APD totale, et 2007-2011 pour le volet santé. Nous nous sommes intéressés aux décaissements d'APD, c'est-à-dire aux dépenses effectives, car elles permettent de mesurer la performance des bailleurs à l'aune des objectifs fixés, des engagements pris et des promesses faites.

Les chiffres utilisés sont principalement tirés de l'outil statistique du CAD de l'OCDE, la source d'information la plus fiable et la plus complète en matière d'APD.

L'APD totale telle qu'elle est définie par l'OCDE (ci-après « chiffres officiels de l'OCDE ») comprend les postes de dépenses ainsi que les écritures comptables qui incluent des transferts non effectifs de ressources financières, techniques ou humaines des pays bailleurs vers les pays en développement, tels que l'allègement de la dette, les frais d'écolage des étudiants étrangers, l'aide aux réfugiés dans les pays bailleurs ainsi que les frais administratifs.

Bien qu'ils soient extrêmement importants, l'aide aux réfugiés et les frais d'écolage dans les pays bailleurs ne peuvent être assimilés à une aide financière destinée à lutter contre la pauvreté et à améliorer la santé dans les pays bénéficiaires.

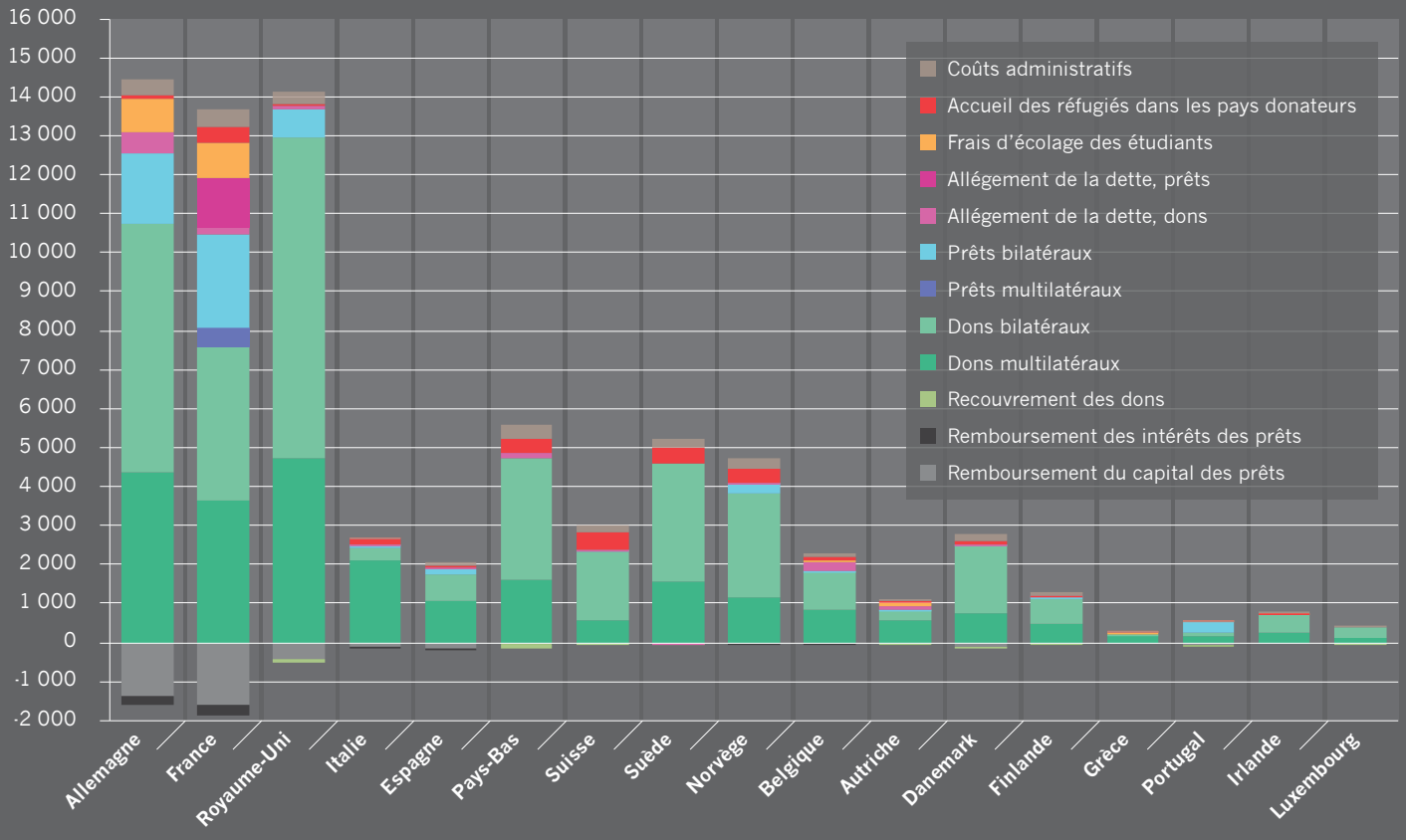
En outre, certains pays du CAD fournissent une part considérable de leur APD sous forme de prêts. Non seulement elle exclut les pays les plus pauvres incapables de contracter ou de rembourser un prêt mais elle fait aussi courir aux Pays à Revenu Intermédiaire (PRI) un plus grand risque d'endettement excessif.

A la lumière de ces éléments, et afin d'offrir une vision plus approfondie de la situation et d'en faciliter la compréhension, nous avons donc ventilé les versements d'APD de la manière suivante:

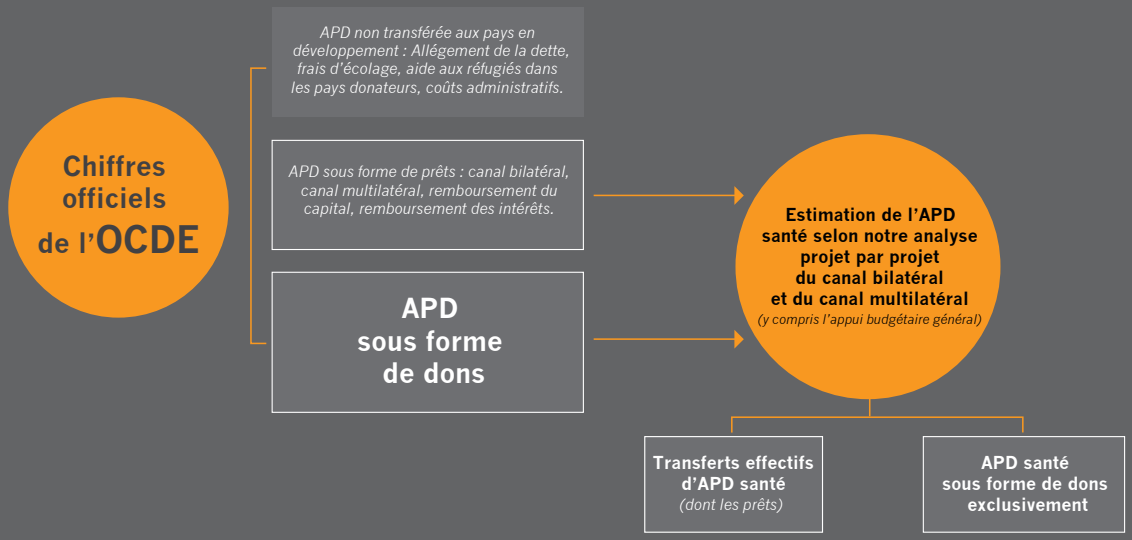
* Chiffres officiels de l'OCDE ;
* Transferts effectifs de ressources (après déduction de l'allègement de la dette, des frais d'écolage ou de l'aide aux réfugiés dans les pays bailleurs et des frais administratifs) ;
* Subventions (après déduction des prêts).

Graphique 1

Membres européens du CAD : composantes de l'APD déclarée à l'OCDE
(en millions de dollars courants)



La méthodologie en bref



ANALYSE PROJET PAR PROJET

Dans un deuxième temps, nous avons également vérifié l'exactitude des notifications d'APD santé publiées dans la base de données de l'OCDE. Pour ce faire, nous avons mis en place une revue systématique de tous les projets financés par les bailleurs et agences multilatérales classés dans les catégories santé, programmes/politiques démographiques, et santé reproductive.

Grâce à des recherches par mot clé, nous avons également passé au crible tous les projets dans les autres secteurs et vérifié leur contribution au secteur de la santé. Nous avons étudié la description de chaque projet dans la base de données de l'OCDE et nous avons fait des recherches complémentaires sur internet ou en contactant directement les agences chargées de leur mise en œuvre. Nous avons ainsi développé une base de données complète et consolidée de tous les programmes, projets et volets de projets dont l'objectif principal est la santé.

Pour chaque bailleur, nous nous sommes efforcés d'inclure les contributions multilatérales dans leur APD santé. Nous avons pour cela calculé la proportion de l'activité multilatérale qui relève de la santé. Puis, nous avons ensuite imputé cette part à la contribution de chaque bailleur à ces organisations.

Nous avons également tenu compte du financement de la santé à travers l'appui budgétaire général. Les montants ont été calculés individuellement pour chaque pays bénéficiaire à partir des montants annuels d'appui budgétaire général qu'il a reçus, et du pourcentage de dépenses de santé par rapport aux dépenses totales du gouvernement au cours de cette même année.

Certains bailleurs fournissent une part de leur aide bilatérale pour la santé sous forme de prêts ou de prises de participation. Nous avons donc essayé de calculer le montant des remboursements attribuables à ces emprunts. En l'absence d'informations spécifiques en la matière, nous avons utilisé la proportion de la santé dans le total des engagements d'APD avec conditions de remboursement pour la période 1995-2010, période pour laquelle cette information est disponible. En multipliant ce pourcentage par les montants totaux versés par les pays bénéficiaires aux bailleurs pour chaque année de l'étude, nous obtenons le volume approximatif des remboursements des prêts consentis au secteur de la santé.
En déduisant ce chiffre des décaissements bruts, nous parvenons à déterminer la contribution nette de l'APD santé et la part qu'elle représente en termes de RNB, et pouvons ainsi évaluer l'effort financier consenti pour promouvoir la santé.

Nous excluons les prêts et prises de participation qui ne sont pas des modes de financement appropriés pour aider les pays et les populations qui en ont le plus besoin. Les prêts ne représentent d'ailleurs qu'un faible effort financier puisque les pays en développement doivent non seulement rembourser le capital mais également les intérêts. De plus, une part importante de ces fonds provient des marchés financiers.

Notre analyse se concentre donc sur les transferts effectués sous forme de dons, c'est-à-dire la part des ressources qui agit le plus efficacement pour les pays défavorisés et les secteurs essentiels du développement humain, tels que la santé.

Pour plus de détails sur la méthodologie de cette étude, visitez notre site internet : www.actionforglobalhealth.eu.

Analyse comparative de l'aide publique au développement en Europe pour 2007-2012

QUI PAIE POUR LA SANTÉ ? RAPPORT ANNUEL

Tendances en matière d'APD totale

L'évolution des contributions des pays membres du Comité de l'aide au développement (CAD) en matière d'aide publique au développement (APD) montre un désengagement croissant pour le développement humain. Ce changement de politique s'est généralisé au cours de ces dernières années. En toile de fond, la crise économique a servi de prétexte aux gouvernements pour réduire les budgets et utiliser ces fonds pour stimuler l'économie domestique.

Ainsi, d'après les chiffres officiels de l'OCDE et nos calculs[5], les volumes d'APD que les 23 pays du CAD ont octroyés en 2011 aux pays en développement ont baissé pour la première fois depuis 2006. L'analyse des données provisoires[6] semble confirmer cette tendance pour 2012.

Cette baisse du volume d'APD éloigne plus encore les membres du CAD de l'objectif de 0,7% du RNB (cf. graphique 2)[7]. De plus, la différence entre les dons d'APD effectivement versés (106 milliards USD en 2012) et ce que représenterait 0,7% du RNB de l'ensemble des pays du CAD (305 milliards USD en 2012) s'élève à près de 200 milliards USD.

La tendance à la stagnation, voire à la baisse, des dons et à l'augmentation des montants que les bailleurs octroient sous forme de prêts est inquiétante. Selon les chiffres officiels de l'OCDE[8], tous les bailleurs enregistrent une augmentation des versements sous forme de prêts dont le total est passé de 13,8 à 23 milliards USD (en prix constants) entre 2005 et 2011 (les chiffres 2012 ne sont pas encore disponibles). Tous les pays du CAD et les institutions de l'UE sont concernés. Les pays européens du CAD ont plus que doublé leur volume de prêts au cours de cette période.

De 3,3 milliards USD en 2005, il en atteignait 8,2 milliards en 2011. L'Allemagne et la France sont les principaux contributeurs avec respectivement 4 et 2,7 milliards USD de versements d'APD sous forme de prêts en 2011.*

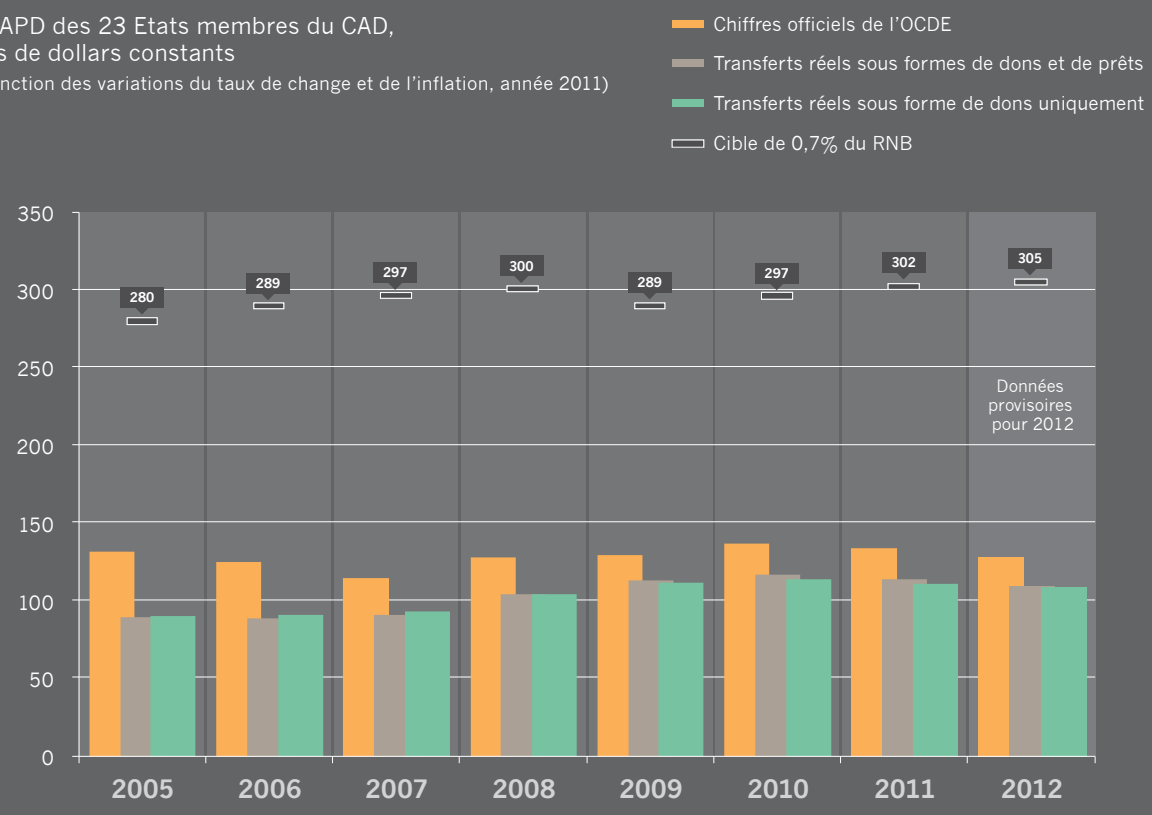
Quant aux institutions de l'UE, elles ont versé plus de 5,4 milliards USD de leur APD sous forme de prêts en 2011 soit près de dix fois plus qu'en 2005.

Les débats sont intenses quant à la comptabilisation des prêts au titre de l'APD. Nombreux sont ceux qui contestent cette pratique soit parce que les pays doivent rembourser le capital et les intérêts soit parce que d'importants volumes de prêts sont comptabilisés en tant qu'APD alors qu'ils ne rentrent pas strictement dans la définition de l'aide de l'OCDE[9], ou encore parce que ces prêts proviennent de ressources issues des marchés financiers[10].

* Les données pour 2012 ne sont pas encore disponibles.

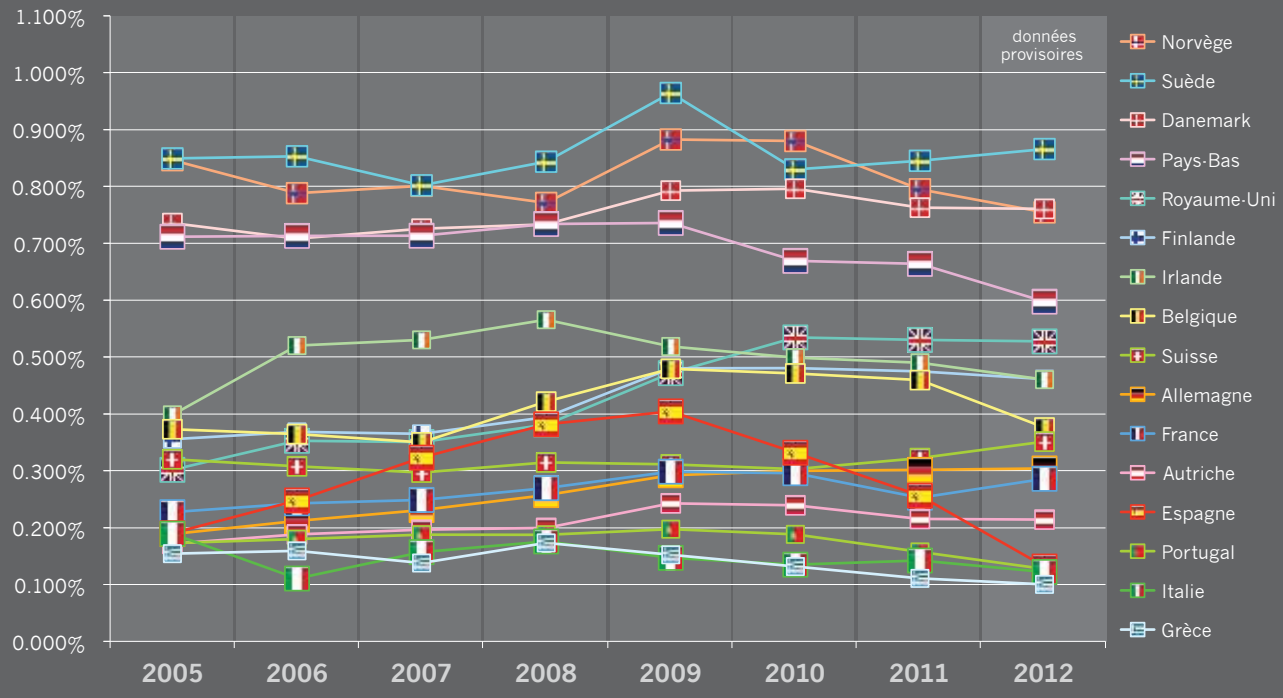
Graphique 2

Volumes d'APD des 23 Etats membres du CAD,
en milliards de dollars constants
(Ajustés en fonction des variations du taux de change et de l'inflation, année 2011)



Graphique 3

Transferts réels de dons en proportion du RNB des membres européens du CAD.
(Ajustés en fonction des variations du taux de change et de l'inflation, données provisoires pour 2012)



Les bailleurs augmentent la part de prêts dans leur aide publique au développement reportée à l'OCDE.

COMPARER L'APD D'UN PAYS À SA CAPACITÉ ÉCONOMIQUE

Les pays bailleurs connaissent des situations économiques et des budgets de fonctionnement différents. C'est pourquoi il n'est pas pertinent de comparer les volumes d'APD absolus sans tenir compte des ressources disponibles.

Fixer des objectifs et analyser l'APD en pourcentage du RNB est un moyen plus équitable de comparer l'engagement des pays.

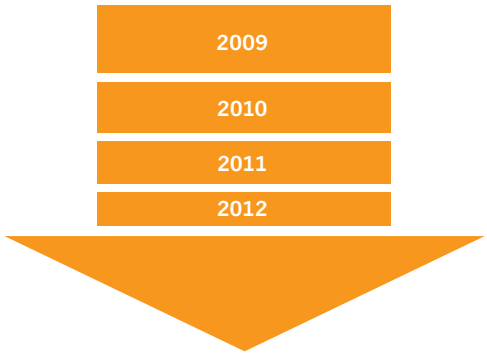
C'est le sens de l'objectif fixé à 0,7% du RNB pour l'APD totale et à 0,1% pour l'APD santé. Ces indicateurs permettent de comparer la contribution de chaque bailleur selon sa capacité économique.

Les 23 pays du CAD ont collectivement échoué à atteindre l'objectif de 0,7% de leur RNB et le montant de leur contribution baisse au regard de leur capacité économique.

Le montant total d'APD sous forme de dons, pour tous les pays du CAD confondus, ne représentait ainsi que 0,26% du RNB en 2011 contre 0,27% en 2009. Les données provisoires pour 2012 font apparaître une nouvelle baisse à 0,25% du RNB.

Parmi les 17 pays européens du CAD[11], seuls le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède ont atteint l'objectif de 0,7% en 2012.

Les pays européens du CAD collectivement enregistrent depuis 2009 une baisse de leur APD en pourcentage du RNB. En 2012, celle-ci chute à 0,35%.



Les pays européens du CAD collectivement enregistrent depuis 2009 une baisse de leur APD en pourcentage du RNB qui chute à 0,35% en 2012.

0.35%

Les montants d'APD sous forme de dons sont en chute constante depuis 2011.

POUR CONCLURE

Certains pays économiquement puissants sont les plus gros contributeurs d'APD en volume absolu et semblent être les plus généreux. Pourtant, lorsque l'on regarde leur capacité économique, ces mêmes pays se révèlent au contraire de bien piètres bailleurs. Leurs efforts financiers sont en effet très faibles au regard de leur potentiel d'aide.

Aide publique au développement : résultats clés

- Les transferts effectifs d'APD sous forme de dons aux pays en développement ont augmenté entre 2006 et 2010. Cette tendance positive s'est inversée en 2011 et les données provisoires pour 2012 confirment cette tendance.
- La différence entre les dons d'APD effectivement versés (106 milliards USD en 2012) et ce que représenterait 0,7% du RNB de l'ensemble des pays du CAD (305 milliards USD en 2012) s'élève à près de 200 milliards USD.
- L'APD de la plupart des membres du CAD représente des pourcentages toujours plus faibles de leur RNB. Certains pays ont d'ailleurs procédé à des coupes sévères dans leurs contributions. De fait, celles-ci baissent en comparaison avec la capacité économique des pays, et l'atteinte de l'objectif de 0,7% du RNB s'éloigne de plus en plus.
- Les bailleurs augmentent le montant des prêts qu'ils incluent dans les calculs de leur APD. Or, les prêts sont non seulement un outil d'aide au développement moins puissant mais également un outil controversé dans la mesure où les pays en développement doivent finalement rembourser le capital et les intérêts.

Tendance à retenir pour chaque pays analysé dans ce rapport

- Le pourcentage du RNB versé par la France sous forme de dons effectifs est passé de 0,23% en 2006 à 0,3% en 2010. Il est retombé à 0,25% en 2011 et, selon les chiffres provisoires[12], il stagnerait à ce niveau en 2012.
- La contribution de l'Allemagne est passée de 0,19% en 2006 à 0,30% en 2009. Elle s'est maintenue à ce niveau jusqu'en 2012. D'après les chiffres provisoires pour 2012, cette légère augmentation est cependant très incertaine dans la mesure où l'OCDE a dû revoir à la baisse le montant des dons pour l'année 2011.
- L'APD de l'Italie s'élevait à 0,19% de son RNB en 2005 avant de fluctuer puis, suite à des coupes importantes opérées dans le budget consacré au développement international, de chuter à 0,12% (selon les chiffres provisoires de 2012).
- Les Pays-Bas ont atteint l'objectif de 0,7% entre 2007 et 2009. Mais les transferts sous forme de dons ont depuis enregistré une baisse importante pour retomber à 0,66% en 2011. Cette baisse sera, selon toute vraisemblance, encore plus sévère en 2012.
- L'Espagne enregistre les coupes les plus drastiques. En effet, après avoir massivement augmenté son APD entre 2005 et 2009 et atteint le niveau historique de 0,40% du RNB, l'Espagne est retombée à 0,26% en seulement deux ans. D'après les chiffres provisoires pour 2012, l'Espagne aurait procédé à de nouvelles coupes dans son APD qui serait aujourd'hui proche du niveau de l'Italie, soit environ 0,13% de son RNB.
- Le Royaume-Uni a considérablement augmenté son APD qui est passée de 0,33% à 0,53% du RNB entre 2007 et 2010. Depuis lors, elle stagne à ce niveau bien que le pays se soit engagé à atteindre l'objectif de 0,7% pour le budget 2013-2014.

Performances des bailleurs européens pour la santé mondiale

La tendance à la baisse de l'APD santé en pourcentage du RNB est générale chez les bailleurs européens. Même les pays traditionnellement considérés comme les « champions » de la santé pour avoir atteint l'objectif de 0,1%, semblent reculer. Seul le Royaume-Uni fait exception en augmentant sa part d'APD santé en pourcentage du RNB.

En 2001, la Commission macroéconomie et santé de l'OMS concluait que l'objectif d'accès universel aux soins pourrait être atteint dans presque tous les PFR si les contributions pour la santé des bailleurs du CAD s'élevaient au minimum à 0,1% de leur RNB. Ce pourcentage correspondait au niveau d'investissements requis pour combler le fossé entre les dépenses actuelles de santé et le minimum de 44-60 USD à atteindre par habitant et par an. Seuls quelques pays du CAD ont respecté cette recommandation.

Plus inquiétant encore, et c'est que montre le graphique 4, la tendance à la baisse de l'APD santé en pourcentage du RNB est générale chez les bailleurs européens. Même le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, traditionnellement considérés comme les « champions » de la santé pour avoir atteint l'objectif de 0,1%, semblent reculer.

Seul le Royaume-Uni fait exception en augmentant sa part d'APD santé en pourcentage du RNB. Parmi les pays cibles du rapport, il est ainsi le seul bailleur à avoir consacré 0,1% de son RNB à la santé mondiale en 2011.

Les Pays-Bas et l'Espagne sont au contraire les pays qui ont réduit le plus sévèrement leur contribution à la santé mondiale depuis 2010. L'Italie opérait ce changement dès 2009. Rien qu'entre 2010 et 2011, l'Espagne a diminué son APD pour la santé de 45% tandis que l'Italie enregistrait une baisse de 60% pour la seule année 2009.

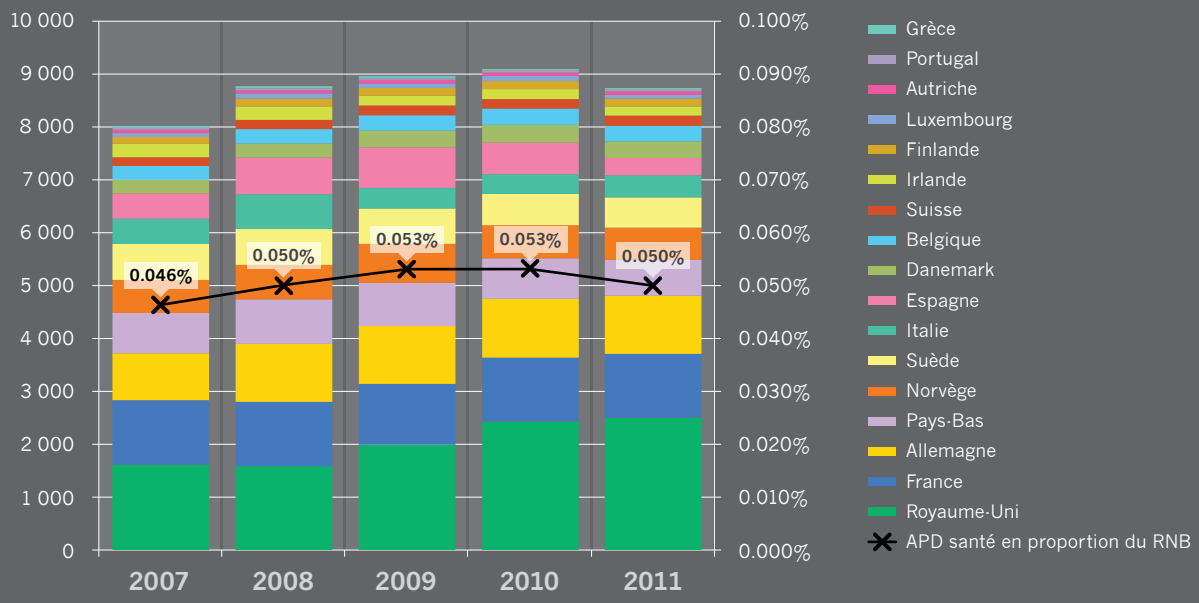
Parmi les pays européens du CAD, l'Italie est aujourd'hui avec l'Autriche, la Grèce et le Portugal, l'un des plus faibles contributeurs d'APD santé.

Établies entre 0,019% et 0,031% du RNB, les contributions de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne pour la santé sont particulièrement faibles au regard de leur capacité économique. En outre, la différence entre le montant effectif d'APD consacré par l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la France à la santé et ce qu'il devrait être si l'objectif de 0,1% du RNB était rempli s'élève à plus de 7 milliards USD (cf. Graphique 5). Cette somme permettrait d'assurer la prise en charge, le traitement et les soins de 13 millions de séropositifs et ainsi de remplir l'objectif fixé par le plan d'investissement de l'ONUSIDA pour 2015[13 14].

Facteur déterminant pour de nombreux autres aspects du développement, la santé est un pilier de la stratégie du Royaume-Uni en matière de développement. Elle représente d'ailleurs 18,7% de son portefeuille de projets. Ce pourcentage était chez tous les autres pays cibles de ce rapport inférieur à 15% en 2011. Il atteignait même des seuils inacceptables à moins de 10% pour l'Allemagne (9,4%) et l'Espagne (8,5%), dons et prêts combinés. Enfin, avec seulement 8,1% de leur APD consacrée à la santé, les institutions de l'UE ont la marge de progression la plus grande dans ce domaine.

Graphique 4

APD santé sous forme de dons des membres européens du CAD 2007-2011,
en millions USD constants



Graphique 5

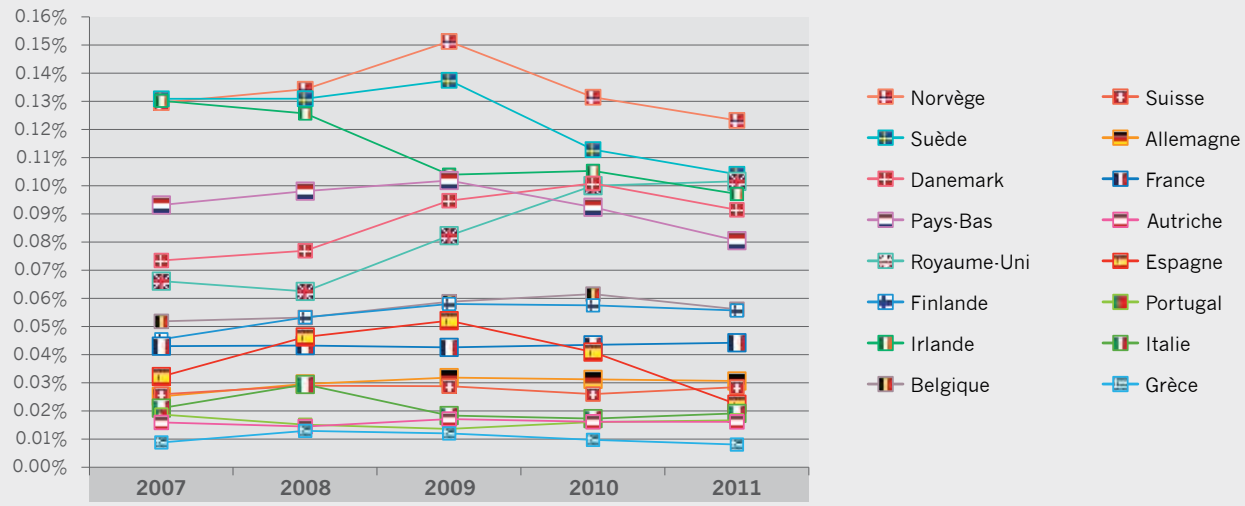
Composantes de l'APD santé en 2011,
en millions USD courants

Dans la plupart des pays européens, le pourcentage du RNB consacré à l'APD santé est en baisse ou reste stable à un faible niveau.

L'APD santé : résultats clés des pays du rapport

- Dans la plupart des pays européens, le pourcentage du RNB consacré à l'APD santé est en baisse ou reste stable à un faible niveau. Le Royaume-Uni fait exception : il a constamment augmenté son APD santé depuis 2008 et atteint en 2011 l'objectif de 0,1% du RNB.
- Les Pays-Bas (bien que le pays figure encore au deuxième rang des pays cibles de ce rapport) et l'Espagne enregistrent les baisses les plus sévères de l'APD santé depuis 2010.
  - L'APD santé des Pays-Bas a diminué de 0,094% à 0,078% de son RNB. Ce pourcentage reste certes très bon mais la baisse est décevante.
  - L'APD santé espagnole est tombée de 0,053% à 0,022% du RNB entre 2009 et 2011. Cette tendance devrait se poursuivre les prochaines années.
- La contribution de l'Allemagne sous forme de dons reste faible au regard de la capacité économique du pays. Affichant un niveau de 0,031% du RNB, elle est très en-deçà des recommandations de l'OMS.
- Les montants d'APD santé de la France sont relativement stables. Mais avec seulement 0,045% du RNB, elle n'atteint pas la moitié du pourcentage recommandé par l'OMS.
- La contribution de l'Italie à la santé mondiale a beaucoup baissé depuis 2009. Elle plafonne aujourd'hui entre 0,017% et 0,019% du RNB.
- L'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Italie restent largement en-deçà de l'objectif de 0,1% du RNB affecté à la santé mondiale.

Graphique 6



APD santé des membres européens du CAD en proportion de leur RNB, de 2007 à 2011.

Qui paie pour la santé ? Un fardeau qui pèse sur les patients

Qui paie pour la santé ? Un fardeau qui pèse sur les patients

Dans la plupart des pays en développement, le système de santé est financé par les gouvernements nationaux, l'aide internationale et les usagers des services, c'est-à-dire les patients eux-mêmes. Si en théorie les États devraient être les principaux contributeurs, la réalité est toute autre. Dans ces pays, environ 30% des dépenses de santé sont en effet à la charge des familles.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU KENYA

Le gouvernement du Kenya contribue à hauteur de 34,1% des dépenses de santé et l'aide internationale à 30%. Avec 35,9% restants, les ménages ou usagers des services de santé sont de fait les plus grands contributeurs.

Dans le système de santé du pays, ce sont aujourd'hui les patients qui assument la part la plus importante des coûts des soins au moment où ils les reçoivent. Ce mécanisme de financement part du principe que la majorité des kenyans a les moyens de payer alors que les exemptions et les dérogations sont limitées et ne protègent ni les plus pauvres ni les plus vulnérables. Pourtant près de 42% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

Les plus privilégiés peuvent payer pour leur santé. En revanche, pour de nombreux ménages, la charge financière des soins pèse lourd. Une étude menée en 2007 révélait que 19% des ménages interrogés sollicitaient leurs amis ou leur famille pour les aider à payer les frais de santé, tandis que 7% empruntaient de l'argent et 7% vendaient des biens (terrains, animaux d'élevage, etc.) pour assumer ces frais. Moins de 1% des ménages les plus aisés ont eu recours à cette solution.
Au-delà des chiffres, les manières dont les familles démunies et les riches agissent face à la maladie diffèrent singulièrement.

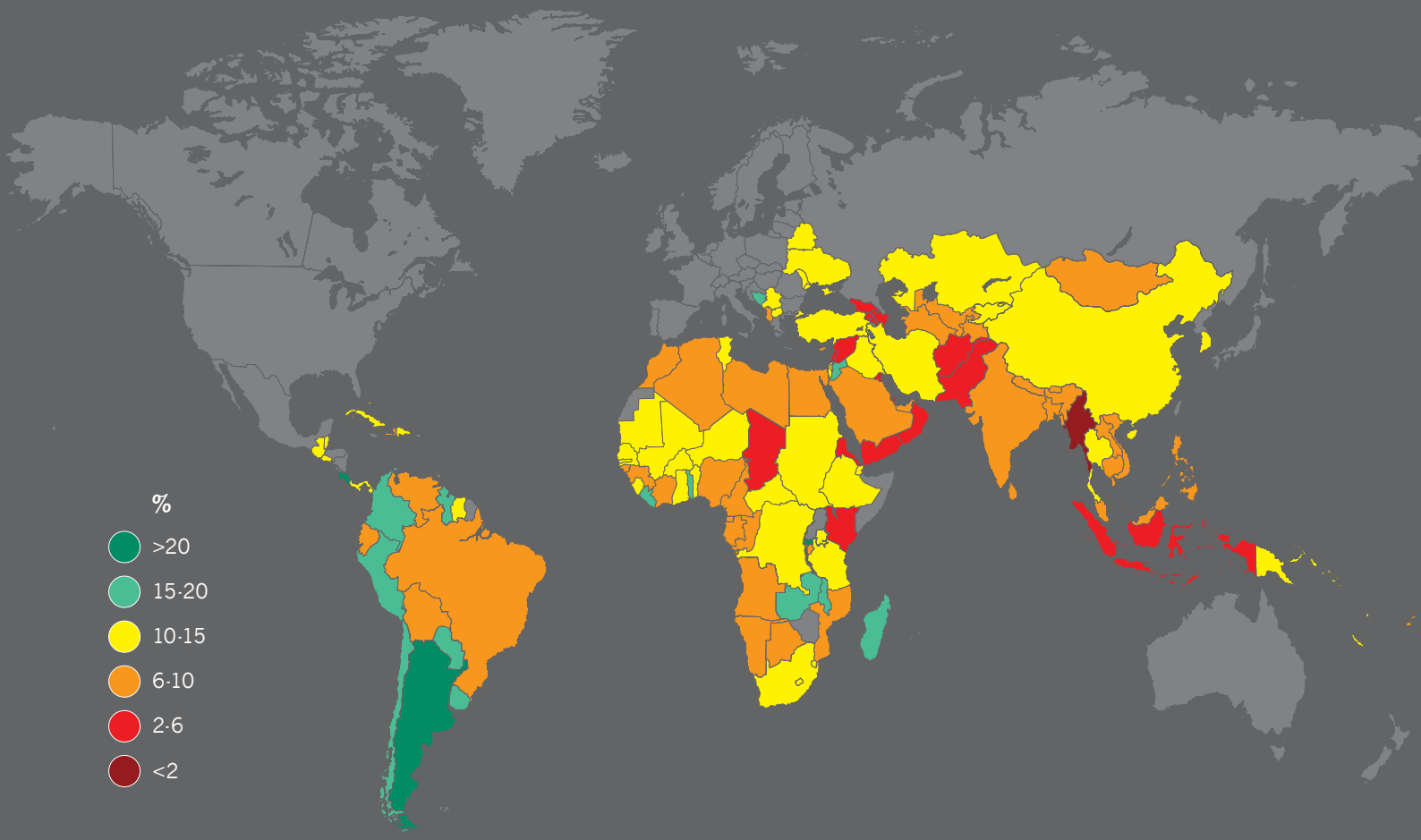
Lorsqu'elles sont malades, les populations aisées consultent un médecin dans un centre de santé, sans que cela n'affecte leur situation financière dans la mesure où leur assurance médicale privée prend les frais en charge. La situation est toute autre pour les populations pauvres.

Lorsque l'un des siens tombe malade, la famille indigente attend de voir s'il se rétablit sans intervention médicale. Si son état ne s'améliore pas, la famille achètera peut-être des médicaments au kiosque local qui dispose en général d'un assortiment d'analgésiques et d'antipaludéens, le plus souvent inutiles voire périmés. Puis, elle fera appel aux "mitishamba", les herbes traditionnelles, en automédication ou prescrites par l'herboriste local.

Ce n'est que lorsque toutes ces pistes ont échoué, que la famille s'adressera à une structure de santé publique officielle. Elle le fera d'ailleurs au prix de lourds sacrifices, par exemple en vendant des biens pour payer le transport jusqu'à la structure de santé ainsi que la consultation et les traitements.

Etude de cas présentée par Kenya AIDS NGO Consortium (KANCO). [15]

Part du budget général dédiée à la santé (2011)



Améliorer l'accès des plus pauvres à la santé : une décision politique

Les gouvernements doivent tout mettre en œuvre pour augmenter la part du financement public à la santé. Une politique de financement de la santé effective est primordiale pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS, les gouvernements doivent financer plus équitablement la santé grâce à des mécanismes systématiques de prépaiements progressifs qui s'appuient sur les recettes fiscales afin que les patients n'aient plus à payer de leur poche. La mutualisation à grande échelle des risques et des ressources est incontournable pour redistribuer les ressources des populations riches et en bonne santé aux familles pauvres et malades.[16]

Le gouvernement kenyan, comme beaucoup d'autres dans les pays en développement, alloue trop peu de ressources à la santé. Entre 2010 et 2011, elles représentaient à peine 5,9% des dépenses publiques du pays.

Les ministres africains de la santé se sont rencontrés en 2001 à l'occasion d'un sommet spécial à Abuja. Dans une déclaration commune, ils se sont engagés à allouer 15% de leur budget national à la santé. Seuls le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Rwanda, le Togo et la Zambie ont rempli l'objectif fixé par la Déclaration d'Abuja. Quelques pays dont Djibouti, l'Éthiopie, le Lesotho et le Swaziland s'en approchent. La majorité des pays africains en sont cependant loin.

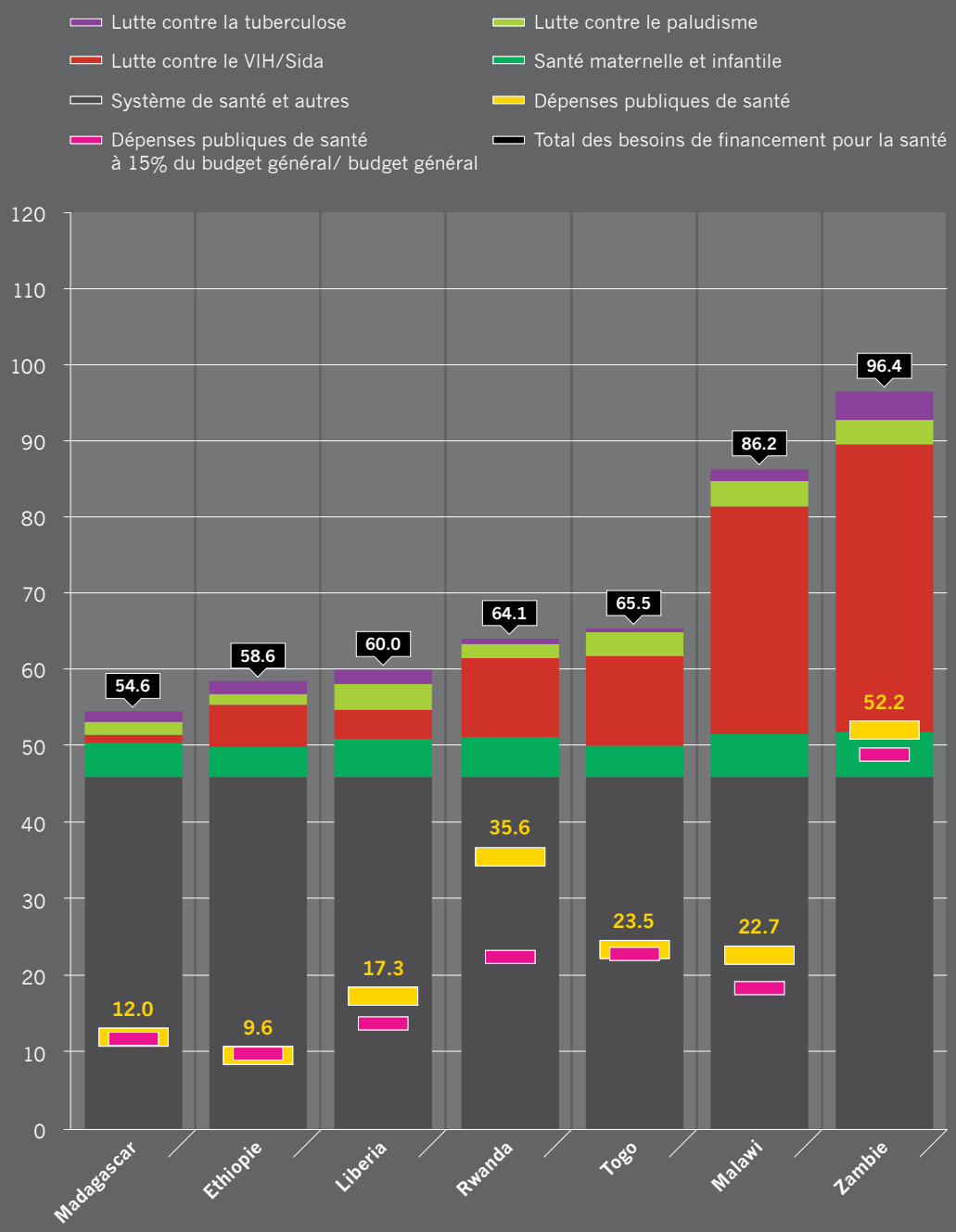
De plus, et c'est ce que montre le graphique 7, même des pays comme le Malawi, le Rwanda et la Zambie, dont les dépenses de santé dépassent l'engagement d'Abuja, ne mobilisent pas suffisamment de ressources pour couvrir les besoins sanitaires essentiels de leurs populations.
Les gouvernements de pays pauvres pourraient vraisemblablement adopter des politiques d'imposition progressive et d'allocation budgétaire qui permettraient d'augmenter les recettes publiques pour la santé. Mais aujourd'hui, l'aide internationale est fondamentale pour lutter contre les principales barrières d'accès aux soins que sont le paiement direct, la faible répartition géographique des structures de santé ainsi que d'autres déterminants culturels et sociaux tels que le sexe et l'origine ethnique des patients.

L'UE et ses États membres se sont engagés à accélérer la réalisation des OMD avant 2015. Certains objectifs ne seront vraisemblablement pas atteints d'ici là mais les négociations en cours sur le cadre de l'après 2015 offrent à l'UE une magnifique opportunité de promouvoir les objectifs les plus en retard, dont la santé.

Un accès équitable à la santé est indissociable d'un développement durable et inclusif. Les bailleurs de l'UE ont un rôle moteur à jouer dans l'atteinte de cet objectif. Ils doivent pour cela respecter leurs engagements et garantir des financements suffisants.

Graphique 7

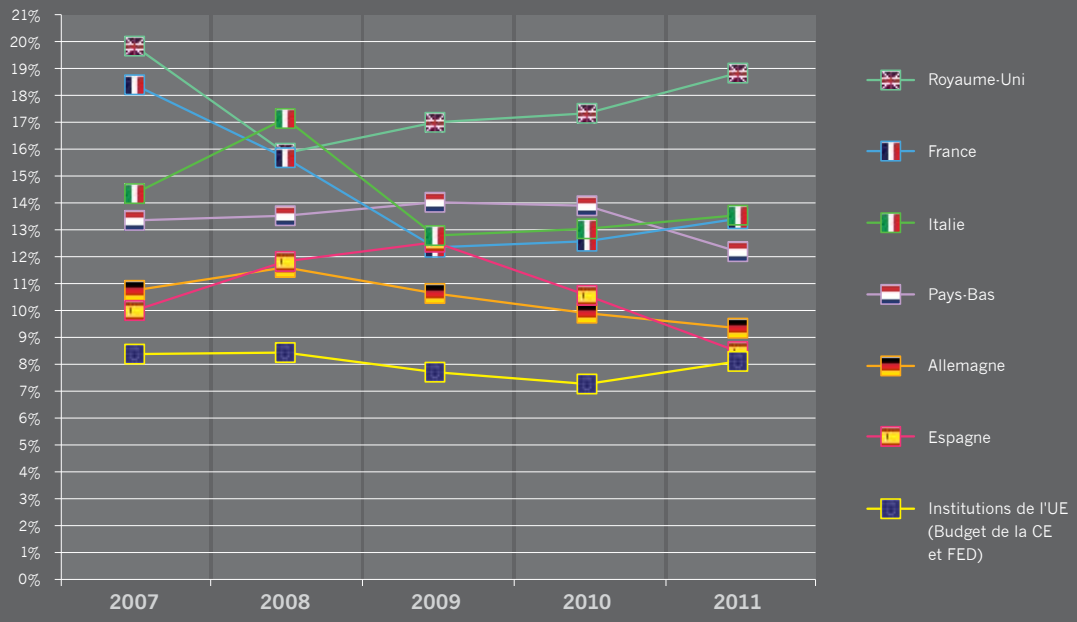
Pays à faible revenu qui ont atteint l'objectif d'Abuja : Ressources minimum nécessaires à la santé selon les critères épidémiologiques et les dépenses publiques de santé par tête, 2011 (en USD de 2010)



Cette analyse se fonde sur les documents d'évaluation des PFR et des plans mondiaux de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme de l'OMS ainsi que des critères épidémiologiques pour la distribution des ressources par pays.

Graphique 8

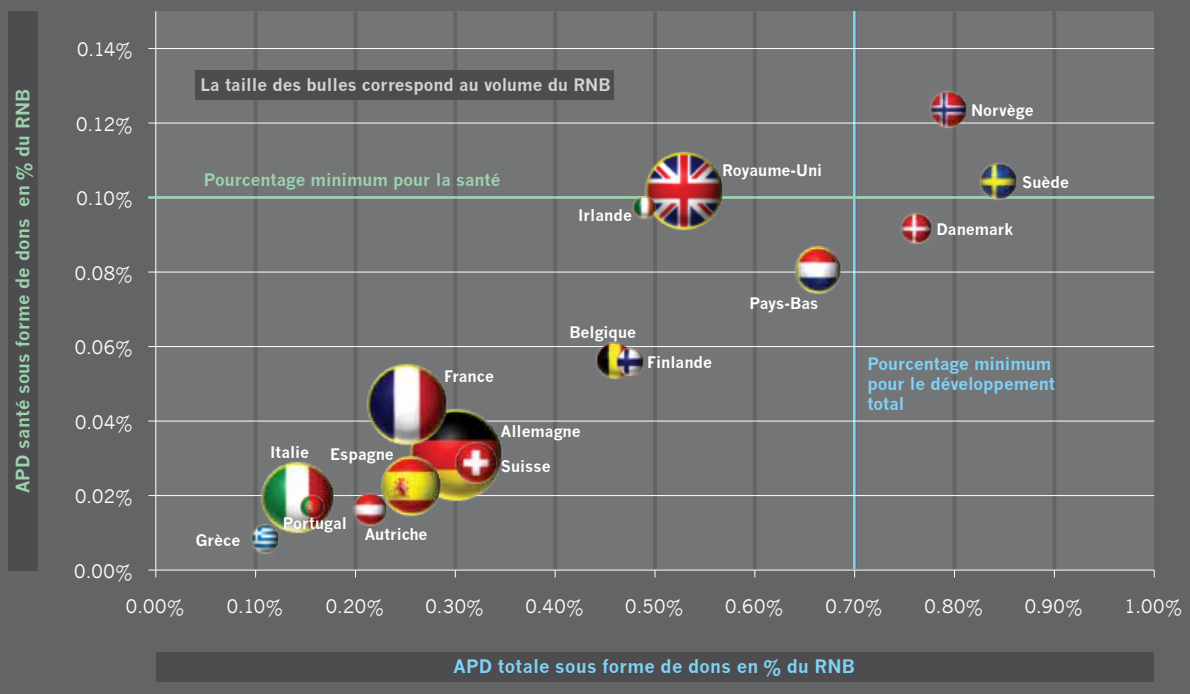
Part de l'APD totale dédiée à la santé (sous formes de prêts et de dons) 2007-2011



Graphique 9

Dons d'APD versés par les pays européens du CAD comparés à leur capacité économique (basée sur le RNB en 2011)

(Le calcul des dons tient compte du solde des prêts d'APD, y compris le remboursement des intérêts.)



Comment consacrer plus de ressources à la santé ?

Des ressources additionnelles pour la santé

De nombreux pays sont confrontés à la crise économique. Malgré cela, des mécanismes de financements additionnels à l'APD sont mis en place, ou le seront bientôt, pour aider les bailleurs à atteindre leurs objectifs en matière de développement et de santé mondiale.

LA TAXE SUR LES TRANSACTIONS FINANCIÈRES : UN OUTIL PROMETTEUR

En janvier 2013, 11 États membres (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Estonie, France, Grèce, Italie, Portugal, Slovaquie et Slovénie) se sont entendus pour mettre en place dans leur pays une taxe sur les transactions financières (TTF) dans le cadre de la procédure de coopération renforcée.

Selon les modalités actuelles, cette taxe pourrait rapporter 35 milliards EUR par an. Les affecter au financement du développement est une formidable opportunité d'augmentation durable des montants d'APD et d'APD pour la santé.

La France a d'ores et déjà introduit une TTF à petite échelle et alloué des ressources à la santé. Elle aurait certes pu montrer plus de volontarisme et assurer l'additionnalité de la part dédiée à la santé. Cela illustre en fait la « fongibilité des fonds » car la France a dans le même temps baissé la part du budget de l'État dédiée à l'APD santé si bien que le montant total des ressources allouées à la santé mondiale est finalement resté stable. C'est pourquoi les organisations de la société civile se mobilisent pour que la TTF ne se substitue pas aux financements déjà alloués mais qu'elle s'y ajoute et permette au contraire de combler le fossé entre l'APD consacrée à la santé et les fonds nécessaires pour financer adéquatement la santé mondiale.

La TTF permettrait de financer durablement et à long-terme le développement. Son introduction à l'échelle européenne représente une chance extraordinaire de sécuriser le financement pérenne du développement. Les financements innovants doivent être additionnels à l'APD au lieu de s'y substituer et ne doivent pas servir de prétexte pour réduire l'effort budgétaire consacré au développement et à la santé mondiale.

José Manuel Barroso

Président de la Commission Européenne

"C'est une question d'équité… Il est temps que le secteur financier contribue à la société."

AUTRES MÉCANISMES FINANCIERS INNOVANTS

Taxe sur les billets d'avion

La France a créé une taxe sur les billets d'avion pour financer la santé mondiale. Semblable à la TTF, cette taxe directement prélevée sur un produit de loisir est ensuite affectée au financement des systèmes de santé des pays en développement. Neuf pays l'ont déjà adoptée, dont six en Afrique.

185 millions €

levés par la France en 2012

Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)

L'IFFIm a été mise en place en 2006 à l'initiative du Royaume-Uni pour assurer la disponibilité et la prévisibilité de fonds destinés à la vaccination. Ce mécanisme s'appuie sur les engagements à long terme des bailleurs de fonds qui servent de garantie pour émettre des obligations cotées AAA. Celles-ci permettent alors de mobiliser de larges volumes de financements immédiatement disponibles. Depuis sa création, cet outil novateur a permis de lever 3,4 milliards USD.

US$ 3.4 milliards

collectés par l'IFFIm de 2006 à 2012

Contributions du secteur privé

La mise à contribution du secteur privé pour renforcer le financement du développement international est également à l'étude. Les Pays-Bas et d'autres pays appellent à la « rentabilité de l'aide » et s'efforcent d'inclure l'apport du secteur privé dans l'APD. Les contributions privées ne sauraient pourtant être considérées comme de l'APD. Pour le secteur de la santé, ces contributions se résument à des investissements d'infrastructures dont les montants sont limités. C'est pourquoi AfGH n'en a pas tenu compte dans le cadre de ce rapport.

Le chapitre suivant examine de plus près l'APD pour la santé des institutions de l'UE et des pays européens membres du CAD ciblés dans ce rapport.

Recommandations

A l'intention des décideurs politiques et des agences de développement :

1. Les Etats membres de L'Union Européenne doivent réaffirmer leur engagement de consacrer 0,7% de leur RNB à l'APD. La date limite pour réaliser ces engagements doit être programmée selon un calendrier pragmatique, avec des cibles à atteindre chaque année.

2. Dans le cadre des engagements pris par chaque pays en ce qui concerne l'APD, 0,1 % du RNB doit être consacré à combler le déficit de financement existant en matière de soins de santé, selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

3. La politique étrangère des gouvernements considère l'APD comme une partie fondamentale des relations internationales, du commerce durable et des stratégies de partenariat. Or les montants d'APD doivent être préservés pour que le financement de la santé reste prévisible.

4. Les gouvernements doivent s'engager à augmenter le volume de la contribution à l'APD par l'intermédiaire de mécanismes financiers innovants, comme la taxe sur les transactions financières*.

5. Le prochain cadre mondial en faveur du développement doit inclure une responsabilité partagée mais différenciée en ce qui concerne le financement des soins de santé, entre les pays donateurs et les pays destinataires, telle qu'elle est définie dans l'approche relative à la couverture sanitaire universelle.

* La taxe sur les transactions financières (TTF), ou taxe « Robin des bois », consiste en un prélèvement très faible (entre 0,005 % et 0,5 %) sur une sélection de produits du secteur financier, comme les actions, les obligations, les opérations de change et les produits dérivés.

À l'intention de l'OCDE et des agences de développement :

1. La réalisation d'une étude est nécessaire pour déterminer les modalités d'APD (dons, prêts, dépenses dans le pays) les plus profitables à la réalisation des objectifs de développement.

2. Reporting de l'APD : un codage plus spécifique des projets est souhaitable, avec des méthodes permettant de coder les dépenses en fonction de plusieurs objectifs, pour que les données de l'OCDE soient encore plus précises.

3. Assurance qualité : un contrôle de la qualité du reporting des bailleurs est nécessaire, ainsi que l'octroi d'un soutien approprié pour garantir l'exhaustivité et l'exactitude des informations.

À l'intention de la société civile :

1. La société civile doit prendre part à une analyse de l'APD pays par pays, qui propose une image transparente de la composition de l'APD et développer un suivi rigoureux, afin de garantir que les gouvernements respectent leurs engagements.

2. La société civile doit travailler en partenariat avec les pouvoirs publics pour témoigner de l'impact et de la valeur de l'APD relative à la santé, tout en demandant des comptes aux gouvernements.

Profils des bailleurs

QUI PAIE POUR LA SANTÉ? **RAPPORT ANNUEL**

Les institutions de l'Union européenne

La santé apparait toujours comme une composante clé du développement humain pour la politique de développement de l'UE. Toutefois, les nouvelles orientations stratégiques du « Programme pour le changement » font peser de sérieuses inquiétudes sur l'avenir du soutien financier au secteur de santé.

L'Union européenne est membre à part entière du CAD de l'OCDE et rend compte de l'aide au développement qu'elle déploie en tant qu'« Institutions de l'Union européenne ».

L'aide publique au développement des institutions de l'UE comprend :

* les dépenses pour le développement dans le cadre du budget général de l'UE
* le Fonds européen de développement (FED)
* les bonifications d'intérêts destinées à alléger les conditions d'emprunt ainsi que les fonds administrés par la Banque européenne d'investissement (BEI)[17].

Le budget de développement de l'UE et le FED sont gérés par la Commission européenne (CE), l'instance exécutive de l'UE composée des 28 États membres. Son APD a beaucoup évolué ces deux dernières années.

Sa nouvelle politique de développement, intitulée « Programme pour le changement », et la politique d'appui budgétaire incarnent un programme plus large qui donne la priorité au développement humain, à la démocratie et à la gouvernance[18].

La santé y apparait toujours comme une composante clé du développement humain, au même titre que l'éducation, l'accès à l'emploi et la protection sociale. Toutefois, les nouvelles orientations stratégiques du « Programme pour le changement » font peser de sérieuses inquiétudes sur l'avenir du soutien financier au secteur de santé.

En novembre 2013, les institutions et les États membres de l'UE ont adopté le Cadre financier pluriannuel (CFP) 2014-2020. Des négociations sont en cours pour définir le détail des budgets de mise en œuvre des principes du « Programme pour le changement ».

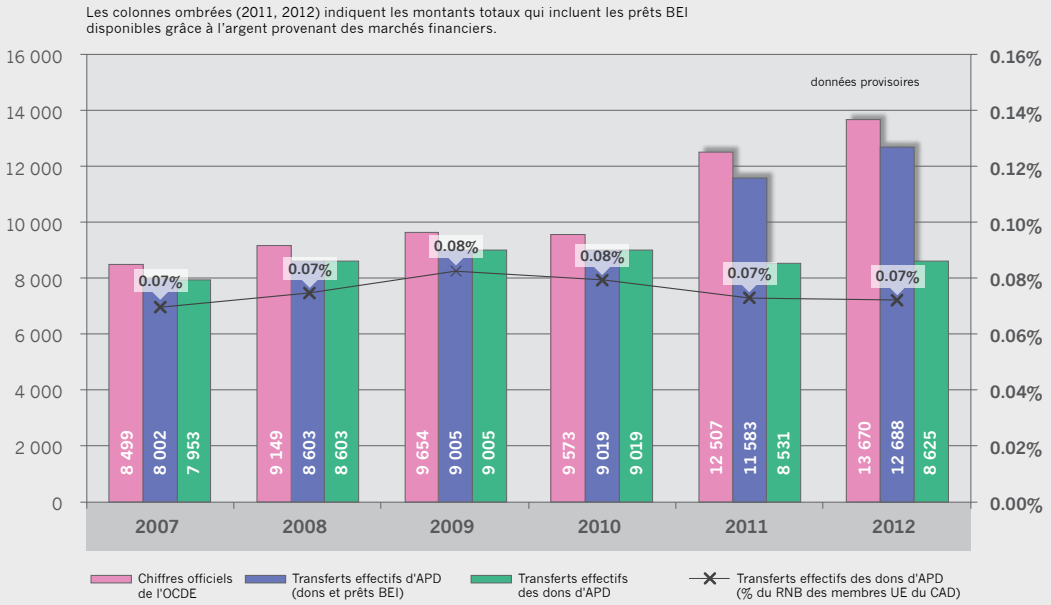
Sont notamment en jeu le budget de l'Instrument de coopération au développement (ICD) à son niveau actuel (17,4 milliards EUR) selon la dernière proposition de la CE[19] et la garantie d'une allocation de 20% minimum de toute l'aide au développement de l'UE[20] pour la santé et à l'éducation de base.

Selon les chiffres officiels de l'OCDE, le montant total d'APD des institutions de l'UE a régulièrement augmenté au cours des dernières années. Elle est passée de 8,5 à 12,5 milliards EUR entre 2007 et 2011, puis à 13,7 en 2012. L'augmentation la plus importante a été enregistrée entre 2010 et 2011 avec un bond de 9,6 à 12,5 milliards EUR.

Le total des transferts effectifs d'APD a connu une courbe similaire au cours de la période 2010-2011 : de 9 milliards EUR en 2010, ils ont atteint 11,6 milliards en 2011, puis 12,7 milliards en 2012.

Cette augmentation ne touche toutefois pas les dons qui ont au contraire diminué de 9 à 8,5 milliards EUR entre 2010 et 2011. Ils s'établiraient autour de 8,6 milliards EUR selon les chiffres provisoires pour 2012.

Graphique 10



Institutions de l'UE – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut des membres européens du CAD)

Jusqu'en 2011, les dons gérés par la CE ainsi que les bonifications d'intérêts destinées à alléger les prêts consentis par la BEI aux pays en développement entraient dans le calcul des contributions totales d'APD des institutions de l'UE. Les prêts et fonds de l'UE gérés par la BEI en étaient en revanche exclus.

Nos calculs semblent suggérer que l'APD des institutions de l'UE a augmenté de plus de 3 milliards EUR (environ 5 milliards USD) depuis 2010. Dans les faits, cette augmentation apparente n'est que le reflet d'un changement de définition dans le système de notification de l'OCDE.

Dans l'édition 2012 de ce rapport, nous saluions les bonnes pratiques apparentes[21] des institutions de l'UE qui, au cours de la période 2007-2010, excluaient les prêts du calcul de leur APD.

Les nouvelles lignes directrices dans la manière de rendre compte de l'APD et la décision du CAD d'inclure les prêts de la BEI dans l'APD des institutions de l'UE pourraient bien marquer l'émergence d'une tendance générale préoccupante.

Selon les estimations du secrétariat du CAD, si l'on tient compte des prêts de toutes les institutions financières multilatérales, les volumes globaux de l'aide pourraient ainsi être substantiellement gonflés d'environ 50 milliards USD par an.

Il est fondamental qu'au moins 20% de l'aide européenne totale soient alloués à la santé et à l'éducation de base

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

Dans le rapport publié l'année dernière, nous relevions que l'APD santé des institutions de l'UE enregistrait une baisse inquiétante de 725 à 655 millions EUR entre 2008 et 2010. Les montants sont repartis à la hausse en 2011 avec un total de 690 millions EUR (en transferts sous forme de dons) sans toutefois revenir au niveau atteint en 2008.

De tous les bailleurs du CAD ciblés dans ce rapport, les institutions de l'UE sont de fait, avec 8,1%, le donateur dont la part d'APD consacrée à la santé est la plus faible (en transferts effectifs de dons).

En 2011 cependant, l'APD santé ne représentait que 5,8% des dons d'APD effectifs contre 7,3% encore en 2010.

Trois facteurs expliquent cette baisse :

* les chiffres comprennent les prêts et reflètent donc le montant total de l'APD
* la nouvelle prise en compte des prêts de la BEI dans les calculs d'APD, augmentant la part totale
* l'importante augmentation de l'APD totale sans aucun fonds supplémentaire pour la santé.

L'analyse des contributions des institutions de l'UE par type de canaux de financement (graphique 11) montre que, depuis 2007, une large part d'APD santé (80%) a transité par des circuits bilatéraux.

En 2011, la CE a ainsi diminué l'APD allouée à la santé à travers l'appui budgétaire général en raison de la difficile mise en œuvre des programmes dans plusieurs États du groupe Afrique Caraïbes Pacifique (ACP)[22]. En revanche, elle a augmenté son financement des projets de santé bilatéraux.

Avec environ 100 millions EUR par an, le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose est le principal bénéficiaire de l'aide multilatérale des institutions de l'UE pour la santé. Cependant, la contribution versée en 2011 était inférieure de 14 millions EUR au montant promis[23].

L'Alliance GAVI était en 2008 et 2009 le deuxième plus gros bénéficiaire de l'aide multilatérale en faveur de la santé. Mais elle n'a plus reçu aucun soutien des institutions de l'UE en 2010 et 2011.

Perspectives

Les engagements bilatéraux des institutions de l'UE pour la santé ont atteint en 2011 leur niveau le plus bas. Malgré les engagements importants qui ont été faits (264 millions EUR[24] pour le secteur de la santé maternelle et infantile, dans le cadre de l'Initiative OMD ; 23 millions EUR pour le planning familial ; 23,5 millions USD pour GAVI ; renouvellement d'un partenariat bilatéral avec Madagascar dont un volet santé conséquent), il semble peu probable que les subventions allouées à la santé mondiale augmentent en 2012.

La société civile doit être vigilante quant aux décaissements des institutions de l'UE ces prochaines années et exiger des comptes sur les engagements qu'elles ont pris.

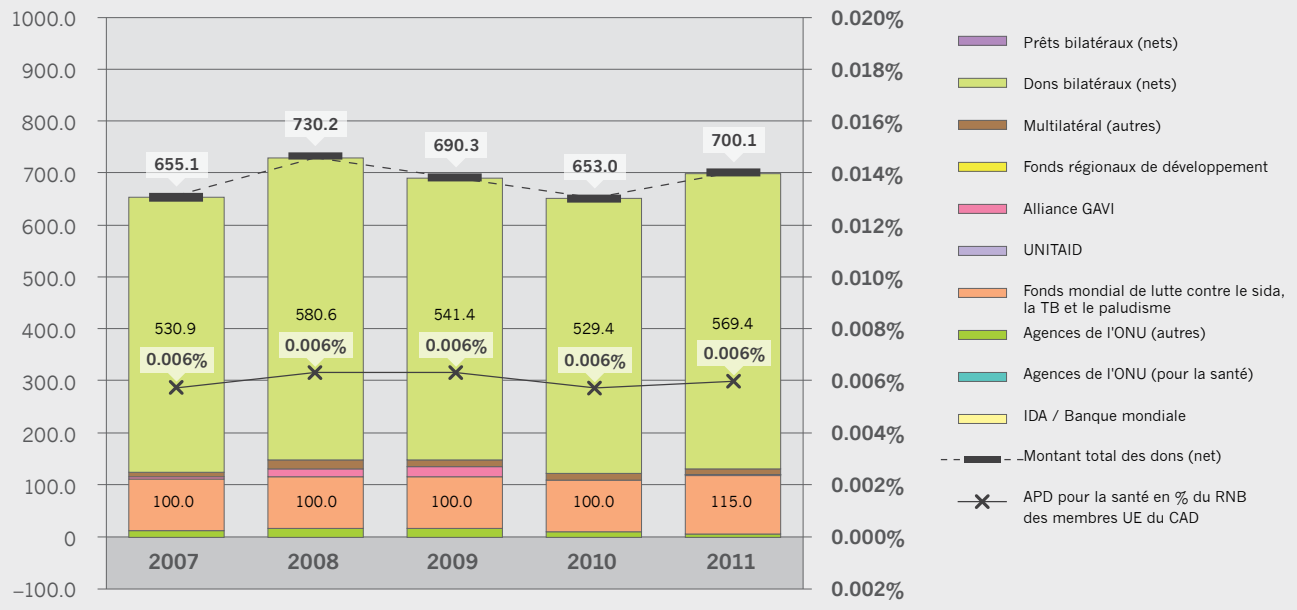
RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

* Les institutions de l'UE doivent défendre le budget de 17,4 millions EUR pour l'ICD pour 2014-2020 proposé par la CE.
* Les institutions de l'UE doivent consacrer au moins 20% de l'ICD aux secteurs de la santé et de l'éducation de base. Les programmes thématiques et géographiques définis dans le cadre de l'ICD doivent contribuer à cet objectif.
* Les États membres de l'UE et les pays ACP partenaires doivent consacrer au moins 20% des fonds du 11e FED à la santé et l'éducation de base.

Les engagements bilatéraux des institutions de l'UE pour la santé ont atteint en 2011 leur niveau le plus bas. Pourtant les institutions de l'UE ont pris de nombreux engagements en 2012.

Graphique 11



Institutions de l'UE – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

Recommandations politiques

- Dans le débat sur l'APD au sein du CAD de l'OCDE, les institutions de l'UE doivent exiger que les définitions de l'APD restent ciblées et spécifiques. Elles ne doivent pas être élargies pour prendre en compte tous les prêts (de toutes les institutions financières multilatérales), en particulier ceux qui ne sont pas "de nature concessionnelle"[25] [26].
- L'UE doit être plus transparente. Elle doit notamment renforcer la manière dont elle rend compte des projets avec une composante santé et ainsi améliorer le suivi de l'APD que ses institutions octroient à la santé (en particulier dans le cadre du « Programme pour le changement »).
- L'UE doit défendre la santé comme objectif spécifique du cadre de développement pour l'après 2015. Elle doit ainsi contribuer à pérenniser les financements qui permettront d'atteindre le droit à la santé pour tous.

Allemagne

En 2013, l'Allemagne a adopté un « cadre interministériel sur la santé mondiale ». Pour la première fois, toutes les agences gouvernementales concernées s'entendent sur une direction, des valeurs et une compréhension communes des activités menées en faveur de la santé mondiale. Reste à suivre si et comment cette approche permettra de gagner en cohérence.

Par ailleurs, et c'est l'autre point positif, l'Allemagne a rendu publique sa contribution annuelle et pris un nouvel engagement vis-à-vis du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. De plus, le pays occupe dorénavant un siège au Conseil du Fonds mondial et a accueilli un représentant de la société civile au sein de la délégation de la BMZ, le ministère fédéral chargé du développement. Pour rappel, le Fonds mondial est un sujet brûlant depuis que le gouvernement allemand l'a publiquement critiqué et gelé son soutien financier en 2011.

Bien que l'Allemagne n'ait pas encore été affectée par la crise de l'Euro, le monde politique et le grand public allemands se montrent prudents quant à l'évolution du contexte économique. Malgré cela, un sondage révélait que près de trois quarts (73%) des allemands approuvaient qu'il soit fait appel aux recettes de la TTF pour honorer les engagements pris par l'Allemagne au niveau international en faveur de la lutte contre la pauvreté et le changement climatique[27].

Ce résultat est donc encourageant dans la perspective de l'introduction d'une TTF dont les recettes contribueraient à la lutte contre la pauvreté.
D'un autre côté, la baisse des transferts effectifs d'APD de 8 705 millions EUR en 2011 à 8 542 millions en 2012 met fin à quatre ans d'augmentation de l'APD (depuis 2007).

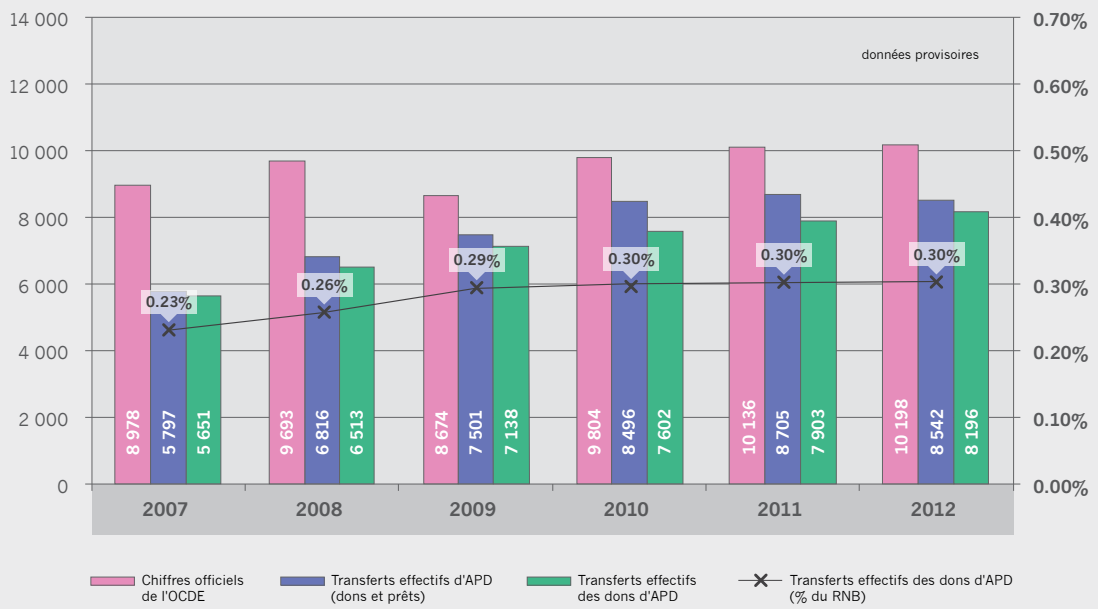
Si l'Allemagne est un donateur solide et figure au troisième rang des membres du CAD en volumes d'APD, sa performance en termes de capacité économique est en revanche beaucoup moins bonne (10e rang des pays du CAD). En 2012, l'Allemagne ne contribue à l'APD (en transferts effectifs) qu'à hauteur de 0,030% de son RNB. C'est moins de la moitié de l'engagement de 0,7% de son RNB qu'elle avait pris.

Comme en France, les prêts représentent une part de plus en plus importante de l'APD allemande. Le volume brut des prêts rapportés dans l'APD a ainsi plus que doublé entre 2007 et 2011, les chiffres provisoires de 2012 semblent toutefois indiquer une baisse.

La direction prise par l'Allemagne de réduire les fonds multilatéraux tout en augmentant en parallèle les dépenses bilatérales est également en train de prendre corps (plafond du tiers des investissements affectés à l'APD multilatérale). Cette évolution de doctrine politique est confirmée par l'accord de coalition de 2009.

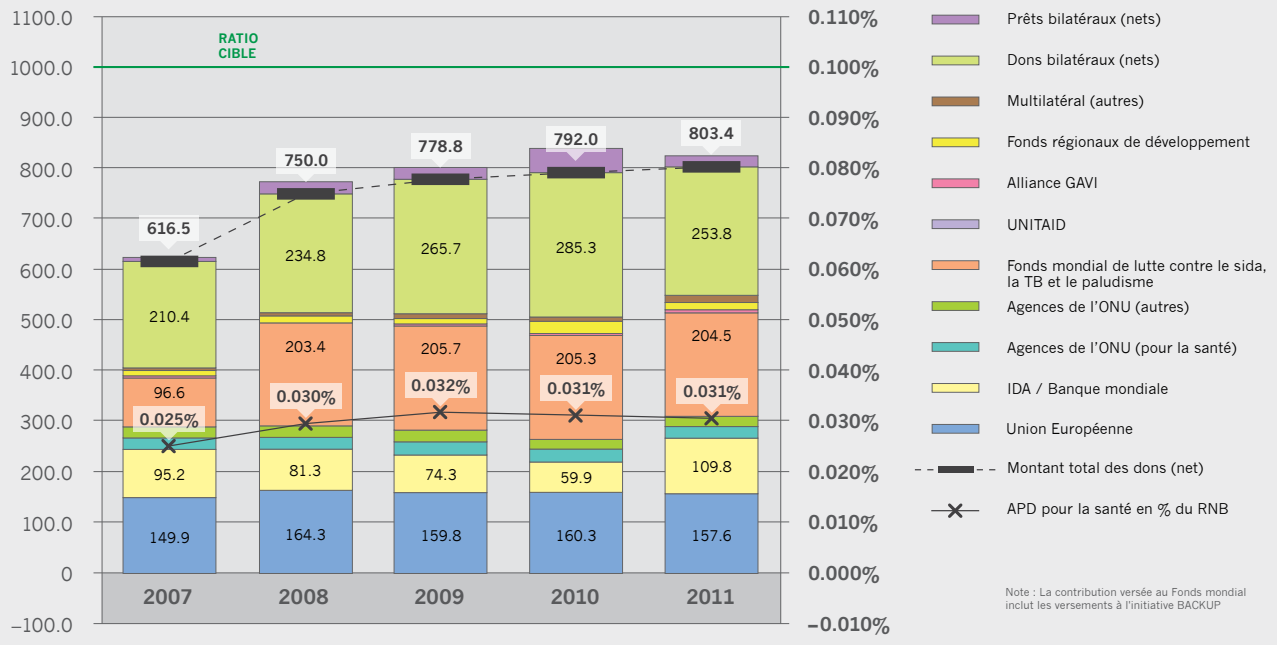
Du fait des orientations prises en faveur des canaux bilatéraux, l'Allemagne a ainsi investi en 2011 seulement 35% des transferts effectifs d'APD bilatérale à la fois dans les pays les moins avancés (PMA) et les pays à faible revenu (PFR)[28]. Or ceci contredit l'accent qui avait été officiellement mis sur la réduction de la pauvreté.

Graphique 12



Allemagne – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 13



Allemagne – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

Trois quarts des allemands approuvent le fait que les recettes de la TTF soient utilisées en faveur de la lutte contre la pauvreté et le changement climatique.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

En 2011, l'Allemagne n'a contribué à la santé mondiale qu'à hauteur de 0,031% de son RNB (en transferts effectifs d'APD). C'est loin du 0,1% du RNB recommandé par l'OMS.

Entre 2007 et 2010, l'APD de l'Allemagne en faveur de la santé a augmenté aussi bien en transferts effectifs d'APD qu'en dons, avant de décliner en 2011. La part d'APD affectée à la santé mondiale a quant à elle chuté à 9,4%. Ce niveau inacceptable est parmi les plus faibles des six cibles AfGH. Cette chute contredit par ailleurs la politique de développement du pays qui définit la santé comme une priorité. Or, en 2011, l'APD bilatérale pour la santé seule était inférieure à 6,4% contre 9% en 2007.

La participation de l'Allemagne à travers les canaux multilatéraux de financement est absolument essentielle pour améliorer ses niveaux d'APD, non seulement en termes de répartition régionale mais également en termes d'importance accordée à ce domaine du développement humain.

C'est pourquoi l'orientation prise par le précédent gouvernement de se recentrer sur la coopération bilatérale plutôt que multilatérale fait l'objet d'un débat permanent.

Le gouvernement conservateur et libéral a perdu les élections de septembre 2013. Reste à espérer que le nouveau gouvernement, sans le parti libéral-démocrate qui dirigeait le BMZ, inversera la tendance d'autant que, lorsque l'on regarde les engagements annuels en matière d'aide bilatérale, seulement 4% étaient consacrés à la santé au cours des deux dernières années de la période considérée pour cette étude.

Par ailleurs, l'APD bilatérale en faveur de la santé baisse tandis que le volet multilatéral augmente. Cette tendance est en contradiction avec la politique définie pour l'APD en général.
Entre 2010 et 2011, l'APD bilatérale en santé a chuté de 335 à 277 millions EUR (en transferts effectifs) tandis que les investissements multilatéraux passaient de 507 à 537 millions EUR.

De fait, si la santé reste un secteur d'intérêt pour la coopération au développement allemande, elle ne le doit qu'à l'augmentation du canal multilatéral.

Les versements d'APD santé pour les pays de l'Afrique sub-saharienne restent relativement stables ces dernières années. Ils sont cependant moindres qu'espérés au regard des engagements de l'Allemagne en faveur de la santé et des défis que posent les taux de mortalité et morbidité dans cette région du monde.

Les programmes bilatéraux étant négociés avec les gouvernements des pays bénéficiaires sur la base des axes prioritaires qu'ils définissent, la question de la priorité accordée à la santé tant par les pays bénéficiaires que le gouvernement allemand et ses agences de développement est clairement posée.

Si les contributions multilatérales d'APD illustrent un investissement plus important dans le domaine de la santé, celui-ci reste malgré tout insuffisant pour remplir les engagements (y compris pour les OMD) ou répondre aux besoins en soins de santé.

Le canal multilatéral est essentiel dans l'augmentation de l'APD allemande et dans sa lutte contre la pauvreté et pour la santé.

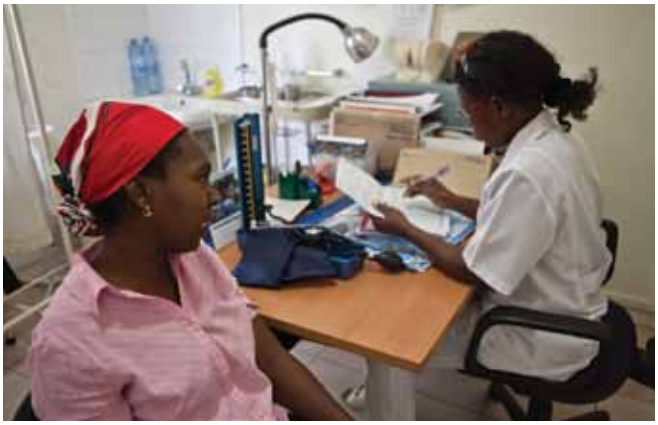
Perspectives

En 2011, les engagements bilatéraux de l'Allemagne en santé étaient beaucoup plus élevés qu'en 2010. Certes, la part relative d'APD santé est plus importante mais elle reste insuffisante pour atteindre l'objectif de 0,1% du RNB pour la santé.

Quelles que soient la composition du futur gouvernement et la direction politique qu'il prendra, la santé devrait rester une priorité de l'APD, officiellement en tout cas.

Le plan financier prévu par le gouvernement jusqu'en 2017 annonce toutefois des temps difficiles pour le développement. En effet, tous les ministères qui disposent des fonds d'APD sont sans exception appelés à procéder à des coupes budgétaires.

L'objectif de 0,7% d'APD et la recommandation de 0,1% pour la santé semblent plus loin que jamais.



Mozambique : Lucinda Lee, infirmière dans un centre de planification familiale géré par l'ONG Amodefa, avec une patiente.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

* L'Allemagne doit remplir ses engagements et contribuer à hauteur respective de 0,7% et de 0,1% de son RNB pour l'APD totale et l'APD santé.
* Pour cela, l'Allemagne doit revoir son plan financier à moyen terme et augmenter, dans le budget 2014, la part des dons dans son APD, y compris pour la santé.
* L'Allemagne doit s'engager en faveur d'une taxe sur les transactions financières à l'échelle européenne et allouer une part considérable de ses recettes pour augmenter l'APD en santé.

Recommandations politiques

* L'Allemagne doit remettre la priorité sur la réduction de la pauvreté et investir de nouveau dans le secteur de la santé par les canaux bilatéraux et multilatéraux.
* Le nouveau gouvernement allemand doit supprimer le plafond du tiers des investissements affectés à l'APD multilatérale et définir de solides critères d'attribution de l'APD.
* L'Allemagne doit continuer à jouer un rôle constructif dans les débats d'orientation du Fonds mondial et réaffirmer son leadership en augmentant son soutien financier.

Espagne

L'Espagne a consenti des efforts importants pour augmenter son APD entre 2007 et 2009. Le pays a ainsi progressé vis-à-vis des engagements internationaux en matière de développement. Cependant, ces deux dernières années, l'Espagne est le pays qui a procédé aux coupes les plus sévères jamais faites dans l'APD au cours de l'histoire récente.

La coopération au développement a été alignée sur la politique étrangère et les intérêts politiques de l'Espagne qui doit ce changement de politique au gouvernement conservateur arrivé au pouvoir en 2011. Dans ce nouveau cadre, le gouvernement a redéfini ses rapports avec la société civile et remis sur le devant de la scène le rôle du secteur privé commercial dans le développement.

Ce rapport le relève, la plupart des pays du CAD ont réduit le volume de leur APD en 2012. C'est en Espagne que les coupes ont été les plus sévères avec une baisse de 50% des transferts effectifs d'APD (1,4 milliard EUR équivalent à 2,1 milliards USD) par rapport à 2011.

L'APD de l'Espagne en pourcentage de sa capacité économique a chuté de 0,26% de son RNB en 2011 à 0,13% en 2012, reléguant aujourd'hui l'Espagne au dernier rang du classement des pays du CAD avec la Grèce, l'Italie et la Corée.

La coopération décentralisée, véritable spécificité de la politique de développement espagnole, a elle aussi fondue puisque l'APD de l'ensemble des régions autonomes est passée de 0,27% des budgets totaux en 2008 à une prévision d'environ 0,09% en 2013.

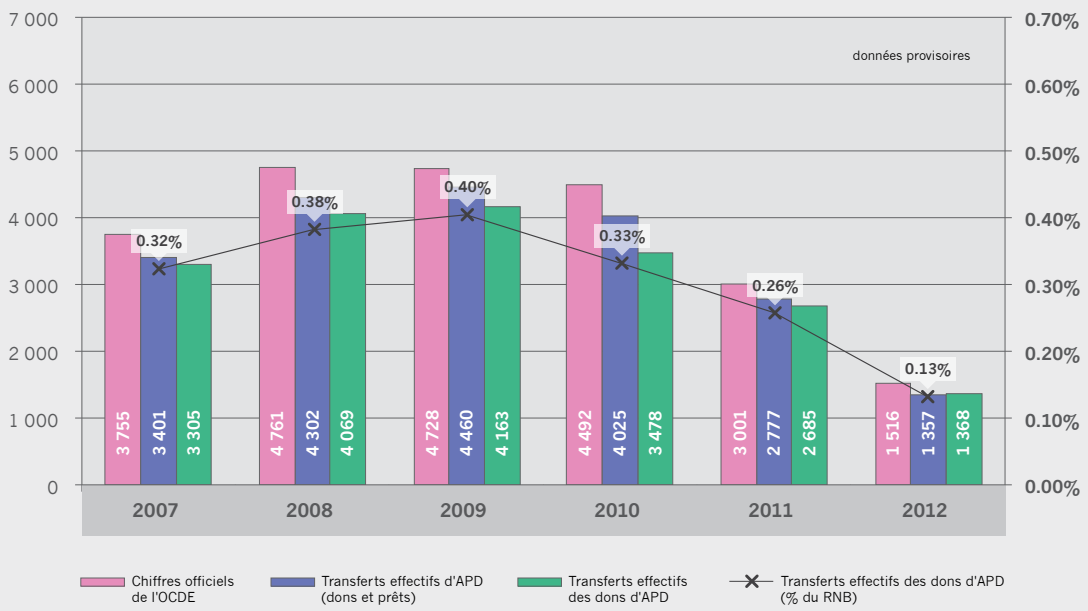
L'APD bilatérale est la principale victime des coupes opérées par le gouvernement. Les transferts effectifs bilatéraux nets d'APD versés directement aux pays bénéficiaires ont en effet chuté de plus de 2,9 milliards EUR en 2009 à environ un demi-milliard en 2012, tandis que l'APD qui transite par les organisations internationales est passée au cours de la même période de 1,5 milliard EUR à 0,86 milliard.

Les courbes de l'APD à travers ces différents canaux se sont donc inversées : les transferts bilatéraux sont tombés de 66% à 36% entre 2009 et 2012 tandis que les flux multilatéraux ont augmenté de 34% à près de 64% entre 2009 et 2012.

Les contributions bilatérales ainsi que les programmes et financements mutualisés qui comprennent le financement des ONG ont chuté de 960 à un peu plus de 140 millions EUR entre 2010 et 2012.

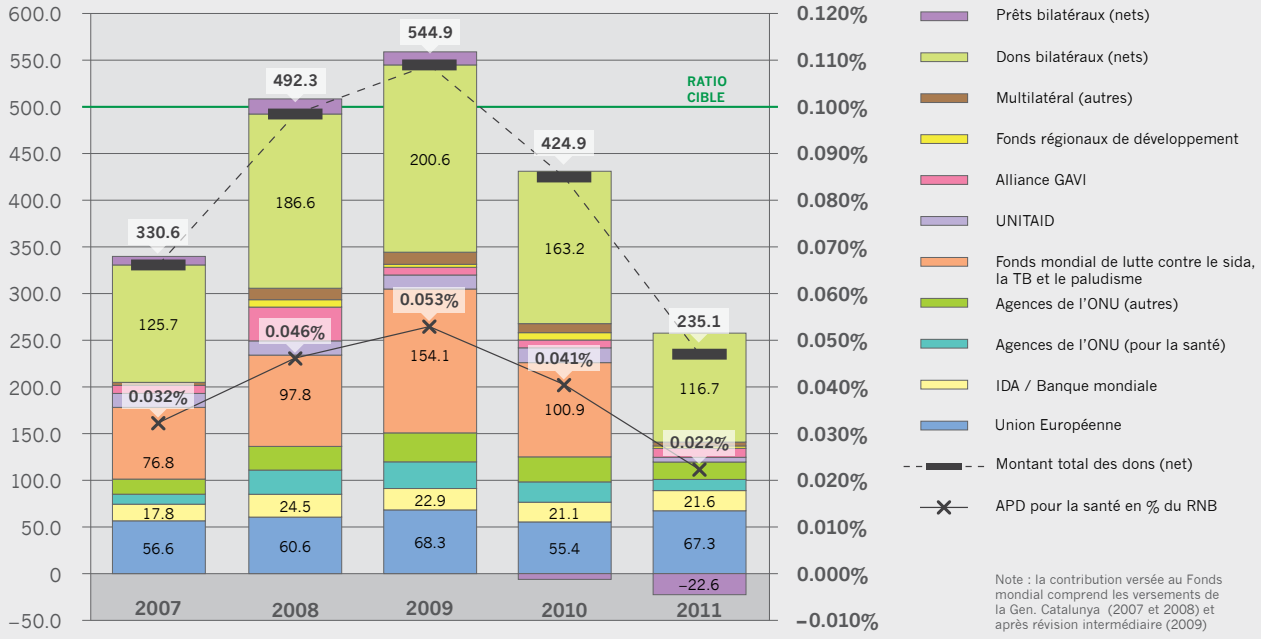
L'appui budgétaire général et sectoriel s'est littéralement effondré puisqu'en deux ans l'ensemble de ces flux de financement est passé de 200 à 16 millions EUR seulement.

Graphique 14



Espagne – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 15



Espagne – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

Depuis 2009, le gouvernement procède à des coupes budgétaires sévères. L'APD santé espagnole a subi des baisses importantes (environ 50%) particulièrement disproportionnées par rapport à l'APD totale.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

En parallèle des coupes opérées par le gouvernement dans l'APD totale, la part de la santé enregistre un recul sans précédent. Les chiffres pour 2012 ne sont pas encore connus mais en 2011 l'APD pour la santé a perdu 190 millions EUR (236 millions USD), soit 45% de moins qu'en 2010.

L'APD santé ne représentait que 8,5% de l'APD totale en 2011 (contre 10,6% en 2010), l'équivalent de 0,022% du RNB de l'Espagne. C'est non seulement loin du 0,1% recommandé par l'OMS, mais aussi du 0,053% que le pays avait atteint en 2009.

Le faible budget alloué à la santé mondiale est en contradiction avec le discours officiel des responsables en charge du développement qui réaffirme le rôle fondamental de la santé mondiale et des politiques et stratégies de développement.

Elle ne cadre pas non plus avec l'opinion publique qui, d'après un sondage réalisé en 2012 par l'UNICEF avec la Fondation Bill et Melinda Gates, révélait que 74% des espagnols souhaitent que l'Espagne respecte ses engagements de coopération internationale.

L'APD santé qui transite par des agences multilatérales est également en baisse. De 344 millions EUR en 2009, elle est tombée à 141 millions en 2010. L'Espagne était l'un des dix principaux contributeurs du Fonds mondial.

Or, elle n'a versé qu'un peu plus de la moitié de ses engagements (101 millions USD) en 2010 et n'a fait aucune contribution en 2011 et 2012.

En plus de couper dans les contributions qu'elle verse aux organisations des Nations Unies actives dans le secteur de la santé telles que le PNUD, le FNUAP, le PAM et l'OMS, l'Espagne paie avec beaucoup de retard. Le pays devait par exemple un total de 14,8 millions USD à l'OMS en 2011. Sur cette somme, 11,5 millions restaient encore à payer en septembre 2012 et la totalité de la contribution pour 2012 n'a été versée qu'en février 2013.

Le gouvernement réduit chaque année son APD santé bilatérale et ce depuis 2009. Entre 2009 et 2011, les sommes engagées sont ainsi passées de 215 à 94 millions EUR.

Perspectives

Ces dernières années, l'APD santé espagnole a subi des coupes sévères (environ 50%) particulièrement disproportionnées par rapport à l'APD totale. Les montants pour 2012 (APD totale et APD santé) s'annoncent dès lors désastreux.

Selon les chiffres provisoires du Secrétariat général pour la coopération internationale au développement, le montant prévu pour la santé en 2012 s'élevait à 124,45 millions EUR. Or, seulement 74 millions EUR ont été décaissés. C'est 40% de moins qu'annoncé[29].

Les partenaires multilatéraux ont certes joué un rôle important par le passé pour permettre à l'Espagne de remplir ses engagements en matière d'APD santé. Mais, il est peu probable que les financements soient renouvelés. L'Espagne ne versera ainsi vraisemblablement aucune contribution au Fonds mondial pour la période 2014-2016.

En 2013, le gouvernement a à la fois modifié la loi et changé de politique : l'impact sera durable sur la coopération espagnole. Jusqu'à présent, l'Espagne est quasiment le seul pays du CAD dont les régions disposent d'un budget propre de coopération au développement.

Cette composante est à la fois l'élément le plus distinctif de la politique de développement espagnole et son aspect le plus positif. Or, la Loi de réforme de l'administration locale adoptée en 2013 rendra quasiment impossible le maintien de budget propre des régions pour le développement.

L'Espagne est le seul membre du CAD dont les régions disposent d'un budget propre de coopération au développement.

L'augmentation de la part d'APD affectée au Fonds pour la promotion du développement (FONPRODE)[30], le nouveau pilier de la coopération au développement, est également inquiétante. En effet, les fonds versés à travers le FONPRODE sont essentiellement des prêts. Son budget 2013 représente 18,8% de l'APD prévue. Il n'a baissé que de 10,9% (245 millions EUR) par rapport à 2012. En comparaison des autres circuits de financement, cette baisse est modeste. Quant à la part des prêts dans l'APD, elle sera supérieure à 5% en 2013.

Santé au Salvador : L'Espagne doit réaffirmer son engagement d'allouer 0,1% de son RNB à l'APD santé.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

* En cohérence avec l'engagement pris par la politique de développement espagnole, le gouvernement espagnol doit augmenter son APD santé et réaffirmer l'objectif du 0,1% de son RNB consacré à ce secteur.
* La coopération espagnole doit verser les 10 millions EUR promis en 2012 afin de renouer les liens avec le Fonds mondial.

Recommandations politiques

* Les responsables espagnols ont pris des engagements forts en matière de santé mondiale. Ces déclarations politiques doivent être suivies d'engagements financiers si l'Espagne veut retrouver son rôle sur la scène du développement et de la santé en particulier.
* Le gouvernement espagnol doit s'engager à allouer une part des recettes de la TTF aux biens publics mondiaux, y compris la santé, et à la lutte contre le changement climatique.
* Le gouvernement doit respecter scrupuleusement les règles du FONPRODE et plafonner à 5% le pourcentage de l'APD versée sous forme de prêts.

France

Entre 2007 et 2010, la France a, selon les chiffres publiés par l'OCDE, considérablement augmenté son APD totale ainsi que ses transferts effectifs d'APD. De 4 501 millions en 2007 à 7 066 millions EUR en 2010, ils sont pourtant retombés à 6 728 millions en 2012.

Or, la part des dons dans les transferts effectifs d'APD a peu augmenté au cours de cette période, indiquant que l'augmentation de l'APD est imputable à une augmentation des prêts.

Les transferts effectifs de dons d'APD n'ont jamais dépassé 0,3% du RNB et ont même chuté à 0,24% en 2012. Ces chiffres sont loin du 0,5% du RNB annoncé dans les rapports de l'OCDE. Ce pourcentage inclut en effet les prêts ainsi que les frais et coûts non transférés.

Le volume brut des prêts a plus que triplé entre 2007 (0,8 millions EUR) et 2011 (plus de 2,8 millions EUR), et a « gonflé » le total d'APD en 2011 d'un montant équivalent à 0,08% du RNB.

Au sein des pays membres du CAD, la France est, après le Japon, le pays qui transfère le plus grand volume d'APD sous forme de prêts. Entre 2011 et 2012, ceux-ci représentaient plus du tiers de l'APD effective totale. (Cf. les cartes interactives créées par AfGH pour le suivi de l'APD sur le site internet).

En 2010 et 2011, le gouvernement français a pris une série d'engagements en faveur de la santé mondiale :

* 100 millions EUR supplémentaires par an pour la santé maternelle et infantile
* 60 millions EUR supplémentaires pour le Fonds mondial
* 100 millions EUR supplémentaires pour l'Alliance GAVI pour la période 2011-2015.

Il n'est cependant pas sûr que le nouveau gouvernement arrivé en mai 2012 puisse honorer ces engagements. Il a annoncé que la politique de développement serait plus étroitement alignée sur les intérêts économiques de la France à l'étranger. Pour la première fois, un projet de loi d'orientation sur le développement va être débattu et voté au parlement. Mais il ne sera toutefois assorti d'aucun objectif financier en dépit de ce qui avait été annoncé.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

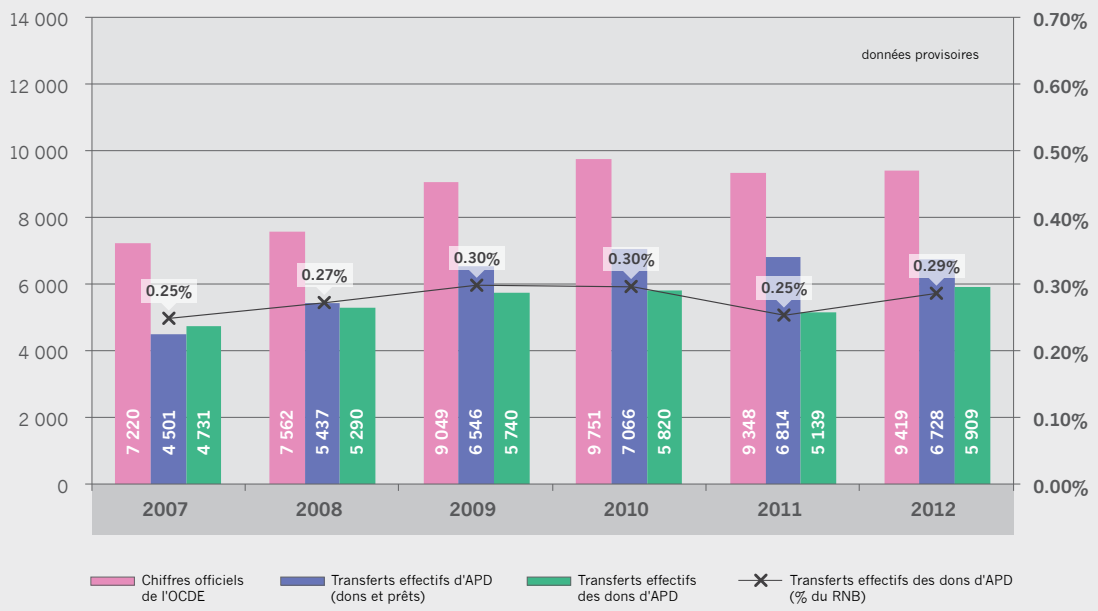
Les transferts effectifs d'APD pour la santé ont légèrement augmenté et sont passés de 888 à 913 millions EUR entre 2010 et 2011 tandis que la part de la santé dans l'APD totale est passée de 12,6% à 13,4%.

En pourcentage du RNB, la contribution au secteur de santé est certes stable à 0,045%. Mais elle n'atteint pas la moitié du minimum de 0,1% recommandé par l'OMS. De plus, le pays n'honore pas les engagements pris en faveur de la santé mondiale en 2010 et 2011.

Entre 2007 et 2011, les dons d'APD pour la santé stagnent autour de 0,042-0,044% du RNB seulement, tandis que les prêts bilatéraux accordés au secteur de la santé sont passés de 7 à 55 millions EUR au cours de la même période. La France est l'un des rares pays AfGH à octroyer des montants aussi importants d'APD pour la santé sous forme de prêts.

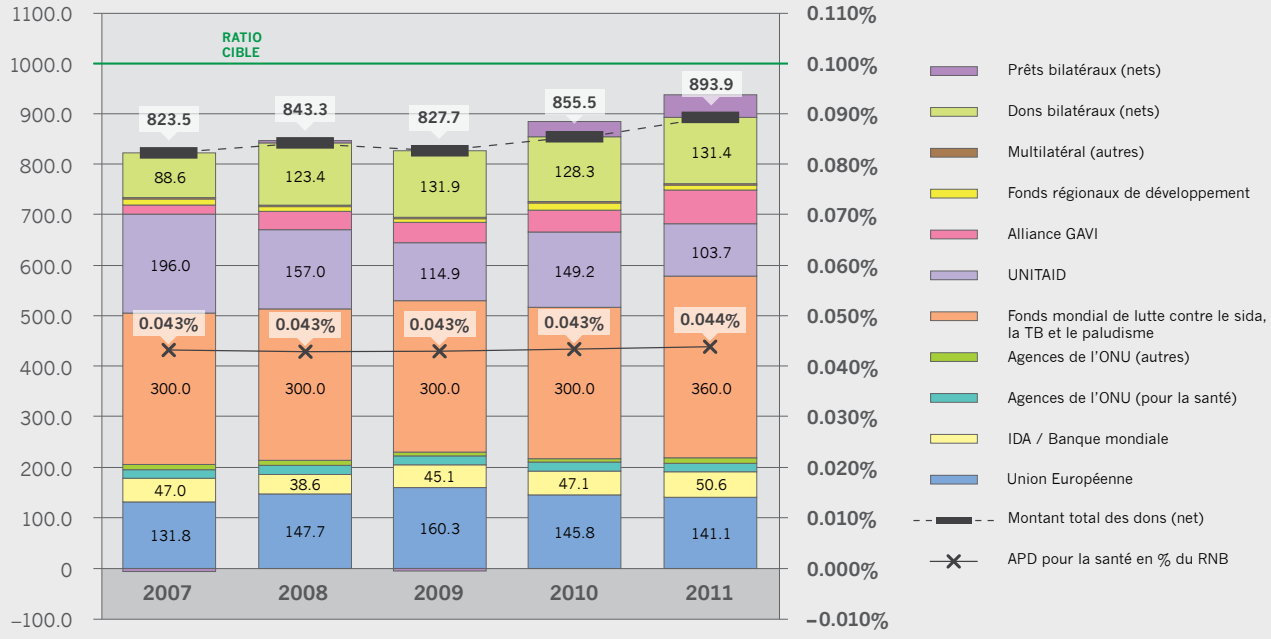
Les financements bilatéraux ont certes plus que doublé entre 2007 (83 millions EUR) et 2011 (176 millions EUR). Cette évolution est le reflet de l'augmentation du volume des prêts bilatéraux, mais non celle des dons.

Graphique 16



France – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 17



France – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

La France n'honore pas ses engagements pris en faveur de la santé mondiale en 2010 et 2011.

En 2011, les organisations multilatérales ont capté 80% de l'APD santé française et restent le canal de financement privilégié du pays pour le secteur (graphique 17). Le Fonds mondial a vu sa contribution augmenter et l'Alliance GAVI a bénéficié pour la première fois en 2011 d'une contribution directe de la France. Ces augmentations ont été rendues possibles grâce à des coupes opérées dans les contributions à l'UNITAID et à des reliquats du FED.

L'augmentation de la contribution versée au Fonds mondial est en effet en corrélation directe avec la diminution de la contribution à UNITAID. Jusqu'en 2011, 90% des recettes de la taxe sur les billets d'avion étaient reversés à UNITAID et 10% à l'IFFIm. Or, en 2011 le gouvernement français a décidé d'en faire également bénéficier le Fonds mondial, à hauteur de 60 millions d'EUR[31]. UNITAID a vu sa part diminuer d'autant.

En 2011 également, la France n'a pas honoré les engagements pris vis-à-vis de ses pays dits prioritaires. En 2009, la politique de développement prévoyait que 14 pays recevraient 50% des fonds consacrés aux OMD, exception faite des contributions multilatérales[32]. Or en 2011, ces pays n'ont reçu que 30% des dons au secteur de santé.

La France présente tout de même une évolution positive puisqu'elle a décidé en 2011 de corriger la manière dont elle rend compte de ses contributions à UNITAID en les intégrant dans le financement multilatéral. Depuis 2008, en effet, la France les intégrait dans son aide bilatérale ce qui en faussait le montant total.

Perspectives

En 2012 et 2013, l'APD santé française se maintiendra probablement au même niveau qu'en 2007-2011, avec une moyenne annuelle d'environ 850 millions EUR.

Le vrai défi sera de respecter les engagements. En 2012 en effet moins de la moitié des fonds supplémentaires prévus pour la santé maternelle et infantile ont été décaissés, soit 19 millions EUR au lieu des 48 promis[33]. Et sur les 100 millions que le pays avait promis à GAVI pour 2011-2015, seuls 67 ont effectivement été versés entre 2011 et 2013.

La France a mis en place en août 2012, à l'issue de deux ans de débats, une taxe nationale sur les transactions financières (TTF) et annoncé que 10% des recettes seraient affectées au développement. Ce pourcentage passerait à 15% en 2014 pour compenser le manque à gagner de la baisse des recettes de la TTF par rapport aux prévisions. Il marque cependant la volonté de maintenir des volumes équivalents d'APD[34].

Ainsi, en plus des lignes budgétaires traditionnellement affectées à l'APD, la France a ainsi consacré 60 millions EUR supplémentaires au développement en 2013. Le gouvernement a également annoncé son intention de répartir ce montant entre le financement de la santé mondiale et de la lutte contre le changement climatique. Les recettes de la TTF dégagées en 2013 pour la santé mondiale (30 millions EUR) seront consacrées à la gratuité des soins pour les enfants des pays du Sahel et traduisent l'engagement politique de la France en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU).

La France s'est engagée en faveur de la CSU lors de l'Assemblée générale de l'ONU en décembre 2012 , et a déclaré qu'elle était une priorité complémentaire de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

L'additionnalité des financements innovants n'est plus d'actualité et leurs recettes permettront tout juste de compenser les coupes dans le budget de l'État.

Face à la baisse de plus de 6 % de l'APD totale en 2014, les financements innovants joueront certainement un rôle essentiel pour, dans le meilleur des cas, compenser les sévères coupes budgétaires. De fait, les acteurs de la société civile dont AfGH considèrent cette opération comme un « jeu à somme nulle ».

François Hollande a annoncé que les contributions de la France au Fonds mondial se maintiendraient à hauteur de 1,08 milliard EUR pour 2014-2016, cela grâce notamment aux recettes générées par une réévaluation de la taxe sur les billets d'avion (12,7%) et la TTF.

Les fonds dédiés à la santé mondiale seront ainsi maintenus en 2014 par les recettes de la TTF et l'annonce par le gouvernement d'une réaffectation de la taxe sur les billets d'avion.

En revanche, l'additionnalité des financements innovants n'est plus d'actualité et leurs recettes permettront tout juste de compenser les coupes dans le budget de l'État.

Centre de formation médicale à Tete au Mozambique où il n'y a qu'un docteur pour 30 000 personnes.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

- La France ne doit pas augmenter les prêts au secteur de la santé aux dépens des dons.
- La France doit accroître son APD en cohérence avec l'engagement de la coopération française. Elle doit pour cela augmenter la part de la TTF consacrée au développement et en affecter une part importante à la santé mondiale afin remplir ses engagements pour ce secteur.

Recommandations politiques

- La France doit respecter ses engagements et octroyer des fonds supplémentaires au secteur de la santé, notamment pour la couverture sanitaire universelle, sans pour autant menacer d'autres priorités telles que la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- La France doit peser sur les organisations multilatérales telles que l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque Mondiale et la CE et exiger que la santé soit une priorité et qu'elle bénéficie de financements adéquats.
- La France doit s'assurer que la loi d'orientation sur le développement soit assortie d'objectifs financiers et d'une redevabilité sans faille sur les engagements financiers et les résultats obtenus en matière de développement pour les années à venir.

Italie

L'Italie a traversé au cours de ces deux dernières années une période de transition et d'incertitude politique qui n'a fait qu'aggraver la situation financière et économique.

Après la démission de Berlusconi en 2011, le gouvernement du premier ministre Monti s'est employé à reformer la coopération italienne au développement et a notamment nommé un ministre sans portefeuille chargé de la Coopération internationale et de l'intégration[35].

Le gouvernement Monti n'a duré que 17 mois. Les élections qui se sont tenues en février 2013 ont abouti à un gouvernement de coalition instable dirigé par le Parti démocrate (PD).

Ce nouveau gouvernement a ramené la coopération internationale dans le giron du ministère des Affaires étrangères dirigé par Emma Bonino, ancienne Commissaire européenne. Lapo Pistelli (PD) a été nommé vice-ministre en charge de la coopération internationale.

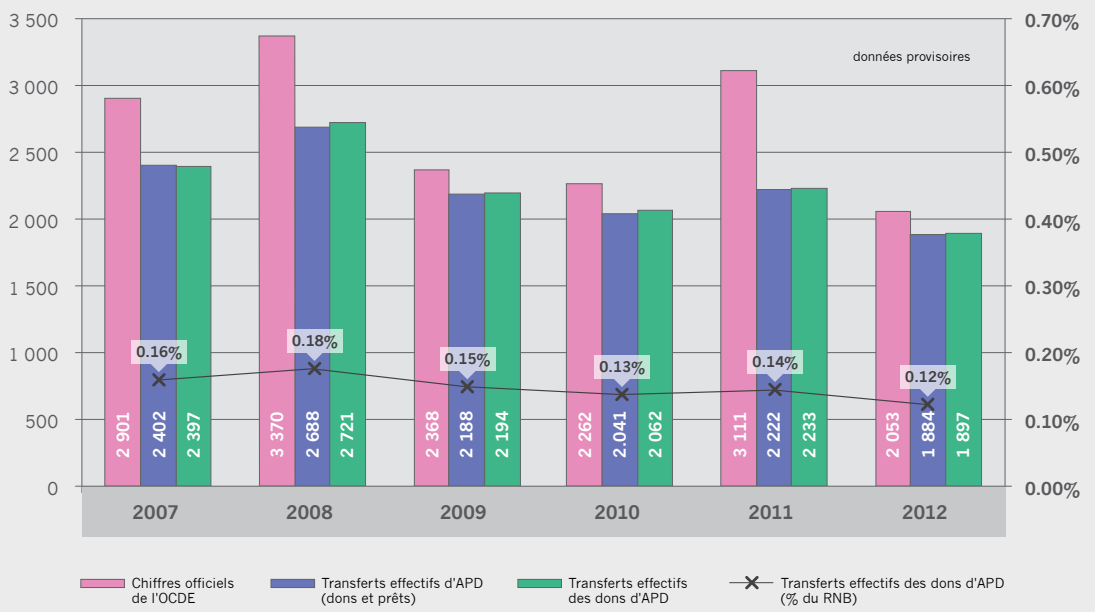
Pendant longtemps, l'Italie a figuré au rang des pays européens membres du CAD les moins performants en matière d'APD au regard de sa capacité économique.[38] En 2008, pourtant point d'orgue de la période considérée, l'APD de l'Italie ne représentait que 0,17% de son RNB (en transferts effectifs).
Or, l'Italie a encore réduit les transferts effectifs de fonds pourtant déjà faibles. Entre 2008 et 2010, son volume de transferts nets d'APD est passé de 2,7 à 2 milliards EUR, ce qui représentait une baisse de plus de 24% en valeur nominale et ramenait l'APD italienne à 0,13% de son RNB.

En 2011, l'APD de l'Italie est repassée à 2,22 milliards EUR, soit 0,14% du RNB. Les chiffres 2012 semblent toutefois indiquer qu'il ne s'agissait que d'un sursaut temporaire.
Les prêts sont en baisse depuis 2007 et affichent en 2012 le maigre montant de 61 millions EUR. La coopération italienne au développement se caractérise toujours par un volume important d'éléments non transférés constitués avant tout de l'aide aux réfugiés et de mesures d'allègement de la dette. Ces dernières années, les éléments non transférés ont creusé un fossé conséquent entre les chiffres officiels de l'OCDE et les efforts financiers effectivement alloués à l'APD.
Une analyse des chiffres provisoires de l'OCDE pour 2012 montre qu'avec 1,9 milliard EUR et 0,12% du RNB, les transferts effectifs d'APD ont atteint leur niveau le plus bas depuis 2006. Il est urgent d'inverser la tendance si l'Italie veut retrouver son rôle sur la scène du développement.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

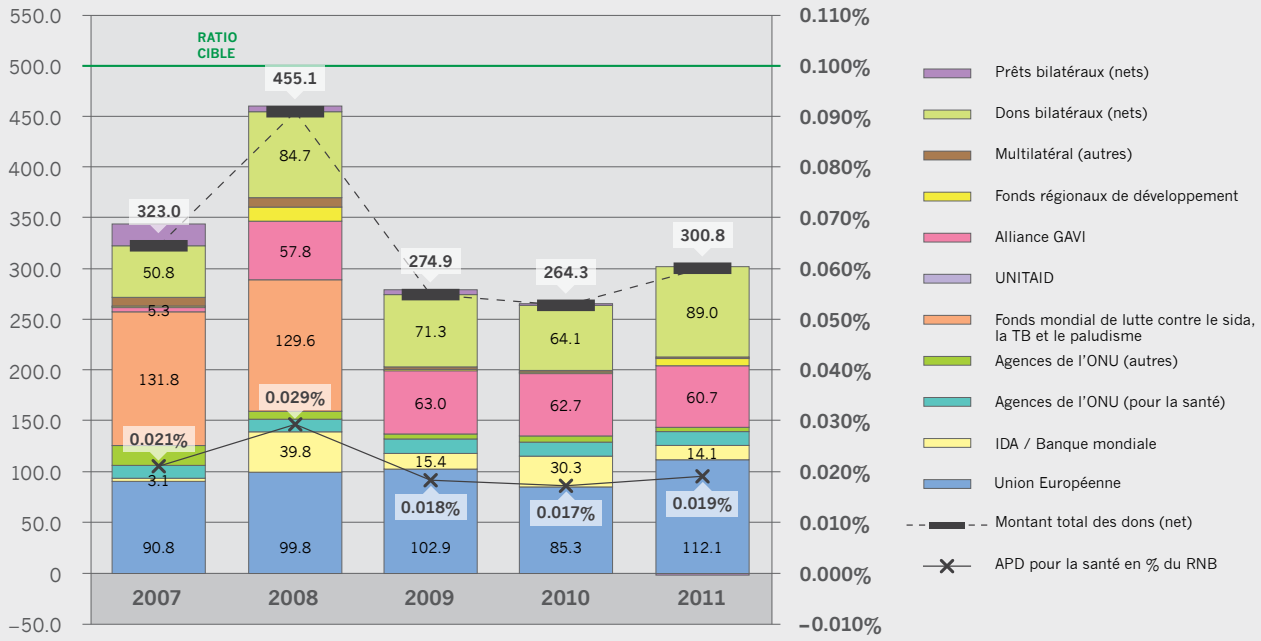
Entre 2010 et 2011, l'Italie a affecté près de 35 millions EUR supplémentaires à l'APD pour la santé pour atteindre 300,7 millions. Pour autant, avec 0,019% du RNB, cette contribution reste loin du 0,1% recommandé par l'OMS.
Après trois ans de stagnation, la contribution italienne à la santé mondiale s'élève à 460,7 millions EUR, c'est-à-dire 0,03% du RNB. C'est beaucoup moins qu'en 2008.

Graphique 18



Italie – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 19



Italie – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

L'APD santé italienne en % du RNB est l'une des plus faibles de tous les pays européens membres du CAD.

De plus, l'APD santé italienne est, après celle de la Grèce, la plus faible de tous les pays européens membres du CAD[37]. La part de la santé dans l'APD totale a légèrement augmenté et est passée de 13% en 2010 à 13,5% en 2011. Ce pourcentage est certes positif par rapport aux autres bailleurs européens mais il demeure loin du 17,1% atteint en 2008.

L'Italie enregistre une autre tendance positive : son APD bilatérale en faveur de la santé a considérablement augmenté en 2011 pour s'élever à 87 millions EUR. Ce niveau est proche du pic de 2008, lorsque l'APD bilatérale en santé atteignait 90 millions EUR. Il reste toutefois relativement modeste en termes de volume, d'autant que cette aide consiste presque exclusivement en de multiples projets de petite envergure.
Plus de 700 projets d'aide au secteur de la santé ont ainsi été recensés dans la base de données du Système de notification des pays créanciers de l'OCDE pour la seule année 2011. Parmi ceux-ci, seuls 14 projets avaient un budget supérieur à un million USD. Cette approche limite à la fois la portée et l'impact de cette APD.

Plus de deux tiers de l'APD italienne sont consentis sous le canal multilatéral. L'APD santé n'augmentera vraisemblablement pas tant que les contributions multilatérales n'augmenteront pas.
Le fait que l'Italie ne donne plus aucune contribution au Fonds mondial explique aussi sa mauvaise performance dans le secteur de la santé mondiale.
Pourtant en 2008, l'Italie consacrait 130 millions EUR, soit environ 28% de son APD santé, au Fonds mondial. Elle a soutenu le Fonds, disposé d'un siège au Conseil et en était l'un des principaux contributeurs. Or, elle s'est désengagée dès 2009. Ses promesses de financement sont restées sans suite en 2009 et 2010. Le pays n'ayant pris aucun engagement pour la période 2011-2013, il a perdu sa place dans la structure de direction et de management du Fonds et n'est plus aujourd'hui représenté qu'au sein du siège réservé à un groupe composé de la Belgique, de l'Espagne, de la Finlande et du Portugal.

Les circuits multilatéraux, dont le Fonds mondial, sont le principal canal par lequel l'Italie octroie son APD aux pays prioritaires à faible revenu[38]. Or, comme elle n'a pas augmenté son APD multilatérale pour la santé, l'Italie a non seulement considérablement réduit son volume total d'APD santé mais également la part qu'elle octroie à ses pays prioritaires dans le cadre de la coopération au développement.
En coupant son APD multilatérale, l'Italie a réduit de 40% l'aide qu'elle consacre à dix pays d'Afrique sub-saharienne, la faisant ainsi passer de 104 millions USD en 2008 à seulement 62 millions en 2010[39].

Perspectives

L'APD santé de l'Italie pour 2012 n'est pas encore connue. Toutefois, sa contribution totale d'APD en 2012 était à son niveau plancher depuis 2007 avec 1,9 milliard EUR de transferts effectifs, soit 0,12% du RNB. L'APD pour la santé devrait donc connaître le même sort.

Le plan économique et financier 2014-2017[40] approuvé par le Conseil des ministres en avril 2013 laisse entrevoir une reprise de la coopération au développement pour les années à venir.
S'il est entièrement mis en œuvre, le plan porterait l'APD de l'Italie à 0,3% de son RNB en 2017. Bien qu'elle reste loin de l'engagement de 0,7% du RNB, elle marque un sérieux effort pour remettre l'Italie sur la voie des standards internationaux en matière de développement.
Ce plan ne sera cependant pas atteint sans une augmentation de l'aide affectée à la santé. L'Italie n'a pas la capacité de mettre en œuvre de vastes programmes bilatéraux. Les institutions multilatérales sont dès lors des bénéficiaires idéaux pour à la fois mettre en œuvre une APD efficace et toucher les PFR prioritaires.

La prochaine conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial est une réelle opportunité pour l'Italie de prouver qu'elle est un acteur majeur de la santé mondiale.

L'Italie a exprimé dès juillet 2013 le souhait de reprendre son soutien au Fonds mondial.[41] Une motion parlementaire déposée dans la foulée[42] insiste sur le fait que si l'Italie ne s'engage pas sérieusement lors de la prochaine conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, le pays perdra sa crédibilité et en subira les conséquences politiques.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

- Le gouvernement italien doit honorer ses engagements en matière de réponse aux pandémies. L'Italie doit d'abord s'engager, lors de la session finale de la 4e conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, à lui verser 100 millions EUR par an, pour la période 2014-2016.
- Le gouvernement doit accompagner sa contribution financière d'un engagement politique et jouer un rôle dans la gouvernance du Fonds mondial notamment pour suivre et influencer les décisions concernant les systèmes de santé nationaux.

Recommandations politiques

- Le gouvernement italien doit agir immédiatement pour remettre l'APD italienne, et notamment l'APD pour la santé, sur la voie des standards internationaux en accord avec le *Documento di Economia e Finanzia* 2014-2017 approuvé en avril 2013.
- Le gouvernement doit étendre ses contributions à des institutions multilatérales réputées et efficaces, notamment dans le secteur de la santé, pour atteindre l'objectif politique et financier fixé par la stratégie italienne de développement.

Mozambique : Des femmes attendent d'être prises en charge par un centre de santé dans le district de Tsangano. Le pays compte essentiellement sur l'aide internationale pour financer son système de santé.

Pays-Bas

Les Pays-Bas ont diminué leur APD santé de 0,102% du RNB en 2009 à 0,081% en 2011. Ce pourcentage reste certes très bon mais la baisse est décevante.

En octobre 2012, une nouvelle coalition est arrivée au pouvoir dans un pays aux prises avec de multiples défis et tensions politiques. Le Parti populaire pour la liberté et la démocratie (VVD) et le parti social-démocrate (PvdA) qui forment ce gouvernement s'opposent à propos de la politique en faveur du développement à mener. Le VVD souhaite baisser le budget de l'APD de 3,9 milliards USD (3 milliards EUR) tandis que le PvdA défend son maintien à 0,7% du RNB.

Le nouveau cabinet a pris une mesure encourageante et transformé le secrétariat d'État à la Coopération au développement en ministère du Commerce extérieur et de la coopération au développement. Le ministre participe au Conseil des ministres hebdomadaire. Il est par ailleurs chargé de renforcer la cohérence de la politique de développement. Il doit collaborer avec d'autres ministères, modifier et mettre à jour leurs politiques afin qu'elles viennent en soutien et non en opposition avec la politique de développement. Malgré ces développements institutionnels positifs, le gouvernement prévoit pourtant de réduire le budget de la coopération au développement de 0,7% à 0,55% du RNB.

De plus, la coalition a décidé que les versements en faveur de la lutte contre les changements climatiques, et les 250 millions EUR consacrés aux dépenses militaires seraient pris sur le budget de l'APD. C'est dire si la part qu'il restera pour financer les actions traditionnelles du développement, dont la santé, sera congrue.

D'après les chiffres officiels de l'OCDE, les Pays-Bas maintiennent l'objectif du 0,7% du RNB consacré au développement. Toutefois, le pourcentage officiel de l'OCDE n'a cessé de baisser entre 2009 et 2012, passant de 0,81% à 0,71%.

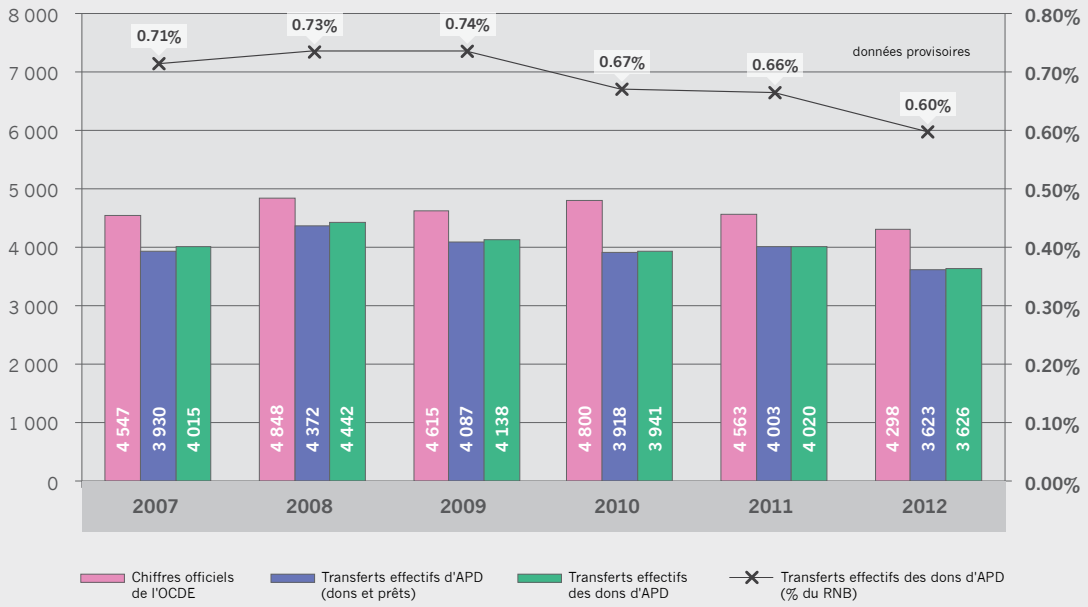
Par ailleurs, si l'on considère seulement les dons, l'APD en pourcentage de RNB a chuté bien en dessous de l'objectif de 0,7% : de 0,73% en 2008-2009, elle atteint 0,6% en 2012[43].

En termes de volume, les transferts effectifs d'APD sont tombés de plus de 4,3 milliards EUR en 2008, année record, à 3,6 milliards EUR en 2012, soit une baisse de 17% en cinq ans.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

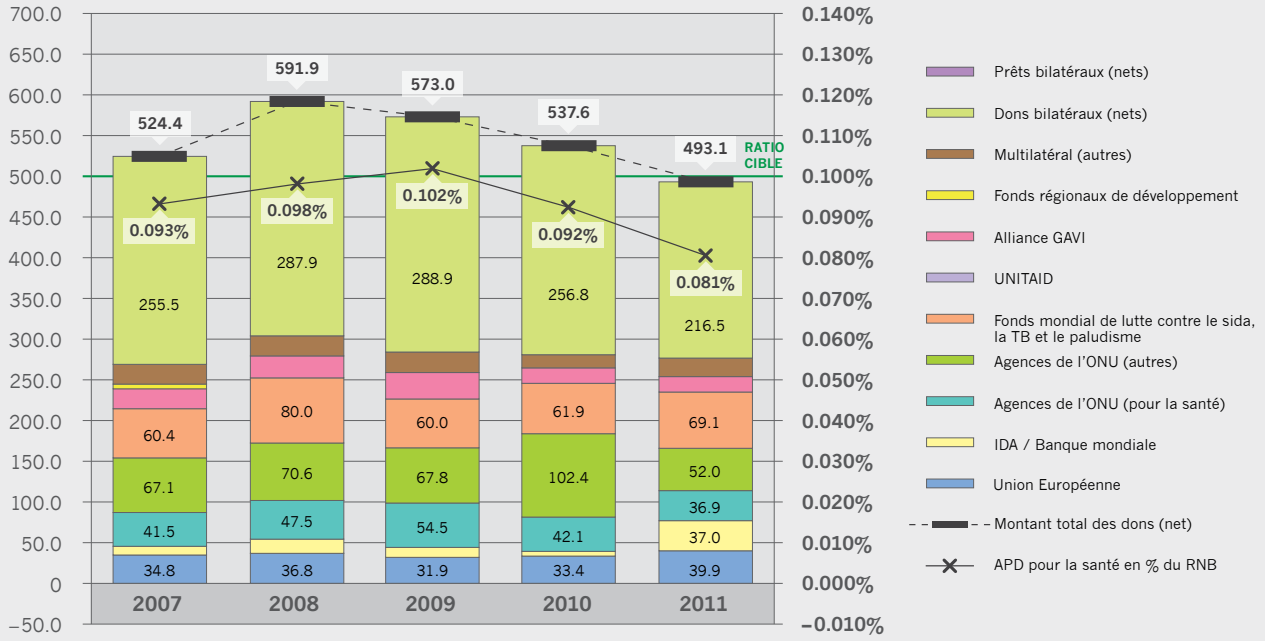
En 2009, les Pays-Bas ont atteint le taux recommandé par l'OMS de 0,1% du RNB consacré à la santé mondiale. Mais depuis, le gouvernement a diminué sa contribution pour la santé à 0,092% du RNB en 2010 puis à 0,08% en 2011.
En termes de volume absolu, la contribution néerlandaise en faveur de la santé mondiale a enregistré un chiffre record de près de 600 millions EUR en 2008. Depuis, elle n'a cessé de baisser toujours plus rapidement pour atteindre 487 millions EUR en 2011. Au total, cela représente une baisse d'un cinquième de son ampleur initiale.

Graphique 20



Pays-Bas – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 21



Pays-Bas – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

« L'aide pour le commerce », nouveau paradigme néerlandais présenté comme la solution pour résoudre la crise économique, risque fort de marginaliser la santé mondiale et pourrait avoir de graves conséquences pour le développement et le commerce.

L'APD santé néerlandaise s'équilibre à peu près entre les canaux de financement bilatéraux et multilatéraux. De 2010 à 2011, les contributions bilatérales pour la santé à travers l'Appui budgétaire général ont été divisées par deux, passant de 13 à 7 millions EUR.

L'appui aux projets de santé bilatéraux a également baissé de plus de 12% (de 257 à 216 millions EUR) au cours de la période.

L'année 2011 a également vu une baisse importante de la part de l'APD en santé en proportion de l'APD totale. Elle ne représente plus que 12% contre 14% les années précédentes.

Dans la droite ligne de la nouvelle politique en faveur du commerce et de l'implication du secteur privé, 2011 marque un désengagement du soutien aux institutions de l'ONU.

Les contributions à l'ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP et l'UNICEF ont considérablement baissé au profit de la Banque mondiale qui figure aujourd'hui parmi les principaux bénéficiaires de l'APD multilatérale totale et pour la santé.

L'APD néerlandaise pour la santé qui transite par l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale a ainsi considérablement augmenté. De 6 millions EUR en 2010, elle a atteint 37 millions en 2011, même si un délai dans les versements pourrait en partie expliquer ce bond.

Les Pays-Bas étaient par le passé le plus performant des pays ciblés dans les rapports d'AfGH pour la qualité de son APD santé. En effet, tous ses fonds affectés à ce secteur l'étaient alors sous forme de dons. C'était d'ailleurs encore le cas en 2011.

Depuis, le nouveau ministre du Commerce et de la Coopération au développement a mis en place le "Dutch Good Growth Fund". Ce fonds conçu pour stimuler la croissance du secteur privé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire accorde des prêts à des entrepreneurs qui proposent des plans d'investissement pertinents et socialement responsables en matière de développement durable.

Ce fonds devra faire l'objet d'un suivi minutieux afin de s'assurer que ces prêts complèteront les dons mais ne s'y substitueront pas. Les investissements ainsi consentis devront également être cohérents avec les engagements d'APD des Pays-Bas en faveur de la santé.

Perspectives

D'après les chiffres pour 2011 et 2012, les prévisions de l'APD bilatérale et multilatérale pour la santé s'avèrent encore plus pessimistes :

* la contribution au Fonds mondial a chuté de 88 à 31 millions USD entre 2011 et 2012[44]. Certes l'engagement pris pour 2013 s'approche du niveau de 2011 mais aucun versement n'a encore été fait au premier semestre de l'année
* avec moins de 100 millions EUR, le volume des nouveaux engagements bilatéraux est extraordinairement bas.

La baisse de la contribution à l'IDA/Banque mondiale depuis le bond de 2011 corrobore cette prévision pessimiste. Les premiers versements pour l'IFFIm[45] s'élevaient à 19 millions USD en 2012 et 20 millions en 2013. Pour autant, combinés au déclin des contributions annuelles directes, ils sont insuffisants pour compenser les réductions.

« L'aide pour le commerce », nouveau paradigme néerlandais présenté comme la solution pour résoudre la crise économique, risque fort de marginaliser la santé mondiale et pourrait avoir de graves conséquences pour le développement et le commerce.

Les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté doivent concentrer leurs efforts sur les axes efficaces. Une économie solide ne fonctionne pas sans individus en bonne santé et correctement formés.

En février 2013, le Conseil consultatif néerlandais pour les affaires internationales insistait sur l'importance de la santé mondiale dans le bon fonctionnement de l'économie :
« Les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté doivent concentrer leurs efforts sur les axes efficaces. Une économie solide ne fonctionne pas sans individus en bonne santé et correctement formés.[46]»

Pour que l'impact soit soutenable et durable, l'accent mis sur le commerce et l'entreprenariat privé doit s'appuyer sur une approche globale qui inclut avant toute chose la santé mondiale[47].

Les mécanismes de financement innovants, tels que la TTF, font l'objet d'intenses discussions entre le gouvernement néerlandais, les banques et les caisses de pension. Dans un contexte de restrictions budgétaires, la TTF offre des perspectives intéressantes pour générer de nouvelles recettes. Pourtant, les Pays-Bas ne semblent pas prêts à l'adopter.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

- Le gouvernement néerlandais doit consacrer au moins 0,7% de son RNB à l'APD (en transferts effectifs de dons) et 0,1% à la santé mondiale. Les dépenses militaires et pour le climat doivent en être exclues.
- Le ministère du Commerce et de la Coopération au développement doit suivre de près la performance du "Dutch Good Growth Fund" et indiquer en toute transparence si les prêts s'ajoutent aux dons ou les remplacent.
- Selon les déclarations du leader du parti social-démocrate, le secteur privé doit avoir l'obligation de cofinancer une part importante de la contribution du pays à la lutte contre le changement climatique.

Recommandations politiques

- Le gouvernement néerlandais doit clarifier sa position sur le rôle de la santé publique pour stimuler une croissance économique inclusive et en faire une entrée en matière pour aborder les questions de développement en temps de crise économique.
- Il faut toutefois avoir conscience des prérequis nécessaires à un climat commercial florissant. Parmi ceux-ci, la santé mondiale est la priorité principale. Le lien de cause à effet entre santé et croissance économique est très fort. La santé joue un rôle clé pour un développement humain durable aussi bien en tant que droit individuel que comme contribution majeure à la croissance économique d'une société.
- Les Pays-Bas doivent aborder la santé mondiale sous l'angle d'un bien public mondial dont les conséquences dépassent les frontières et faire du soutien à la santé mondiale une priorité majeure dans le cadre du programme de développement post-OMD. Le gouvernement s'est largement exprimé en faveur des objectifs de développement durable (ODD). Il doit continuer à défendre une approche globale des ODD et élargir l'intérêt pour la santé mondiale.

Education à la santé en Inde : le gouvernement néerlandais doit être plus explicite sur le rôle de la santé pour le développement économique.

Royaume-Uni

Au cours des trois dernières années, le gouvernement britannique a réaffirmé son engagement en faveur du développement international et organisé des sommets internationaux sur la vaccination, le planning familial et la faim. Le budget qu'il consacre au développement a été maintenu en dépit de la récession mondiale.

En reconnaissance de cet engagement, Ban Ki-Moon, le Secrétaire général de l'ONU, a nommé le premier ministre David Cameron à la co-présidence du Groupe de haut niveau sur le programme de développement pour l'après-2015, avec le président Susilo Bambang Yudhoyono de l'Indonésie et la présidente Ellen Johnson Sirleaf du Libéria.

En 2012, l'APD du Royaume-Uni s'élevait à 8 334 millions £, soit 0,54% du RNB. D'après les prévisions budgétaires, elle atteindra l'objectif du 0,7% du son RNB en 2013[48] [49].

Le Royaume-Uni sera alors le premier pays du G8 à respecter cet engagement. C'est une avancée positive car, bien que l'APD du pays ait augmenté entre 2007 et 2010, elle stagnait depuis lors autour de 0,5% du RNB. Le gouvernement ne cesse d'ailleurs de répéter que la crise économique est un faux prétexte pour ne pas respecter ses engagements en matière de développement[50] [51] [52].

Le Royaume-Uni fait également figure d'exception parmi les pays cibles d'AfGH du fait de son faible volume de prêts et d'éléments non transférés.

Au cours de la période considérée, ces éléments, notamment les frais administratifs, représentaient environ 0,02% du RNB tandis que les prêts ne comptaient que 0,01% du RNB (pour un volume net d'environ 200 millions £). Les emprunts mentionnés dans les rapports d'APD font presque exclusivement référence à des prises de participation dont le volume a augmenté ces deux dernières années[53].

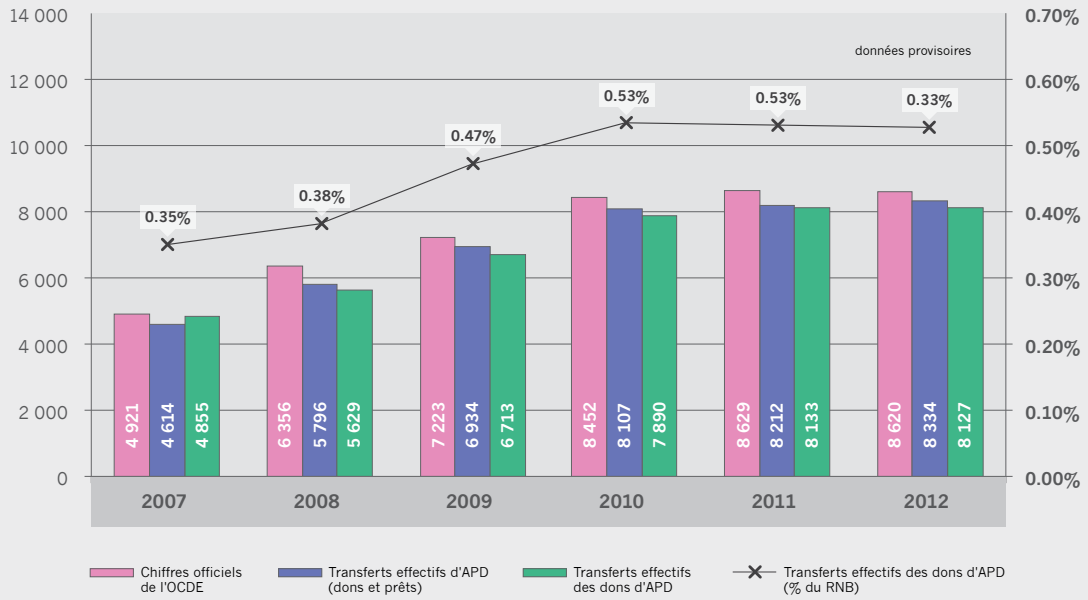
Le Royaume-Uni reste en revanche opposé à une taxe sur le secteur financier au profit du développement ou de toute autre cause sociale au motif qu'une telle taxe aurait un impact négatif sur l'économie britannique. En avril 2013, le gouvernement britannique a déposé un recours juridique à l'encontre du projet de TTF européenne. Toutefois, comme le soulignait la société d'audit KPMG :
« L'objection juridique britannique a peu de chance de faire échouer les négociations au sein de UE-11 (groupe d'États membres pour la coopération renforcée) et l'entrée en vigueur de la TTF. » [54]

Un avis juridique concluait récemment que, selon l'article 178 du traité européen, cette objection n'était pas recevable dans la mesure où la TTF n'est pas encore en vigueur. Larry Elliott, journaliste financier britannique, résume ainsi la situation dans le *Guardian* :

« L'annonce de la mort de la TTF est exagérée. La City prend des mesures pour limiter les dégâts.[55]»

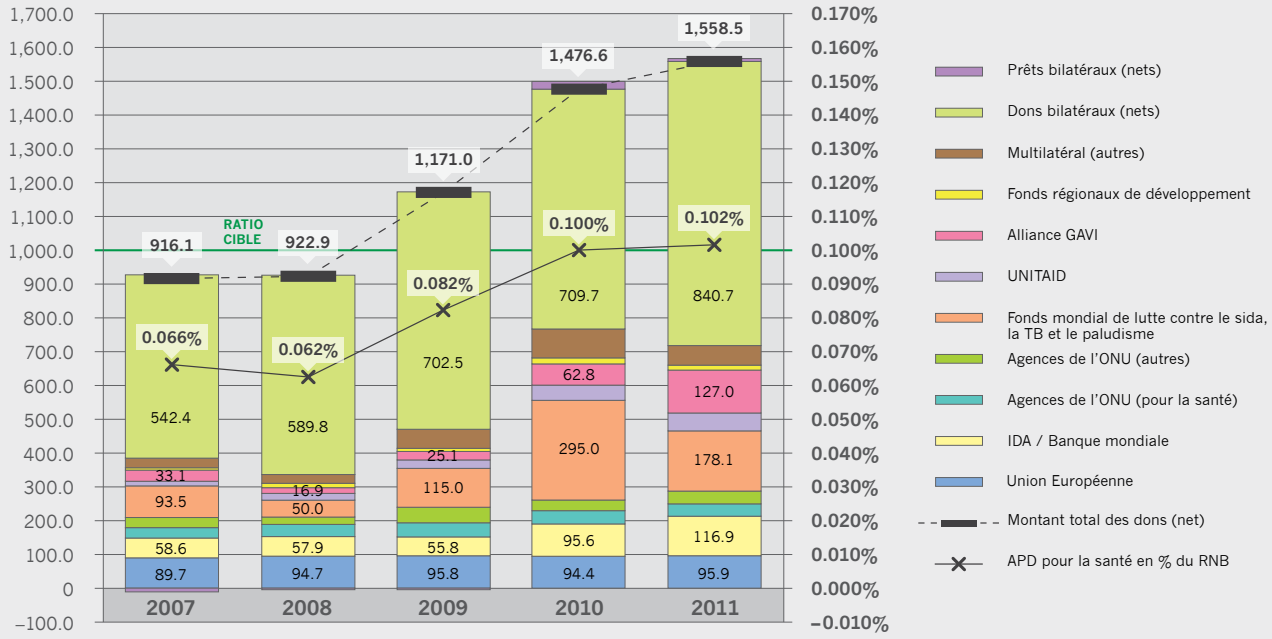
Le Royaume-Uni est en définitive l'un des pays européens les plus performants en matière d'APD. Dans son budget 2013-2014, il a rempli son engagement en consacrant 0,7% de son RNB à l'APD. Inscrire cet engagement dans une loi permettrait de le pérenniser.

Graphique 22



Royaume-Uni – Total des versements d'APD sous différentes formes.
(montants exprimés en millions Euros et en pourcentage du revenu national brut)

Graphique 23



Royaume-Uni – Principales composantes de l'APD santé 2007-2011 (en millions Euro)

Le Royaume-Uni est l'un des pays européens les plus performants en matière d'APD. Dans son budget 2013-2014, il a rempli son engagement en consacrant 0,7% de son RNB à l'APD. Inscrire cet engagement dans une loi permettrait de le pérenniser.

TENDANCES POUR L'APD RELATIVE À LA SANTÉ

Stable en 2007 et 2008, l'APD santé britannique a augmenté chaque année depuis 2008, jusqu'à enregistrer une hausse de 9% en 2010.

En 2011, le Royaume-Uni avait affecté 1 537 millions £ (2 465 million USD) à l'APD santé, soit l'équivalent de 18,7% de l'APD totale. Ce faisant, le pays a atteint le pourcentage de 0,1% de son RNB consacré à a santé mondiale, c'est-à-dire le minimum recommandé au niveau international.

De fait, le Royaume-Uni est de loin le pays le plus performant des pays cibles AfGH en matière de santé mondiale. D'après les données provisoires pour 2011, il dépasserait même les pays européens particulièrement performants tels que le Danemark, la Norvège et la Suède.

Depuis 2007, l'APD santé britannique s'équilibre à peu près entre les canaux bilatéraux (45% en 2011) et multilatéraux (55% en 2011).

Dans une stratégie d'« optimisation des ressources » et d'amélioration de la transparence, le gouvernement a commandé un examen complet des dépenses d'APD bilatérales et multilatérales en 2010. Les conclusions pour le volet bilatéral proposent de mettre fin à l'aide aux PRI et de réduire le groupe des pays prioritaires destinataires de l'aide britannique.

L'examen de l'aide multilatérale a révélé que parmi les agences multilatérales GAVI, IDA/Banque mondiale et le Fonds mondial étaient les plus efficaces et les plus efficientes[56].

Le Fonds mondial, la Banque mondiale/IDA et l'UE ont sans surprise bénéficié des versements les plus importants du Royaume-Uni en 2011, avec respectivement 149, 117 et 96 millions £. GAVI a vu sa contribution passer de 51 à 92 millions £. Et, cette même année, le Royaume-Uni accueillait une conférence sur la vaccination.
En septembre 2013, Justine Greening, Secrétaire d'État pour le développement international, promettait de contribuer à hauteur de 1 milliard £ à la reconstitution des ressources du Fonds mondial en 2014-2016.
Le Royaume-Uni s'est engagé à verser l'entièreté de cette somme pour autant que les autres bailleurs se soient suffisamment engagés pour atteindre les 15 milliards USD manquants nécessaires au Fonds mondial.

Perspectives

Début 2013, le gouvernement britannique déclarait vouloir que le Département du développement international (DFID) travaille plus étroitement avec le ministère de la Défense, des Affaires étrangères et du Commonwealth. Les secteurs traditionnels du développement dont la santé pourraient en faire les frais et voir leur budget affecté à d'autres interventions internationales.

Le gouvernement devrait poursuivre le « recentrage de son aide vers les pays où elle répond aux plus grands besoins »[57] et fermer les programmes dans les PRI, tels que l'Inde et l'Afrique du Sud.

Dans la mesure où plus de 70% des populations les plus pauvres du monde vivent dans les PRI, cette politique soulève le débat et sa cohérence avec la volonté britannique de s'engager à la réduction de la pauvreté est à prouver.

Le gouvernement poursuivra probablement sa politique et fermera ses programmes dans les PRI. Dans la mesure où plus de 70% des populations les plus pauvres du monde vivent dans ces pays, cette politique soulève le débat.

La société civile attendra du gouvernement qu'il respecte ses promesses électorales et inscrive dans la loi l'engagement du 0,7% du RNB affecté à l'APD. Cette mesure protégerait le budget de l'aide de tout changement politique et améliorerait la redevabilité du gouvernement vis-à-vis de l'opinion publique britannique quant aux montants alloués à l'aide et à ses résultats.

Le Royaume-Uni va mettre fin à son aide en direction des pays à moyen revenu comme l'Inde. Pourtant 70% des populations pauvres mondiales vivent dans les pays à moyen revenu.

RECOMMANDATIONS

Recommandations financières

* Le gouvernement britannique doit revenir sur sa décision : il doit mettre en place une TTF et allouer une part significative des recettes au développement et à la santé mondiale.

Recommandations politiques

* Le gouvernement britannique doit respecter sa promesse de campagne et inscrire dans la loi l'engagement du pays d'allouer 0,7% de son RNB à l'APD.
* Le gouvernement britannique doit garantir que l'APD n'intègre que les contributions directes destinées à l'atteinte des objectifs de développement. Les dépenses liées à la défense ou aux opérations de maintien de la paix doivent être comptabilisées séparément.
* Le gouvernement britannique doit défendre l'objectif du 0,7% du RNB alloué à l'APD dans le programme de développement pour l'après 2015.
* Le DFID doit évoluer d'un programme strictement orienté sur l'optimisation des ressources vers une politique centrée sur les populations les plus pauvres et les plus exclues. Le DFID doit pour cela s'attaquer aux charges de morbidité les plus importantes, où qu'elles soient.

Notes

1 OMS, Commission macroéconomie et santé, La difficulté de choisir : Investir en faveur de la santé pour le développement, 2006.
Le rapport est disponible en français en ligne http://www.who.int/macrohealth/documents/french_final.pdf

2 Rapport de la Task Force sur les financements innovants des systèmes de santé, 2009

3 OMS, Commission macroéconomie et santé, Investir dans la santé pour le développement économique, 2001.
Le rapport est disponible en français en ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/a74869.pdf

4 Pour accéder à la base de données de l'OCDE : http://stats.oecd.org/?lang=fr&SubSessionId=ddda8822-9eda-4a1f-b77a-9ead93393bfa&themetreeid=-200

5 Voir le chapitre sur la méthodologie, pp. 10

6 Les données provisoires qu'a publiées l'OCDE/CAD pour 2012 ne donnent pas d'indication sur les coûts imputés aux étudiants et à l'aide aux réfugiés. C'est pourquoi, nous nous sommes basés sur les données des années précédentes exprimées en monnaies locales et en utilisant les taux de change correspondants pour 2012 pour calculer les transferts réels et les transferts de dons pour 2012. Nous avons appliqué la même procédure lorsque des informations concernant un seul bailleur étaient incomplètes pour calculer d'autres indicateurs. C'est le cas notamment pour les transferts sous forme de prêts de la France et les frais administratifs de la Suisse. Les données ainsi communiquées peuvent dès lors être sujettes à des modifications importantes une fois les chiffres définitifs disponibles. L'expérience menée en 2011 a en effet révélé des différences conséquentes entre les données provisoires et les chiffres définitifs publiés.

7 Objectif approuvé pour la première fois en 1970 et réaffirmé plusieurs fois : les bailleurs se sont engagés à affecter 0,7% de leur revenu national brut (RNB), soit une infime part de leurs budgets, au développement international.

8 Flux totaux par donneurs : http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=TABLE1

9 Voir notamment l'article de Richard Manning publié le 9 avril 2013 dans le Financial Time (en anglais) http://www.ft.com/cms/s/0/b3d73884-a056-11e2-88b6-00144feabdc0.html#axzz2pdXTbD7Q

10 La question des prêts issus des marchés financiers doit faire l'objet de recherches plus poussées. Cependant, les premières conclusions d'AfGH et du MMI montrent que, pour l'Allemagne, plus de 50% des prêts proviennent en effet des marchés financiers.

11 Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse.

12 Dans le cas de la France, les statistiques des flux de prêts d'APD de l'OCDE n'étant pas encore disponibles, nous avons calculé les transferts de dons pour 2012 à partir des tendances observées en 2009-2011.

13 Schwartlander, B. et al. "Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS". The Lancet, Volume 377 Issue 9782 (2011), pp. 2031–2041.
Résumé de l'article disponible sur le lien suivant (en anglais) http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60702-2/abstract

14 Selon la Déclaration politique des Nations Unies de juin 2011, l'objectif est fixé à 15 millions de séropositifs.

15 Ministère de la Santé du Kenya, Étude sur l'utilisation des services et les dépenses de santé des foyers en 2007, 2009

16 Forsyth, "J. Time for universality to reduce inequity." The Lancet. Volume 382 Issue 9899 (2013), pp. 1161-1162. Article complet disponible sur le lien suivant (en anglais) http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61722-5/fulltext

17 Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Direction de la coopération au développement, Comité de l'aide au développement. Directives convergées pour l'établissement des rapports statistiques du système de notifications des pays créanciers (SNPC) et du questionnaire annuel du CAD – Addendum 1 – Modules A, B et C., 2013. Disponible en ligne http://www.oecd.org/fr/cad/stats/documentupload/DCD-DAC%282013%2915-ADD1-FINAL-FRE.pdf

18 Commission européenne, DG Développement et coopération –EuropeAid. Programme pour le changement, 2011. Disponible en ligne (en anglais) : http://ec.europa.eu/europeaid/news/agenda_for_change_en.htm

19 Conseil de l'Union européenne. Cadre financier pluriannuel (2014-2020) – Liste des programmes, 2013. Disponible en ligne (en anglais) http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st08/st08288.en13.pdf

20 Les chiffres présentés dans ce rapport font référence à l'APD totale et pour la santé mondiale des institutions de l'UE. En revanche, le terme « aide au développement de l'UE » désigne uniquement l'Instrument de coopération au développement et le Fonds de développement européen.

21 « Apparentes » car les institutions de l'UE cherchaient dès 2008 à inclure les prêts de la Banque européenne d'investissement dans leur notification d'APD. Elles n'y sont finalement parvenues que depuis 2011

22 Commission européenne. Rapport annuel sur les politiques de l'Union européenne en matière de développement et d'aide extérieure et de leur mise en œuvre en 2011, 2012. Disponible en ligne http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/annual-reports/europeaid_annual_report_2012_full_fr.pdf

23 Fichier accessible sur le site du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Pledges and contributions, 2013 (en anglais) : www.theglobalfund.org/fr/partners/governments/

24 Ce chiffre se fonde sur les montants annoncés dans les communiqués de presse de la CE. Pour plus d'informations, voir la Base de données des communiqués de presse de l'UE. Millennium Development Goals: EU gives additional support to 36 countries for tackling major development challenges, 2011. Disponible en ligne (en anglais) http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-930_en.htm?locale=FR

25 AfGH a prévu de mener une analyse plus large des prêts d'ici fin 2013.

26 Voir également l'article publié par Richard Manning, ibid.

27 Pour accès à une infographie (en allemand): http://infogr.am/So-denken-die-Deutschen-ber-die-Steuer-gegen-Armut/

28 Chiffres tirés de l'analyse menée par AfGH et MMI pour 2010 et 2011.

29 Cette baisse s'explique en partie par des changements dans la manière dont l'aide multilatérale est versée en 2012.

30 Le Fondo para la Promoción del Desarrollo (FONPRODE) est l'instrument de la coopération espagnole par lequel transitent les fonds sous forme de prêts affectés à la promotion du secteur privé dans les pays en développement et les dons alloués à l'aide bilatérale et aux agences multilatérales.

31 Décret n° 2011-1237 du 4 octobre 2011 portant modification du décret n° 2006-1139 du 12 septembre 2006 sur le fonds de solidarité pour le développement.

32 CICID. Relevé de conclusions (2009). Disponible en ligne http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/aide-au-developpement-et/dispositifs-et-enjeux-de-l-aide-au/institutions-francaises/le-dispositif-institutionnel/article/cicid-juin-2009

33 Chiffres tirés d'une communication de la Division santé de l'Agence Française de Développement.

34 Loi de finances 2013. Source : République française, Mission interministérielle. Projets annuels de performances, annexe au projet de loi de finances pour 2013 – Aide publique au développement (2013). Disponible en ligne http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2013/pap/pdf/PAP2013_BG_Aide_publique_developpement.pdf

35 Résolution A/67/L.36 de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

36 Voir le rapport stratégique d'AfGH Results or Rhetoric? What we didn't know about Europe's Aid for Health (2012). Disponible en ligne (en anglais) http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/ODA/oda_singles.pdf

37 Données provisoires.

38 Il s'agit de 10 pays d'Afrique sub-saharienne (Burkina Faso, Éthiopie, Guinée, Kenya, Mozambique, Niger, Sénégal, Somalie, Soudan et Soudan du Sud), deux en Afrique du Nord (Égypte, Tunisie), un dans les Balkans (Albanie), trois au Moyen-Orient (Irak, Liban, Territoires palestiniens occupés), quatre en Amérique latine, (Bolivie, Cuba, Équateur, San Salvador), et quatre en Asie et Océanie (Afghanistan, Myanmar, Pakistan et Vietnam).

39 Pour visualiser ces chiffres, voir notre carte interactive de l'APD en ligne http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=54

40 Documento di Economia e Finanzia 2014-2017. Disponible en ligne (en italien) http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2013/documenti/DEF_1_-_PdS_2013_xon-linex.pdf

41 Le 18 juillet, Laura Boldrini, la présidente de la chambre italienne des députés, a déclaré que l'Italie devait reprendre sans délai son soutien au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

42 La motion parlementaire est soutenue par l'ensemble de la société civile italienne ainsi que par l'Institut italien de santé public (Istituto Superiore di Sanità). Voir (en italien) http://www.partitodemocratico.it/doc/260968/lotta-aids-mogherini-depositata-oggi-alla-camera-mozione-unitaria-per-rifinanziamento-fondo-globale.htm

43 Les Pays-Bas excluent les prêts de leur APD. En revanche, une part importante (16% en 2012) comprend des éléments non-transférés.

44 Fichier accessible sur le site du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Pledges and contributions, 2013 : www.theglobalfund.org/fr/partners/governments/

45 Voir le profil des Pays-Bas sur le site de l'Alliance GAVI (en anglais) http://www.gavialliance.org/funding/donor-profiles/netherlands/ (Page en anglais)

46 Rapport du Conseil consultatif néerlandais pour les affaires internationales. Interaction between actors in international cooperation: Towards flexibility and trust, février 2013, p.15.

47 Idem p. 51.

48 Parti conservateur. International Development Priorities. Disponible en ligne en anglais (dernière visite le 31/07/2013) http://www.conservatives.com/Policy/Where_we_stand/International_Development.aspx

49 Déclaration du 20 mars du Chancelier : « Nous consacrerons l'année prochaine 0,7% de notre revenu national au développement international et remplirons ainsi l'engagement pris depuis longtemps vis-à-vis des populations plus pauvres de la planète.» Pour lire son discours complet (en anglais) https://www.gov.uk/government/speeches/budget-2013-chancellors-statement

50 BBC News « David Cameron reaffirms UK aid pledge at United Nations », 26 septembre 2012, Disponible en ligne en anglais http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-19709321

51 Déclaration d'automne du Chancelier, 2012. A lire en anglais : https://www.gov.uk/government/speeches/autumn-statement-2012-chancellors-statement

52 Fondation Thomas Reuters. UK to become first G8 nation to meet 0.7% aid pledge, 20 mars 2013. Disponible en ligne en anglais http://www.trust.org/item/?map=uk-to-become-first-g8-nation-to-meet-07-pct-aid-pledge/

53 La prise de participation comprend le financement direct d'entreprises dans un pays en développement. À la différence de l'investissement direct, la prise de participation n'implique pas d'intérêts à long terme pour l'entreprise.

54 KPMG "UK mounts a legal challenge to the FTT", 19 avril 2013. A lire en anglais ici: http://www.kpmg.com/UK/en/services/Tax/CorporateTax/Pages/european-financial-transaction-tax.aspx#1

55 The Guardian, "Reports of the death of the Financial Transaction Tax look exaggerated", 10 juin 2013. Disponible en ligne en anglais : http://www.guardian.co.uk/business/economics-blog/2013/jun/10/reports-death-financial-transactions-tax-exaggerated

56 DFID, Multilateral Aid Review, 2013. Rapport en anglais disponible en ligne https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67583/multilateral_aid_review.pdf

57 Spending Round, 2013, p. 45. Rapport en anglais disponible en ligne https://www.gov.uk/government/publications/spending-round-2013-documents

Acronymes

ACP	Groupe des Etats d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique
AfGH	Action for Global Health
APD	Aide publique au développement
BEI	Banque européenne d'investissement
BM	Banque mondiale
BMZ	Ministère de la coopération et du développement économique (Allemagne)
BPM	Bien public mondial
CAD	Comité de l'aide au développement
CE	Commission européenne
CFP	Cadre financier pluriannuel
CRS	Système de notification des pays créanciers de l'OCDE
CSU	Couverture sanitaire universelle
DFID	Département du développement international (Royaume-Uni)
FED	Fonds européen de développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FONPRODE	Fonds pour la promotion au développement (Espagne)
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
IDA	Association internationale de développement de la Banque Mondiale
ICD	Instrument de coopération au développement
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination
KANCO	Kenya HIV/AIDS NGO Consortium
MMI	Medical Mission Institute Würzburg (Allemagne)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODD	Objectifs pour le développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PD	Parti démocrate (Italie)
PFR	Pays à faible revenu
PMA	Pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRI	Pays à revenu intermédiaire
PvdA	Parti social-démocrate (Pays-Bas)
RNB	Revenu national brut
TB	Tuberculose
TTF	Taxe sur les transactions financières
VVD	Parti populaire pour la liberté et la démocratie (Pays-Bas)
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Action for Global health est un réseau européen de 15 organisations présentes à Bruxelles, en France, en Allemagne aux Pays-bas, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni. Nous plaidons pour le droit à la santé et l'atteinte des Objectifs du Millénaire (OMD) en santé.

Notre objectif est de renforcer le soutien politique pour plus de financement en santé, le renforcement des systèmes et un accès équitable aux soins qui prenne en compte les besoins des populations vulnérables et marginalisées.

www.actionforglobalhealth.eu

Facebook: www.facebook.com/Actionforglobalhealth
Twitter: @AfGHnetwork

© Action for Global Health, Décembre 2013

ACTION FOR GLOBAL HEALTH

FINANCEMENT TOTAL
SYSTÈMES FORTS
ACCÈS ÉQUITABLE

4ÈME CONFÉRENCE DE RECONSTITUTION DES RESSOURCES DU **FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME** 2014-2016

Les 2 et 3 décembre 2013, vingt-cinq pays, ainsi que la Commission Européenne, aux côtés de fondations privées se sont engagés à mobiliser 12 milliards de dollars en faveur du Fonds Mondial pour la période 2014-2016. Cela représente une augmentation de près de 30% par rapport au montant des contributions pour 2011-2013. Hormis le Royaume-Uni et l'Union Européenne, les autres bailleurs cibles d'AfGH n'ont pas augmenté, ont diminué ou ne sont même pas engagés en faveur du Fonds Mondial.

Voici ci-dessous un tableau synthétisant les promesses de contribution des bailleurs cibles d'AfGH.

Bailleur	**Promesses de dons lors de la quatrième reconstitution pour 2014-2016 (en millions)** ***en monnaie locale*** ***en dollars américains***	**Promesses de dons lors de la troisième reconstitution pour 2011-2013 (en millions)** ***en monnaie locale*** ***en dollars américains***	**Evolution (en millions)** ***en monnaie locale***
Commission Européenne	EUR 370 USD 502,9	EUR 330 USD 452.3	⇗ 40
Allemagne	EUR 600 USD 815,4	EUR 600 USD 822,4	⇔ maintien
Espagne			
France	EUR 1 080 USD 1 467,8	EUR 1 080 USD 1 480,3	⇔ maintien
Italie	EUR 100 USD 135,9		
Pays-Bas	EUR 185 USD 251,4	EUR 215 *projection*[1] USD 294,7 *projection*[1]	⇘ 30
Royaume-Uni	GBP 1 000 USD 1 636,9	GBP 384 *projection*[1] USD 607,4 *projection*[1]	⇗ 616

[1] « Projection » signifie que le bailleur n'a pas fait de promesses de dons lors de la conférence de restitution. Les chiffres indiqués sont une projection de leur contribution.

ACTION FOR GLOBAL HEALTH

FINANCEMENT TOTAL
SYSTÈMES FORTS
ACCÈS ÉQUITABLE

- **L'Union Européenne** a annoncé qu'elle contribuerait à hauteur de 370 millions soit une augmentation de 40 millions d'euros par rapport à la période précédente. Cette annonce reste cependant une déception pour les associations qui demandaient une contribution de 450 millions d'euros.

- **L'Allemagne** a promis en janvier 2013 de verser une contribution de 200 millions d'euros par an jusqu'en 2016. Elle a ainsi annoncé lors de la conférence de restitution la signature d'un accord contraignant portant sur une contribution de 600 millions d'euros pour la période 2014/2016.

- Comme redouté, **l'Espagne** ne s'est pas engagée en décembre 2013 pour la période 2014-2016.

- **La France** a annoncé en juillet 2013 le maintien de sa contribution à hauteur de 1,08 milliard d'euros pour la période 2014/2016. En 2014, ce maintien est uniquement possible grâce aux financements innovants : 83 millions proviennent de la taxe sur les billets d'avion et 60 millions proviennent de la taxe sur les transactions financières. Il est important de noter que ces financements innovants ne sont donc pas additionnels et qu'ainsi les montants provenant directement du budget central de l'Etat ont diminué.

- **L'Italie** a de nouveau annoncé une contribution au Fonds Mondial.

- Conséquences des coupes de l'APD totale sous forme de dons et de l'APD santé, **les Pays-Bas** baissent leur contribution de 30 millions EUR pour la période 2014/2016.

- **Le Royaume-Uni** est devenu le deuxième contributeur avec un engagement d'1 milliard de livres sterling (1,6 milliard de dollars US) pour la période 2014/2016[2].

[2] « L'engagement britannique vise à encourager d'autres donateurs à revoir à la hausse leurs propres promesses, puisque le pays entend débloquer des crédits supplémentaires pour chaque contribution reçue par le Fonds mondial. Dans cette optique, la contribution du Royaume-Uni atteindra au maximum dix pour cent du total recueilli par le Fonds mondial. »
Source : Fonds Mondial