

### 3. Apports d'APD au titre de la santé : aperçu statistique

Une nouvelle analyse des statistiques fournies par les Membres du CAD sur la finalité de leur aide a permis d'appréhender plus clairement les apports d'aide récents au secteur de la santé (y compris la santé génésique). Cette vue d'ensemble présente une quantification de ces apports et examine leur part dans l'APD totale en effectuant une ventilation géographique (par bénéficiaire). L'encadré V-2 décrit brièvement les systèmes de notification statistique du CAD dont toutes les données sont tirées.

#### Définition statistique du CAD concernant l'aide à la santé

Dans leurs notifications statistiques, les Membres du CAD doivent attribuer à chaque activité d'aide un secteur de destination et à l'intérieur de ce secteur, un code-objet détaillé qui identifie « le secteur spécifique de l'économie ou de la structure sociale du pays bénéficiaire dont l'aide est destinée à favoriser le développement ». Le tableau V-1 énumère les codes-objet qui définissent « l'aide à la santé ». A strictement parler, cette définition vaut pour les activités d'aide depuis 1996, le CAD ayant approuvé cette année-là un système révisé de classification par secteur. La majorité des révisions étant des « clarifications » et non des « modifications », les données antérieures et postérieures à la révision demeurent comparables. Les analyses détaillées reposant sur le Système de notification des pays créanciers (SNPC) n'en sont guère affectées. Quant aux analyses qui s'appuient sur les données agrégées du CAD, elles doivent tenir compte du fait que la santé génésique

est considérée comme un secteur distinct, à moins que l'aide à la santé ne soit examinée au sens large (la santé incluant la santé génésique).

La comparabilité des données entre les Membres du CAD (c'est-à-dire la conformité des notifications de chaque Membre avec la définition) est jugée bonne. La classification par secteur du CAD est d'ailleurs de plus en plus largement utilisée dans les systèmes de notification interne des Membres. En ce qui concerne les organisations multilatérales qui notifient des données sectorielles au niveau des projets individuels, la définition de « l'aide à la santé » est appliquée de la même façon que pour les organismes bilatéraux.

Mais les statistiques sectorielles ont leurs limites. Dans les notifications au CAD (ainsi que dans la plupart des systèmes statistiques internes des Membres), chaque activité ne peut se voir attribuer qu'un code secteur/objet. C'est ainsi qu'un aperçu de l'aide totale par secteur peut être fourni de sorte que le total représente 100 % de l'ensemble de l'aide. Pour les activités regroupant plusieurs secteurs, on utilise soit un code multisectoriel, soit le code correspondant à la composante la plus importante de l'activité. Par conséquent, les statistiques CAD sur l'aide à la santé ne sont relatives qu'aux activités pour lesquelles la santé est l'objectif principal, et ne couvrent pas l'aide à la santé fournie à travers des programmes multisectoriels (par exemple, aide aux services sociaux de base). En d'autres termes, s'ils offrent une base cohérente de données statistiques sur l'aide à la santé qui permet de suivre les tendances et de déterminer des ordres de grandeur, les systèmes du CAD peuvent sous-estimer les montants effectivement mis à disposition. On notera également

## Encadré V-2.

**L'aide à la santé mesurée au moyen des systèmes de notification du CAD**

Le CAD collecte des données sur les apports d'aide au moyen de deux systèmes de notification : les agrégats annuels des statistiques CAD et le Système de notification des pays créanciers (SNPC) qui est axé sur les activités individuelles. Ces deux systèmes reposent sur les mêmes concepts et définitions, et ils ont été conçus de façon à se compléter et à se renforcer mutuellement.

Toute analyse sectorielle devrait, dans l'idéal, s'appuyer sur les deux bases de données. Les statistiques CAD rendent compte de la répartition sectorielle de l'aide et de l'importance respective de chaque secteur dans l'aide totale. Le SNPC montre ce que recouvrent les données agrégées, ce qui permet d'évaluer la qualité des données, et notamment leur cohérence avec les définitions et leur comparabilité entre les Membres. Qui plus est, le SNPC ajoute une dimension géographique à l'analyse sectorielle mais, pour que cette analyse soit pertinente, il faut vérifier que les données sont complètes par rapport à l'APD totale notifiée dans les statistiques CAD.

Les statistiques annuelles CAD contiennent des données sur l'aide à la santé depuis 1971. Une analyse détaillée sur la base de données SNPC n'est possible que pour les années 90. On estime que la couverture de la base des données SNPC dans le secteur de la santé est de l'ordre de 75-80 % pour la période considérée, les données pour les années précédentes ne tenant pas compte d'une grande proportion de l'aide à la santé dispensée sous forme de coopération technique. Le déficit de données de 20 % dans les années 90 correspond aux activités de coopération technique menées par la France, l'Allemagne et le Japon.

Le CAD s'attache à collecter des données sur les activités d'aide des organisations multilatérales de la même manière qu'il le fait pour les donateurs bilatéraux. A l'heure actuelle, des données sont transmises en quantité suffisante par le groupe de la Banque mondiale, les banques régionales de développement et l'IFAD qui, considérés conjointement, interviennent pour quelque 40 % dans l'APD multilatérale. Les données sectorielles pour la Commission européenne et les Nations Unies sont largement incomplètes, chaque organisation représentant environ 30 % de l'APD multilatérale. La Commission européenne communique des données sectorielles sur les activités du Fonds européen de développement (FED), mais pas encore sur les activités financées par le budget de la Commission. En ce qui concerne les Nations Unies, des données sectorielles n'ont été transmises que par l'UNICEF, mais elles ne permettent pas des analyses par bénéficiaire. L'aide multi-bilatérale est classée dans les statistiques CAD dans l'aide bilatérale\*.

Au total, le déficit de données pour les Nations Unies peut être estimé à environ 10 % de l'APD totale au secteur de la santé. L'apport du FED dans le domaine de la santé a été quant à lui de l'ordre de 80 millions de \$ par an (5 % du total des fonds émanant du FED). L'un et l'autre n'ont donc guère d'incidence sur l'analyse de la tendance, mais entraînent à l'évidence une sous-estimation de l'aide à la santé dispensée aux différents pays bénéficiaires.

\* Une contribution est considérée comme multilatérale si : a) elle est versée à une organisation bénéficiaire multilatérale ; ou b) elle va à un fonds géré de façon autonome par un organisme multilatéral, et dans l'un et l'autre cas, l'organisme fond les ressources qu'elle recueille en une seule masse, de sorte qu'elles perdent leur identité pour devenir partie intégrante de son actif financier. En conséquence, les contributions des donateurs aux budgets réguliers des organisations et des agences spécialisées des Nations Unies (ce type de budget est aussi appelé budget principal) sont classées dans l'aide multilatérale. Le financement de projets spécifiques exécutés par ces organisations (appelé aussi financement extrabudgétaire) est classé dans l'aide bilatérale si le pays bénéficiaire est spécifié (comme pour le programme d'hygiène infantile mené par l'UNICEF au Cambodge).

Tableau V-1.

**La définition statistique du CAD de « l'aide à la santé »**

Code CAD	Code SNPC	Description	Clarifications/Notes supplémentaires sur la couverture
<b>120 SANTÉ</b>			
121 Santé, général	12110	Politique de la santé et gestion administrative	Politique de la santé, planification et programmes ; aide aux ministères de la Santé ; administration de la santé publique ; renforcement des capacités institutionnelles et conseils ; programmes d'assurance-maladie ; activités de santé non spécifiées.
	12181	Éducation et formation médicales	Enseignement médical et formation pour les services au niveau tertiaire.
	12182	Recherche médicale	Recherche médicale (à l'exclusion de la recherche sur la santé de base).
	12191	Services médicaux	Laboratoires, centres de santé et hôpitaux spécialisés (y compris l'équipement et les fournitures) ; ambulances ; services dentaires ; santé mentale ; rééducation médicale ; lutte contre les maladies à l'exclusion des maladies infectieuses ; lutte contre la toxicomanie [à l'exclusion du trafic de drogues (16361)].
122 Santé de base	12220	Soins et services de santé de base	Programmes de soins sanitaires primaires et de base ; programmes de soins paramédicaux et infirmiers ; approvisionnement en médicaments et en vaccins relatifs aux soins et services de santé de base.
	12230	Infrastructure pour la santé de base	Hôpitaux régionaux, centres de santé, dispensaires et équipements médicaux [à l'exclusion des hôpitaux et centres de santé spécialisés (12191)].
	12240	Nutrition de base	Programmes pour l'alimentation (alimentation maternelle, allaitement et alimentation du sevrage, alimentation de l'enfant, alimentation à l'école) ; identification des déficiences nutritives ; fourniture de vitamine A, d'iode, de fer, etc. ; surveillance de l'état nutritionnel ; enseignement de la nutrition et de l'hygiène alimentaire ; alimentation domestique.
	12250	Lutte contre les maladies infectieuses	Vaccination ; prévention et lutte contre le paludisme, la tuberculose, les diarrhées chroniques, les maladies transmises par un vecteur (par exemple onchocercose, bilharziose), etc.
	12281	Éducation sanitaire	Information, éducation et formation de la population pour l'amélioration des connaissances et des pratiques liées à la santé ; campagnes pour la santé publique et programmes de sensibilisation.
	12282	Formation de personnel de santé	Formation du personnel de santé pour les services et les soins sanitaires de base.
<b>130 POLITIQUE EN MATIÈRE DE POPULATION/SANTÉ ET FERTILITÉ</b>			
	13010	Politique/programmes en matière de population et gestion administrative	Politique en matière de population et de développement ; recensement, enregistrement des naissances/décès ; données sur la migration ; recherche et analyse démographiques ; recherche en santé et fertilité ; activités de population non spécifiées.
	13020	Soins en matière de fertilité	Santé et fertilité ; soins prénatals et périnatals, y compris l'accouchement ; prévention et traitement de la stérilité ; prévention et suites de l'avortement ; activités pour une maternité sans risque.
	13030	Planification familiale	Conseils en planification familiale ; activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) ; distribution de produits contraceptifs ; accroissement des moyens et aptitudes, formation.
	13040	Lutte contre les MST et le VIH/sida	Toutes activités liées au contrôle des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida ; activités d'information, éducation et communication ; dépistage ; prévention ; traitement, soins.
	13081	Formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité	Éducation et formation du personnel de santé pour les services de population ainsi que les soins en matière de santé et fertilité.

\* La définition couvre, même si elle ne le mentionne pas spécifiquement, l'assistance technique dans les sous-secteurs de santé. C'est une conséquence des principes de codage qui doit identifier les secteurs finalement assistés plutôt que les méthodes intermédiaires de fourniture de l'aide.

que la définition de l'aide à la santé exclut l'aide aux autres secteurs qui peut avoir une incidence directe ou indirecte sur la situation sanitaire, comme l'aide à la distribution d'eau et à l'assainissement ou à l'éducation. L'aide médicale en cas de catastrophe naturelle et dans d'autres situations d'urgence est également exclue.

### Évolution récente<sup>1</sup>

Le graphique V-1, qui indique l'évolution de l'aide à la santé depuis 1975, montre une croissance constante, l'aide à la santé ayant progressé de quelques centaines de millions de \$ par an pour s'établir à 3.5 milliards de \$ par an. Les données converties en dollars constants font apparaître qu'il y a eu une croissance en termes réels sur l'ensemble de la période, avec une croissance annuelle moyenne de 3 %. Il est intéressant de noter que l'aide à la santé a continué d'augmenter après 1992, malgré la nette diminution de l'APD totale enregistrée à compter de cette date (voir évolution du rapport APD/PNB sur le graphique V-2). Les engagements d'aide bilatérale pris par les pays Membres du CAD en faveur de la santé sur la période 1990-1998 se sont élevés au total à 16 milliards de \$ (dollars courants) et les prêts d'APD à la santé consentis par les banques multilatérales de développement à 7 milliards de \$.

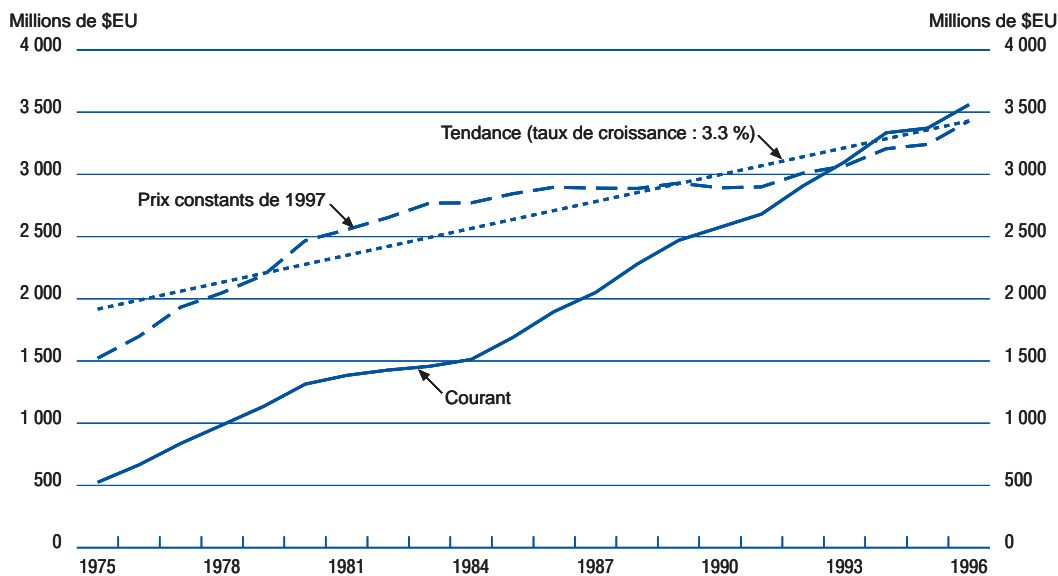
Le tableau V-2 présente des données sur l'aide à la santé pour les différents donateurs. La part de l'APD bilatérale et multilatérale qui est allée à la santé, est

restée relativement stable dans les années 90 (deux tiers et un tiers respectivement). Les États-Unis sont le principal donneur bilatéral en valeur dans le secteur de la santé pour l'ensemble de la période. Les donateurs ayant consacré 10 % ou plus de leur APD bilatérale au secteur de la santé au cours de ces dernières années sont la Belgique, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis et le Royaume-Uni. La part de l'aide à la santé dans l'APD bilatérale totale des pays Membres du CAD a progressé, passant de 4 % au début des années 90 à 6 % en 1998. Les contributions multilatérales ont également augmenté, notamment celles de la Banque mondiale. Entre 1996 et 1998, 14 % des prêts de l'IDA sont allés à la santé, contre 8 % entre 1990 et 1992. Somme toute, environ 7 % de l'APD bilatérale totale des pays du CAD et des prêts d'APD des banques multilatérales ont été affectés à la santé ces dernières années. Le graphique V-3 montre l'évolution de ce pourcentage dans le temps et par rapport à celle observée dans plusieurs autres secteurs.

Le graphique V-4 donne une ventilation par sous-secteur de l'APD à la santé. Le cercle intérieur donne la ventilation de l'aide bilatérale des pays Membres du CAD : un tiers environ des contributions va à la santé de base, un peu plus d'un tiers aux soins en matière de fertilité/activités en matière de population, le reste étant affecté à des programmes généraux de santé et à des services de soins médicaux (autres que les soins de base). Le cercle extérieur concerne l'aide

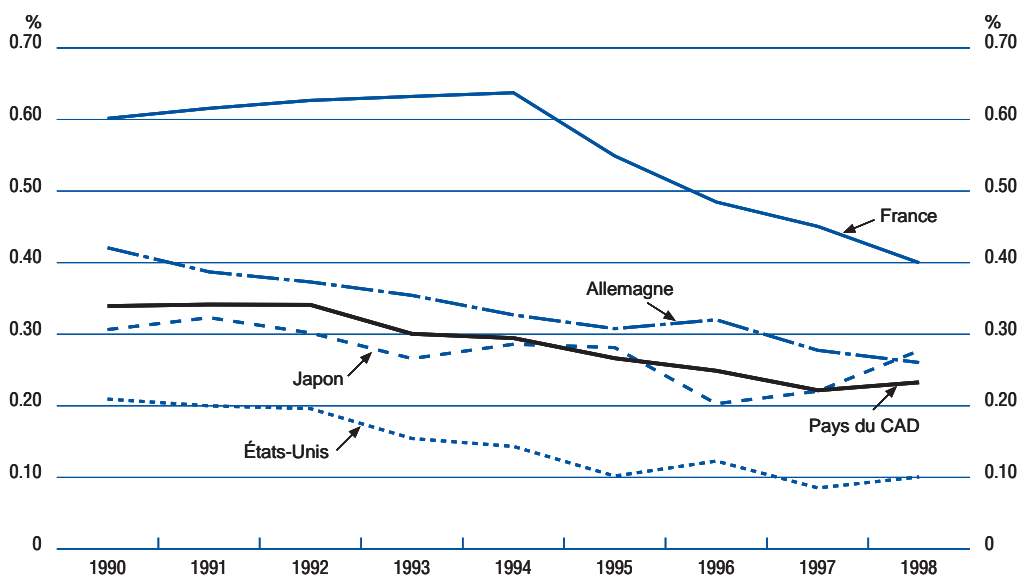
1. Sauf indication contraire, les statistiques présentées concernent l'APD bilatérale et multilatérale à la santé (non compris le budget des Nations Unies et de la CE). Étant donné que les données sectorielles correspondent à des engagements (et non à des versements), des moyennes mobiles servent de base à l'analyse. Ces moyennes permettent de lisser la volatilité des engagements partants, et de mieux déceler les tendances sous-jacentes. En particulier, le caractère conjoncturel des prêts de la Banque mondiale requiert l'utilisation de données moyennes et non annuelles.

Graphique V-1. Aide à la santé, 1973-98 : moyennes mobiles sur cinq ans



Source : Statistiques SNPC et CAD.

Graphique V-2. Évolution de l'APD en pourcentage du PNB, 1990-98



Source : Statistiques CAD.

Tableau V-2.

*Aide à la santé, 1990-98 : moyennes annuelles des engagements et part dans l'aide totale*

	Millions de \$EU			En pourcentage du total du donneur			En pourcentage de l'aide totale à la santé		
	1990-92	1993-95	1996-98	1990-92	1993-95	1996-98	1990-92	1993-95	1996-98
Allemagne	37	114	163	1	3	5	2	4	5
Australie	14	43	76	3	8	7	1	2	2
Autriche	9	14	23	3	9	6	0	1	1
Belgique	1	31	56	1	11	11	0	1	2
Canada	31	57	36	3	5	3	2	2	1
Danemark	69	71	90	15	10	10	4	3	3
Espagne	26	59	117	3	17	16	1	2	4
États-Unis	383	800	733	5	16	17	20	30	22
Finlande	32	14	13	6	7	7	2	1	0
France	71	65	100	3	3	4	4	2	3
Italie	94	31	26	5	3	4	5	1	1
Japon	107	198	242	1	2	2	5	7	7
Norvège	32	38	42	7	5	6	2	1	1
Nouvelle-Zélande	..	1	..	..	2	..	..	0	..
Pays-Bas	61	97	140	5	6	7	3	4	4
Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Royaume-Uni	134	98	214	9	10	10	7	4	6
Suède	154	92	83	7	9	8	8	3	3
Suisse	31	19	30	5	3	6	2	1	1
<b>Total des pays du CAD</b>	<b>1 286</b>	<b>1 841</b>	<b>2 185</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>66</b>
FAfD	71	57	59	9	14	8	4	2	2
FAsD	33	42	45	3	5	3	2	2	1
CE (FED)	61	105	83	4	5	5	3	4	3
IDA	485	616	893	8	10	14	25	23	27
BID Fonds spécial	21	6	42	4	2	8	1	0	1
<b>Total Multilatéral</b>	<b>671</b>	<b>826</b>	<b>1 122</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>1 957</b>	<b>2 667</b>	<b>3 307</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Statistiques SNPC.

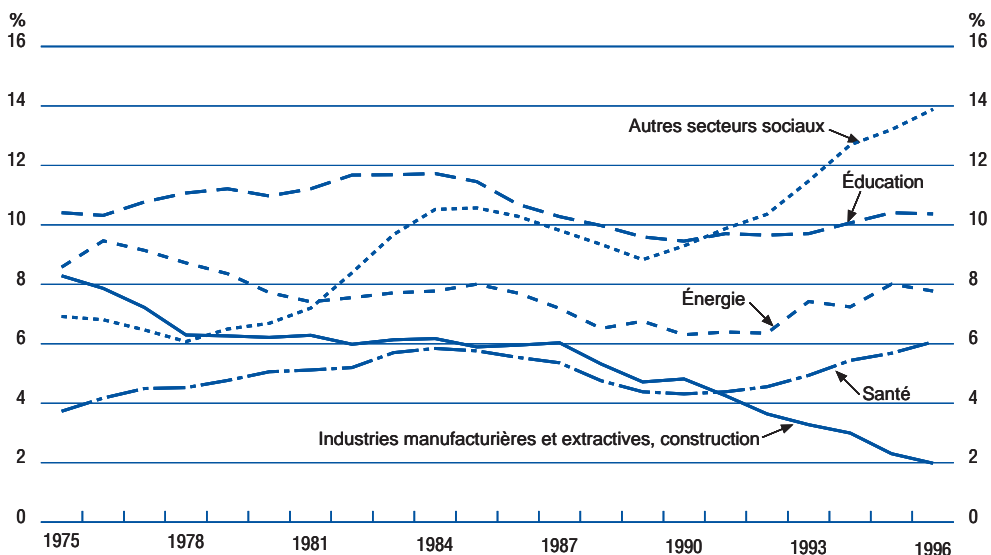
## Notes:

L'Irlande et le Luxembourg ne notifient pas au SNPC et sont donc exclus de l'analyse présentée dans ce chapitre. Selon les statistiques du CAD, 14 % de l'APD bilatérale totale de l'Irlande (en moyenne 11 millions de \$ par an) sont allés au secteur de la santé en 1996-98. Le chiffre correspondant pour le Luxembourg est 23 % (15 millions de \$ par an). La Grèce n'est pas examinée non plus car elle n'est devenue Membre du CAD qu'en 1999.

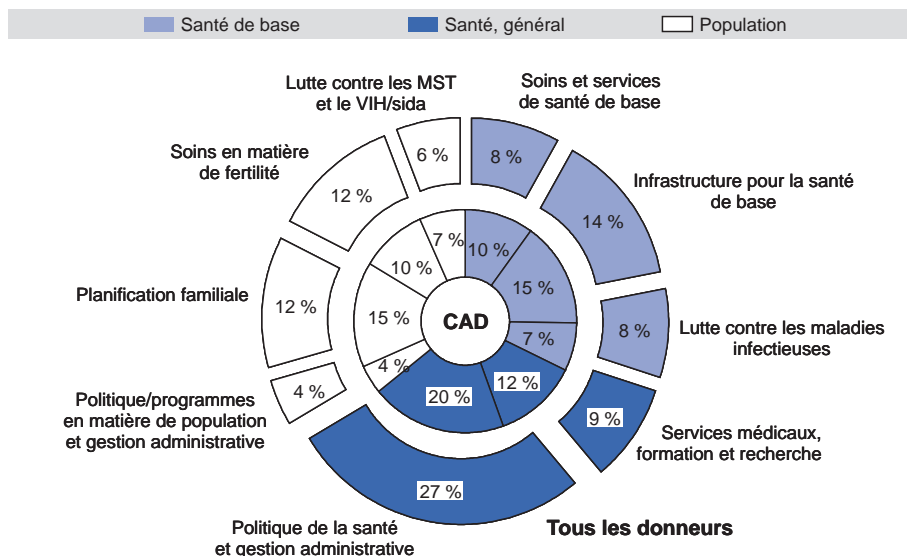
Les données concernant la France, l'Allemagne, le Japon et le Portugal excluent une partie des activités de coopération technique de ces pays et sous-estiment par conséquent la valeur de leur aide à la santé. Mais cela n'a qu'une très faible incidence sur le calcul des pourcentages. S'agissant de la France, l'aide à la santé comprenant la coopération technique a représenté 4 % du total de son APD bilatérale en 1990-92, 3 % en 1993-95 et 4 % en 1996-98. Les chiffres correspondants pour l'Allemagne sont 2 %, 4 % et 4 %, pour le Japon 2 %, 2 % et 3 % et, pour le Portugal, 1 %, 2 % et 6 %.

Les données relatives aux États-Unis ne couvrent que le programme de l'USAID et surestiment légèrement la part de l'aide à la santé dans l'APD bilatérale totale de ce pays. À partir de 1995, la codification sectorielle est fondée sur les objectifs stratégiques et non sur les différentes activités d'aide.

Graphique V-3. Part de l'aide à la santé dans l'APD totale, 1973-98 : moyennes mobiles sur cinq ans



Graphique V-4. Répartition sous-sectorielle de l'aide à la santé, 1990-98 (Cercle intérieur : aide bilatérale ; cercle extérieur : APD totale)



Source : Statistiques SNPC.

totale, y compris les prêts des banques multilatérales de développement. L'aide multilatérale à la santé (qui n'est pas représentée séparément) est essentiellement affectée à des programmes généraux à l'appui du secteur de la santé (40 % de l'aide multilatérale totale à la santé), mais les soins en matière de fertilité et la lutte contre les maladies infectieuses occupent également une place importante (16 % et 10 % respectivement).

La ventilation par sous-secteur est restée relativement stable au fil des ans encore que certains changements se soient produits à l'intérieur des sous-secteurs. C'est ainsi que les crédits en faveur de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, ont augmenté entre 1994-95 pour s'établir à près de 10 % de l'aide (bilatérale et multilatérale) à la santé, mais qu'ils sont tombés à 5 % en 1996-98. L'aide aux soins et services de santé de base et à l'infrastructure pour la santé de base a atteint un niveau record en 1995-96 puisqu'elle a représenté un quart de l'aide totale à la santé, mais elle a chuté à 13 % en 1997-98. Le graphique V-5 présente l'évolution de la ventilation par sous-secteur de l'aide à la santé fournie par l'ensemble des donateurs, mesurée en dollars constants.

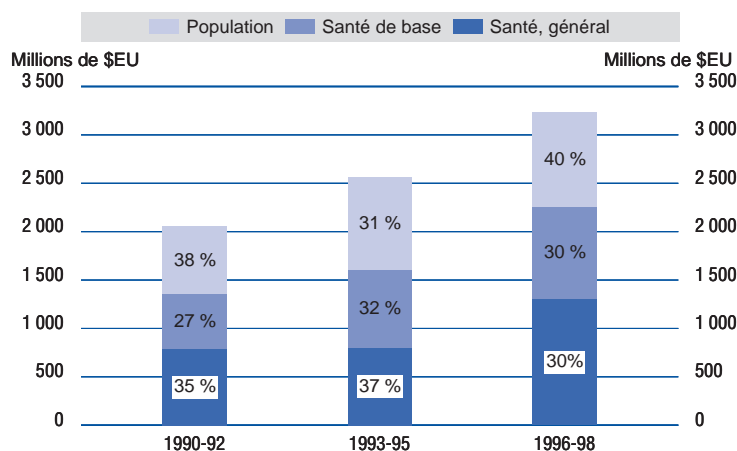
L'éducation sanitaire, la formation de personnel de santé, l'éducation/formation médicale et la recherche médicale représentent moins de 3 % de l'aide totale à la santé. Si ce pourcentage paraît faible, il ne peut pas rendre compte du nombre d'activités entreprises par les donateurs. Premièrement, les programmes en matière d'éducation, de formation et de recherche sont généralement de petite taille par rapport aux autres projets mis en œuvre dans le

secteur de la santé. Deuxièmement, les composantes éducation et formation peuvent être intégrées dans de nombreux programmes de santé, mais leur part dans le total ne peut être isolée. Enfin, il faut également noter qu'on ne dispose pas de données en ce qui concerne les activités de coopération technique de plusieurs donateurs.

Le graphique V-6 et le tableau V-3 montrent les évolutions concernant la répartition géographique de l'aide à la santé. L'Asie est la principale région bénéficiaire de l'aide à la santé, et aussi de l'aide en général (tous secteurs confondus). En 1996-1998, elle a reçu la moitié de l'aide à la santé (ce qui correspond à peu près à la part de l'Asie dans les engagements totaux d'APD). Les programmes de santé les plus importants ont été mis en œuvre en Inde, en Chine et au Bangladesh. Ces trois pays ont obtenu de l'IDA de généreux prêts d'APD. L'Inde et le Bangladesh ont également obtenu des dons bilatéraux non négligeables en faveur du secteur de la santé. Ceux-ci proviennent de donateurs très divers, les principaux étant l'Allemagne, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis. L'aide à la santé en Afrique a diminué dans les années 90, mais ce continent reçoit toujours les montants de loin les plus importants d'aide à la santé par habitant (4 fois plus que l'Asie), comme c'est aussi le cas pour l'aide totale. L'Ouganda est le seul pays africain qui ait continué à figurer parmi les dix premiers bénéficiaires de l'aide à la santé tout au long des années 90.

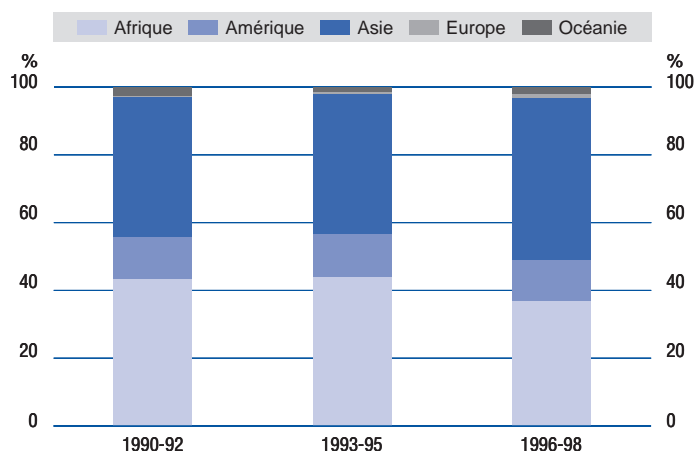
Les statistiques par bénéficiaire peuvent être analysées sous un autre angle. La partie droite du tableau V-3 énumère les 10 pays où l'aide est concentrée sur le secteur de la santé, c'est-à-dire où le pourcentage de l'aide à la santé dans les

**Graphique V-5. Aide à la santé, 1990-98**  
En prix constants (1997)



Source : Statistiques SNPC.

**Graphique V-6. Aide à la santé par région, 1990-98**



Source : Statistiques SNPC.

montants totaux reçus est le plus élevé. Une autre approche consiste à agréger les données sur l'aide à la santé par catégorie de revenu, comme le montre le

graphique V-7. L'aide à la santé dans les pays les moins avancés a diminué dans les années 90, mais ces pays reçoivent encore une aide à la santé par habitant

Tableau V-3.

## Principaux bénéficiaires de l'aide à la santé, 1990-98

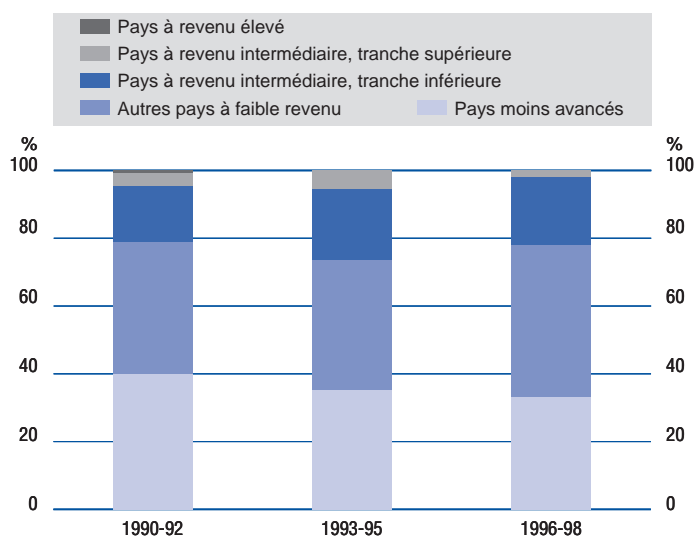
Les dix premiers en valeur absolue Moyenne annuelle en millions de \$EU					Les dix premiers en pourcentage de l'aide reçue		
	1990-92		1993-95		1996-98		1996-98
Inde	305	Inde	268	Inde	623	Nigeria	41
Bangladesh	178	Chine	110	Bangladesh	179	Congo, Rép. dém.	32
Tanzanie	67	Pakistan	92	Viêt-nam	108	Rép. dominicaine	31
Ouganda	66	Ouganda	85	Chine	101	Gambie	30
Mozambique	59	Mozambique	80	Éthiopie	82	Guinée équatoriale	23
Kenya	58	Philippines	79	Égypte	80	Panama	23
Chine	51	Bangladesh	73	Tanzanie	69	Fidji	20
Nigeria	51	Zambie	71	Indonésie	69	Chili	19
Pakistan	46	Égypte	67	Ouganda	63	Inde	19
Indonésie	46	Indonésie	66	Kenya	62	Colombie	18

Source : Statistiques SNPC.

qui est, en moyenne, trois fois plus importante que pour les pays appartenant aux autres catégories de revenu. Des précisions

complémentaires sur la ventilation géographique de l'aide à la santé sont données dans le tableau V-4.

Graphique V-7. Aide à la santé par groupe de revenu, 1990-98

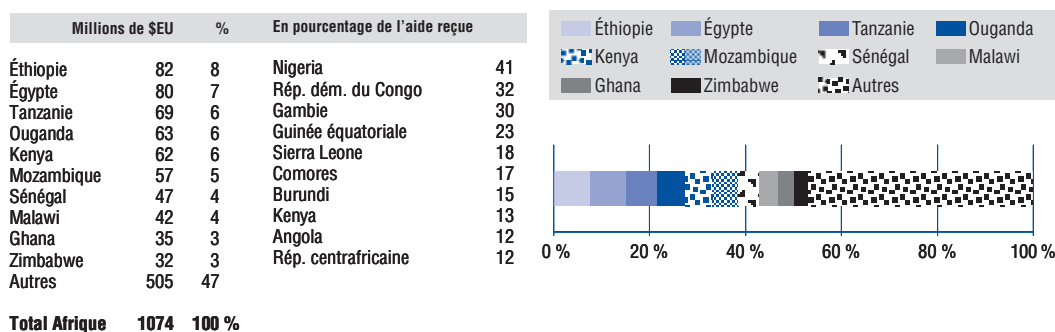


Source : Statistiques SNPC.

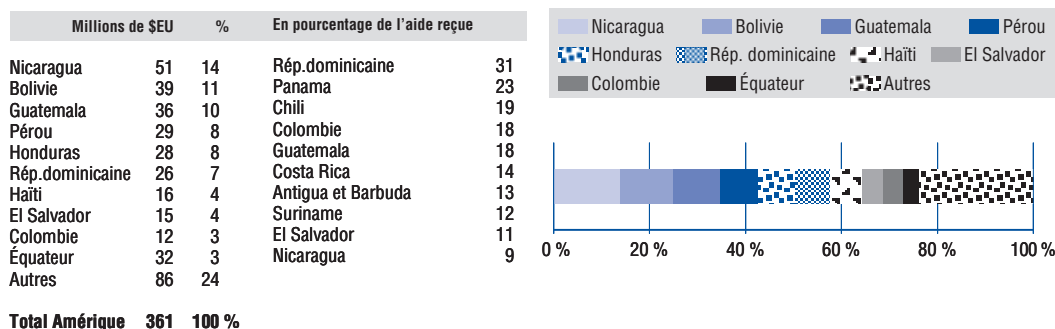
Tableau V-4. Les dix premiers bénéficiaires de l'aide à la santé en Afrique, en Amérique latine, aux Caraïbes et en Asie, 1996-98

Moyenne annuelle en valeur absolue et en pourcentage de l'APD totale reçue

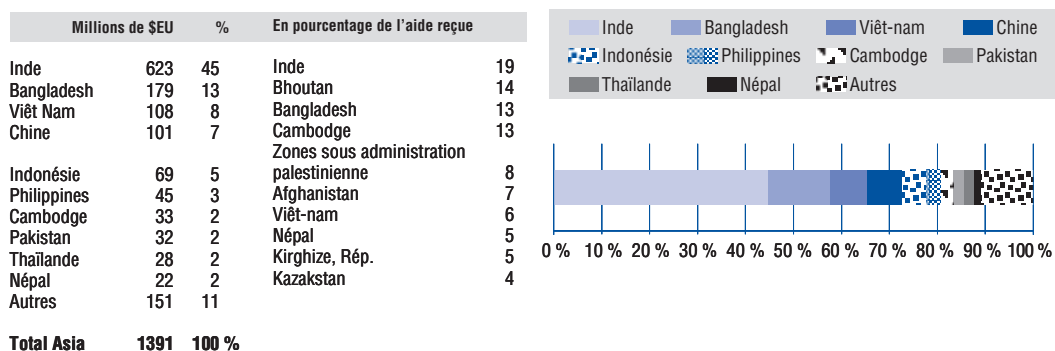
#### Les dix premiers bénéficiaires en Afrique, 1996-98



#### Les dix premiers bénéficiaires en Amérique latine et aux Caraïbes, 1996-98



#### Les dix premiers bénéficiaires en Asie, 1996-98



Source : Statistiques SNPC.

Enfin, le tableau V-5 contient des données sur les autres apports du secteur public (AASP)<sup>2</sup> à la santé. Les donateurs bilatéraux accordent très peu de prêts AASP au secteur de la santé. Les prêts de la BIRD en faveur de la santé s'élèvent à 400-600 millions de \$ par an et ils ont augmenté ces dernières années. Durant la période

1990-98, les prêts AASP consentis par l'ensemble des donateurs se sont chiffrés à près de 8 milliards de \$ (dollars courants). Le Brésil, le Mexique et l'Indonésie ont été les principaux pays bénéficiaires. Quarante-cinq pour cent des prêts AASP à la santé sont allés à des programmes de santé généraux et 18 % à la recherche médicale.

Tableau V-5.

*Autres apports du secteur public à la santé, 1990-98 : moyennes annuelles des engagements*

Par donneur (millions de \$EU)	1990-92	1993-95	1996-98	Principaux bénéficiaires (millions de \$EU)			
				1990-92	1993-95	1996-98	
BAfD	3.9	20.3	4.9	Brésil	89.0	53.3	305.0
BAsD	35.0	13.3	59.1	Mexique	60.0	103.3	241.7
Autriche	0.0	0.0	14.3	Indonésie	34.7	105.0	95.8
France	4.5	6.9	0.6	Venezuela	33.3	68.0	50.0
BIRD	413.7	404.4	655.7	Maroc	34.7	8.5	44.7
BID	67.0	146.1	288.1	Argentine	0.0	0.0	72.1
Japon	0.0	0.0	0.0	Malaisie	35.0	33.3	0.0
Pays-Bas	0.7	0.7	0.0	Chili	62.3	0.0	0.0
Royaume-Uni	0.0	3.2	0.0	Turquie	0.0	50.0	4.8
Total général	524.9	594.9	1 022.7	Nigeria	46.0	0.0	1.0

Source : Statistiques SNPC.

### Autres activités liées à la santé

Comme indiqué plus haut, les données correspondant à la définition statistique du CAD de l'aide à la santé ne sauraient donner une image complète des apports dans ce domaine. Premièrement, le

principe de la codification sectorielle (un code par activité) implique que les statistiques ne couvrent pas l'aide à la santé qui est fournie dans le cadre de programmes plus larges en faveur du secteur social ou de programmes multisectoriels<sup>3</sup>. Deuxièmement, une partie de l'aide

2. Par autres apports du secteur public (AASP), on entend les opérations du secteur public qui n'ont pas pour but essentiel de favoriser le développement ou, si tel est le cas, dont l'élément de libéralité est inférieur au seuil de 25 % qui permettrait de les classer dans l'APD.

3. Les codes secteur/objet susceptibles d'inclure certaines activités touchant à la santé sont les suivants : politique de l'emploi et gestion administrative, services sociaux, aide plurisectorielle pour les services sociaux de base, développement et gestion urbaine et développement rural.

publique aux activités des ONG peut également être exclue dans la mesure où elle n'est généralement pas l'objet d'une codification sectorielle aussi précise que l'aide-projet et l'aide-programme. Enfin, les statistiques de l'aide à la santé ne prennent pas non plus en considération les activités menées dans d'autres secteurs qui peuvent avoir des effets directs ou indirects sur la situation sanitaire, comme les activités concernant l'éducation des filles ou l'eau et l'assainissement.

#### 4. Nécessité d'accroître l'aide à la santé

**I**l est difficile d'évaluer l'ampleur des autres activités liées à la santé. Les programmes multisectoriels de développement rural et d'aménagement urbain se sont chiffrés, en moyenne, à 1.1 milliard de \$ par an au cours des années 90. Les activités notifiées comme autres services sociaux se sont montées à 500 millions de \$ par an. Si aucune estimation ne peut être fournie en ce qui concerne la part qui va au secteur de la santé, il est raisonnable de penser qu'en tout état de cause, les montants en question ne dépassent pas quelques centaines de millions de \$ par an. On sait que les ONG mènent des activités dans les secteurs sociaux, mais des estimations concernant la ventilation sectorielle de leur aide ne sont disponibles que pour quelques pays Membres du CAD seulement. Si celles-ci étaient appliquées à l'aide totale aux ONG des pays du CAD, l'aide à la santé augmenterait de quelques centaines de millions de \$ par an. S'agissant de l'éducation, de la distribution d'eau et de l'assainissement, la meilleure mesure indirecte des activités contribuant directement à améliorer la situation

sanitaire est fournie par les activités notifiées comme « services sociaux de base » (voir l'annexe V-3), dans la mesure où ces activités visent expressément les catégories pauvres de la population. En 1997-98, l'aide bilatérale des Membres du CAD à l'éducation de base, et à la distribution d'eau et à l'assainissement destinés aux plus démunis s'est élevée, en moyenne, à 1.1 milliard de \$ par an.

On peut donc s'attendre qu'une APD d'un montant total de 5 milliards de \$ ait des incidences mesurables sur la situation sanitaire. Sur ce montant, l'aide au secteur de la santé proprement dit s'est chiffrée à 3.5 milliards de \$, dont 2 milliards de \$ sont allés à la santé de base et à la santé génésique.

Si ces estimations sont très approximatives, elles renferment un message important : l'aide à la santé est très inférieure à ce qu'elle devrait être pour pouvoir réaliser les objectifs internationaux en matière de santé. Selon l'Initiative 20/20, pour assurer à tous l'accès à des services de santé de base et de santé génésique, il faudrait opérer des investissements de l'ordre de 100 milliards de \$ par an pendant 10 ans. Un montant supplémentaire de 100 milliards de \$ est nécessaire pour l'eau et l'assainissement, et l'éducation primaire universelle. On a fait valoir, dans le cadre de cette Initiative, que 10 % des coûts considérés devraient être financés par l'APD. Cela signifie qu'au moins 10 milliards de \$ d'APD par an devraient être consacrés à la santé de base et à la santé génésique, et 10 autres milliards de \$ à l'éducation de base ainsi qu'à l'eau et à l'assainissement. Ces deux montants sont à peu près cinq fois supérieurs aux dépenses actuelles au titre de ces services de base.