

CIS 2015-2019

# Santé & protection sociale

CADRE D'INTERVENTION SECTORIEL 2015-2019



**PRÉAMBULE – LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE, AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT DURABLE** 4

**RÉSUMÉ EXÉCUTIF** 5

<b>1</b>	<b>UN MONDE ENTRE MUTATIONS SANITAIRES ET URGENCE SOCIALE</b>	<b>8</b>
1.1.	La santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile au cœur des enjeux démographiques	9
1.2.	Des systèmes de santé négligés qui doivent faire face à la fois aux épidémies et au poids croissant des maladies chroniques	10
1.3.	L'environnement urbain est un déterminant d'importance croissante	11
1.4.	La couverture universelle en santé comme réponse aux nouveaux défis sanitaires et sociaux	11
1.5.	Protection sociale, l'urgence d'agir	13
1.6.	Le changement climatique impose une adaptation des systèmes de santé autant que des dispositifs de protection sociale	15
<b>2</b>	<b>LES BAILLEURS ET LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES SE POSITIONNENT FACE À CES NOUVEAUX DÉFIS</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE SONT DES SECTEURS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE</b>	<b>20</b>
3.1.	Les priorités de l'APD française en matière de santé	21
3.2.	Les priorités de la France en matière de protection sociale	22
<b>4</b>	<b>BILAN ET ENSEIGNEMENT DES INTERVENTIONS 2012-2014 DE L'AFD</b>	<b>23</b>
4.1.	Un engagement prioritaire : la lutte contre la mortalité maternelle et infantile	24
4.2.	Le renforcement des systèmes de santé au cœur de l'activité santé de l'AFD	25
4.3.	De nombreuses interventions dans des contextes de crise	26
4.4.	Quelques opérations emblématiques dans le champ de la protection sociale	26
4.5.	Un volume croissant d'interventions dans les territoires ultramarins	27
<b>5</b>	<b>STRATÉGIE D'INTERVENTION DE L'AFD EN SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE</b>	<b>28</b>
5.1.	Axes d'intervention de l'AFD 2015-2019	29
5.1.1.	Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive	30
5.1.2.	Accompagner les pays en développement vers la couverture universelle en santé	31

5.1.3.	Développer les systèmes de protection sociale	33
5.1.4.	Aspects transversaux de la stratégie	34
5.1.5.	Contribution à l'influence française	37
<b>5.2.</b>	<b>Les outils d'intervention en santé et protection sociale</b>	<b>38</b>
5.2.1.	Le renforcement des capacités et l'accompagnement social	38
5.2.2.	Les outils de financement	39
5.2.3.	La production de connaissance et les partenariats	40

---

## **6 | DÉCLINAISONS RÉGIONALES DE LA STRATÉGIE** **41**

---

<b>6.1.</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>42</b>
6.1.1.	Relever les multiples défis d'un secteur toujours très fortement sous-financé	42
6.1.2.	Stratégie « Afrique subsaharienne » : priorité à la santé maternelle et infantile, à la santé sexuelle et reproductive et au renforcement des systèmes de santé	43
<b>6.2.</b>	<b>Asie, Amérique latine et Méditerranée</b>	<b>44</b>
6.2.1.	Adapter les systèmes de santé à la transition épidémiologique et répondre aux attentes sociales grandissantes des populations	44
6.2.2.	Stratégie « Asie, Amérique latine et Méditerranée » : priorité au renforcement des services de santé et à la protection sociale	44
<b>6.3.</b>	<b>Les outre-mer</b>	<b>46</b>
6.3.1.	Un sous équipement sanitaire persistant et des nouveaux besoins liés au vieillissement des populations	46
6.3.2.	Stratégie d'intervention dans les outre-mer : accompagner le développement de l'offre sanitaire, médicosociale et sociale	47
<b>6.4.</b>	<b>Les États fragiles et/ou en situation de crise/post-crise</b>	<b>48</b>

---

## **7 | REDEVABILITÉ ET TRANSPARENCE** **49**

---

7.1.	Moyens	50
7.2.	Suivi de la stratégie	50
7.3.	Communication	51

---

## **8 | ANNEXES** **52**

---

	Annexe 1 - Sigles et acronymes	54
	Annexe 2 - Schéma logique	56
	Annexe 3 - Indicateurs de la stratégie	57
	Annexe 4 - Lexique	58

---

# Préambule

---

# Préambule

## La santé et la protection sociale, au cœur du développement durable

Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ont permis une mobilisation sans précédent contre la pauvreté et ont amené la réalisation de progrès significatifs dans de nombreux secteurs. Toutefois, alors que s'approche l'échéance de 2015, ces objectifs sont loin d'être atteints, notamment ceux relatifs à la santé des enfants (OMD 4) et des mères (OMD 5) et, dans une moindre mesure, celui relatif à la lutte contre les maladies transmissibles (OMD 6). Dans ces domaines, les acquis des OMD vont devoir être consolidés après 2015, alors que la crise Ebola a rappelé l'importance du renforcement des systèmes de santé et que de nouveaux défis, tels que la protection sociale, font partie des objectifs pour le développement durable (ODD).

Plus globalement, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle marqué par un creusement vertigineux des inégalités, la protection des populations face aux risques de la vie rejoint en importance la lutte contre l'exclusion et les inégalités. Il est indispensable d'offrir à tous une garantie de revenu suffisant pour bénéficier de conditions de vie décentes et répondre aux besoins essentiels, dont la santé. La mise en place d'une couverture universelle en santé (CUS), qui permettrait à des millions de personnes, non seulement de se soigner, mais aussi de ne pas basculer dans la pauvreté, est portée par de nombreux pays – au premier rang desquels la France – comme l'un des objectifs prioritaires de l'agenda post-2015.

L'AFD a engagé en 2013 une nouvelle réflexion sur la dimension sociale du développement, perçue désormais comme indissociable des deux autres piliers – environnemental et économique – du développement durable. La vulnérabilité croissante des plus pauvres aux chocs exogènes plaide en effet pour un renforcement des

systèmes et des dispositifs de protection sociale. Ailleurs, ce sont les attentes des nouvelles classes moyennes pour l'accès à des services de base de qualité qui s'imposent au sommet des agendas. Partout, le renforcement du capital humain et la qualité du lien social sont compris comme des investissements, tant pour permettre une croissance durable que pour asseoir la paix sociale. Plus globalement, la protection sociale contribue à une meilleure acceptation par les sociétés des changements et des contraintes liés à la transition écologique.

Avec ce nouveau cadre d'intervention sectoriel (CIS) Santé et protection sociale, l'AFD projette son action sur une période 2015-2019 durant laquelle la consolidation des acquis des OMD cohabitera avec une approche plus inclusive des objectifs à atteindre dans le domaine de la santé ; et durant laquelle les enjeux sociaux seront au cœur de l'agenda du développement durable. Par rapport aux précédents CIS, celui-ci propose donc une vision qui dépasse le simple développement sanitaire, en replaçant celui-ci au sein des enjeux démographiques, économiques et environnementaux. Il met par ailleurs l'accent sur le développement du champ de la protection sociale, qui est pour l'AFD un secteur relativement nouveau d'intervention. Cet ensemble ambitieux implique l'ouverture à d'autres géographies que celles où l'AFD intervient traditionnellement dans les secteurs sociaux, et le recours accru au financement en prêt.

Ce CIS vise enfin à développer la cohérence des interventions de l'AFD en mettant en avant les synergies et les complémentarités qui existent entre la santé et la protection sociale et d'autres secteurs d'intervention, comme l'éducation et l'emploi, le développement urbain, la sécurité alimentaire, ou encore l'eau et l'assainissement.

---

# Résumé exécutif

---

# Résumé exécutif

**A**fin de répondre à ces objectifs multiples, la stratégie « santé et protection sociale » de l'AFD se construira autour de trois axes d'intervention.

## **Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive**

Dans les pays qui n'ont pas encore engagé leur transition démographique, en particulier au Sahel, les interventions de l'AFD viseront en priorité à réduire la mortalité maternelle et infantile et à permettre une démographie équilibrée indispensable aux politiques de développement durable. L'AFD privilégiera une approche intégrée des services de santé de la reproduction (dont la planification familiale), maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), permettant aux adolescents, aux femmes et aux enfants d'avoir accès à un ensemble intégré de services essentiels de prévention et de soins de qualité, s'inscrivant dans un continuum de soins et privilégiant les activités à haut impact en matière de réduction de la mortalité. Elle soutiendra le renforcement de la qualité de l'offre et de la demande de soins de santé sexuelle et reproductive (SSR), en portant une attention spécifique à l'accès volontaire à la planification familiale et aux besoins des adolescent(e)s, notamment pour améliorer leur accès aux services de santé de la reproduction, ainsi que l'accueil des jeunes par le personnel de santé.

## **Promouvoir la couverture universelle en santé**

Dans toutes les géographies et pour combattre durablement l'ensemble des pathologies, l'AFD soutiendra la promotion de la couverture universelle en santé (CUS), selon l'approche inclusive défendue par la France et qui intègre deux composantes liées : une offre complète de services de santé essentiels, de bonne qualité et adaptés aux besoins, et une couverture du risque financier. L'AFD interviendra pour renforcer les systèmes de santé dans

leurs six composantes : infrastructures, ressources humaines, équipements, médicaments, systèmes d'information et de veille sanitaire, et gouvernance ; et pour accompagner la mise en place de dispositifs solidaires de financement de la santé, qu'ils soient contributifs ou non contributifs. Ainsi, les interventions développées viseront à la fois à renforcer les services de santé (offre publique et privée) et à rendre solvable la demande de soins.

Dans l'outre-mer français, cet axe stratégique sera décliné à travers la mise à niveau de l'offre de soins et le développement d'une offre médico-sociale aujourd'hui très en retard sur celle de la métropole, afin de permettre à ces territoires de faire face au vieillissement accéléré de leurs populations.

## **Renforcer les systèmes de protection sociale**

Dans ce secteur relativement nouveau pour elle, mais dont le rôle est fondamental pour la cohésion sociale, l'AFD construira progressivement, à travers notamment le dialogue avec les autres bailleurs, un portefeuille de projets compatible avec le mandat de croissance verte et solidaire qui lui est dévolu en Asie et en Amérique latine, et privilégiant les domaines où il existe un savoir-faire français reconnu. Dans les pays les moins avancés (PMA), les interventions de l'AFD cibleront la résilience des populations face aux risques (maladie, vieillesse, exclusion, chômage, catastrophes, etc.) à travers la mise en place et l'extension de systèmes intégrés de protection sociale, se déclinant en programmes universels ou ciblés vers les populations pauvres et vulnérables, tout au long de la vie (personnes âgées, invalides, enfants et orphelins, exclus sociaux). Dans les pays émergents et à revenu intermédiaire, ces interventions répondront aux attentes sociales des classes moyennes tout en orientant les dynamiques de croissance dans le sens d'une convergence des normes sociales avec celles des pays développés.

## ENCADRÉ 1 - LA PROTECTION SOCIALE : UN SECTEUR COMPLEXE AU PÉRIMÈTRE FLUCTUANT SELON LES DÉFINITIONS

Les définitions utilisées au niveau international sont très diverses et mettent l'accent sur différentes dimensions de la protection sociale, avec notamment :

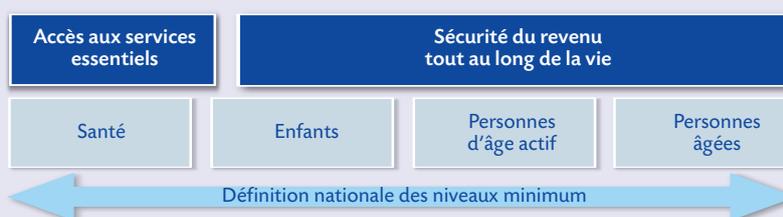
- une approche économique qui définit la protection sociale comme un ensemble d'instruments de gestion des risques sociaux, économiques, politiques et environnementaux ;
- une définition basée sur les droits sociaux, et insistant sur l'universalité et la dimension sociale des droits humains ainsi que les moyens pour améliorer la réalisation de ces droits ;
- une définition mettant l'accent sur les fonctions de la protection sociale d'aide aux plus pauvres, de filets de sécurité et de réduction de la pauvreté ;
- une définition mettant l'accent sur le rôle en matière de promotion de l'inclusion sociale, de la justice sociale et sur le fait que la protection sociale permet de garantir la sécurité des revenus, la qualité de l'éducation et des soins de santé pour tous.

Le périmètre de la protection sociale retenu dans le CIS est celui de la recommandation 202 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur les « socles de protection sociale », et s'exprime à travers quatre garanties élémentaires de sécurité sociale devant être respectées partout et pour l'ensemble des populations (voir schéma ci-dessous) :

- accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;

- sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;
- sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

### LES QUATRE GARANTIES DE LA PROTECTION SOCIALE



Pour mettre en œuvre cette stratégie, l'AFD mobilisera :

- **le renforcement de capacité**, organisé autour de différents moyens : l'assistance technique, la formation visant notamment les professions paramédicales et les acteurs de la protection sociale, et les partenariats public-privé. Vecteurs d'échanges et de partage d'expérience Nord-Sud ou Sud-Sud, les partenariats entre opérateurs seront encouragés. Dans la même logique, le transfert de savoir-faire français, particulièrement recherché par les partenaires des pays émergents, sera mis en avant. Une déclinaison de ces partenariats dans l'espace régional des départements et collectivités d'outre-mer (DCOM) visera à favoriser le développement à l'international et l'intégration des pôles d'expertise française dans l'outre-mer. Enfin, la participation de la société civile sera recherchée en faisant notamment appel aux ONG, qu'il s'agisse par exemple de planification familiale, de mutualisation du risque maladie ou encore de santé communautaire ;

- **la mobilisation d'une large palette d'outils financiers** : en complément des moyens en subvention et des prêts souverains, le groupe AFD s'efforcera de mobiliser davantage de délégations de fonds de la Commission européenne et de développer les prêts non souverains, en particulier auprès d'opérateurs remplissant des missions de service public. Les projets pilotes avec des financements innovants comme les *Development Impact Bonds* seront également explorés ;
- **la production de connaissance et les partenariats** : en lien avec l'agenda international et pour compléter les travaux déjà menés, les principaux axes de réflexion concerneront la mise en œuvre des programmes de planification familiale et les liens entre protection sociale et enjeux économiques et entre protection sociale et enjeux environnementaux.

# 1

## Un monde entre mutations sanitaires et urgence sociale

---

# Un monde entre mutations sanitaires et urgence sociale

---

Le creusement des inégalités et la précarisation de certains groupes vulnérables conduisent aujourd'hui à une insécurité sociale croissante. Dans le cadre d'une urgence sociale multiforme, les enjeux sanitaires sont fondamentaux, qu'il s'agisse de ceux relevant des OMD qui persistent aujourd'hui ou des nouveaux défis engendrés par les transitions démographiques et épidémiologiques. Si la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses sont toujours les priorités des pays les plus pauvres, l'émergence des maladies chroniques, liées au vieillissement des populations et aux mutations accélérées des modes de vie, concerne main-

tenant toute la planète. Dans la plupart des pays du Sud, et notamment en Afrique subsaharienne, le secteur de la santé est toujours fortement sous-financé et restera dépendant de l'aide internationale dans les années qui viennent<sup>1</sup>.

Plus globalement, l'assurance de conditions de vie décentes pour tous dépend d'une répartition plus équitable des richesses assurée par des mécanismes de protection sociale, allant de pair avec l'élévation des standards sociaux, la réduction des vulnérabilités et la lutte contre l'exclusion.

---

## 1.1. | La santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile au cœur des enjeux démographiques

---

Le bilan des trois OMD santé peut être considéré comme très positif, même si les rythmes actuels d'évolution demeurent insuffisants pour atteindre la plupart des objectifs fixés, et que d'importantes disparités se cachent à l'intérieur des régions et entre elles. La santé maternelle et infantile bénéficie depuis 2010 de la concentration des efforts des bailleurs suite aux engagements pris lors du G8 de Muskoka. Dans ce domaine, les acquis sont toutefois fragiles, car leur pérennisation dépend de la qualité des systèmes de santé nationaux et de leur accessibilité, tant géographique que financière.

Les dernières projections de l'ONU ont montré que la stabilisation de la population mondiale n'était pas encore d'actualité<sup>2</sup>. Si les pays émergents et la majorité des pays en développement sont en passe ou ont achevé leur transition démographique, ce n'est pas encore le cas du continent africain qui portera 80 % de la croissance de la population mondiale entre 2010 et 2100. Si ces changements démographiques peuvent accélérer la croissance économique par l'arrivée massive de jeunes générations dans l'âge actif, ce potentiel reste conditionné à des investissements pour garantir l'accès à la santé, à l'éducation

---

1 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que le coût de la fourniture d'un package minimum des soins de santé s'élève à 86 dollars par personne et par an (à comparer à une dépense moyenne dans les pays de l'OCDE de 2 350 dollars). En 2014, parmi les pays d'Afrique francophone, seul le Burkina Faso atteignait ce seuil de dépense minimum de 86 dollars, pour moitié grâce à l'aide internationale.

2 Alors que les projections prévoient une stabilisation de la population mondiale à 9 milliards d'habitants en 2050, le rapport *Perspectives de la population mondiale* (ONU, juin 2013) estime que celle-ci interviendra en 2100 avec 11 milliards d'habitants.

et à l'emploi décent. Le Sahel est la région du monde où cette pression démographique sera la plus forte, et des pays comme le Niger ou le Mali vont voir leur population doubler d'ici à 2030, et être multipliée par trois ou quatre d'ici 2050, si rien n'est fait pour infléchir ces trajectoires<sup>3</sup>. Dans un environnement marqué par l'insécurité et la vulnérabilité climatique, l'impact croissant de la pression démographique s'exercera dans tous les secteurs, économiques, sociaux et environnementaux, faisant peser le risque de l'annihilation des efforts de développement.

La baisse de la fécondité est un enjeu lié aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et à l'autonomisation des femmes. On estime en effet que 222 millions de femmes ont des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne et que répondre à cette demande éviterait 80 millions de grossesses non

désirées et 26 millions d'avortements non sécurisés qui eux-mêmes ont un impact important sur la mortalité des femmes (UNFPA, 2012). Des efforts sont aussi nécessaires pour lutter contre les grossesses adolescentes dont les effets préjudiciables s'étendent à la santé des nourrissons.

Cette situation plaide pour un appui accru aux politiques de population, avec une aide renforcée dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, intégrée à une prise en charge globale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, et donc pour la poursuite des engagements pris par le G8 de Muskoka au-delà de 2015, en ligne avec le document d'orientation *L'Action extérieure de la France pour la jeunesse* (MAEDI/DGM, 2015)<sup>4</sup> et avec le document d'orientation stratégique *Enjeux de population, de santé et de droits sexuels et reproductifs 2015-2020* (MAEDI/DGM, 2015)<sup>5</sup>.

## 1.2. | Des systèmes de santé négligés qui doivent faire face à la fois aux épidémies et au poids croissant des maladies chroniques

Les maladies chroniques (ou non transmissibles) regroupent les affections cardio-vasculaires, le diabète et ses complications, l'asthme, les cancers et les affections neurodégénératives (Alzheimer, etc.). Leur progression est due au vieillissement de la population et à des facteurs de risque comme l'obésité ou le tabagisme, eux-mêmes liés aux mutations des modes de vie (alimentation industrielle, urbanisation et sédentarité, pollutions). Longtemps l'apanage des pays riches, ces maladies sont maintenant responsables de deux tiers des décès dans le monde, 80 % de ces décès survenant dans les pays les moins avancés (PMA) et les pays à revenu intermédiaires (PRI) (OMS, 2008).

Les conséquences de la transition épidémiologique qui touche maintenant les pays en développement sont sanitaires, mais aussi économiques, pesant sur le budget des

États et sur celui des ménages. La prise en charge des maladies chroniques est en effet complexe et coûteuse, faisant appel à des stratégies de prévention, de dépistage et de traitement qui, dans la plupart des cas, n'ont pas encore été adaptées aux pays du Sud. La demande de soins croissante que cette situation entraîne doit aussi être rendue solvable, et seuls des mécanismes assurantiels solidaires permettront aux populations, notamment les plus vulnérables, de faire face aux affections de longue durée en évitant l'endettement catastrophique.

Déjà victimes des politiques d'ajustement structurel des années 1990, les systèmes de santé ont été relativement négligés depuis deux décennies par une aide en santé ciblant les OMD et transitant le plus souvent par les fonds verticaux, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida,

3 John F. May et Jean-Pierre Guengant, *Les défis démographiques du Sahel*, Études n° 4206, juin 2014, pages 7-17.

4 [www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Rapport\\_Jeunesse\\_FR\\_Web\\_cle869574.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Rapport_Jeunesse_FR_Web_cle869574.pdf)

5 [www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications/publications/enjeux-planetaires-cooperation/documents-de-strategie-sectorielle](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications/publications/enjeux-planetaires-cooperation/documents-de-strategie-sectorielle)

la tuberculose et le paludisme (FMLSTP). La progression sans contrôle de l'épidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest au cours de l'année 2014 est une illustration de la situation dramatique de l'état de ces systèmes dans de nombreux pays pauvres. Les exigences de la sécurité sanitaire, tout comme la croissance des maladies chroniques, imposent de sortir des approches en silo et de ne plus réduire la santé à la lutte contre une maladie en particulier. Construire ou réhabiliter les infrastructures

sanitaires, former les personnels, fournir des équipements et des médicaments et renforcer les dispositifs de veille et d'alerte épidémiologique, améliorer la gouvernance sanitaire tout en permettant l'accessibilité financière des plus vulnérables aux soins de santé : cette nécessaire adaptation des systèmes de santé, si elle concerne en priorité les pays les plus pauvres, n'épargne aucun pays de la planète et concerne également l'outre-mer français.

### 1.3. | L'environnement urbain est un déterminant d'importance croissante

La ville est maintenant le lieu de vie d'une part croissante de l'humanité, y compris dans les pays en développement où l'urbanisation est à la fois explosive et anarchique. Source d'inégalités territoriales aux fortes conséquences sociales, l'urbanisation non contrôlée a un impact direct sur la santé à travers les questions d'eau, d'assainissement, de contamination des sols et de pollution atmosphérique. De manière indirecte, cette urbanisation contribue aussi à accélérer la mutation des modes de vie et donc la progression des maladies chroniques.

Si l'environnement urbain est source de risque sanitaire et

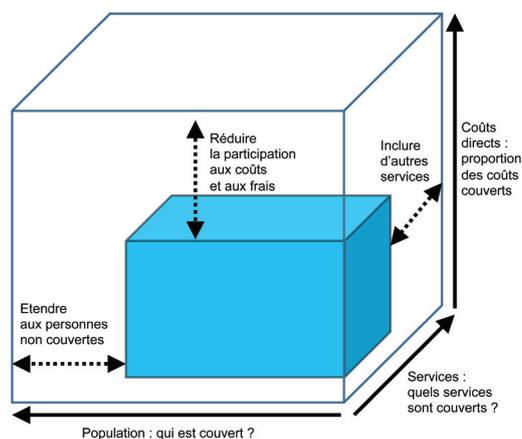
social, il fournit aussi un cadre privilégié pour les interventions dans ces domaines. À ce niveau, les parties prenantes bénéficient en effet d'une forte légitimité, du fait de leur proximité avec les populations, de leur connaissance des forces et faiblesses de leurs territoires et d'une vision précise des déterminants sanitaires et sociaux. Les soins de santé de base doivent ainsi être pensés à l'échelle de la ville dont ils constituent quelques-uns des services essentiels, au même titre que l'eau ou les transports, tandis que les systèmes de protection sociale mis en place au niveau national doivent se décliner localement en dispositifs adaptés aux spécificités des territoires.

### 1.4. | La couverture universelle en santé comme réponse aux nouveaux défis sanitaires et sociaux

La couverture universelle en santé (CUS) se définit comme le résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus ayant besoin de soins et de services de santé les reçoivent sans encourir de difficultés financières injustifiées (OMS, 2014). La CUS repose sur deux composantes

complémentaires et indissociables : une offre complète de services de santé essentiels, de bonne qualité et adaptée aux besoins, et une couverture du risque financier. La population toute entière doit bénéficier de ces deux composantes, et disposer ainsi de l'accessibilité physique

### SCHÉMA DES TROIS DIMENSIONS DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ (SOURCE OMS)



et financière aux services de santé. Dans cette acception, la CUS apparaît comme un objectif englobant, à même à la fois de renforcer de manière transversale les systèmes de santé, de mieux prendre en compte les déterminants socio-économiques de la santé, de poursuivre les efforts vers la réalisation des OMD et de contribuer à l'élévation des standards sociaux et au renforcement de la cohésion sociale.

Au sein de la CUS, la mise en place de dispositifs de couverture du risque maladie constitue désormais un objectif pour de nombreuses économies émergentes où ils répondent

aux attentes des nouvelles classes moyennes en matière d'accès à la santé. Dans les pays à bas revenu, où l'obligation de payer pour accéder aux soins représente une barrière infranchissable pour beaucoup, la CUS apparaît comme le moyen d'éviter que des familles ne basculent dans la pauvreté. On estime en effet que, chaque année dans le monde – faute de protection contre le risque maladie –, 150 millions de personnes sont confrontées à une situation financière « catastrophique » et que 100 millions d'entre elles passent sous le seuil de pauvreté<sup>6</sup>. Si la volonté politique, en faveur notamment de la gratuité des soins, s'exprime dans de plus en plus de pays, la question du financement pérenne de ces stratégies demeure.

La mise en place de ces politiques requiert en effet des systèmes de santé locaux solides, mais également des ressources nationales, des financements additionnels et innovants et un soutien important de la part des bailleurs. L'OMS indique quatre actions clés à privilégier par les pays pour financer la CUS :

- réduire les paiements directs à la charge du patient ;
- maximiser les prépaiements obligatoires ;
- mutualiser les risques à grande échelle ;
- recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer.

La France, suite à l'impulsion donnée lors de sa présidence du G20 à Cannes en 2011, est aujourd'hui, avec l'Allemagne et le Japon, l'un des principaux pays à défendre la CUS comme objectif pour la santé dans l'agenda des Nations unies pour le développement.

6 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2013*, « La recherche pour la couverture sanitaire universelle ».

## 1.5. | Protection sociale, l'urgence d'agir

L'accroissement des inégalités dans l'accès aux ressources, aux échanges et aux fruits de la croissance est à l'origine de tensions sociales grandissantes dans les pays à faible revenu comme dans les pays émergents et les pays les plus riches. Il s'agit d'un enjeu global dont la portée déstabilisatrice peut remettre en cause la capacité des sociétés à poursuivre leurs dynamiques économiques, mais aussi à faire face aux transformations qu'imposent les dérèglements climatiques. Selon l'Association internationale de la sécurité sociale, seuls 20 % de la population mondiale bénéficient d'une couverture sociale correcte et plus de 50 % n'en ont aucune. La protection sociale favorise la résilience aux chocs extérieurs, qu'il s'agisse des accidents de la vie comme des évolutions brutales du contexte climatique ou économique, et répond par ailleurs à des attentes fortes des nouvelles classes moyennes qui aspirent à plus de stabilité, de solidarité et d'équité.

Ces systèmes, qui aident aussi les plus pauvres à s'engager dans des activités productrices et rémunératrices et cassent les dynamiques de reconduction de la pauvreté d'une génération à l'autre, sont un investissement social dans le capital humain au bénéfice du développement économique. Grâce à son rôle protecteur et à la prise en compte des attentes des populations, la protection sociale contribue à renforcer la cohésion sociale, favorisant ainsi la stabilité et la paix sociale. Elle contribue donc à un développement soutenable défini comme un état d'équilibre entre le bien-être humain et les contraintes écologiques terrestres<sup>7</sup>.

Jusqu'à récemment, beaucoup de pays en développement ne traitaient les enjeux de protection sociale qu'au coup par coup. Cependant, sous l'effet de la crise économique

mondiale et du creusement des inégalités, les programmes sociaux apparaissent comme des outils essentiels de la lutte contre la pauvreté et de croissance solidaire, d'autant qu'ils agissent aussi comme des stabilisateurs économiques automatiques et des moteurs de la demande. Les programmes d'aide alimentaire d'urgence ont par exemple évolué vers des dispositifs de protection réguliers et prévisibles, tels que les programmes ciblés de transferts monétaires conditionnels. De plus en plus de pays s'emploient maintenant à regrouper ces dispositifs de façon cohérente au sein de systèmes nationaux intégrés, cherchant à offrir une couverture pour les principaux risques rencontrés tout au long de la vie.

L'Initiative pour les socles de protection sociale (cf. encadré 2 page 14), lancée par les Nations unies et reprise ensuite par le G20 sous présidence française en 2011, a remis la protection sociale sur le haut de l'agenda international du développement. Le document final de la conférence des Nations unies sur le développement durable de 2012 (Rio+20) fait référence explicitement à la recommandation 202 de l'OIT (cf. encadré 1 page 7), l'inscrivant ainsi dans l'agenda international de développement. Le succès de dispositifs innovants de protection sociale dans des pays émergents (Brésil, Mexique) et dans une moindre mesure dans des pays en développement (Rwanda, Éthiopie) a montré, comme l'indique l'OCDE, qu'il n'est pas nécessaire de choisir entre l'objectif de protection sociale et celui de croissance, mais, au contraire, que l'un et l'autre se servent mutuellement. Ainsi, la protection sociale n'est plus considérée comme une charge, mais comme un investissement dans le capital humain et une élévation des normes sociales.

7 Comme le définit l'économiste Eloi Laurent dans *Le Bel avenir de l'État providence*, « Le sens profond de la notion de soutenabilité est de rendre durable le bien-être humain dans le cadre des contraintes écologiques terrestres » (2014).

## ENCADRÉ 2 - INITIATIVE POUR LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE

Le concept des socles de protection sociale a été développé dans le cadre de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous de l'OIT en vue d'assurer une couverture universelle des populations à travers un niveau minimal de protection sociale puis d'offrir progressivement des niveaux plus élevés. Ce concept a été retenu, en avril 2009, par le conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations unies comme l'une

des neuf initiatives pour lutter contre les conséquences de la crise économique mondiale. L'objectif d'une stratégie fondée sur le socle est de construire progressivement des étages « supérieurs », offrant des perspectives plus larges, et de ne pas se contenter de la « base » du socle de protection sociale. Cette stratégie se fonde ainsi sur deux dimensions, horizontale et verticale :

- la dimension horizontale vise à mettre

en œuvre des socles de protection sociale minimale définis en fonction du contexte national et garantissant un minimum de revenu à l'ensemble des individus tout au long de la vie ;

- la dimension verticale, qui apparaît dans un second temps, doit s'efforcer d'améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre possible de personnes.

Le rapport conjoint de l'OIT et de la Banque mondiale en 2012<sup>8</sup> mettait en évidence le fait que la plupart des pays ont élargi les mécanismes existants de protection sociale et ont pris des mesures garantissant une sécurité de revenu de base et l'accès aux services essentiels. De plus en plus de pays disposent de stratégies nationales de protection sociale, mais peu d'entre elles sont opérationnelles (peu de programmes efficaces et intégrés reposant sur des financements nationaux sécurisés).

Si les programmes de protection sociale sont d'abord le fait d'une volonté politique, leur mise en œuvre nécessite

des dispositifs complexes pour identifier les bénéficiaires et les informer de leurs droits, payer les prestataires, assurer les transferts monétaires ainsi que leur contrôle. Ces outils techniques font partie de systèmes d'information qui, dans beaucoup de pays, restent à mettre en place ou à améliorer. Dans ce domaine, les technologies de l'information et de la communication (TIC), et notamment la téléphonie mobile, sont appelées à jouer un rôle de plus en plus important dans les processus d'affiliation et d'enregistrement nécessaire à l'extension de la couverture de la protection sociale, par exemple.

8 *Inventory of policy responses to the financial and economic crises.*

## 1.6. | Le changement climatique impose une adaptation des systèmes de santé autant que des dispositifs de protection sociale

Les dérèglements climatiques, plus marqués dans les pays du Sud, aggravent le risque sanitaire. Outre les conséquences directes des vagues de chaleur comme celle qu'a connue la France à l'été 2003, ils modifient les dynamiques de certaines maladies infectieuses, notamment celles transmises par des moustiques (paludisme, dengue) ou par l'eau (diarrhées, choléra)<sup>9</sup>, et majorent l'impact des pollutions atmosphériques sur la santé (asthmes, bronchites chroniques, cancers). Toutefois, ce sont les catastrophes naturelles induites (inondations, sécheresses) qui ont les conséquences les plus graves, car elles exposent les groupes vulnérables à des chocs exogènes influant non seulement sur leur santé (malnutrition), mais plus largement sur leur capacité de survie. D'après l'OMS, entre 2030 et 2050, les dérèglements climatiques pourraient entraîner dans le monde près de 250 000 décès supplémentaires par an.

C'est donc à travers l'augmentation de la fréquence de maladies déjà existantes et la diffusion de maladies en dehors de leur aire d'origine que se manifeste l'impact sanitaire des dérèglements climatiques, obligeant les systèmes de santé à s'adapter. Ce constat plaide aussi pour le renforcement des dispositifs de surveillance et d'alerte épidémiologique qui ont pour fonction de détecter les nouvelles menaces sanitaires, et qui sont de plus en plus déployés à une échelle régionale afin de prendre en compte la capacité de circulation des maladies. Ces dispositifs doivent aussi prendre en compte la santé animale car la modification rapide des interfaces homme-animal, dans le cadre de l'élevage ou dans le milieu naturel, est à l'origine de l'émergence et de la diffusion dans les popu-

lations humaines de nouveaux facteurs pathogènes (grippe aviaire, Sras, Ebola)<sup>10</sup>. Ce constat a conduit l'OMS et la FAO à promouvoir le concept « *One Health* », qui repose sur le renforcement des collaborations entre santé humaine, santé animale et gestion de l'environnement.

Le rôle potentiel de la protection sociale pour permettre aux populations vulnérables de faire face aux multiples risques induits par les dérèglements climatiques est maintenant reconnu<sup>11</sup>. La protection sociale dispose en effet d'une large palette d'instruments (transferts monétaires, assurance, pensions, revenu minimum, etc.) permettant d'aider les ménages. La mise en œuvre de ces instruments requiert des approches multidisciplinaires associant notamment santé, agriculture et formation professionnelle dans une démarche qui intègre la protection sociale, l'adaptation au changement climatique et la réponse aux catastrophes, approches multidisciplinaires qui restent encore à construire.

Au-delà du rôle qu'ils jouent dans le processus d'adaptation, les dispositifs de protection sociale peuvent également avoir un impact positif sur le changement climatique, en contribuant notamment à la réduction des gaz à effets de serre. C'est le cas de certains programmes de transferts sociaux conditionnels qui ont pour objectif de préserver l'environnement<sup>12</sup>.

Plus globalement, la protection sociale contribue aux équilibres sociaux qui sont déterminants pour que les sociétés acceptent les changements et intègrent les contraintes liés à la transition écologique<sup>13</sup>.

9 Ils seraient responsables de 2,4 % des cas de diarrhées dans le monde et de 6 % des cas de paludisme dans certains PRI (OMS, 2002).

10 60 % des maladies infectieuses humaines connues seraient d'origine animale (*Position française sur le concept One Health*, DGM/MAE, octobre 2011).

11 *Social protection and climate change*, Room document n° 5, DAC Network on Environment and Development Cooperation, OCDE, novembre 2012.

12 À titre d'exemple, le dispositif *Bolsa Verde* au Brésil indemnise les familles démunies touchées par les politiques de lutte contre la déforestation, reverse des allocations en échange des services fournis en matière environnementale et promeut les emplois verts.

13 Le concept de transition écologique a été développé par Rob Hopkins pour désigner le passage de notre mode actuel de production et de consommation à un mode plus écologique (cf. définition dans l'annexe 4).

# 2

---

## Les bailleurs et les organisations internationales se positionnent face à ces nouveaux défis

---

---

# Les bailleurs et les organisations internationales se positionnent face à ces nouveaux défis

---

Il est de l'intérêt de tous que les modèles sociaux convergent vers plus de solidarité et d'équité. Les débats sur les objectifs de développement durable (ODD) traduisent la recherche d'indicateurs inclusifs, applicables aussi bien aux pays du Nord qu'à ceux du Sud, comme le montre l'intérêt pour la CUS. À un autre niveau, l'épidémie de fièvre Ebola est venue rappeler que la sécurité sanitaire était un bien public mondial, et que le renforcement des systèmes de santé était une priorité. Les principaux bailleurs se positionnent aujourd'hui autour de ces grands enjeux.

**La Banque mondiale** est un intervenant majeur dans le secteur de la santé et de la protection sociale. Elle est l'un des rares organismes à intervenir massivement pour renforcer les systèmes de santé, avec une approche basée sur les résultats, même si sa stratégie s'articule en priorité autour de la santé sexuelle et reproductive, de la nutrition et des maladies transmissibles. Elle est particulièrement engagée en faveur de la CUS et milite pour l'inscription de cette cible prioritaire dans l'agenda des Nations unies pour le développement après 2015, considérant que la CUS favorise la santé des populations, mais également une croissance économique durable. Prenant acte du chemin qui reste à parcourir pour l'atteinte des OMD 4 et 5 et de l'écart de financement important dans ce domaine, la Banque mondiale a lancé en 2015, avec l'appui du Canada et de la Norvège, la *Global Financing Facility* (GFF). Ce mécanisme innovant, destiné aux PMA et ouvert à d'autres contributeurs, interviendra en mixant subventions et prêts fortement bonifiés.

La Banque mondiale élève la protection sociale au rang des instruments principaux des stratégies de réduction de la pauvreté pour la période 2012-2022. L'instrument principal de cette stratégie est le financement, notamment en Afrique, de filets de sécurité, principalement sous forme de transferts monétaires conditionnels et de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre. La banque intervient aussi pour renforcer les capacités des pays dans l'élaboration de leurs systèmes de protection sociale. Entre 2010 et 2013, elle a ainsi engagé, principalement sur les fonds IDA, plus de 2,5 milliards de dollars pour la santé et plus de 3 milliards de dollars pour la protection sociale, avec environ un tiers de ces montants au bénéfice de l'Afrique.

**L'Organisation mondiale de la santé (OMS)** est aussi fortement engagée en faveur de la CUS, présentée par sa directrice générale, Margaret Chan, comme « le meilleur moyen de consolider les acquis en santé des dix dernières années », mais aussi comme « un facteur puissant d'égalité sociale et la forme la plus aboutie d'équité ». L'OMS coordonne notamment, en lien avec la Banque mondiale, l'initiative P4H (*Providing for Health*) qui vise à améliorer l'accès des populations pauvres à des services de santé de qualité. Cela comprend un soutien coordonné pour la politique de protection sociale en santé et l'élaboration de stratégies.

La promotion de la protection sociale fait partie des missions prioritaires de l'**Organisation internationale du travail (OIT)**, à l'origine de la définition du socle de

protection sociale portée par la Commission Bachelet en 2012. La Conférence internationale du travail (CIT) de l'OIT a adopté, en 1999, « l'agenda du travail décent » dont la protection sociale est l'un des piliers. Cet engagement a été concrétisé par la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous (2003). Dans le cadre de cette campagne et d'autres initiatives de l'OIT (déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable en 2008, pacte mondial pour l'emploi en 2009), le concept de protection sociale s'est progressivement formalisé jusqu'à l'adoption par la CIT de 2012 de la recommandation 202 concernant les socles nationaux de protection sociale. Outre le plaidoyer et l'adoption d'instruments internationaux, l'intervention du Bureau international du travail (BIT, structure administrative qui met en œuvre les activités de l'OIT) repose sur l'appui conseil à la conception et à la gouvernance des systèmes de protection sociale, l'appui aux systèmes de micro assurance santé, l'appui aux stratégies intégrées emploi et protection sociale et la réalisation de formations internationales en protection sociale. Le BIT assure par ailleurs, avec la Banque mondiale, le secrétariat du *Social Protection Inter-agency Cooperation Board* (SPIAC-B) qui regroupe les principaux partenaires techniques et financiers du secteur.

**Les fonds verticaux**, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP), UNITAID<sup>14</sup> et l'Alliance Gavi<sup>15</sup>, jouent depuis le début des années 2000 un rôle majeur dans la santé mondiale, par l'ampleur de leurs moyens en partie dus aux financements innovants<sup>16</sup>. S'ils augmentent fortement l'accès aux mesures de prévention et aux traitements dans les

pays dans lesquels ils interviennent, ils n'ont cependant qu'un impact relativement limité sur le renforcement des systèmes de santé eux-mêmes. Conscients de cette situation, les fonds verticaux cherchent aujourd'hui à renforcer leur action en faveur des systèmes de santé dont la faiblesse, dans de nombreux pays, constitue le frein majeur à la mise en œuvre de leurs interventions. Cette prise de conscience est aussi celle de la **Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG)**, autre acteur majeur de la santé mondiale, qui souhaite maintenant compléter ses interventions verticales en faveur de la planification familiale, de la santé maternelle et infantile et de la vaccination, par des actions de renforcement des services de soins de santé primaires.

Parmi les bailleurs bilatéraux, **les États-Unis**, à travers **l'Agence pour le développement international (USAID)**, sont le premier contributeur mondial d'aide en santé. Les priorités américaines sont la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et la lutte contre le VIH/sida et les autres maladies infectieuses. Les principaux bailleurs européens en santé (hors France) sont **le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie**. Le rapport annuel 2012 d'*Action for Global Health*<sup>17</sup> a mis en évidence la diminution des budgets bilatéraux européens dédiés à l'aide au développement en santé.

La nouvelle stratégie santé de **l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA)** cible le financement de la santé et de la sécurité sociale. La **Coopération allemande au développement**, dont l'intervention dans le domaine de la protection sociale remonte à plusieurs années, privilégie quant à elle la promotion de systèmes d'assurance maladie solidaires, ainsi que la protection

14 Facilité internationale d'achat de médicaments et produits de santé visant à réduire les coûts et à augmenter l'accès au traitement contre les trois pandémies.

15 Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation.

16 Le Fonds mondial a mobilisé 29 milliards de dollars entre 2002 et 2011, l'Alliance Gavi 7,6 milliards de dollars pour la période 2011-2015 et UNITAID 1,5 milliard de dollars entre 2006 et 2011.

17 *Action for Global Health, Results or rhetoric? What you didn't know about Europe's aid for health*, novembre 2012.

sociale de base à travers les transferts sociaux et la prise en charge de la vieillesse. **L'Allemagne et le Japon** sont par ailleurs fortement engagés aux côtés de la France pour la promotion de la CUS dans les instances internationales.

Les interventions de **l'Union européenne (UE)** sont déterminées par les secteurs de concentration des programmes indicatifs nationaux (PIN) et régionaux. Le nombre de pays où la santé est retenue comme secteur de concentration est passé de 40 à 15 dans le cadre du 11<sup>e</sup> fonds européen de développement (FED). Malgré cette contraction, des opérations en délégation dans le secteur de la santé restent envisageables dans une dizaine de pays où l'AFD est aussi présente. Si la santé ne fait pas partie des axes prioritaires de l'aide de l'UE, il n'en est pas de même de la protection sociale dont l'UE estime qu'elle peut jouer un rôle clé en réduisant la pauvreté, en favorisant la croissance inclusive et en soutenant la cohésion sociale et la stabilité dans les pays. Les modes d'intervention combinent l'appui budgétaire et la coopération technique, aussi bien dans les pays à revenu faible que dans les pays à revenu intermédiaire. Cet engagement s'est notamment traduit par la mise en place de la facilité d'assistance technique SOCIEUX (expertise de l'Union européenne pour la protection sociale dans la coopération au développement) qui permet de mobiliser de l'expertise européenne afin de venir en appui aux pays demandeurs pour la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale.

**Les banques régionales** ont des interventions moins massives dans le secteur et plus diversifiées. **La Banque africaine de développement (BAfD)** n'intervient plus

dans le secteur de la santé, mais s'est récemment engagée en faveur de la protection sociale, comme l'illustre l'adoption de sa Stratégie du capital humain pour 2014-2018, axée sur la mise en place de programmes financiers et sociaux inclusifs. Dans cette dernière, la BAfD choisit une approche à deux volets : mettre en place des filets de sécurité pour amortir l'impact des chocs sur le revenu des ménages, et mettre fin à la transmission intergénérationnelle de la pauvreté en promouvant des mesures qui favorisent l'accès aux opportunités de production et l'amélioration du capital humain. Par ailleurs, **la Banque interaméricaine de développement (BID)** et **la Banque asiatique de développement (BAsD)** interviennent ponctuellement dans les secteurs de la protection sociale et de la santé.

En conclusion, l'enjeu des années à venir sera le financement du renforcement des systèmes de santé et la réorientation de l'aide en santé aujourd'hui dominée par les fonds verticaux. Si les pays les moins avancés restent dépendants des subventions pour financer leurs programmes de santé prioritaires, de plus en plus de pays à revenu intermédiaire sont disposés à s'endetter pour financer des politiques de réforme portant sur les services de santé, l'assurance maladie ainsi que d'autres composantes de la protection sociale. Cela traduit une nouvelle perception de ces secteurs qui s'affirment comme des investissements contribuant à la productivité du travail, au développement économique et à la stabilité sociale, avec aussi, pour conséquence, tant pour les bailleurs que pour les États, des exigences accrues en matière de performance, d'évaluation des impacts et de redevabilité.

# 3

La santé et la protection sociale sont des secteurs prioritaires de l'aide française

---

# La santé et la protection sociale sont des secteurs prioritaires de l'aide française

---

Depuis la Déclaration du Millénaire en septembre 2000, la santé fait partie des principaux engagements internationaux de la France. L'aide publique au développement (APD) consentie par notre pays a, dans ce secteur, triplé en dix ans, pour atteindre 764 millions d'euros de subventions en 2012. La France se situe ainsi parmi les cinq premiers contributeurs de l'aide en santé, avec les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Allemagne.

La France accorde une place centrale à l'amélioration des conditions de santé et de protection sociale dans sa politique d'aide au développement, réaffirmée à l'occasion du dernier comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID, juillet 2013) et dans le cadre de la loi d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale. Le champ du « mieux se soigner » constitue par ailleurs l'une des quatre priorités de la stratégie de la France pour le commerce extérieur<sup>18</sup>.

---

## 3.1. | Les priorités de l'APD française en matière de santé

---

Les deux dernières décennies ont vu un basculement de la stratégie française, caractérisé notamment par une forte diminution de l'assistance technique et la montée en puissance des financements transitant par les fonds verticaux (aide multilatérale). La France est ainsi, derrière les États-Unis, le deuxième contributeur au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) avec 360 millions d'euros par an, le premier contributeur à la facilité d'achats de médicaments UNITAID avec 110 millions d'euros par an ou encore le quatrième contributeur à l'Alliance Gavi avec 79 millions d'euros par an (chiffres 2013). Au total, c'est environ 80 % de l'aide française en santé qui transite aujourd'hui par le canal multilatéral, avec pour conséquence directe la faiblesse des moyens consacrée à l'aide bilatérale.

À cet appui massif à la lutte contre les grandes pandémies s'est ajouté, à l'occasion du G8 de Muskoka au Canada en 2010, un engagement en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile à hauteur de 100 millions d'euros afin d'accélérer, d'ici à 2015, l'atteinte des OMD 4 et 5. Cet engagement prend fin en 2015. Il est mis en œuvre pour moitié par le MAEDI à travers le Fonds mondial, Gavi, et par quatre agences des Nations unies (OMS, Unicef, UNFPA et ONU femmes) et, pour l'autre moitié, par l'AFD, principalement sur don. La santé sexuelle et reproductive fait partie des enjeux prioritaires ciblés par les financements Muskoka, répondant ainsi aux engagements pris en 2011 lors de la déclaration de Ouagadougou en faveur des politiques de population et de la planification familiale. La France soutient une

---

18 [www.tresor.economie.gouv.fr/6446\\_etude-sur-les-couples-pays-secteur-porteurs-a-lexportation](http://www.tresor.economie.gouv.fr/6446_etude-sur-les-couples-pays-secteur-porteurs-a-lexportation)

approche par les droits incluant les droits sexuels et reproductifs. Les questions de genre, en tant qu'axe prioritaire transversal de la politique française d'aide au développement, sont également prises en compte dans le cadre des financements Muskoka.

Le document de stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé (2012) cible en priorité la réalisation des OMD relatifs à la lutte contre les grandes pandémies et à la santé maternelle et infantile. Mais cette stratégie prend en compte également la lutte contre

les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes et intègre le poids croissant des maladies non transmissibles sur l'équilibre des systèmes de santé. Elle promeut le renforcement des systèmes de santé et encourage la coopération scientifique et universitaire dans l'ensemble des pays en développement, notamment avec les pays émergents où la demande de partenariats en santé est forte. La France se mobilise également pour la lutte contre la malnutrition, en soutenant la convergence des cadres d'action globaux pour la nutrition (*Scaling Up Nutrition*<sup>19</sup>, *Framework for Action*).

## 3.2. | Les priorités de la France en matière de protection sociale

La France soutient l'Initiative pour les socles de protection sociale (cf. encadré 2 page 14), lancée par les Nations unies et promue ensuite par le G20 sous présidence française en 2011. Dans le cadre du groupe de travail « ouvert » de l'Assemblée générale des Nations unies pour la proposition des objectifs du développement durable qui a remis son rapport en août 2014, la France a défendu l'importance de la protection sociale notamment au sein des objectifs 1 (éliminer la pauvreté) et 10 (réduire les inégalités)<sup>20</sup>.

Par ailleurs, les priorités françaises en matière de santé et de protection sociale se rejoignent à travers l'objectif de la CUS, mécanisme central de la protection sociale en matière de santé. Ainsi, la France souhaite bâtir sur les acquis notamment ceux de la déclaration de Rio+20, qui a souligné que la CUS constituait un instrument essentiel « pour améliorer la santé et pour promouvoir la cohésion sociale et un développement durable ». Elle est à l'origine de la résolution de l'Assemblée générale des Nations unies qui propose un objectif de couverture universelle en santé (décembre 2012). La France est membre de l'initiative *Providing For Health (P4H)*<sup>21</sup> mandatée par les sommets du G8 pour appuyer la mise en place de systèmes de sécurité sociale en santé.

19 Initiative lancée en 2010 en faveur du droit à l'alimentation et à la nutrition de qualité, réunissant les populations, les gouvernements, la société civile, les Nations unies, les bailleurs de fonds, le secteur privé et la recherche.

20 Les sous-objectifs concernés par la protection sociale sont notamment les suivants : 1.3 Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des mesures plancher, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables bénéficient d'une protection sociale ; et 10.4 Adopter des politiques adéquates, notamment sur les plans budgétaire, salarial et de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité.

21 Ses membres sont le BIT, l'OMS, la Banque mondiale, la BAfD, l'Espagne, l'Allemagne et la Suisse.

# 4

---

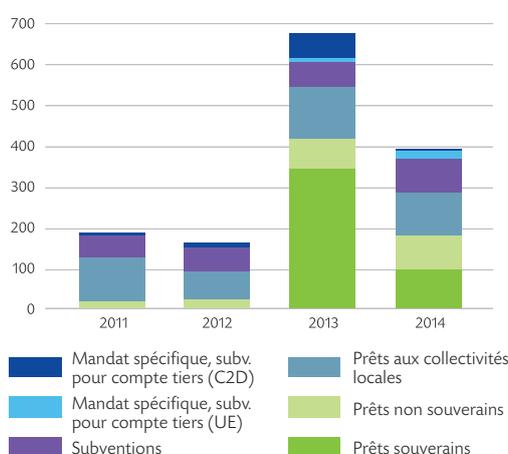
## Bilan et enseignement des interventions 2012-2014 de l'AFD

---

# 4

## Bilan et enseignement des interventions 2012-v de l'AFD

### HISTORIQUE DES OCTROIS : SECTEUR SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE



Entre 2012 et 2014, les financements de projets instruits par l'AFD ont représenté 736 millions d'euros, dont 546 millions d'euros (74 %) sous forme de prêts. Si l'on fait abstraction d'une opération exceptionnelle en Colombie en 2013 pour un montant de 290 millions d'euros en prêt souverain, la majeure partie des projets financés concerne l'Afrique subsaharienne pour un montant total de 224 millions d'euros et les établissements de santé d'outre-mer pour un total de 201 millions d'euros. S'y ajoutent des projets financés par PROPARGO (204 millions d'euros), des subventions aux ONG (40 millions d'euros), de l'aide budgétaire ciblée et des garanties bancaires, ce qui porte le total des engagements du groupe AFD à près de 1 milliard d'euros.

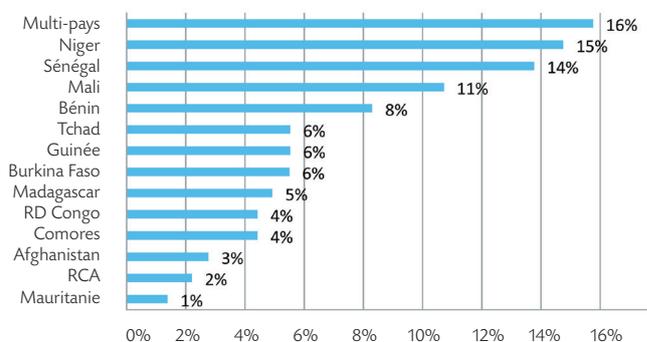
### 4.1. | Un engagement prioritaire : la lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans les pays pauvres d'Afrique subsaharienne

Le volet bilatéral de l'engagement français Muskoka a permis à l'AFD de financer des opérations en subvention dans 11 pays, à hauteur de 140 millions d'euros pour les trois années 2012, 2013 et 2014. Les contrats de désendettement et développement (C2D) en Côte d'Ivoire et au Cameroun ont été aussi mobilisés pour la santé maternelle et infantile. Les projets ont concerné, pour l'essentiel, la santé de la mère et du nouveau-né, en combinant des appuis à l'offre de soins (infrastructures, équipements, ressources humaines, approvisionnement

en médicaments), à l'amélioration de la demande (sensibilisation) et à la gouvernance sanitaire (renforcement des capacités). Les interventions menées par l'AFD dans le cadre du fonds français Muskoka ont fait l'objet d'une évaluation en 2014 qui a conclu à la pertinence de l'engagement en faveur de la SRMNI et à la nécessité de maintenir les efforts dans ce domaine au-delà de 2015 en les recentrant sur un périmètre géographique plus restreint qui pourrait être le Sahel<sup>22</sup>.

22 Ernst & Young et Associés, « Évaluation conjointe des interventions de la DGM (MAEDI) et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka », *Rapport d'évaluation*, novembre 2014.

#### OCTROIS MUSKOKA PAR PAYS 2011-2014



L'AFD a également été très active sur les enjeux démographiques, que ce soit à travers ses travaux de production de connaissance<sup>23</sup>, sa participation à la dynamique régionale en faveur de la planification familiale dans le cadre du partenariat de Ouagadougou, ou encore au sein des projets, qui prennent en compte cette dimension et dont le montant s'élève à 100 millions d'euros pour la période 2012-2014.

La nutrition a été systématiquement intégrée dans les paquets de soins financés dans le cadre des financements Muskoka lorsque cela était conforme aux politiques nationales. Ce domaine a aussi fait l'objet de financements spécifiques transitant par les ONG (facilité d'innovation sectoriel ONG, FISONG, en 2011 et réponse à l'urgence RCA en 2013), mais aussi par le secteur privé, notamment pour la production d'aliments spéciaux destinés à la prévention et au traitement des différentes formes de malnutrition.

Lancée par le ministre Pascal Canfin en mai 2013, l'initiative Solidarité santé Sahel, ou I3S, vise à accompagner, à partir de recettes de la taxation des transactions financières, les pays menant une politique volontariste dans la mise en place de systèmes solidaires pour l'accessibilité financière des soins des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Cette initiative a permis à l'AFD, qui gère ces fonds pour le compte de l'État, de renforcer les politiques de gratuité au Niger, au Mali, au Sénégal et au Tchad dans une démarche très complémentaire avec les financements Muskoka octroyés à ces mêmes pays.

## 4.2. | Le renforcement des systèmes de santé au cœur de l'activité santé de l'AFD

Au-delà des thématiques et des géographies, la quasi-totalité des interventions de l'AFD dans le secteur de la santé a contribué directement ou indirectement au renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires. Ces financements se sont notamment axés sur le renforcement institutionnel (coordination, gouvernance, leadership, appui aux initiatives de restructuration ministérielle), le développement des ressources humaines en santé (développement des capacités de gestion stratégiques, projets pilotes de rétention de personnels de santé dans les zones

rurales, formation initiale et continue), la production/gestion des médicaments génériques et consommables (renforcement des organes de régulation, appuis aux systèmes d'approvisionnement de médicaments, renforcement des capacités de gestion) et les systèmes d'information en santé.

Au cours de la période 2012-2014, le groupe AFD a aussi développé ses opérations à destination du secteur privé de la santé. Le financement de projets hospitaliers portés par l'Agha Khan Development Network (AKDN) en Tanzanie,

23 L'AFD a notamment financé les travaux de Jean-Pierre Guengant, chercheur à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), et en particulier *Comment bénéficier du dividende démographique ?*, collection À savoir, n° 9, septembre 2011 ; ainsi que les monographies pays publiées dans la même collection.

au Kenya et en Afghanistan a permis de contribuer à l'amélioration de l'offre de santé dans les pays visés, à travers des établissements d'excellence, auxquels les plus pauvres ont accès. PROPARCO est aussi intervenu activement en

appui au secteur privé de la santé avec un volume d'opérations de 204 millions d'euros, menées pour l'essentiel en Amérique latine et dans le pourtour méditerranéen.

### 4.3. | De nombreuses interventions dans des contextes de crise

L'AFD a été sollicitée pour intervenir dans plusieurs contextes de crise et de post-crise : au nord Mali au cours de l'opération Serval, en RCA dans le contexte de l'opération Sangaris, au Moyen-Orient pour réduire les effets de la crise syrienne dans les pays limitrophes, ou encore lors de l'épidémie de fièvre Ebola. Pour ces opérations, comme pour d'autres menées dans les États fragiles<sup>24</sup>, les ONG ont représenté

un canal privilégié pour véhiculer une offre de soins de base et restaurer les services de santé. Pour répondre à la crise Ebola en Guinée, l'AFD a cofinancé le centre de traitement de Macenta opéré par la Croix rouge française (5 millions d'euros) et a octroyé à l'Institut Pasteur une subvention de 4 millions d'euros pour mettre en place un laboratoire d'expertise à Conakry.

### 4.4. | Quelques opérations emblématiques dans le champ de la protection sociale

Lorsque l'on considère la protection sociale sous l'acception large des socles, il apparaît que de nombreux projets ou composantes de projets financés par l'AFD relèvent, directement ou indirectement, du champ de la protection sociale, notamment l'accès aux services de base, en santé et en éducation, mais aussi l'accès à l'eau ou à l'énergie à travers, par exemple, des mécanismes de tarification sociale. Les services de base sont au cœur de l'action de l'AFD et concernent tous les secteurs d'intervention de l'Agence. Ainsi, les objectifs poursuivis dans le cadre de l'Initiative pour les socles de protection sociale, c'est-à-dire à la fois une garantie d'accès à des services essentiels et une sécurité du revenu à toutes les étapes de la vie pour

tous, rejoignent les finalités d'un grand nombre d'interventions de l'AFD qui affichent une finalité commune : contribuer à la lutte contre les exclusions et les inégalités.

Dans les secteurs sociaux, l'AFD initie des opérations dans le champ de la protection sociale en lien avec la santé, la formation professionnelle et l'accès à l'emploi. L'AFD a ainsi octroyé, en 2011, sur financement C2D, une subvention de 4 millions d'euros à l'État congolais pour soutenir la création de l'Institut national de formation en travail social.

En ce qui concerne le champ spécifique de la couverture du risque maladie, l'AFD est intervenue en Afrique notamment, à travers :

<sup>24</sup> Pays en conflit ou en sortie de conflit, États défaillants ou confrontés à des catastrophes naturelles majeures, sociétés fragiles ou instables.

- le projet Couverture du risque maladie dans les États membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA), visant à augmenter le nombre de personnes couvertes et à accompagner les États membres dans la conception et la mise en œuvre de leurs stratégies nationales dans ce domaine ;
- l'appui au dispositif du forfait obstétrical en Mauritanie permettant de mutualiser le risque lié aux complications de la grossesse ;
- la mise en place d'un tiers payant pour faciliter l'accès des femmes à un accouchement assisté aux Comores.

La plus emblématique de ces opérations dans les secteurs sociaux a été l'octroi à la Colombie en 2013 d'un prêt

de 290 millions d'euros pour la réforme de son système d'assurance maladie, avec un accompagnement sous forme d'assistance technique perleée par les acteurs français de la sécurité sociale via l'Adecri<sup>25</sup>. Cette opération participe à la diffusion du modèle français de protection sociale et, au-delà, à la convergence vers le haut des systèmes sociaux.

Enfin, l'investissement de l'AFD dans ce secteur s'est aussi traduit par de la production de connaissance, avec notamment l'élaboration d'un *Guide pour la configuration d'un projet de protection sociale*, et par l'organisation, en 2014, d'une première formation interne sur le sujet, reconduite depuis.

## 4.5. | Un volume croissant d'interventions dans les territoires ultramarins

Dans un contexte de réduction de l'offre de financements avec notamment le retrait de la banque Dexia, le secteur de la santé a bénéficié d'un volume de financements croissant de la part de l'AFD : entre 2012 et 2014, plus de 201 millions d'euros de prêts ont été octroyés, tant à des bénéficiaires publics que privés. Dans les DCOM, l'AFD vient en appui aux agences régionales de santé (ARS) dans la mise en œuvre de schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Un intérêt particulier a été apporté à la modernisation, la restructuration et la mise en conformité de l'offre hospitalière. Un prêt de 12 millions d'euros a par exemple été accordé au CHU de la Martinique pour la reconstruction de son plateau technique aux normes parasismiques, un autre de 25 millions d'euros au CHU de La Réunion pour étendre et mettre aux normes ses capacités d'accueil en soins critiques et réanimation. L'AFD a aussi appuyé des opérations innovantes en matière énergétique comme en témoigne le prêt de 7,5 millions d'euros accordé à la Polynésie française pour financer la construction d'un système de climatisation par eau de mer pour le centre hospitalier du territoire. Le développement de l'offre médico-sociale

a également bénéficié d'un soutien privilégié, à l'instar d'un prêt de 16 millions d'euros accordé pour la reconstruction du centre hospitalier gérontologique du Raizet en Guadeloupe.

Outre son appui financier, l'AFD a mobilisé son expertise au service des collectivités et des établissements publics à travers des prestations d'appui-conseil portant sur la gestion technique et financière, et pour renforcer les capacités des personnels. Les financements de l'AFD ont également permis de renforcer l'intégration régionale entre les départements et collectivités d'outre-mer et les États voisins en matière de développement sanitaire, de coopérations hospitalières ou, comme dans l'océan Indien, de surveillance épidémiologique.

Une évaluation stratégique des projets santé dans les outre-mer (2009-2012)<sup>26</sup>, menée en 2013, soulignait la pertinence de cette stratégie d'intervention au regard des besoins sanitaires de ces territoires. Cette étude mettait aussi en avant la nécessité de développer l'offre médico-sociale, justifiant en conséquence une adaptation des opérations en santé de l'AFD dans les différentes configurations de l'outre-mer.

25 L'Adecri est un organisme créé en 1995 par l'ensemble des établissements français de sécurité sociale pour accompagner les pays émergents dans le développement ou la réforme de leurs systèmes de protection sociale.

26 AFD, *Évaluation stratégique des projets santé dans les outre-mer*, groupement CALIA Conseil – EQR – Planète publique, septembre 2013.

# 5

---

## Stratégie d'intervention de l'AFD en santé et protection sociale

---

---

# Stratégie d'intervention de l'AFD en santé et protection sociale

---

Si la santé est depuis longtemps identifiée par l'AFD comme un domaine d'intervention bien spécifique, il n'en est pas de même de la protection sociale. Considérée selon l'approche par les socles (cf. encadré 2 page 14), celle-ci intègre en effet l'accès aux services essentiels (eau, énergie, transport, santé, éducation...) qui concerne potentiellement tous les secteurs d'intervention de l'Agence. Cette dimension étant

prise en compte dans de nombreux documents stratégiques de l'AFD, elle ne sera donc pas traitée ici, sauf dans sa composante « santé ». Ce CIS porte donc sur un périmètre plus restreint de la protection sociale, tel qu'il est défini dans l'encadré 1 (page 7) et qui correspond à la recommandation 202 de l'OIT.

---

## 5.1. | Axes d'intervention de l'AFD 2015-2019

---

Les axes d'interventions de l'Agence pour la période 2015-2019 s'inscrivent dans les priorités de l'aide française en santé et protection sociale, telles que déclinées pour ce qui est de la santé dans le document de stratégie de 2012. Ils visent notamment à poursuivre et à approfondir, en 2015 et au-delà, les engagements en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (Muskoka), et à traduire en opérations le plaidoyer de la France en faveur des socles de protection sociale et de la couverture universelle en santé.

Trois axes d'intervention sont ainsi proposés :

- **poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive ;**
- **promouvoir la couverture universelle en santé (CUS) ;**
- **renforcer les systèmes de protection sociale.**

Ces trois axes s'inscrivent dans le prolongement du précédent CIS, avec les évolutions suivantes :

- la santé maternelle et infantile était au cœur du précédent CIS et les acquis dans ce domaine doivent maintenant être consolidés. Une attention plus grande sera portée aux enjeux de santé sexuelle et reproductive en raison

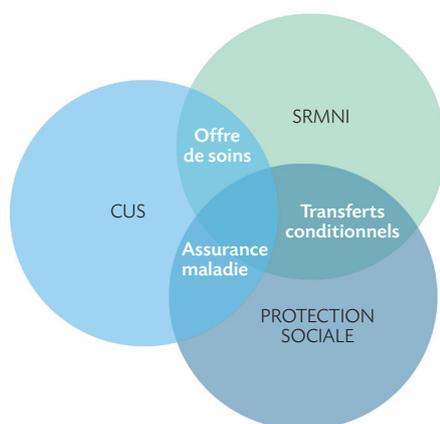
de l'impact de la démographie sur les trajectoires de développement. Cet axe s'inscrit maintenant dans la nouvelle stratégie du MAEDI développée dans le document d'orientation *L'Action extérieure de la France pour la jeunesse*<sup>27</sup> et le document d'orientation stratégique *Enjeux de population, de santé et de droits sexuels et reproductifs 2015-2020*<sup>28</sup> ;

- le renforcement des systèmes de santé reste la principale priorité de l'AFD, la CUS fournissant maintenant le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit cette action. Cet axe permet de traduire en opération l'engagement international de la France en faveur de la CUS ;
- la protection sociale, abordée jusqu'à présent uniquement à travers le risque maladie, devient maintenant un champ d'actions à part entière significatif de la volonté de l'AFD d'étendre son activité de la santé au bien-être social.

Les domaines d'intervention concernés ne sont pas mutuellement exclusifs, mais composent un ensemble cohérent et articulé, avec plusieurs points d'interface, comme le montre le schéma page suivante.

27 [www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Jeunesse\\_FR\\_Web\\_cle869574.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Jeunesse_FR_Web_cle869574.pdf)

28 [www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/documents-de-strategie-sectorielle](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/documents-de-strategie-sectorielle)



La stratégie santé et protection sociale de l'AFD s'inscrit dans les objectifs du développement durable (ODD) tels qu'adoptés en septembre 2015 par les États membres de l'ONU. L'objectif 3 : « garantir des vies en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges » se décline en effet en neuf sous-objectifs dont quatre correspondent plus particulièrement à la stratégie de l'AFD pour la partie santé : 3.1 : « Réduire la mortalité maternelle... » ; 3.2 : « Mettre fin à la mortalité infantile évitable... » ; 3.7 : « Garantir un accès universel à la santé sexuelle et reproductive... » ; et 3.8 : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité ... »

Les objectifs 1 (élimination de la pauvreté) et 10 (réduction des inégalités), comme cela a été dit page 22, intègrent largement la protection sociale avec notamment les sous-objectifs 1.3 : « Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des mesures placher, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables bénéficient d'une protection sociale » ; et 10.4 : « Adopter des politiques adéquates, notamment sur les plans budgétaire, salarial et de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité. »

Cette stratégie est déclinée pour chaque zone géographique d'intervention dans la partie 6 de ce document. Le cadre logique est présenté en annexe 2.

### 5.1.1 | Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive

**Définition :** la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (SRMNI) prend en compte tous les aspects de la santé de la femme et des enfants, et ceci avant la grossesse (santé des jeunes et des adolescentes, santé sexuelle et notamment la contraception), puis pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement, la période postnatale pour la mère et le nouveau-né, et celle de l'enfance jusqu'à cinq ans.

**Finalité :** les interventions de l'AFD viseront à réduire la mortalité maternelle et infantile et à permettre une démographie équilibrée indispensable aux politiques de développement durable.

**Stratégie :** l'AFD privilégiera une approche intégrée des services de santé de la reproduction (dont la planification familiale), maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), permettant aux femmes et aux enfants d'avoir accès à un ensemble intégré de services essentiels de prévention et de soins de qualité, s'inscrivant dans un continuum de soins et privilégiant les activités à haut impact, en portant une attention spécifique à l'accès volontaire à la planification familiale, et aux besoins des adolescents(e)s. Une attention particulière sera apportée à la lutte contre la malnutrition (prévention et traitement) chez les enfants de moins de deux ans afin de diminuer la mortalité, mais aussi l'impact sur le développement cognitif de cette pathologie. Ces interventions, de nature transversale, s'intégreront dans les plans sectoriels des pays bénéficiaires et seront menées en lien avec les différentes institutions concernées (santé, promotion de la femme, plan, finances), ainsi qu'avec les cadres de coordination et autres initiatives en place sur ces sujets (partenariat de Ouagadougou, *Family Planning 2020*, etc.), en accord avec les documents d'orientation sectoriels du MAEDI référencés plus haut<sup>29</sup>.

**Les activités** mises en œuvre à travers les financements de l'AFD seront les suivantes :

- **soutenir/accompagner l'adaptation des politiques sectorielles et du cadre législatif :** favoriser une meilleure prise en compte des enjeux de population dans l'élaboration des politiques publiques et renforcer les politiques en matière de santé sexuelle et de la reproduction, afin de promouvoir le droit des femmes et leur

29 [www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/documents-de-strategie-sectorielle](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/documents-de-strategie-sectorielle)

autonomisation, et de réduire les inégalités d'accès aux soins ;

- **améliorer l'offre de soins pour les adolescent(e)s, les femmes et les enfants et l'offre de planification familiale :**

- constructions ou réhabilitations d'infrastructures,
- fourniture de produits de santé et de produits contraceptifs,
- développement des ressources humaines, notamment paramédicales,
- amélioration de la qualité des soins,
- prise en charge intégrée de la malnutrition ;

- **renforcer la demande de soins de santé et de planification familiale :**

- éducation et communication pour le changement de comportement, notamment à destination des adolescent(e)s et des hommes,
- appui aux politiques d'exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants,
- mobilisation communautaire à travers l'appui à la société civile.

Des synergies transversales seront mises en œuvre avec :

- **le secteur de l'agriculture** et du développement rural pour des projets intégrés de lutte contre la malnutrition combinant santé et sécurité alimentaire ;
- **le secteur de l'éducation** pour des projets de santé sexuelle et reproductive ciblant notamment les adolescent(e)s.

**Instruments privilégiés :**

- subventions et C2D. Des cofinancements avec les bailleurs de fonds actifs dans le domaine de la SRMNI (FBMG, USAID, DFID) seront recherchés, ainsi que des délégations de fonds de l'Union européenne ;
- financement des ONG et OSC *via* le guichet dédié.

**Géographies :** une concentration des interventions SRMNI en Afrique subsaharienne et notamment dans les pays de la zone sahélienne sera privilégiée, sans pour autant que cela soit exclusif dès lors que d'autres pays, de la région Méditerranée notamment, soumis à de forts enjeux

démographiques, pourraient envisager le financement de leur politique de population sur prêt. Une attention particulière sera également portée aux États fragiles, en crise ou en sortie de crise.

### 5.1.2. | Accompagner les pays en développement vers la couverture universelle en santé

**Définition :** la couverture universelle en santé (CUS) se définit comme le résultat souhaité d'un système de santé dans lequel tous les individus nécessitant des soins les reçoivent sans encourir de difficultés financières injustifiées (OMS, 2014). La CUS intègre deux composantes liées : une offre complète de services et de biens de santé essentiels, de bonne qualité et adaptés aux besoins, et une couverture du risque financier. La population toute entière doit bénéficier de ces deux composantes.

**Finalités :** améliorer l'état de santé des populations, lutter contre la pauvreté et/ou favoriser la convergence des normes sociales.

**Stratégie :** l'AFD s'inscrit dans une approche inclusive de la CUS qui est celle portée par la France. Elle intègre à la fois le renforcement des systèmes de santé dans leurs six composantes : infrastructures, ressources humaines, équipements, médicaments, systèmes d'information et de veille sanitaire, et gouvernance ; ainsi que la mise en place de dispositifs solidaires de financement de la santé, qu'ils soient contributifs ou non contributifs. Ainsi, les interventions développées viseront à la fois à renforcer les services de santé (offre publique et privée) et à les rendre accessibles financièrement (demande).

Il s'agira par ailleurs de compléter les programmes verticaux, largement soutenus par les financements multilatéraux de la France, en agissant sur la capacité des États à élaborer et à mettre en œuvre efficacement leurs politiques sanitaires. En effet, la mise en œuvre des programmes portés par ces fonds verticaux (prévention du paludisme, traitement du Sida ou vaccination des enfants) nécessite des services de santé performants, notamment en périphérie. Au-delà de ces programmes, la prise en compte des priorités et des nouveaux défis sanitaires (maladies chroniques, vieillissement des populations) mais aussi la capacité de faire face aux épidémies supposent des systèmes de santé capables d'assurer des services curatifs et préventifs de qualité,

accessibles à la population.

L'AFD interviendra aussi sur les dispositifs de veille et d'alerte épidémiologique dont la récente crise Ebola a montré l'importance et qui font partie intégrante des systèmes de santé nationaux. Ces interventions privilégieront les approches régionales et s'appuieront sur l'expertise française, notamment dans le domaine du laboratoire. Elles contribueront à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international tel que révisé en 2005 par les 196 États parties<sup>30</sup>.

**Activités** : fondées sur une approche transversale privilégiant le renforcement des capacités, les actions interviendront à tous les niveaux du système de santé et viseront l'ensemble de ses composantes. Elles s'articuleront autour des axes suivants :

- **soutenir/accompagner l'adaptation du cadre politique et législatif** :

- prise en compte des enjeux sanitaires dans l'élaboration des politiques publiques afin de promouvoir le droit à la santé et de réduire les inégalités d'accès aux soins,
- renforcement des capacités de planification, appui à l'identification de stratégies sectorielles et des politiques de santé ;

- **renforcer les services de santé** :

- appui à la gouvernance sanitaire afin d'améliorer l'organisation, la gestion et la qualité des services,
- infrastructures et équipements sanitaires du secteur public et du secteur privé,
- disponibilité des produits de santé,
- formation initiale et continue des personnels et appui à la gestion des ressources humaines en santé,
- renforcement des systèmes d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique,
- renforcement du laboratoire notamment dans sa fonction de veille sanitaire ;

- **appuyer des mécanismes de couverture du risque maladie qui soient équitables, soutenables et solidaires**, basés sur le principe de mutualisation du risque (exemption de paiement des soins<sup>31</sup>, mécanismes assurantiels ou mutualistes maladie<sup>32</sup>). Ce volet sera décliné selon les politiques nationales et le degré de maturité des États dans l'instauration des dispositifs :

- conception, mise en place et structuration de dispositifs de couverture du risque maladie,
- extension de la couverture dans les pays où des dispositifs pilotes sont déjà fonctionnels,
- financement des prestations de soins à travers un abondement des dispositifs (caisse/fonds),
- aide à la mobilisation de ressources nationales pour la pérennisation des dispositifs de CUS.

**Les technologies de l'information et de la communication (TIC)** seront particulièrement mobilisées dans la mise en œuvre de ces différents champs d'activités (formation des professionnels de santé, collecte et transmission des données sanitaires, gestion des services et des personnels de santé, systèmes d'identification, etc.).

Des synergies seront recherchées avec **le secteur du développement urbain** afin d'inscrire l'offre des services de santé dans une politique des territoires en complément d'autres services de base comme l'eau, l'assainissement ou l'éducation.

**Instruments** : prêts non souverains privilégiant l'entreprenariat solidaire ou *social business* (secteur privé non lucratif), prêts au secteur privé lucratif *via* PROPARGO, prêts souverains, mixage prêts-dons avec délégation de fonds de l'UE, subventions et C2D. L'utilisation de ces instruments sera en ligne avec l'approche des partenariats différenciés.

**Géographies** : toutes les géographies seront concernées, y compris l'outre-mer français. Dans les pays émergents, le déploiement de la CUS s'inscrira dans la promotion d'un modèle de croissance verte et solidaire.

30 [www.who.int/ihr/fr](http://www.who.int/ihr/fr)

31 L'exemption de paiement des soins (ou « gratuité des soins ») consiste à fournir les prestations de soins, ou une catégorie de soins, à tout ou partie de la population (populations vulnérables le plus souvent, femmes, enfants, personnes âgées) sans contribution financière de leur part. Une structure tierce, non commerciale et indépendante (État, ONG), se substitue en tiers payant pour la prise en charge de ces prestations.

32 L'assurance maladie est chargée d'accorder à un individu une assurance qui couvre les risques liés à la maladie, aux accidents du travail, à l'invalidité, à la maternité et au décès. Le fonctionnement est basé sur la mutualisation du risque.

### 5.1.3. | Développer les systèmes de protection sociale

**Définition retenue pour le CIS<sup>33</sup>** : la protection sociale vise à mettre en œuvre les garanties élémentaires de sécurité sociale (recommandation 202 de l'OIT, voir encadré 1) pour l'ensemble des ménages et des individus (dimension universaliste de la protection sociale<sup>34</sup>), leur permettant de faire face aux « risques sociaux » susceptibles de compromettre leur situation économique. En vue de mettre en œuvre ces garanties, la protection sociale doit faire appel à un ensemble de politiques, dispositifs et instruments mis en place par des organismes publics ou privés et destinés à soutenir l'ensemble des ménages et des individus pour faire face à un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause<sup>35</sup>.

**Finalité** : réduire les inégalités et les déséquilibres sociaux, favoriser la résilience des groupes vulnérables et contribuer à la convergence de normes sociales.

**Stratégie** : dans un secteur relativement nouveau pour elle, l'AFD construira progressivement, à travers notamment le dialogue avec les autres bailleurs, un portefeuille de projets entrant dans le cadre de ses mandats, en privilégiant les domaines où il existe un savoir-faire français reconnu. Dans les pays les moins avancés, les interventions de l'AFD cibleront la résilience des populations face aux risques (maladie, vieillesse, exclusion, chômage, invalidité, accidents du travail, chocs écologiques et climatiques, etc.) à travers la mise en place et l'extension de systèmes intégrés de protection sociale, alliant les différents régimes de couverture, y compris la mise en œuvre de programmes d'assistance ciblés vers les populations pauvres et vulnérables tout au long de la vie (personnes âgées, invalides, enfants et orphelins, exclus sociaux). Dans les pays émergents et à revenu intermédiaire, ces interventions accompagneront les dynamiques de croissance inclusives et contribueront par ailleurs à répondre aux attentes sociales des classes moyennes<sup>36</sup>.

## ENCADRÉ 3 - RISQUES COUVERTS, RÉGIMES DE COUVERTURE ET TYPES DE PROGRAMMES

Les risques couverts par la protection sociale sont multiples : la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, la vieillesse, la maternité, le handicap, l'invalidité et la dépendance.

Ainsi, les dispositifs, prestations, allocations, selon les bénéficiaires auxquels ils s'adressent, relèvent de régimes contributifs ou non contributifs (dans lesquels les bénéficiaires paient ou non des cotisations en échange d'une couverture). Tandis que les régimes contributifs s'ados-

sent au système de sécurité sociale liée à l'emploi salarié (mécanismes assurantiels), les régimes non contributifs sont financés par des recettes fiscales et non par des cotisations.

Il est possible de mettre en place des programmes relevant de deux grandes approches principales :

- **des programmes reposant sur une logique d'assurance sociale**, imposée par l'État, visant à protéger les individus par mutualisation des risques du

coût financier ou des pertes de revenus engendrés par ces derniers ;

- **des programmes d'assistance sociale, ciblés sur les plus pauvres ou les plus vulnérables**, avec pour objectif de leur assurer un niveau minimal de ressources, afin de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Entrent dans ce cadre des programmes de gratuité (des soins de santé, par exemple) ainsi que des programmes de transferts sociaux monétaires ou en nature.

33 Les définitions de la protection sociale utilisées au niveau international sont très diverses et présentent pour certaines des approches différentes de la définition retenue ici (cf. encadré 1 page 7).

34 Elle est reconnue par la France comme un droit tel que stipulé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.

35 Définition de la protection sociale proposée par le manuel SESPROS (Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale) développé par Eurostat (Eurostat, 2008).

36 La protection sociale a un rôle important à jouer pour les classes moyennes dans la mesure où elle permet de compléter des revenus insuffisants, d'offrir une sécurité financière en cas de perte des revenus en cas de chômage, d'accidents de travail, de handicap, de maladie, de maternité ; elle permet d'assurer la sécurité des revenus tout au long de la vie, pour les enfants et les personnes âgées ; elle facilite aussi l'accès aux soins de santé et autres services. Il est possible de garantir une sécurité des revenus des classes moyennes, en préservant ou en étendant les régimes d'assurance sociale existants, et en étendant leur couverture à certaines catégories de travailleurs de l'économie informelle disposant d'une capacité contributive.

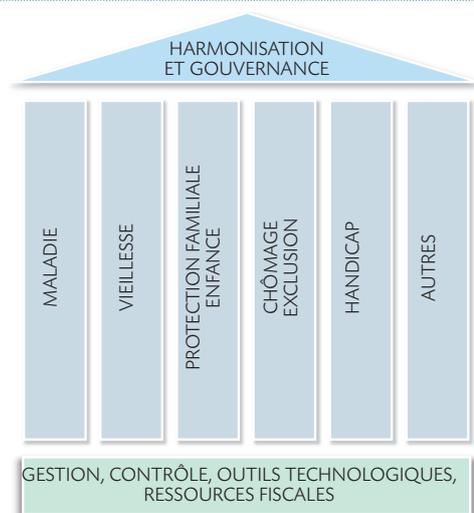
### Activités :

- **accompagner la conception et la mise en place des politiques nationales de protection sociale :**

- définition des politiques et de leur faisabilité sociale et économique,
- harmonisation et intégration des programmes et dispositifs de protection sociale dans un souci de cohérence et de complémentarité,
- développement de systèmes d'information et d'outils communs pour l'identification des bénéficiaires, la gestion des prestations et le suivi des données,
- renforcement de la production et de l'utilisation de données d'état civil ainsi que la collecte des statistiques vitales,
- mobilisation des financements nationaux (accompagnement des réformes fiscales, etc.),
- appui aux plateformes de dialogue national et aux mécanismes de coordination pour la mise en œuvre des socles de protection sociale,
- formation aux métiers de la protection sociale et renforcement des capacités des organismes gestionnaires ;

- **soutenir les programmes de transferts sociaux et d'assistance sociale dans le cadre de régimes non contributifs** ciblant les individus vulnérables à la pauvreté et aux chocs et visant à accroître directement la consommation et/ou l'accès aux services de base : allocations, revenu minimum d'activité, minimum vieillesse, bourses familiales, etc. ;

- **soutenir les mécanismes de prévoyance collective, qu'ils soient publics ou privés**, destinés à protéger les individus et les ménages contre les conséquences financières des risques sociaux dont la réalisation est incertaine tout au long de la vie (maladie, maternité, chômage, accident du travail, famille, vieillesse, handicap, invalidité). Il s'agira le plus souvent de régimes assurantiels et/ou mutualistes reposants sur la contribution des bénéficiaires.



Le schéma ci-dessus illustre l'articulation des différents aspects de cette stratégie dans le cadre d'un système intégré de protection sociale.

**Instruments :** prêts souverains (avec recherche de cofinancements avec les bailleurs multilatéraux), subventions et C2D, prêts au secteur privé privilégiant l'entrepreneuriat solidaire ou social business. Financements ONG et OSC. L'utilisation de ces instruments sera en ligne avec les mandats découlant des partenariats différenciés.

**Géographies :** toutes les géographies seront concernées, en privilégiant les pays fortement engagés dans la mise en place de systèmes de protection sociale, en recherchant des cofinancements d'apprentissage avec d'autres bailleurs et en prenant en compte les spécificités du savoir-faire français dans ce secteur. Dans les pays émergents, le déploiement des systèmes de protection sociale s'inscrira dans la promotion d'un modèle de croissance verte et solidaire.

#### 5.1.4. | Aspects transversaux de la stratégie

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie santé et protection sociale, l'AFD accordera une attention particulière aux aspects transversaux suivants.

**Respect des principes de l'aide au développement et du droit des individus**

La santé est reconnue comme un droit fondamental de tout individu. Elle est une clé du progrès social, de lutte contre la pauvreté et les inégalités, notamment de genre, mais également un facteur de croissance, de stabilité et de cohésion sociale. L'AFD s'investit pour défendre le droit à la santé, ce qui suppose une approche intégrée basée sur le renforcement des systèmes de santé, visant à assurer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'acceptabilité des soins de santé, notamment des soins de santé essentiels, et en particulier pour les plus fragiles.

La protection sociale doit également être une priorité défendue par l'AFD au titre des droits fondamentaux, puisqu'elle est aussi reconnue par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 comme un droit humain, comme stipulé à l'article 22 (« Toute personne a droit à la sécurité sociale. ») et à l'article 25 (« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être

et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »).

Les interventions de l'AFD en santé et en protection sociale suivront les principes de la déclaration de Paris (appropriation par les bénéficiaires de l'aide, coordination, harmonisation et division du travail entre les bailleurs de fonds) reprecisés lors de la conférence sur l'efficacité de l'aide de Busan (décembre 2011) et aux principes qui seront élaborés dans la future stratégie multilatérale française. Elles seront décidées en cohérence avec les missions principales de l'AFD et dans le respect de l'approche des partenariats différenciés précisée dans son contrat d'objectif et de moyens et déclinée selon les zones géographiques dans le cadre de ses priorités d'action, comme le résume le schéma ci-dessous.

CATÉGORIES DE PARTENARIATS DIFFÉRENCIÉS ET MANDAT	INSTRUMENTS FINANCIERS	AXES DU CIS
AFRIQUE SUBSAHARIENNE Lutter contre la pauvreté	TOUS TYPES D'INSTRUMENTS Lutte contre la pauvreté	SRMNI - CUS Protection sociale
PPP (Pays pauvres prioritaires)	Concentration des subventions et prêts très concessionnels	Principalement SRMNI
RIVES SUD ET EST DU BASSIN MÉDITERRANÉEN	PRIORITAIREMENT DES PRÊTS	CUS Protection sociale
RESTE DU MONDE Mandat croissance verte et solidaire	AU CAS PAR CAS, POUR UN FAIBLE MONTANT, MOBILISATION D'UNE PART D'EFFORT	CUS Protection sociale
Très grands émergents (y compris. AFR et MED)	Aucun effort financier de l'État, hors expertise technique (FEXTE)	
PAYS EN CRISE (TOUTES ZONES) Soutenir le développement humain	PRINCIPALEMENT DES SUBVENTIONS, MAIS NE PAS EXCLURE D'AUTRES TYPES D'INSTRUMENTS SELON LE PAYS (PRÊTS NOTAMMENT)	SRMNI - CUS Protection sociale
OUTRE-MER FRANÇAIS	PRÊTS COLLECTIVITÉS LOCALES	CUS

### Place prépondérante de la dimension « genre »

Les projets soutenus par l'AFD dans le domaine du développement humain doivent être exemplaires en ce qui concerne le traitement des questions de genre. Ils s'inscriront dans le cadre de la stratégie Genre et développement 2013-2017 qui prévoit la prise en compte systématique d'un objectif transversal « genre » dans les procédures d'élaboration, de suivi et d'évaluation des projets. L'AFD cherchera à promouvoir la réduction des inégalités sociales de genre dans les projets de santé et de protection sociale qu'elle finance, et à garantir la capacité des femmes à contrôler leur propre santé. Le potentiel de l'accès à la santé doit en effet être mobilisé comme levier dans la réduction des inégalités de genre.

Les systèmes de protection sociale doivent être attentifs aux risques liés au cycle de vie des femmes, de leur charge de travail domestique et des obstacles qui empêchent leur intégration au marché du travail. Par exemple, les femmes sont souvent contraintes de sortir du marché du travail pour se consacrer à leurs enfants et ont, dans certaines sociétés, un statut social qui les rend dépendantes des hommes. La protection sociale peut jouer un rôle essentiel dans l'intégration économique des femmes et leur autonomisation, en organisant la prise en charge des jeunes enfants et des personnes dépendantes et en permettant aux femmes de conjuguer activité économique, maternité et parentalité, ou en renforçant le pouvoir décisionnaire des femmes au sein des communautés bénéficiaires de transferts sociaux. L'approche genre sera ainsi intégrée dans la réflexion et les interventions développées dans le domaine de la protection sociale.

Au moins 50 % des projets santé et protection sociale financés par l'AFD devront avoir un effet positif sur le genre à partir de 2017. Afin d'y parvenir, les interventions suivantes seront mises en œuvre :

- intégration du genre dans le cycle d'instruction des projets ;

- sensibilisation des agents de santé aux inégalités d'accès aux soins et à la prévention pour les femmes, notamment les adolescentes ;
- sensibilisation et formation à l'intégration du genre pour les cadres des ministères bénéficiaires ;
- implication et responsabilisation des hommes dans les programmes de planification familiale ;
- association des femmes aux processus de décision pour s'assurer de la prise en compte de leurs priorités.

### Prise en compte de l'apport des nouvelles technologies

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le secteur de la santé est en plein essor, portée notamment par l'extraordinaire extension de la téléphonie mobile. Les TIC semblent permettre la réduction des délais d'accès aux soins, ainsi que le renforcement des capacités diagnostiques et thérapeutiques, grâce notamment à la télémédecine, mais aussi la sensibilisation accrue du public aux risques sanitaires, ou encore l'amélioration de la collecte et de la gestion des données de santé. Le recours aux TIC dans des régions enclavées, que ce soit du fait de leur isolement, comme dans les archipels polynésiens, ou de leur faible accessibilité, comme dans les zones rurales d'Afrique, constitue donc un gisement d'opportunités à exploiter.

Les interventions de l'AFD intégreront cet élément contextuel neuf, autour de trois pistes en particulier, avec en ligne de mire le passage à l'échelle :

- identifier, étudier, tester les innovations prometteuses, qu'elles viennent du Nord ou du Sud ;
- développer des partenariats avec tous les acteurs intéressés : entreprises privées du Nord et du Sud, ONG, universitaires, afin d'aboutir à un meilleur partage des objectifs, des moyens à mettre en œuvre, mais aussi des financements, et donc du risque ;
- développer les infrastructures technologiques et travailler sur les freins structurels.

### Articulation des actions bilatérales et multilatérales françaises

L'AFD cherchera à articuler ses actions avec celles menées par la France au sein des organisations multilatérales. Cette articulation bi-multi visera, en particulier et dans la mesure du possible, à utiliser les outils multilatéraux auxquels participe la France pour accroître la portée et l'influence des actions et des positions françaises. Tout en veillant à réduire la fragmentation de l'aide par cette collaboration accrue, l'AFD cherchera en premier lieu à élaborer des financements innovants, comme la délégation de fonds de l'Union européenne ou la mise en place de prêts pour la performance pouvant être financés par un tiers, comme la Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG) par exemple. Ces actions permettront un effet de levier des financements extérieurs de la France et une collaboration accrue entre les équipes des institutions concernées.

#### 5.1.5. | Contribution à l'influence française

La France possède une image d'excellence dans le domaine de la santé et de la protection sociale. Cette image repose sur une recherche biomédicale de pointe portée par des organismes comme l'Institut Pasteur, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ou l'Agence nationale de recherche contre le sida ; un hôpital public performant symbolisé par le modèle du CHU à la française ; et un système de sécurité sociale offrant à tous une couverture contre les principaux risques de la vie, qui, malgré son coût pour la collectivité, est attractif pour de nombreux pays qui le perçoivent non seulement comme plus égalitaire, mais aussi comme plus efficient que les modèles anglo-saxons basés sur l'assurance privée.

L'AFD est en mesure de contribuer au développement international d'un certain nombre d'acteurs français publics et associatifs véhiculant une image de la France associant excellence et solidarité. L'AFD appuie déjà le réseau des instituts Pasteur (32 instituts à travers le monde, y compris dans les pays émergents comme la Chine et la Corée du Sud) ou la Fondation Mérieux, qui développe un

réseau de laboratoire en Afrique de l'Ouest. L'AFD appuie aussi l'action internationale des hôpitaux français en finançant des opérations de jumelage à travers la Fédération hospitalière de France (FHF). D'autres partenariats seront développés au cours de la période 2015-2019, notamment avec l'Établissement français du sang (EFS) et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Le soutien à la mise en place de systèmes de protection sociale intégrés, impliquant le développement d'institutions et d'organismes de gestion au personnel formé, pourra faire appel à une expertise française provenant pour l'essentiel du secteur public et donc mobilisable à travers Expertise France. En parallèle, les entreprises françaises du secteur des technologies de l'information et de la communication ont développé des outils performants d'enregistrement et de gestion des bénéficiaires (Carte vitale, etc.) pour lesquelles les interventions de l'AFD pourront servir de vecteur de diffusion.

Plus largement, l'action de l'Agence dans le domaine de la santé et de la protection sociale s'inscrit dans une ambition de rapprochement des normes sociales et d'influence normative (normes de qualité, normes techniques et RSE aux standards français). La mise en place de systèmes de protection sociale dans les pays qui en sont dépourvus permettra de renforcer la sécurité de l'environnement économique et social dans lequel les entreprises opèrent dans un certain nombre de pays où l'AFD est présente. Cela conduira également à une amélioration des conditions de travail dans ces entreprises, pour la plupart sous-traitantes, à un accroissement de la productivité des travailleurs et à une meilleure prévention des cas d'accidents industriels majeurs.

S'agissant des pays à revenus intermédiaires et des pays émergents<sup>37</sup>, l'AFD cherchera à développer ses activités santé et protection sociale, dans le respect de son mandat de promotion d'une croissance verte et solidaire, et dès lors que le lien entre ces activités et les enjeux liés à la convergence des normes sociales est démontré.

37 Mieux se soigner, pays cibles : la Chine, les États-Unis, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Japon, la Corée du Sud, la Pologne, la Russie, la Turquie, l'Algérie, le Brésil et l'Inde.

## 5.2. | Les outils d'intervention en santé et protection sociale

### 5.2.1. | Le renforcement des capacités et l'accompagnement social

Au travers de l'analyse du contexte, l'AFD se dotera d'une bonne compréhension préalable de la dynamique dans laquelle évoluent ses partenaires. L'AFD identifiera pour chaque intervention les acteurs les plus à même de promouvoir les changements visés (assistance à maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'ouvrage déléguée, opérateurs locaux...), et le renforcement des capacités s'organisera autour de ces différents moyens. L'appui à la maîtrise d'ouvrage comprendra des appuis aux mécanismes de pilotage et de mise en œuvre des projets, notamment sur les passations de marché, dans un souci d'appropriation et de capitalisation, et évitant autant que faire se peut les unités de gestion externes. Il comprendra également des expertises long terme et/ou court terme et d'autres moyens consacrés au management et à la formation des ressources humaines. Le renforcement passera également par la formation professionnelle, les partenariats entre opérateurs et les partenariats public-privé.

Le dialogue sectoriel que l'AFD anime avec ses partenaires, y compris dans l'outre-mer, est un des premiers vecteurs de renforcement des capacités des contreparties qu'elle finance. Il repose sur les appuis-conseils des équipes projet AFD elles-mêmes, sur la mobilisation d'expertise et sur les échanges d'expérience.

L'assistance technique est l'outil le plus classique du renforcement des capacités. Cet appui est majoritairement apporté par Expertise France, mais aussi par des bureaux d'études, et mis à disposition des partenaires du Sud suivant une forme perlée ou résidente. La formation professionnelle est au cœur des enjeux de renforcement des capacités. Au-delà de l'offre proposée aux techniciens par les centres nationaux ou régionaux, il est indispensable de fournir des formations de haut niveau répondant aux besoins des cadres et de privilégier la formation de formateurs.

Vecteurs d'échanges et de partage d'expérience Nord-Sud ou Sud-Sud, les partenariats entre opérateurs seront encouragés. Dans la même logique, le transfert de savoir-faire français, particulièrement recherché par les partenaires des pays émergents, sera mis en avant. Ainsi, l'AFD promouvra le développement de partenariats avec des organismes comme l'Institut Pasteur, l'Établissement français du sang ou les CHU français. Ces initiatives, fortement porteuses d'influence française, seront amplifiées dans d'autres géographies. Une déclinaison de ces partenariats sera recherchée dans l'espace régional des DCOM afin de favoriser le développement à l'international et l'intégration des pôles d'expertise française en outre-mer. Enfin, l'AFD reconnaît le rôle prépondérant des ONG dans le transfert de compétence et le renforcement des capacités, et mettra en œuvre les dispositifs dont elle dispose (guichet dédié, facilité d'innovation, appel à proposition, contrats d'opérateurs avec les partenaires nationaux) pour associer ces acteurs à la mise en œuvre des projets qu'elle finance.

L'objectif est que 80 % des projets menés dans les États étrangers prévoient un volet de renforcement des capacités, financé par l'AFD ou par un partenaire cofinancier. En cas de financement par l'AFD, outre les prêts, différents outils pourront être mobilisés dans le respect de l'approche des partenariats différenciés, selon les catégories de pays :

- les fonds d'études et de renforcement des capacités (FERC)<sup>38</sup> ;
- le Fonds d'expertise technique et d'échange d'expériences (FEXTE) pour valoriser l'expertise française ;
- les subventions quand l'effet de levier sur l'ensemble du secteur est démontré.

Renforcer les capacités des institutions n'est néanmoins pas suffisant et la participation de la société civile est déterminante, qu'il s'agisse par exemple de planification familiale, de mutualisation du risque maladie ou encore

38 L'exemple du fonds PACBP (*Panafrican Capacity Building Project*), qui a permis de financer 15 bourses d'étudiants africains, pourra être reproduit en Afrique et dans d'autres géographies.

de santé communautaire. Pour cela, des campagnes de communication pour le changement de comportement (CCC) seront intégrées dans les projets. La CCC est un ensemble d'activités visant une modification volontaire et durable d'une pratique par un individu ou une communauté. Ces interventions permettent d'améliorer les bonnes pratiques, notamment en matière d'hygiène, ou encore de promouvoir l'utilisation de la contraception, des moustiquaires imprégnées, ou encore l'accouchement dans les formations sanitaires ou de prévenir les violences liées au genre par exemple. Des méthodes participatives prenant en compte les pratiques existantes et les facteurs de motivation des ménages seront privilégiées. La mise en œuvre de ces activités se fera préférentiellement en faisant appel aux ONG, ces dernières disposant d'une valeur ajoutée méthodologique liée à leur connaissance des contextes locaux et à leur expérience en santé communautaire.

### 5.2.2. | Les outils de financement

Dans la mesure de leur disponibilité, l'AFD s'appuiera sur la diversité de ses outils pour apporter le financement le plus adapté à chaque projet, en fonction de la géographie et de son mandat d'intervention (partenariats différenciés), du sous-secteur concerné et du contenu des projets financés :

- **subventions** : elles seront affectées en priorité à l'aide aux populations les plus vulnérables (situations de crise, pays les plus pauvres), avec une priorité pour le domaine de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive. Ces subventions seront aussi mises en œuvre par le guichet ONG ;
- **délégations de fonds de la Commission européenne (CE)** : l'AFD peut être chargée de la mise en œuvre des subventions de la CE. Il s'agit d'un outil de financement à part entière, qui peut être mis en œuvre seul ou en complément de prêts AFD. De telles opérations seront recherchées dans les pays où la santé est un secteur de concentration du 11<sup>e</sup> FED ;
- **contrats de désendettement-développement (C2D)** : il s'agit d'un mécanisme de refinancement par don des échéances du service de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE), affecté à des programmes de lutte contre la pauvreté. Dans le secteur de la santé, on les retrouve notamment en RCI, au Cameroun, au Congo, en Guinée et au Libéria ;
- **prêts souverains** : octroyés à un État ou à un organisme public bénéficiant d'une garantie de l'État, ils seront notamment développés dans les pays qui mettent en place, restructurent ou étendent leurs dispositifs de protection sociale et de CUS car ceux-ci constituent des investissements sur le capital humain. Ils pourront être plus ou moins bonifiés, afin de réduire leur taux d'intérêt. L'AFD s'attachera à utiliser les prêts les plus bonifiés pour les États d'Afrique subsaharienne pouvant emprunter. Des cofinancements en prêts avec les bailleurs internationaux, et notamment la Banque mondiale, seront aussi recherchés ;
- **prêts non souverains** : ces prêts (directs ou en intermédiation bancaire, sans garantie de l'État) sont adaptés notamment au financement d'infrastructures hospitalières ou de transfert de technologie dans le secteur du médicament ou du vaccin. Ils s'adressent à des contreparties publiques ou privées financièrement autonomes. Ils pourront être bonifiés, c'est-à-dire plus favorables pour l'emprunteur qu'un prêt à conditions de marché, notamment dans le cas d'investissements hospitaliers s'accompagnant d'une mission de service public (entrepreneuriat social ou *social business*), le degré de bonification étant alors adapté selon les pays en cohérence avec les mandats découlant des partenariats différenciés ;
- **prêts et participations mis en œuvre par PROPARCO** : les prêts non bonifiés au secteur privé seront mis en œuvre par PROPARCO. Comme ceux concédés par l'AFD, ils concerneront en priorité le financement d'investissements hospitaliers directs, ou indirects *via* des fonds spécialisés ; mais aussi le secteur de la production pharmaceutique ;
- **financements innovants** : l'AFD explorera la possibilité de mobiliser de nouveaux outils financiers et notamment les *Development Impact Bonds*. Cet outil permet le remboursement de l'investisseur par un tiers payeur, en fonction de l'impact social créé par le programme financé et sur la base des résultats effectivement atteints.

### 5.2.3. | La production de connaissance et les partenariats

L'AFD contribue activement à la **réflexion sectorielle, nationale et internationale**, pour renforcer son positionnement et améliorer l'efficacité de l'aide. Outil d'intervention à part entière, la production de connaissance est un élément clé de cette contribution et poursuit trois buts principaux :

- participer à la capitalisation et à l'innovation sectorielle tirées de son expérience et de l'expertise française ;
- faire connaître et valoriser l'expérience de l'AFD, en interne et vis-à-vis de ses partenaires ;
- nourrir le dialogue international et contribuer à l'échange des bonnes pratiques.

La production de connaissance portera notamment sur les domaines et champs de réflexion suivants, en lien avec les trois axes de ce CIS :

- dans le cadre de l'axe santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (SRMNI), l'AFD travaillera sur les apports de l'anthropologie pour les programmes de planification familiale et sur les liens entre démographie et développement ;
- dans le cadre de l'axe couverture universelle en santé, l'AFD travaillera sur l'organisation sanitaire et sur le développement du secteur médico-social dans les DCOM, sur l'impact des politiques de financement solidaire des soins, et sur les enjeux de la réforme des finances publiques en Afrique (fiscalité) pour le financement de la santé ;
- dans le cadre de l'axe sur le renforcement des systèmes de protection sociale, l'AFD travaillera sur l'intégration et l'articulation des dispositifs de protection sociale, l'impact de la protection sociale sur la productivité des entreprises, sur la protection sociale pour le secteur informel et sur les liens entre protection sociale et climat.

Les projets de production de connaissance seront menés en collaboration avec les bénéficiaires des financements de l'AFD et des partenaires externes, en particulier les institutions de recherche du Nord (IRD, CNRS) et du Sud, d'autres bailleurs de fonds, le secteur privé, les ONG, etc.

Au-delà des collaborations techniques et financières liées à la production de connaissance, l'AFD apportera, à travers des partenariats avec des organismes majeurs du secteur, **son soutien à des initiatives d'intérêt commun**. Les partenariats mis en place au cours de la période précédente avec la Croix rouge française, l'Institut Pasteur, la Fédération hospitalière de France (FHF) ou encore l'Établissement français du sang (EFS) seront poursuivis et développés. Ils seront complétés par de nouvelles collaborations sur des sujets identifiés comme prioritaires, notamment le financement de la santé (OMS, P4H), la formation et les ressources humaines (École des hautes études en santé publique, EHESP) et la protection sociale (BIT, SPIAC-B).

# 6

---

## Déclinaisons régionales de la stratégie

---

# 6

## Déclinaisons régionales de la stratégie

### 6.1. | Afrique subsaharienne

#### 6.1.1. | Relever les multiples défis d'un secteur toujours très fortement sous-financé

Si l'Afrique continue d'enregistrer une croissance forte (4,6 % attendus en 2015), tirée par la production agricole, les services et les investissements dans les infrastructures, la forte pression démographique et la faible réduction de la pauvreté (comparativement aux autres régions en développement) représentent toujours des enjeux majeurs. L'impact positif de la croissance sur la pauvreté se révèle donc insuffisant pour l'atteinte des objectifs fixés par les pays africains<sup>39</sup>. Parmi les pays africains qui s'étaient engagés en 2001 à Abuja à consacrer 15 % de leur budget national à la santé, seuls l'Afrique du Sud et le Rwanda ont atteint cet objectif. Dans la plupart des autres pays, les financements consacrés à la santé sont insuffisants pour fournir aux populations les services de base dont le coût est estimé par l'OMS à 86 dollars par personne et par an, y compris en incluant la part des financements extérieurs. Le secteur de la santé restera donc dans les années qui viennent encore très dépendant de l'aide extérieure, même si l'on tient compte du développement économique et d'éventuelles améliorations des capacités fiscales des pays.

**La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile-juvénile** reste une priorité de l'Afrique subsaharienne. La mortalité maternelle n'a ainsi baissé que de 5 % au cours des 15 dernières années, en partie du fait d'une natalité la plus élevée du monde. De même, malgré les importants progrès réalisés dans certains pays, le taux de mortalité infantile enregistré par la région reste 16 fois plus élevé que celui des pays industrialisés. Cette région est également particulièrement touchée par la **malnutrition** avec 30 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans due à la malnutrition chronique et

des impacts à long terme sur le développement cognitif des nouvelles générations. Faible densité des infrastructures sanitaires, insuffisance du personnel médical qualifié, natalité non maîtrisée, grossesses précoces et à risques, ou encore ruptures dans l'approvisionnement en produits médicaux, sont parmi les facteurs explicatifs de ces indicateurs de santé dégradés.

**Accompagner la transition de la fécondité** constitue l'une des clés pour un développement durable en Afrique subsaharienne. L'indice synthétique de fécondité y demeure très élevé, particulièrement en Afrique de l'Ouest, avec environ cinq enfants par femme. Le recours à la contraception, facteur essentiel de la baisse de la fécondité, est très limité, parmi les plus faibles au monde et en stagnation depuis plusieurs années. Aujourd'hui, seules 10 % à 20 % des femmes africaines en union ont recours à une contraception. Pourtant, il existe une forte demande en planification familiale : entre 30 % et 60 % de ces femmes souhaiteraient y avoir accès. Jusqu'à présent, les moyens financiers et humains attribués à la maîtrise de la démographie ont fait défaut en Afrique, la priorité ayant souvent été accordée à la lutte contre le VIH et les pandémies.

**L'épidémie de fièvre Ebola** est venue rappeler le risque qu'il y avait à laisser se dégrader des systèmes de santé dans un monde interconnecté. L'impact de tels épisodes est non seulement sanitaire, mais aussi économique, social et politique, avec des répercussions très à distance des foyers initiaux. L'Afrique subsaharienne apparaît aujourd'hui comme le maillon faible d'une sécurité sanitaire globale et le renforcement des systèmes de santé qui devront aussi, dans les années qui viennent, faire face au défi des maladies chroniques, devient plus que jamais une priorité.

39 La Banque mondiale parle « d'une faible élasticité de la pauvreté à la croissance » (2015).

**La couverture du risque de santé et l'accès à une protection sociale** représentent un autre défi à relever en Afrique. À l'échelle du continent, l'OIT estime que seuls 5 % à 10 % de la population active bénéficient d'une couverture sociale. Dans de nombreux pays, un effort national se met en place. Cependant, l'essor de l'économie informelle et le manque de marges de manœuvre politique et financière des États freinent les réalisations concrètes.

Dispositifs phare des systèmes de protection sociale en Afrique subsaharienne, **les filets sociaux et les transferts** représentent un outil indispensable pour réduire la pauvreté et les inégalités, mais aussi pour lutter contre la malnutrition ou protéger les plus vulnérables des chocs exogènes. Le nombre de pays mettant en place de tels programmes est ainsi passé de 9 en 2000 à 21 en 2012, surtout en Afrique orientale et australe, pour des montants annuels cumulés avoisinant 2,5 milliards de dollars (DFID, 2014).

### 6.1.2. | Stratégie « Afrique subsaharienne » : priorité à la santé maternelle et infantile, à la santé sexuelle et reproductive et au renforcement des systèmes de santé

En Afrique subsaharienne, l'amélioration de la santé maternelle et infantile continuera de représenter la priorité sectorielle de l'AFD, avec un effort accru en faveur des politiques de population. En 2015, ces opérations pourront encore être financées en référence aux engagements français de

Muskoka. Après 2015, la question de la disponibilité de ressources en subvention sécurisées constitue un enjeu majeur de la capacité de l'AFD à répondre à l'urgence de la transition démographique et aux besoins encore considérables en matière de santé maternelle et infantile en Afrique, et notamment dans le Sahel. L'appui aux politiques de SRMNI intègrera la lutte contre la malnutrition et pourra également intervenir à travers des financements dédiés aux ONG, notamment dans les contextes de crise et de sortie de crise.

L'AFD soutiendra également les politiques d'accès financier aux soins de santé, notamment à travers la mise en œuvre des projets financés dans le cadre de l'initiative Solidarité santé Sahel de 2013.

L'AFD poursuivra ses interventions régionales de renforcement de la surveillance épidémiologique (sous réserve de subventions disponibles à cet effet).

L'AFD interviendra dans le renforcement des systèmes de santé en articulation avec les financements multilatéraux de la France en faveur notamment de la lutte contre les pandémies et de la vaccination des enfants.

L'AFD investira d'avantage le champ du financement en non-souverain en faveur des acteurs de santé associatifs et privés, en privilégiant l'entrepreneuriat social dans le secteur hospitalier.

Enfin, l'AFD développera les programmes de filets sociaux visant à réduire l'extrême vulnérabilité et la pauvreté chronique des populations.

Mandat de l'AFD	Régions cibles	Axes d'intervention prioritaires	Outils financiers privilégiés
Lutte contre la pauvreté, réduction des inégalités et renforcement des solidarités (entre les êtres humains et entre les territoires)	PMA du Sahel	SRMNI	Subvention et financements ONG
	PMA d'Afrique francophone	CUS Protection sociale	C2D, prêts souverains et non souverains
	PRI d'Afrique	CUS Protection sociale	Prêts souverains et non souverains

## 6.2. | Asie, Amérique latine et Méditerranée

### 6.2.1. | Adapter les systèmes de santé à la transition épidémiologique et répondre aux attentes sociales grandissantes des populations

L'Asie, l'Amérique latine et, dans une moindre mesure, le pourtour méditerranéen connaissent des évolutions de contexte similaires, marquées par un dynamisme économique soutenu et une explosion urbaine non maîtrisée qui s'accompagnent d'une forte dégradation des conditions environnementales, d'un creusement des inégalités et d'une pauvreté endémique. Les classes moyennes, en constante augmentation, expriment des demandes fortes en matière de protection sociale, faisant de celle-ci un enjeu fort en termes de cohésion sociale. Dans de nombreux pays, notamment latino-américains, une prise de conscience s'est opérée au niveau des gouvernements<sup>40</sup> en faveur d'un rééquilibrage entre croissance économique et politique sociale, traduite par la mise en place de dispositifs novateurs qui suscitent aujourd'hui un fort intérêt des autres pays du Sud. Mais, souvent, la couverture ne profite qu'à une faible tranche de la population, principalement celle du secteur formel.

Dans ces géographies, et à l'exception notable de quelques pays pauvres comme Haïti, le Cambodge ou l'Afghanistan, la transition démographique, les soins de santé primaire et la lutte contre les maladies infectieuses ne sont plus les premiers enjeux. L'espérance de vie augmente et les indicateurs sanitaires sont en nette amélioration<sup>41</sup>, même si ceux-ci varient encore fortement selon les pays<sup>42</sup>.

Le vieillissement de la population et les changements de modes de vie entraînent partout une progression très rapide des maladies chroniques comme les cancers ou les maladies cardiovasculaires. Cette nouvelle donne épidémiologique impose aux pays de développer et de mettre

à niveau leurs systèmes de santé, tant sur le plan des infrastructures et des équipements que des ressources humaines. Les populations, et notamment les nouvelles classes moyennes, font de l'accès à la santé une attente prioritaire qui impose aux États de développer les mécanismes solidaires de couverture du risque maladie.

Dans ces pays, la place des classes moyennes est un enjeu central : c'est sous leur impulsion que l'universalisation des droits sociaux peut donner lieu à un nivellement « par le haut », et c'est à l'ascension sociale des plus pauvres vers les classes moyennes que l'amélioration de l'accès aux services essentiels et à la protection sociale doit conduire. Enfin, l'enjeu de la formalisation de l'économie et de l'extension de la protection sociale à l'économie informelle est au cœur des priorités sur le continent latino-américain. Ainsi, il est indispensable d'appuyer l'extension de la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants par la mise en œuvre de régimes simplifiés et unifiés, comme l'ont déjà entrepris plusieurs pays d'Amérique latine.

### 6.2.2. | Stratégie « Asie, Amérique latine et Méditerranée » : priorité au renforcement des services de santé et à la protection sociale

Dans les pays du voisinage Sud et Est de la Méditerranée, l'AFD contribuera à la mise à niveau des tissus productifs et appuiera les processus de transition, notamment *via* l'appui aux systèmes de protection sociale.

En Asie et en Amérique latine, l'AFD cherchera à accélérer la convergence des normes sociales dans le cadre de son mandat pour la promotion d'une croissance verte et solidaire. Les approches territoriales, en lien avec le développement urbain et prenant en compte les enjeux

40 Programmes de transferts conditionnels emblématiques *Bolsa Familia* au Brésil, *Progresa (Oportunidades)* au Mexique, politique de mise en place d'extension d'un système de couverture universelle du risque maladie en Inde.

41 Disparition de la poliomyélite et du paludisme dans de nombreux pays, développement des taux de vaccination.

42 Le taux de mortalité des moins de cinq ans est de 38 ‰ au Maroc, plus de trois fois supérieur à celui du Liban (12 ‰). Quatre ans séparent l'espérance de vie d'un Tunisien (73 ans) de celle d'un Égyptien (69 ans).

environnementaux, seront privilégiées. À cet effet, l'AFD concentrera ses financements sur la mise à niveau du secteur hospitalier pour faire face à la transition épidémiologique. Ces opérations concerneront le secteur public et le secteur privé ; selon les pays, dans le respect des partenariats différenciés tels qu'exprimés dans le contrat d'objectif et de moyens, les prêts non souverains pourront être bonifiés afin d'encourager les missions de service public et de favoriser l'accès de tous aux structures de santé qui seront financées. Ces opérations viseront aussi à mettre en avant les savoir-faire et l'expertise française.

L'AFD explorera aussi la possibilité de financer la mise en place ou la réforme de la couverture du risque maladie afin d'accompagner les pays vers la CUS. De la même manière, l'AFD explorera les autres secteurs de la protection sociale et notamment ceux en lien avec la sortie de l'informalité et le travail décent, l'offre d'accueil des jeunes enfants pour faciliter l'accès des femmes au marché du travail, ou encore la préparation des sociétés au vieillissement. Pour ce faire, l'outil privilégié sera le prêt souverain, si possible

en cofinancement avec d'autres bailleurs, complété par des financements permettant de répondre à la demande de France des contreparties en accompagnant des partenariats techniques avec les acteurs français du secteur selon les modalités décrites page 38. À travers ces projets, l'AFD tirera aussi profit de l'expérience avancée de certains pays latino-américains, par exemple pour ce qui est des transferts monétaires conditionnels, afin d'améliorer ses interventions dans d'autres géographies, et tout particulièrement sur le continent africain.

Comme elle le fait depuis plusieurs années en Asie du Sud-Est, l'AFD poursuivra également ses interventions régionales de renforcement de la surveillance épidémiologique. La région Caraïbe, qui intègre plusieurs départements français, pourrait faire l'objet d'un tel appui (sous réserve de subventions disponibles à cet effet). L'AFD contribuera ainsi, dans ces géographies, à réduire les impacts du changement climatique et des changements brutaux des milieux de vie.

Mandat de l'AFD	Régions cibles	Axes d'intervention prioritaires	Outils financiers privilégiés	Commentaires
Lutte contre la pauvreté, réduction des inégalités et renforcement des solidarités (entre les êtres humains et entre les territoires)	Méditerranée et Moyen-Orient	CUS Protection sociale	Prêts souverains et non souverains	Contribution à la mise à niveau des systèmes de santé et au développement des systèmes de protection sociale
Croissance verte et solidaire	Asie et Amérique latine	CUS Protection sociale	Prêts souverains et non souverains	Contribution à la convergence des normes sociales mondiales. Aucun effort financier de l'État dans les grands émergents hors expertise technique (FEXTE)

## 6.3. | Les outre-mer

### 6.3.1. | Un sous équipement sanitaire persistant et des nouveaux besoins liés au vieillissement des populations

Les départements et collectivités d'outre-mer (DCOM) partagent des problématiques communes et un même besoin de « rattrapage » par rapport à l'Hexagone, en ce qui concerne l'état de santé des populations, mais aussi **l'offre médicale et médico-sociale**. Si, dans l'ensemble, l'espérance de vie à la naissance a fortement progressé dans les DCOM au cours des dernières années (la Martinique, la Guadeloupe et la Polynésie française ont quasiment atteint le niveau de la métropole), certains territoires tels que Mayotte demeurent encore à l'écart de ce rattrapage. L'état de santé des populations ultramarines reste marqué par une surmortalité infantile (deux fois plus importante dans les DCOM qu'en métropole, et jusqu'à quatre fois supérieure à Mayotte<sup>43</sup>), la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires (VIH, paludisme, dengue, etc.) et la fréquence croissante des maladies chroniques.

Ce constat est à mettre en lien avec les problématiques d'accès aux soins dans les DCOM, où l'offre de soins reste globalement inférieure à celle de l'Hexagone, tant pour l'offre hospitalière que libérale. Les taux d'équipement hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique varient fortement d'une zone géographique à une autre, avec un besoin de développement particulièrement marqué en Guyane, à La Réunion et à Mayotte. Certaines spécificités des régions ultramarines (risques naturels, insularité, éloignement de l'Hexagone) induisent d'importantes difficultés quant :

- à l'organisation d'une offre de soins au sein des archipels ;
- au recrutement et à la formation de personnels médicaux et paramédicaux ;

- au positionnement en matière de recherche et de coopération interrégionale et internationale ;
- aux coûts financiers de la mise en norme en matière de risques naturels et des évacuations sanitaires, bien au-delà des « standards » métropolitains.

Dans le domaine de la **prise en charge des personnes vulnérables** (personnes âgées ou handicapées, individus en situation de précarité, etc.), les besoins sont considérables. Le nombre réduit et la diversité des opérateurs, et leurs faibles qualifications nuisent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques efficaces de prise en charge de la dépendance. Le taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dans les DCOM est bien inférieur à celui de l'Hexagone (absent à Mayotte). En dépit d'une augmentation récente du nombre de places (EHPAD<sup>44</sup> et SSIAD<sup>45</sup> notamment), les services ne sont pas en mesure de satisfaire une demande toujours plus croissante. On retrouve le même constat en matière de handicap, avec des besoins particulièrement notables en Guyane et à Mayotte (absence d'établissement autorisé). Ce constat est d'autant plus préoccupant que la structure démographique de certains de ces territoires tend à s'aligner sur celle de l'Hexagone. Malgré des populations encore relativement jeunes, les DCOM sont de plus en plus concernés par les phénomènes de vieillissement, de manière très accélérée dans certains territoires. En 2030, le nombre de personnes âgées en Polynésie française sera multiplié par cinq. La Martinique et la Guadeloupe devraient également connaître un vieillissement très important de leur population et se placer dans le peloton des régions françaises les plus âgées en 2030.

43 AFD, *Évaluation stratégique des projets santé dans les outre-mer*, CALIA Conseil – EQR – Planète publique, septembre 2013.

44 Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

45 Services de soins infirmiers à domicile.

### 6.3.2. | Stratégie d'intervention dans les outre-mer : accompagner le développement de l'offre sanitaire, médicosociale et sociale

Dans les territoires d'outre-mer, les interventions de l'AFD viseront à :

- accompagner le développement d'une offre de soins suffisante et de qualité ;
- améliorer la prise en charge des personnes âgées, handicapées et vulnérables.

Il s'agira de répondre aux besoins des différentes collectivités locales, des établissements de santé ou médico-sociaux, ainsi que des structures associatives et des opérateurs privés du secteur sanitaire, médico-social et de la petite-enfance. Il s'agira de poursuivre les avancées en matière de modernisation, de restructuration et de mise en conformité et aux normes environnementales de l'offre sanitaire hospitalière, et d'accentuer les efforts en matière de développement du secteur social, médico-social et de la petite enfance, pour lequel les besoins sont considérables et en forte augmentation. L'action de l'AFD en faveur de l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap ou de dépendance pourra s'appuyer sur les initiatives du tissu associatif, à renforcer.

Les activités mises en œuvre à travers les financements de l'AFD seront les suivantes :

- **augmenter et améliorer l'offre sanitaire hospitalière** en finançant les opérations de construction, de réhabilitation et de mise aux normes du secteur ;
- **renforcer la prise en charge des personnes vulnérables**, personnes âgées et handicapées, à travers l'adaptation des logements et le développement des structures d'hébergement et d'accueil, et des services d'aide à domicile. La mise en œuvre de ce volet s'appuiera sur les conclusions d'une étude menée en 2015 sur les différents modèles

de l'offre médico-sociale et les possibilités pour l'AFD de les financer ou non ;

- **appuyer les politiques publiques locales** : appui conseil et études sectorielles (accompagner les réflexions sectorielles, la gestion technique et financière du secteur), renforcement des capacités du personnel *via* des formations (en partenariat avec l'EHESP et le Centre d'études financières économiques et bancaire, CEFEB, de l'AFD à Marseille) ou des colloques et séminaires, notamment dans le cadre de partenariats entre l'AFD et les centres hospitaliers régionaux (CHR), les agences régionales de la santé (ARS) et le ministère des Affaires sociales et de la Santé ;
- **promouvoir les initiatives d'intégration et de coopération régionale en matière de développement sanitaire** : renforcer les dispositifs de surveillance concertée des risques sanitaires (maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes) et de veille épidémiologique, appuyer l'émergence de pôle de référence et de recours régionaux incluant les outre-mer (production de connaissance, valorisation des domaines de compétences), associer et promouvoir l'expertise des acteurs ultramarins de la santé, dans les projets États étrangers de l'AFD.

**Instruments :**

- prêts aux collectivités locales (PCL) et PCL surbonifiés à destination des établissements publics de santé, des groupements de coopérations sanitaires, du secteur associatif et des sociétés d'économie mixte porteurs de projets médico-sociaux ;
- prêts aux conditions de marché (PCM) et fonds de garantie à destination du secteur privé lucratif ;
- subventions : expertise, formations, colloques/séminaires ;
- préfinancements des subventions européennes, FEDER<sup>46</sup> et État.

46 Le Fonds européen de développement économique et régional (FEDER) est l'un des fonds structurels européens. Il vise à renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l'Union européenne en corrigeant les déséquilibres régionaux (aides directes aux investissements réalisés dans les entreprises infrastructures, instruments financiers, assistance technique).

## 6.4. | Les États fragiles et/ou en situation de crise/post-crise

Les crises, les conflits et leurs conséquences socio-économiques placent les États dans une situation de grande dépendance vis-à-vis des financements extérieurs pour la relance et la restauration des systèmes de santé. La flambée des besoins sanitaires, les barrières d'accès aux soins, la recrudescence des maladies infectieuses et de la malnutrition, les pillages des structures sanitaires et la désorganisation des systèmes de santé (dysfonctionnements dans l'offre de soins, déplacements massifs de personnels soignants, etc.) sont autant d'effets de ces situations de crise, et des périodes de transition qui les succèdent.

Dans les zones de crises ou de conflits ponctuels ou plus durables, les populations sont ainsi affectées par un accès aux soins rendu difficile par la situation sécuritaire, la déstructuration du système sanitaire et/ou d'autres obstacles à une prise en charge de qualité. Dans ces contextes, et notamment parmi les populations déplacées internes (Gaza) ou externes (réfugiés irakiens ou syriens), les femmes et les enfants sont souvent les premiers exclus des systèmes de santé. En outre, l'éventail de risques contre lesquels il convient de prémunir les populations est considérablement élargi, justifiant le déploiement de mesures spécifiques destinées à lutter efficacement contre la pauvreté et la vulnérabilité extrême.

Dans ces pays caractérisés par un niveau de gouvernance faible et des capacités limitées (voire absentes) de l'État, les appuis de l'AFD en période d'urgence viseront à rétablir un minimum de disponibilité de l'offre de soins aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, tandis que la restauration des systèmes de santé constituera l'objectif des phases de post-conflit. Des appuis psychosociaux communautaires seront également déployés afin de restaurer/favoriser la cohésion sociale de ces géographies fragilisées. Les interventions intégreront, lorsque les contextes l'exigent, la lutte contre la malnutrition en privilégiant les approches multisectorielles.

Les interventions viseront également à réduire l'extrême vulnérabilité et pauvreté des populations situées dans ces géographies. Ceci pourra notamment intervenir à travers des programmes de transferts conditionnels, d'exemption de paiement des soins, etc.

Dans les situations impliquant des déplacements de populations, l'AFD pourra intervenir afin de couvrir des besoins vitaux des populations directement affectées par la crise, mais aussi pour renforcer les services de base dans des régions d'accueil déstabilisées ou saturées. Ces interventions concerneront le secteur de la santé et l'ensemble des besoins de base dans le cadre de la protection sociale.

**Instruments :** subventions et financements ONG (facilités, partenariats).

# 7

## Redevabilité et transparence

# 7

## Redevabilité et transparence

### 7.1. | Moyens

Pour tenir compte de l'évolution des outils financiers à sa disposition, l'AFD cherchera à développer ses activités en prêt dans le secteur de la santé et de la protection sociale. Elle se rapprochera pour ce faire des autres banques de développement avec lesquelles elle recherchera des cofinancements. Elle poursuivra aussi le développement de son

activité en faveur du secteur privé de la santé, y compris à travers PROPARCO. Enfin, l'AFD mettra en œuvre des financements délégués pour accompagner ses propres subventions et ses prêts (mixage). Ces financements proviendront de l'Union européenne (facilités régionales, fonds FEDER, etc.) ou d'autres bailleurs.

### 7.2. | Suivi de la stratégie

Le suivi de la stratégie interviendra à travers plusieurs exercices :

- l'élaboration d'une note annuelle de suivi du CIS, basée sur une présentation du niveau d'atteinte des indicateurs de suivi (présentés dans l'annexe 3). Cette note s'accompagnera d'un tableau et d'une cartographie des opérations financées par l'AFD ;
- la mise en œuvre de ce CIS fera l'objet d'un bilan à mi-parcours qui permettra d'estimer l'état d'avancement des projets et de la production financière, de mesurer l'atteinte des objectifs ou la probabilité de les atteindre et, enfin, de capitaliser et de définir le cas échéant des réorientations ou des ajustements. La note prendra la forme d'un document synthétique et opérationnel. Il permettra de rendre compte des moyens engagés et des résultats atteints et escomptés ;

- à son achèvement, ce CIS fera l'objet d'une note d'achèvement, à des fins de redevabilité, de capitalisation et de prospective. Cette synthèse s'appuiera sur les différentes notes annuelles de suivi auxquels s'ajoutera une analyse qualitative des résultats obtenus ;
- le dialogue initié avec la société civile à l'occasion de la préparation de ce CIS sera poursuivi au cours de sa mise en œuvre à travers notamment :
  - la mise en place d'un groupe de travail sur les indicateurs et la redevabilité dans le champ de la santé et de la protection sociale,
  - une rencontre annuelle d'échange.

---

### 7.3. | Communication

---

L'AFD s'attachera à faire connaître et partager de manière systématique ses contributions et son savoir-faire dans les secteurs de la santé et de la protection sociale. L'AFD s'efforcera de mieux faire connaître ses modalités et son spectre d'intervention à ses partenaires et au grand public en :

- alimentant son site web ;
- participant à la réalisation de films documentaires sur les projets soutenus ;
- organisant des conférences relatives au domaine de la santé et de la protection sociale, notamment dans le cadre du cycle de conférences ID4D (Idées pour le développement) ;
- intervenant dans le cadre de formations réalisées par des universités ou d'autres organismes ;
- intervenant lors des principaux rassemblements sectoriels.

# Annexes

# 8

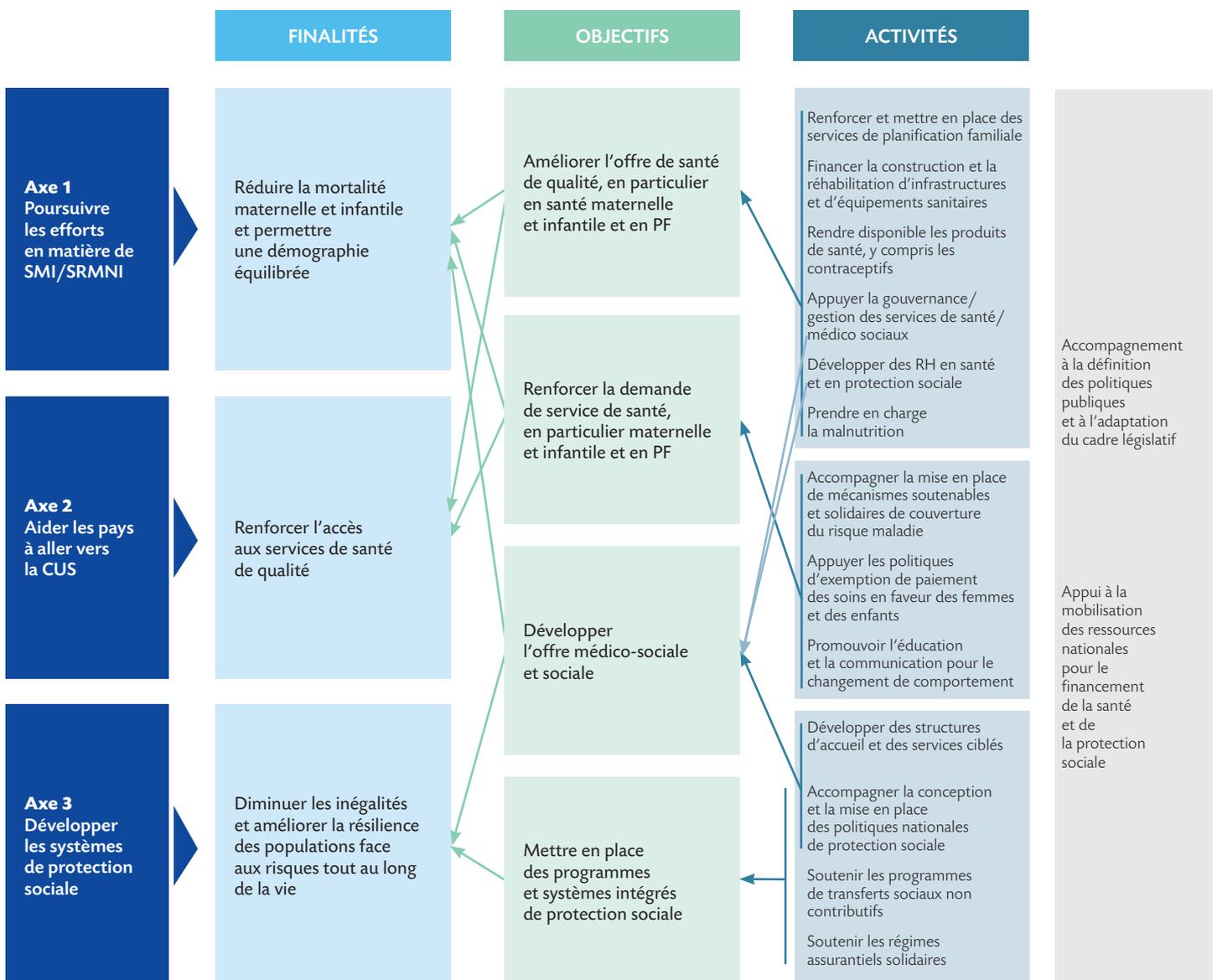
<b>Annexe 1 :</b>		
Sigles et acronymes		54
<b>Annexe 2 :</b>		
Schéma logique		56
<b>Annexe 3 :</b>		
Indicateurs de la stratégie	57	
<b>Annexe 4 :</b>		
Lexique		58

## Sigles et acronymes

APD	Aide publique au développement
ARD	Agence régionale de santé
BAfD	Banque africaine de développement
BAfD	Banque asiatique de développement
BID	Banque interaméricaine de développement
BIT	Bureau international du travail
BM	Banque mondiale
CEFEB	Centre d'études financières et bancaires (groupe AFD)
CICID	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement
CIS-CIR-CIT	Cadre d'intervention sectoriel / régional / transversal
CUS	Couverture universelle en santé
C2D	Contrat de désendettement et de développement
DCOM	Départements et collectivités d'outre-mer
DFID	<i>Department for International Development</i> (coopération britannique)
DGM	Direction générale de la mondialisation - MAEDI
EFS	Établissement français du sang
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FBMG	Fondation Bill et Melinda Gates
FED	Fonds européen de développement
FEDER	Fonds européen de développement régional
FERC	Fonds d'études et de renforcement des capacités
FEXTE	Fonds d'expertise technique et d'échange d'expériences
FHF	Fédération hospitalière de France
FISONG	Facilité d'innovation sectorielle ONG
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Gavi	Alliance globale pour la vaccination et l'immunisation
GFF	<i>Global Financing Facility</i>
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale

<b>IRD</b>	Institut de recherche pour le développement
<b>JICA</b>	Agence japonaise de coopération internationale
<b>MAEDI</b>	Ministère des Affaires étrangères et du Développement international
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économique
<b>ODD</b>	Objectifs du développement durable
<b>OIT</b>	Organisation internationale du travail
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>OMD</b>	Objectifs du millénaire pour le développement
<b>P4H</b>	<i>Providing for Health</i>
<b>PCL</b>	Prêt aux collectivités locales
<b>PCM</b>	Prêt aux conditions de marché
<b>PMA</b>	Pays les moins avancés
<b>PNUD</b>	Programme des Nations unies pour le développement
<b>PPTE</b>	Pays pauvres très endettés
<b>PRI</b>	Pays à revenu intermédiaire
<b>PROPARCO</b>	Société de promotion et de participation pour la coopération économique, filiale de l'AFD
<b>SMI/SRMNI</b>	Santé maternelle et infantile / santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>UE</b>	Union européenne
<b>UEMOA</b>	Union économique et monétaire ouest-africaine
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations unies pour la population
<b>Unicef</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence de développement américaine

# Schéma logique



## Indicateurs de la stratégie

Dans un objectif de redevabilité, et durant toute la période d'exécution du CIS, l'AFD s'engage à suivre chaque année un indicateur principal par axe stratégique d'intervention. De plus, lorsque les conditions le permettront (disponibilité des données) elle cherchera à renseigner des indica-

teurs secondaires de suivi du CIS. Les indicateurs proposés ci-dessous le sont à titre indicatif. Le choix final sera arrêté en concertation avec la société civile dans le cadre d'un groupe de travail qui sera mis en place après la validation du CIS.

### Axe 1 : poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale

Indicateur principal	nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans une structure de santé
Indicateur secondaire 1	nombre d'utilisateurs/utilisatrices d'une méthode efficace de contraception
Indicateur secondaire 2	nombre de projets financés par l'AFD dans le secteur de la santé et de la protection sociale et ayant un objectif nutritionnel

### Axe 2 : accompagner les pays vers la couverture universelle en santé

Indicateur principal	population desservie par les structures et services de santé appuyés par l'AFD
Indicateur secondaire	nombre de personnels de santé formés chaque année dans le cadre des interventions de l'AFD

### Axe 3 : développer les systèmes de protection sociale

Indicateur principal	nombre de pays appuyés par l'AFD où sont engagées des mesures de protection sociale
Indicateur secondaire	nombre de bénéficiaires des dispositifs de protection sociale financés par l'AFD

## Lexique

**Assistance sociale / aide sociale** : transfert social versé en fonction du niveau de revenu du ménage, donc octroyé sous conditions de ressources (ne pas dépasser un certain plafond de ressources) ou selon un autre type de ciblage lié au niveau de pauvreté (habitants de communes identifiées comme pauvres, par exemple). Il peut être assorti de contreparties ou de conditions telles que l'assiduité scolaire ou le suivi médical.

**Assurance sociale** : mécanisme de couverture destiné à se prémunir collectivement contre les conséquences financières des risques sociaux (maladie, maternité, chômage, accident du travail, famille, vieillesse...) dont la survenue est incertaine. L'assurance sociale repose sur le paiement préalable – avant que le risque n'advienne – des cotisations, le partage des risques et la garantie du versement de la prestation en cas de survenue du risque. Le financement est mutualisé. L'assurance sociale est très liée au travail puisque les cotisations sont prélevées sur les salaires et doivent permettre au salarié de bénéficier d'un revenu de remplacement en cas d'incapacité temporaire à travailler en raison d'une maladie ou d'un accident, par exemple. À la différence d'une assurance privée à but lucratif, elle ne sélectionne pas les risques.

**Couverture universelle en santé (CUS)** : résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus nécessitant des services de santé les reçoivent sans encourir de difficultés financières injustifiées (OMS, 2014). La CUS présente deux composantes complémentaires et indissociables : une offre complète de services de santé essentiels, de bonne qualité et adaptée aux besoins, et une couverture du risque financier.

**Déterminants de la santé** : facteurs qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. Certains facteurs sont liés aux actions sur les individus, tels que les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais il existe également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès

aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé.

« **Filets sociaux de sécurité** » (*social safety nets*) : programmes d'aide sociale destinés à réduire la pauvreté et à empêcher les ménages précaires de tomber dans la pauvreté en cas de crise. C'est une approche davantage fondée sur la notion de dette sociale de la société à l'égard des pauvres. Les *social safety nets* ont été largement promus et mis en place par la Banque mondiale.

**Maladies chroniques (ou non transmissibles)** : regroupent les affections cardio-vasculaires, le diabète et ses complications, l'asthme, les cancers et les affections neurodégénératives (Alzheimer, etc.). Leur progression est due au vieillissement de la population et à des facteurs de risque comme l'obésité ou le tabagisme, eux-mêmes liés aux mutations des modes de vie (alimentation industrielle, urbanisation et sédentarité, pollutions).

**Mutuelle de santé** : groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants-droits une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention du risque maladie et la réparation de ses conséquences financières par la prise en charge de tout ou partie des dépenses maladie du membre de la mutuelle.

**Protection sociale** : vise à mettre en œuvre les garanties élémentaires de sécurité sociale (recommandation 202 de l'OIT) pour l'ensemble des ménages et des individus (dimension universaliste de la protection sociale reconvenue comme un droit), leur permettant de faire face aux « risques sociaux » susceptibles de compromettre leur situation économique.

**Règlement sanitaire international (RSI)** : instrument juridique international qui a force obligatoire pour 196 pays. Il a pour but d'aider la communauté internationale à

éviter les risques graves pour la santé publique susceptibles de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier. Le RSI vise à restreindre les limitations apportées aux déplacements et aux échanges commerciaux internationaux en évitant la propagation des maladies. Révisé en 2005, le RSI, qui est entré en vigueur le 15 juin 2007, prévoit que les pays renforcent leurs capacités de surveillance et de riposte afin d'être en mesure de détecter, notifier et lutter contre certains événements de santé publique. L'OMS collabore étroitement avec les pays et ses partenaires afin de fournir des recommandations et un appui techniques pour mobiliser les ressources nécessaires à l'application du RSI.

**Risques sociaux :** appelés aussi risques idiosyncratiques, ils correspondent aux situations auxquelles les individus et les ménages peuvent être confrontés de façon aléatoire et qui peuvent entraîner une baisse des ressources ou une hausse des dépenses : charge familiale, maternité, maladie, chômage, vieillesse, invalidité, accident du travail...

**Sécurité sociale :** en France, la sécurité sociale désigne exclusivement les régimes obligatoires de prestations familiales (y compris les aides au logement), d'assurance maladie/maternité/invalidité, d'accidents du travail/maladies professionnelles et de retraite/vieillesse. Au niveau international, les organisations utilisent parfois indistinctement les expressions de « sécurité sociale », « protection sociale » ou encore de « couverture sociale ».

**Système de santé :** l'OMS considère qu'un système de santé est composé de six piliers : les infrastructures, les équipements, les médicaments et autres intrants, les ressources humaines, le système d'information et la gouvernance. Renforcer les systèmes de santé implique de travailler de manière transversale sur tout ou partie de ces piliers en fonction des priorités nationales, en lien avec les politiques publiques et à travers les services des pays bénéficiaires.

**Transition écologique :** cette notion, à l'origine développée par Rob Hopkins (*Le Manuel de transition : de la dépendance au pétrole à la résilience locale*, 2010), regroupe un ensemble de principes et de pratiques formés à partir des expérimentations et des observations d'individus, de groupes, de villages, de villes ou de communes, lorsqu'ils ont commencé à travailler sur les problématiques de résilience locale, d'économie en boucle et de réduction des émissions de CO<sub>2</sub>. Plus généralement, ce concept désigne le passage de notre mode actuel de production et de consommation à un mode plus écologique. Très récemment en France, une stratégie nationale pour la transition

écologique a été publiée (le 9 février 2015), après avoir été élaborée au sein du Conseil national pour la transition écologique (CNTE) puis adoptée en conseil des ministres (le 4 février 2015). Organisée autour de quatre enjeux (changement climatique, biodiversité, raréfaction des ressources, risques sanitaires et environnementaux), elle vaut pour la période 2015-2020.

**Transition épidémiologique :** passage d'une mortalité liée principalement aux maladies infectieuses à une mortalité liée principalement aux maladies chroniques et dégénératives, sous l'influence du vieillissement des populations, des changements de mode de vie et du développement socio-économique.

**Transition démographique :** passage d'une population caractérisée par une forte natalité et une forte mortalité à une population caractérisée par une plus faible natalité et une plus faible mortalité.

**Transferts sociaux :** transferts monétaires et transferts en nature. Les transferts sociaux sont des transferts de ressources d'un groupe de la société à un autre : par exemple, des actifs vers les inactifs, des bien portants vers les malades, des riches vers les pauvres. Ces transferts peuvent être en espèces, comme les indemnités journalières versées par la Caisse nationale d'assurance maladie en France en cas de maladie ou de maternité, ou en nature, comme le remboursement de frais médicaux. Les transferts peuvent être **contributifs** – les droits acquis reposent sur les contributions versées (cotisations) – ou **non contributifs** – financés par les recettes fiscales ou d'autres recettes publiques. Ces derniers peuvent être **universels** (s'adressent à l'ensemble de la population) ou **ciblés** vers les populations pauvres (sous condition de ressources).

**Transferts monétaires conditionnels (cash conditional transfers) :** transferts en espèces pour lesquels les bénéficiaires prennent un engagement en contrepartie : aller à l'école, se faire vacciner... Les pouvoirs publics espèrent ainsi agir sur les comportements des plus pauvres. La *Bolsa Familia* au Brésil est l'exemple le plus connu car il a contribué à la réduction de la pauvreté, et à l'augmentation du taux de scolarisation et de vaccination de la population en octroyant une bourse aux familles les plus pauvres en échange de l'assiduité scolaire des enfants et du respect de consultations médicales.





Agence Française de Développement (AFD)  
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12  
France  
Tel.: + 33 1 53 44 31 31

[www.afd.fr](http://www.afd.fr)



*développeur d'avenir durables*