



HAL
open science

Les enjeux éthiques de l'aide publique au développement dans le domaine de la santé. Concilier efficacité de l'action, priorités politiques, et exigences éthiques.

Ariane Lathuille

► To cite this version:

Ariane Lathuille. Les enjeux éthiques de l'aide publique au développement dans le domaine de la santé. Concilier efficacité de l'action, priorités politiques, et exigences éthiques.. Philosophie. 2016. dumas-01429921

HAL Id: dumas-01429921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01429921>

Submitted on 9 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ariane LATHUILLE

Les enjeux éthiques de l'aide publique au développement dans le domaine de la santé

***Concilier efficacité de l'action,
priorités politiques et exigences
éthiques***

UFR 10 – Philosophie
Mémoire de Master 2

Mention : Philosophie et Société
**Parcours : Philosophie juridique, politique et
sociale**

Directeur du parcours : Pr Emmanuel PICALET
Directeur du mémoire : Pr Emmanuel PICALET

Résumé

Ce mémoire a pour objectif d'étudier les problèmes éthiques que pose l'aide publique au développement dans le champ de la santé. Les théories de la justice globale permettant de justifier la légitimité de l'aide publique au développement seront étudiées. Par ailleurs, les problèmes de priorisation des interventions de santé et d'allocation des ressources entre les pays seront discutés. Des principes normatifs seront proposés afin de permettre une répartition équitable de l'aide extérieure entre les pathologies, les populations et les pays.

Summary

This essay discusses the ethical problems arising from official development assistance in the health sector. Theories of global justice that can legitimate official development assistance will be discussed. The prioritisation of health interventions and the allocation of resources between countries will also be addressed. Normative principles for an equitable distribution of foreign aid between diseases, populations and countries will be proposed.

Mots-clés

Aide publique au développement – Coopération internationale – Santé mondiale – Justice Globale – Inégalités de santé – Diplomatie sanitaire – Enjeux éthiques

Keywords

Official Development Assistance – Foreign Aid – Global Health – Global Justice – Health Inequalities – Global Health Diplomacy – Ethical Issues

Remerciements

Je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire Professeur Emmanuel Picavet pour ses précieux conseils méthodologiques et bibliographiques. Je remercie l'ensemble des enseignants de l'Université Paris I, de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris et de l'Institut Pasteur/CNAM qui m'ont formée durant mes années de master et m'ont toujours soutenue tant dans mes projets de recherche que professionnels.

Je remercie, pour leur confiance et leur bienveillance, mes collègues d'OpusLine, du ministère des Affaires étrangères et du Développement international et d'Expertise France qui ont accompagné mes débuts dans le monde professionnel.

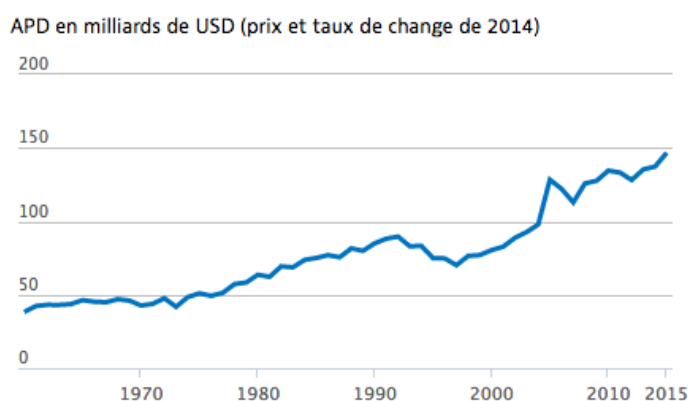
Je remercie également mes parents et mes frères pour leur soutien inconditionnel à tous mes projets. Merci à mes amis parisiens, nancéens et messins pour leur présence et les moments partagés ensemble durant ces années d'études. Enfin, je remercie Francesco de m'avoir transmis son goût pour la médecine et son idéal d'humanisme.

Avertissement

Les propos de ce mémoire sont formulés sous la responsabilité de son seul auteur. Ils ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel d'Expertise France ou celui du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international.

Introduction

L'aide publique au développement (APD), dans sa forme actuelle, a été créée au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Le point IV du second discours d'investiture de 1949 du président des Etats-Unis, Harry Truman, est fondateur de la vision moderne du développement¹. L'APD s'est ensuite progressivement institutionnalisée durant la seconde moitié du XXe siècle² et a connu une progression rapide : les pays de l'OCDE finançaient le développement à hauteur de 38,2 milliards de dollars en 1960 aux débuts de l'APD alors qu'en 2015, l'APD s'élevait à 146,7 milliards de dollars³.



Evolution de l'APD de 1960 à 2015⁴

L'aide publique au développement est devenue l'un des moyens d'améliorer le développement économique des pays pauvres et de réduire la pauvreté. L'APD consiste en un transfert de ressources des pays riches vers les

¹ Extrait du point IV du discours d'investiture de H.Truman, 20 janvier 1949 : « *Quatrièmement, il nous faut lancer un nouveau programme qui soit audacieux et qui mette les avantages de notre avance scientifique et de notre progrès industriel au service de l'amélioration et de la croissance des régions sous-développées. Plus de la moitié des gens de ce monde vivent dans des conditions voisines de la misère. [...] L'ancien impérialisme - l'exploitation au service du profit étranger - n'a rien à voir avec nos intentions. Ce que nous envisageons, c'est un programme de développement fondé sur les concepts d'une négociation équitable et démocratique.* »

² Le Fonds spécial des Nations unies pour le développement est créé en 1958, il fusionnera avec le Programme élargi d'assistance technique pour donner naissance au Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) en 1965. Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est créé en 1961. En France, le ministère de la Coopération est institué en 1959.

³ OCDE, CAD, Tableau de l'APD nette, consultable en ligne :

<http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/Long%20term%20ODA.xls>

⁴ Source : OCDE, CAD, statistiques consultées en ligne le 20/07/2016 :

<http://www.oecd.org/fr/cad/nouvelle-hausse-de-l-aide-au-developpement-en-2015-doublement-des-dependances-consacrees-aux-refugies.htm>

pays pauvres afin de parvenir à une meilleure redistribution des richesses. L'OCDE propose une définition statistique de l'APD⁵ : pour qu'un flux financier soit considéré comme de l'APD, il doit i) être une dépense publique, c'est-à-dire émaner d'un organisme public (Etat, collectivité locale, ...) ii) bénéficier à un pays en développement⁶ ou à un organisme international (tel que la Banque mondiale, les institutions onusiennes en charge du développement) qui se charge ensuite de transférer les ressources vers les pays en développement iii) avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique du pays et l'amélioration du niveau de vie de sa population iv) être assortie de conditions favorables dans le cas où le pays donateur octroie un prêt et non un don (le prêt doit alors comporter des conditions financières avantageuses⁷).

Au-delà de cette définition statistique, l'APD consiste en un transfert de ressources qui peut prendre des formes variées. Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino⁸ distinguent les cinq grandes modalités de l'APD : i) l'aide humanitaire d'urgence (en augmentation ces dernières années, elle représente désormais environ 10% de l'APD mondiale) ; ii) l'aide au développement alimentaire (en diminution, elle ne représente plus que 3% de l'APD mondiale) ; iii) l'assistance technique qui vise à développer le capital humain des pays en développement grâce à l'organisation de formation et à la mise à disposition d'experts (qui constitue toutefois une part minoritaire de l'APD) ; iv) l'aide projet qui est l'instrument le plus couramment utilisé (plus de 50% de l'APD mondiale) et qui

⁵ La définition statistique de l'OCDE est disponible en ligne sur le site de l'OCDE :

<http://www.oecd.org/fr/cad/stats/aidepubliqueaudeveloppementdefinitionetchampcouvert.htm>

⁶ Plus de 150 pays sont éligibles à l'APD d'après la liste des pays éligibles établis par l'OCDE, disponible en ligne :

<http://www.oecd.org/fr/cad/stats/documentupload/DAC%20List%20of%20ODA%20Recipients%202014%20final%20FR.pdf>

⁷ Le prêt, pour être inclus dans le décompte de l'APD, doit comporter un « élément de libéralité » d'au moins 25%, c'est-à-dire que le prêt doit comporter une part de don d'au moins 25% de la valeur faciale du prêt.

⁸ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *L'aide publique au développement*, Chapitre 1, Paris, La Découverte, « Repères », 2015, p.19-42

consiste à financer un projet spécifique (par exemple, un projet d'accès à l'eau dans une ville particulière) ; iv) l'aide programme qui est une aide transférée directement au pays bénéficiaire qui peut être une aide globale ou sectorielle (c'est-à-dire dédiée à un secteur spécifique telle que l'éducation, la santé) ; iv) le programme sectoriel qui articule différents types d'aides (assistance technique, aide projet, ...) apportées par différents acteurs dans un secteur particulier.

L'APD est une politique complexe, du fait notamment des nombreux acteurs qu'elle implique et des différentes modalités qu'elle comporte, ce qui conduit à de nombreuses ambiguïtés, parmi lesquelles certaines relèvent du champ de l'éthique. Comment justifier la légitimité de l'APD en tant que politique publique ? Pourquoi les pays riches participent-ils au développement des pays pauvres ? Les raisons d'être de l'APD sont multiples. Brian Keeley cite quatre principales motivations des pays donateurs⁹ : la philanthropie (liée à l'obligation morale d'aider son prochain indépendamment de son pays de résidence), une compensation (liée au passé colonialiste des pays riches et au changement climatique actuel dont ils sont responsables), un investissement (l'APD serait utilisée comme un levier pour promouvoir les échanges des pays économiques) et une volonté des pays donateurs de préserver ou d'étendre leur zone d'influence géographique. La justification de l'APD fait l'objet de nombreux débats : l'APD procède-t-elle de l'« *illusion narcissique que « nous » avons été choisis pour sauver le rester du monde* »¹⁰ ou trouve-t-elle son fondement dans une véritable théorie de la justice globale ? Répond-elle à des exigences éthiques ou n'est-elle que le reflet des priorités politiques des pays donateurs ? Tandis que la première partie de ce mémoire traitera la problématique de la légitimité de l'APD en tant

⁹ Brian Keeley, *De l'aide au développement : La lutte mondiale contre la pauvreté*, Les essentiels de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2012, p.82-85

¹⁰ William Easterly, *Le Fardeau de l'homme blanc. L'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres*, Editions Markus Haller, 2009, p.36

que modalité d'intervention pour favoriser le développement, la deuxième partie abordera plus particulièrement la question de la santé dans les politiques de développement : en effet, la thématique de la santé a bénéficié d'une attention accrue au sein des instances de négociation internationales à partir des années 2000, sous l'effet catalyseur de l'épidémie de VIH/sida. Comment justifier cette nouvelle place qu'occupe la santé au sein des politiques de coopération internationale ? Quelle priorité doit-on accorder à la santé au sein des programmes de développement ? En quoi la santé des populations est-elle un bien à préserver en priorité ? Enfin, la dernière partie de ce mémoire traitera de la problématique de l'allocation des ressources en santé. En effet, les financements de l'APD dédiés à la santé sont limités, ce qui suppose de procéder à une priorisation des interventions de santé. Quels principes normatifs permettent de garantir une allocation optimale des ressources entre les malades, les populations et les pays, du point de vue de la justice distributive ? Comment peut-on améliorer la répartition actuelle des ressources qui conduit à l'existence de « maladies négligées » et de « pays orphelins » de l'APD ?

Comme le soulignent Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino, l'aide publique au développement est « *complexe, opaque, difficile à expliquer, à évaluer et à défendre* ¹¹ ». Pourtant, l'APD est devenue une politique incontournable qui a « *devant elle un avenir aussi riche que chargé d'ambiguïtés* ¹² ». Ce mémoire a pour objectif d'évoquer certaines pistes de réflexion sur les évolutions possibles et souhaitables de l'APD dans le champ de la santé.

¹¹ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *op. cit.*, Conclusion, p.120

¹² *Ibid.*, p.120

Partie I : La légitimité de l'aide
publique au développement
interrogée

Cette première partie a pour objectif d'étudier la légitimité de l'aide publique au développement en tant que politique publique. Les pays développés se sont engagés, dès 1970, à consacrer 0,7% de leur produit national brut (PNB) à l'APD¹³. L'APD fait assez peu l'objet de remise en cause au niveau de l'opinion publique et 67% des Français se disent favorables à la politique de développement et de solidarité internationale de la France¹⁴. Toutefois, il est nécessaire d'étudier les principes éthiques qui sont au fondement des politiques de développement. Comment justifier l'existence de l'APD ? Les politiques de développement sont-elles compatibles avec les théories de justice globale ? Quelles sont les principales critiques de l'APD, tant sur son bien-fondé que sur les effets qu'elle engendre ?

Différentes approches de l'APD permettent de justifier son existence. Alors que les motivations de l'APD sont nombreuses, certaines relèvent du champ de l'éthique et reposent sur un « idéal moral ». Cet idéal moral sera étudié à travers les différentes théories de la justice globale ainsi que le recours à des justifications reposant sur l'existence d'une dette coloniale, la défense des droits humains et la lutte contre les inégalités. Enfin, la justification éthique de l'APD doit relever d'une exigence morale plutôt que d'une politique de la compassion ou de la charité (I). Les critiques de la légitimité de l'APD sont fréquentes et relèvent tant d'une critique de son bien-fondé avec la remise en cause du concept même de « développement » que de son efficacité sur le terrain (II).

¹³ OCDE, « Historique de l'objectif de 0,7% », Journal du CAD 2002, Vol. 3, No.4, pages III-11-III-13, version révisée en juin 2010

¹⁴ Sondage IFOP pour l'Agence Française de Développement (AFD), Septembre 2015, « Les Français et la politique d'aide au développement de la France », 10^{ème} édition du baromètre de l'AFD, p.23. Consultable en ligne : http://www.ifop.com/media/poll/3133-1-study_file.pdf

I – Penser la justice dans un cadre transnational : l'aide publique au développement, un « idéal moral » ?

L'aide publique au développement relève principalement d'une relation entre les pays développés du Nord et les pays en développement du Sud, bien que d'autres pays tels que les pays arabes producteurs de pétrole et certains pays émergents (Chine, Brésil, Turquie) soient également des pays donateurs. Toutefois, « *dans la conscience collective occidentale, l'APD demeure une relation entre pays du Nord et du Sud, mais, à mesure que le monde retrouve sa multipolarité après la guerre froide, la géométrie de l'aide devient plus complexe.*¹⁵ ». L'analyse qui suit se concentrera principalement sur cette relation Nord-Sud dans la mesure où l'APD mondiale est essentiellement financée par les pays développés : les vingt-huit pays membres¹⁶ du Comité d'aide au développement de l'OCDE finançaient 92% de l'APD mondiale selon les estimations de 2012.¹⁷

Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino développent une analyse théorique des motivations des pays donateurs et distinguent cinq lectures de l'APD¹⁸ :

i) La théorie néoréaliste, selon laquelle la scène mondiale est caractérisée par un conflit généralisé entre les Etats qui cherchent chacun à accroître leur

¹⁵ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *op. cit.*, Chapitre II, Paris, La Découverte, « Repères », 2015, p.11

¹⁶ Les pays membres du CAD sont les suivants : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse. L'Union européenne est également membre du CAD.

¹⁷ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *op. cit.*, Chapitre II, p.11

¹⁸ Voir le tableau résumant les interprétations de l'aide, en annexe I

puissance relative. L'APD serait un outil des Etats au service de cet objectif. Ainsi, les pays donateurs utiliseraient l'APD afin d'influencer les pays bénéficiaires et de conserver leur sphère d'influence. Ce souci d'influence a, pour partie, motivé la politique de coopération de la France dans le contexte de la Guerre froide. Le général De Gaulle écrivait dans ses *Mémoires d'espoir* :

En reprenant la direction de la France, j'étais résolu à la dégager des astreintes désormais sans contrepartie que lui imposait son Empire (...); mais pour éviter qu'une influence étrangère (américaine ou soviétique) ne se substitue à celle de la France, pour que les peuples africains parlent notre langue et partagent notre culture, nous devrions les aider¹⁹.

ii) La théorie néomarxiste met l'accent sur les conflits de classes sociales entre capitalistes et prolétaires. Dans cette analyse, « l'APD apparaît (...) comme [la] réincarnation [du colonialisme], son avatar post mortem. Pour un pays en développement, l'aide serait un piège, une drogue aliénante permettant aux pays donateurs de maintenir les « bénéficiaires » dans un système de dépendance avec l'appui des classes dominantes locales²⁰. »

iii) La théorie néolibérale des relations internationales permet de sortir de la logique de conflit et de domination entre les Etats pour proposer une analyse axée sur la recherche du bien-être matériel. Suivant cette approche, l'APD deviendrait un « jeu à somme positive », mutuellement bénéfique pour les pays bénéficiaires qui sont aidés dans leur développement économique et pour les pays donateurs qui perçoivent l'APD comme un investissement pour l'avenir.

iv) La théorie libérale propose une approche qui n'est plus structurée autour des Etats suivant un « intérêt national » mais autour d'acteurs privés qui

¹⁹ Cité in Jean Touscoz, « La « normalisation » de la coopération bilatérale de la France avec les pays africains « francophones » (aspects juridiques) », *Etudes internationales*, vol. 5, n°2, 1974, p.210

²⁰ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *op. cit.*, Chapitre II, p.26

poursuivent leurs intérêts personnels. L'APD est alors perçue comme « *une rente au service d'agents privés*²¹ », notamment les lobbies exportateurs agricoles, industriels, pharmaceutiques qui s'assurent un marché à travers l'APD.

v) La théorie dite « idéaliste » interprète l'APD comme un « accomplissement moral », une aide désintéressée, qui se justifie par des considérations éthiques.

Cette première partie analysera l'APD à travers ces différentes théories et abordera les problèmes suivants : quels sont les principes éthiques justifiant l'existence des politiques de développement ? L'APD est-elle une « politique compassionnelle », un acte de charité ou représente-t-elle un devoir de solidarité ?

Alors que la lutte contre les inégalités au niveau national est au cœur des théories de philosophie politique, la réduction des inégalités au niveau international a été plus difficile à intégrer dans les théories initiales sur la justice. Comme le montre Amartya Sen, les débats autour de la répartition internationale du revenu ont été peu féconds. Toutefois, les théories de la justice globale ont permis l'émergence du concept de « solidarité internationale » qui est désormais au cœur de la justification éthique de l'APD (A). L'éthique de l'APD se caractérise également par un changement de paradigme, se justifiant désormais par la défense des droits de l'homme et la lutte contre les inégalités contemporaines induites par la mondialisation plutôt que par une « dette coloniale » (B). Enfin, afin d'éviter les écueils de la compassion comme justification de l'APD, la solidarité internationale doit être perçue comme un devoir moral et non un acte de charité (C).

²¹ *Ibid.*, p.28

A) La solidarité internationale comme fondement de l'APD

La lutte contre les inégalités a été l'une des motivations principales des différentes théories de la justice élaborées par les philosophes du XXe siècle. Toutefois, assez peu de philosophes ont placé au centre de leur réflexion la problématique de la justice globale. Si l'éthique de la répartition internationale du revenu a fait l'objet de débat, Amartya Sen a mis en avant la portée limitée de ces théories (1). Les théories de la justice globale qui ont été développées par la suite apportent une vision renouvelée des justifications éthiques de l'APD (2).

1) Les apories des débats sur la répartition internationale du revenu

La question de la justice au niveau international a été abordée par différentes théories sur la répartition internationale du revenu. Ces théories ont eu une portée limitée : les débats se sont cristallisés autour de deux analyses simplistes mais pourtant répandues, qui ont structuré les débats sur la répartition internationale du revenu. La première analyse a été décrite par Amartya Sen comme la « *fiction des nations au cœur battant comme des individus symboliques*²² » :

La première méthode consiste à traiter les pays riches et pauvres comme s'il s'agissait de personnes riches et pauvres, et l'argument moral en faveur du transfert de revenus des pays riches vers les pays pauvres se fonde alors généralement sur la théorie du bien-être et le conséquentialisme, pour dire par exemple que les pays pauvres ont une

²² Amartya Sen, *Ethique et économie et autres essais*, Essai « Problèmes éthiques dans la répartition du revenu. Aspects nationaux et internationaux », Quadrige, PUF, 2012, p.292

utilité marginale de revenu plus élevée (argument utilitariste), ou qu'ils ont une utilité totale par habitant plus faible (argument du leximin). La question de la répartition à l'intérieur de chaque pays ne se pose pas dans cette façon de formuler le problème²³.

Cette analyse est peu satisfaisante puisque la plupart des inégalités se concentre désormais au sein des pays et que sur les 1,3 milliards de personnes pauvres dans le monde, 70% sont des habitants des pays à revenu intermédiaire²⁴ et non des pays les plus pauvres. La justification de l'APD par la seule existence de disparités économiques entre les Etats repose sur une argumentation trop faible.

La deuxième analyse de la répartition internationale des revenus est encore moins porteuse puisqu'elle repose sur une opinion conservatrice selon laquelle les individus de chaque pays ont droit aux ressources dont disposent actuellement leur pays. Amartya Sen caractérise cette théorie d'« échappatoire » et la résume en ces termes :

Il s'agit d'une opinion conservatrice selon laquelle la population de chaque pays a droit à ce qu'elle se trouve avoir à un moment donné, et alors que le changement nécessite une justification, le statu quo n'en a pas besoin. [...] Dans sa forme la plus marquée, l'« échappatoire » conduit au rejet obstiné des arguments humanitaires en faveur d'un transfert vers les pays pauvres, ou du moins d'une amélioration de leur sort. Dans sa forme atténuée, elle refuse la justification morale d'un tel transfert ou d'une telle amélioration, sauf si elle repose sur des motifs « clairs » ou « sans équivoque ». Etant donné la difficulté de déterminer des relations de cause à effet dans le domaine de la politique internationale, il est souvent

²³ *Ibid.*, p.291-292

²⁴ Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *op. cit.*, Chapitre III, p.3-4

*impossible d'établir cette clarté ou cette absence d'ambiguïté, et la version atténuée de l'« échappatoire » conduit à l'inaction, sinon la complaisance.*²⁵

Ces deux analyses ont permis au mieux de justifier une mauvaise politique de développement et, au pire, l'inaction. En effet, la première analyse, centrée uniquement sur les Etats et non sur les individus au sein de ces Etats, a conduit à renforcer les élites du Sud plutôt que de toucher les populations les plus pauvres au sein des pays en développement. La deuxième analyse justifie une inaction sous prétexte que les inégalités sont « données » et ne justifient pas que l'on lutte particulièrement contre elles ou alors qu'on le fasse uniquement quand les actions sont suffisamment indiscutables pour l'être, c'est-à-dire rarement, voire jamais.

Les théories de la justice globale qui situent leur réflexion au niveau des interactions entre les individus plutôt qu'au niveau des inégalités entre les pays dans la répartition internationale du revenu semblent constituer une justification plus solide des politiques de développement.

2) Vers une théorie de la justice globale

Dans son essai « The Law of Peoples » écrit en 1993²⁶, John Rawls souhaite compléter les principes présentés dans sa *Théorie de la Justice* (1971) afin que sa théorie de la justice puisse s'appliquer aux principes et normes internationales. En effet, il propose d'étendre le concept de justice comme équité au cadre international afin de faire émerger une « loi des peuples » qui s'appuierait également sur un contrat social. Cette réflexion demeure en marge de la pensée de John Rawls, pourtant elle démontre le besoin de réussir à concevoir

²⁵ *Ibid.*, p.292-293

²⁶ John Rawls, « The Law of People », *Critical Inquiry* 20, Autumn 1993, in *On Human Rights: The Oxford Amnesty Lecturers*, 1993, ed. Stephen Shute and Susan Hurley, p.36-68

la justice à un niveau plus global. Certains philosophes²⁷ ont également mis en avant la nécessité d'appliquer les principes de justice au niveau global en s'appuyant sur les structures et institutions existantes et en adoptant une nouvelle approche du droit international.

Nous présenterons ici deux approches d'une théorie de la justice globale qui, plutôt que de s'appuyer sur une approche par le droit international, mettent au centre de leur théorie les interactions entre les individus. La première est le modèle du cosmopolitisme, développé notamment par Peter Singer. La seconde est le modèle de la responsabilité fondée sur le lien social, élaboré par Iris Marion Young.

Peter Singer²⁸ et Peter Unger²⁹ défendent une théorie du cosmopolitisme qui a pour objectif de minimiser toutes les injustices que peuvent subir les individus, indépendamment du cadre de l'Etat-nation. Peter Singer refuse de prendre en compte la proximité ou la distance comme critère déterminant l'aide que l'on apporte aux personnes³⁰ :

Le fait qu'une personne soit physiquement proche de nous, de telle manière que nous sommes en contact avec elle, rend peut-être plus probable le fait que nous allons l'assister, mais cela n'indique pas que nous devons l'assister lui plutôt que quelqu'un à qui il arrive quelque chose plus loin. Si nous acceptons les principes d'impartialité,

²⁷ A titre d'exemple, Charles Beitz, *Political Theory and International Relations*, Princeton University Press, 1979 ; Thomas Pogge, *World Poverty and Human Rights*, Cambridge, Polity Press, 2002 ; Allen Buchanan, *Justice, Legitimacy, and self-determination : Moral Foundations for International Law*, Oxford University Press, 2003

²⁸ Peter Singer, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1993

²⁹ Peter Unger, *Living High and Letting Die : Our Illusion of Innocence*, New York, Oxford University Press, 1996

³⁰ Peter Singer, « Famine, Affluence, and Morality », *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 1, No. 3, Spring 1972, p.232. Traduction personnelle. Texte original : « *The fact that a person is physically near to us, so that we have personal contact with him, may make it more likely that we shall assist him, but this does not show that we ought to help him rather than another who happens to be further away. If we accept any principle of impartiality, universalizability, equality, or whatever, we cannot discriminate against someone merely because he is far away from us (or we are far away from him).* »

d'universabilité, d'égalité ou autre, nous ne pouvons pas discriminer quelqu'un du fait qu'il soit loin de nous (ou que nous sommes loin de lui).

Ce modèle présente une limite majeure car il se révèle très exigeant en pratique et l'on voit difficilement comment chaque individu pourrait être responsable vis-à-vis de l'ensemble de la communauté mondiale. Par ailleurs, comme l'indique Marion Iris Young, cette vision n'est pas la plus pertinente puisqu'elle ne tient pas compte des interactions sociales entre les individus. Le simple fait d'appartenir à une humanité commune ne suffit pas à créer une responsabilité et l'on est ici dans une forme idéalisée des liens sociaux entre les individus qui n'ont pas d'existence en réalité.

Iris Marion Young, dans son ouvrage *Responsibility for Justice* (2011) propose une analyse plus convaincante de la notion de responsabilité des acteurs face à des injustices dites structurelles. Elle élabore un nouveau modèle de responsabilité, fondé sur le lien social entre les individus (*social connection model of responsibility*), qui est à la base de la responsabilité des agents. Le modèle de responsabilité pose le principe suivant :

Tous les individus qui ont contribué par leurs actions à des processus structurels qui ont produit des résultats injustes, partagent une responsabilité pour cette injustice. Cette responsabilité n'est pas rétrograde, comme peut l'être l'attribution de la culpabilité ou de la faute, mais plutôt prospective. Etre responsable par rapport à une injustice structurelle signifie que chacun a l'obligation de s'engager avec les autres qui partagent cette responsabilité afin de transformer les processus structurels pour que leurs résultats soient moins injustes.³¹

³¹ Iris Marion Young, *Responsibility for Justice*, Oxford University Press, 2011, p.96. Traduction personnelle. Texte original : « *The social connection model finds that all those who contribute by their actions to structural processes with some unjust outcomes share responsibility for the injustice. This responsibility is not primarily backward-looking, as the attribution of guilt or fault* Ariane LATHUILLE | Master Philosophie et Société | UFR 10 | Année universitaire 2015/2016

Ce modèle de responsabilité s'étend au-delà des frontières nationales, comme Iris Marion Young le développe dans le chapitre V de son ouvrage (« *Responsibility Across Borders* ») en mettant davantage l'accent sur ces processus sociaux interactifs entre les acteurs, plutôt que sur l'existence de structures institutionnelles internationales qui régissent les échanges entre Etats et entre individus : chaque individu est responsable des injustices structurelles auxquelles il participe à travers les différents réseaux auxquels il appartient. Young analyse le mouvement contre les ateliers de misère (*antisweatshop movement*) qui a permis de sensibiliser une large partie de l'opinion publique en Amérique du Nord et en Europe sur la condition des employés dans les ateliers de travail des pays pauvres. Ce mouvement appelle tous les consommateurs des pays développés à prendre leur responsabilité vis-à-vis de telles injustices structurelles, car ils prennent part à cette structure en tant que consommateurs, y compris si de nombreux autres acteurs existent entre le lieu de production et le lieu de vente et que ces deux lieux sont très éloignés. Ce mouvement a permis des avancées positives, notamment avec l'émergence du commerce équitable, bien qu'il soit encore peu développé et restreint à certains produits (notamment alimentaires).

Les modèles de justice globale développés par Peter Singer et Iris Marion Young, prenant comme fondement les relations sociales entre les individus, permettent de donner aux politiques de développement une légitimité. Si elles justifient l'existence de l'APD en mettant l'accent sur les efforts nécessaires des pays développés afin d'améliorer l'existence de l'ensemble des individus indépendamment de leur pays, elles appellent également à une action de l'ensemble des citoyens qui doivent se montrer responsables face aux injustices

is, but rather primarily forward-looking. Being responsible in relation to structural injustice means that one has an obligation to join with others who share that responsibility in order to transform the structural processes to make their outcomes less unjust. »

structurelles auxquelles ils prennent part. Ainsi, les théories de la justice globale permettent de donner un ancrage éthique aux politiques de développement, sans pour autant considérer qu'elles se suffisent à elles-mêmes, ce qui montre leurs limites.

En parallèle du développement des théories de la justice globale, s'est développée une argumentation reposant sur les objectifs d'honorer une « dette coloniale », de défendre les droits humains et de réduire les inégalités liées à la mondialisation. Ces arguments participent également à la construction d'une éthique de l'APD.

B) De la dette coloniale à la défense des droits de l'homme et à la lutte contre les inégalités liées à la mondialisation

La responsabilité des anciens empires coloniaux a longtemps été débattue et a permis de justifier l'APD. Toutefois, cette justification ambiguë mériterait d'être dépassée désormais (1). En effet, les arguments relatifs à la défense des droits humains et à la lutte contre les inégalités engendrées par la mondialisation sont plus convaincants (2).

1) La dette coloniale, une justification ambiguë de l'APD

L'aide publique au développement, parce qu'elle a émergé dans la période de décolonisation, a pu être interprétée comme une « dette coloniale ». La justification de cette « dette coloniale » est la suivante : la colonisation des pays en développement par les pays européens a empêché leur développement économique et les a maintenus dans la pauvreté. Si la colonisation s'est parfois accompagnée d'un transfert des savoirs et des connaissances, elle a toutefois été

en défaveur des pays en développement. La colonisation passée a un fort impact sur le niveau de vie des populations actuelles. Thomas Pogge souligne que les pays africains, même avec une croissance économique annuelle très forte, ne pourront pas atteindre une richesse similaire à celle des pays développés avant le XXIV^{ème} siècle³². Des facteurs actuels expliquent également le retard de développement économique de certains pays (faible investissement dans les structures de base telles qu'éducation et santé, problème de corruption, d'instabilité politique, manque de démocratie), sans pour autant permettre aux anciennes puissances coloniales de se dédouaner d'une part de leur responsabilité dans le retard économique des pays pauvres. Toutefois, comme le soulignent Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino, l'aide apportée aux anciennes colonies est chargée d'ambiguïtés et peut être interprétée comme « *un geste cynique ou éthique*³³ » car il est difficile de savoir si les Etats souhaitent maintenir leur influence dans leurs anciennes colonies ou réparer les effets néfastes de la colonisation. Comme l'indique un rapport d'information du Sénat sur la politique française en Afrique :

*Les enjeux de l'Afrique d'aujourd'hui sont très éloignés des questions qui ont occupé le devant de la scène sur notre responsabilité historique, sur notre dette morale ou sur la France-Afrique et ses dérives. Ils doivent nous faire reconsidérer le sens de notre politique africaine, les intérêts que nous avons à y défendre et les projets que nous voulons y promouvoir.*³⁴

³² Thomas W. Pogge, « Severe Poverty as a Human Right Violation », UNESCO Poverty Project, Philosophy Seminar in Oxford (UK), March 2003, p.18-19 : « *Even if, starting in 1960, African annual growth in per capita income had been a full percentage point above ours every year, that ratio would still be nearly 20 :1 today and would not be fully erased until early in the 24th century.* »

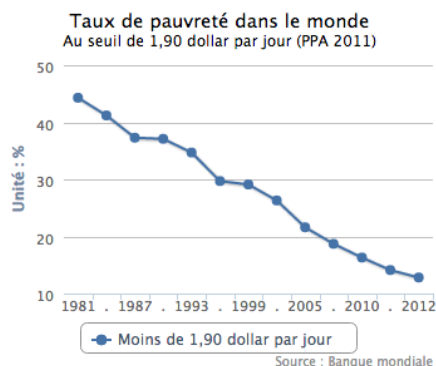
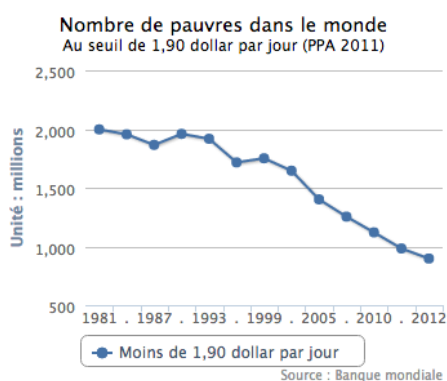
³³ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre 2, p.32

³⁴ Sénat, Rapport d'information n°104 fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées par le groupe de travail sur la présence de la France dans une Afrique convoitée, « L'Afrique est notre avenir », enregistré le 29/10/2013, p.219

2) La justification de l'APD par la défense des droits humains et la lutte contre les inégalités

Cette justification de l'APD par le seul prisme de la « dette coloniale » posant difficulté, d'autres arguments peuvent légitimer l'existence de l'APD. Désormais, les deux principales justifications reposent sur la volonté de préserver les droits de l'homme et sur la lutte contre les inégalités engendrées par la mondialisation. Ces deux objectifs créent une responsabilité présente des pays développés.

Une première justification éthique de l'APD relève de la perception de l'extrême pauvreté comme une atteinte aux droits fondamentaux. L'extrême pauvreté est un phénomène encore largement répandu bien qu'en net recul depuis les années 2000. Au niveau mondial, le nombre de personnes vivant dans une situation d'extrême pauvreté a diminué de plus de moitié.



Cette situation d'extrême pauvreté est une atteinte aux droits fondamentaux, tels que définis dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948. Les pays développés ont un devoir moral envers les pays les moins développés car l'existence de situations d'extrême pauvreté est une violation évidente de l'article 25 de la DUDH qui énonce :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation,

l'habillement, 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.

De manière plus générale, l'APD se justifie par la volonté d'améliorer les droits des individus. Cette justification de l'APD, même si elle se heurte aux contextes locaux, se développe progressivement. Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino évoquent même une « éthique mondiale » qui se diffuserait grâce aux politiques de développement :

Bien qu'un nombre croissant de pays du Sud s'approprie le discours des droits de l'homme, jusqu'à en contester les origines occidentales, les résistances sont nombreuses. Qu'il s'agisse de l'égalité des sexes, du travail des enfants, de la place du religieux dans la vie sociale, de la liberté d'association ou des protections sociales, tous les pays ne convergent pas au même rythme vers les mêmes valeurs. Dans cette lutte pour promouvoir une « éthique mondiale », l'APD contribue à diffuser des normes en finançant leurs premiers pas et leur adaptation aux contextes locaux³⁵.

Au-delà de la justification de l'APD par l'approche des droits fondamentaux, celle-ci se justifie également par les inégalités actuelles engendrées par la mondialisation. Le phénomène de globalisation, s'il a permis à certains pays d'émerger économiquement (grâce à un phénomène de rattrapage), n'est pas un jeu « gagnant-gagnant » pour tous les pays. Philippe Van Parijs fait le

³⁵ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre 2, p.44

constat que « *paradoxalement, la mondialisation risque ainsi à la fois de rendre plus riches les pays les plus riches et d'y accroître le nombre de pauvres* »³⁶.

Thomas Pogge met en évidence que dans le monde actuel, les règles déterminant les échanges économiques sur le plan national et sur le plan international expliquent le niveau de pauvreté³⁷ – l'ordre économique actuel n'étant pas optimal pour éviter la pauvreté. Selon cette vision, l'aide publique au développement relève d'une obligation de solidarité qu'ont les pays riches envers les pays pauvres et non de la charité, comme le souligne Thomas Pogge :

*Cette aide n'est pas une généreuse charité. Elle est la compensation des dommages causés par l'imposition d'un ordre global injuste pendant de nombreuses années, une imposition effectuée par les pays influents qui continuent d'en bénéficier grandement encore aujourd'hui*³⁸.

En conclusion, en parallèle de l'émergence de véritables théories de la justice globale, les discours ont évolué et l'APD se justifie désormais davantage par la volonté de développer les droits humains et de lutter contre les inégalités que celle de réparer les injustices passées liées à la colonisation. Si ces principes permettent de donner une légitimité à l'APD, celle-ci doit être perçue comme un devoir de solidarité internationale et non comme une œuvre de charité ou une politique compassionnelle. En effet, la « raison humanitaire » est désormais au cœur des politiques de développement, ce qui tend à les affaiblir.

³⁶ Philippe Van Parijs, « Philosophie de la fiscalité pour une économie mondialisée », *Archives de philosophie du droit*, 2002, p.11

³⁷ Thomas W. Pogge, *Ibid.*, p.13 « *In the modern world, the rules governing economic transactions – both nationally and internationally – are the most important causal determinants of the incidence and depth of poverty (...) Even small changes in the rules governing international trade, lending, investment, resource use, or intellectual property can have a huge impact on the global incidence of life-threatening poverty.* »

³⁸ Thomas W. Pogge, *Ibid.*, p.29 Traduction personnelle. Texte original : « *Such aid is not generous charity. All that is needed is compensation for the harms produced by the long-term imposition of an unjust global order, an imposition that the affluent countries effected and still greatly benefit from* »

C) La « raison humanitaire » : les limites de la compassion comme éthique de l'APD

Le discours autour des politiques de développement fait de plus en plus référence à la compassion et aux « sentiments moraux », comme le démontre Didier Fassin dans son ouvrage *La raison humanitaire, une histoire morale du temps présent* (2010). Paradoxalement, au lieu de renforcer la légitimité de l'APD, ce type de discours l'affaiblit (1). Désormais, nous avons davantage besoin d'un discours humaniste qui place au cœur des politiques de développement les individus qui en sont bénéficiaires plutôt que d'une éthique de la compassion (2).

1) La compassion et la « raison humanitaire » comme nouvelle forme de gouvernement

Nombreux ont été les auteurs à dénoncer le recours à la compassion comme justification des politiques de développement. Dans un rapport d'information du Sénat sur la politique française en Afrique, le constat dressé est le suivant : « *la compassion qui va de pair avec la dénonciation de la Françafrique est restée le cadre de pensée privilégié de la relation à l'Afrique.* »³⁹. Selon ce même rapport d'information, « *il ne s'agit pas de regarder l'Afrique avec autant de convoitise, voire de cupidité, qu'hier nous avions de condescendance et de compassion.* »⁴⁰ C'est toutefois Didier Fassin, anthropologue et médecin, qui a le mieux décrit cette modalité de gouvernement qui prend appui sur les sentiments moraux. Dans son ouvrage *La Raison humanitaire, une histoire morale du temps présent* (2010), il met en avant le fait que les politiques contemporaines, nationales comme internationales, sont caractéristiques d'un « gouvernement

³⁹ Sénat, Rapport d'information n°104, *op.cit.*, p.306

⁴⁰ *Ibid.*, p.180

humanitaire ». Selon Didier Fassin, « *l'humanitaire est devenu un langage qui lie inextricablement les valeurs et les affects, et qui sert à définir autant qu'à justifier des pratiques de gouvernement des hommes*⁴¹ ». Ainsi, « *le gouvernement humanitaire [...] en sauvant des vies [...] sauve quelque chose d'une idée de nous-mêmes, et parce qu'en allégeant des souffrances, il allège également le poids de cet ordre mondial inégal*⁴² ». Désormais « *les inégalités s'effacent au profit de l'exclusion, la domination se transforme en malheur, l'injustice se dit dans les mots de la souffrance, la violence s'exprime en termes de traumatisme*⁴³ ». Pourtant, ce type de discours est néfaste, et sous couvert de la raison humanitaire, les inégalités qui devraient être dénoncées sont masquées. Dominique Kerouedan et Joseph Brunet-Jailly résument ainsi les limites de ce type de politiques compassionnelles :

Ce qui fait la force de ce recours aux sentiments moraux, c'est son ambiguïté. L'attention portée aux plus pauvres, aux plus fragiles, aux plus malheureux par une politique fondée sur la compassion ne peut être qu'inégalitaire, car la compassion implique nécessairement une relation politique – et pas nécessairement psychologique – d'inégalité ; en même temps, une politique fondée sur la compassion suppose la reconnaissance des autres comme semblables, et elle est donc une politique de solidarité. La compassion cherche à masquer les inégalités, en prétendant y apporter une solution, les corriger par la solidarité ; par là, elle ne fait que rendre l'inégalité tolérable sans s'attaquer ni à son ampleur ni à ses déterminants structurels ou historiques. C'est une solution factice. Mais gouvernants, donateurs, agents de l'aide peuvent eux-mêmes se ranger plutôt du côté de

⁴¹ Didier Fassin, *La Raison humanitaire, une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard, Seuil, 2010, p.9

⁴² *Ibid.*, p.326

⁴³ *Ibid.*, p.14

*la compassion, ou plutôt du côté de la solidarité, et jouer sur les deux tableaux*⁴⁴.

Alors même que le recours aux sentiments moraux pourrait sembler constituer une réelle éthique de l'APD, il est nécessaire de s'en éloigner. Si la compassion est une solution simple pour justifier les interventions humanitaires, elle est pourtant peu efficace puisqu'elle ne constitue pas une solution aux problèmes structurels à la base d'un ordre mondial inégal et ne permet pas une action sur le long terme. Enfin, comme le note Didier Fassin, « *rien n'est plus labile que le sentiment de compassion en politique*⁴⁵ ».

2) Pour une approche humaniste de l'APD

Davantage qu'une éthique de la compassion, une approche humaniste de l'APD est nécessaire. Cette approche humaniste repose sur un impératif moral qui est celui de prêter attention aux autres sociétés avec lesquelles nous sommes nécessairement en lien. A ce propos, John Rawls dans son article « Law of Peoples » indique :

*Toute société doit avoir une vision de comment elle est reliée aux autres sociétés et comment elle se conduit vis-à-vis d'elles. Elle vit dans le même monde que ces sociétés et, à l'exception du cas très particulier de l'isolement d'une société vis-à-vis du reste du monde – faisant partie du passé désormais -, une société doit formuler certains idéaux et principes afin de guider ses politiques vis-à-vis des autres personnes*⁴⁶.

⁴⁴ Joseph Brunet-Jailly, Dominique Kerouedan, « Conclusion – La moitié du chemin... », in Dominique Kerouedan et al., *Santé mondiale*, Presses de Sciences Po, 2016, p.463-464

⁴⁵ Didier Fassin, *op. cit.*, p.13

⁴⁶ John Rawls, *op. cit.* p.38 Traduction personnelle. Texte original : « *Every society must have a conception of how it is related to other societies and how it is conduct itself towards them. It lives with them in the same world and except for the very special case of isolation of a society from all the rest – long in the past now – it must formulate certain ideals and principles for guiding its policies towards other peoples.* »

Toutefois, plutôt qu'un lien entre les sociétés, un lien entre les individus doit émerger afin de défendre une approche altruiste de l'APD. Dominique Kerouedan⁴⁷ cite la pensée altruiste d'Emmanuel Levinas qui lie l'éthique à la subjectivité :

Dans ce livre je parle de la responsabilité comme de la structure essentielle, première, fondamentale de la subjectivité. Car c'est en termes éthiques que je décris la subjectivité. L'éthique ici, ne vient pas en supplément à une base existentielle préalable ; c'est dans l'éthique entendue comme responsabilité que se noue le nœud même du subjectif⁴⁸.

L'impératif éthique d'altruisme prend ainsi sa source dans la subjectivité :

C'est précisément dans ce rappel de ma responsabilité par le visage qui m'assigne, qui me demande, qui me réclame, c'est dans cette mise en question qu'autrui est prochain.⁴⁹

En conclusion, il est nécessaire, comme l'indique Dominique Kerouedan, de développer une approche humaniste du développement qui soit capable de replacer le sujet humain au centre des politiques de développement, sans tomber dans l'écueil des sentiments moraux :

Il est encore temps de mettre un terme à la progression d'une approche totalisante du monde, peu soucieuse de la diversité, de la différence, de la spécificité des situations humaines [...] Il s'agit plus que jamais de respecter et penser la diversité des situations et des réponses⁵⁰.

⁴⁷ Dominique Kerouedan, « La vocation altruiste dans un monde globalisé. Pour une approche humaniste du développement », publié le 19 novembre 2013. Consultable en ligne : <http://www.diploweb.com/La-vocation-altruiste-dans-un.html>

⁴⁸ Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, cité in Dominique Kerouedan, *op. cit.*, 2013, note de fin de page 3, p.27

⁴⁹ Emmanuel Levinas, *Ethique comme philosophie première*, Préface de Jacques Rolland, Rivages Poche, Petite Bibliothèque, Payot, 1998, p.121, cité in Dominique Kerouedan, *op. cit.*, 2013, p.4

⁵⁰ Dominique Kerouedan, « La vocation altruiste dans un monde globalisé. Pour une approche humaniste du développement », 2013, p.26

II – Les critiques de l’APD : la remise en cause du paradigme du développement et des effets pervers qu’il induit

Alors qu’une véritable éthique de l’APD a pu émerger et permet de justifier que des financements conséquents des budgets nationaux des pays en développement soient dédiés aux politiques de développement, l’APD a dans le même temps fait l’objet d’une remise en cause, à tel point que l’on a pu évoquer une « crise de l’APD » dans les années 1980. Laëtitia Atlani-Duault⁵¹ résume les raisons de cette crise et les inflexions qui ont été nécessaires afin de préserver la légitimité de l’APD :

Plusieurs décennies d’échecs des politiques et des pratiques de l’aide au développement, puis les lourdes conséquences des programmes d’ajustement structurel, vont obliger les professionnels de l’aide à remettre fortement en question leurs pratiques. Cette remise en question prendra de l’ampleur dès la seconde moitié des années 1970, mais surtout au cours des années 1980. Les grandes agences internationales d’aide et les ONG feront alors, de plus en plus souvent, le constat – du moins officiellement – que les priorités des acteurs de l’aide et des bénéficiaires divergent plus souvent qu’il n’y paraît, que ces derniers résistent aux interventions extérieures, ou encore qu’une planification top-down des activités de développement ignore les besoins et les spécificités des populations auxquelles elles sont destinées. Enfin et surtout, elles adoptent l’idée

⁵¹ Laëtitia Atlani-Duault, « L’anthropologie de l’aide humanitaire et du développement. Histoire, enjeux contemporains et perspectives » in Laëtitia Atlani-Duault, Laurent Vidal, (dir.) *Anthropologie de l’aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Armand Collin, 2009, Chapitre 1, p.24

qu'une meilleure participation des populations est la clé du succès de leurs activités d'assistance.

Toutefois, malgré ces évolutions de l'APD, celle-ci a continué de faire l'objet de critiques. En effet, le bien-fondé de l'APD est remis en cause : d'une part, le concept même de « développement » est considéré comme une « fiction occidentale » (A) et d'autre part, l'APD est perçue comme une aide intéressée du fait de la présence d'intérêts économiques en jeu (B). Enfin, ce sont surtout les échecs voire les effets pervers des interventions sur le terrain qui sont le plus fréquemment soulignés (C).

A) Le développement, un concept erroné et ethno-centré ?

Gilbert Rist, dans son ouvrage *Le développement, Histoire d'une croyance occidentale* présente l'une des plus vives critiques des politiques de développement. Considérée en premier lieu comme une notion ayant une faible valeur conceptuelle (1), le développement est ensuite dénoncé comme étant une notion ethno-centrée qui véhicule les valeurs et conceptions des sociétés occidentales (2).

1) Le développement, un concept vide de sens ?

Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) a proposé la définition suivante du développement :

Le principal objectif du développement humain [...] est d'élargir la gamme des choix offerts à la population, qui permettent le développement plus démocratique et plus participatif. Ces choix doivent comprendre des possibilités d'accéder au revenu et à l'emploi, à l'éducation et aux soins

*de santé, et à un environnement propre ne présentant pas de danger. L'individu doit également avoir la possibilité de participer pleinement aux décisions de la communauté et jouir des libertés humaines, économiques et politiques*⁵².

Cette définition qui paraît consensuelle aux premiers abords repose cependant sur divers présupposés communs aux définitions les plus courantes du développement : « *évolutionnisme social (le rattrapage des pays industrialisés), individualisme (il s'agit de développer la personnalité des êtres humains), économicisme (croissance, accès aux revenus). On pourrait également relever leur caractère tantôt normatif (ce qui doit arriver), tantôt instrumental (à quoi cela sert) ou encore la pléthore des termes d'intensification (« plus démocratique et plus participatif » qui suggèrent a contrario les « manques » ou les défauts actuels)*⁵³. » Au-delà des présupposés que le concept de « développement » véhicule, il est finalement vide de sens selon Gilbert Rist⁵⁴ :

Ainsi, au nom de ce mot fétiche, qui est aussi un mot-valise ou un mot plastique, on édifie des écoles et des dispensaires, on encourage les exportations, on creuse des puits, on construit des routes, on vaccine des enfants, on récolte des fonds, on échafaude des plans, on redimensionne les budgets nationaux, on rédige des rapports, on engage des experts, on concocte des stratégies, on mobilise la communauté internationale, on construit des barrages, on exploite la forêt, on reboise les déserts, on crée de nouvelles variétés de plantes à haut rendement, on libéralise le commerce, on importe de la technologie, on implante des usines, on multiple les emplois salariés, on lance des satellites de surveillance : tout

⁵² PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain, 1991*, Paris, Economica, 1991, p.1

⁵³ Gilbert Rist, *Le développement, Histoire d'une croyance occidentale*, 4^{ème} édition, Les Presses de Sciences Po, 2013, p.34

⁵⁴ *Ibid.*, p.37

compte fait, c'est l'ensemble des activités humaines modernes qui peuvent être entreprises au nom du « développement ».

Le « développement », pris en tension entre des objectifs trop vagues et des actions trop nombreuses, n'a finalement que peu de valeur d'un point de vue conceptuel et ne permettrait pas de justifier les politiques mises en œuvre.

2) Le développement perçu comme un « mythe occidental »

Selon Gilbert Rist, la notion de développement fait partie de la « religion moderne », elle relève d'un « mythe occidental⁵⁵ » et ne constitue pas une grille de lecture féconde des évolutions récentes des sociétés non-occidentales :

Certes, dans toute société, on s'efforce d'améliorer ses conditions d'existence et la légitimité de ces aspirations n'est pas en cause. Rien ne dit pourtant que le « développement » soit le seul moyen de les réaliser ni que toutes les sociétés désirent la même chose. Le malentendu ne serait pas si préoccupant si le discours sur le « développement » n'était pas inscrit dans des rapports de force, et lorsqu'on feint de croire que désormais tout le monde s'y est rallié, c'est sans doute parce que personne n'a le choix de faire autrement et de prendre ses distances face à la croyance partagée. Paradoxalement, le « développement » s'universalise mais il n'est pas transculturel⁵⁶.

Si le concept même de développement est remis en cause, ce sont les politiques qui en découlent qui le sont également. Alors qu'elles semblaient faire l'objet d'un consensus, ces politiques sont loin d'être neutres et elles véhiculent

⁵⁵ *Ibid.*, p.54 et 60

⁵⁶ *Ibid.*, p.90-01

des conceptions de la « vie bonne », des normes pour la société, qui se doivent d'être interrogées.

Si cette critique est particulièrement forte à l'égard de la légitimité de l'APD, elle est toutefois extrême et peu partagée. Les critiques de la légitimité de l'APD les plus fréquentes sont davantage celles qui remettent en cause le caractère désintéressé de l'aide apportée aux pays en développement.

B) Le principe de l'aide déliée suffit-elle à la rendre désintéressée ?

Le discours sur la colonisation a longtemps évoqué les objectifs de fraternité et de développement des colonies pour justifier des interventions qui permettaient en réalité principalement d'enrichir les empires coloniaux grâce à l'extraction de matières premières et aux échanges commerciaux et d'apporter une solution aux problèmes sociaux au sein de ces empires. Par exemple, Paul Leroy-Beaulin, dans son ouvrage *De la colonisation chez les peuples modernes* (1874) justifiait la colonisation au nom du développement :

La colonisation, c'est l'une des fonctions les plus élevées des sociétés parvenues à un état avancé de civilisation. [...] Une société colonise quand, parvenue elle-même à un haut degré de maturité et de force, elle procrée, elle protège, elle place dans de bonnes conditions de développement et elle mène à la virilité une société nouvelle sortie de ses entrailles. [...] Le mérite d'un peuple qui colonise, c'est de placer la jeune société qu'il a enfantée dans les conditions les plus propres au développement de ses facultés naturelles, c'est, sans gêner son initiative,

*de lui aplanir la voie, de lui donner les moyens et les outils nécessaires ou utiles à sa croissance*⁵⁷.

La colonisation a été justifiée par un « devoir moral » au nom de raisons humanitaires, comme l'est aujourd'hui la solidarité internationale qui est perçue comme une obligation morale. Charles Gide a ainsi déclaré à propos de la colonisation :

*La colonisation n'est pas une question d'intérêt, mais une question de devoir. Il faut coloniser parce qu'il y a obligation morale pour les peuples comme pour les individus d'employer les forces et les avantages qu'ils ont reçus de la providence pour le bien général de l'humanité*⁵⁸.

Un parallèle entre la justification de la colonisation passée et de l'APD actuelle peut être dressé. L'aide publique au développement, puisqu'elle vise les mêmes objectifs bien qu'ils soient présentés de manière moins condescendante, est soupçonnée de cacher des objectifs moins désintéressés qu'il n'y paraît. Alors que le principe de l'aide déliée est désormais au cœur de l'APD (1), les Etats continuent d'être suspectés d'utiliser l'APD comme un levier pour promouvoir leurs intérêts économiques (2).

1) Le principe de l'aide déliée

Les pays donateurs ont pendant un certain temps accordé une aide « liée » à leurs intérêts économiques. La définition de l'aide liée est la suivante : « *une aide est réputée « liée » dès lors que son octroi est conditionné à l'achat de biens et services par le pays bénéficiaire dans le pays donateur* »⁵⁹. Toutefois, l'OCDE invite désormais l'ensemble des pays membres du Comité d'aide au

⁵⁷ Cité in Gilbert Rist, *op. cit.*, p. 105-106

⁵⁸ Charles Gide, « Conférence sur le devoir colonial, 1897 », cité dans Pierre Aubry, *La Colonisation et les colonies*, Paris, Octave Doin & Fils, 1909, p.78

⁵⁹ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre 2, p.40

développement à délier leur aide. Si cette pratique est en net recul depuis les années 1990, elle était auparavant largement répandue et le demeure dans certains pays tels que l’Autriche, la Corée du Sud, le Japon ou les Etats-Unis⁶⁰.

Par ailleurs, le discours autour de l’aide déliée relève d’un pragmatisme économique plutôt que d’une réelle volonté que l’aide soit désintéressée au regard de considérations éthiques. Un rapport d’information du Sénat indique qu’il est « naturel » que l’aide soit déliée, mais surtout que cela est plus avantageux pour les entreprises françaises :

Que notre coopération [...] soit déliée et ne profite que marginalement aux entreprises françaises, c’est naturel, car ce n’est pas son objectif premier. Il existe, de plus, des instruments dédiés au commerce extérieur. Plusieurs études montrent enfin que le déliement de l’aide profite in fine aux entreprises françaises qui ont ainsi accès à l’ensemble des marchés financés par l’ensemble des bailleurs de fonds, alors qu’elles y perdraient à rester concentrées sur une aide qui ne représente que 8% de l’aide programmable mondiale⁶¹.

Ainsi, alors que l’APD devrait être déliée afin de répondre à une considération éthique, elle ne l’est finalement pas pour cette raison. Une ambiguïté persiste dans le discours sur l’APD : elle est parfois encore perçue comme un levier économique possible pour développer l’attractivité des entreprises nationales et améliorer le commerce extérieur des pays donateurs.

2) Des intérêts économiques en jeu

Guillaume Olivier remarque que la France « octroie de plus en plus d’aide aux pays à revenu intermédiaire ou aux pays exportateurs de matières premières –

⁶⁰ *Ibid.*, p.41

⁶¹ Sénat, Rapport d’information n°104, *op. cit.*, p.367

*commerciallement intéressants – aux dépens des pays les plus pauvres*⁶². » De même, François-Xavier Verschave, dans son ouvrage *Noir silence* (2000), indique qu'un pays reçoit d'autant plus d'aide de la part de la France qu'il est riche de matières premières exportables. S'il est vrai que la France a pu élargir sa politique d'aide au développement à d'autres pays que ces anciennes colonies, ce ne sont toutefois pas les pays à revenus intermédiaires ou exportateurs de matières premières qui sont les pays prioritaires de l'APD française. Par ailleurs, l'aide bilatérale française est fortement déliée depuis 2001 : en 2012, 96% de l'aide bilatérale française l'était déliée⁶³. Toutefois, ces affirmations parfois inexacts sont fréquentes car le discours autour de l'APD est ambivalent. En parallèle du discours indiquant que l'aide est déliée car elle se doit d'être désintéressée, une argumentation privilégiant les intérêts nationaux a également émergé afin de justifier les investissements dans les pays en développement. Cette double lecture incohérente de l'APD fragilise sa légitimité :

*La conjonction de la solidarité et de l'intérêt constitue l'un des éléments de base du discours sur le « développement » afin de convaincre à la fois ceux qui privilégient l'« impératif humanitaire » et les défenseurs de l'intérêt national. D'une part, on affirme que la solidarité est désintéressée, de l'autre que l'on a intérêt à être solidaire, ce qui est bien évidemment contradictoire. Affirmer que l'on a intérêt à être désintéressé, c'est s'enfermer dans une double contrainte. Il semble que la répétition constante de cette argumentation a progressivement fait disparaître l'antinomie qu'elle contient, comme si l'on pouvait s'habituer au non-sens.*⁶⁴

⁶² Guillaume Olivier, *L'aide publique au développement. Un outil à réinventer*, Editions Charles Léopold Mayer, 2004, p.41

⁶³ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre 2, p.40

⁶⁴ Gilbert Rist, *op. cit.*, p.169

Ainsi, les intentions des pays donateurs semblent parfois plus complexes que le discours affiché sur l'APD qui s'appuie sur le principe du déliement de l'aide. Cela fragilise la légitimité de l'APD, les Etats donateurs étant suspectés de jouer un « double jeu ». Toutefois, ce sont les échecs des politiques de développement, voire les effets pervers qu'induit l'APD, qui sont le plus fréquemment dénoncés.

C) Echecs et effets pervers de l'APD sur le terrain

Les critiques de l'APD relèvent de deux grandes catégories. Le premier type de critiques met en avant le caractère inefficace de l'aide : cette dernière ne réussirait pas à permettre une amélioration des conditions de vie des populations des pays en développement (1). Le second type de critique est plus radical : au-delà de son inefficacité, l'APD serait néfaste aux pays bénéficiaires (2).

1) L'APD, une politique inefficace sur le plan économique ?

Esther Duflo met en avant un « *contexte de pessimisme sur les performances de l'aide internationale, et plus généralement, sur les tentatives de venir en aide aux plus pauvres*⁶⁵. » Des travaux économiques ayant tenté de déterminer l'impact macroéconomique de l'APD sur la croissance ou les indicateurs de développement humain, ont mis en avant un paradoxe, désormais appelé le « paradoxe micro-macro » de l'aide : au niveau local (micro), chaque programme semble justifié et efficace, toutefois au niveau macroéconomique, l'ensemble des programmes se révélerait inefficace dans les pays bénéficiaires. Ce paradoxe rendrait compte de l'inefficacité de l'APD sur le plan global.

⁶⁵ Esther Duflo, *La politique de l'autonomie. Lutter contre la pauvreté (II)*, La République des Idées, Seuil, 2010, p.11

Par ailleurs, la volatilité de l'APD ne permettrait pas aux pays bénéficiaires de mettre en place des programmes efficaces sur le long terme. « *L'APD tend à accentuer plutôt qu'à compenser l'instabilité des revenus, et ce d'autant plus dans les pays qui souffrent de revenus instables.*⁶⁶ », ce qui renforce la précarité de leurs économies.

William Easterly, dans son ouvrage *Le Fardeau de l'homme blanc, l'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres* dresse une vision très critique de l'APD. Selon lui, malgré les milliards investis dans l'aide au développement, ces flux financiers n'arriveraient pas jusqu'aux plus nécessiteux des pays en développement et « *l'Occident, hélas, ne s'est guère illustré dans le passé par l'efficacité de ses beaux projets*⁶⁷ ». Selon lui, les programmes d'aide sont trop planifiés, insuffisamment réfléchis et conduisent à des effets inverses de ceux initialement souhaités. Il prend l'exemple de la distribution massive de moustiquaires en Tanzanie, suite au Forum économique mondial de Davos en 2005 qui a permis de lever un million de dollars pour cette cause : on a finalement retrouvé les moustiquaires détournées de leur usage premier (qui était de protéger les populations contre les piqûres de moustique afin d'éviter qu'elles soient touchées par le paludisme) et utilisées comme filet de pêche voire comme voile de mariée, quand elles n'étaient pas revendues sur le marché noir⁶⁸. Si William Easterly se montre très critique vis-à-vis d'une vision trop « planificatrice » de l'APD qui se révèle inefficace, il indique toutefois : « *Je ne suggère nullement d'interrompre l'aide aux démunis : je voudrais simplement faire en sorte qu'elle leur parvienne*⁶⁹ ». Cela ne sera possible qu'avec une vision différente de l'APD,

⁶⁶ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre V, p.32

⁶⁷ William Easterly, *op. cit.*, p.19

⁶⁸ *Ibid.*, p.24

⁶⁹ *Ibid.*, p.13

qui soit mise en œuvre par des « essayeurs », pragmatiques, plutôt que par des « planistes », selon l'expression de William Easterly.

S'il est vrai que certaines politiques de développement ont certainement eu peu d'impact sur le terrain, notamment sur le long terme, il existe encore trop peu d'évaluations systématiques et rigoureuses de l'ensemble des actions mises en œuvre pour en juger. Les conclusions d'Esther Duflo⁷⁰ sur cette absence d'évaluation rigoureuse des politiques d'aide semblent ainsi particulièrement éclairantes :

Bien souvent, [les politiques relatives à l'éducation et à la santé] ne sont pas évaluées rigoureusement avant d'être généralisées. Une fois qu'elles le sont, les enjeux politiques sont trop importants pour permettre d'établir un bilan objectif. C'est pour cette raison que le secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, peut déclarer que l'on a progressé vers les « objectifs du millénaire », en particulier grâce aux politiques soutenues par l'ONU, pendant que Easterly conclut que toute l'aide extérieure a été gaspillée. La vérité est que ni l'un ni l'autre n'ont d'éléments probants pour étayer leur position.

A ce stade, le manque d'évaluations rigoureuses et systématiques de l'ensemble des programmes mis en œuvre dans le cadre de la coopération internationale nous empêche d'émettre un jugement définitif sur la question de l'efficacité de l'aide. D'autres « sceptiques de l'aide » vont encore plus loin dans leur critique en indiquant que l'APD serait nuisible au développement des pays pauvres.

⁷⁰ Esther Duflo, *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté (I)*, La République des Idées, Seuil, 2010, p.17

2) L'APD, une politique néfaste ?

Certains auteurs jugent l'APD contre-productive : l'APD a pour objectif premier d'aider les pays en développement mais ses effets pervers saperaient au contraire toute possibilité de développement. Le constat de François-Xavier Verschave est révélateur des critiques les plus courantes de l'APD⁷¹:

Cette aide publique au développement si peu contestée dans son principe n'a cessé d'être le théâtre de prédatons, d'escroqueries, de détournements, d'enlissements massifs – au point d'être trop souvent une « aide secrétaire au contre-développement », de faire prospérer les habitudes et les individus les moins reluisants du pays destinataire.

Ainsi, l'APD, pire qu'une politique inefficace, pourrait participer au contre-développement des pays en légitimant des gouvernements non-démocratiques et corrompus. Guillaume Olivier indique à ce propos qu'il y a désormais une « prise de conscience des effets néfastes de l'aide qui, lorsqu'elle est véhiculée dans des Etats de non-droit, a moins contribué au développement des populations « bénéficiaires » que conforté le pouvoir des régimes en place et huilé les rouages de la criminalité financière internationale⁷² ». L'APD ne bénéficierait donc pas aux populations pauvres des pays en développement mais serait captée par les élites du Sud⁷³ :

Cependant, lorsque l'aide publique au développement est affectée dans des Etats de non-droit abritant un régime clanique et corrompu, bénéficiant le cas échéant de ressources naturelles abondantes (pétrole congolais, angolais, tchadien, gaz ivoirien, bois sierra-léonais et camerounais, minerais gabonais et zaïrois...), il n'est pas difficile d'imaginer les risques

⁷¹ François-Xavier Verschave in Guillaume Olivier, *op. cit.*, p.10

⁷² Guillaume Olivier, *op. cit.*, p.43

⁷³ *Ibid.*, p.89-90

de détournement et de captation de la manne financière de l'aide au profit d'un nombre restreint d'acteurs, notamment au sein de la « famille présidentielle »...

S'il n'existe pas de données officielles permettant d'estimer la captation de l'aide extérieure par des individus corrompus, les flux financiers dans le cadre de l'APD font fréquemment l'objet de détournements. Les bailleurs ont désormais mis en place des politiques visant à prévenir les détournements de fonds et ont des comités d'audit et de finance qui veillent au bon usage des fonds. Par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) a mis en place un Bureau de l'Inspecteur général qui reçoit les signalements de fraudes et d'abus et peut, en réponse, mettre en œuvre des audits et enquêtes pour prévenir tout risque de mésusage des fonds et en demander le remboursement en cas de mésusage. En parallèle de l'existence de ce type de mécanisme, le Fonds mondial a également développé des campagnes de sensibilisation. En Côte d'Ivoire, une campagne de sensibilisation intitulée « J'en parle maintenant ! » a été lancée le 9 décembre 2015 à l'occasion de la Journée internationale de lutte contre la corruption afin de lutter contre le détournement de médicaments⁷⁴. Par ailleurs, on peut noter que le risque de détournement de fonds est d'autant plus grand que l'aide extérieure ne finance pas un projet spécifique mais une politique sectorielle (santé, éducation, etc.) dont la gestion est confiée au ministère du pays bénéficiaire. Le contrôle de l'usage des fonds est alors plus difficile, ce qui entraîne un risque plus élevé de détournement de fonds.

Dambisa Moyo, économiste zambienne ayant travaillé pour Banque mondiale, a livré l'une des plus vives critiques de l'APD dans son ouvrage *L'aide*

⁷⁴ FMSTP, Communiqué de presse du 08 décembre 2015, « Le Fonds mondial encourage les Ivoiriens à parler des détournements de médicaments », accessible en ligne : <http://www.theglobalfund.org/fr/news/2015-12-08-Global-Fund-Encourages-People-to-Speak-Out-against-Fraud-and-Corruption/>

fatale (2009). Elle dénonce le paradigme de l'aide qui a été néfaste à la croissance des économies africaines depuis la fin de la Seconde guerre mondiale :

*La notion que l'aide peut remédier à la pauvreté généralisée et qu'elle a fait ses preuves est un pur mythe. Des millions de gens en Afrique sont plus pauvres aujourd'hui, à cause de l'aide internationale. [...] L'aide a été et continue d'être, pour la plus grande partie du monde en développement, un désastre total sur le plan politique, économique et humanitaire*⁷⁵.

D'après Dambisa Moyo, au cours des trente dernières années, les pays ayant bénéficié de l'aide ont un taux de croissance annuel moyen inférieur de 2% par rapport aux autres pays qui n'en ont pas bénéficié. Les raisons de ce retard de croissance sont nombreuses et liées à la dépendance des pays bénéficiaires à l'aide extérieure :

*Corruption, inflation, érosion du capital social, affaiblissement des institutions et réduction des investissements domestiques, pourtant si nécessaires : avec une aide officielle au continent chiffrée à 10% de la dépense publique et au moins 13% du PIB en moyenne, la dépendance ininterrompue de l'Afrique par rapport à l'aide produit une quantité de problèmes*⁷⁶.

Toutefois, la cause principale de ce retard de croissance des pays ayant bénéficié de l'aide extérieure est le soutien à des gouvernements corrompus : « *Assistée par l'aide, la corruption nourrit la corruption, et les nations s'engagent vite dans un cercle vicieux. L'aide étrangère maintient au pouvoir des gouvernements corrompus – en leur fournissant un argent dont ils peuvent user à leur guise*⁷⁷ .» Dambisa Moyo préconise de réduire progressivement l'aide

⁷⁵ Dambisa Moyo, *L'aide fatale. Les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique*, JC Lattès, 2009, p.24

⁷⁶ *Ibid.*, p.117

⁷⁷ *Ibid.*, p.95

extérieure jusqu'à ce qu'elle prenne définitivement fin d'ici cinq à dix ans, et qu'en parallèle, le commerce, le micro-crédit, les micro-entreprises et les investissements directs étrangers puissent se développer. Ainsi, le développement de l'Afrique se fera par la croissance économique, mais sans l'aide publique au développement pour y parvenir.

La confrontation des objectifs avancés par l'APD avec ses effets sur le terrain représente la critique la plus solide à son encontre. En effet, son efficacité n'est pas toujours prouvée et le paradoxe du « micro-macro » est probablement fréquent, du fait du manque de coordination des différents acteurs de l'APD. Enfin, les limites de l'APD sont nombreuses dans les pays corrompus : l'aide n'arrive pas jusqu'aux populations qui en ont réellement besoin mais est captée par les élites corrompues qui s'en servent afin de se maintenir au pouvoir. Toutefois, ce constat ne doit pas justifier que l'on mette fin à l'APD, mais plutôt que l'on renforce les processus d'audit et de finance veillant au bon usage des fonds et les mécanismes d'évaluation des programmes afin de s'assurer de l'efficacité des actions auprès des populations initialement visées par les programmes. La fin de l'APD, comme en appelle de ses vœux Dambisa Moyo ne nous semble pas souhaitable, mais une meilleure gestion de celle-ci afin de renforcer son efficacité est nécessaire.

*

* *

Le bien-fondé de l'aide publique au développement paraît finalement peu contestable. En effet, d'un point de vue éthique, de nombreux arguments justifient que les Etats donateurs allouent une partie de leur budget à l'aide extérieure à destination des populations les plus pauvres. Les théories de la justice globale qui se fondent sur le concept de solidarité internationale constituent un cadre solide pour justifier l'APD. Par ailleurs, ce sont désormais davantage les arguments visant à promouvoir les droits fondamentaux et à réduire les inégalités découlant de l'ordre économique actuel que la question de la « dette coloniale » qui semble donner une réelle légitimité à l'APD.

Comme toute politique publique, l'APD fait l'objet de débat : le développement serait un concept « ethno-centré » s'appuyant sur une vision occidentalisée du monde. Par ailleurs, l'APD ne serait pas une politique si désintéressée qu'il n'y paraît et constituerait plutôt un levier pour promouvoir le commerce extérieur des pays donateurs. S'il est vrai que le discours de l'APD est parfois ambigu, il apparaît toutefois que ce n'est pas la raison première pour laquelle les politiques de développement sont mises en œuvre. L'APD ne nous semble être ni un avatar du néo-colonialisme, ni un outil de promotion du commerce extérieur des pays donateurs. Les effets de l'APD sur le terrain constituent la principale limite de cette politique : les fonds transférés aux pays bénéficiaires au titre de l'APD méritent d'être mieux suivis et évalués afin d'éviter que l'APD soit perçue comme une politique inefficace, voire néfaste si elle alimente la corruption dans les pays bénéficiaires.

Cette première partie avait pour objectif de mettre en évidence le cadre global de réflexion sur l'aide publique au développement. Après avoir interrogé la légitimité de l'APD en général, la prochaine partie abordera la question de l'APD dans le champ de la santé. En effet, si la santé est désormais très présente dans

les discours sur le développement depuis les années 2000, il est nécessaire de comprendre sur quels principes repose ce « consensus mondial » autour de l'amélioration de la santé des populations pauvres et pour quelles raisons la santé pourrait constituer un levier efficace de lutte contre la pauvreté, à privilégier par rapport à d'autres politiques sectorielles de développement.

Partie II : La santé au sein des politiques de développement

La santé est devenue un enjeu diplomatique dès 1851 avec l'organisation de la première Conférence sanitaire internationale à Paris.⁷⁸ Cette conférence s'est tenue car les gouvernements avaient pour objectif premier de réussir à protéger leurs intérêts commerciaux lors des épidémies (en essayant de réduire les mesures de quarantaine qui étaient coûteuses et entraînaient une baisse du commerce) plutôt que pour protéger les populations contre les risques de pandémies.

A partir des années 2000, la santé devient une thématique de plus en plus débattue au sein des instances de négociation internationales : elle est désormais à l'ordre du jour de l'Assemblée générale des Nations unies ou de certains sommets du G8. Selon Harley Feldbaum *et al.*⁷⁹, il existe quatre grandes thématiques pouvant justifier l'intégration de la santé sein de la politique étrangère : l'aide au développement, le commerce, la diplomatie et la sécurité nationale. Si la santé ne constitue pas le cœur de la diplomatie et reste un déterminant mineur de celle-ci, elle est toutefois davantage évoquée dans les discours internationaux qu'auparavant. Selon Harley Feldbaum *et al.*⁸⁰,

L'action des Etats en santé est souvent motivée par des intérêts de politique étrangère plutôt qu'un désir de promouvoir l'équité en santé ou la réalisation d'objectifs humanitaires. Les intérêts des Etats peuvent être économiques (protéger le commerce), diplomatique (prévenir des épidémies), stratégique (prévenir le bioterrorisme) ou (souvent) une combinaison de ces différentes motivations.

⁷⁸ Les Etats suivants ont participé à cette conférence, qui a permis d'adopter un projet de Règlement sanitaire international : Autriche, Grande Bretagne, Grèce, France, Portugal, Espagne, Russie, Etats pontificaux, Sardaigne, Toscane et Deux Siciles, Turquie

⁷⁹ Harley Feldbaum, Kelley Lee, Joshua Michaud, « Global Health and Foreign Policy », *Epidemiologic Reviews*, Vol. 32, 2010, p.82-92

⁸⁰ Harley Feldbaum, *op. cit.*, p.88. Traduction personnelle. Texte original : « *State action on health is often motivated by foreign-policy interests rather than a desire to promote health equity or achieve humanitarian benefits. These ulterior interests can be economic (protecting trade), diplomatic (preventing epidemics), strategic (preventing bioterrorism), or (often) combinations of these interests* »

Différents intérêts sont en jeu et il semble clair que l'attention plus grande portée à la santé depuis les années 2000 dans les discussions internationales ne s'explique pas en premier lieu par une volonté de promouvoir davantage l'aide publique au développement. La santé est désormais un enjeu de diplomatie économique (à travers le prix des traitements et les questions de propriété intellectuelle et de brevets des médicaments), les épidémies sont perçues comme des risques sanitaires pouvant s'étendre aux pays développés et comme des risques économiques ralentissant le commerce et donc la croissance des pays touchés. Enfin, le risque bioterroriste justifie un regain d'attention portée à la santé. Ces raisons expliquent pour majeure partie cet intérêt accru porté à la santé. Toutefois, nous étudierons les motivations « sincères » des Etats désireux d'améliorer l'état de santé des populations dans le cadre de l'aide publique au développement. Cette partie abordera les raisons pouvant justifier que la santé soit présentée comme l'un des champs d'intervention prioritaire de l'APD. Comme la santé s'articule-t-elle avec les différentes interventions du développement ? Doit-elle être un champ d'action prioritaire du développement ? L'amélioration de la santé des individus est-elle un levier efficace contre la pauvreté ?

La santé est présentée comme l'une des priorités du développement mais les financements dédiés à la santé demeurent modestes (I). La santé est l'un des axes d'intervention à privilégier afin de lutter contre les inégalités car elle constitue un levier contre la pauvreté et permet aux individus et aux sociétés de réaliser leurs potentialités (II).

I – La santé dans les stratégies de développement : entre priorité affichée et réalité des financements

La santé est devenue un sujet prioritaire au sein des stratégies de développement à partir des années 2000. Désormais, des institutions internationales spécialisées dans les thématiques de santé (lutte contre les pandémies, santé infantile, vaccinations) se sont progressivement créées et l'on a assisté à l'apparition de nombreuses institutions. La santé a émergé comme un véritable enjeu de gouvernance mondiale grâce en partie à la mobilisation contre l'épidémie de VIH/sida (A). Toutefois, il existe un décalage entre les discours de politique étrangère qui font de la santé une priorité majeure des politiques de développement et la réalité des financements alloués à la santé. (B)

A) Le domaine de la santé bénéficie d'un intérêt plus marqué dans les discours sur le développement

Dans les discours de politique étrangère, la santé est désormais perçue comme un enjeu prioritaire. Les enjeux de santé se sont progressivement institutionnalisés avec la création de nouveaux fonds spécifiquement dédiés à la santé (appelés parfois « fonds verticaux de santé »), qui souffrent toutefois d'un manque de coordination. (1) L'épidémie de sida a permis de sensibiliser la communauté internationale aux problématiques de santé des populations dans les pays en développement (2).

1) La santé, enjeu de gouvernance mondiale

La santé devient un véritable enjeu au niveau international à partir du début du XXI^e siècle. Selon Marc Dixneuf, la santé est désormais un enjeu de gouvernance mondiale⁸¹ :

Objet ancien de préoccupations internationales, le domaine de la santé bénéficie depuis quelques années d'un intérêt plus marqué de la part des acteurs de la gouvernance mondiale. Cet intérêt, manifesté notamment à l'occasion des dernières réunions du G8 ou de l'Assemblée générale des Nations unies, n'est pas d'ordre strictement sanitaire. L'épidémie de VIH, bien sûr, mais aussi les problèmes environnementaux ou la recherche de politiques favorables au développement contribuent à cette élévation de la santé au rang des priorités affichées.

Cet intérêt plus marqué pour la santé a entraîné l'émergence de nombreux acteurs. Dans le seul champ de la lutte contre le VIH, de nombreuses organisations ont été créées depuis les années 2000 : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est fondé en 2002. S'appuyant sur un partenariat entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les personnes touchées par les maladies, le Fonds mondial investit plus de 4 milliards de dollars US chaque année pour lutter contre ces trois pandémies. Les Etats-Unis ont également mis en place un programme spécifiquement dédié à la lutte contre le sida en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et dans le Pacifique : le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) a été lancé en 2003 sous l'impulsion du président George W. Bush. Enfin, UNITAID a été fondé en 2006 à l'initiative de la France, du Chili, de la Norvège, du Brésil et du Royaume-Uni afin d'améliorer l'accès aux traitements de prévention, de diagnostic et de

⁸¹ Marc Dixneuf, « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? », Les études du CERI, n°99, décembre 2003, p.3

traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme en centralisant les achats afin de diminuer leur coût. Toutefois, Marc Dixneuf indique que ces différentes institutions ne parviennent pas toujours à se coordonner et sont souvent dans une logique de compétition plutôt que de collaboration : *« les politiques multisectorielles de santé impliquent différentes organisations intergouvernementales et génèrent des tensions que les structures de coordination ne régulent pas toujours, quand elles ne les accentuent pas⁸². »*

2) L'épidémie de VIH/Sida, catalyseur de l'attention portée à la santé depuis les années 2000

Si l'épidémie de VIH/sida est devenue un enjeu politique international, cela tient, selon Peter Piot⁸³, à son caractère profondément politique :

Ce qui est frappant dans cette épidémie, c'est son caractère éminemment politique. Politique dans le sens original du mot : non de politique de partis, mais de choix et d'implication de la société dans la riposte à l'épidémie du sida. [...] La dimension transnationale de la réponse à l'épidémie est un aspect nouveau, et peut-être, précurseur d'autres mouvements de solidarité active au niveau de la planète.

L'épidémie de VIH/sida a été un « catalyseur essentiel »⁸⁴ de l'attention portée à la santé dans l'agenda global. Le sida demeure la seule maladie qui a fait l'objet d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies, en juin 2001. Le programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est créé en 2006. Cette attention à l'égard du sida, parfois dénoncée comme disproportionnée par rapport aux autres maladies, sera discutée dans la dernière partie du mémoire. A ce stade, nous nous contentons de constater qu'une attention

⁸² *Ibid.*, p.12

⁸³ Peter Piot, *Le Sida dans le monde. Entre science et politique*, Odile Jacob, 2011, p.67

⁸⁴ *Ibid.*, p.8

plus grande a été portée à la santé dans les discours internationaux « grâce » à l'émergence de cette épidémie majeure et imprévue (nul ne se doutait en 1981, quand les premiers cas de sida ont été décrits chez cinq hommes homosexuels américains, que le sida deviendrait la pire pandémie de l'histoire moderne depuis la grippe espagnole). En effet, parmi les huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 à New York avec la Déclaration du millénaire de l'ONU, trois objectifs visaient spécifiquement la santé : l'OMD 4 visait à réduire la mortalité infantile, l'OMD 5 à améliorer la santé maternelle et l'OMD 6 était centré sur la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Laurent Fabius, ancien ministre des Affaires étrangères, indique dans un article intitulé « La santé, au cœur de la politique étrangère française »⁸⁵ :

Les rapports entre santé et politique étrangère sont donc étroits et la santé est au cœur de la politique étrangère de la France. [...] J'ajoute que, pour un gouvernement progressiste, il est naturel de porter une diplomatie de la santé : la santé est au cœur des combats pour le progrès social.

La santé a donc été l'une des principales thématiques mises en avant dans le cadre des politiques de développement depuis le début du XXI^e siècle. Pourtant, il existe un décalage entre les discours qui font de la santé une priorité du développement humain et les financements internationaux qui ont été alloués à la santé.

⁸⁵ Laurent Fabius, « Chapitre 7 – La santé au cœur de la politique étrangère française », in Dominique Kerouedan *et al.*, *Santé mondiale*, Presses de Sciences Po, 2016, p.177-178

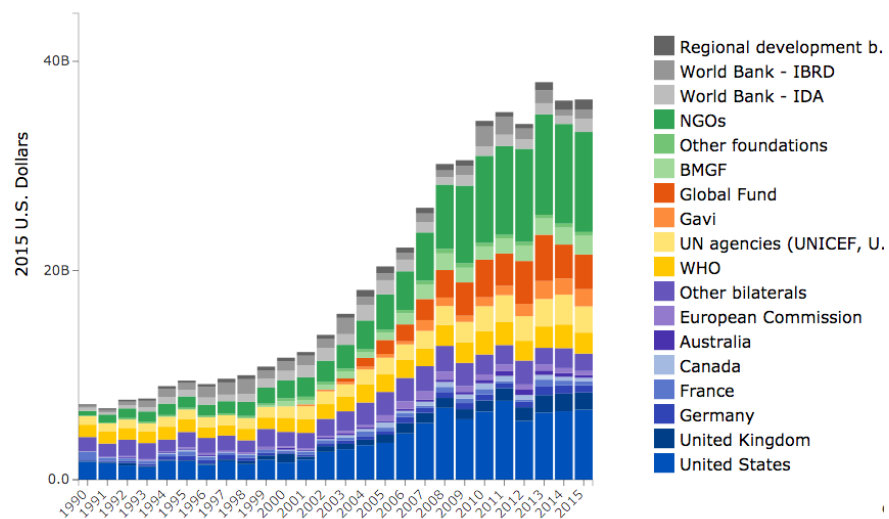
B) Malgré cet intérêt plus marqué pour la santé qu'auparavant, les financements en santé demeurent modestes

La santé est désormais un sujet débattu au sein de nombreuses organisations internationales : des résolutions en lien avec les problématiques de santé sont adoptées chaque année à l'Assemblée générale des Nations Unies sous l'impulsion de l'Initiative Diplomatie et Santé portée par sept pays (France, Brésil, Indonésie, Norvège, Sénégal, Afrique du Sud, Thaïlande). La Déclaration ministérielle d'Oslo du 20 mars 2007, à l'initiative des ministres des affaires étrangères de ces sept pays, plaide pour que la santé mondiale soit pleinement reconnue comme un enjeu de politique étrangère et indique que « *la santé est l'une des questions de politique étrangère à long terme les plus importantes de notre temps, bien qu'encore largement négligée*⁸⁶. » Toutefois, malgré cet intérêt plus marqué pour les problématiques de santé, l'APD dans le champ de la santé stagne depuis quelques années et ce sont les acteurs privés qui ont permis de véritablement augmenter les financements dédiés à la santé (1). Ce décalage entre les priorités affichées et la réalité des financements se retrouve de manière plus globale pour l'ensemble des problématiques de développement : la plupart des pays de l'OCDE sont loin d'atteindre l'objectif de dédier 0,7% de leur PNB à l'APD (2).

⁸⁶ La Déclaration d'Oslo est disponible sur : http://www.franceonugeneve.org/IMG/pdf/Declaration_ministerielle_d_Oslo_-_Version_francaise.pdf

1) Une augmentation au niveau global des financements de la santé mondiale, mais une stagnation de l'APD dédiée à la santé

Suite aux discours de politique internationale qui ont mis l'accent sur la thématique de la santé et à la création de différents fonds multilatéraux dédiés uniquement à la santé, les financements en santé ont augmenté. Alors que les financements de la santé sont restés stables dans les années 1990, ils ont presque doublé entre 2000 et 2010, avant d'atteindre un nouveau plafond en 2010. Chaque année, près de 40 milliards de dollars US de l'aide publique au développement est dédié à la santé. Toutefois, depuis 2008, les flux financiers provenant de l'APD en santé stagnent et ce sont les flux provenant du secteur privé qui participent de plus en plus au maintien des financements en santé. Par exemple, la Fondation Bill & Melinda Gates (FBMG), créée en 2000 est désormais le deuxième financeur de l'aide en santé, après les Etats-Unis : en 2015, les financements de la FBMG ont représenté 8% du total des financements dédiés à la santé.



Evolution du financement de la santé mondiale par les acteurs publics et privés depuis 1990⁸⁷

⁸⁷ Source : <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Ainsi, vue la stagnation de l'APD dédiée à la santé depuis la fin des années 2000, Dominique Kerouedan indique que malgré les apparences, la santé ne serait finalement pas un secteur privilégié du développement :

*Ne nous y trompons pas. Malgré tout le tapage politique, le secteur de la santé n'est pas, le plus souvent, un secteur prioritaire des politiques de développement économique, nationales ou internationales.*⁸⁸

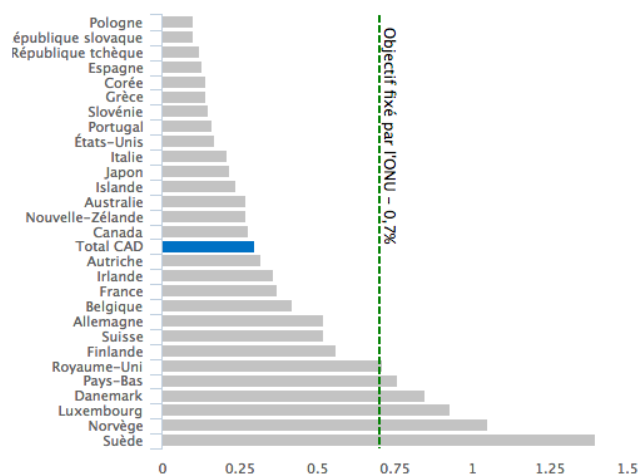
D'après les statistiques de l'OCDE, la santé et l'éducation représenteraient environ 20% de l'APD. L'aide humanitaire, qui comprend certains programmes dédiés à la santé en réponse aux épidémies, représenterait 10% de l'APD⁸⁹. On peut donc estimer que les financements dédiés à la santé représentent moins de 15% du total des financements dédiés au développement.

2) Un décalage entre engagements politiques et réalités des financements du développement

Par ailleurs, d'une manière générale et au-delà de la seule problématique du financement de la santé, on peut noter un décalage entre les engagements politiques et la réalité des financements dédiés au développement. En effet, parmi les pays du CAD de l'OCDE qui se sont engagés à financer le développement à hauteur de 0,7% de leur PNB, seuls six pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, Danemark, Luxembourg, Norvège, Suède) ont tenu cet engagement.

⁸⁸ Dominique Kerouedan, « 27. Evolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement », in Dominique Kerouedan, *Santé internationale*, Presses de Sciences Po, 2011, p.358

⁸⁹ Ces chiffres sont issus des données CAD de l'OCDE, disponibles en ligne : https://public.tableau.com/views/AidAtAGlance/DACmembers?:embed=y&:display_count=no?&:showVizHome=no#1



APD en pourcentage de PNB des pays du CAD de l'OCDE⁹⁰

Ainsi, un décalage existe entre les discours des donateurs qui présentent la santé comme l'un des enjeux prioritaires du développement et les financements dédiés à la santé qui demeurent une part modeste de l'APD. Ce décalage s'explique par le fait que la santé est désormais un enjeu de politique internationale mais pour des raisons extérieures au développement humain. Comme le soulignent Dominique Kerouedan et Joseph Brunet-Jailly dans l'introduction de leur dernier ouvrage paru en 2016 sur la Santé mondiale⁹¹ :

La santé est un thème de politique étrangère et de diplomatie, en ce qu'elle est devenue dans les relations internationales un véhicule du pouvoir, de l'influence, de la sécurité, de la paix, mais tout autant du commerce, voire un vecteur de positions géopolitiques ou même idéologiques, pour des Etats et des institutions cherchant à gagner en puissance politique à l'échelle mondiale.

Afin de donner à la santé le rôle central qu'elle mérite dans les politiques de développement, nous évoquerons dans le prochain chapitre les raisons qui justifient que la santé devienne un réel champ d'intervention prioritaire du développement.

⁹⁰ Source : outil de comparaison développé par l'OCDE, disponible en ligne : <http://www2.compareyourcountry.org/oda?cr=occd&lg=fr>

⁹¹ Dominique Kerouedan, Joseph Brunet-Jailly, « Introduction », in Dominique Kerouedan *et al.*, *op. cit.*, 2016, p.43

II – Pour une priorité donnée à la santé au sein des stratégies de développement afin d'améliorer la justice globale

La santé doit être une intervention prioritaire des politiques de développement car elle constitue un levier indispensable de lutte contre les inégalités. En effet, parce que les inégalités sociales se nourrissent des inégalités de santé et vice-versa, développer des politiques qui visent à améliorer l'état de santé des populations pauvres permet à la fois de « réparer » les injustices sociales existantes et de prévenir les injustices sociales qui se construisent sur les inégalités en santé (A). De plus, la santé est désormais un élément important des théories de la justice développées par Norman Daniels et Amartya Sen. En effet, une attention doit être accordée à la santé pour arriver à une réelle équité entre les individus, car l'équité suppose que les individus disposent de « potentialités » ou « capacités » similaires qui dépendent en partie de leur état de santé (B).

A) La santé, levier indispensable de la lutte contre les inégalités

La santé est un élément central de la lutte contre les inégalités sociales du fait de sa double fonction. En effet, d'une part, les inégalités de santé sont fortement liées aux inégalités sociales et les écarts d'état de santé entre les individus sont révélateurs de l'existence d'injustices sociales (1). D'autre part, la santé est l'un des déterminants principaux de la pauvreté : préserver la santé des personnes leur permet d'éviter de tomber dans la pauvreté (2).

1) Les inégalités de santé, révélatrices des inégalités sociales

S'intéresser à la santé des individus permet de mettre en lumière les principales inégalités sociales, et de manière plus révélatrice qu'en portant attention aux différences de revenus entre les individus. Par exemple, les habitants des pays développés de l'OCDE représentent 20% de la population mondiale mais seulement 10% de la charge globale de la maladie, et pourtant ils consomment 90% des dépenses de santé au niveau mondial⁹². Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que les enfants des 20% des ménages les plus pauvres ont près de deux fois plus de risque de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants des 20% des ménages les plus riches⁹³. Enfin, l'espérance de vie à la naissance demeure l'un des indicateurs les plus répandus pour mesurer la pauvreté, cet indicateur est étroitement lié à la santé des populations. L'espérance de vie des habitants des pays à faible revenu est de 61 ans, alors qu'elle est de 82 ans pour les habitants de la zone euro.⁹⁴ Eric Breton⁹⁵ rappelle la nécessité de lutter contre les inégalités de santé pour arriver à davantage de justice sociale :

Nous pouvons formuler trois constats sur lesquels fonder l'action pour réduire les inégalités sociales de santé :

- 1- Les inégalités de santé vont de pair avec les inégalités sociales*
- 2- Les sociétés les plus égalitaires sont celles dont l'espérance de vie est la plus élevée et celles où les inégalités de santé sont les plus faibles*

⁹² Joseph Brunter-Jailly, « Chapitre 18 Y-a-t-il une place la justice dans l'éthique médicale ? » in Dominique Kerouedan *et al.*, *Santé mondiale, op. cit.* 2016, p.410

⁹³ OMS, Faits et chiffres. Les inégalités en matière de santé et leurs causes, disponible en ligne : www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/index1.html

⁹⁴ Données en 2014, disponibles sur le site de la Banque mondiale :

http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?year_high_desc=false

⁹⁵ Eric Breton, Séminaire de l'EHESP, L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France. Paris, les 4 et 5 juin 2012 à Paris, cité dans Dominique Kerouedan, « La vocation altruiste dans un monde globale. Pour une approche humaniste du développement », *op. cit.*, p.14

3- *Les populations ayant les meilleures conditions de vie connaissent les meilleurs états de santé.*

Ainsi, les inégalités de santé sont très fortement liées aux inégalités sociales. Les indicateurs de santé tels que l'espérance de vie ou le taux de mortalité infantile sont des indicateurs particulièrement pertinents pour saisir les inégalités existantes. La lutte contre les inégalités de santé, qui sont le reflet des inégalités sociales, permet d'améliorer la justice globale.

2) La santé, un levier pour lutter contre la pauvreté

La santé constitue un levier pour lutter contre la pauvreté car les populations sont souvent piégées dans la pauvreté du fait de leurs problèmes de santé.

Au niveau des ménages, éviter aux populations de tomber malades les empêcherait de tomber dans la pauvreté d'une part, et d'autre part, améliorer l'état de santé des populations malades leur permettrait de sortir de la pauvreté. L'OMS a développé la notion de « dépenses catastrophiques de santé » pour indiquer l'existence de ce lien étroit entre maladie et appauvrissement des populations. Les dépenses sont considérées comme catastrophiques lorsque celles-ci « *atteignent ou dépassent 40% du revenu non indispensable à la subsistance du ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits.*⁹⁶ » D'après les données de l'OMS, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année parce qu'elles doivent payer directement leurs soins de santé⁹⁷. David M. Dror évoque le phénomène « d'indigence médicale »⁹⁸ pour préconiser le

⁹⁶ OMS, « De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle. Expérience du Rwanda », Discussion Paper n°1, 2009, p.9

⁹⁷ OMS, Faits et chiffres sur la couverture sanitaire universelle, Mai 2012. Consultable en ligne : http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/fr

⁹⁸ David M. Dror, « Reinsurance of health insurance for the informal sector », in Bulletin of the

Ariane LATHUILLE | Master Philosophie et Société | UFR 10 | Année universitaire 2015/2016

déploiement de micro-assurances de santé afin d'éviter aux individus de tomber dans la pauvreté du fait de leur état de santé.

Au niveau global, Jeffrey Sachs et John Gallup⁹⁹ ont démontré que les pays dans lesquels une partie importante de la population était exposée au paludisme avaient des revenus par habitant de deux tiers moins élevés que les pays où le paludisme a disparu. De la même manière, Laurent Fabius cite, parmi les raisons qui justifient que la politique étrangère française donne une priorité à la santé, que le paludisme est responsable de la perte de près d'1% du PIB africain chaque année¹⁰⁰.

En conclusion, comme l'indique Esther Duflo, « *on ne peut lutter contre la pauvreté sans agir en faveur de la santé.* »¹⁰¹, d'une part car la santé est révélatrice des inégalités plus globales contre lesquelles il convient de lutter, et d'autre part, car la santé des populations détermine fortement leur niveau de pauvreté. Ainsi, santé et pauvreté sont intimement liées et il paraît illusoire de vouloir mettre en place des politiques de développement sans prendre en compte la santé des populations qui est à la fois un déterminant et un révélateur essentiel des inégalités sociales entre les individus.

B) La santé, un bien à préserver en priorité

La santé est désormais l'une des composantes premières des théories de la justice. John Rawls considère dans sa *Théorie de la justice* que la santé est un bien

WHO, « Policy and Practice », 2001, 79, p.672

⁹⁹ John Gallup, Jeffrey Sachs, « The economic burden of malaria », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 64, 2001

¹⁰⁰ Laurent Fabius, *op. cit.*, p.179

¹⁰¹ Esther Duflo, *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté (II)*, *op. cit.*, p.67

naturel et non un bien social premier dont il convient d'assurer une juste répartition entre les individus. Norman Daniels propose une version révisée de la théorie de la justice qui place les institutions de santé parmi les institutions de base de la société afin de garantir une juste égalité des chances entre les individus qui doivent bénéficier des mêmes chances d'être en bonne santé et de réaliser leurs potentialités. (1) Cette vision est proche de celle d'Amartya Sen qui défend une approche de la justice par les « capacités » qui justifie qu'une priorité soit donnée à la santé au sein des politiques de développement (2). La santé est constitutive du capital humain de chaque personne, et de proche en proche par un effet de contagion de la société toute entière, du fait de l'existence d'externalités en santé. Ce constat rend d'autant plus nécessaire de porter notre attention sur la santé des populations afin d'assurer le développement des sociétés (3).

1) La santé dans les théories de la justice de John Rawls et de Norman Daniels

La théorie de la justice de John Rawls vise à atteindre une répartition équitable des ressources, c'est-à-dire des biens premiers sociaux, entre les individus. John Rawls distingue les biens sociaux premiers des biens naturels. Alors que « *les droits, les libertés et les possibilités offertes, les revenus et la richesse* »¹⁰² font partie des biens sociaux premiers, la santé fait partie des biens naturels aux côtés de l'intelligence et de l'imagination¹⁰³. John Rawls concentre son attention sur la juste répartition des biens premiers sociaux – dont la santé est exclue –, ainsi l'équité des soins de santé n'est pas un objectif de premier plan dans la théorie de la justice de John Rawls. Norman Daniels indique à propos de la théorie rawlsienne : « *La justice comme équité a été délibérément construite de*

¹⁰² John Rawls, *Théorie de la justice*, traduction Catherine Audard, Paris, Seuil, 1987, p.122-123

¹⁰³ *Ibid.*, p.93

*manière à ne rien dire d'explicite sur la santé ou les soins de santé. »*¹⁰⁴ Kenneth Arrow a par ailleurs mis en avant une limite principale de la *Théorie de la justice* : la théorie rawlsienne ne permet pas de savoir qui est le plus désavantagé entre une personne riche et malade ou une personne pauvre mais en bonne santé¹⁰⁵.

Norman Daniels a souhaité intégrer la santé au sein de la théorie de la justice de John Rawls. Plutôt que d'ajouter la santé à la liste des biens premiers sociaux, Norman Daniels propose de considérer que les institutions et pratiques de soins font partie des institutions de base engagées dans la répartition équitable des chances :

Parce que le fait de répondre aux besoins de santé possède un effet important sur la distribution des opportunités, les institutions de soins de santé devraient être régulées par un principe d'égalité équitable de chances. [...] Les soins de santé ne sont pas des biens premiers sociaux, tout comme ne le sont pas la nourriture, l'habillement, le toit ou d'autres besoins fondamentaux. Ce que l'on suppose est que des parts équitables de revenus et de richesse soutiendront de façon satisfaisante les seconds. La reconnaissance de l'importance particulière des besoins de santé et de leur distribution inégale, se fait, tout comme pour les besoins d'éducation, en rattachant ces besoins aux institutions capables de réaliser une égalité équitable de chances. Mais les chances et les opportunités, et non pas les soins de santé ou l'éducation, restent le bien premier social.

En donnant davantage d'importance aux institutions de santé, Norman Daniels replace la santé au cœur des systèmes de justice. Son argumentation repose sur un constat similaire à celui développé par Amartya Sen et qui sera

¹⁰⁴ Norman Daniels, « L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé », *Raisons politiques* 2009/2 (n° 34), p.11

¹⁰⁵ Kenneth Arrow, « Some Ordinalist-Utilitarian Notes on Rawls's Theory of Justice », *Journal of Philosophy*, vol. 70, no 9, 1973, p. 251

étudié dans la prochaine partie : la santé détermine fortement les opportunités qui s'offrent aux individus, il est alors nécessaire de garantir au maximum que les individus puissent bénéficier des mêmes opportunités à travers un système de soins équitables.

2) Le prisme des « capacités » justifie une priorité donnée à la santé

Pour Amartya Sen, les politiques de développement, si elles se veulent pertinentes, doivent porter leur attention sur la promotion des « capacités de base » – dont la santé fait partie – plutôt que sur l'augmentation du revenu disponible pour les ménages. Il est nécessaire de « réorienter l'analyse de la pauvreté en passant de la faiblesse des revenus à l'insuffisance des capacités de base »¹⁰⁶ :

Ce changement de perspective – du revenu à la capacité – nous permet de mieux saisir l'enjeu du défi de la pauvreté. Il nous éclaire les idées sur les priorités de la politique à mener pour la combattre et nous aide aussi à mieux comprendre la genèse du dénuement dans des contextes apparemment surprenants, comme les pays riches d'Europe et d'Amérique. Envisager la pauvreté comme un manque de liberté est un choix raisonnable, en résonance avec une large gamme d'options éthiques fondamentales.

Le prisme des capacités défend une vision élargie des politiques de développement. Dans cette optique, le développement ne doit pas uniquement viser une amélioration de la richesse des pays et une meilleure répartition des revenus entre les individus. En effet, le développement suppose une vision plus

¹⁰⁶ Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, Traduit de l'anglais par Paul Chemla, Seuil, 2000, p.214

fine qui prend en compte les politiques publiques choisies en matière de santé et d'éducation. Amartya Sen indique ainsi¹⁰⁷ :

La distinction entre privations de revenu et privation de la capacité d'accomplir des fonctionnements élémentaires a donc aussi une certaine pertinence en politique publique – à la fois pour le développement et pour l'élimination de la pauvreté et de l'inégalité. [...] Il importe de souligner que l'approche des capacités comme méthode d'évaluation nous conduit bien – et avec force – à examiner et à prendre en compte ce type de questions politiques. Elle suggère aussi qu'il faut avoir une vision large des efforts de développement, allant très au-delà d'une focalisation sur l'amélioration du produit national et de la répartition des revenus.

Ainsi, selon Amartya Sen, une société juste doit prendre la responsabilité d'apporter à tous les individus les chances d'être en bonne santé et d'accéder à un niveau d'éducation suffisant, leur permettant alors d'exercer leurs « capacités ». Les programmes mis en œuvre dans le champ de la santé, que ce soient les campagnes de vaccinations, l'accès aux traitements contre le sida, la tuberculose ou le paludisme, les programmes de prévention des principales maladies des enfants (diarrhée, oreillons, rougeole), parce qu'ils participent tous à préserver les « capacités » des individus, sont alors au cœur d'une réelle politique de promotion de la justice sociale.

3) L'impact de la santé individuelle sur la société

Comme nous l'avons vu avec Amartya Sen, il est nécessaire d'améliorer la santé de chaque individu pour lui permettre d'exercer ses capacités. Toutefois, cette amélioration a un impact plus global sur l'ensemble de la société et non pas uniquement pour l'individu et son entourage proche. En effet, Dominique

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.181-184

Kerouedan rappelle que l'état de santé n'est pas qu'un état physique mais bien le déterminant de toutes les potentialités de l'individu et de la société qui l'entourent :

On comprend de mieux en mieux, tout d'abord, que la santé, dès le jeune âge, conditionne le développement des capacités cognitives et constitue ainsi ce que sera le capital immatériel de chaque personne, et donc, de proche en proche, de la société tout entière.¹⁰⁸

Les économistes, à travers le concept d'externalité positive ou négative ont mis en avant le fait que l'amélioration de la santé et de l'éducation des individus avait un impact sur l'ensemble de la société. Robert Lucas¹⁰⁹ a souligné l'importance des externalités dans le cas plus particulier du capital humain : selon lui, l'instruction a un « double » effet positif, sur la personne elle-même qui devient plus productive, mais aussi sur les personnes qu'elle côtoie et qu'elle rendra ainsi plus efficaces. Dans le cas de la santé, parce que les maladies ont un caractère contagieux, cet effet de « contagion » (ou d'externalité) est d'autant plus visible. En effet, une personne malade, puisqu'elle risque d'en contaminer d'autres, a un impact négatif sur le reste de la population. A l'inverse, une personne en bonne santé et à jour dans ses vaccinations participe à améliorer le taux de couverture vaccinal de la population générale et a donc un impact positif sur la société. On estime par exemple que pour éviter tout risque d'émergence d'une épidémie de rougeole, le taux de couverture vaccinal doit être d'au moins 80% (c'est-à-dire qu'au moins 80% des enfants doivent être vaccinés)¹¹⁰. Ainsi, la

¹⁰⁸ Dominique Kerouedan, *op. cit.*, 2016, p.36

¹⁰⁹ Robert Lucas, *Lectures on Economic Growth*, Harvard University Press, 2002

¹¹⁰ En 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé des objectifs en vue d'éradiquer la rougeole. L'un de ces objectifs est d'« augmenter la couverture de la vaccination systématique par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) chez les enfants âgés d'un an d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts ou unités administratives équivalentes » Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/>

vaccination illustre bien le fait qu'une intervention de santé, au-delà de son seul intérêt pour l'individu, a une externalité positive pour la société.

Les programmes de développement en santé sont fondamentaux puisqu'au-delà des inégalités individuelles contre lesquels ils luttent, ils permettent, de manière plus globale, aux sociétés de se développer.

*

* *

Les discours de politique étrangère font désormais de plus en plus fréquemment référence aux problématiques de santé depuis les années 2000, suite au constat que l'épidémie de VIH menace les progrès accomplis dans le développement des pays pauvres. Si la santé est devenue un enjeu de gouvernance mondiale pour des motivations parfois extérieures au développement, nous avons toutefois évoqué les raisons qui justifient de porter une attention particulière à la santé des populations. La santé est à la fois révélatrice des inégalités sociales et un facteur important du capital humain dont dispose chaque personne mais aussi la société toute entière. Elle est un levier efficace pour la lutte contre la pauvreté car elle permet aux individus de développer leurs « capacités » et ainsi, de façon autonome, de participer à leur développement humain et économique. Cette partie avait pour objectif de démontrer que la santé doit être au centre des politiques de développement et des théories de la justice. Toutefois, une fois admis que la santé est une composante importante du développement, il est nécessaire d'étudier plus en détail les politiques de développement en santé. En effet, les financements dédiés à la santé sont limités, ce qui implique de choisir des interventions de santé à mettre en œuvre en priorité au sein des politiques de développement. Cela pose d'importants enjeux éthiques puisque cela implique une priorisation des maladies, des populations cibles et des pays bénéficiaires. Quels sont les principes permettant de prioriser les interventions au sein des stratégies de santé ? Alors qu'il existe une « compétition » entre les maladies, comment attribuer équitablement les financements en santé ? Le prochain chapitre étudiera quels principes éthiques permettent de guider le financement des interventions de santé.

Partie III : Les enjeux éthiques de la priorisation des interventions de santé

Puisque les ressources de l'APD dédiées à la santé sont limitées, il est nécessaire de choisir les maladies, les populations et les pays qui bénéficieront en priorité de l'aide internationale. En effet, « *on ne peut pas sauver tous les patients – ou alléger leurs souffrances – à risque nul pour les autres ou à coût nul pour la société*¹¹¹. » Les pays donateurs, à travers leur stratégie et les choix d'allocation de leur aide, font donc face à des questions éthiques dès lors qu'ils s'interrogent sur les populations, les pays et les maladies qui feront l'objet d'une aide prioritaire.

Denis Cogneau et Jean-David Naudet constatent que « *l'absence de référence aux théories de la justice dans les analyses d'allocation de l'aide internationale est frappante*¹¹² ». Ce constat est également valable pour la question plus précise de l'allocation de l'aide internationale en santé. Cette partie a pour objectif d'étudier les différents principes permettant de déterminer l'allocation de l'aide internationale entre les maladies, les populations bénéficiaires des programmes et les pays afin de pouvoir atteindre une juste répartition de l'aide internationale. Le problème peut alors se poser dans les termes suivants : faut-il aider en priorité les populations et les pays les plus pauvres, ou à l'inverse, maximiser l'impact de l'argent investi en choisissant les pays et les interventions qui sont les plus « coûts-efficaces » ? Comment concilier les intérêts politiques des pays avec les impératifs éthiques ? Les critères de priorisation de l'aide internationale au regard des populations et de maladies seront étudiés, notamment à travers l'exemple des financements accordés au VIH et aux maladies tropicales négligées (I). A un niveau plus global, l'arbitrage entre les pays à aider en priorité suppose de développer des critères d'attribution de

¹¹¹ Muireann Quigley et John Harris, « Personal or Public Health ? » in Michel Boylan (ed.), *International Public Health Policy and Ethics*, Berlin Springer, 2008, p.19, cité dans *Joseph Brunet-Jailly, op. cit.*, p.420

¹¹² Denis Cogneau, Jean-David Naudet, Etude de l'Agence Française de Développement, « Qui mérite l'aide ? *Egalité des chances versus sélectivité* », 2004, p.26

l'aide internationale plus fins que ceux actuellement utilisés et de réussir à faire un arbitrage entre exigences éthiques et priorités politiques (II).

I – Quels critères d’attribution de l’aide afin de prioriser les interventions en termes de populations et de maladies ?

Etant donné que les financements de la santé internationale sont limités, des critères doivent être définis afin de prioriser les interventions de santé à financer. Ce premier chapitre étudiera les critères actuels pour déterminer l’allocation des ressources internationales en santé et leurs conséquences en termes de financements des maladies. Alors que l’allocation des ressources en santé dépend pour majeure partie d’un critère de coût-efficacité afin d’optimiser les ressources disponibles, nous montrerons que ce choix n’est pas neutre d’un point de vue éthique (A). Plutôt que de poursuivre des objectifs d’efficacité, l’allocation des ressources devrait davantage prendre en compte les impératifs d’égalité des chances en santé à travers la notion d’équité. Les disparités entre le financement des « maladies chéries » (*diseases darlings*) et celui des maladies tropicales négligées démontrent que les populations les plus vulnérables ne bénéficient pas suffisamment de l’aide extérieure en santé. (B)

A) Le dogme des interventions « coûts-efficaces »

Le principe de coût-efficacité est parfois perçu comme un principe neutre qui permettrait de guider la prise de décision de manière pragmatique. Par exemple, William Easterly, dans son ouvrage *Le fardeau de l’homme blanc* évoque ce principe de coût-efficacité en ces termes :

Le premier principe du système de santé public est de sauver d’abord les vies dont la préservation coûte le moins cher avant de sauver celles qui

*nécessitent une dépense plus élevée. Ce calcul permet de sauver plus de vies en utilisant au mieux les maigres ressources disponibles*¹¹³.

Présenté ainsi, le principe de coût-efficacité semble ne pas faire l'objet de débat puisqu'il serait la conséquence d'un choix pragmatique et nécessaire face à une contrainte de ressources. Le principe de coût-efficacité est désormais le paradigme qui détermine le plus souvent l'allocation des ressources en santé (1). Toutefois, ce principe repose en réalité sur des choix normatifs et il n'est pas le seul principe qui devrait être pris en compte dans la répartition de l'aide internationale en santé : il est parfois préférable de choisir des interventions moins coût-efficaces auprès de populations particulièrement vulnérables (2), tout comme il serait préférable de justifier une priorité donnée aux politiques de prévention pour d'autres raisons que leurs seuls coûts-efficacité (3).

1) Le principe de « coût-efficacité » dans un contexte de ressources limitées

Esther Duflo et Abhijit Banerjee mettent en avant le problème central de l'allocation des ressources de l'aide publique au développement : « *la question clé est comment dépenser l'argent, et non combien il faut en dépenser*¹¹⁴ ». Ce problème suppose d'avoir recours à des principes économiques pour déterminer l'allocation des ressources. Cependant, comme le souligne Emmanuel Picavet, les principes économiques ne sont pas neutres et il convient de les étudier au regard de l'éthique et de leur impact social :

¹¹³ William Easterly, *op. cit.*, p.310

¹¹⁴ Abhijit V. Banerjee, Esther Duflo, *Repenser la pauvreté*, Les livres du Nouveau Monde, Seuil, 2011, p.24

Aujourd'hui comme hier, l'économiste prescrit. S'il a cessé de le faire en tant que philosophe, il le fait toutefois à la manière des philosophes, c'est-à-dire sur le mode de l'énonciation d'un devoir-être social¹¹⁵.

L'indicateur le plus répandu pour estimer la charge mondiale de la morbidité, c'est-à-dire le poids de chaque maladie, est le DALY (*Disability Adjusted Life Years* ou années de vie corrigées de l'incapacité). Cet indicateur prend en compte les années de vie perdues (dues à une mortalité prématurée) et les années de vie vécues sans être en pleine santé (dues à la maladie). En miroir des DALYs, les QALYs (*Quality-Adjusted Life Year* ou années de vie ajustées sur la qualité) estiment le nombre d'années vécues en parfaite santé. Ces deux indicateurs sont souvent utilisés pour estimer la qualité de vie des populations et *in fine* le résultat des interventions de santé : les interventions les plus coûts-efficaces seraient alors les interventions qui permettraient de minimiser les DALYs ou de maximiser les QALYs. Il est alors possible de comparer les interventions de santé et de choisir celles qui, pour un coût donné, permettent le mieux de maximiser les QALYs, c'est-à-dire de réduire la charge globale de la maladie et qui sont alors dites « les plus coût-efficaces ». Ce choix de privilégier les interventions coûts-efficaces peut être considéré comme un premier pas vers la justice, selon Joseph Brunet-Jailly :

La rationalisation inspirée par les travaux sur l'efficacité pour un coût donné des différentes interventions médicales [...] est un premier pas vers plus de justice, puisque dans un contexte de rareté des ressources, tout gaspillage est évidemment injuste¹¹⁶.

Bien que la priorisation des interventions de santé selon leur coût-efficacité soit désormais courante, le recours à ce principe pose problème et ne

¹¹⁵ Emmanuel Picavet, « De l'efficacité à la normativité », *Revue économique*, Vol. 50, n°4, 1999, p.834

¹¹⁶ Joseph Brunet-Jailly, *op. cit.*, p.434

permet pas de garantir systématiquement la juste allocation des ressources. En effet, l'allocation des ressources en santé selon le principe d'efficacité suppose d'allouer des ressources au profit de certains individus et donc au détriment d'autres individus. Cela relève d'un choix éthique et ne consiste pas seulement à atteindre davantage de justice en évitant le gaspillage, comme l'indique Emmanuel Picavet :

Si l'accroissement de la rentabilité en QALYs implique un transfert de ressources du traitement d'une personne vers le traitement d'une autre personne (que la pathologie soit identique ou non), il ne s'agit pas en réalité de réduire le gaspillage, mais d'affecter les ressources aux traitements (et aux personnes) qui en tirent le plus grand profit en termes de QALYs. C'est alors que l'on atteint l'objectif générique : le maximum, en moyenne, de la fonction d'utilité commune que la méthode attribue aux individus. Il s'agit d'éthique distributive plus que d'efficacité ou d'efficience au regard d'un objectif commun ¹¹⁷.

Les QALYs ou DALYs donnent une vision « agrégée » de la santé des individus pour décider de financer une intervention de santé plutôt qu'une autre. Cela suppose un passage de l'individuel au collectif qui ne va pas de soi et qui ne permet pas de se dispenser d'un arbitrage inévitable de l'aide à répartir entre les individus.

La promotion de la santé (ou du bien-être) de la personne X reste donc un objectif conceptuellement distinct de la promotion de la santé (ou du bien-être) de la personne Y. La construction d'un indice agrégé typique par la

¹¹⁷ *Ibid.*, p.837

*méthode des QALYs ne peut en rien masquer la nature interpersonnelle du problème distributif.*¹¹⁸

Ainsi, d'un point de vue éthique, au-delà de l'efficacité des interventions de santé, ce sont les populations qui sont concernées par ces interventions qui doivent être prises en compte, puisqu'il n'est pas possible de faire l'économie d'un arbitrage entre individus dans le cadre de l'allocation des ressources en santé.

2) De l'efficacité à l'équité en santé : les populations vulnérables doivent être prises en compte au-delà du critère de « coût-efficacité »

Selon Lise Rochaix et Sandy Tubeuf, il est nécessaire que le principe d'équité soit pris en compte dans les recherches en économie de la santé, en complément du principe d'efficacité. Celles-ci sont de plus en plus marquées par un changement de perspective avec le passage de l'analyse des inégalités en santé à celle des inégalités *des chances* en santé. Cette évolution traduit un souci pour l'équité, au-delà de la seule efficacité des mesures de santé.

*La déclinaison à la santé de cet objectif [d'équité] conduit à souligner l'importance des inégalités des chances en santé, particulièrement parce que la santé, comme l'éducation influence la capacité des individus à bénéficier d'un contexte économique et social favorable. Ainsi, l'équité en santé est soumise à la réduction des inégalités des chances en santé, qui elle-même favorisera l'égalité des chances dans d'autres domaines*¹¹⁹.

Ainsi, il est possible de justifier, d'un point de vue éthique, de donner la priorité à des interventions moins coûteuses-efficaces qui ciblent des populations particulièrement vulnérables au nom du principe d'égalité des chances en santé.

¹¹⁸ *Ibid.*, p.838

¹¹⁹ Lise Rochaix, Sandy Tubeuf, « Equité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche », p.14, disponible en ligne : <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/rochaix.pdf>

Plutôt qu'une simple maximisation des utilités individuelles agrégées des individus grâce à des interventions de santé les plus coûts-efficaces, il est nécessaire de préserver, en premier lieu, une juste égalité des chances en santé entre les individus.

3) Les interventions de prévention doivent être prioritaires, indépendamment de leur coût-efficacité

Les interventions de prévention sont souvent considérées comme coûts-efficaces car le prix du traitement préventif est très inférieur au coût potentiel de la maladie et permet ainsi d'améliorer les QALYs. Par exemple, le discours en faveur de la vaccination des enfants dans les pays à ressources limitées s'appuie sur l'argument du coût-efficacité et évoque même un retour sur investissement très élevé. GAVI, l'Alliance du Vaccin, le principal fonds finançant la vaccination dans les pays en développement, indique ainsi que la vaccination est l'une des meilleures interventions de santé publique au regard de son efficacité.¹²⁰ En effet, une étude¹²¹ démontre que pour un dollar investi dans la vaccination, seize dollars sont économisés grâce aux soins de santé évités et à la productivité de l'individu préservée. Toutefois, d'un point de vue éthique, il paraît tout aussi important de justifier la priorité donnée à la vaccination pour d'autres raisons : premièrement, les activités de vaccination concernent les enfants et l'on pourrait considérer qu'ils sont une population à aider en priorité du fait de leur jeune âge et de leur vulnérabilité accrue. Deuxièmement, la vaccination est un acte « altruiste » puisqu'il permet de protéger la communauté entière lorsque le taux de couverture vaccinale est suffisamment élevé. Enfin, cette intervention

¹²⁰ GAVI, « New Data confirms immunisation as a best buy in public health », Communiqué de presse du 9 février 2016, disponible en ligne : <http://www.gavi.org/library/news/gavi-features/2016/new-data-confirms-immunisation-as-best-buy-in-public-health/>

¹²¹ Sachiko Ozawa, « Return On Investment From Childhood Immunization in Low-and-Middle-Income Countries, 2011-20 », *Health Affairs*, February 2016, Vol. 35, No. 2, p.199-207

permet aux individus de se prémunir contre de nombreuses maladies infectieuses et ainsi de leur éviter des souffrances qui seraient liées à la survenue d'une maladie. Pour ces raisons, les activités de prévention telles que la vaccination doivent être prioritaires par rapport aux traitements des maladies, indépendamment de la question de leur coût-efficacité.

B) La « compétition entre les maladies » et la captation des financements par les acteurs de la lutte contre le VIH

En parallèle de l'émergence du dogme du coût-efficacité qui laisse à penser que l'allocation des ressources en santé serait parfaitement rationnelle, les financements de certaines maladies – et donc de certains malades – sont disproportionnés au regard de leur poids épidémiologie. Ainsi, il existe des « maladies chéries » (*diseases darlings*) alors que certaines maladies sont qualifiées de « négligées ». Une réallocation des financements de la santé est nécessaire (1). L'exemple le plus marquant est celui de la lutte contre le VIH qui crée un déséquilibre dans les financements en santé et déstabilise les systèmes de santé (2).

1) « *Diseases darlings* » versus *maladies tropicales négligées*

Le sida, la tuberculose et le paludisme sont qualifiés de « *diseases darlings* »¹²² par Dominique Kerouedan. Avec la création du Fonds mondial

¹²² Dominique Kerouedan, « 27. Evolutions de l'architecture internationale en faveur de la santé dans les pays en développement », in Dominique Kerouedan, *Santé internationale*, op. cit., 2011, p.368

(FMSTP) en 2002, qui est un fonds qui leur est spécifiquement dédié, les financements ont encore davantage augmenté ces dernières années.

A l'opposé des « diseases darlings » se trouvent dix-sept maladies tropicales négligées, dont les plus connues sont la lèpre, la rage et la dengue¹²³. Le financement de la recherche des maladies tropicales négligées est particulièrement faible. Entre 1975 et 1999, seulement 1% des nouveaux traitements développés concernaient les maladies tropicales négligées alors que celles-ci représentaient 12% de la charge mondiale de la morbidité¹²⁴. Face à ce constat, en 2003, une organisation de recherche sur les maladies négligées, la *Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)* a été créée sous l'impulsion de différents partenaires, notamment Médecins Sans Frontières, l'Institut Pasteur et le programme conjoint de l'OMS, du PNUD et de la Banque mondiale concernant les maladies tropicales négligées. Entre 2000 et 2011, 4% des nouveaux traitements enregistrés permettaient de lutter contre les maladies tropicales négligées.¹²⁵ Toutefois, cela reste encore trop faible par rapport au poids de ces maladies.

Comme l'indique le rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, celles-ci touchent plus particulièrement les populations les plus vulnérables :

Dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les maladies tropicales négligées étaient négligées par rapport aux « trois grandes » maladies (VIH/sida, paludisme et tuberculose) en grande partie parce que la charge des maladies tropicales négligées est en

¹²³ La liste des dix-sept maladies est disponible dans le troisième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, p.vi

¹²⁴ Belen Pedrique *et al.*, « The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-11) : a systematic assessment », *The Lancet*, p.1, publié le 24 octobre 2013, disponible en ligne : [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70078-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70078-0)

¹²⁵ *Ibid.*, p.1

*général concentrée dans les populations pauvres, rurales et autrement marginalisées*¹²⁶.

Il apparaît d'autant plus nécessaire d'augmenter le financement de la recherche et l'accès au dépistage, à la prévention et aux traitements contre les maladies négligées que celles-ci touchent les populations qui devraient être la cible prioritaire des programmes de développement car elles sont les plus démunies.

2) Les financements disproportionnés de la lutte contre le VIH au regard de l'impact épidémiologique de la maladie

Le déséquilibre des financements du VIH/sida est particulièrement emblématique des progrès à faire dans l'allocation des ressources en santé. Le constat de William Easterly est le suivant :

*Deux fois plus d'Africains meurent en réalité de maladies autres que le SIDA et qui peuvent être plus facilement évitées. Parmi ces maladies il y a les oreillons et autres maladies infantiles, mais aussi les affections respiratoires, la malaria, la tuberculose, la diarrhée et bien d'autres encore. Dans le monde, en 2002, 15,6 millions de personnes sont mortes de ces maladies tandis que le SIDA faisait 2,8 millions de morts*¹²⁷.

Dominique Kerouedan fait le constat que les « *financements sont déséquilibrés en faveur du sida* »¹²⁸, ce qui a un impact négatif sur les systèmes de santé :

Depuis quelques années, certaines voix s'élèvent contre les montants disproportionnés de l'aide extérieure allouée à la lutte contre le sida, la

¹²⁶ OMS, Troisième rapport sur les maladies tropicales négligées, Octobre 2015, p.11

¹²⁷ William Easterly, *op. cit.*, p.310

¹²⁸ Dominique Kerouedan, « 27. Evolutions de l'architecture internationale en faveur de la santé dans les pays en développement », in Dominique Kerouedan, *Santé internationale*, *op. cit.*, 2011, p.367

tuberculose et le paludisme, en invoquant des effets systèmes péjoratifs sur le secteur de la santé. [...] Le rapport d'évaluation¹²⁹ de l'impact collectif des interventions en faveur de la lutte contre le sida déplore les dysfonctionnements des services de santé périphériques : il manque de tout dans les formations sanitaires de base : d'eau, de personnels, de médicaments, de réactifs... et de malades. Les taux d'utilisation des services de santé restent bas. Nous y lisons que l'on trouve des tests VIH et des médicaments ARV là on ne peuvent être dosée l'hémoglobine ou effectué un test urinaire. Si le plus exceptionnel et le plus coûteux est disponible là où le plus élémentaire et routinier ne l'est pas, cela témoigne bien d'une distorsion des systèmes de santé¹³⁰.

En conclusion, les financements du VIH ne devraient pas être diminués car des efforts sont encore nécessaires pour parvenir à mettre fin à l'épidémie de VIH/Sida. Toutefois, on constate qu'avec des ressources en santé limitées, le VIH/Sida demeure une épidémie « privilégiée ». Il convient de rappeler qu'une augmentation des financements en santé est nécessaire afin d'éviter de choisir entre les maladies : l'arbitrage entre les maladies, si elle se comprend d'un point de vue stratégique, ne pourra jamais se justifier du point de vue du malade, comme le rappelle Joseph Brunet-Jailly :

Il reste que tant que les ressources allouées à la protection de la santé ne seront pas sans limite, tous les malades ne seront pas soignés, même si les meilleurs critères sont appliqués dans les meilleures conditions pour allouer les ressources disponibles de la façon la plus efficace. C'est une

¹²⁹ Macro International Inc, « Global Fund 5-y Evaluation: Study Area 3. The Impact of Collective Efforts on the Reduction in Disease Burden ». Executive Summary, Genève, mars 2009

¹³⁰ Dominique Kerouedan, *op.cit.*, p.367-368

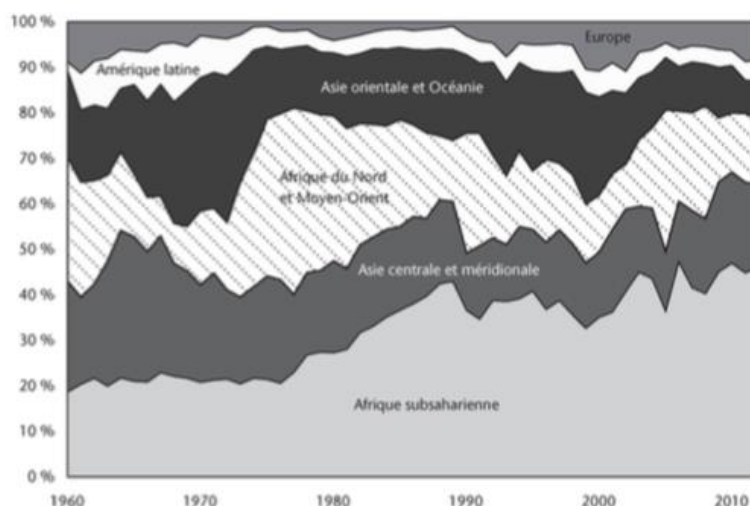
réalité que les citoyens peuvent comprendre, mais c'est une réalité plus difficile à admettre pour les malades au moment de la maladie¹³¹.

¹³¹ Joseph Brunet-Jailly, *op.cit.*, p.436

II – Attribuer l'aide équitablement entre les pays : un arbitrage entre exigences éthiques et priorités politiques

Le problème de l'allocation des ressources en santé se pose à un double niveau : au niveau de l'arbitrage entre les maladies, qui a été évoqué dans le chapitre précédent, mais de manière plus globale, au niveau de l'allocation de l'aide en fonction des pays.

La distribution de l'APD globale par région est la suivante : on peut constater que l'Afrique subsaharienne concentrait désormais près de 40% de l'APD totale en 2012.



Distribution régionale de l'APD mondiale (1960-2012)¹³²

Afin de déterminer quel pays « mérite » le plus de bénéficier de l'aide en santé, il est nécessaire de choisir des critères d'allocation de l'aide qui tiennent compte du poids des maladies et des capacités propres aux pays pour y faire face : ces critères sont régulièrement remis en cause car ils ne sont pas perçus comme suffisamment fins pour estimer les réels besoins des pays (A). L'allocation des ressources, bien qu'elle devrait dépendre de ces critères, est souvent influencée

¹³² Sources : Données OCDE (2014), cité dans Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op. cit.*, Chapitre 3, p.3

par des choix politiques avec l'existence de pays bénéficiaires « prioritaires ». Toutefois, ce phénomène est désormais en recul avec le développement de l'aide multilatérale, au détriment de l'aide bilatérale (B).

A) Qui « mérite » l'aide ? Des critères d'attribution de l'APD dans le domaine de la santé régulièrement remis en cause

Le problème de la répartition de l'APD en santé fait face à un double problème. D'une part, il est nécessaire d'estimer les besoins réels de santé des pays grâce à des indicateurs épidémiologiques les plus révélateurs possibles de la vulnérabilité des populations aux maladies et de leur accès aux soins de santé. D'autre part, des indicateurs économiques et institutionnels doivent permettre d'estimer quels sont les moyens dont disposent les pays pour répondre eux-mêmes à ces besoins, sans nécessiter le recours à une aide extérieure.

Comme le souligne Dominique Kerouedan¹³³, la répartition de l'aide internationale est inégale et les critères d'allocation ne sont pas suffisamment précis :

La répartition de l'aide internationale est, par nature, inégale, du fait de motivations historiques, géopolitiques, sécuritaires, économiques et commerciales aussi diverses que les donateurs qui ne se concertent pas ou peu sur la programmation de leurs financements, qu'ils soient membres ou non du CAD de l'OCDE. En outre, lorsqu'elle se dit fondée, l'allocation de l'aide suit des critères de population, de charge de maladie ou de niveau de pauvreté mesurée par le PIB, par exemple, rarement des critères de vulnérabilité structurelle [...] (capacités institutionnelles, conflits

¹³³ Dominique Kerouedan, « Objectifs pour 2015-2030 ? Négociations sur le programme de développement après 2015 : perspectives africaines », Diploweb, publié le 20 novembre 2014

armés, fragilité des Etats, etc.).

Les indicateurs épidémiologiques ne constituent pas une mesure parfaitement objective des besoins des pays (1) et l'estimation objective des capacités dont disposent les pays en développement afin de répondre par eux-mêmes aux besoins de santé des populations est difficile (2).

1) Les indicateurs épidémiologiques estiment de manière imparfaite les besoins des pays

Les indicateurs épidémiologiques sont utilisés afin d'estimer le « fardeau de la maladie » (*burden of diseases*) dans les pays en développement. C'est l'un des critères qui est pris en compte dans la répartition des financements en santé entre les pays. Les indicateurs les plus courants sont la prévalence (la part de la population atteinte par une maladie à un moment donné) et l'incidence (le nombre de nouveaux cas de maladie sur une période donnée). A noter que ces indicateurs sont couplés à la taille de la population afin de déterminer quels sont les réels besoins des pays.

Les pays qui ont une faible prévalence de maladies sont ainsi moins soutenus que les pays ayant de forts taux de prévalence. C'est ce qui explique que des régions comme l'Afrique de l'Ouest et du Centre concentrent moins de financement dans la lutte contre le VIH que la région d'Afrique australe bien plus touchée en termes de prévalence¹³⁴. Un rapport de Médecins sans Frontières¹³⁵ indique que l'attention portée à la prévalence du VIH pénalise les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : ces derniers ont une mortalité liée au VIH élevée (37% des décès liés au sida en Afrique sub-saharienne ont lieu dans cette sous-région)

¹³⁴ Le Swaziland, le Botswana, le Lesotho, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont des taux de prévalence du VIH de 16 à 27% alors que les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont des taux de prévalence du VIH inférieurs à 5%. Données ONUSIDA, 2014, disponibles en ligne : http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS?year_high_desc=true

¹³⁵ Médecins sans Frontières, *Le prix de l'oubli : des missions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH*, Avril 2016, 82p.

malgré une faible prévalence du VIH du fait d'un mauvais accès aux traitements antirétroviraux par les populations. Les financements de la lutte contre le VIH sont concentrés dans les pays d'Afrique australe qui ont des prévalences du VIH élevées alors que de nombreux décès ont lieu en Afrique de l'Ouest et du Centre : en effet, « *les bailleurs de fonds ont montré un intérêt limité envers le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre.* »¹³⁶

Par ailleurs, certaines épidémies constituent un moyen de disposer de davantage de financements en santé. Toutefois, les épidémies sont le résultat d'une construction sociale et d'une communication particulière des médias. Malgré la présence d'indicateurs objectifs comme la prévalence, l'incidence des maladies et la taille de la population, les pays qui connaissent des épidémies médiatisées font l'objet d'une plus grande attention de la part des pays donateurs et reçoivent *in fine* davantage d'aide. Ainsi, selon Michel Pletschette, « *les priorités de santé ne s'alignent plus sur les besoins objectivement mesurés et priorisés, mais sur les opportunités définies par un contexte de communication politique momentané*¹³⁷. »

2) Les critères d'octroi de l'aide reflètent difficilement la capacité réelle des pays à financer leurs systèmes de santé et à faire face aux crises économiques, politiques et sanitaires

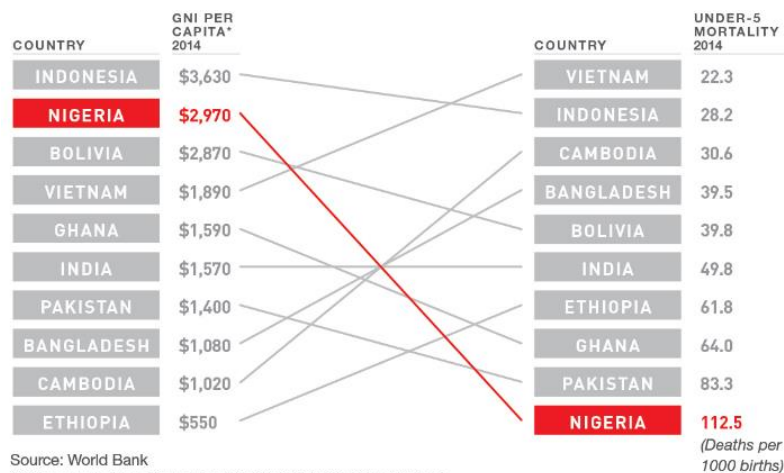
La capacité des pays à financer la santé des populations dépend souvent de critères économiques, notamment du PIB/habitant. En effet, un pays est éligible à l'aide de GAVI si son PIB/habitant est inférieur à 1580\$¹³⁸. De manière similaire,

¹³⁶ *Ibid.*, p.30

¹³⁷ Michel Pletschette, « Chapitre 17 – La construction sociale de la catastrophe épidémiologique », in Dominique Kerouedan *et al.*, *Santé mondiale*, Presses de Sciences Po, 2016, p.384

¹³⁸ Politique d'éligibilité des pays disponible en ligne sur le site de GAVI : <http://www.gavi.org/support/apply/countries-eligible-for-support/>

les sommes allouées aux pays par le Fonds mondial sont déterminées par la charge de morbidité et de « la capacité du pays à payer », c'est-à-dire son niveau de revenu. Les sommes sont ensuite ajustées en fonction de critères qualitatifs (niveau de risque du pays, résultat des précédentes allocations, hausse des taux d'infection). Dans les deux cas, aucun indicateur structurel n'est pris en compte pour juger de la capacité des pays à financer la santé. Cela pose problème car le niveau de PIB/habitant ne permet pas d'estimer la qualité des soins apportée aux populations. Dans un article intitulé « Who Should Get Foreign Aid ? »¹³⁹, Bill Gates souligne l'écart existant entre le niveau de revenu et la santé maternelle et infantile, qui est particulièrement frappant pour le Nigeria, qui fait partie de la tranche inférieure des pays à revenus intermédiaires et qui a pourtant un taux de mortalité infantile extrêmement élevé.



Ecart entre PNB/habitant et mortalité infantile

Le seul critère du revenu national ne permet pas de déterminer la capacité des pays à mettre en place des systèmes de santé efficaces et accessibles pour les populations. Par ailleurs, le critère de revenu cache les disparités de pauvreté entre les individus : comme le rappelle Olivier Charnoz et Jean-Michel Severino, « *sur les 1,3 milliards de personnes pauvres que compte le monde aujourd'hui, seules 30% d'entre elles vivent dans les pays pauvres. 70% sont en effet citoyens de pays*

¹³⁹ Bill Gates, « Who Should Get Foreign Aid ? », publié le 5 avril 2016, disponible en ligne : <https://www.gatesnotes.com/Development/Who-Should-Get-Foreign-Aid>

à revenu intermédiaire : Chine, Inde, Nigeria, Indonésie, etc. L'APD mondiale a donc une dimension distributive au niveau des Etats, bien plus qu'à celui des individus.¹⁴⁰ » Cette limite a déjà été soulignée précédemment¹⁴¹.

Ainsi, il est nécessaire d'avoir des critères d'allocation plus fins, qui prennent en compte les caractéristiques structurelles du pays : par exemple, l'indice de Gini mesurant les inégalités entre les individus, ou le CPIA (*Country Policy and Institutional Assessment*) de la Banque mondiale évaluant la qualité des institutions et des politiques publiques. Par ailleurs, les perspectives d'évolution de l'économie d'un pays doivent être prises en compte. Le modèle développé par Denis Cogneau et Jean-David Naudet¹⁴² de répartition de l'aide internationale tient compte des perspectives de croissance des pays et permet ainsi d'allouer l'aide aux pays qui en ont réellement le plus besoin car leurs perspectives de croissance sont peu encourageantes. Ce modèle permet « *une allocation de l'aide internationale entre les pays fondée sur le principe de l'égalité des chances vis-à-vis du risque de pauvreté, en alternative [au modèle] qui maximise l'impact de l'aide sur la réduction de la pauvreté dans le monde*¹⁴³ » :

Dès lors que [l]es perspectives de croissance sont suffisamment favorables pour laisser espérer une forte réduction de la pauvreté à l'horizon 2015 sans aide et sans effort politique particulier, alors il convient de réorienter l'aide vers d'autres régions moins favorisées par l'avenir.

En conclusion, nous rejoignons les recommandations de Denis Cogneau et Jean-David Naudet afin d'améliorer les mécanismes d'allocation de l'aide

¹⁴⁰ Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op.cit.*, Chapitre 3, p.3-4

¹⁴¹ cf. Partie I, Chapitre I, A) 1) de ce mémoire, en référence à Amartya Sen et à la « *fiction des nations au cœur battant comme des individus symboliques* »

¹⁴² Denis Cogneau, Jean-David Naudet, *op. cit.*, p.64-65

¹⁴³ *Ibid.*, p.71

internationale qui doivent garantir la justice distributive :

La sélection des « bons candidats » de l'aide implique non seulement la connaissance des facteurs qui rendent l'aide efficace mais aussi celle des facteurs structurels qui handicapent la réduction de la pauvreté dans un pays : handicaps de croissance et difficultés à transformer la croissance en réduction de la pauvreté. A côté de la mesure de la qualité des institutions et du changement des institutions, l'attention devrait également porter sur l'identification de ces handicaps structurels intangibles dont une allocation équitable de l'aide internationale ne peut faire abstraction¹⁴⁴.

B) Une modulation de l'allocation des ressources en fonction des priorités politiques des Etats donateurs

Les critères d'allocation de l'APD, bien qu'ils puissent être améliorés, présentent le mérite de chercher à atteindre une allocation équitable des ressources entre les pays sur la base de critères objectifs. Toutefois, l'allocation des ressources tient également compte de choix politiques des principaux bailleurs de fonds.

1) Les pays « attractifs » et les pays « orphelins » de l'aide

Un modèle économétrique propose une analyse de l'APD en fonction des pays : le revenu du pays par habitant et la taille de la population expliquent plus de 60% des variations de l'allocation de l'aide entre les pays¹⁴⁵, ce qui suppose donc que 40% des variations relèvent d'autres facteurs, dont principalement les

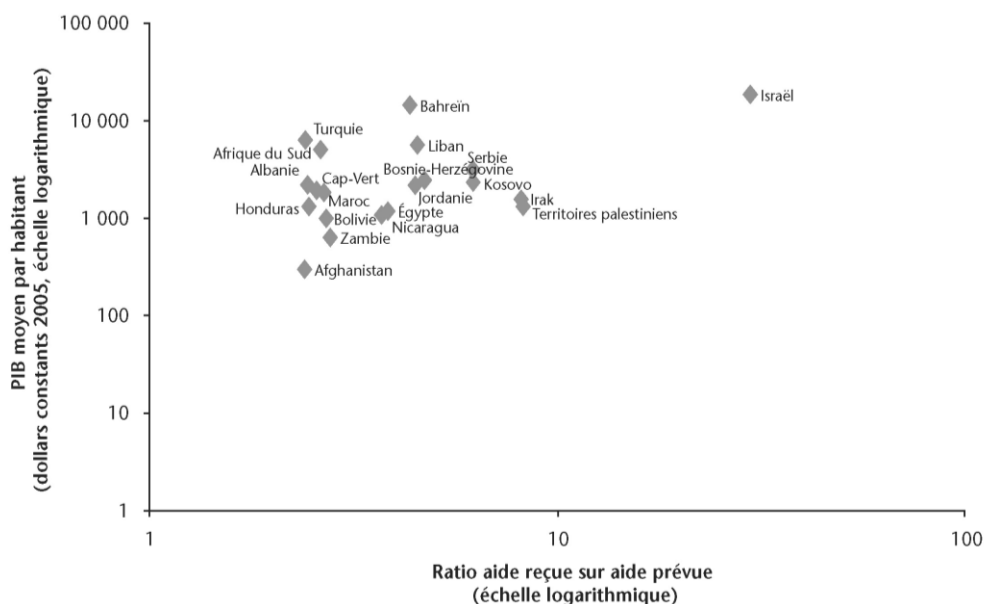
¹⁴⁴ *Ibid.*, p.72

¹⁴⁵ Cité in Olivier Charnoz, Jean-Michel Severino, *op.cit.*, Chapitre 3, p.10

choix politiques des pays donateurs. Chaque pays donateur détermine ses « pays prioritaires » en fonction de ses priorités stratégiques, ce qui entraîne un phénomène de fragmentation de l'aide avec des pays très attractifs et à l'inverse, des pays « orphelins » de l'aide. Par exemple, seize pays membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE ont identifié le Mozambique et l'Ethiopie comme des pays prioritaires, alors que seulement deux pays de ce même comité (parmi lesquels la France) ont identifié Madagascar et le Togo comme des pays prioritaires d'intervention¹⁴⁶.

Le graphique ci-dessous identifie les vingt pays qui ont reçu plus de deux fois plus d'aide sur la période 1990-2011 que celle qu'ils auraient dû théoriquement recevoir sur la base du revenu par habitant et de la taille de la population. Cela correspond donc à un classement des pays qui exercent la plus forte attraction sur l'APD indépendamment de leur revenu et de la taille de leur population. Les pays de la région du Moyen-Orient (Israël, Jordanie, Syrie, Liban, Egypte, Bahreïn, Territoires palestiniens) sont les plus représentés, ce qui indique une allocation préférentielle de l'APD pour cette région. L'Egypte, Cap-Vert, le Maroc, la Zambie et l'Afrique du Sud sont les pays d'Afrique les « mieux » aidés au regard de leur revenu par habitant et de leur population.

¹⁴⁶ Fredrik Ericsson, Suzanne Steensen, « OECD-DAC Development Brief :Where Do We Stand on the Aid Orphans ? », OECD, 2014, p.1



Les vingt pays ayant reçu plus de deux fois l'aide prévue par le modèle « population/revenu » sur la période 1990-2011¹⁴⁷

A l'inverse, l'OCDE a identifié une liste de pays « orphelins de l'aide », qui sont les pays recevant le moins d'aide. Par exemple, 78% de l'aide reçue par le Togo entre 2006 et 2012 provient d'agences d'aides multilatérales¹⁴⁸. Parmi les pays les plus régulièrement « orphelins » de l'aide, on trouve la Guinée, Madagascar et le Népal.

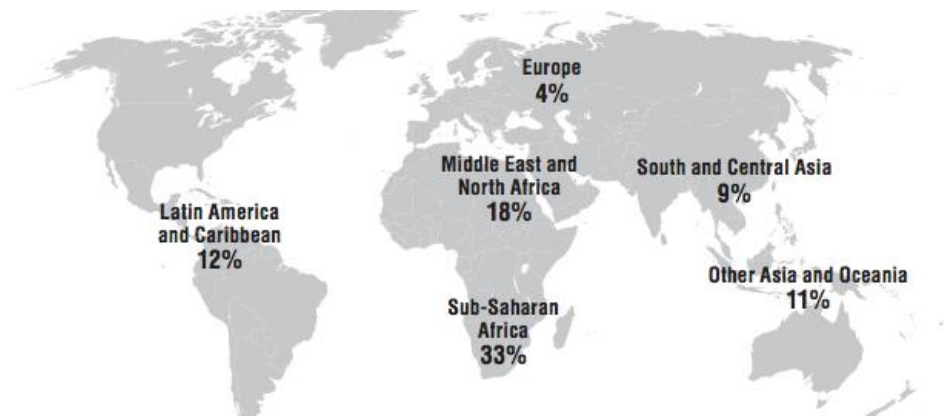
Country	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Number of years identified as aid orphan (2006-2012)
Guinea	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
Madagascar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
Nepal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
Gambia	✓	✓	✓		✓	✓	✓	6
Togo	✓	✓		✓	✓	✓	✓	6
Niger			✓	✓	✓	✓	✓	5
Malawi		✓		✓	✓	✓		4
Bangladesh				✓	✓	✓		3
Lesotho	✓		✓	✓				3
Chad	✓	✓						2
Sierra Leone						✓	✓	2

Liste des pays « orphelins » de l'aide (OCDE)

¹⁴⁷ Source : Charnoz, Jean-Michel Severino, *op.cit.* Chapitre 3, p.12, Données de la Banque mondiale, World Development Indicators (2014)

¹⁴⁸ Fredrik Ericsson, Suzanne Steensen, *op.cit.*, p.2

Lors du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) de juillet 2013, « le gouvernement [a] décid[é] de redéfinir les priorités géographiques de la politique de développement¹⁴⁹. » Une liste de seize pays pauvres prioritaires appartenant en majorité à l’Afrique francophone a été adoptée : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Comores, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal. Le gouvernement français s’engage à ce que ces pays pauvres prioritaires reçoivent au moins 50% des subventions et les deux tiers de celles mises en œuvre par l’AFD. Par ailleurs, une priorité est donnée aux pays d’Afrique et de la Méditerranée qui doivent recevoir au moins 85% de l’APD française¹⁵⁰. Parmi les onze pays « orphelins » de l’APD, cinq font partie des pays pauvres prioritaires de l’APD française (Madagascar, Guinée, Niger, Tchad, Togo). La stratégie française permet ainsi de soutenir des pays qui bénéficient peu de l’aide extérieure. Au niveau régional, l’APD bilatérale française en 2013-2014 se répartit comme suit :



Répartition de l’APD française bilatérale en 2013-2014¹⁵¹

¹⁴⁹ CICID, Relevé de décisions du 31 juillet 2013, disponible en ligne :

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/07-31_Releve_de_decisions_du_Comite_interministeriel_de_la_cooperation_internationale_et_du_developpement_CICID_cle0e5e79.pdf

¹⁵⁰ *Ibid.*, p.2 : « Le Gouvernement décide de consacrer au moins 85% de l’effort financier de l’Etat en faveur du développement en Afrique subsaharienne et dans les pays voisins du Sud et de l’Est de la Méditerranée. »

¹⁵¹ Note : 13% de l’aide bilatérale allouée en 2013-2014 n’était pas spécifiée par région, cette part n’est pas représentée sur la carte. Source : OECD, *Development Cooperation Report 2016 : The Sustainable Development Goals as Business Opportunities*, July 2016, p.196

L'APD française apparaît d'autant plus utile qu'elle est mise en œuvre dans des pays qui reçoivent peu de financements, par ailleurs. La stratégie de coopération française comme elle permet de prendre en compte certains pays « orphelins » de l'aide, semble conforme à certaines exigences éthiques.

2) L'aide multilatérale, une solution face aux aléas des choix politiques des donateurs

La stratégie de coopération française est caractéristique d'une tendance nouvelle qui tend à privilégier l'aide multilatérale plutôt que l'aide bilatérale : en effet, les pays subventionnent des fonds multilatéraux (tels que le Fonds européen de développement (FED), les banques multilatérales de développement telle que la Banque mondiale), les agences onusiennes chargées du développement (PNUD, UNICEF, ...) et les fonds verticaux spécialisés dans un domaine particulier (le Fonds mondial, GAVI, UNITAID pour la santé).

Cette évolution semble positive d'un point de vue éthique : le passage de l'aide bilatérale à l'aide multilatérale permet aux pays de ne plus être soumis aux aléas des choix politiques des pays donateurs et de bénéficier d'une aide plus pérenne sur le long terme, déterminée par des critères d'allocation identiques pour tous les Etats. Comme le résume Guillaume Olivier¹⁵², l'aide multilatérale apparaît comme plus neutre et plus « juste » au regard de la répartition des ressources :

Contrairement à la coopération bilatérale plus sujette à l'héritage postcolonial et aux dérives des réseaux parallèles « françafricains », l'aide multilatérale est gérée par des organisations internationales ou intergouvernementales en principe plus neutres vis-à-vis des Etats

¹⁵² Guillaume Olivier, *op. cit.*, p.54

récipiendaires, donc plus neutres au regard de la répartition des crédits de coopération.

Ainsi, le développement de l'aide multilatérale serait une solution au problème de la fragmentation de l'APD, liée au fait que chaque pays donateur fixe des zones d'intervention prioritaires, sans réelle concertation avec les autres bailleurs de fonds, afin de répondre à des priorités politiques.

*

* *

La question des critères d'allocation des ressources en santé a permis de mettre en avant les problèmes de justice distributive, tant au regard de l'arbitrage entre les maladies, que de l'arbitrage entre les pays bénéficiaires de l'aide, dans un contexte de ressources limitées (l'APD étant limitée et ne permettant pas de couvrir l'ensemble des besoins des populations). De la même manière qu'il existe des « maladies négligées », il existe des « pays orphelins de l'aide », démontrant ainsi les limites de l'allocation de l'APD et la nécessité de faire évoluer les mécanismes d'attribution actuels. Afin de garantir une juste allocation des ressources, i) les interventions doivent être mises en œuvre au regard de leur coût-efficacité afin de maximiser l'impact des ressources disponibles, mais tout en tenant compte des populations les plus vulnérables à aider en priorité ii) des critères d'allocation plus fins de l'aide doivent être définis afin de tenir compte des réels besoins des pays et de leurs capacités à les financer iii) une meilleure coordination entre les acteurs de l'APD est requise afin d'éviter l'existence de « pays orphelins » de l'aide iv) l'aide multilatérale devait être davantage développée afin d'assurer une meilleure pérennité de l'aide aux pays bénéficiaires.

Conclusion

L'étude de l'aide publique au développement à travers le prisme de l'éthique a permis de mettre en avant son bien-fondé mais aussi les ambiguïtés qui la rendent complexe et sujette à de nombreuses critiques. L'APD est encore perçue comme un moyen d'influence des pays donateurs sur les pays bénéficiaires ou comme un levier pour stimuler leurs exportations plutôt que comme une réelle politique altruiste répondant à un « devoir moral ». Toutefois, les théories de la justice globale apportent une légitimité à l'APD et elle est finalement relativement bien acceptée dans son principe. Les limites de l'APD se situent davantage dans les effets qu'elle induit. Pris en tension entre des objectifs trop ambitieux et des réalisations sur le terrain parfois médiocres, les programmes de développement n'ont pas toujours participé aussi efficacement qu'espéré au développement des pays pauvres.

Au sein des politiques de développement, la thématique de la santé fait désormais l'objet d'une attention plus importante mais demeure pour le moment un secteur encore minoritaire au regard des financements. Une attention plus grande devrait être accordée à la santé des populations dans les politiques de développement car d'une part, la santé détermine les « potentialités » ou « capacités » des individus et *in fine* des sociétés toutes entières et d'autre part, l'amélioration de la santé des populations constitue un levier efficace de lutte contre la pauvreté.

L'allocation des financements dédiés à la santé entre les pathologies, les populations cibles et les pays, doit reposer sur des critères plus fins que ceux utilisés actuellement afin de répondre à une exigence d'équité et permettre ainsi aux individus de bénéficier d'une juste égalité *des chances* en santé. Par ailleurs,

un arbitrage entre les exigences éthiques et les priorités politiques des pays donateurs garantirait un meilleur accès aux financements pour l'ensemble des pays et des populations. Les maladies tropicales négligées, comme les pays orphelins de l'aide, pourraient désormais devenir prioritaires afin de rétablir un équilibre dans les financements de l'APD dédiée à la santé.

Enfin, en parallèle d'une priorisation équitable des bénéficiaires des programmes de santé, il est nécessaire de porter une attention particulière à la mise en œuvre des programmes afin de garantir leur efficacité. Nous rejoignons ici pleinement les propos d'Esther Duflo et Abhijit V. Banerjee¹⁵³ :

Les pays pauvres ne sont pas condamnés à l'échec parce qu'ils sont pauvres ou parce qu'ils ont connu une histoire mouvementée. Il est incontestable que, souvent, les choses ne fonctionnent pas dans ces pays [...] mais ces défaillances ne sont généralement pas dues à une conspiration des élites pour maintenir leur contrôle sur l'économie ; elles découlent plutôt de défauts de conception des politiques qu'on pourrait éviter, ainsi que des omniprésents trois I : ignorance, idéologie et inertie.

Les politiques mises en œuvre dans les pays bénéficiaires grâce aux programmes d'aide extérieure doivent éviter l'écueil des « trois I » afin de garantir de réels progrès. Cet enjeu constitue en soi une exigence éthique pour chaque acteur du développement, à son niveau.

¹⁵³ Abhijit V. Banerjee, Esther Duflo, *op.cit.*, p.404

Sources

❖ Ouvrages et articles

ATLANI-DUAULT Laëtitia, VIDAL Laurent (dir.) *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Armand Collin, 2009, 320 p.

ARROW Kenneth, « Some Ordinalist-Utilitarian Notes on Rawls's Theory of Justice », *Journal of Philosophy*, vol. 70, n°9, 1973, p.245-263

BANERJEE Abhijit V., DUFLO Esther, *Repenser la pauvreté*, Seuil, Collection « Les Livres du Nouveau Monde », 2012, 422 p.

BOYLAN Michael (ed.), *International Public Health Policy and Ethics*, Berlin, Springer, 2008, p. 1529

CHARNOZ Olivier, SEVERINO Jean-Michel, *L'aide publique au développement*, Paris, La Découverte, Repères n°476, 2015, 128 p.

COGNEAU Denis, NAUDET Jean-David, « Qui mérite l'aide ? *Egalité des chances* versus *sélectivité* », Etude de l'Agence Française de Développement, 2004, 72p. Disponible sur : <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/07-notes-documents.pdf>

DANIELS Norman, « L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé », *Raisons politiques* 2009/2 (n° 34), p.9-29. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2009-2-page-9.htm>

DIXNEUF Marc « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? », Les études du Centre d'Etudes et de Recherches Internationales (CERI) de Sciences Po, n°99, décembre 2003, 36 p.

DUFLO Esther, *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté, Tome I*, La République des Idées, Seuil, 2010, 103 p.

DUFLO, Esther *La politique de l'autonomie. Lutter contre la pauvreté, Tome II*, La République des Idées, Seuil, 2010, 103 p.

DROR David M., « Reinsurance of health insurance for the informal sector », in Bulletin of the WHO, « Policy and Practice », 2001, 79, p.672-678. Disponible sur : [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(7\)672.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(7)672.pdf)

EASTERLY William, *Le Fardeau de l'homme blanc. L'échec des politiques occidentales d'aide aux pays pauvres*, Editions Markus Haller, 2009, 512 p.

ERICSSON Fredrik, STEENSEN Suzanne, « OECD-DAC Development Brief: Where Do We Stand on the Aid Orphans ? », OECD, 2014, 2p. Disponible sur : <https://www.oecd.org/dac/aid-architecture/Aid%20Orphans%20Development%20Brief.pdf>

FASSIN Didier, *La Raison humanitaire, une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard, Seuil, 2010, 358 p.

FELDBAUM Harley, LEE Kelley, MICHAUD Joshua, « Global Health and Foreign

Ariane LATHUILLE | Master Philosophie et Société | UFR 10 | Année universitaire 2015/2016

Policy », *Epidemiologic Reviews*, Vol. 32, 2010, p.82-92. Disponible sur : <http://epirev.oxfordjournals.org/content/32/1/82.full.pdf+html>

GALLUP John, SACHS Jeffrey, « The Economic Burden of Malaria », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 64, 2001, p.85-96. Disponible sur : http://earth.columbia.edu/sitefiles/file/about/director/pubs/AmJournTropMedHyg_012001.pdf

GATES Bill, « Who Should Get Foreign Aid ? », publié le 5 avril 2016. Disponible en ligne : <https://www.gatesnotes.com/Development/Who-Should-Get-Foreign-Aid>

KEELEY Brian, *De l'aide au développement : La lutte mondiale contre la pauvreté*, Les essentiels de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2012, 202 p. Disponible sur : http://www.oecd-ilibrary.org/development/de-l-aide-au-developpement_9789264178076-fr

KEROUEDAN Dominique (dir.), *Santé internationale, Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, 2011, 586 p.

KEROUEDAN Dominique, « La vocation altruiste dans un monde globalisé. Pour une approche humaniste du développement », *Diploweb*, publié le 19 novembre 2013. Disponible sur : <http://www.diploweb.com/La-vocation-altruiste-dans-un.html>

KEROUEDAN Dominique, « Objectifs pour 2015-2030 ? Négociations sur le programme de développement après 2015 : perspectives africaines », *Diploweb*, publié le 20 novembre 2014. Disponible sur : <http://www.diploweb.com/Objectifs-pour-2015-2030.html>

KEROUEDAN Dominique, BRUNET-JAILLY Joseph (dir.), *Santé mondiale, Enjeux stratégiques, jeux diplomatiques*, Presses de Sciences Po, 2016, 488 p.

LEVINAS Emmanuel, *Ethique comme philosophie première*, Préface de Jacques Rolland, Rivages Poche, Petite Bibliothèque, Payot, 1998, 128 p.

LUCAS Robert, *Lectures on Economic Growth*, Harvard University Press, 2004, 224 p.

MOYO Dambisa, *L'aide fatale. Les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique*, Jean-Claude Lattès, 2009, 250 p.

OLIVIER Guillaume, *L'aide publique au développement. Un outil à réinventer*, Editions Charles Léopold Mayer, 2004, 177 p.

OZAWA Sachiko, « Return On Investment From Childhood Immunization in Low-and-Middle-Income Countries, 2011-20 », *Health Affairs*, February 2016, Vol. 35, No. 2, p.199-207

PEDRIQUE Belen *et al.*, « The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-11) : a systematic assessment », *The Lancet*, Vol.1, No.6, Décembre 2013, p.e371-e379. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(13\)70078-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(13)70078-0.pdf)

PICAVET Emmanuel, « De l'efficacité à la normativité », *Revue économique*, Vol. 50, n°4, 1999, p.833-858. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/reco_0035-2764_1999_num_50_4_410120

PIOT Peter, *Le Sida dans le monde. Entre science et politique*, Odile Jacob, 2011, 286 p.

POGGE Thomas W., « Severe Poverty as a Human Right Violation », UNESCO Poverty Project, Philosophy Seminar in Oxford (UK), March 2003, 38 p. Disponible sur : http://portal.unesco.org/shs/fr/files/4363/10980840881Pogge_29_August.pdf/Pogge+29+August.pdf

RAWLS John, *Théorie de la justice*, traduction Catherine Audard, Paris, Seuil, 1987, 700 p.

RAWLS John, « The Law of People », *Critical Inquiry* 20, Autumn 1993, in *On Human Rights: The Oxford Amnesty Lecturers*, 1993, ed. Stephen Shute and Susan Hurley, p.36-68. Disponible sur : <http://fs2.american.edu/dfagel/www/Philosophers/Rawls/TheLawOfPeoples.pdf>

RIST Gilbert, *Le développement, Histoire d'une croyance occidentale*, 4^{ème} édition, Les Presses de Sciences Po, 2013, 520 p.

ROCHAIX Lise, TUBEUF Sandy, « Equité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche », 19p. Disponible sur : <http://www.ces-asso.org/sites/default/files/rochaix.pdf>

SEN Amartya, *Ethique et économie et autres essais*, Quadrige, PUF, 2012, 364 p.

SEN Amartya, *Repenser l'inégalité*, Traduit de l'anglais par Paul Chemla, Seuil, 2000, 281 p.

SINGER Peter, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 2^{ème} édition, 1993, 411 p.

SINGER Peter, « Famine, Affluence, and Morality », *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 1, No. 3, Spring 1972, p.229-243. Disponible sur : http://pages.uoregon.edu/koopman/courses_readings/singer_famine_affluence_morality.pdf

TOUSCOZ Jean, « La « normalisation » de la coopération bilatérale de la France avec les pays africains « francophones » (aspects juridiques) », *Etudes internationales*, vol. 5, n°2, 1974, p.208-225. Disponible sur : <https://www.erudit.org/revue/ei/1974/v5/n2/700441ar.pdf>

UNGER Peter, *Living High and Letting Die : Our Illusion of Innocence*, New York, Oxford University Press, 1996, 200 p.

VAN PARIJS Philippe, « Philosophie de la fiscalité pour une économie mondialisée », *Archives de philosophie du droit*, 2002, p.329-348. Disponible sur : https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/etes/documents/_2002.Fiscalite_Archives_ph.dr.pdf

YOUNG Iris Marion, *Responsibility for Justice*, Oxford University Press, 2011, 224 p.

❖ Rapports et communiqués officiels

CICID, Relevé de décisions du 31 juillet 2013, 10 p. Disponible sur : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/07-31_Releve_de_decisions_du_Comite_interministeriel_de_la_cooperation_internationale_et_du_developpement_CICID_cle0e5e79.pdf

FMSTP, Communiqué de presse du 08 décembre 2015, « Le Fonds mondial encourage les Ivoiriens à parler des détournements de médicaments ». Disponible sur : http://www.theglobalfund.org/fr/news/2015-12-08_Global_Fund_Encourages_People_to_Speak_Out_against_Fraud_and_Corruption/

GAVI, « New Data Confirms Immunisation as a Best Buy in Public Health », Communiqué de presse du 9 février 2016. Disponible sur : <http://www.gavi.org/library/news/gavi-features/2016/new-data-confirms-immunisation-as-best-buy-in-public-health/>

Médecins sans Frontières, *Le prix de l'oubli : des missions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH*, Avril 2016, 82p.

Disponible sur : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf

Ministres des Affaires étrangères de l'Afrique du Sud, du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal et de la Thaïlande, Déclaration ministérielle d'Oslo, « La santé mondiale est aujourd'hui un problème de politique étrangère à traiter d'urgence ». Disponible sur : <http://www.franceonugeneve.org/Description-de-l-initiative#déclaration>

OCDE, « Historique de l'objectif de 0,7% », *Journal du CAD 2002*, Vol. 3, No.4, version révisée en juin 2010. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/cad/stats/45539389.pdf>

OECD, *Development Cooperation Report 2016. The Sustainable Development Goals as Business Opportunities*, July 2016, 320 p.

Disponible sur : <http://www.oecd.org/dac/development-co-operation-report-2016/20747721.htm>

OMS, *Troisième rapport sur les maladies tropicales négligées. Investir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées*, Octobre 2015, 211 p. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192187/1/9789242564860_fre.pdf

OMS, « Les inégalités en matière de santé et leurs causes » Faits et chiffres.

Disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/

OMS, « De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle. Expérience du Rwanda », Discussion Paper n°1, 2009, 54p. Disponible sur : http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf

Sénat, Rapport d'information n°104 fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées par le groupe de travail sur la présence de la France dans une Afrique convoitée, « L'Afrique est notre avenir », enregistrée à la Présidence du Sénat le 29 octobre 2013, 501 p. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r13-104/r13-1041.pdf>

PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 1991, Economica, Paris, 138 p. Disponible sur : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1991_fr_complet_nostats.pdf

Annexe 1 : Les lectures théoriques de l'APD

	Les États...	Les donateurs conçoivent l'aide...	Les bénéficiaires conçoivent l'aide...
Lecture néoréaliste	... maximisent leur puissance.	... comme un instrument d'influence et de puissance.	... comme une rétribution de leur alliance stratégique.
Lecture néomarxiste	... s'opposent entre capitalistes et prolétaires, et entre capitalistes.	... comme un instrument d'exploitation du tiers monde, mais aussi de lutte entre pays capitalistes.	... comme une intrusion impérialiste, un outil d'aliénation, une drogue créant une dépendance.
Lecture néolibérale	... maximisent leur bien-être matériel.	... comme un investissement d'intérêt commun.	... comme une coopération mutuellement et matériellement bénéfique.
Lecture libérale	... sont soumis à des groupes d'intérêts en concurrence.	... comme des flux publics à transformer en rentes privées.	... comme une ressource à transformer en rentes privées.
Lecture idéaliste	... sont sensibles aux considérations morales.	... comme un accomplissement moral : charité, solidarité, réparation.	... comme un acte moral, exigible à des degrés divers.

Source : Charnoz Olivier, Severino Jean-Michel, *L'aide publique au développement*, Chapitre II, Paris, La Découverte, « Repères », 2015, p.31

Liste des sigles et abréviations

AFD	Agence Française de Développement
APD	Aide publique au développement
CAD	Comité d'aide au développement
CICID	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement
FBMG	Fondation Bill & Melinda Gates
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PEPFAR	US President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Résumé	2
Summary	2
Mots-clés.....	2
Keywords	2
Remerciements	3
Introduction	4
Partie I : La légitimité de l'aide publique au développement interrogée.....	8
I – Penser la justice dans un cadre transnational : l'aide publique au développement, un « idéal moral » ?	10
A) La solidarité internationale comme fondement de l'APD.....	13
1) Les apories des débats sur la répartition internationale du revenu....	13
2) Vers une théorie de la justice globale	15
B) De la dette coloniale à la défense des droits de l'homme et à la lutte contre les inégalités liées à la mondialisation	19
1) La dette coloniale, une justification ambiguë de l'APD	19
2) La justification de l'APD par la défense des droits humains et la lutte contre les inégalités	21
C) La « raison humanitaire » : les limites de la compassion comme éthique de l'APD	24
1) La compassion et la « raison humanitaire » comme nouvelle forme de gouvernement.....	24
2) Pour une approche humaniste de l'APD	26
II – Les critiques de l'APD : la remise en cause du paradigme du développement et des effets pervers qu'il induit	28
A) Le développement, un concept erroné et ethno-centré ?.....	29
1) Le développement, un concept vide de sens ?	29
2) Le développement perçu comme un « mythe occidental ».....	31
B) Le principe de l'aide déliée suffit-elle à la rendre désintéressée ?.....	32
1) Le principe de l'aide déliée	33
2) Des intérêts économiques en jeu	34
C) Echecs et effets pervers de l'APD sur le terrain	36
1) L'APD, une politique inefficace sur le plan économique ?	36
2) L'APD, une politique néfaste ?	39
Partie II : La santé au sein des politiques de développement	45
I – La santé dans les stratégies de développement : entre priorité affichée et réalité des financements.....	48
A) Le domaine de la santé bénéficie d'un intérêt plus marqué dans les discours sur le développement	48
1) La santé, enjeu de gouvernance mondiale.....	49

2) L'épidémie de VIH/Sida, catalyseur de l'attention portée à la santé depuis les années 2000	50
B) Malgré cet intérêt plus marqué pour la santé qu'auparavant, les financements en santé demeurent modestes.....	52
1) Une augmentation au niveau global des financements de la santé mondiale, mais une stagnation de l'APD dédiée à la santé	53
2) Un décalage entre engagements politiques et réalités des financements du développement	54
II – Pour une priorité donnée à la santé au sein des stratégies de développement afin d'améliorer la justice globale.....	56
A) La santé, levier indispensable de la lutte contre les inégalités.....	56
1) Les inégalités de santé, révélatrices des inégalités sociales.....	57
2) La santé, un levier pour lutter contre la pauvreté.....	58
B) La santé, un bien à préserver en priorité	59
1) La santé dans les théories de la justice de John Rawls et de Norman Daniels.....	60
2) Le prisme des « capacités » justifie une priorité donnée à la santé	62
3) L'impact de la santé individuelle sur la société	63
Partie III : Les enjeux éthiques de la priorisation des interventions de santé	67
I – Quels critères d'attribution de l'aide afin de prioriser les interventions en termes de populations et de maladies ?	70
A) Le dogme des interventions « coûts-efficaces »	70
1) Le principe de « coût-efficacité » dans un contexte de ressources limitées	71
2) De l'efficacité à l'équité en santé : les populations vulnérables doivent être prises en compte au-delà du critère de « coût-efficacité »....	74
3) Les interventions de prévention doivent être prioritaires, indépendamment de leur coût-efficacité	75
B) La « compétition entre les maladies » et la captation des financements par les acteurs de la lutte contre le VIH	76
1) « Diseases darlings » versus maladies tropicales négligées.....	76
2) Les financements disproportionnés de la lutte contre le VIH au regard de l'impact épidémiologique de la maladie	78
II – Attribuer l'aide équitablement entre les pays : un arbitrage entre exigences éthiques et priorités politiques	81
A) Qui « mérite » l'aide ? Des critères d'attribution de l'APD dans le domaine de la santé régulièrement remis en cause	82
1) Les indicateurs épidémiologiques estiment de manière imparfaite les besoins des pays	83
2) Les critères d'octroi de l'aide reflètent difficilement la capacité réelle des pays à financer leurs systèmes de santé et à faire face aux crises économiques, politiques et sanitaires	84
B) Une modulation de l'allocation des ressources en fonction des priorités	

politiques des Etats donateurs	87
1) Les pays « attractifs » et les pays « orphelins » de l'aide	87
2) L'aide multilatérale, une solution face aux aléas des choix politiques des donateurs	91
Conclusion.....	93
Sources	95
Liste des sigles et abréviations	100
Table des matières	101