

N° 827

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 1^{er} juillet 2026

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur l'aide publique
au développement de la France en matière de santé,*

Par MM. Michel CANÉVET et Raphaël DAUBET,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Claude Raynal, *président* ; M. Jean-François Husson, *rapporteur général* ; MM. Bruno Belin, Christian Bilhac, Michel Canévet, Emmanuel Capus, Thierry Cozic, Thomas Dossus, Albéric de Montgolfier, Mme Sophie Primas, MM. Didier Rambaud, Stéphane Sautarel, Pascal Savoldelli, *vice-présidents* ; Mmes Marie-Carole Ciuntu, Frédérique Espagnac, MM. Marc Laménie, Hervé Maurey, *secrétaires* ; MM. Pierre Barros, Arnaud Bazin, Grégory Blanc, Mmes Florence Blatrix Contat, Isabelle Briquet, M. Vincent Capo-Canellas, Mme Marie-Claire Carrère-Gée, MM. Raphaël Daubet, Vincent Delahaye, Bernard Delcros, Vincent Éblé, Rémi Féraud, Stéphane Fouassin, Mme Nathalie Goulet, MM. Jean-Raymond Hugonet, Éric Jeansannetas, Christian Klinger, Mme Christine Lavarde, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Victorin Lurel, Jean-Marie Mizzon, Claude Nougéin, Olivier Paccaud, Mme Vanina Paoli-Gagin, MM. Georges Patient, Jean-François Rapin, Mme Ghislaine Senée, MM. Laurent Somon, Christopher Szczurek, Mme Sylvie Vermeillet, M. Jean Pierre Vogel.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
LISTE DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURS SPÉCIAUX	15
I. L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE TRAVERSE UNE CRISE FINANCIÈRE ET POLITIQUE MAJEURE	17
A. EN MATIÈRE DE SANTÉ, L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT A FAIT LA PREUVE DE SON UTILITÉ TANT POUR LES PAYS BÉNÉFICIAIRES QUE POUR LES PAYS DONATEURS	17
B. UNE CRISE DU FINANCEMENT INTERNATIONAL DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	19
1. <i>Un système de financement international fragmenté et dépendant des grands bailleurs internationaux.....</i>	<i>21</i>
2. <i>Le système de santé mondiale risque de se trouver affaibli par la diminution des contributions étatiques.....</i>	<i>26</i>
3. <i>En particulier, les États-Unis se sont engagés dans un retrait en trompe l'œil des organisations internationales dans le domaine de la santé, accompagné d'une démarche transactionnelle agressive auprès de ces entités et des pays bénéficiaires.....</i>	<i>29</i>
C. UNE CONTRIBUTION DE LA FRANCE À L'EFFORT EN SANTÉ MONDIALE EN RECU SIGNIFICATIF	32
1. <i>Renforcé à compter de 2021, l'effort financier de la France devrait se contracter sous l'effet des restrictions budgétaires et des choix politiques.....</i>	<i>32</i>
2. <i>L'aide française dans le domaine de la santé transite très majoritairement par le canal multilatéral, y compris après la baisse des contributions internationales amorcée en 2025.....</i>	<i>39</i>
3. <i>Une implication de l'ensemble des acteurs de la politique de développement.....</i>	<i>47</i>
II. EN DÉPIT D'UNE BAISSÉ SENSIBLE DE SES MOYENS, LA FRANCE DOIT ACCOMPAGNER LA RÉFORME DE L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE ET DAVANTAGE CONCENTRER SON AIDE SUR SES PRIORITÉS GÉOGRAPHIQUES ET THÉMATIQUES.....	60
A. SI LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MONDIALE DE LA FRANCE S'EST RENFORCÉE, ELLE DEMEURE EXCESSIVEMENT SEGMENTÉE, EN CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE « D'UNE SEULE SANTÉ » ET DOIT MIEUX ASSOCIER LE PARLEMENT	60
B. ESSENTIEL, LE VOLET MULTILATÉRAL DE NOTRE AIDE PEUT ÊTRE OPTIMISÉ, DANS UN CONTEXTE DE RÉFORME DE L'ARCHITECTURE DE SANTÉ MONDIALE	62
1. <i>Un bilan positif de l'aide multilatérale en matière de santé qui invite à porter un regard neuf et lucide sur ce canal.....</i>	<i>62</i>
2. <i>Stabiliser nos contributions pour concentrer nos versements sur les organismes les plus alignés avec nos priorités et les plus stratégiques dans la réforme de l'architecture en santé mondiale.....</i>	<i>70</i>

C. UNE CAPACITÉ BILATÉRALE DOIT ÊTRE PRÉSERVÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	79
1. Des versements bilatéraux peu ciblées sur nos priorités géographiques	79
2. Préserver des capacités de subventions et mobiliser des modalités alternatives de financements	83
3. La mobilisation des financements européens, vecteur de « rebilatéralisation » de la contribution française au budget de l'Union ?.....	84
EXAMEN EN COMMISSION.....	87
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	97
LISTE DES DÉPLACEMENTS.....	99
TABLEAU DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI.....	101

L'ESSENTIEL

Dans un contexte d'affaiblissement du multilatéralisme, les rapporteurs spéciaux Michel Canévet et Raphaël Daubet ont souhaité mener **un contrôle budgétaire sur l'aide publique au développement de la France en matière de santé**. Son financement de l'aide au développement en matière de santé mondiale se caractérise par : **la place prépondérante de grandes entités multilatérales, une dépendance aux financements des grands bailleurs étatiques** et la **faible part des ressources nationales** dédiée à la santé dans les pays bénéficiaires.

L'architecture de la santé mondiale traverse aujourd'hui **une crise financière et politique majeure**. La **baisse des financements étatiques**, à laquelle s'ajoute **la stratégie d'unilatéralisme transactionnel et de politisation des sujets sanitaires par les Etats-Unis américain**, risque d'affaiblir durablement les capacités internationales de réponse aux urgences sanitaires.

Dans ce contexte, la France, traditionnellement très engagée dans la protection de ce bien public mondial et dans la lutte contre les grandes épidémies, **a investi plus de 9,5 milliards d'euros dans ce domaine entre 2018 et 2024**. Du fait des restrictions budgétaires et de choix politiques, **le volume d'aide a fortement reculé depuis 2023**.

Une majorité de l'aide française en matière de santé transite par les organisations internationales. C'est pourquoi le suivi de l'action des grands fonds verticaux en matière de santé est essentiel. Si l'aide multilatérale française en santé est évaluée positivement, tant en termes d'impact sur les bénéficiaires que de visibilité, la France **doit défendre un ordre universaliste et peser dans la réforme de l'architecture en santé mondiale**.

Les rapporteurs spéciaux **ont formulé neuf recommandations afin de préserver le leadership de la France en matière de santé mondiale** visant principalement : à élargir la gouvernance de cette politique dans la logique « d'une seule santé », à améliorer le pilotage de nos contributions aux organisations internationales dans le domaine de la santé et à mieux accompagner la réforme en cours de l'architecture en santé mondiale.

I. UNE CRISE DE FINANCEMENT DE L'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

A. L'APD EN MATIÈRE DE SANTÉ A FAIT LA PREUVE DE SON UTILITÉ TANT POUR LES BÉNÉFICIAIRES QUE POUR LES DONATEURS

La recherche économique souligne les effets positifs de l'aide pour le développement humain dont la santé, avec l'éducation et la réduction des inégalités, fait partie des composantes. De plus, les évaluations réalisées sur les investissements opérés en matière de santé au cours des dernières années démontrent un bilan largement positif, en particulier dans deux domaines :

- l'action des organisations internationales a conduit à **réduire de 62 %** le taux de mortalité combiné lié au sida, à la tuberculose et au paludisme ;

- depuis 2000, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a **diminué de 52 %** et la mortalité infantile de 40 %.

De plus, **l'APD en matière de santé présente d'indéniables avantages pour les États donateurs.** Selon l'Agence française de développement (AFD) « *ses retombées dépassent largement le champ sanitaire : elles irriguent la sécurité, la croissance économique et la cohésion sociale, à l'échelle nationale, européenne et mondiale.* »

Dans un contexte d'érosion du capital de rayonnement de la France, elle reste particulièrement attendue, non seulement pour défendre politiquement le multilatéralisme en santé, mais aussi pour continuer à peser à la table des financeurs.

B. UNE CRISE SANS PRÉCÉDENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ MONDIALE, AGGRAVÉE PAR L'IMPÉRIALISME SANITAIRE AMÉRICAIN

L'architecture de la santé mondiale est **fragmentée, avec 203 entités** distinctes.

Elle s'organise toutefois principalement autour de **l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** agence cheffe de file des Nations unies pour la santé mondiale et de **trois grands fonds verticaux** : le **Fonds mondial** de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), la Facilité internationale d'achat de médicaments (**Unitaid**) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (**Gavi**).

85 %

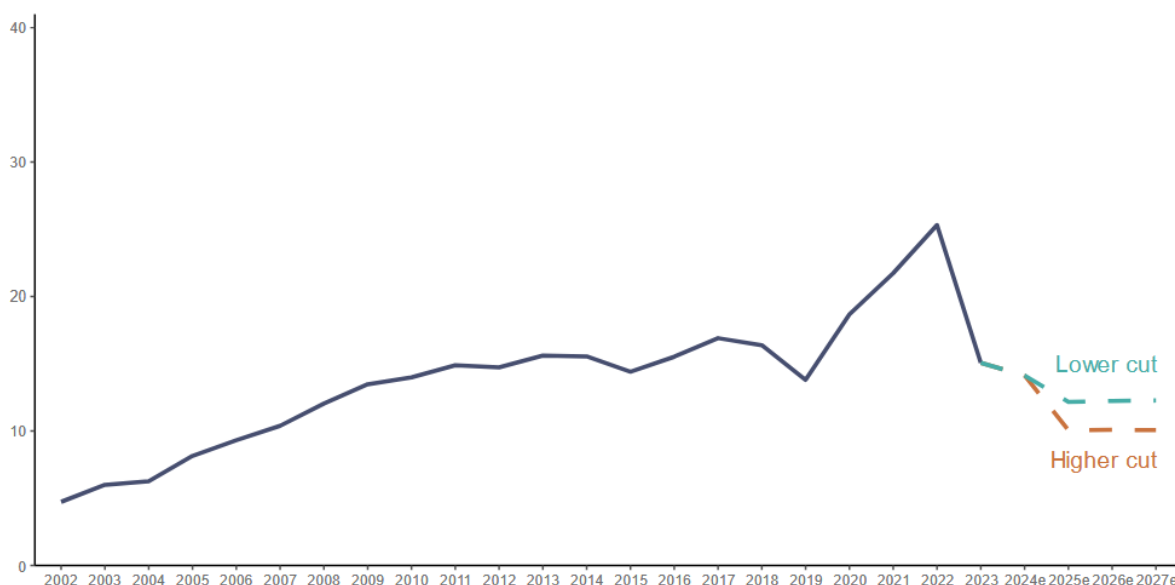
C'est la part du budget de l'APD en santé issue de contributions des États jusqu'en 2025

Source : ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Historiquement dépendant des grands États bailleurs (avant 2025, 85 % de l'APD en santé résultait de versements étatiques), **le système de santé mondiale risque de se trouver affaibli par la diminution des contributions nationales** : en 2025 les crédits bilatéraux ont connu une baisse comprise entre 14 % et 29 % par rapport à 2024 selon les estimations.

Évolution de l'aide au développement des pays du comité d'aide au développement (CAD) en matière de santé, incluant des projections de baisse de l'APD sur la période 2023-2027

Net bilateral ODA for health from DAC countries, 2010-23 (official data) and 2024-27 (projections), USD billion, constant (2023) prices



Source : OCDE

En particulier, les États-Unis se sont engagés dans un retrait en trompe l'œil des organisations internationales dans le domaine de la santé. De loin le premier donateur en matière de santé (avec 43 % de l'aide étatique en 2023), les États-Unis ont décidé une **baisse de 62 % de leur aide en santé**. En parallèle, l'administration Trump a annoncé son retrait de l'OMS.

Cette baisse de l'aide américaine s'accompagne d'une démarche transactionnelle agressive auprès des pays bénéficiaires **par la conclusion d'accords fortement déséquilibrés**, conditionnant le versement de crédits

américains à une captation des données de santé de ces États et à des achats auprès d'entreprises américaines.

Cette stratégie marque une tentative de reconfiguration politique et idéologique de la santé mondiale, au détriment de l'approche universaliste portée par l'OMS et défendue par la France. Elle risque, d'une part, de **priver la communauté internationale des capacités de surveillance et d'anticipation** des grandes pandémies et, d'autre part, **d'affaiblir l'OMS**, pourtant indispensable à la coordination de l'action internationale en matière de santé.

Les principaux fonds verticaux intervenant en matière de santé

Organisation	Statut et siège	Mandat	Budget et modalités de financement
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)	Fondation de droit suisse basée à Genève.	Mobilisation de ressources pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme.	Financement par des cycles pluriannuels de reconstitution des ressources. 12,64 milliards de dollars pour la huitième reconstitution triennale du Fonds mondial (2026-2028).
Unitaid	Partenariat international hébergé par l'OMS à Genève.	Centralisation des achats de traitements médicamenteux afin d'en accélérer la disponibilité et de lutter contre les grandes pandémies.	34,8 millions de dollars pour le budget opérationnel 2025. Depuis sa création en 2006, Unitaid a reçu près de quatre milliards de dollars américains de subventions, dont deux milliards provenant de la France.
Gavi	Partenariat public-privé situé à Genève.	Renforcement de l'accès des pays à faibles revenus aux vaccins afin de protéger la vie des enfants.	Financement par des cycles pluriannuels de reconstitution des ressources. Deux canaux de contributions sont mobilisés : les contributions directes et les mécanismes de financement innovants (IFFIm). 12,64 milliards de dollars de budget pour la période 2026-2030 (en baisse de 19 % par rapport à la précédente reconstitution triennale).

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

C. UNE CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE LA FRANCE À L'EFFORT EN SANTÉ MONDIALE EN REcul SIGNIFICATIF

Depuis le début des années 2000, la France a fait le choix d'investir une part conséquente de son aide publique au développement dans le domaine de la santé. Suivant les priorités internationales, à savoir lutter contre les maladies transmissibles (VIH, tuberculose et paludisme), l'effort financier français s'est alors principalement orienté vers le canal multilatéral et les grands fonds verticaux.

1,5 milliard d'euros

C'est le montant total de l'aide publique au développement de la France en matière de santé en 2024, aides multilatérale et bilatérale confondues.

Source : ministère de l'Europe et des affaires étrangères

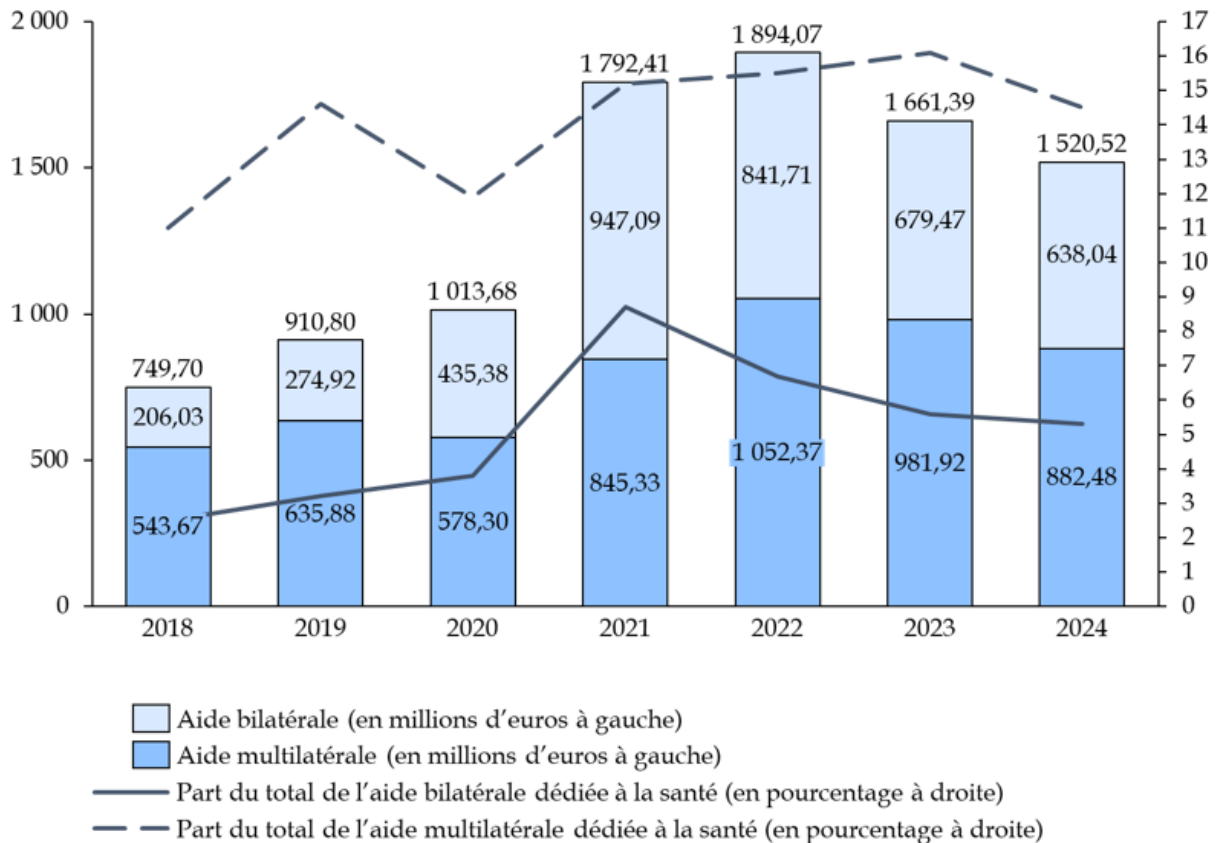
Par rapport à d'autres secteurs de notre politique de développement, la santé se caractérise donc par la prépondérance manifeste du volet multilatéral, qui représente 58 % de notre aide en 2024. Cette part majoritaire des contributions multilatérales dans notre aide totale s'explique par une approche de la santé comme un bien public mondial. En moyenne, sur la période 2018-2024, la France a consacré 788 millions d'euros par an en contributions internationales dans le domaine de la santé.

Une majorité des financements multilatéraux français est destinée aux grands fonds verticaux (FMSTP, Unitaid et Gavi), qui concentrent plus de 60 % de ces crédits. Au total, sur la période 2017-2023, les trois quarts des contributions versées par la France dans le secteur de la santé ont bénéficié au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Toutefois, les exercices 2025 et 2026 ont été marqués par une baisse notable des contributions multilatérales de la France en matière de santé, accompagnées de report de paiement des contributions déjà annoncées. À titre d'exemple, la contribution de la France au Fonds mondial pour 2026-2028 sera inférieure de 58 % à celle pour 2023-2025 et les versements à Unitaid reculeront de 22 %. La France pourrait passer, du 2e au 7e rang des donateurs au Fonds mondial.

Évolution des versements d'APD de la France en matière de santé sur la période 2018-2024

(en millions d'euros, à gauche, et en pourcentage, à droite)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

La santé implique l'ensemble des acteurs intervenant dans le déploiement de notre APD :

- sur le plan multilatéral, pas moins de quatre ministères se partagent la représentation de la France au sein des organisations internationales en santé (MEAE, ministère de la santé, ministère de l'agriculture et ministère de la transition écologique) ;

- sur le plan bilatéral, au moins une quinzaine d'acteurs institutionnels français opèrent des versements comptabilisés dans les dépenses d'aide au développement de la France en matière de santé.

II. EN DÉPIT DE LA BAISSÉ DE SES MOYENS BUDGÉTAIRES, LA FRANCE DOIT ACCOMPAGNER LA RÉFORME DE L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE

A. LA GOUVERNANCE DE NOTRE AIDE EN MATIÈRE DE SANTÉ DOIT MIEUX ASSOCIER TOUTES LES PARTIES PRENANTES

Comme dans d'autres segments de son aide publique au développement, la France s'est dotée d'une stratégie sectorielle visant à assurer la cohérence de son action dans le domaine de la santé : la stratégie de la France en santé mondiale 2023-2027.

En outre, en réponse aux recommandations de la Cour des comptes qui regrettait, en 2022, le cloisonnement de notre politique de santé mondiale¹, le MEAE a mis en place une « task force interministérielle santé mondiale » comprenant notamment le ministère de la santé.

Indéniablement, elle a permis de renforcer la coordination entre le MEAE et le ministère chargé de la santé. Cependant, le périmètre retenu par cette instance de concertation interroge : il ne comprend ni la direction générale du Trésor, ni le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, pourtant associé au suivi de la stratégie française en santé mondiale, ni les opérateurs, ni le ministère de l'agriculture.

Il paraît indispensable que le périmètre de la task force coïncide avec celui de la stratégie en santé mondiale. Par ailleurs, la conception et le suivi de cette dernière doivent mieux associer les parlementaires.

B. INCONTOURNABLE, LE VOLET MULTILATÉRAL DE NOTRE AIDE PEUT ÊTRE OPTIMISÉ, DANS UN CONTEXTE DE RÉFORME DE L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE

La participation de la France aux trois grands fonds verticaux (Fonds mondial, Gavi et Unitaid) peut être évaluée positivement sur différents plans. Ces organisations :

- présentent des résultats concrets, notamment en termes de couverture vaccinale ;
- permettent la convergence des contributions étatiques, des économies d'échelle et une réduction des coûts de coordination entre les différents bailleurs ;

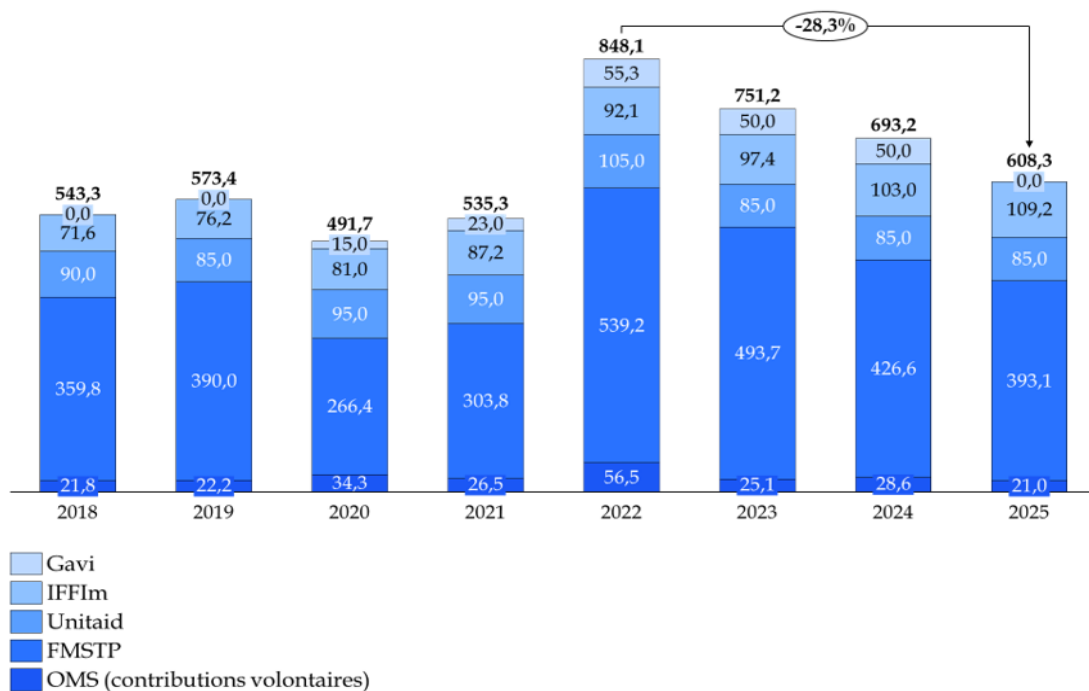
¹ Cour des comptes, [L'aide publique au développement dans le domaine de la santé et la présence de la France dans les organisations internationales en santé](#), référé en date du 16 décembre 2022.

- offrent un effet retour pour les entreprises et organisations de la société civile françaises ;

- et ont un effet levier sur les financements privés.

Évolution des contributions de la France aux fonds verticaux en matière de santé et à l'OMS en 2018 et 2025

(en millions d'euros et en pourcentage)



Note : les contributions à l'OMS présentées *supra* sont les contributions volontaires (hors contributions obligatoires).

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux et les rapports budgétaires

Confrontées à une baisse de leurs financements, **les organisations internationales ont engagé, à court terme, des réformes de leur fonctionnement interne** pour dégager au plus vite des économies budgétaires et, à moyen terme, **une accélération de la réflexion sur l'architecture en santé mondiale**, afin de réduire sa fragmentation institutionnelle et de renforcer la robustesse de son modèle économique. En ce sens, l'OMS a réduit d'un tiers ses effectifs et augmente progressivement les contributions fixées des États membres.

Dans ce contexte, la France entend accompagner ces entités dans leur réforme, en particulier en renforçant ses engagements auprès de l'OMS. En parallèle, il importe qu'elle **réitère ses priorités auprès des grands fonds verticaux**, notamment pour s'opposer aux demandes les plus préjudiciables de l'administration américaine.

C. NOS CAPACITÉS BILATÉRALES DEVRONT ÊTRE PRÉSERVÉES

Au sein de ses versements d'APD dans le domaine de la santé, la France consacre traditionnellement une part plus limitée de son aide bilatérale.

Principal opérateur bilatéral, l'AFD a financé un volume total d'engagements de 4,43 milliards d'euros dans le domaine de la santé entre 2018 et 2025.

L'APD bilatérale de la France en matière de santé ne respecte pas la cible de 60 % de concentration vers les pays les moins avancés : sur l'ensemble de l'aide bilatérale, en versements bruts, les versements en matière de santé étaient dirigés à 37 % en direction des PMA, à 31 % en direction des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) et à 32 % en direction des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRITS).

Il paraît aux rapporteurs spéciaux indispensable de préserver des capacités de subventions bilatérales. Pourtant, par rapport au canal multilatéral, l'aide bilatérale devrait encore reculer du fait des mesures d'économies décidées sur le périmètre de la mission APD.

Or, les subventions bilatérales sont plus adaptées aux besoins des pays les moins avancés, qui ne répondent pas aux exigences de soutenabilité des prêts souverains. Elles permettent en outre à la France de financer des projets alignés sur ses priorités thématiques, **en comblant en partie les « angles morts » des financements octroyés par les institutions multilatérales.** Dans ce contexte, il importe de garantir un « socle » de financements bilatéraux, en cohérence avec les objectifs assignés à notre politique de développement.

LISTE DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURS SPÉCIAUX

Recommandation n° 1 : associer les commissions permanentes des deux assemblées chargées des finances, des affaires sociales et des affaires étrangères au suivi de la stratégie de la France en santé mondiale et à la préparation de la prochaine stratégie (*Gouvernement*).

Recommandation n° 2 : élargir la composition de la « task force *interministérielle santé mondiale* » au ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, aux composantes du groupe de l'Agence française de développement, aux instituts de recherche et aux organisations de la société civile (*ministère de l'Europe et des affaires étrangères, ministère de la santé et de l'accès aux soins, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, groupe AFD, organisations de la société civile*).

Recommandation n° 3 : réaliser une cartographie de l'offre privée en matière de santé et définir une approche en format « équipe France » de valorisation de cette offre à l'international (*ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), groupe AFD, French Healthcare*).

Recommandation n° 4 : privilégier, dans le cadre de nos contributions multilatérales, une stabilisation de nos versements aux principales organisations internationales en matière de santé et poursuivre la trajectoire de rationalisation des petites contributions (*direction générale de la mondialisation, direction générale du Trésor*).

Recommandation n° 5 : confier au comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) le pilotage de nos contributions internationales (*Premier ministre, ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), direction générale du Trésor*).

Recommandation n° 6 : se doter, pour chaque entité multilatérale, d'un tableau de bord des principaux projets financés par la contribution de la France, présentant l'état d'avancement du projet ainsi que ses avantages et inconvénients (*direction générale de la mondialisation, postes diplomatiques*).

Recommandation n° 7 : orienter les contributions volontaires de la France au profit de l'Organisation mondiale de la santé vers la recherche et la coopération scientifique (*MEAE, représentation permanente de la France à Genève*).

Recommandation n° 8 : conclure avec les trois fonds multilatéraux des accords de redevabilité précisant les attentes françaises en matière de redevabilité et de valorisation de nos contributions, en coordination avec nos partenaires européens.

Inscrire dans ces accords de redevabilité les principes fondamentaux que la France entend défendre au sein de ces entités, afin de contrer les exigences américaines (*MEAE, représentation permanente de la France à Genève*).

Recommandation n° 9 : dans les négociations du prochain cadre financier pluriannuel, plaider pour le renforcement de l'approche « équipe Europe » afin de coordonner les positions et les priorités des États membres et de la Commission européenne dans leur participation aux organisations multilatérales dans le domaine de la santé.

Plaider auprès de nos partenaires européens et de la Commission européenne pour que les contributions de l'Union européenne soient réparties entre les États membres, sous la forme d'une quote-part calculée selon leur participation au budget de l'Union et qui serait reportée sur la contribution de chaque État à ces organisations (*MEAE*).

I. L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE TRAVERSE UNE CRISE FINANCIÈRE ET POLITIQUE MAJEURE

A. EN MATIÈRE DE SANTÉ, L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT A FAIT LA PREUVE DE SON UTILITÉ TANT POUR LES PAYS BÉNÉFICIAIRES QUE POUR LES PAYS DONATEURS

La littérature économique **fait état d'un large consensus sur les effets positifs** de l'aide publique au développement sur la santé des pays bénéficiaires.

Les auditions menées par les corapporteurs confirment cette analyse. La santé s'affirme comme l'un des sujets les plus évidents en termes de développement. Et la nécessité d'investir dans ces sujets s'impose, ne serait-ce qu'au regard des risques sanitaires pour nous-mêmes.

Le besoin d'un ordre international en santé se justifie par quatre grands besoins : la création de normes et de standards, la surveillance et la gestion des crises sanitaires, l'accès à l'innovation et la gouvernance des financements.

La France a soutenu la préservation d'un ordre universaliste. Selon l'Ambassadrice pour la santé mondiale, « *le multilatéralisme n'a jamais été aussi important.* »

Une revue de la littérature économique réalisée en 2024 souligne **les effets positifs de l'aide pour le développement humain** dont la santé, avec l'éducation et la réduction des inégalités, fait partie des composantes¹. **À titre d'exemple :**

- une étude portant sur les données de santé au Nigéria souligne **l'impact direct de l'aide au développement sur la mortalité infantile**, tout particulièrement dans les populations les plus vulnérables et les populations rurales² ;

- tandis qu'un autre article, identifie que l'aide au développement permet d'atténuer **les effets des sécheresses sur la santé chez les enfants en bas âge**, notamment en limitant les pertes de poids³.

Certains facteurs peuvent néanmoins réduire l'efficacité de l'aide en matière de santé. Une étude de 2021 a ainsi établi que la qualité de la gouvernance des pays bénéficiaires avait un impact significatif sur l'efficacité de l'APD à réduire la mortalité infantile⁴.

¹ Axel Dreher, Valentin Lang et Bernhard Reinsberg, « [Aid effectiveness and donor motives](#) », World Development, 2024.

² Andreas Kotsadam, Gudrun Østby, Siri Aas Rustad, Andreas Forø Tollefsen, Henrik Urdal, « [Development aid and infant mortality. Micro-level evidence from Nigeria](#) », World Development, 2021.

³ Rustad, S. A., K. Hoelscher, A. Kotsadam, G. Østby, and H. Urdal, Does development aid address political exclusion? A disaggregated study of the location of aid in Sub-Saharan Africa, *AidData Working Paper*, 2019.

⁴ Chris Doucouliagos, Jack Hennessy, Debdulal Mallick Health « [Aid, Governance and Infant Mortality](#) », Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society, Volume 184, Issue 2, 2021.

En outre, les évaluations réalisées sur les investissements opérés en matière de santé au cours des dernières années semblent démontrer un bilan largement positif, en particulier dans deux domaines.

D'une part, **l'aide au développement a permis de limiter la mortalité liée aux grandes maladies transmissibles**. L'action des grands fonds verticaux et des autres entités multilatérales a conduit à **réduire de 62 % le taux de mortalité combiné lié au sida, à la tuberculose et au paludisme** dans les pays d'intervention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP). S'agissant de la seule épidémie de sida, près de 77 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique bénéficiaient d'un traitement antirétroviral en 2025, contre seulement 3 % dans le mitant des années 2000. En outre, au moins une maladie tropicale négligée a été éliminée dans 47 pays.

D'autre part, **l'aide a eu des effets significatifs sur la mortalité infantile, désormais en recul**. Depuis 2000, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 52 % et la mortalité infantile de 40 %. S'agissant des seuls pays d'Afrique, entre 2000 et 2020, **la mortalité des enfants de moins de cinq ans a été divisée par deux**, passant d'environ 150 à 75 décès pour mille naissances vivantes, comme l'indique l'Agence française de développement dans ses réponses écrites.

De cette baisse de la mortalité infantile découle en partie, selon l'Agence française de développement (AFD), **une réduction de la fécondité qui contribue à une modération de la croissance démographique** : entre 2000 et 2025, la fécondité est passée de six enfants par femme à 3,7 en Éthiopie, de 5,7 à 3,7 au Sénégal et de 7,25 à 5,15 au Tchad. Or, l'exemple des pays émergents (la Chine, les pays d'Asie de l'Est et plus récemment l'Inde) illustre l'impact de ce « *dividende démographique* » comme **moteur potentiel de développement**.

Au total, **l'aide permet aux pays bénéficiaires de développer des capacités de réaction aux crises sanitaires, d'élargir l'accès aux soins, de renforcer leurs systèmes de santé et de protection sociale et de soutenir la croissance économique**. Pour autant, la faible mobilisation des ressources nationales des bénéficiaires pour financer la santé accroît leur dépendance à l'aide internationale. Comme a pu le rappeler la direction générale de la mondialisation du MEAE lors de son audition, l'APD constitue pour de nombreux pays bénéficiaires **un soutien indispensable pour atteindre leurs objectifs en matière de santé, les rendant vulnérables aux évolutions du volume d'aide**.

Par ailleurs, **l'APD en matière de santé présente également d'indéniables avantages pour les États donateurs**. De fait, selon la contribution de l'AFD « *ses retombées dépassent largement le champ sanitaire : elles irriguent la sécurité, la croissance économique et la cohésion sociale, à l'échelle nationale, européenne et mondiale.* »

Premièrement, la santé mondiale représente un enjeu de sécurité sanitaire pour l'ensemble des États. Les pays développés ont ainsi intérêt à soutenir les pays les moins avancés et les pays à revenus intermédiaires dans la détection, la préparation et la réponse aux pandémies mondiales. De fait, les zones

identifiées comme des « *foyers potentiels de pandémies* », telles que l’Afrique centrale ou la région du Mékong, sont des régions du Sud.

Deuxièmement, sur un plan sécuritaire et migratoire, le renforcement de l’accès à la santé contribue à réduire l’instabilité au niveau national et régional et à limiter les facteurs de mobilité des populations des pays bénéficiaires.

Troisièmement, l’aide en matière de santé constitue un facteur d’influence diplomatique relativement efficient. Cette influence peut être directe, en renforçant la coopération avec les autorités des pays bénéficiaires et en encourageant des initiatives communes dans les enceintes internationales. Elle peut également être indirecte, par l’amélioration de la visibilité et de l’image du donateur, par la formation des professionnels de santé et par la diffusion des normes et standards nationaux. Indéniablement, la France a exercé un rôle historique en santé mondiale mais, son capital de rayonnement s’érode. À plusieurs reprises, lors des auditions, il a été rapporté aux rapporteurs spéciaux que la France était particulièrement attendue sur ces sujets, à un moment stratégique où l’architecture en santé mondiale doit se reconstruire.

Quatrièmement, sur le plan économique, l’aide en santé encourage, pour les entreprises nationales du secteur, l’accès aux marchés émergents, tout en renforçant les opportunités d’échanges économiques, de manière plus indirecte par un renforcement de la productivité des États bénéficiaires. La santé est ainsi un réel secteur de développement et d’export pour la France, forte de ses atouts : ses fondations de recherche (les instituts Pasteur, Curie, Gustave Roussy, etc...), le secteur du médicament (laboratoires Mérieux et Fabre) et un écosystème d’organisations de la société civile doté d’une forte expertise (Médecins du monde, Chaîne de l’espoir, Médecins sans frontières...).

Si l’aide au développement comporte des effets positifs en matière de santé, il importe de ne pas négliger les interactions avec d’autres dimensions du développement, comme le climat et l’environnement.

B. UNE CRISE DU FINANCEMENT INTERNATIONAL DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

La crise du multilatéralisme frappe de plein fouet l’écosystème de la santé mondiale. Le tournant fait suite à la crise sanitaire. Mais le point de bascule est certainement le retrait des États-Unis de l’Organisation mondiale de la santé (OMS), décidé par l’administration Trump, et la fin de l’Usaid¹, et dans la foulée, le retrait de l’Argentine. La rupture américaine intervient dans un contexte de désengagement général qui n’épargne pas les pays européens et la France en particulier.

¹ United States Agency for International Development.

Ainsi, par exemple, la France a baissé de 30 % ses contributions à l'OMS entre 2024 et 2025 et de 58 % sa contribution volontaire au Fonds mondial à l'occasion de la dernière reconstitution.

Le système de santé international se trouve affaibli par ces diminutions des contributions étatiques qui s'expliquent par des contraintes budgétaires sévères, mais aussi par une inflexion très forte des choix politiques et idéologiques, s'exprimant à travers des logiques beaucoup plus transactionnelles. Le phénomène nouveau de politisation des sujets de santé a par ailleurs été rapporté à plusieurs reprises lors des auditions, concernant par exemple l'antivaccinisme ou les droits sexuels et reproductifs.

Le **système de santé international** peut être défini comme « *incluant les acteurs transnationaux ayant comme objectif principal d'améliorer la santé ainsi que les dispositifs multilatéraux de gouvernance, de financement et de prestation de services dans lesquels ces acteurs opèrent.* »¹

Organisée autour de la lutte contre les grandes épidémies, l'aide au développement en matière de santé mondiale **présente trois caractéristiques principales :**

- **la place prépondérante de grandes entités multilatérales**, ayant vocation à mettre en commun les ressources financières pour renforcer la santé mondiale ;

- **une dépendance aux financements des grands bailleurs étatiques**, qui rend l'aide au développement en matière de santé très vulnérable aux contraintes budgétaires nationales et aux décisions politiques prises par les principaux donateurs ;

- **et la faible part des ressources nationales** dédiée à la santé dans les pays bénéficiaires.

¹ D'après Hoffman, S.J., Cole, C.B. [Defining the global health system and systematically mapping its network of actors](#). *Global Health* 14, 38 (2018). Citation originale : « The global health system includes the transnational actors that have a primary intent to improve health and the polyilateral arrangements for governance, finance, and delivery within which these actors operate » (*traduction des rapporteurs spéciaux*).

1. Un système de financement international fragmenté et dépendant des grands bailleurs internationaux

Schématiquement, cette organisation internationale en matière de santé mondiale **repose sur deux sphères principales** :

- d'une part, **la sphère onusienne**, sous l'égide l'Organisation mondiale de la santé (OMS) agence cheffe de file des Nations unies pour la santé mondiale, accompagnée du programme des Nations unies sur le VIH/SIDA (Onusida)¹ ;

- d'autre part, **les grands fonds verticaux en matière de santé mondiale**, dont les trois principaux sont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP ou « Fonds mondial »), la Facilité internationale d'achat de médicaments (Unitaid) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (en anglais, *Global Alliance for Vaccines and Immunization* ou Gavi).

Apparus à compter des années 2000, plusieurs grandes initiatives multilatérales ont vocation à mettre en œuvre les orientations de l'OMS. Elles prennent la forme de fonds fiduciaires verticaux : il s'agit de fonds mobilisant et utilisant des **ressources financières versées par des bailleurs gouvernementaux ou non gouvernementaux** (caractère fiduciaire) qui affectent leurs ressources à un secteur, **à un objectif spécifique, ou à un nombre limité d'objectifs** (caractère vertical)². La verticalisation des financements en santé mondiale a répondu à la priorité identifiée à cette période d'élimination des maladies infectieuses évitables, qui figure parmi les objectifs de développement durable des Nations unies. Dans le domaine de la santé, les fonds verticaux sont donc concentrés sur une ou plusieurs maladies spécifiques ou un objectif de santé précis (comme la vaccination globale). À la différence des grands fonds globaux, **cette approche verticale permet d'accroître la visibilité de l'enjeu choisi et offre une plus grande adaptabilité et des résultats plus visibles et immédiatement mesurables.**

Par comparaison avec d'autres entités multilatérales, **ces fonds ne prévoient pas de contributions obligatoires de leurs membres dont les versements sont uniquement volontaires.** Les fonds opèrent donc des reconstitutions, généralement sur trois ans, afin de garantir une visibilité à moyen terme de leurs financements³. Au moment de la reconstitution, **les contributeurs s'engagent sur une participation financière triennale, avec des échéanciers annuels.** Pour la France, cela se traduit budgétairement par l'ouverture d'autorisations d'engagement en année n et par des décaissements étalés jusqu'en année n+ 2.

¹ D'autres agences de l'Onu, dont le mandat excède le seul champ de la santé, interviennent dans ce domaine comme le Programme alimentaire mondial, l'Unicef ou le Programme des Nations unies pour le développement.

² Jacky Mathonnat et Martine Audibert, [Fonds fiduciaires et programmes verticaux : quelles contributions aux politiques sectorielles ? Revue de la littérature et exemple du secteur de la santé](#), Research Papers, AFD, 2016.

³ Ce n'est pas le cas de tous les fonds, par exemple, Unitaid ne fonctionne pas par cycle de reconstitution.

Certains fonds verticaux peuvent également être abondés par le biais de mécanismes de financement dits « innovants ». Gavi dispose ainsi, en complément de contributions volontaires, d'un instrument spécifique : la facilité financière internationale pour la vaccination (en anglais, *International Finance Facility for Immunisation* - IFFIm). **Créé à l'initiative de la France et du Royaume-Uni, l'IFFIm est une entreprise commerciale anglaise à responsabilité limitée, sans capital.** Il émet des obligations garanties à long terme par des engagements de subventions étatiques, dans le but de mobiliser des capitaux privés.

Paradoxalement, alors que l'approche verticale en santé était historiquement voulue par les États bailleurs, **elle peut aujourd'hui générer une frustration des donateurs car les programmes financés peuvent se trouver en contradiction avec leurs priorités sectorielles nationales.** En se spécialisant sur une pathologie particulière ou une dimension spécifique des politiques de santé, les grandes entités multilatérales négligent l'enjeu croissant du renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires, plus transversal et de long terme. Du côté des bénéficiaires, **cette verticalité désincite à mobiliser des ressources internes pour financer la santé,** dès lors que de larges parts de leurs budgets de santé sont assurées par des flux internationaux.

Les principaux fonds verticaux intervenant en matière de santé

Organisation	Statut et siège	Mandat	Budget et modalités de financement
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)	Fondation de droit suisse basée à Genève.	Mobilisation de ressources pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme.	Financement par des cycles pluriannuels de reconstitution des ressources. 12,64 milliards de dollars pour la huitième reconstitution triennale du Fonds mondial (2026-2028).
Unitaid	Partenariat international hébergé par l'OMS à Genève.	Centralisation des achats de traitements médicamenteux afin d'en accélérer la disponibilité et de lutter contre les grandes pandémies.	34,8 millions de dollars pour le budget opérationnel 2025. Depuis sa création en 2006, Unitaid a reçu près de quatre milliards de dollars américains de subventions, dont deux milliards provenant de la France.
Gavi	Partenariat public-privé situé à Genève.	Renforcement de l'accès pays à faibles revenus aux vaccins afin de protéger la vie des enfants.	Financement par des cycles pluriannuels de reconstitution des ressources. Deux canaux de contributions sont mobilisés : les contributions directes et les mécanismes de financement innovants (IFFIm). 12,64 milliards de dollars de budget pour la période 2026-2030 (en baisse de 19 % par rapport à la précédente reconstitution triennale).

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

En complément de ces entités spécialisées dans le domaine de la santé, **une multiplicité d'acteurs multilatéraux, dont le mandat ne porte pas principalement sur la santé, peut intervenir pour conduire ou financier des projets dans ce secteur.** Les institutions du groupe Banque mondiale, les banques régionales de développement, les agences de l'Onu et les autres acteurs multilatéraux viennent ainsi soutenir l'action internationale en matière de santé. Ainsi, comme l'indiquent

les documents budgétaires¹, l'Association internationale de développement (AID), guichet concessionnel de la Banque mondiale à vocation « généraliste », a consacré 9,4 % de ses ressources subventionnées à la santé en 2024.

Si l'environnement institutionnel international se trouvait limité à une dizaine d'acteurs principaux dans les années 1990, **il s'est complexifié et diversifié à compter des années 2000**, en accompagnant la hausse des financements de la santé mondiale (multipliés par cinq entre 1986 et 2006) et **sous l'effet d'une double tendance :**

- **une multiplication des acteurs intervenant en matière de santé mondiale.** Dans une tentative de définition et de cartographie du système de santé international et de ses acteurs, une étude de 2018 a **ainsi recensé 203 entités internationales intervenant dans le domaine de la santé**². Les années 2000 ont ainsi vu apparaître de nouveaux fonds multilatéraux, accompagnés par la création d'organisations de la société civile (OSC), d'initiatives philanthropiques ou de partenariats multilatéraux *ad hoc* ;

- **parallèlement à cette première tendance, il est possible d'observer une diversification des mandats des principales entités internationales.** L'extension des missions des grands acteurs du système de santé international a permis de pallier, selon le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, les lacunes du cadre originel de l'architecture en santé mondiale, tout en répondant aux nouvelles orientations de leurs bailleurs. **Pour autant, il en découle une dispersion des missions de ces entités et des redondances entre les financements qu'elles mettent en œuvre, tout en complexifiant la coordination de leur action.** Ce risque de financements croisés est accentué par l'existence des entités multilatérales « généralistes » de développement, qui s'investissent également dans le domaine de la santé. La plupart des personnes auditionnées par les rapporteurs spéciaux ont souligné que ce risque de redondance **devait conduire ces entités à rechercher des complémentarités entre leurs actions.**

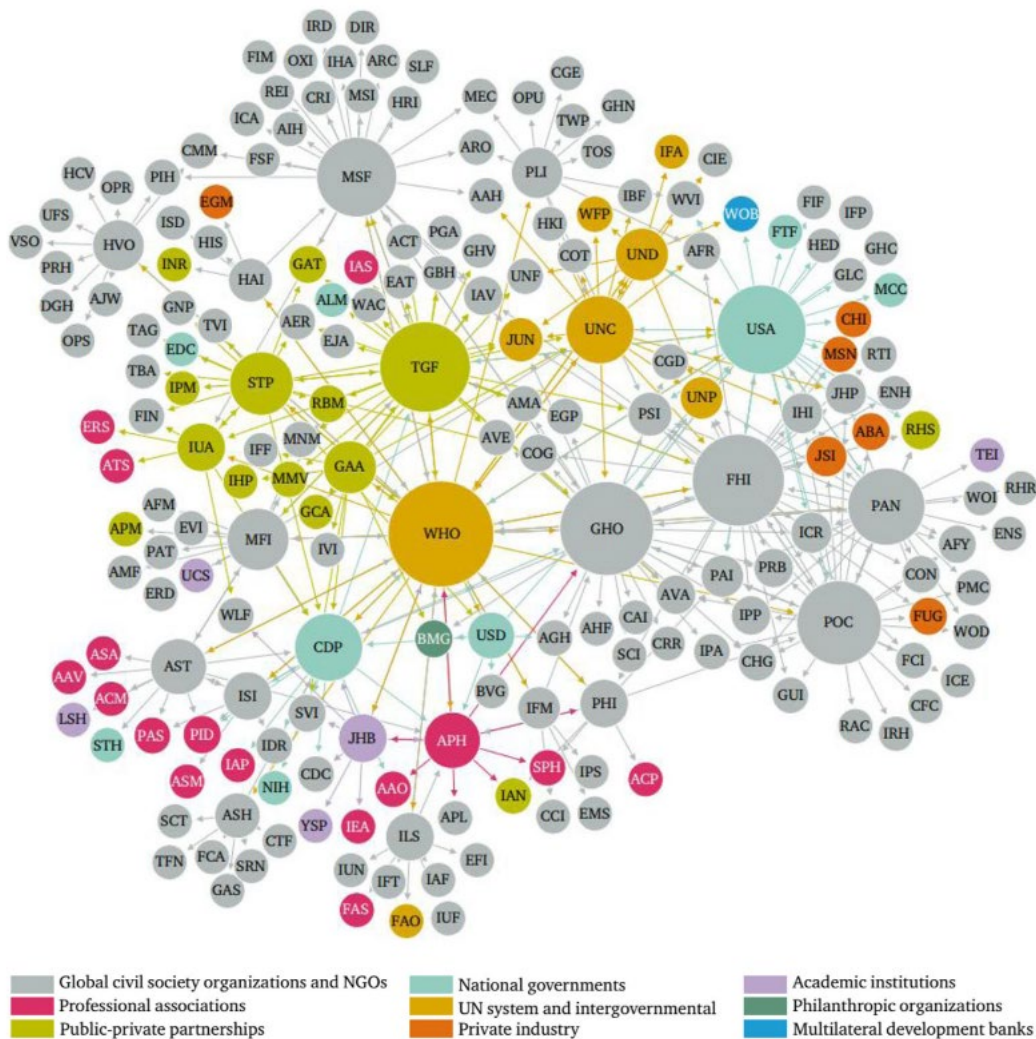
Comme l'avait noté la Cour des comptes dans son enquête remise à la commission des finances en 2024 sur le financement des actions multilatérales de la France³, **cette double dynamique ne se limite pas au domaine de la santé mais peut également être observée en matière de climat, d'environnement ou d'éducation**, au risque d'une forte complexification et de la multiplication des coûts de gestion. La représentation permanente de la France auprès de l'Office des Nations unies à Genève et des organisations internationales en Suisse estime que cette fragmentation est source d'inefficacité.

¹ *Projet annuel de performances « Aide publique au développement », annexé au projet de loi de finances pour 2026.*

² Hoffman, S.J., Cole, C.B. [Defining the global health system and systematically mapping its network of actors](#). *Global Health* 14, 38 (2018), précité.

³ *Cour des comptes, Le financement des actions multilatérales de la France, communication à la commission des finances du Sénat, juillet 2024.*

Aperçu des entités internationales intervenant dans le domaine de la santé mondiale



Traduction de la légende (de gauche à droite et de bas en haut) : organisations de la société civile et ONG internationaux, gouvernements nationaux, institutions académiques, associations professionnelles, organisations onusiennes et intergouvernementales, organisations philanthropiques, partenariats public-privé, industries privées, banques multilatérales de développement.

Source : Hoffman, S.J., Cole, C.B. *Defining the global health system and systematically mapping its network of actors*. *Global Health* 14, 38 (2018).

Par ailleurs, si le financement de l'APD en santé repose très majoritairement sur des financements étatiques, qui représentaient 85 % du budget total (contributions bilatérales et multilatérales confondues) avant le recul de l'aide américaine, **une part minoritaire mais notable des financements (10 à 15 %) découle d'initiatives privées**. De grandes fondations internationales privées, comme la fondation Bill et Melinda Gates, la *Wellcome Trust* ou la fondation Aga Khan, financent directement des projets d'aide et s'investissent dans le financement et la gouvernance des grands fonds multilatéraux. En particulier, les fondations privées disposent de deux sièges au conseil d'administration de Gavi qui dispose

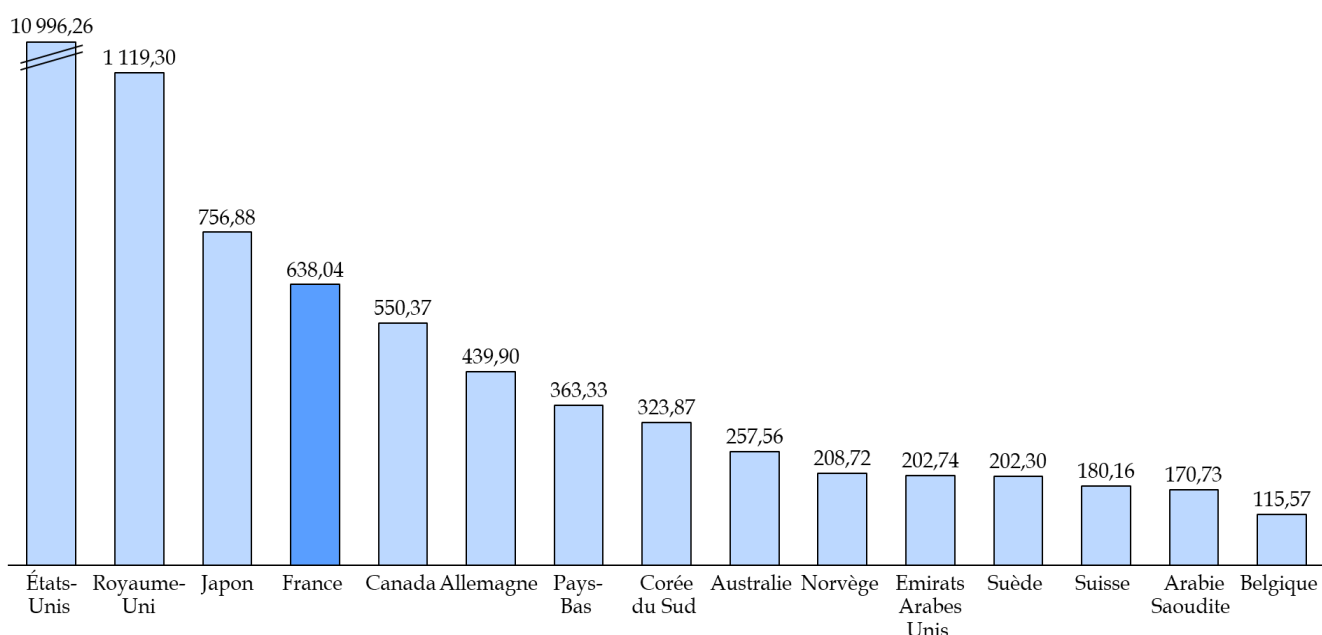
d'un fonds de contrepartie permettant de doubler ses financements. Les auditions menées par les rapporteurs spéciaux ont souligné que, par souci de visibilité et de rentabilité, ces fondations ont tendance à privilégier des objets spécifiques et ciblés, comme la vaccination, qui présentent des résultats rapides et immédiatement observables plutôt que des projets de long terme comme le renforcement des systèmes de santé.

2. Le système de santé mondiale risque de se trouver affaibli par la diminution des contributions étatiques....

Le financement de l'aide au développement en matière de santé mondiale s'est historiquement construit autour d'une dépendance aux contributions des États bailleurs. **Avant les mesures décidées par l'administration américaine début 2025 (voir *infra*), près de 85 % de l'APD en matière de santé résultait de versements étatiques**, qu'il s'agisse d'aides bilatérales ou de contributions multilatérales. Par comparaison, la même année, seulement entre 10 % et 15 % de l'APD mondiale en matière de santé correspondait à des financements privés issus d'initiatives philanthropiques ou de dons de grands groupes industriels. De plus, les financements étatiques sont particulièrement concentrés sur quelques grands États donateurs : en 2022 comme en 2023, **les plus grands donateurs étatiques représentaient près de 75 % de l'aide, dont environ 50 % pour les seuls États-Unis.**

Montants d'aide au développement en matière de santé des quinze principaux bailleurs en 2024

(en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Or, la baisse généralisée des budgets d'aide au développement parmi les grands contributeurs du comité d'aide au développement de l'OCDE, à partir de 2023, **a fragilisé le financement de la santé mondiale.**

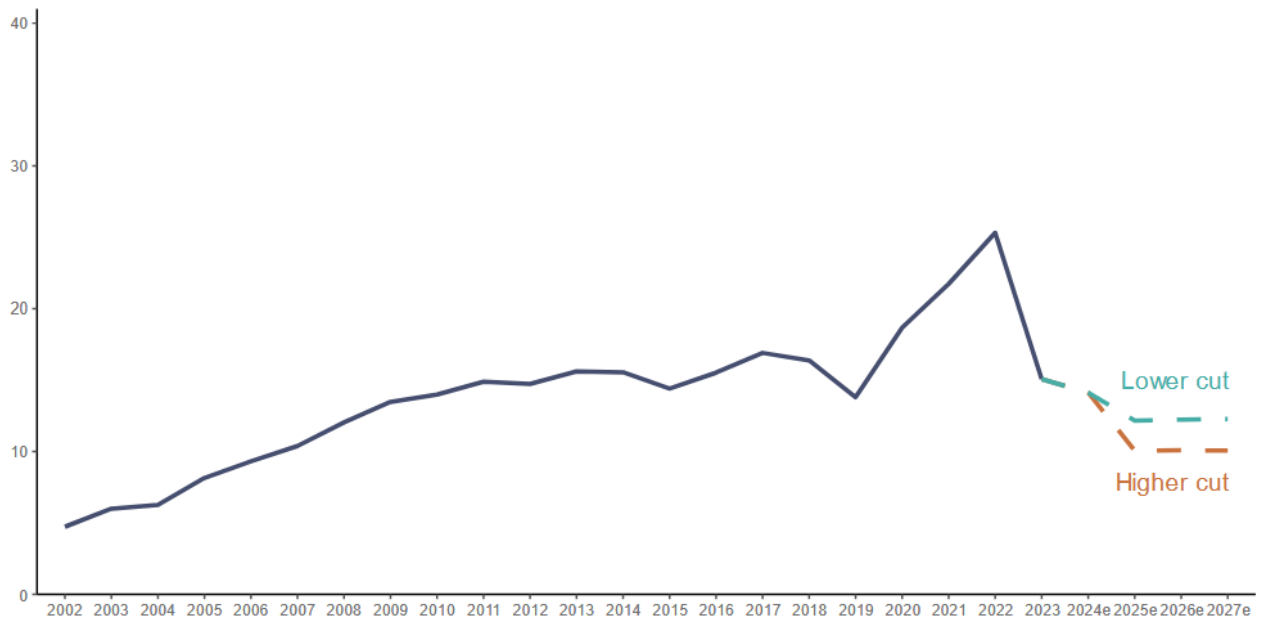
De fait, l'aide allouée en matière de santé a amorcé une baisse à compter de 2023. Une première phase de réduction de l'aide s'explique par l'amenuisement des effets de la pandémie de Covid-19. En 2022, l'APD dans le domaine de la santé avait en effet connu un point culminant, en raison de forts investissements des États bailleurs pour limiter les conséquences de cette pandémie. Le recul observé en 2023, de l'ordre de 40 % des crédits dédiés à la santé par rapport à 2022, **était donc attendu par les différents observateurs et les entités bénéficiaires avec la fin de cette pandémie.**

Toutefois, **l'aide en matière de santé est entrée, depuis 2024, dans une seconde phase baissière, qui s'inscrit cette fois-ci dans le contexte plus général de recul des financements de l'aide au développement.** En raison de contraintes budgétaires et de décisions politiques, une grande partie des États bailleurs du CAD ont amorcé une réduction de leurs budgets consacrés à l'APD. Si les données ne sont pas encore stabilisées, les réductions d'APD projetées en 2026 par rapport à l'année 2023 **seraient de 56,1 % pour les États-Unis, 45 % pour le Royaume-Uni, 37 % pour l'Allemagne et 30 % pour la France.**

Selon les données de l'OCDE, **les crédits à destination de la santé dans les États bailleurs ont diminué de 6 % en 2024.** Cette baisse devrait se prolonger en 2025 avec une diminution des crédits bilatéraux consacrés à la santé estimée entre 14 % et 29 % par rapport à l'exercice 2024 et entre 19 % et 33 % par rapport à l'exercice 2023, selon les différents scénarios de travail de l'OCDE. Au total, si le scénario de réduction la plus forte envisagé par l'OCDE venait à se réaliser, l'aide en matière de santé en 2025 équivaldrait à trois cinquièmes de celle accordée en 2022, soit un niveau équivalent au milieu des années 2000.

Évolution de l'aide au développement des pays du CAD en matière de santé, incluant des projections de baisse de l'APD sur la période 2023-2027

Net bilateral ODA for health from DAC countries, 2010-23 (official data) and 2024-27 (projections), USD billion, constant (2023) prices



Note : en vert scenario de baisse le plus bas et en rouge le scenario de baisse le plus pessimiste.

Source : OCDE

Cette baisse des financements bilatéraux et multilatéraux de la part des bailleurs historiques **comporte d'ores et déjà des effets** :

- **pour les entités multilatérales**, en particulier les fonds verticaux. Comme exposé *supra*, ces derniers sont quasi exclusivement financés par des contributions volontaires dans le cadre de reconstitutions triennales. Il en découle une forte volatilité des versements des bailleurs étatiques qui diminue la prévisibilité des crédits de ces organisations et accentue la concurrence entre ces différentes entités multilatérales pour capter les financements ;

- **et pour les États bénéficiaires, particulièrement dépendants des financements internationaux pour leurs budgets en matière de santé**. Une des caractéristiques de l'aide au développement dans le domaine de la santé est que ce dernier est **rarement considéré comme une priorité budgétaire au sein des pays à faibles revenus**. Les financements externes constitueraient encore 25 % des dépenses de santé dans les pays africains en 2023 (selon les données de l'OCDE), **une proportion qui se situerait à 30 % pour les pays africains à bas revenus en 2023**. Les pays les moins avancés privilégient d'autres secteurs pour y investir leurs ressources nationales. Ainsi, en 2024, parmi les États africains, **seuls le Cap-Vert et l'Afrique du Sud ont atteint l'objectif d'allouer au moins 15 % du budget national** annuel à la santé, fixé par la déclaration d'Abuja de 2001. Dans ce contexte,

une transition brutale vers un renforcement des dépenses nationales comporte des risques significatifs.

L'impact de la baisse de l'APD mondiale sur les populations des pays donateurs

En février 2026, une étude de la revue britannique *The Lancet* a présenté une évaluation de l'impact des baisses d'aide publique au développement annoncées par les différents donateurs du CAD sur les pays à revenus faibles et intermédiaires¹. Deux scénarios sont envisagés par cette étude :

- d'une part, dans un scénario « modéré » (soit une baisse de 15,8 % de l'aide en 2025 accompagnée d'une érosion des financements sur cinq ans à hauteur de 10,6 % par an jusqu'en 2030), les baisses de crédits conduiraient à **9,4 millions de morts supplémentaires dont 2,5 millions chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2030** ;

- d'autre part, dans un scénario « sévère » (soit une baisse de 15,8 % de l'aide en 2025 accompagnée d'un effondrement du système d'aide), les baisses de crédits **entraîneraient 22,6 millions de morts supplémentaires dont 5,4 millions chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2030**.

Source : commission des finances d'après l'étude de *The Lancet* et les éléments transmis par l'Ambassadrice pour la santé mondiale

3. En particulier, les États-Unis se sont engagés dans un retrait en trompe l'œil des organisations internationales dans le domaine de la santé, accompagné d'une démarche transactionnelle agressive auprès de ces entités et des pays bénéficiaires

Si, comme exposé *supra*, les financements issus des grands États donateurs forment la majeure partie des financements de l'aide au développement en matière de santé, les États-Unis constituent de loin le premier contributeur d'aide au développement en matière de santé².

Ce domaine a été très fortement investi par les États-Unis au cours des dernières années. Comme l'a indiqué l'Agence française de développement aux rapporteurs spéciaux « *les États-Unis ont, au cours des deux dernières décennies, construit une position hégémonique.* »³ Cet effort américain au service de la santé mondiale s'est appuyé à la fois sur des institutions et programmes d'aide au développement particulièrement bien dotés, au premier rang desquelles l'Agence des États-Unis pour le développement international (en anglais, *United States*

¹ Andrea Ferreira da Silva, Rodrigo Volmir Rezende Anderle, Gonzalo Barreix Sibils, Lucas de Oliveira Ferreira de Sales, Daiana Pena, Caterina Monti, [Impact of two decades of humanitarian and development assistance and the projected mortality consequences of current defunding to 2030: retrospective evaluation and forecasting analysis](#), *The Lancet*.

² Plus largement, selon les données transmises par l'Ambassadrice pour la santé mondiale, les financements américains représentaient, en 2023, 43 % du montant total des ressources allouées par les pays donateurs à l'aide publique au développement en 2023 (soit près de 55 milliards de dollars).

³ Réponses de l'AFD au questionnaire des rapporteurs spéciaux.

Agency for International Development – Usaid) ou le Ppefar (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*)¹, et sur un secteur de la santé très développé. En effet, les États-Unis consacrent 19 % de leur PIB à la santé et disposent d'une industrie pharmaceutique et de structures de recherche performantes. Au total, entre 2021 et 2023, **les États-Unis ont financé près de 30 % de l'aide mondiale en matière de santé, pour un montant de 8,3 milliards de dollars d'aide bilatérale** qui a permis de financer 63 % des fonds mondiaux de lutte contre le VIH, avec 28 % des fonds pour la lutte contre le paludisme et 24 % des fonds mondiaux de lutte contre la tuberculose.

C'est pourquoi la décision de fermeture de la plupart des programmes de l'Usaid début 2025 a **constitué un choc négatif de financement pour l'aide internationale** : l'administration américaine a annoncé une fermeture de 83 % des programmes bilatéraux de cette agence dès 2025². Les coupes budgétaires ont été plus élevées dans le domaine de la santé et ont concerné 88 % des programmes ciblant la santé maternelle et infantile, 87 % des programmes de surveillance et de préparation aux pandémies et 94 % des programmes sur la santé reproductive. **Au total, l'aide américaine en matière de santé serait passée de 10 milliards de dollars à 3,8 milliards de dollars entre 2024 et 2025** (soit une baisse de 62 %).

Sur le fondement de ces annonces, la revue britannique *The Lancet* a effectué en décembre 2025 une évaluation de l'impact de ces coupes³. D'après cette étude, la baisse de 83 % des financements de l'Usaid **entraîneraient près de 1,8 million de décès supplémentaires pour tous les âges**, dont près de 689 900 morts chez les enfants de moins de cinq ans. De surcroît, l'arrêt complet des programmes à partir de 2026 provoquerait 2 450 000 décès annuels supplémentaires, soit près de **14,1 millions de décès additionnels** d'ici à 2030, dont **4,5 millions de décès chez les enfants** de moins de cinq ans. La baisse de l'aide américaine devrait affecter les pays les plus vulnérables, principalement en Afrique puisqu'entre 2021 et 2023, les dix principaux pays bénéficiaires étaient tous des pays africains.

Pour autant, le retrait américain du secteur de la santé doit être vu pour ce qu'il est réellement : en dépit de l'annonce de l'arrêt de 83 % des financements bilatéraux de l'Usaid, la proportion de programmes effectivement interrompus ne serait que de 23 %. En effet, parallèlement, les versements bilatéraux, sont repris sous une forme plus transactionnelle, ce qui rend difficile la mesure exacte de la baisse de l'aide américaine.

De fait, deux facteurs principaux, qui ont conduit les États-Unis, après une première phase de baisse spectaculaire de leurs financements, à réinvestir ce secteur.

¹ Créé en 2003 à l'initiative du président des États-Unis George W. Bush, le Ppefar est un programme d'aide d'urgence contre l'épidémie de VIH. En 2023, les États-Unis avaient investi plus de 110 milliards de dollars américains depuis sa création.

² Au-delà de l'Usaid, 57 % de l'aide bilatérale américaine a été interrompue.

³ Jayalakshmi Alagar, Ludmila Lobkowicz, [Global health after USAID cuts](#), *The Lancet*, 6 décembre 2025.

En premier lieu, **le Congrès américain a modéré, dans le budget fédéral pour 2026, les baisses de crédits consacrés à l'APD.** Une enveloppe de 9,4 milliards de dollars de crédits a été consacrée à la santé mondiale, afin de maintenir les contributions multilatérales au FMSTP, à l'Onusida et au Fonds Pandémie¹, d'une part, et les financements bilatéraux à plusieurs États africains, d'autre part. Le secteur pharmaceutique américain, largement bénéficiaire des achats de vaccins et de médicaments réalisés par les grands fonds verticaux, a mené un fort lobbying en faveur du maintien de cette politique.

En second lieu, et de manière plus préoccupante, les auditions menés par les rapporteurs spéciaux ont unanimement souligné l'apparition d'une nouvelle stratégie américaine en matière de santé mondiale, plus agressive et transactionnelle. Dans ses réponses au questionnaire des rapporteurs, l'Agence française de développement indique que « *la puissance américaine réapparaît en stratégie d'un bilatéralisme conditionnel.* » Cet « *impérialisme sanitaire* » se traduit par la conclusion, avec des pays africains, d'accords bilatéraux dits « compacts » fortement déséquilibrés, conditionnant le versement de crédits bilatéraux américains à une captation des données de santé de ces États. De plus, ces accords privilégient les fabricants de médicaments américains.

À cette conditionnalité renforcée à l'égard des pays bénéficiaires, s'ajoute un investissement plus significatif des États-Unis dans la gouvernance des entités internationales en matière de santé, **au risque d'un alignement progressif de ces institutions sur les positions américaines sur des problématiques comme le genre ou la santé reproductive.**

Cette stratégie comporte deux risques majeurs pour la santé mondiale :

- d'une part, en obtenant un accès exclusif aux données de santé de nombreux pays à faibles revenus, **les États-Unis privent leurs partenaires de capacités de surveillance et d'anticipation des grandes pandémies et créent une dépendance informationnelle inédite,** alors que les principaux foyers de virus sont situés dans les pays du Sud (principalement dans en Afrique centrale et en Asie du Sud-Est) ;

- d'autre part, **la politique américaine poursuit un objectif d'affaiblissement de l'OMS,** pourtant indispensable à la coordination de l'action internationale en matière de santé.

Toutefois, cet « impérialisme sanitaire » commencerait à rencontrer des résistances : plusieurs pays africains ont refusé les propositions américaines ou sont revenus en arrière sur des accords déjà conclus. Il s'agit pour ces États d'affirmer leur souveraineté sur les actifs stratégiques que sont les données de santé et de refuser la captation de financements internes par des industries étrangères.

¹ Mais pas à Gavi.

C. UNE CONTRIBUTION DE LA FRANCE À L'EFFORT EN SANTÉ MONDIALE EN REcul SIGNIFICATIF

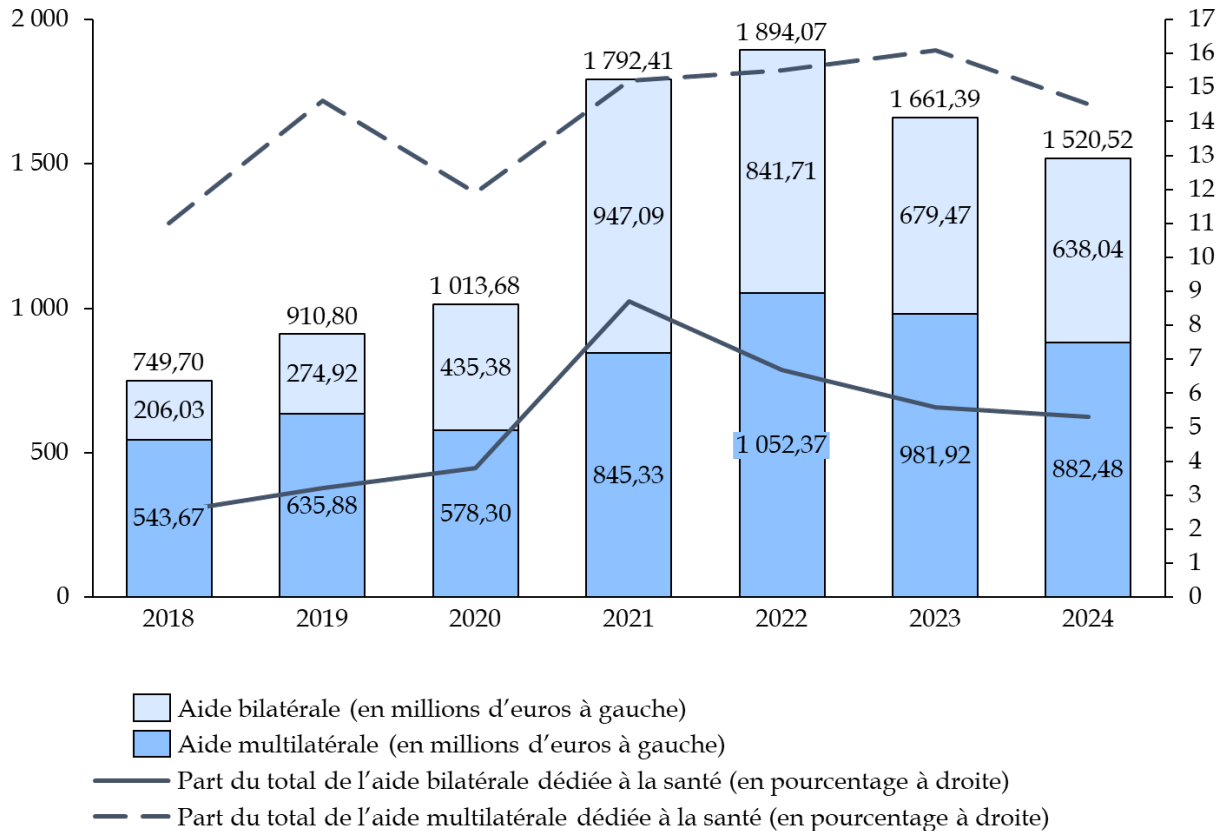
1. Renforcé à compter de 2021, l'effort financier de la France devrait se contracter sous l'effet des restrictions budgétaires et des choix politiques

a) Un effort financier historique de la France dans le domaine de la santé, en recul depuis 2023

Depuis le début des années 2000, la France **a fait le choix d'investir une part conséquente de son aide publique au développement dans le domaine de la santé**. Suivant les priorités internationales identifiées à cette période, à savoir lutter contre les maladies transmissibles (VIH, tuberculose et paludisme principalement), **l'effort financier français s'est alors principalement orienté vers le canal multilatéral et les grands fonds verticaux**. Comme l'a exposé la Cour des comptes, dans un référé en date de décembre 2022, « *cette spécificité correspond à une volonté exprimée par les présidents de la République successifs qui ont privilégié une contribution à des fonds multilatéraux associant financements d'origine publique et privée en vue d'obtenir un effet de levier plus significatif.* » Elle s'explique également par **l'attention portée par la France à la préservation des biens publics mondiaux**, fondé sur un double constant : la nécessité d'une intervention publique pour juguler ces épidémies et l'impossibilité pour le seul canal bilatéral de répondre à ces enjeux globaux. Cette priorité l'a conduite à tenir un rôle central dans la création du FMSTP et d'Unitaid et dans la conception de l'IFFIm (instrument issu d'une initiative franco-britannique).

Évolution des versements d'APD de la France en matière de santé sur la période 2018-2024

(en millions d'euros, à gauche, et en pourcentage, à droite)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Si, les priorités de l'aide de la France se sont adaptées aux problématiques émergentes de santé mondiale (en particulier le renforcement des systèmes de santé des pays à faibles revenus et la réponse aux pandémies) cet investissement multilatéral a été constant au cours des dernières années.

Comparaison de l'évolution des crédits de la mission APD et des crédits d'aide au développement dédiés à la santé entre 2018 et 2024

(en pourcentage)

	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Taux d'évolution des crédits de la mission APD	+ 13,6 %	+ 13 %	+ 64,7 %	- 8,8 %	+ 9,8 %	- 13,5 %
Taux d'évolution des crédits d'APD consacrés à la santé	+ 21,5 %	+ 11,3 %	+ 76,7 %	+ 5,7 %	- 12,3 %	- 8,4 %

Source : commission des finances d'après les documents budgétaires et les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Deux facteurs distincts ont conduit à une forte augmentation des dépenses d'APD françaises entre 2018 et 2024, avec un doublement de l'aide totale sur cette période :

- d'une part, **les financements dédiés à la santé ont suivi la forte augmentation des moyens de l'aide au développement dans le budget de l'État.** Pour rappel, les crédits de la mission APD ont progressé de 95 % entre 2017 et la loi de finances initiale pour 2024 avec plus de 3,2 milliards d'euros de crédits additionnels. Une partie de cette hausse s'est donc reportée sur le secteur de la santé. Ce dernier a même pu paraître prioritaire au cours de certains exercices, avec un taux d'augmentation des crédits dédiés à la santé supérieur à la progression des crédits d'aide au développement ;

- d'autre part, **la crise sanitaire du Covid-19 a conduit la France, comme d'autres grands bailleurs, à renforcer ses versements multilatéraux et bilatéraux en matière de santé.** Les exercices 2021 et 2022 ont, dès lors, constitué des pics de dépenses dans ce domaine qu'il s'agisse du volet bilatéral (où les dépenses en santé représentaient 8,7 % du total de l'aide en 2021 et 6,7 % en 2022) ou du volet multilatéral (avec environ 15 % de nos contributions consacrées à la santé).

Outre ces deux facteurs, la France détient des avantages comparatifs non négligeables dans le domaine de la santé :

- tout d'abord, **un système de santé et de protection sociale reconnu et considéré comme l'un des meilleurs au monde,** permettant de proposer aux pays en développement des partenariats avec les institutions publiques (Santé Publique France et Haute Autorité de Santé) et instituts de formation (École des hautes études de la santé publique et École nationale supérieure de sécurité sociale) pour les assister dans la construction de leurs politiques de santé publique et des coopérations avec des instituts de recherche d'excellence ;

- ensuite, **un tissu d'entreprises dynamiques dans le secteur de la santé**, reposant à la fois sur de grands groupes exportateurs et des ETI et PME plus spécialisées, comme dans le domaine hospitalier ;

- enfin, **un fort écosystème d'organisations de la société civile**, dont certaines disposent d'une expertise reconnue sur les problématiques de santé.

b) Un engagement guidé par une doctrine fixée dans la stratégie de la France en santé mondiale et complétée par une série de documents sectoriels

Comme dans d'autres segments de son aide publique au développement, la France s'est dotée d'une stratégie sectorielle visant à assurer la cohérence de son action dans le domaine de la santé. Pour l'Ambassadrice pour la santé mondiale, l'existence d'un tel document stratégique singularise la France parmi ses partenaires : *« en Europe, seulement quatre autres pays sont dotés d'une stratégie en santé mondiale (Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Suède) directement articulée avec la stratégie européenne établie dans ce domaine. Disposer d'une telle stratégie permet à la France d'inscrire ses priorités dans la durée, d'assurer la cohérence et la lisibilité de ses actions ainsi que de garantir l'orientation stratégique de ses financements. »*¹

Cinq priorités structurent la stratégie de la France en santé mondiale 2023-2027 :

- la **promotion de systèmes de santé équitables et résilients**, qui permettent à tous et toutes d'avoir accès à des services de santé de qualité, et d'atteindre ainsi la couverture santé universelle ;

- la **promotion de la santé et du bien-être des populations**, la prévention des maladies et la lutte contre elles à tous les âges de la vie ;

- une **meilleure préparation et une meilleure réponse aux urgences** de santé publique et aux conséquences du changement climatique, dans une approche « Une seule santé » ;

- la **promotion d'une nouvelle architecture mondiale** plus solide et solidaire ;

- et faire de la **recherche et de l'expertise françaises** des leviers d'action et d'influence au service de notre stratégie en santé mondiale.

Elle est cohérente avec les grandes orientations de notre politique de développement, la santé figurant parmi les priorités identifiées successivement par la loi n° 2021-1031 du 4 août 2021 de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales, le comité interministériel de la coopération internationale et du développement et le conseil présidentiel des partenariats internationaux (ex-conseil présidentiel du développement).

Identifiée comme une des priorités sectorielles de l'aide au développement de la France par la loi de programmation (voir encadré *infra*), la santé **figure parmi les dix objectifs politiques définis par le Cicid de 2023** et réaffirmés par le CPPI

¹ Réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux.

de 2025 (objectif n° 4 : « Renforcer la résilience face aux risques sanitaires, y compris les pandémies, en investissant dans les systèmes de santé primaire et en appuyant la formation des soignants dans les pays fragiles »).

Extrait du rapport annexé à la loi n° 2021-1031 du 4 août 2021 de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales

« La santé est à la fois une condition et un outil du développement humain et économique. La promotion de la santé comme bien public mondial est un élément constitutif de la politique française de développement. Le droit à la santé, la promotion de l'objectif d'une couverture de santé universelle, le renforcement des systèmes de santé des pays, notamment primaires et communautaires, l'accès de tous à des produits et à des services essentiels de santé abordables, en particulier aux vaccins, médicaments et produits de santé dits essentiels et de qualité, font partie des priorités de la politique française de développement solidaire et de lutte contre les inégalités mondiales [...] »

Source : Légifrance

La précédente stratégie française en santé mondiale (2017-2021) **avait d'ores et déjà mis l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et la préparation aux pandémies**, dans le sillage de l'épidémie d'Ébola. En revanche, par rapport à sa prédécesseuse, la stratégie 2022-2027 s'est distinguée sur deux points principaux.

D'une part, **elle a intégré un objectif d'accompagnement de la réforme de l'architecture du système de santé mondial**, reconnaissant les limites des entités multilatérales en matière de santé et revendiquant un rôle proactif de la réforme de leur fonctionnement afin de renforcer leur coordination et d'améliorer leur transparence.

D'autre part, **ce document stratégique a, pour la première fois, adopté une approche interministérielle de la problématique de la santé mondiale**. Le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont, tous deux, été associés à la conception des objectifs de la France dans ce domaine. Cet élargissement de la conception et du pilotage de la stratégie française répondait au rapport d'évaluation de la précédente stratégie. Ce dernier recommandait notamment, en se fondant sur l'exemple allemand¹. Le rapport mentionnait ainsi qu'« il ressort de ce bilan que la collaboration interministérielle et institutionnelle doit être plus ambitieuse pour accompagner les changements interventionnels qui doivent s'opérer » et qu'il « manque un metteur en scène pour configurer le dispositif français de santé mondiale et un chef d'orchestre pour mobiliser de façon cohérente et coordonnée les acteurs. La proposition est un groupement des quatre ministères clés (MEAE, MEFR, MSS, MESRI). » **L'inclusion d'autres départements ministériels que le seul MEAE** (et dans une moindre mesure le ministère de l'économie et des finances) **inscrit également ce document dans l'approche « Une seule santé »** (« One health ») défendue par les instances multilatérales.

¹ MEAE, [Bilan de la stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021](#).

Autre différence notable par rapport à l'exercice précédent, la stratégie en santé mondiale 2022-2027 **s'est accompagnée d'un cadre de redevabilité reposant sur un comité technique et de pilotage** (Copil), dirigé par l'Ambassadrice pour la santé mondiale et regroupant les différents ministères impliqués, la société civile et la communauté scientifiques, qui a pour mission de produire un rapport de suivi annuel sur la base de l'agrégation des résultats des 17 indicateurs de la stratégie, réalisée par le MEAE au travers des remontées du réseau diplomatique.

Toutefois, il importe de souligner que ce cadre de suivi et de redevabilité présente **deux limites notables** :

- d'une part, à la connaissance des rapporteurs spéciaux, **seulement deux rapports annuels (pour les exercices 2023 et 2024) ont été réalisés et le bilan d'étape à mi-parcours, initialement fixé pour le courant de l'année 2025, n'a pas été organisé**, ce qui affaiblit la logique d'un suivi poussé de la mise en œuvre de cette stratégie. Selon le MEAE, « *un temps de restitution publique à mi-parcours de notre stratégie devrait être programmé prochainement, afin de présenter les avancées et progrès, et de faire remonter les limites rencontrées par l'ensemble des acteurs* »¹ Il est vrai que les contraintes budgétaires pesant sur la mission depuis 2024 complexifie l'évaluation du déploiement de cette stratégie ;

- d'autre part, **les 17 indicateurs de performance prévus par le cadre de suivi de la stratégie française en santé mondiale ne comporte aucune cible ni aucune programmation pluriannuelle**, et se bornent à constater chaque année les réalisations obtenus. Le ministère de l'Europe et des affaires étrangères défend un cadre de redevabilité « *réaliste dans sa mise en œuvre et compatible avec l'état des données disponibles* ».

En sus de cette stratégie thématique, **la santé mondiale est également abordée dans d'autres documents de pilotage de l'action de la France**. La pluralité de cette documentation s'explique, d'une part, par la logique « *Une seule santé* » qui agrège des thématiques diverses parfois traitées par d'autres ministères (santé animale, sujets sanitaires spécifiques) et, d'autre part, par la nécessité d'approches transversales au sein même de notre politique de développement. **À titre d'exemple, la santé est abordée** :

- sous un angle spécifique dans le cadre de la feuille de route interministérielle 2024-2034 « *Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens* » ;

- et parmi les objectifs de la stratégie humanitaire de la France 2023-2027, sous l'angle de la défense de la continuité des soins, y compris dans les contextes de crise.

¹ Réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux.

L'approche « Une seule santé »

Il s'agit d'une approche intégrée, défendue par les organisations du système onusien, visant à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle repose sur le constat, identifié depuis le XIX^e siècle, des interactions et interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et la santé de l'alimentation végétale.

Depuis la conférence interministérielle de 2008 à Sharm el-Sheikh, dans le contexte de la grippe aviaire, l'approche « Une seule santé » est recommandée par les agences onusiennes, dont l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA/FAO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA) et du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE).

L'approche « Une seule santé » peut être appliquée à différentes problématiques, dont la résistance aux antimicrobiens, les zoonoses (maladies infectieuses causées par des germes qui se propagent entre les animaux et les humains), les maladies à transmission vectorielle (transmises par un vecteur comme le moustique ou la puce), la sécurité sanitaire des aliments et les maladies d'origine alimentaire et la santé environnementale.

Pour la Banque mondiale, le bénéfice de la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » serait de 37 milliards de dollars par an.

Source : commission des finances d'après l'Organisation mondiale de la santé

L'ensemble des auditions a mis en exergue l'enjeu de cohérence qui doit exister entre la stratégie de la France et les moyens qu'elle lui consacre. Pour l'Ambassadrice pour la santé mondiale, un nouveau chapitre s'écrit. Comment créer une interaction entre notre expertise française en santé, l'une des meilleures au monde, et l'international ? Comment avoir une action efficace et soutenable ? La France est attendue sur le sujet, pas seulement sur le terrain politique pour défendre l'ordre universaliste, mais à la table des financeurs. La représentation permanente à Genève a souligné la difficulté à maintenir une influence pour la France à un moment où le multilatéralisme est attaqué, et notamment à maintenir une présence française dans les directions générales des grandes organisations internationales. Au Fonds mondial, la France est passée du 2^{ème} au 7^{ème} rangs des donateurs. De fortes inquiétudes ont également été exprimées pour les OSC, dont certaines risquent de disparaître, y compris quand leur utilité est confirmée.

À l'heure où l'architecture de la santé mondiale connaît un tournant historique, il importe que la France, au côté d'autres puissances européennes, préserve son leadership en la matière. La réduction alarmante de nos contributions en 2025 et 2026, sous l'effet des coupes budgétaires, qui n'apparaissent pas dans ce rapport faute de données consolidées, a été soulevée dans toutes les auditions comme atteignant un véritable seuil d'alerte.

2. L'aide française dans le domaine de la santé transite très majoritairement par le canal multilatéral, y compris après la baisse des contributions internationales amorcée en 2025

Par rapport à d'autres secteurs de notre politique de développement, la santé se caractérise par la prépondérance manifeste du volet multilatéral. Pour le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, la part majoritaire des contributions multilatérales dans notre aide totale s'explique par une approche de la santé comme un bien public mondial, qui « implique un engagement important pour le multilatéralisme, la défense de la couverture sanitaire universelle et des droits humains. »¹ De fait, l'approche doctrinale retenue par le pays donateur emporte des conséquences sur le vecteur privilégié pour son aide financière. Par comparaison, les États-Unis envisagent traditionnellement la santé mondiale comme un enjeu de gestion des risques globaux et acheminent très majoritairement (à plus de 75 %) leur aide par le canal bilatéral. Plus proche des positions françaises, l'Allemagne alloue plus de la moitié de son aide en santé par le canal multilatéral et ce, de manière croissante. Il en va de même du Royaume-Uni qui retient pourtant une conception de l'APD en santé similaire à la vision américaine.

Répartition de l'aide de la France en matière de santé entre les canaux bilatéraux et multilatéraux

(en pourcentage)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Part de bilatéral	27 %	30 %	43 %	53 %	44 %	41 %	42 %
Part de multilatéral	73 %	70 %	57 %	47 %	56 %	59 %	58 %

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Ce déséquilibre historique entre aide multilatérale et aide bilatérale s'inscrit toutefois en décalage avec les objectifs fixés à notre politique de développement. Les conclusions du comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) du 8 février 2018, confirmées par la loi de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales², visait en effet à redonner à l'aide « une part plus importante »³ dans les moyens financiers mis en œuvre.

¹ Réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux.

² Loi n° 2021-1031 du 4 août 2021 de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales.

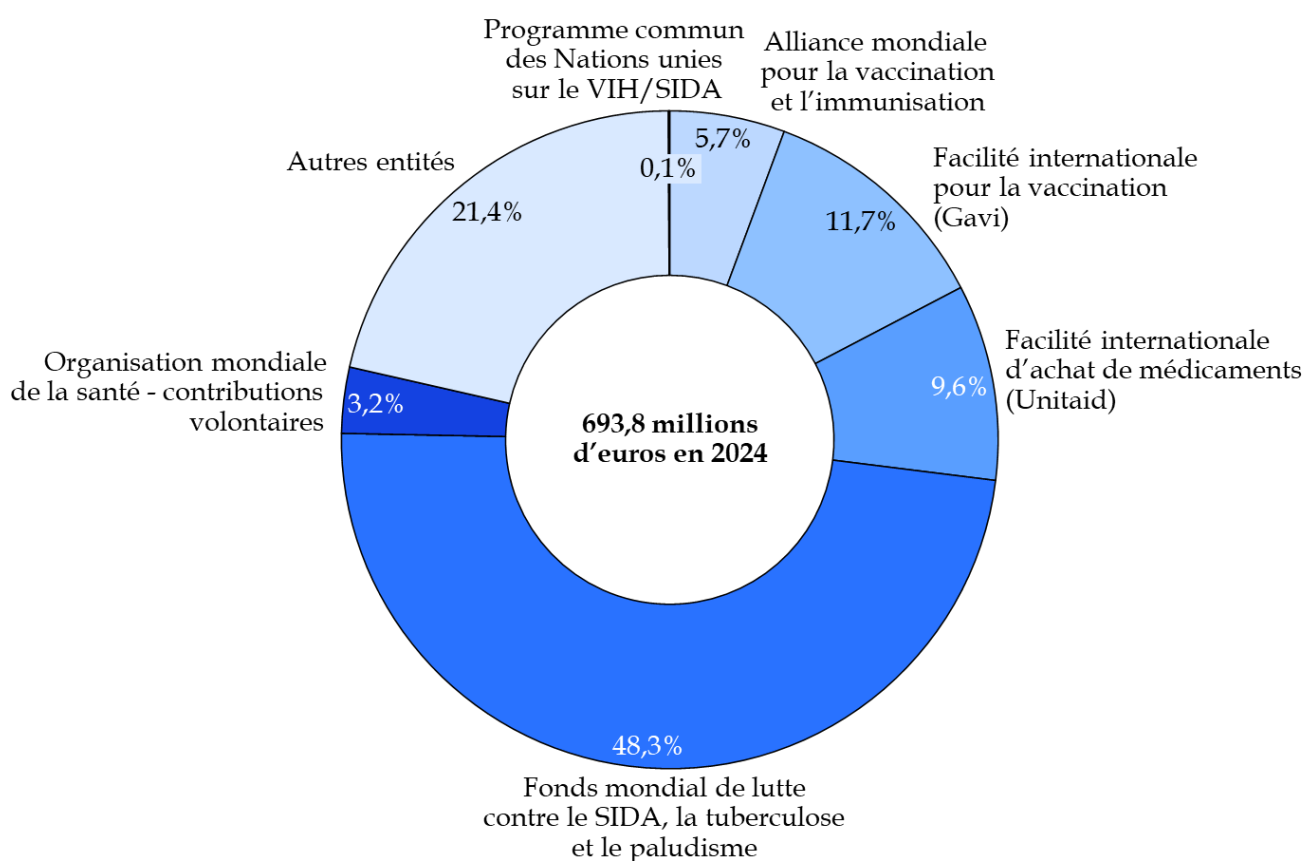
³ [Relevé de conclusions](#) du comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 8 février 2018.

Si la répartition entre canal multilatéral et canal bilatéral s'est sensiblement rééquilibrée au profit de ce dernier entre 2018 et 2024, **les versements multilatéraux demeurent largement supérieurs aux outils bilatéraux.**

En moyenne, sur la période 2018-2024, la France a consacré **788 millions d'euros par an** en contributions internationales dans le domaine de la santé. Soient des versements supérieurs aux années précédentes, avec seulement 673 millions d'euros par an entre 2014 et 2019.

Répartition des versements multilatéraux de la France en matière de santé en 2024

(en millions d'euros et en pourcentage)



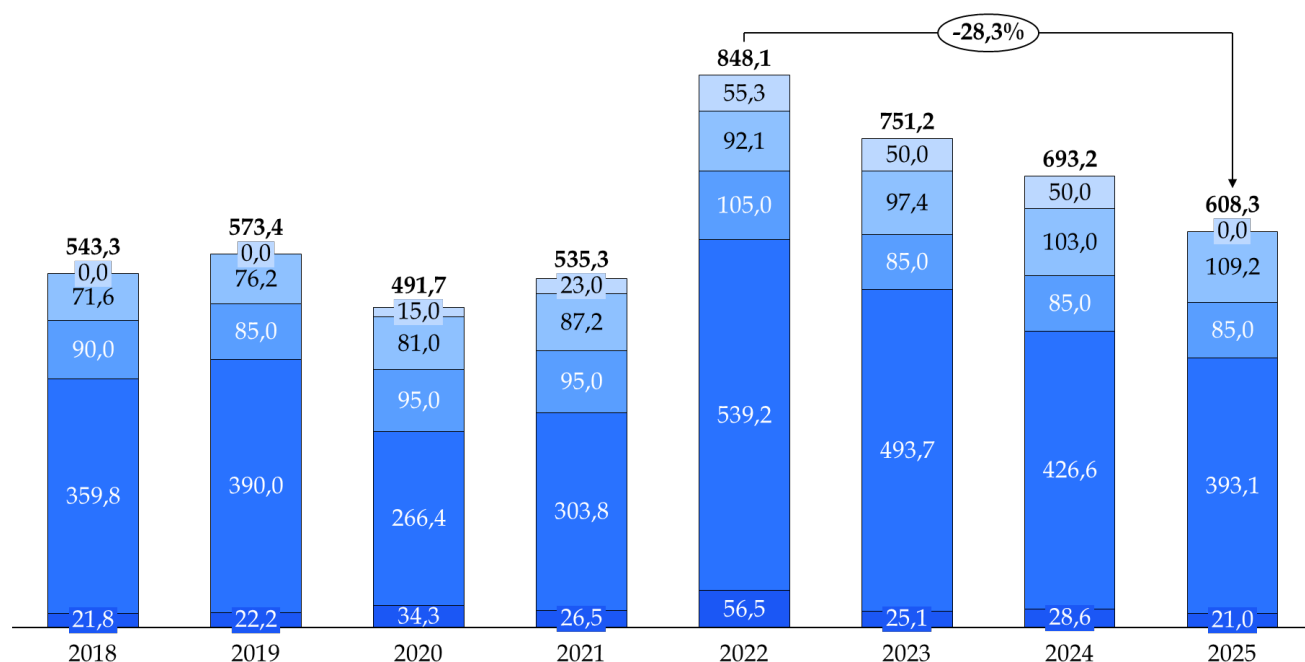
Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Une majorité des financements multilatéraux français est destinée aux grands fonds verticaux (FMSTP, Unitaid et Gavi), qui concentrent plus de 60 % de ces crédits. Par rapport à d'autres secteurs de notre APD, les contributions françaises en santé se trouvent concentrées sur un nombre très faible d'entités bénéficiaires. Au total, sur la période 2017-2023, **les trois quarts des contributions versées par la France dans le secteur de la santé ont bénéficié au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.**

Une telle concentration présente des avantages évidents, comme a pu le rappeler la Cour des comptes dans sa contribution de 2024 à la commission des finances : « *cette focalisation des contributions françaises sur quelques acteurs clés ne met pas fin à la dispersion de l'effort budgétaire français, mais répond en partie au besoin de clarifier le paysage et de renforcer la complémentarité entre les différentes contributions multilatérales de la France.* »¹ Elle implique néanmoins un suivi plus poussé de ces versements.

Évolution des contributions de la France aux fonds verticaux en matière de santé et à l'OMS en 2018 et 2025

(en millions d'euros et en pourcentage)



- Gavi
- IFFIm
- Unitaid
- FMSTP
- OMS (contributions volontaires)

Note : les contributions à l'OMS présentées supra sont les contributions volontaires (hors contributions obligatoires).

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux et les documents budgétaires

¹ [Rapport d'information n° 779 \(2023-2024\) fait par MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, au nom de la commission des finances pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article 58-2° de la Lolf, sur le financement des actions multilatérales de la France – exercices 2017 à 2023, 25 septembre 2024.](#)

Du fait de la dégradation des comptes publics, les exercices 2025 et 2026 **ont été en revanche marqués par une baisse notable des contributions multilatérales de la France** en matière de santé, accompagnées de report de paiement des contributions déjà annoncées. L'objectif visé par le Gouvernement s'inscrivait dans une logique plus générale de rationalisation des engagements multilatéraux sur la mission APD afin de garantir sa soutenabilité. **Ainsi, les arbitrages budgétaires ont conduit :**

- à **baiss**er des contributions au moment de la reconstitution de fonds verticaux par rapport au triennal précédent. La contribution française au Fonds mondial pour 2026-2028 est donc inférieure de 58 % à sa contribution pour 2023-2025 tandis que les versements à Unitaïd ont reculé de 22 % ;

- à **reporter le versement de contributions annoncées**, comme les versements de 10 millions d'euros au Fonds pandémies, finalement effectués en 2025 ;

- à **annuler des contributions programmées**, comme celle, fixée à 45 millions d'euros, à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ;

- **et à renoncer à de nouvelles contributions** à certains organismes, comme le Fonds pandémie.

**Contributions françaises aux entités multilatérales spécialisées
en matière de santé**

(en millions d'euros)

Entité	Programme budgétaire	Montant total des contributions de la France entre 2018 et 2024	Montant de la dernière contribution française	Place de la France dans le classement des contributeurs en 2025
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Programme 384	2 779,4 millions d'euros (1 596 millions d'euros entre 2023 et 2025)	660 millions d'euros pour la reconstitution 2026-2028 (- 58 % par rapport à la précédente reconstitution)	2 ^{ème} contributeur pour la reconstitution 2023-2025
Facilité financière internationale pour la vaccination (IFFIm) - Gavi	Programme 384	608,5 millions d'euros (dans le cadre d'une contribution totale de 1 390 millions d'euros prévus entre 2007 et 2026)	115,9 millions d'euros en 2026, au titre de la troisième tranche de la contribution de la France (2021-2026)	2 ^{ème} contributeur sur la période 2017-2024
Unitaid	Programme 384	640 millions d'euros	255 millions d'euros pour 2023-2025	1 ^{er} contributeur historique
Alliance du Vaccin (Gavi)	Programme 384	400 millions d'euros (500 millions d'euros entre 2021 et 2025)	340 millions d'euros pour la reconstitution 2026-2030	6 ^{ème} contributeur souverain à Gavi en incluant les financements à COVAX

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Aux contributions aux fonds verticaux et autres entités spécialisées dans le domaine de la santé, s'ajoutent les contributions de la France à l'Organisation mondiale de la santé. Comme la plupart des agences de l'Onu, cette dernière assure son financement par des contributions obligatoires de ses membres, déterminées selon leur quote-part de revenu national brut, complétées par des contributions volontaires à la discrétion des États-membres. Suivant une politique d'investissement dans le multilatéralisme, dans un contexte de massification de son APD, la France a doublé ses contributions volontaires à l'OMS sur la période 2019-2022, lui permettant de figurer parmi les dix premiers contributeurs, tous bailleurs confondus (7^{ème} contributeur étatique en 2023).

Par ailleurs, il importe de noter, qu'en plus des contributions transitant par le budget de l'État, la France **contribue indirectement une nouvelle fois à ces institutions au travers de sa contribution au budget de l'Union européenne**. Cette participation soulève néanmoins deux difficultés : d'une part, elle induit des frais de gestion en cascade (les coûts de structure de l'UE s'additionnant à ceux des entités multilatérales) et, d'autre part, une difficulté pour les États membres à tirer bénéfice de leur quote-part dans la contribution européenne en termes d'influence au sein des organisations internationales.

Versements multilatéraux en matière de santé au bénéfice d'entités multilatérales imputées à la France entre 2018 et 2024

(en milliers d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Association internationale de développement (AID)	104 511,1	30 198,6	40 820,6	54 654,8	65 758,3	99 934,3	41 123,6
Groupe de la Banque mondiale (BM)	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA-FAO)	594,1	1 143,9	639,3	673,5	783,0	985,6	1 046,0
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef)	1 534,4	2 021,0	1 814,7	2 193,6	3 901,4	3 167,3	1 336,5
Fonds des Nations Unies pour la consolidation de la paix (FCP)	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programme des Nations Unies pour le développement (Pnud)	52,1	220,0	424,6	609,7	327,9	N/d	0,0
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)	437,9	432,3	292,5	6 463,4	16 506,8	15 169,5	13 978,1
Programme alimentaire mondial (Pam)	0,0	0,0	11 432,7	0,0	11 344,0	14 748,8	17 378,9

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA)	2,2	9,3	30,0	305,8	1 521,9	1 703,5	814,5
Banque africaine de développement (BAfB)	1 374,4	2 370,9	2 544,3	2 019,0	3 700,9	6 649,2	4 403,8
Fonds africain de développement (FAfD)	28,6	22,8	10,6	203,2	4,2	236,6	391,1
Fonds asiatique de développement (FAD)	1 852,3	904,2	4 367,9	1 961,1	4 767,4	1 841,0	2 966,3
Banque Asiatique d'Investissement dans les Infrastructures (BAD)	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	0,0
Banque interaméricaine de développement, Société interaméricaine d'investissement, Fonds multilatéral d'investissements (BID)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4 767,4	0,0
Institutions de l'Union européenne	79,4	234,0	83,9	48,7	17,6	1 857,5	0,0

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

À noter que, s'agissant de l'architecture budgétaire, **jusqu'à la loi de finances pour 2025, une part significative des contributions aux fonds verticaux** en matière de santé (comme en matière d'environnement) étaient portées par un instrument extrabudgétaire, le Fonds de solidarité pour le développement (FSD). **Géré par l'Agence française de développement, ce dernier faisait l'objet de l'affectation d'une part du produit de deux taxes affectées** : la taxe de solidarité sur les billets d'avion (TSBA) et la taxe sur les transactions financières (TTF) pour une enveloppe totale de 738 millions d'euros.

Suite à la révision de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Lolf) par la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, **le FSD a fait l'objet d'une rebudgétisation au sein d'un nouveau programme budgétaire** ; le programme 384 « Fonds de solidarité pour le développement »¹, co-géré par la direction générale de la mondialisation et la direction générale du Trésor. De fait, l'article 2 de la Lolf dispose désormais que « *les impositions de toute*

¹ Rebudgétisation opérée par l'article 125 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

nature ne peuvent être directement affectées à un tiers qu'à raison des missions de service public confiées à lui et sous les réserves prévues par les articles 34, 36 et 51 » et à son article 34 que cette affectation ne peut se faire qu'au profit de personnes morales autres que l'État.

Faute de personnalité morale et de lien direct avec l'objet de ces deux impositions, le FSD ne respectait plus les conditions fixées par la Lolf. Sa rebudgétisation répondait par ailleurs à une recommandation de longue date de la Cour des comptes. Elle permet, en effet, un meilleur suivi des contributions et offre aux parlementaires une plus grande maîtrise de ces crédits.

Tirant les conséquences de cette révision de l'architecture de la mission APD, les gestionnaires de programmes ont repris la nomenclature budgétaire **pour centraliser au sein du nouveau programme 384 l'essentiel des contributions de la France aux fonds verticaux**. Dès 2025, les contributions « santé » portées par le programme 209 et le programme 110, comme la contribution à la Facilité financière internationale pour la vaccination, **ont ainsi été transférées au programme « Fonds de solidarité pour le développement »**¹.

La comptabilisation des dépenses multilatérales de la France en matière de santé

Dans le recensement des dépenses multilatérales de la France en matière de santé, si les dépenses au profit des entités spécialisées dans le domaine de la santé sont clairement identifiées, la comptabilisation des dépenses transitant par d'autres entités multilatérales est moins aisée.

L'OCDE a, par conséquent, développé une méthode de calcul de ce type de dépenses. À partir des données notifiées par les entités multilatérales, elle calcule la part de l'aide dédiée à chaque secteur de l'APD. Pour plus de fiabilité, cette part est calculée sur trois ans. Cette proportion est ensuite appliquée à la contribution de chaque État à l'entité concernée.

Par exemple, pour calculer l'aide multilatérale de la France en matière de santé transitant par l'Unicef en 2019, il est nécessaire de calculer la part du budget de cette entité dédiée à la santé (16 % de son aide entre 2014 et 2019). La France ayant versé une contribution de 12 millions d'euros à l'Unicef en 2019, en appliquant la proportion de 16 %, on peut identifier un financement français de 1,9 million d'euros dédié à la santé au travers de l'Unicef cette année.

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux et les documents budgétaires

¹ Il en est allé de même, pour le climat et l'environnement, des contributions au Fonds vert pour le climat.

3. Une implication de l'ensemble des acteurs de la politique de développement

À l'image d'autres thématiques transversales de la politique de développement de la France¹, **la santé implique l'ensemble des acteurs intervenant dans le déploiement de notre APD** (ministères, opérateurs, instituts de recherche et société civile).

De manière plus large, cette thématique conduit à l'intervention de départements ministériels autres que le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et le ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargés conjointement de la mission APD. Ainsi même si le MEAE est chef de file pour le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie française en santé mondiale, **cette politique agrège des financements de sources diverses.**

Sur le plan multilatéral, pas moins de quatre ministères se partagent la représentation de la France au sein des organisations internationales en santé : en plus du MEAE, interviennent le **ministère chargé de la santé**, le **ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire** (pour les questions de santé animale) et le **ministère chargé de l'environnement** (pour la dimension environnementale). Leur implication traduit la logique extensive du concept de « One Health », qui associe santé humaine, santé animale et préservation de l'environnement.

Sur le plan bilatéral, au moins une quinzaine d'acteurs institutionnels français opèrent des versements comptabilisés dans les dépenses d'aide au développement de la France en matière de santé (voir tableau *infra*). À titre d'exemple, **les dépenses conjointement engagées par le centre de crise et de soutien (CDCS), le ministère de la santé, le ministère des armées** dans le cadre du déploiement du porte-hélicoptères amphibie (PHA) Dixmude dans les eaux égyptiennes fin 2023 pour assurer la prise en charge de civils gazaouis entrent dans cette comptabilisation, de même que les évacuations d'enfants de l'enclave.

Deux principales difficultés découlent de ce pluralisme.

En premier lieu, la diversité des canaux de financement complexifie grandement le suivi et la compréhension de la dimension budgétaire de l'aide au développement en matière de santé. La recension des crédits affectés à cette thématique ne peut être complètement réalisée qu'*a posteriori*, une fois les dépenses d'APD validées par le CAD de l'OCDE.

¹ Le lecteur est renvoyé ici vers le [rapport n° 725](#) (2023-2024) fait par MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, au nom de la commission des finances sur l'aide alimentaire dans le cadre de l'aide publique au développement (10 juillet 2024) et le [rapport n° 67](#) (2025-2026) des mêmes auteurs au nom de la commission des finances sur la prise en compte des questions migratoires dans la politique de développement (23 octobre 2025).

Il s'agit d'une problématique qui concerne l'ensemble de la politique de développement puisqu'au-delà de la seule mission APD, un total de 24 programmes budgétaires contribue à cette politique. Si les documents de politique transversale (DPT) annexés au PLF présentent les engagements totaux de la France par secteur d'APD, les données disponibles interviennent avec deux ans de décalage.

De plus, **cette recension est forcément incomplète puisqu'elle ne porte que sur les crédits budgétaires engagés dans cette politique.** Les dépenses fiscales n'entrent ainsi pas dans le champ des montants transmis par le MEAE. Or, les réductions d'impôt au titre des dons à des organismes d'intérêt général participent à l'effort financier de la France, tout particulièrement en matière de santé.

En second lieu, il s'ensuit un nécessaire effort de coordination interministérielle pour assurer la cohérence des efforts financiers engagés par les différents ministères et mobiliser l'ensemble des ressources humaines potentiellement disponibles. En dépit d'amélioration réalisées au cours des dernières années (voir les développements de la seconde partie du présent rapport), l'implication de certains départements ministériels peut interroger. La délégation aux affaires européennes et internationales des ministères sociaux, sollicitée, a ainsi estimé ne pas avoir à s'exprimer sur les crédits relatifs à l'aide publique au développement.

**Répartition des versements bilatéraux de la France en matière de santé,
par ministère et opérateur, entre 2018 et 2024**

(en milliers d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agence française de développement	109 723,3	148 353,8	282 352,0	482 007,2	335 173,5	209 838,5	206 699,2
Ministère de l'éducation nationale	41 230,7	44 369,1	0,0	5 810,0	13 426,5	18 295,6	11 079,1
Expertise France	19 346,0	16 772,0	25 616,0	32 764,2	34 514,8	44 404,1	50 392,2
Ministère de l'France et affaires étrangères	11 379,2	33 703,4	68 928,1	98 533,7	123 757,4	160 287,4	85 932,3
Ministère des armées	10 310,0	13 538,0	6 318,4	8 227,7	15 096,4	16 132,7	12 796,9
Proparco	8 898,4	2 446,9	25 654,1	274,0	11 800,1	33 121,9	176 366,2
Coopération décentralisée	3 652,3	3 936,3	4 043,6	3 218,9	3 161,6	3 161,7	3 056,3
Divers	666,3	1 741,9	1 908,3	269 573,4	256 791,0	120 389,1	60 064,8
Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie	491,0	0,0	0,0	0,0	10 000,0	0,0	0,0
Ministère de la santé	335,0	0,0	0,0	0,0	0,0	326,0	400,0
STOA Infra & Energy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30 356,7	0,0

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Institut de recherche pour le développement	0,0	0,0	19 141,9	28 572,6	29 299,1	25 548,6	28 676,0
BPIFrance	0,0	9 834,0	1 291,0	17 857,0	8 374,0	17 163,4	2 581,2
Ministère de la transition écologique	0,0	0,0	0,0	0,0	59,5	200,0	0,0
Autres ministères	0,0	222,0	124,0	248,4	253,2	248,0	0,0

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

a) Les crédits directement mis en œuvre par le réseau diplomatique

Regroupés depuis 2023 au sein de l'appellation « Fonds Équipe France » (FEF), **les crédits d'aide-projet du MEAE sont directement mis en œuvre par les ambassades, après une validation au niveau de l'administration centrale.** Ils permettent aux postes diplomatiques de financer, dans un délai relativement court, des actions d'aide au développement pour des montants limités (pour un maximum de deux millions d'euros sur deux ans) et à l'impact fort.

Si la santé figure parmi les secteurs prioritaires des FEF, le pilotage souple et l'absence de programmation de cet instrument aboutissent à **des montants consacrés à la santé variables d'une année sur l'autre** : en 2024, les FEF dédiés à la santé représentaient 6,3 millions d'euros, contre 11 millions d'euros en 2025.

En raison de cette variabilité et de la diversité des projets menés, **il est difficile de mesurer l'impact de cet instrument en matière de santé.** La souplesse de sa mise en œuvre et le caractère de subvention des financements engagés le rendent toutefois adapté aux besoins exprimés par les pays les moins avancés. Le ministère de la France et des affaires étrangères souligne ainsi que de nombreux projets FEF ont mené des actions de renforcement des systèmes de santé, de formation des personnels de santé ou de surveillance épidémique.

Ainsi, **la Guinée a bénéficié de deux financements FEF successifs entre 2021 et 2025 pour assurer la création d'un centre de référence pour la surveillance des maladies infectieuses émergentes.** Dans une zone géographique particulièrement propice au développement de maladies infectieuses et ayant souffert de l'épidémie d'Ébola, les pays partenaires sont particulièrement intéressés pour développer des capacités de détection et d'analyse, en coopération avec les instituts de recherche français.

Outre les FEF, **les crédits de l'aide humanitaire peuvent être mobilisés**, le renforcement des actions en matière de santé et de continuité des soins figurant parmi les objectifs de la stratégie humanitaire de la République française 2023-2027. Outre les contributions multilatérales fléchées dans le domaine humanitaire et destinées à financer des projets en santé, des financements directs peuvent transiter par les deux instruments bilatéraux d'aide humanitaire : le fonds d'urgence humanitaire et de soutien (FUHS) et l'initiative française pour la sécurité alimentaire et la nutrition ou IFSAN (ex-aide alimentaire programmée, AAP).

Au-delà de la stricte dimension budgétaire, le réseau diplomatique héberge le réseau des conseillers régionaux en santé mondiale (CRSM), rattachés à la DGM. **Au total, onze CRSM sont compétents pour assurer le suivi de 68 pays** et d'une dizaine d'organisations régionales et bureaux régionaux d'organisations internationales.

b) L'Agence française de développement

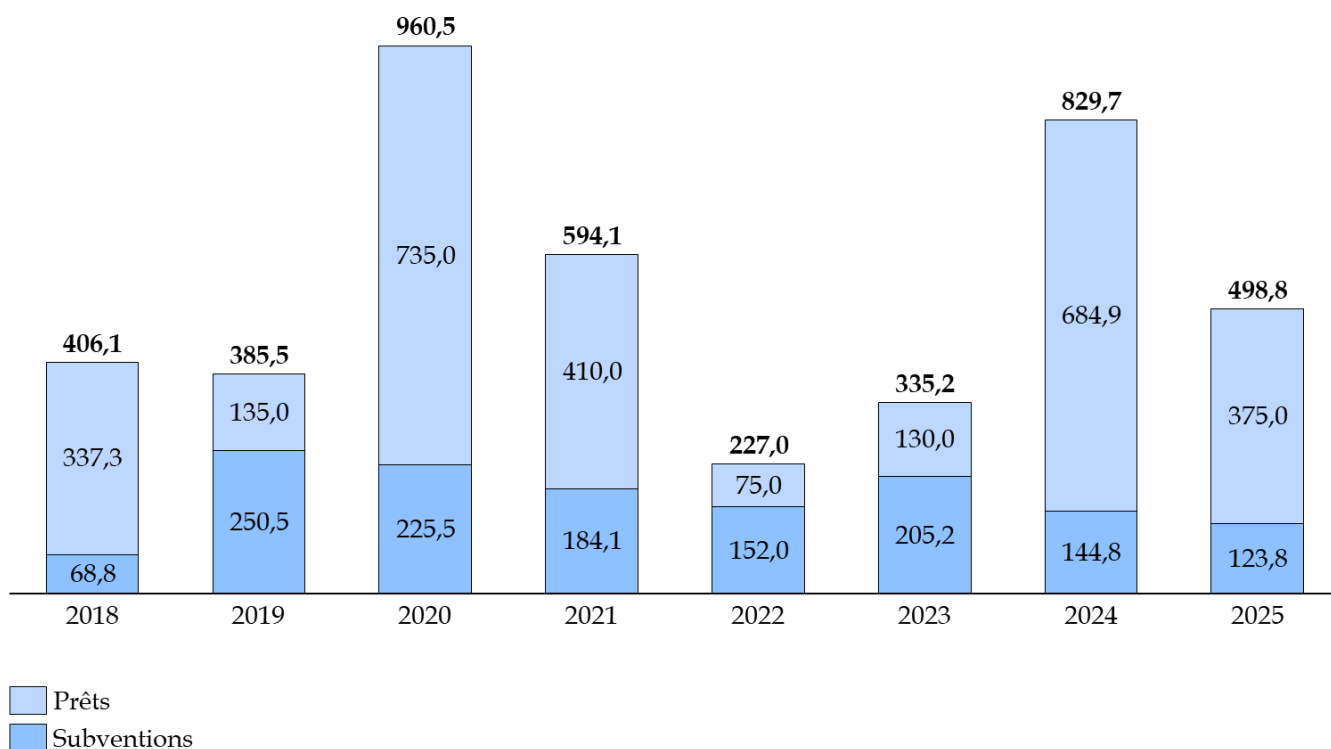
Entre 2018 et 2025, **l'AFD a financé un volume total d'engagements de 4,43 milliards d'euros dans le domaine de la santé**. À l'échelle du groupe AFD (comprenant l'agence stricto sensu, Proparco et Expertise France), une moyenne de 809 millions d'euros par an a été consacré au secteur de la santé et de la protection sociale entre 2020 et 2025. Ces financements se répartissent entre :

- ses activités de prêts, **à hauteur de 2,88 milliards d'euros entre 2018 et 2025**, qui correspondent à la fois à des prêts souverains pour accompagner les politiques publiques et les réformes structurelles des systèmes de santé et à des prêts non souverains (c'est-à-dire, des prêts non garantis par l'État) pour soutenir directement des acteurs publics ou parapublics ;

- **et de dons**, pour un total de **1,55 milliard d'euros sur la même période**, dont 195 millions d'euros de subventions transitant par le dispositif I-OSC (pour Initiatives OSC), transféré depuis 2010 à l'agence, qui constitue le guichet de financement des projets portés par des organismes de la société civile. À noter que le **fonds Minka**, instrument de l'AFD dédié à la consolidation de la paix dans les zones de conflits, **a consacré 16 % de ses financements à des projets de santé et de protection sociale entre 2020 et 2022, soit 232,4 millions d'euros**.

Total des financements apportés par l'AFD en matière de santé entre 2018 et 2025

(en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

La part plus conséquente des prêts dans les financements de l'AFD en matière de santé correspond à la répartition géographique de l'aide de la France dans ce domaine. En effet, l'APD bilatérale de la France est destinée, en très grande majorité (plus de 60 % en 2024) à des pays à revenus intermédiaires, éligibles à l'activité de prêt de l'agence. Les pays les moins avancés (PMA, catégorie prioritaire identifiée par le Cicid de 2023) présentent, d'une part, **un risque de défaut plus élevé** et sont, d'autre part, **moins enclins à recourir à l'endettement** (qui reste onéreux pour le bénéficiaire) pour financer des dépenses de santé. En outre, le canal des prêts **permet de structurer des projets à une échelle plus large**, portant sur l'aide à la construction de politique publique et le renforcement des systèmes de santé. Comme l'a indiqué l'AFD au cours de son audition et dans ses réponses écrites, les subventions correspondent à des projets de plus court terme, centrés sur la réponse aux épidémies et les droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR).

Il importe de noter que **la disproportion entre prêts et dons devrait progresser en raison de la forte réduction des subventions**. Ainsi, l'enveloppe d'aide-projets mise en œuvre par l'AFD et portée par le programme 209 a vu ses moyens **divisés par deux** entre 2023 et 2026, pour être ramenée à **541,7 millions d'euros en crédits de paiement**. Cette forte diminution de l'activité « don » de l'AFD, à laquelle s'ajoute la baisse des moyens mis en œuvre par Expertise France, conduit l'agence à déprioriser les projets en matière de santé. Si 15 % des

subventions de l'AFD concernaient le secteur de la santé en 2021, **les versements réalisés en 2026 ne devraient correspondre qu'à 5 % de l'enveloppe des dons.**

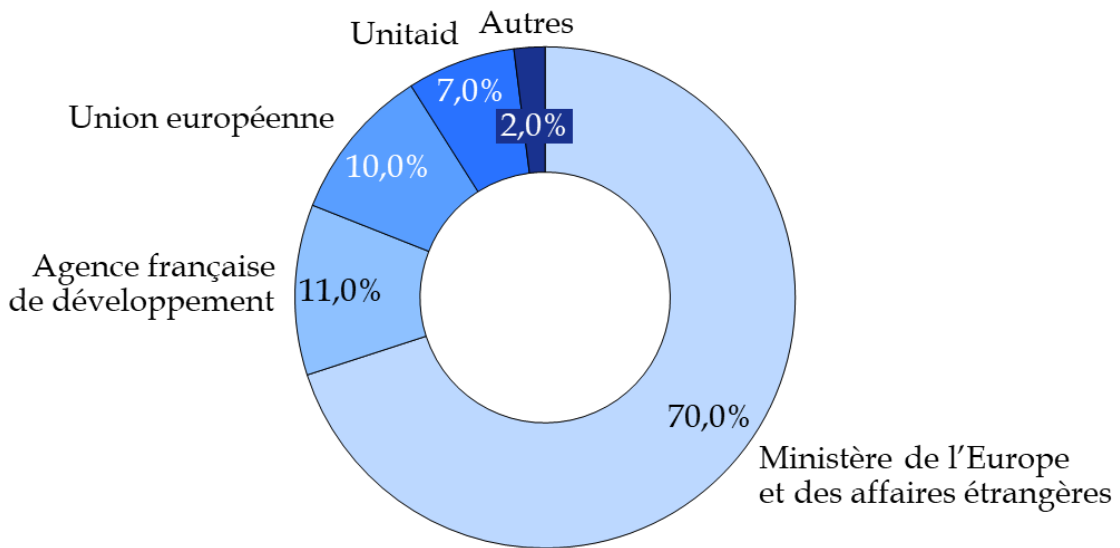
c) *Expertise France et l'Initiative*

(1) Les financements directement mis en œuvre par Expertise France

Filiale du groupe AFD, l'Agence française d'expertise technique internationale, « Expertise France », intervient largement en matière de santé, avec 75 projets santé menés dans 40 pays en 2024. Pour rappel, **l'aide publique au développement comporte deux volets distincts** : l'assistance financière, composée de dons, de prêts et d'allègements de dette, et l'assistance technique, reposant sur l'envoi d'experts techniques français et le transfert de savoir-faire.

**Sources de financements d'Expertise France en 2024
dans le domaine de la santé**

(en pourcentage)



Source : commission des finances d'après les données d'Expertise France

En 2024, le volume du chiffre d'affaires d'Expertise France dans le domaine de la santé s'élevait à 101 millions d'euros, contre 51,2 millions d'euros en 2020. L'année 2025 devrait confirmer cette tendance haussière, avec une progression de l'ordre de 27 % du chiffre d'affaires en santé. Cette progression devrait se poursuivre en 2026 tandis qu'une baisse des financements est anticipée en 2027, avec l'impact de la réduction du volume de l'Initiative, la baisse de l'aide projet française et le recul des financements européens prévus dans le prochain cadre financier pluriannuel.

Les financements portés par Expertise France en 2024 se sont répartis entre 41,5 millions d’euros au titre de l’axe thématique 1 de la stratégie française en santé mondiale (promotion des systèmes de santé), 48,5 millions d’euros au titre de l’axe thématique 2 (promotion de la santé et du bien-être des populations) et onze millions d’euros pour l’axe thématique 3 (préparation aux urgences de santé publique).

**Exemples de projets mis en œuvre par Expertise France
dans le domaine de la santé**

Projet	Bailleur	Axe de la stratégie française en santé mondiale	Volume de financement	Contenu du projet
Renforcement des ressources humaines en santé et appui à l’hôpital de Musanze au Rwanda	Agence française de développement	1	4 millions d’euros	Amélioration de l’accès aux soins au travers un renforcement de la disponibilité et de la qualité des ressources humaines en santé et le renforcement des capacités du <i>Rwanda Biomedical Center</i> .
<i>Health Recovery in North-East Syria</i> (HERNES)	Union européenne, ministère de l’Europe et des affaires étrangères	1	22,5 millions d’euros	Renforcement de l’accès aux soins dans neuf localités des gouvernorats du nord-est de la Syrie.
Projet TEMEYOUZ en Mauritanie	Agence française de développement	2	8 millions d’euros	Amélioration des soins materno-infantiles, lutte contre la malnutrition, renforcement du système de transfusion sanguine et formation des sage-femmes aux standards internationaux
Projet sur les droits et la santé sexuels et reproductifs en Guinée	Agence française de développement	2	10 millions d’euros	Autonomisation des femmes et des filles par une amélioration de la connaissance de leurs droits et de leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive, dans la région de Boké

Projet sur la résilience des politiques sanitaires et sociales en République Dominicaine	Agence française de développement	3	2,2 millions d'euros	Renforcement des capacités de prévention et de réponse du pays face à d'éventuelles crises sanitaires, sociales ou environnementales
Projet <i>Team Europe Support Structure for Manufacturing and Access to vaccines</i>	Union européenne	3	3,3 millions d'euros	Renforcement de l'accès à des produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et abordables en Afrique

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire adressé à Expertise France

(2) Le mécanisme de l'Initiative

« **L'Initiative** » constitue le principal programme bilatéral d'assistance technique mis en œuvre par Expertise France en matière de santé. Initialement désignée comme « initiative 5 % » lors de sa création en 2011, cet instrument de rebilatéralisation d'une part de la contribution de la France au Fonds mondial prend la forme d'une délégation de gestion du MEAE à Expertise France. Cette part de la contribution française au Fonds mondial a varié, suivant les évolutions des versements à ce fonds vertical : **fixée à 5 % en 2011, elle a progressé jusqu'à 20 % sur la période 2023-2025, avant de redescendre à 6 % pour 2026-2028.**

Dans le cadre de l'Initiative, Expertise France concentre son action sur 40 pays éligibles (parmi lesquels figuraient les 19 pays prioritaires du politique de développement de la France avant la révision de cet objectif en 2023). Un ciblage qui a permis de concentrer 65 % de ses interventions sur les pays les moins avancés. **Les financements de l'Initiative sont déployés au travers de trois canaux :**

- **un canal d'expertise**, qui proposent des programmes d'assistance technique à destination des différents acteurs de la santé dans les pays partenaires. L'objectif principal de ce canal est d'accompagner ces acteurs dans la préparation des demandes de financement au Fonds mondial et dans le suivi des subventions et de projets. Selon Expertise France, **un euro engagé dans l'appui à l'accès au FMSPT permet de débloquer 330 euros de subventions en moyenne ;**

- **un canal de projets**, visant à financer des activités catalytiques autour de trois thématiques principales (les populations vulnérables, le renforcement des systèmes de santé et la recherche opérationnelle) ;

- **et « l'Accélérateur »**, outil créé en 2022 qui cible les « angles morts » des systèmes de santé, en particulier la formation des personnels de santé.

Une évaluation du dispositif de l'Initiative a été menée par Expertise France en 2025, dont les principaux enseignements sont les suivants :

- tout d'abord, l'Initiative constitue un canal d'influence politique relativement efficace, en soutenant les positions françaises et en renforçant les capacités des États francophones, en retard par rapport aux pays anglophones, à accéder aux financements du Fonds mondial ;

- ensuite, ce dispositif offre également une influence technique, au travers du canal d'expertise, reconnu par les partenaires d'Expertise France ;

- enfin, les actions menées dans le cadre de l'Initiative sont relativement cohérentes avec celles du Fonds mondial, même si ce dernier peine à intégrer certaines priorités thématiques portées par la France au travers de cet instrument. De fait, l'Initiative intervient sur des thématiques peu couvertes, où elle dispose d'une forte valeur ajoutée.

En dépit de l'intérêt de la logique de « rebilatéralisation » consubstantielle à ce dispositif, ses financements devraient être largement revus à la baisse au cours des prochaines années. **La contribution de la France au FMSPT ayant reculé de 58 %**, le budget de l'Initiative devrait être ramené de 240,6 millions d'euros sur 2023-2025 à 60 millions d'euros sur 2026-2028, **soit une baisse de 75 %**. Ces coupes conduiront l'opérateur à redimensionner une part substantielle de ses projets et à réduire ses équipes dédiées à l'Initiative de 25 %. Les rapporteurs spéciaux **regrettent néanmoins que la baisse des financements de l'Initiative apparaisse proportionnellement plus élevée** que la baisse de la contribution de la France au Fonds mondial.

(3) Les experts techniques internationaux

Outre l'Initiative, Expertise France assure le pilotage du déploiement des « experts techniques internationaux » (ETI), soit des experts français détachés auprès d'organisations internationales ou de gouvernements étrangers. Dans le domaine de la santé, le MEAE indique que **57 ETI** sont actuellement en poste auprès d'administrations étrangères ou d'organisations multilatérales, **ce qui représente près de 18 % des 305 ETI déployés par la France**. Les données transmises par Expertise France diffère légèrement. L'agence indique ainsi que 63 postes d'experts ont été délégués en matière de santé, dont deux tiers déployés auprès des institutions bilatérales et un tiers auprès d'organisations internationales. S'agissant de leur répartition géographique, 25 de ces postes sont localisés en Afrique, quinze en Asie, onze en Europe, onze dans les Amériques et un au Moyen-Orient.

Une part notable de ces experts est placée auprès des entités multilatérales spécialisées dans la santé : cinq ETI sont en postes à l'OMS, deux au Fonds mondial, deux à Gavi, deux à l'Organisation mondiale de la santé animale (auxquels s'ajoutent sept agents mis à disposition par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire) et deux à l'Onusida.

En complément de ces ETI, la France finance également, sur les crédits de la mission « Action extérieure de l'État » des postes de « jeunes experts associés » (JEA) et des « volontaires des Nations unies » (VNU) auprès des entités onusiennes¹.

Des opérateurs de la recherche impliqués dans l'APD française en santé

Différents opérateurs français de la recherche interviennent dans le domaine de la santé. Trois types d'opérateurs scientifiques peuvent ainsi être mobilisés :

- les instituts de recherche en santé, dont l'Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'ANRS – Maladies infectieuses ;
- les instituts de recherche en développement, dont l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et le Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD). Ce dernier étant spécialisé dans le développement agronomique, son intervention est plus ciblée sur la santé animale ;
- et les instituts de recherche « généralistes » comme le CNRS.

L'ensemble de ces acteurs est mobilisé à trois stades de la politique de santé mondiale de la France. Tout d'abord, ils sont associés à la conception de cette politique et à la définition de ses objectifs. Les équipes du MEAE chargés du pilotage de la stratégie en santé mondiale sont en contact étroit avec ces instituts de recherche, sans que ces derniers ne soient toutefois associés à la *task force* en santé mondiale. De même, nos opérateurs de recherche sont inclus dans les sommets et événements structurants pour l'orientation de la politique française en santé mondiale, comme le récent *One Health Summit* de Lyon (avril 2026).

Ensuite, ils participent à la mise en œuvre d'une part des projets d'aide en matière de santé. À titre d'exemple, l'IRD, le CIRAD, le CNRS et les Instituts Pasteur sont impliqués, en coopération avec l'AFD, dans le projet Ecomore dont l'objectif est d'assister les pays du Sud-Est asiatique (Cambodge, Laos, Birmanie et Vietnam) dans la détection et la prévention des maladies infectieuses.

Enfin, ces opérateurs sont impliqués dans le déploiement des ETI.

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

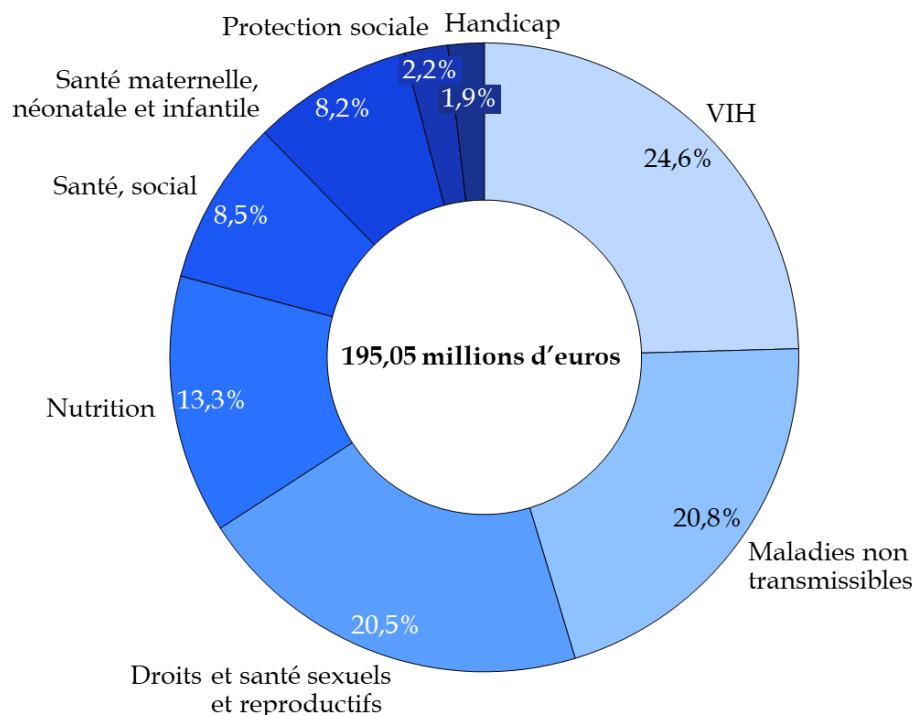
d) Les organisations de la société civile

Le financement des organisations de la société civile (OSC) transite par plusieurs canaux (le guichet I-OSC de l'AFD, Expertise France, les subventions directes du MEAE et d'autres ministères et les crédits de la coopération décentralisée). Au total, selon les données transmises aux rapporteurs spéciaux, pour l'exercice 2024, le montant de l'APD en santé déployée au travers des OSC représentait **20 % des crédits transitant par ces organisations (soit environ 140 millions d'euros sur un financement total de 690 millions d'euros)**.

¹ Actuellement sont financés deux JEA et un VNU à l'OMS, un JEA à l'Onusida et un JEA auprès d'Unitaid.

Répartition des financements du guichet I-OSC par sous-secteur en matière de santé sur la période 2018-2025

(en pourcentage et en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Pour une part substantielle, ces crédits sont versés aux OSC par le guichet I-OSC, avec 110 millions d'euros octroyés en 2025. Sur la période 2018-2025, **une moyenne de 20 % des moyens de ce dispositif est orienté vers la santé**. La contraction de cette enveloppe (réduite de l'ordre de 32 % entre 2023 et 2025) devrait néanmoins peser sur le volume de projets bénéficiaires.

Au-delà de cette contrainte budgétaire, **les représentants des OSC françaises auditionnés par les rapporteurs spéciaux ont fait part des difficultés liées au positionnement intermédiaire de leurs structures** : concurrencées par le haut par les grands opérateurs internationaux qui captent les financements des fonds verticaux et, par le bas, lorsque le MEAE et les opérateurs français privilégient des acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.

**Financements accordés aux quinze principales organisations de la société civile
en matière de santé sur la période 2018-2025 au travers du guichet I-OSC**

(en euros et nombre de projets)

Entité	Montants octroyés	Nombre de projets
Médecins du monde	21 480 000 euros	7
Action contre la faim	20 426 000 euros	6
Solthis	18 001 440 euros	8
Fédération Handicap international	16 695 000 euros	6
Coalition Plus	14 000 000 euros	5
Sidaction	12 194 146 euros	5
Fondation Pierre Fabre	11 108 273 euros	8
Alima	8 828 000 euros	8
La Chaîne de l'espoir	6 282 500 euros	8
Santé Sud	5 596 210 euros	9
Croix-Rouge Française	5 154 228 euros	4
Equipop	5 098 330 euros	4
Santé Diabète	4 200 000 euros	2
Solidarité SIDA	4 178 000 euros	5
AIDES	4 060 000 euros	3

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Par ailleurs, pour l'exercice 2025, les OSC ont mis en œuvre un total de 33,6 millions d'euros pour le compte d'Expertise France.

Au-delà des organisations de la société civile, des fondations et organisations philanthropiques françaises fournissent également une aide privée. Toutefois, si une quasi-majorité de leurs fonds est destinée à des projets en santé, **l'essentiel de ces financements est fléché vers des projets situés en France, selon le MEAE.**

II. EN DÉPIT D'UNE BAISSÉ SENSIBLE DE SES MOYENS, LA FRANCE DOIT ACCOMPAGNER LA RÉFORME DE L'ARCHITECTURE EN SANTÉ MONDIALE ET DAVANTAGE CONCENTRER SON AIDE SUR SES PRIORITÉS GÉOGRAPHIQUES ET THÉMATIQUES

A. SI LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MONDIALE DE LA FRANCE S'EST RENFORCÉE, ELLE DEMEURE EXCESSIVEMENT SEGMENTÉE, EN CONTRADICTION AVEC LA LOGIQUE « D'UNE SEULE SANTÉ » ET DOIT MIEUX ASSOCIER LE PARLEMENT

Dans ses travaux d'évaluation de l'aide publique au développement dans le domaine de la santé et de la présence de la France dans les organisations internationales en santé¹, la Cour des comptes **avait regretté un fonctionnement excessivement cloisonné des acteurs en santé mondiale**, regrettant que la multiplicité des acteurs ministériels et des opérateurs impliqués ne soit « *pas tempérée par de solides mécanismes de coordination, ce qui nuit à l'élaboration et à la promotion de positions communes.* » Auditionnée par les rapporteurs spéciaux, l'institution a rappelé que, dans le contexte de rédaction de ce référé, en 2021-2022, coexistaient une pluralité de groupes de travail aux périmètres parfois redondants, parfois contradictoires. **Par ailleurs, le ministère de l'agriculture, pourtant acteur essentiel d'une approche « Une seule santé », était peu associé aux travaux de la politique en santé mondiale.**

En réponse aux recommandations de la Cour, **le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, sans constituer d'instance interministérielle pérenne², a procédé à une rationalisation des structures de concertation existantes** et mis en place une « *task force interministérielle santé mondiale* », qui se réunit de manière hebdomadaire en vue de coordonner l'action des différents ministères. **Selon les éléments transmis par l'Ambassadrice pour la santé mondiale, qui en assure le pilotage, la task force comprend :**

- l'Ambassadrice pour la santé mondiale et son équipe ;
- la sous-direction du développement humain (HUMA) et la sous-direction des enjeux globaux de la direction des Nations unies et des organisations internationales (NUOI) du MEAE ;
- la représentation permanente de la France auprès de l'Onu à Genève et la représentation permanente de la France auprès du siège des Nations unies à New-York ;

¹ Cour des comptes, [L'aide publique au développement dans le domaine de la santé et la présence de la France dans les organisations internationales en santé](#), référé en date du 16 décembre 2022.

² La recommandation n° 1 du référé précité visait à « créer sous la double égide du MEAE et du MSP deux instances interministérielles : un « *Haut conseil scientifique pour la santé mondiale* » qui formulera des recommandations au profit d'un « *conseil interministériel en santé mondiale* », qui déclinera les orientations stratégiques, animera une réflexion pour optimiser la politique d'influence en santé mondiale et coordonnera l'ensemble des acteurs, notamment scientifiques. Le MEAE pourrait en assurer le secrétariat. »

- la délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) des ministères sociaux et le bureau des affaires européennes et internationales (BAEI) de la direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé ;

- le centre de crise sanitaire de la direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé ;

- et la direction du numérique en santé (DNS) du même ministère.

En outre, **des *task forces* ponctuelles peuvent également être constituées, en vue de répondre à un projet ou un évènement spécifique**, à l'image du groupe de travail constitué entre le MEAE, le ministère de la santé, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la préfecture de région Auvergne-Rhône-Alpes pour l'installation de l'Académie de l'OMS à Lyon.

Indéniablement, la « *task force interministérielle santé mondiale* » a permis de renforcer la coordination entre le MEAE et le ministère chargé de la santé. Le redimensionnement du poste et des missions de l'Ambassadrice pour la santé mondiale a également pu y contribuer. De fait, depuis 2022, l'ambassadeur thématique pour la santé mondiale **est regroupé avec le délégué interministériel à la négociation d'un traité sur les pandémies**. Le profil même de l'actuelle Ambassadrice, issue de l'inspection générale des affaires sociales et ancienne directrice générale adjointe de la santé, **contribue à renforcer la dimension interministérielle de cette fonction, en plus de permettre une plus grande spécialisation sur le plan technique**. Sa lettre de mission précise que son action doit être « *étroitement articulée avec celles menées par les ministères de l'Europe et des affaires étrangères et de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé mondiale (...) et [s'insérer] dans la task force interministérielle santé qui inclut les équipes du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (à Paris et dans les représentations permanentes à Genève et à Bruxelles) et les équipes du ministère de la santé et de la prévention.* »

Cependant, le périmètre retenu par cette instance de concertation interroge : il ne comprend ni la direction générale du Trésor, qui continue pourtant de piloter une part des contributions de la France en matière de santé (notamment les versements à l'IFFIm), ni le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, pourtant associé au suivi de la stratégie française en santé mondiale (et à ce titre membre du Copil), ni les opérateurs ou quasi-opérateurs de notre politique de développement. **Autre absence notable, le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire n'est associé à aucun des formats cités dans les réponses écrites aux rapporteurs spéciaux.**

Certes, des échanges *ad hoc* peuvent être organisés entre le MEAE et d'autres ministères (notamment ceux de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche) et les différents opérateurs en vue de la préparation des grandes échéances en santé mondiale, tels que les organes de gouvernance des organisations internationales ou encore les sommets internationaux. Néanmoins, il paraîtrait nécessaire, *a minima*, **que le périmètre de la « task force interministérielle santé mondiale » coïncide avec celui de la stratégie en santé mondiale et inclut le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et les opérateurs de la mission.** Elle devrait également associer les organisations de la société civile, qui constituent d'incontournables relais de terrain.

Au surplus, les rapporteurs spéciaux estiment indispensable de davantage associer les parlementaires à la conception et au suivi de la mise en œuvre de la stratégie de la France en santé mondiale. Compte tenu du caractère transversal de la problématique de la santé mondiale, il importe d'y associer les commissions permanentes des deux assemblées chargées des finances, des affaires sociales et des affaires étrangères.

Recommandation n° 1 : associer les commissions permanentes des deux assemblées chargées des finances, des affaires sociales et des affaires étrangères au suivi de la stratégie de la France en santé mondiale et à la préparation de la prochaine stratégie (*Gouvernement*) ;

Recommandation n° 2 : élargir la composition de la « task force interministérielle santé mondiale » au ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, aux composantes du groupe de l'Agence française de développement, aux instituts de recherche et aux organisations de la société civile (*ministère de l'Europe et des affaires étrangères, ministère de la santé et de l'accès aux soins, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, groupe AFD, organisations de la société civile*).

B. ESSENTIEL, LE VOLET MULTILATÉRAL DE NOTRE AIDE PEUT ÊTRE OPTIMISÉ, DANS UN CONTEXTE DE RÉFORME DE L'ARCHITECTURE DE SANTÉ MONDIALE

1. Un bilan positif de l'aide multilatérale en matière de santé qui invite à porter un regard neuf et lucide sur ce canal

L'engagement renouvelé de la France auprès du système international de santé au cours des dernières années s'est principalement traduit par une hausse de ses contributions internationales. Au-delà des avantages théoriques attachés à l'APD en matière de santé, tant pour les pays bénéficiaires que pour les donateurs, et des effets mesurés de l'action des grands fonds verticaux sur la santé mondiale, recensés *supra* (partie I. A.), les auditions menées par les rapporteurs spéciaux, leur déplacement et les évaluations précédentes réalisées par différentes institutions

permettent d'identifier un bilan de l'engagement multilatéral de la France en matière de santé.

De manière générale, **le recours au canal multilatéral offre différents avantages en matière de santé :**

- **en permettant la convergence des contributions étatiques, des économies d'échelle et une réduction des coûts de coordination entre les différents bailleurs.** Pour l'Ambassadrice pour la santé mondiale, ces entités permettent « *de répondre efficacement à des enjeux sanitaires qui dépassent le cadre national, tels que la préparation et la réponse aux pandémies, la surveillance épidémiologique ou la lutte contre la résistance aux antimicrobiens* » ;

- en favorisant des coopérations scientifiques ;

- **en permettant un effet retour** sur les entreprises et organisations de la société civile françaises, par des achats de matériels, pondéré par des coûts de gestion en cascade ;

- **et par un effet levier** notable sur les financements privés.

Au regard des enjeux de raréfaction de l'argent public et d'instrumentalisation des sujets de santé à des fins politiques ou géopolitiques, les rapporteurs spéciaux estiment que le multilatéralisme prend une acuité nouvelle dans un ordre international bouleversé. Face à l'impérialisme sanitaire que certaines puissances tentent d'imposer, l'influence de la France et d'autres pays alignés dans les instances multilatérales s'avère un rempart essentiel.

Tableau comparatif des avantages et inconvénients respectifs du canal bilatéral et du canal multilatéral en matière de santé

	Canal bilatéral	Canal multilatéral
Avantages	<ul style="list-style-type: none">- Soutien aux priorités thématiques et géographiques de la France ;- frais de gestion moindres ;- forte visibilité des financements français ;- plus forte connaissance du terrain ;- renforcement des relations bilatérales avec les pays bénéficiaires ;- effet retour sur les entreprises françaises ;- ciblage plus fin de l'aide.	<ul style="list-style-type: none">- Réponse à des enjeux sanitaires dépassant le cadre national (surveillance épidémiologique et réponse aux pandémies) ;- financement de programmes de grande ampleur et effets d'échelle (ex. : accès aux vaccins) ;- meilleure coordination internationale ;- visibilité de l'expertise française ;- influence dans les instances multilatérales ;- effet levier sur les financements privés ;- effet retour sur les entreprises françaises.

Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">- Montants de plus faible ampleur ;- effet levier moindre sur le secteur privé ;- risque de dispersion des financements.	<ul style="list-style-type: none">- Moindre alignement sur les priorités géographiques et thématiques ;- frais de gestion plus élevés que les opérateurs français ;- risques de financements croisés ;- moindre investissement sur certaines thématiques (renforcement des systèmes de santé notamment) ;- rigidification des crédits de la mission « Aide publique au développement ».
----------------------	--	---

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux et les auditions

Plus spécifiquement, la participation de la France aux trois grands fonds verticaux (Fonds mondial, Gavi et Unitaid) peut être évaluée positivement sur différents plans.

Premièrement, sur le plan des résultats obtenus, l'action de ces entités est satisfaisante pour la France. Par exemple :

- l'action d'Unitaid a permis de baisser le prix de traitements vitaux contre le VIH, de nature préventive (lénacapavir) comme curative (dolutégravir), de plusieurs dizaines de milliers de dollars à 40 dollars par patient et par an, grâce à une action combinée avec le Fonds mondial ;

- et Gavi a permis la vaccination de plus d'un milliard d'enfants depuis sa création et d'éviter environ 18 millions de décès. Il soutient également le renforcement des co-financements de la part des bénéficiaires. À ce jour, 19 pays sur les 73 que Gavi soutient financent entièrement leurs propres vaccins.

Les rapporteurs spéciaux tiennent toutefois à porter une nuance à cette appréciation : l'efficacité des mesures mises en œuvre par les fonds verticaux tient à la concentration de leur action sur les problématiques relatives aux principales maladies transmissibles, à la vaccination et, ponctuellement, à de nouvelles épidémies (Ebola et Covid-19). Dans ces différents domaines, qui correspondent à des interventions de court terme, voire de réaction aux urgences sanitaires, les résultats sont immédiatement perceptibles et mesurables. Ceci n'est pas le cas pour des interventions de plus long terme, comme le renforcement des systèmes de santé, que les grands fonds verticaux ont tendance à négliger.

Une autre limite de l'action des fonds multilatéraux est leur connaissance du terrain, parfois inégale. Sur ce plan, l'aide bilatérale, en transitant par le groupe AFD ou les ambassades bilatérales, s'appuie sur une expertise locale bien plus développée. Dans une évaluation de 2020, le conseil national pour le

développement et la solidarité internationale (CNDSI)¹ notait qu'il « *persiste parfois des doutes sur l'efficacité du dispositif dans les pays fragiles où de lourdes procédures de limitation des risques sont mises en place, mais parfois mal adaptées et à l'origine de dysfonctionnements : délais fréquents dans la mise en œuvre des activités, multiplication des strates de contrôle, mise en péril des activités non directement liées au VIH (évacuation des maladies dites « négligées »). Les outils de gestion du FMSTP sont souvent inadaptés au terrain.* »²

Deuxièmement, concernant le ciblage géographique de l'action des fonds verticaux, **l'alignement de la répartition des financements sur les priorités géographiques de la France est inégal selon les entités.**

Pour rappel, depuis la réunion du comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) de juillet 2023, notre politique de développement poursuit **un objectif de priorisation des pays les moins avancés (PMA)**³ auxquels ont été ajoutés **les pays les plus vulnérables** (au changement climatique ou en situation de grande fragilité financière) par le Conseil présidentiel des partenariats internationaux (CPPI) d'avril 2025. **Une cible d'orientation de 60 % de l'aide française en dons vers ces pays a été fixée par le CPPI.**

En partie en raison des thématiques visées par les fonds verticaux (majoritairement centrés sur des projets de court terme comme la vaccination et la réponse aux urgences), **leurs actions sont, pour une large part, ciblées sur les pays à faibles revenus.** Ainsi, 62 % des financements de Gavi bénéficient aux PMA (et 32 % aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure) ce qui correspond aux objectifs français. S'agissant du Fonds mondial, seulement 57 % des crédits ont été alloués aux PMA sur la période 2023-2025⁴, même si une large majorité de ces financements est destinée aux pays africains.

¹ Enceinte de concertation des acteurs du développement et de la solidarité internationale sur les orientations, les objectifs et les moyens de la politique de développement de la France.

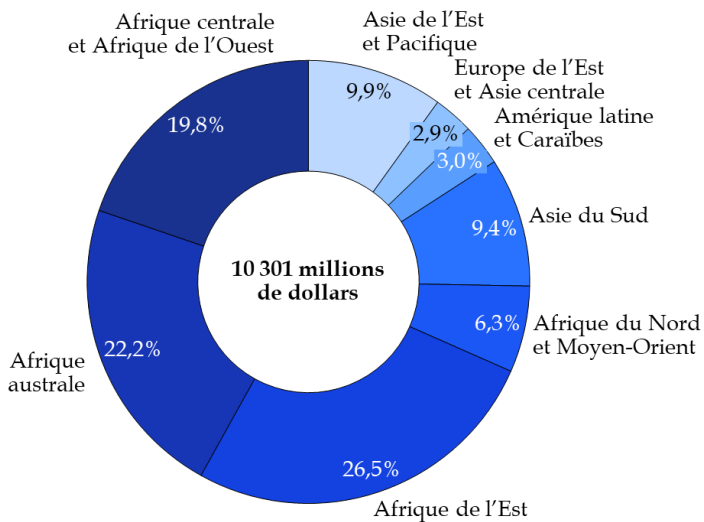
² CNDSI, [La stratégie française auprès des banques et fonds multilatéraux](#), Rapport de restitution de groupe de travail, 2020.

³ Et non plus une liste limitative de 19 pays prioritaires fixée par la loi de programmation de 2021 et le Cicid de 2018.

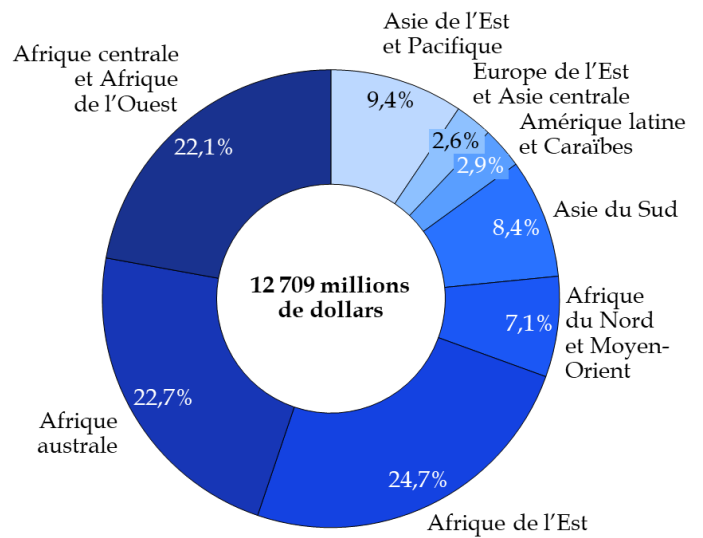
⁴ FMSTP, [2023-2025 Allocations](#).

Répartition géographique des financements du Fonds mondial, en millions de dollars

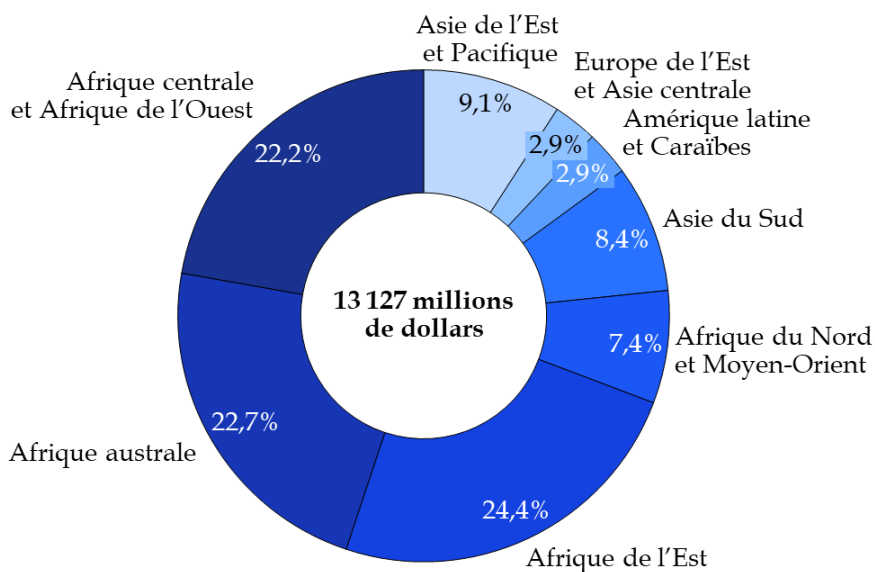
Sur la période 2017-2019



Sur la période 2020-2022



Sur la période 2023-2025



Source : commission des finances d'après les données du Fonds mondial

Pour autant, comme a pu le souligner la Cour des comptes dans ses différents rapports sur l'engagement de la France en matière de santé et lors de son audition par les rapporteurs spéciaux, parmi les pays soutenus par le Fonds mondial en Afrique, les pays francophones bénéficient proportionnellement de moins de financement que les pays anglophones.

Troisièmement, **les grands groupes pharmaceutiques français bénéficient d'un bon effet retour des fonds verticaux.** S'agissant du Fonds mondial, entre 2010 et 2024, la valeur totale des achats directs et indirects au travers des entreprises affiliées basées en France a atteint 455,9 millions de dollars. De même, Sanofi constitue un fournisseur privilégié de l'OMS.

Cependant, les rapporteurs spéciaux ont été surpris par une structuration de l'offre privée en santé mondiale encore balbutiante, avec le dispositif *French Healthcare*, et l'absence d'approche en format « équipe France » entre les organisations professionnelles et le ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Au-delà des grands groupes pharmaceutiques, la France comporte un grand nombre de PME et d'ETI spécialisées dans le domaine de la santé, à même de proposer des offres complémentaires. À ce titre, les rapporteurs spéciaux estiment nécessaires d'engager une cartographie de l'offre du secteur privé pour identifier les entreprises les plus prometteuses et les aider à se positionner sur les appels d'offre des fonds verticaux.

Recommandation n° 3 : réaliser une cartographie de l'offre privée en matière de santé et définir une approche en format « équipe France » de valorisation de cette offre à l'international (*ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), groupe AFD, French Healthcare*).

Quatrièmement, concernant le fonctionnement de ces entités, le constat semble partagé. **Ainsi, les grands fonds verticaux affichent des frais de gestion plutôt modérés (2 % pour Unitaid et 5,6 % pour le Fonds mondial) en comparaison des agences de l'Onu** (l'OMS affiche ainsi des coûts de structure de l'ordre de 14,6 %). Pour autant, dans ses travaux, la Cour des comptes a rappelé qu'au-delà des frais de gestion des projets **devaient être examinés les coûts de structure de ces organisations.** En particulier, le Fonds mondial a fait le choix de centraliser une grande partie de ses équipes à Genève plutôt que d'adopter une approche décentralisée. Les réformes internes aux entités multilatérales consécutives à la baisse drastique des financements étatiques, qui prévoient des baisses conséquentes des effectifs, devraient cependant réduire la concentration des personnels à Genève.

Au total, dans sa matrice d'évaluation des outils de notre politique de développement, la mission conjointe de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires étrangères a attribué aux fonds multilatéraux en matière de santé **une note positive s'agissant de l'impact sur les pays bénéficiaires et une note intermédiaire concernant la visibilité pour la France de sa contribution à ces entités.**

Synthèse des évaluations de la participation de la France aux entités multilatérales en matière de santé

Entité multilatérale	Cour des comptes	Inspection générale des finances – inspection générale des affaires étrangères	Autres évaluateurs
<p>Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)</p>	<p>- Points positifs : prise en compte des priorités géographiques françaises, bilatéralisation d’une part de la contribution française au travers de l’Initiative ;</p> <p>- points négatifs : faible redevabilité, moindre prise en compte des priorités thématiques françaises.</p>	<p>- Points positifs : ciblage sur des actions à fort impact, faibles coûts de structure, contribution indirecte à la stabilisation des bénéficiaires ;</p> <p>- points négatifs : retours partagés pour la France au regard de l’ampleur de sa contribution (faible visibilité et prise en compte modérée des priorités géographiques), absence de fléchage des contributions hors Initiative, dispersion thématique des actions.</p>	<p>L’évaluation (non centrée sur la contribution française) du réseau d’évaluation des organisations internationales (MOPAN)¹ a attribué au Fonds mondial une note moyenne de 3 sur 5.</p> <p>L’évaluation du CNDSI réalisée en 2020² souligne :</p> <p>- comme points positifs, les bonnes performances du Fonds mondial et une bonne prise en compte des priorités françaises ;</p> <p>- comme points négatifs, une mauvaise adéquation des instruments du fonds aux besoins prioritaires et un manque de prise en compte du renforcement des systèmes de santé.</p>

¹ Hébergé par l’OCDE et composé de 21 membres, le Multilateral Organisation Performance Assessment Network (MOPAN) publie des évaluations des entités multilatérales dans le double objectif d’éclairer les donateurs et d’inciter ces organisations à se réformer, avec une échelle de notation comprise entre 0 (très insatisfaisant) et 5 (très satisfaisant). S’agissant du Fonds mondial, le MOPAN a réalisé [une évaluation en 2022](#) de cette entité.

² Rapport précité.

Entité multilatérale	Cour des comptes	Inspection générale des finances – inspection générale des affaires étrangères	Autres évaluateurs
Gavi et IFFIm	- Points positifs : actions cohérentes avec les priorités géographiques françaises.	- Points positifs : ciblage sur des actions à fort impact, ciblage géographique sur les PMA (62 %) ; - points négatifs : absence de fléchage de la contribution française et faible visibilité.	L'évaluation (non centrée sur la contribution française) du MOPAN a attribué à Gavi une note moyenne de 2,8 sur 5. Le rapport d'évaluation de la dotation de la France à l'IFFIm ¹ a souligné que le financement de Gavi au travers de cet instrument ne présentait pas d'avantage clair par rapport à une contribution directe et que l'effet levier de cet instrument était limité.
Unitaid		- Points positifs : bon impact sur les bénéficiaires, contribution indirecte à la stabilisation des territoires, large spectre de bénéficiaires ; - points négatifs : absence de ciblage de la contribution française (pourtant 1 ^{er} contributeur), ciblage insuffisant sur les PMA.	Le rapport d'évaluation de la contribution française à Unitaid pour 2006-2022 ² souligne : - comme points positifs, une bonne prise en compte des priorités géographiques et thématiques françaises, une bonne performance de l'organisation et une progression de la place des opérateurs français ; - comme points négatifs, une moindre visibilité des actions d'Unitaid, des financières pour les opérateurs français moins importantes que pour d'autres pays.

Source : commission des finances d'après les rapports d'évaluation et les auditions réalisées par les rapporteurs spéciaux

¹ EY, [Rapport d'évaluation de la dotation de la France à l'International Finance Facility for Immunisation \(IFFIm\)](#), établi à la demande du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE), avril 2021.

² EY, [Rapport d'évaluation de la contribution française à Unitaid \(2006-2021\)](#), établi à la demande du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE), novembre 2023.

2. Stabiliser nos contributions pour concentrer nos versements sur les organismes les plus alignés avec nos priorités et les plus stratégiques dans la réforme de l'architecture en santé mondiale

a) Poursuivre un pilotage raisonné de nos contributions

Suivant les recommandations concordantes de la Cour des comptes, dans ses travaux sur l'APD en matière de santé¹, comme dans son enquête sur les contributions multilatérales de la France², et de la revue de dépenses conjointe à l'inspection générale des finances et à l'inspection générale des affaires étrangères, **la France a engagé, au cours des deux dernières lois de finances, un effort, inédit dans son ampleur, de maîtrise du volume de ses contributions multilatérales. Cette réduction des contributions internationales visait à répondre à deux problématiques :**

- d'une part, l'ensemble de nos contributions multilatérales avait suivi une **progression de l'ordre de 46 %** entre 2017 et 2023. Avec **271 entités** bénéficiaires, la multiplication des contributions présentait un risque de complexification de l'environnement institutionnel et de dispersion de l'effort financier de la France ;

- d'autre part, **cette hausse des engagements pluriannuels avait entraîné une rigidification des dépenses de la mission « Aide publique au développement »** qui risquait, à terme, de soulever des difficultés de soutenabilité budgétaire de ces engagements. En particulier, la reconstitution des fonds multilatéraux faisant l'objet d'un engagement unique en autorisations d'engagement, avec un échéancier pluriannuel de versement en crédits de paiement, elle conduit à une forte cyclicité des dépenses de la mission³. Or, entre 2017 et 2023, **la participation de la France aux fonds verticaux (tous secteurs confondus) a progressé de 57 %.**

Les rapporteurs spéciaux considèrent que l'effort de maîtrise du montant de nos versements multilatéraux **doit être concilié avec la nécessité de conserver une capacité d'influence au sein de ces instances multilatérales.** Or, la dimension financière **est déterminante dans la mesure de l'influence d'un État au sein des organisations internationales :** l'ampleur des contributions nationales conditionne l'accès aux instances de gouvernance et la capacité des donateurs à influencer sur les orientations géographiques et thématiques de ces institutions.

Dans le domaine de la santé, **il est indéniable que la baisse de la participation de la France aux grands fonds verticaux, décidée lors de l'exercice budgétaire 2026 (- 58 % pour le Fonds mondial et - 22 % pour Unitaid), aura une**

¹ Cour des comptes, [L'aide publique au développement dans le domaine de la santé et la présence de la France dans les organisations internationales en santé](#), référé en date du 16 décembre 2022.

² Cour des comptes, [Le financement des actions multilatérales de la France](#), communication à la commission des finances du Sénat, juillet 2024.

³ Voir en particulier l'[annexe n° 4](#) « Aide publique au développement », faite par MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, rapporteurs spéciaux, au rapport général n° 144 (2024-2025) fait par M. Jean-François Husson, rapporteur général, au nom de la commission des finances, sur le projet de loi de finances, considéré comme rejeté par l'Assemblée nationale, pour 2025, 21 novembre 2024.

incidence sur la capacité de notre pays à peser dans ces institutions. Cette perte d'influence sera néanmoins pondérée par deux facteurs : nos contributions internationales en matière de santé demeureront à un niveau relativement élevé, d'une part, et cette baisse devra être mise en perspective avec les baisses de versements annoncées par d'autres pays donateurs¹, d'autre part.

Tout en rappelant les conséquences de la baisse de la contribution française, tant au regard des moyens d'action des grands fonds multilatéraux que de l'influence de la France en leur sein, **les rapporteurs soulignent que le redimensionnement du volume de ces contributions devrait impliquer un respect, dans l'exécution budgétaire, des échéances de versement.** Il apparaît primordial, s'agissant de la valeur des engagements français sur la scène internationale, **d'éviter des décalages ou des annulations de versements.**

Le maintien d'un niveau conséquent de contributions aux grands fonds multilatéraux ne semble, par ailleurs, pas incompatible avec la poursuite de la rationalisation du nombre de contributions multilatérales, y compris dans le domaine de la santé. À ce titre, la contribution de la France à l'IFFIm pourrait être réévaluée. La direction générale du Trésor, lors de son audition, a souligné que la France avait, sur le fondement d'une évaluation menée en 2021, dépriorisé le financement de cet instrument tout en conservant une contribution. Il paraîtrait, dès lors, utile de s'interroger sur le maintien d'une telle contribution dont les crédits pourraient être déployés vers d'autres entités multilatérales ou vers le volet bilatéral de notre aide.

De manière générale, **la réflexion sur le volume de nos contributions internationales doit être abordée dans un cadre général, englobant l'ensemble des secteurs de notre aide au développement.** C'est pourquoi les rapporteurs spéciaux réitèrent une recommandation formulée en 2024², non suivie d'effet à ce jour, **de confier au comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) une compétence de pilotage général de nos contributions internationales.**

Recommandation n° 4 : privilégier, dans le cadre de nos contributions multilatérales, une stabilisation de nos versements aux principales organisations internationales en matière de santé et poursuivre la trajectoire de rationalisation des petites contributions (*direction générale de la mondialisation, direction générale du Trésor*) ;

¹ À titre d'exemple, l'Allemagne et le Royaume-Uni ont tous deux annoncé une baisse de leurs contributions au Fonds mondial, respectivement de - 23 % et de - 15 %.

² [Rapport d'information n° 779](#) (2023-2024) fait par MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, au nom de la commission des finances pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article 58-2° de la Lolf, sur le financement des actions multilatérales de la France – exercices 2017 à 2023, 25 septembre 2024.

Recommandation n° 5 : confier au comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) le pilotage de nos contributions internationales (*Premier ministre, ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), direction générale du Trésor*).

b) Approfondir le suivi de nos versements multilatéraux aux organisations internationales

Dans le domaine de la santé, le suivi de la mise en œuvre des financements apportés par la France aux entités multilatérales est indéniablement plus poussé que dans d'autres domaines.

Au sein de l'administration centrale, les contributions françaises aux fonds verticaux sont suivies, depuis 2022 et en réponse à une recommandation formulée par la Cour des comptes, **par un pôle doté de six ETP**. Un ETP est spécifiquement consacré, dans cette équipe, au suivi du Fonds mondial.

Dans le réseau diplomatique, les projets mis en œuvre par les fonds verticaux sont suivis par les services de coopération et d'action culturelle (Scac) des ambassades. **En outre, la France s'est dotée d'un réseau de onze conseillers régionaux en santé mondiale (CRSM) chargés :**

- d'une part, de suivre l'action sur le terrain des trois fonds verticaux en santé (FMSTP, Unitaïd et Gavi) en siégeant dans les instances locales de gouvernance, en assurant la visibilité des financements français et en informant le ministère des enjeux relatifs à l'utilisation des financements multilatéraux ;

- d'autre part, de suivre les autres initiatives et institutions multilatérales en santé (OMS et autres agences des Nations unies, Union européenne, banques multilatérales de développement et initiatives régionales).

Placés sous l'autorité de l'ambassadeur, les CRSM font l'objet d'une coordination par la sous-direction du développement humain de la direction des affaires globales du MEAE. Le ministère de l'Europe et des affaires étrangères estime que « *la présence active des CRSM a notamment permis une forte visibilité de la France au sein des instances des fonds verticaux, une participation visible aux efforts de réforme, d'amélioration de la gouvernance et d'orientation des options stratégiques de ces fonds, ainsi que des remontées d'informations précieuses sur les évolutions locales en matière de santé.* »¹

Toutefois, dans son évaluation de l'aide au développement de la France en matière de santé, **la Cour des comptes a relevé que les capacités de suivi du réseau diplomatique et des CRSM étaient contrastées selon les États, affaiblissant le suivi de l'action des fonds multilatéraux sur le terrain.** De fait, les CRSM sont compétents pour 68 pays ainsi qu'une dizaine d'organisations régionales et de

¹ Réponses écrites au questionnaire des rapporteurs spéciaux.

bureaux régionaux d'organisations internationales. Leurs capacités de suivi n'en est que plus diluée.

Par ailleurs, la représentation permanente de la France auprès de l'Office des Nations unies à Genève et des organisations internationales en Suisse comporte un pôle santé, dédié au suivi des entités multilatérales intervenant dans ce domaine.

En se fondant sur ces capacités de suivi, les rapporteurs spéciaux estiment nécessaires de se doter, pour chaque organisation internationale en matière de santé, d'un tableau de bord des principaux projets financés par la France. Cet instrument suivrait l'impact de ces projets pour les États bénéficiaires, relèverait les difficultés de mise en œuvre ainsi que les avantages et inconvénients de la participation française. Ce tableau de bord serait particulièrement utile au stade de la reconstitution des fonds verticaux ou de la détermination de la contribution française à ces entités, pour évaluer l'intérêt pour la France et les pays bénéficiaires d'une évolution des versements français.

Recommandation n° 6 : se doter, pour chaque entité multilatérale, d'un tableau de bord des principaux projets financés par la contribution de la France, présentant l'état d'avancement du projet ainsi que ses avantages et inconvénients (*direction générale de la mondialisation, postes diplomatiques*).

Par ailleurs, les rapporteurs spéciaux **ne peuvent que déplorer que la révision des indicateurs de performance ait laissé pour compte le programme 384 « Fonds de solidarité pour le développement »**. Alors qu'une part essentielle des contributions internationales de la France et la quasi-totalité de ses versements en matière de santé transitent désormais par ce programme budgétaire, ce dernier ne comporte aucun indicateur de performance. Or, la rebudgétisation du FSD visait précisément à renforcer l'information et le contrôle du Parlement sur ces crédits. Il importe donc que les deux directions générales responsables du programme corrigent au plus vite cette lacune.

c) Faire valoir les priorités de la France auprès des fonds verticaux et dans la réforme de l'architecture en santé mondiale

Les annonces de la part des États-Unis de la baisse de leurs contributions en faveur de la santé mondiale ont entraîné un choc d'offre négatif sans précédent pour les entités multilatérales. Ce retrait américain a également servi de révélateur des limites de l'architecture en santé mondiale, en soulignant la dépendance des fonds verticaux et de l'OMS aux contributions volontaires étatiques et la faiblesse du financement domestique de la santé par les pays bénéficiaires.

Par conséquent, **les organisations internationales ont engagé, à court terme, des réformes de leur fonctionnement interne** pour dégager au plus vite des économies budgétaires et, à moyen terme, une accélération de la réflexion sur l'architecture en santé mondiale, afin de réduire sa fragmentation institutionnelle et de renforcer la robustesse de son financement.

En premier lieu, **l'OMS et les fonds verticaux ont mené, en réaction à la baisse de leurs financements, des programmes d'économies visant à adapter leur fonctionnement aux ressources disponibles.** Les rapporteurs spéciaux ont pu constater, lors de leur déplacement au siège de l'OMS à Genève, l'ampleur de l'ajustement décidé. En effet, la contribution des États-Unis **représentait 25 % des financements de l'agence qui a dû réduire son budget de près de 700 millions de dollars**¹. Sa direction anticipe une nouvelle baisse de l'ordre de 400 millions de dollars. Néanmoins, l'OMS a privilégié une réduction sélective des financements de ses programmes plutôt que l'application d'un « rabet budgétaire ». Ont été préservés les programmes jugés prioritaires (soit les normes, le financement de la santé, l'humanitaire et la sécurité sanitaire, les données et systèmes d'information en santé et l'innovation). À l'inverse, **les baisses ont été ciblées sur les actions susceptibles d'être prises en charge par d'autres acteurs**, en dépit de l'opposition de plusieurs États contributeurs. En outre, l'OMS a réduit de près d'un tiers ses effectifs et rationalisé son organigramme opérationnel.

Les modalités de financement des acteurs multilatéraux sont également en cours de révision. S'agissant de l'OMS, la faiblesse de la part des contributions obligatoires dans le budget global de l'agence la rend particulièrement vulnérable à l'évolution des contributions volontaires. En contrepartie des économies budgétaires dégagées dans le fonctionnement de l'institution, cette dernière souhaite obtenir de la part des États contributeurs un relèvement des contributions obligatoires à 50 % du budget, afin de stabiliser son financement et de renforcer sa maîtrise sur l'allocation des crédits.

En second lieu, la réduction des financements des entités multilatérales conduit ces dernières à accélérer leurs réflexions sur la réforme de l'architecture en santé mondiale.

D'une part, les fonds verticaux mènent des réformes internes visant à recentrer leurs activités. Au sein de Gavi, le programme « Gavi leap », amorcé en 2024, repose sur deux piliers : l'amélioration de la prévisibilité des financements, accompagné d'une simplification des enveloppes budgétaires, et le renforcement des exigences de co-financement de la part des États bénéficiaires. **L'objectif poursuivi est d'accompagner les pays à revenus intermédiaires vers l'autonomie financière en matière de santé** et, plus concrètement, de limiter les financements apportés à ces États. Une approche similaire est adoptée par le Fonds mondial : 38 pays ont déjà cessé de recevoir des fonds depuis la création du FMSTP et 45 pays pourraient également ne plus en bénéficier d'ici une période de quatre à sept ans.

¹ Plus largement, 95 % de la baisse des financements de l'OMS est imputable à la réduction des contributions de cinq États.

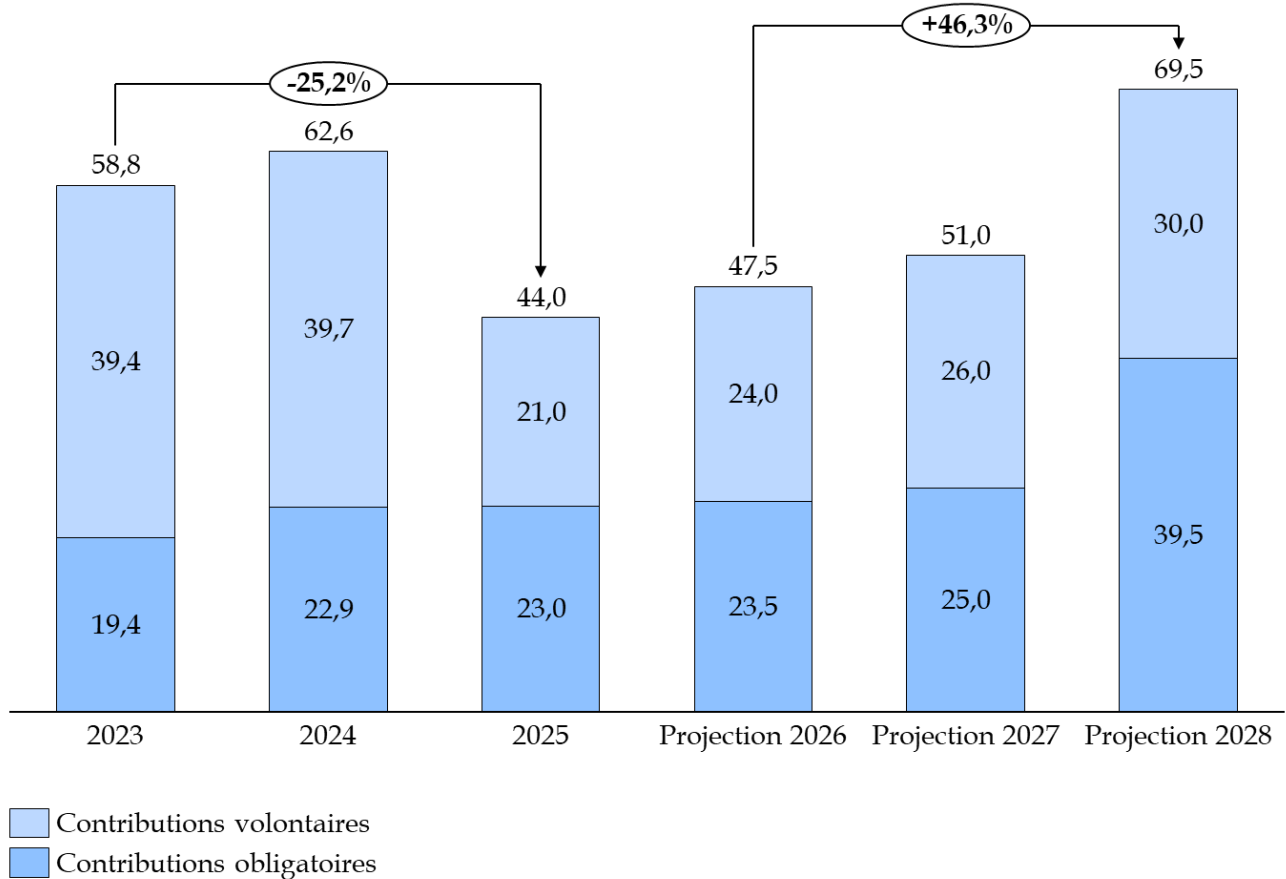
D'autre part, ces institutions envisagent des rapprochements opérationnels. À ce titre, Gavi et le Fonds mondial sont engagés dans une réflexion à la demande des bailleurs européens. Une étude externe a été demandée afin d'identifier les leviers de mutualisation, qu'il s'agisse de la coordination opérationnelle dans les pays bénéficiaires ou des fonctions support. En outre, début 2026, **les États membres ont donné mandat à l'OMS pour organiser un processus de réflexion sur la réforme de l'architecture en santé mondiale, visant à assurer la cohérence de l'ensemble des initiatives en cours.**

De manière générale, l'évolution de l'architecture en santé mondiale est clairement placée sous la pression des exigences américaines, qu'elles soient publiquement exposées ou plus incidentes. Les États-Unis ont réactivé et élargi la « *Mexico City Policy* ». Introduite en 1985 par l'administration Reagan, cette doctrine prohibe que des financements du budget fédéral américain à des organisations de la société civile soient utilisés pour soutenir l'avortement. L'administration Trump a élargi le champ d'application de cette politique aux organisations internationales et aux questions de genre et de discrimination. Comme l'a souligné la représentation permanente de la France à Genève, **il s'ensuit un risque que les fonds verticaux, par crainte de sanctions américaines, opèrent une surtransposition de ces exigences,** qui pourraient à terme fragiliser la lutte contre le VIH.

Dans le même sens, il existe un risque que certaines entités renoncent à travailler avec l'OMS, les États-Unis et l'Argentine **ayant exprimé le souhait qu'aucune de leurs contributions ne financent indirectement l'agence onusienne.**

Évolution constatée et projetée de la contribution totale de la France au budget de l'OMS sur la période 2023-2028

(en millions d'euros et en pourcentage)



Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Cette pression américaine devrait conduire à renforcer ses engagements auprès de l'OMS. D'ores et déjà, le ministère de l'Europe et des affaires étrangères envisage **d'augmenter de 46,3 % la contribution française** à l'OMS sur trois ans. L'augmentation des versements français découlerait à la fois d'une augmentation de nos contributions volontaires et d'une progression de la contribution obligatoire, voulue par l'OMS pour sécuriser ses ressources.

Parallèlement à cet engagement financier, il est indispensable que la France réitère ses priorités auprès des grands fonds verticaux, notamment pour s'opposer aux demandes les plus préjudiciables de l'administration américaine. La conclusion d'accords de redevabilité, sur le modèle des *memoranda of understanding* conclus par le Royaume-Uni, permettrait de formaliser les principes fondamentaux de la participation française en prévoyant, **le cas échéant des « lignes rouges ».**

Un tel mécanisme, recommandé par la Cour des comptes, **permettrait également de préciser les exigences de redevabilité** de la France en précisant les conditions de versement des contributions françaises et en fixant des objectifs de valorisation de nos contributions.

Recommandation n° 7 : orienter les contributions volontaires de la France au profit de l'Organisation mondiale de la santé vers la recherche et la coopération scientifique (MEAE, représentation permanente de la France à Genève).

Recommandation n° 8 : conclure avec les trois fonds multilatéraux des accords de redevabilité précisant les attentes françaises en matière de redevabilité et de valorisation de nos contributions, en coordination avec nos partenaires européens.

Inscrire dans ces accords de redevabilité les principes fondamentaux que la France entend défendre au sein de ces entités, afin de contrer les exigences américaines (MEAE, représentation permanente de la France à Genève).

Sans surprise, **l'ensemble des organisations internationales rencontrées à Genève ont souligné les limites du « fléchage » des contributions étatiques.** Le fléchage des contributions consiste, pour l'État donateur, à pré-affecter ses contributions à un programme ou une géographie spécifique financée par l'entité multilatérale bénéficiaire.

Pour les organisations internationales, **le fléchage des contributions représente une gestion complexe.** Les priorités des États donateurs peuvent se rejoindre et se superposer, conduisant à surfinancer certains programmes et à en laisser d'autres en difficulté. Dans le cas de l'OMS, **l'agence souligne la faiblesse des financements affectés par les États à son programme d'urgence sanitaire de ce qui compromet les fonctions d'urgence essentielles,** notamment la surveillance, le confinement des épidémies et les capacités de réponse rapides. L'évaluation de la participation française à Unitaïd a rappelé la tension existante entre contributions ordinaires et fléchées.

Ces difficultés ont également été soulignées par l'Ambassadrice pour la santé mondiale qui rappelle « *la tension existante entre la demande nationale de fléchage des financements pour assurer une meilleure redevabilité et la demande forte des institutions partenaires et en particulier des organisations internationales de défléchage des contributions, en vue de pouvoir financer leurs programmes principaux et ne pas faire face à des « poches de pauvreté » et des programmes sous-financés.* »

De fait, pour le donateur, **le fléchage des contributions permet de « rebilatéraliser » ses versements, de soutenir ses priorités thématiques et stratégiques et de peser sur les orientations de l'organisation bénéficiaire.** À cet égard, l'instrument de l'Initiative, qui permet d'orienter une part de la contribution de la France au Fonds mondial vers des actions mises en œuvre par Expertise France, est considérée comme un relatif succès. **L'utilité du fléchage des**

contributions est toutefois conditionnée à des capacités de suivi de la redevabilité des objectifs fixés.

En l'état, hormis le cas de l'Initiative, les contributions de la France en matière de santé mondiale sont peu fléchées, même si les rapporteurs spéciaux n'ont pas été en mesure d'obtenir de la part du ministère de l'Europe et des affaires étrangères de données précises sur la part de contributions fléchées et les thématiques objets de ce fléchage.

Les rapporteurs spéciaux considèrent que, compte tenu de la crise de financement qui touche l'architecture en santé mondiale, il ne serait pas réaliste de recommander de renforcer le fléchage de nos contributions à ces entités, qui risquerait en outre de créer, pour ces organisations, des difficultés internes dans l'allocation de leurs moyens. Il importe cependant de réaffirmer, au travers d'accords de redevabilité, les exigences et priorités françaises dans le domaine de la santé : la protection des droits humains, le renforcement des systèmes de santé, la redevabilité des fonds verticaux et l'amélioration de leur gouvernance.

Le soutien de la France à l'installation de l'Académie de l'OMS à Lyon

Dans une optique de renforcement des systèmes de santé et de formation des personnels de santé, la France a activement soutenu l'installation à Lyon de l'Académie de l'OMS. Cette implantation participe à la constitution d'un pôle lyonnais de santé, associant différentes institutions intéressées par la santé mondiale comme le centre international de recherche contre le cancer, le VetAgroSup et la fondation Mérieux.

L'engagement financier de la France regroupe :

- une contribution initiale de l'État d'un montant de 30 millions d'euros sur cinq ans entre 2020-2024 (soit six millions d'euros par an répartis entre le MEAE, le ministère de la santé et le MESRI) pour l'installation de l'Académie à Lyon ;
- un financement de 59,3 millions d'euros pour participer au volet immobilier du projet, dont 10 millions d'euros pris en charge par la ville de Lyon, 10 millions d'euros par la métropole de Lyon, 24,7 millions d'euros par le conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes et 14,7 millions d'euros de l'État (chaque contributeur ayant signé une convention financière avec le conseil régional, propriétaire du bâtiment) ;
- et une contribution du secteur privé à hauteur de 30 millions d'euros, organisée par la Fondation Académie de l'OMS.

Depuis l'inauguration de l'Académie, en décembre 2024, l'État a maintenu à un niveau identique son investissement financier, avec des contributions du MEAE et du MESRI respectivement de cinq millions d'euros et d'un million d'euros pour 2025. De plus, un expert technique international dédié à l'établissement de partenariats locaux et une jeune experte associée auprès du directeur de l'Académie sont mis à disposition de l'institution et financés par le MEAE.

L'implantation de l'Académie à Lyon est perçue comme un facteur d'attractivité par le MEAE, qui entend favoriser l'installation d'autres entités multilatérales. À la suite de la restructuration interne à l'OMS en 2025, le MEAE a engagé un financement de 1,3 million d'euros pour permettre le transfert de personnels de l'OMS de Genève vers Lyon et accompagner leur installation.

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

C. UNE CAPACITÉ BILATÉRALE DOIT ÊTRE PRÉSERVÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ

1. Des versements bilatéraux peu ciblés sur nos priorités géographiques

Au sein de ses versements d'APD dans le domaine de la santé, la France consacre traditionnellement une part plus limitée d'aide bilatérale. De surcroît, dans un contexte de dégradation de nos finances publiques, les crédits des instruments d'aide bilatéraux, plus pilotables que les contributions internationales (qui répondent à des engagements internationaux politiquement voire juridiquement contraignants et présentent, dans le domaine de la santé, un caractère pluriannuel), ont fait l'objet de significatives économies budgétaires, en prévision comme en régulation.

Dans ce contexte, un ciblage géographique et thématique du volet bilatéral de notre aide paraît d'autant plus nécessaire pour éviter la dispersion d'une aide au volume contraint. Comme évoqué *supra*, le Cicid de 2023 a abandonné la liste de 19 pays prioritaires de l'aide française pour une cible de concentration de 60 % de notre aide vers les PMA et les pays vulnérables. En outre, il n'existe pas, dans le domaine de la santé, de liste de pays prioritaires pour une coopération thématique, comme c'est le cas s'agissant de l'immigration¹. Certains programmes ou instruments spécifiques prévoient néanmoins une liste de pays éligibles comme l'Initiative (qui retient 40 pays éligibles à l'accompagnement d'Expertise France) ou le Fonds Muskoka, ciblé sur la santé maternelle dans six pays d'Afrique (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Sénégal, Tchad et Togo).

¹ Une liste de quinze pays prioritaires en matière migratoire a été définie en 2023 par le Gouvernement.

**Liste des quinze principaux bénéficiaires de l'aide bilatérale de la France
en matière de santé entre 2019 et 2024, par année**

(en millions d'euros)

2019		2020		2021	
Pays	Montant	Pays	Montant	Pays	Montant
Géorgie	35,48	Égypte	46,31	République dominicaine	199,26
Égypte	30,58	Rwanda	42,21	Bolivie	101,18
Tchad	20,01	Mali	23,70	Indonésie	49,40
Sri Lanka	9,38	Côte d'Ivoire	16,76	Rwanda	45,77
Haïti	9,32	Liban	14,03	Philippines	34,18
Mali	9,25	Tchad	13,88	Kenya	27,55
Niger	9,23	Niger	12,82	Égypte	25,45
Guinée	7,44	République arabe syrienne	12,23	Liban	20,67
Liban	6,83	Guinée	11,05	Bangladesh	18,67
Sénégal	6,32	Maroc	10,09	Mali	18,28
Kenya	5,12	République démocratique du Congo	8,78	Somalie	16,28
Bénin	5,10	Tunisie	7,95	Sénégal	14,57
Côte d'Ivoire	4,80	Sénégal	7,39	Pakistan	12,54
Burkina Faso	4,47	Iraq	6,47	Vietnam	12,49
Togo	3,84	Cuba	6,07	Éthiopie	11,66

2022		2023		2024	
Pays	Montant	Pays	Montant	Pays	Montant
Bangladesh	167,90	Bangladesh	56,08	Pakistan	50,46
Éthiopie	51,90	Maroc	44,70	Liban	24,01
Nigéria	35,20	Liban	30,78	Tchad	23,13
Mexique	35,03	Éthiopie	30,58	République démocratique du Congo	21,25
République démocratique du Congo	32,48	Sénégal	22,47	Équateur	20,99
Tchad	28,86	Tchad	22,04	Madagascar	12,50
Liban	25,30	République démocratique du Congo	20,39	Gabon	10,01
Vietnam	24,00	Égypte	11,96	Guinée	9,94
Sénégal	22,86	Gabon	11,89	Rwanda	9,37
Kenya	22,71	Madagascar	9,89	Sénégal	8,90
Thaïlande	22,31	République centrafricaine	9,62	Niger	8,52
Rwanda	20,50	Côte d'Ivoire	9,51	Côte d'Ivoire	7,63
Côte d'Ivoire	15,88	Soudan	9,23	Égypte	7,21
Niger	13,64	Niger	9,19	Burkina Faso	7,08
Bénin	13,10	Rwanda	9,02	Haïti	6,30

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

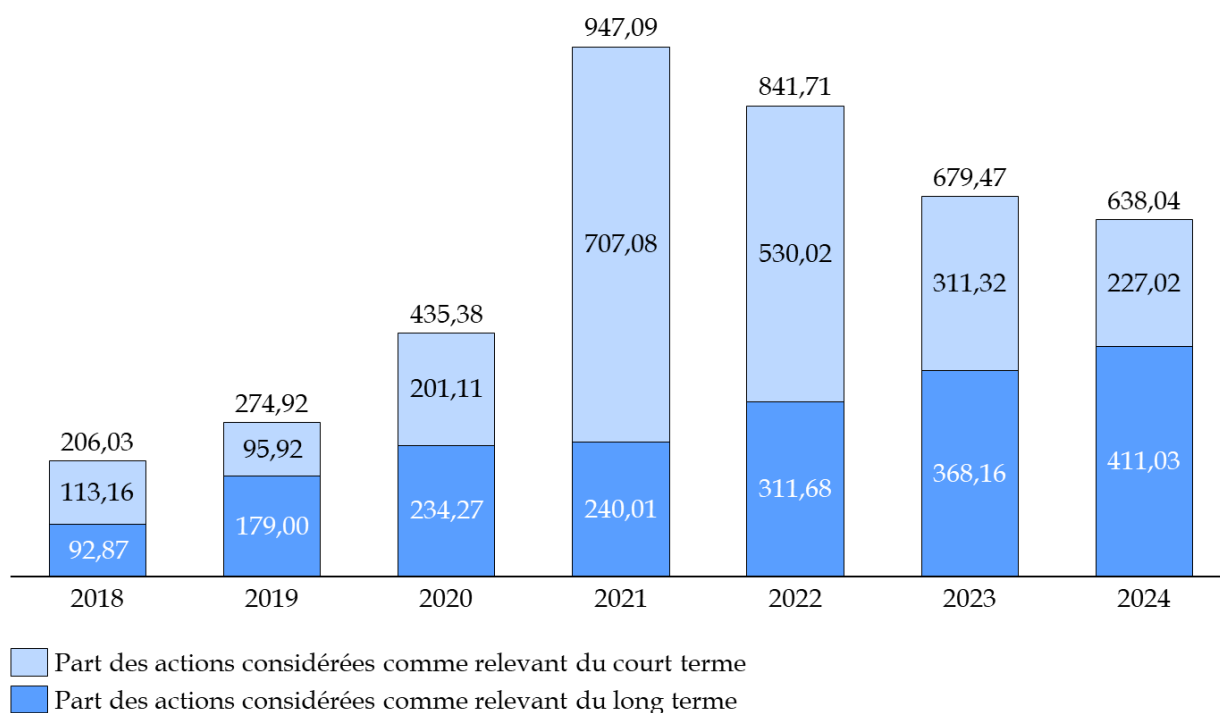
Au total, l'APD bilatérale de la France en matière de santé ne respecte pas la cible de 60 % de concentration vers les PMA :

- sur l'ensemble de l'aide bilatérale, en versements bruts, les versements en matière de santé étaient dirigés à 37 % en direction des PMA, à 31 % en direction des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) et à 32 % en direction des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRITS) ;

- en équivalent-don (c'est-à-dire en prenant la composante relative à la concessionnalité et à l'effort réel du donneur), cette répartition se rééquilibre pour atteindre 46 % vers les PMA, 24 % vers les PRITI et 30 % vers les PRITS.

Répartition de l'aide bilatérale entre actions de court et de long terme sur la période 2019-2024

(en millions d'euros)



Note : les actions considérées comme relevant du court terme comportent les services médicaux, les soins et services de santé de base, la nutrition de base, la lutte contre les maladies infectieuses, la lutte contre le paludisme, la lutte contre la tuberculose et la lutte contre le Covid-19. Les actions considérées comme relevant du long terme comprennent la politique de santé et la gestion administrative, l'éducation et la formation médicales, la recherche médicale, les infrastructures pour la santé de base, l'éducation sanitaire, la formation de personnel de santé, la lutte contre les maladies non transmissibles, la lutte contre l'usage nocif de l'alcool et des drogues, la promotion de la santé mentale, les programmes en matière de population, les soins en matière de fertilité, la planification familiale, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la formation de personnel en matière de population.

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire des rapporteurs spéciaux

Cette absence d'alignement de l'aide bilatérale sur nos priorités géographiques tient en partie à la structure de cette aide, avec une part de financement dédié aux projets de court terme ne représentant qu'un tiers de notre aide bilatérale totale. Or les projets de plus long terme, de structuration des systèmes de santé ou d'organisation de la protection sociale, sont plus aisément déployables dans des pays à revenus intermédiaires où les instruments de prêts

sont mobilisables et où il est plus facile pour les opérateurs de développement d'attirer des cofinancements.

2. Préserver des capacités de subventions et mobiliser des modalités alternatives de financements

a) Garantir des capacités de subventions et une prévisibilité de ces financements

Dans le domaine de la santé, il paraît aux rapporteurs spéciaux indispensable de préserver des capacités de subventions bilatérales. Par rapport au canal multilatéral, notre aide bilatérale demeure minoritaire et devrait encore reculer du fait des mesures d'économies décidées sur le périmètre de la mission « Aide publique au développement ».

Or, les subventions bilatérales sont plus adaptées aux besoins des pays les moins avancés, qui ne répondent pas aux exigences de soutenabilité des prêts souverains. Elles permettent en outre à la France de financer des projets alignés sur ses priorités thématiques, **permettant de combler en partie les « angles morts » des financements octroyés par les institutions multilatérales.**

Conscients de la situation de nos finances publiques, les rapporteurs spéciaux encouragent néanmoins le Gouvernement à assurer une cohérence entre les objectifs assignés à notre politique de développement, en particulier ses priorités thématiques, et les financements engagés.

Ce socle de financements devra s'accompagner d'une visibilité pluriannuelle. Depuis 2024 et l'amorce d'une consolidation budgétaire de la mission APD, l'incertitude pesant sur la programmation budgétaire a sensiblement affaibli l'efficacité de notre politique de développement. Ni les opérateurs de la mission, ni les organisations de la société civile, ni les États bénéficiaires ne disposent de visibilité sur l'investissement que la France est prête à réaliser dans ce domaine au cours des prochaines années. Comme l'ont indiqué les rapporteurs spéciaux à l'occasion de l'examen de l'exécution de la loi de finances pour 2025¹, il est impératif que le Gouvernement clarifie cette trajectoire.

Si la dégradation des finances publiques rend difficile d'envisager à moyen terme de renouer avec la trajectoire haussière envisagée au cours des dernières années, il semble indispensable de clarifier les moyens dont disposeront nos postes et nos opérateurs pour mettre en œuvre ce volet de l'aide au développement de la France.

¹ [Annexe 4](#) au rapport n° 736 (2025-2026) faite par MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, au nom de la commission des finances, sur les crédits de la mission « Aide publique au développement », 17 juin 2024.

b) *Recourir à des modes de financements alternatifs présentant un plus fort effet de levier*

La préservation de financements bilatéraux peut aussi soutenir et favoriser l'approche multilatérale. Au contraire, le financement de projets plus structurants afin de renforcer les systèmes de santé suppose généralement l'implication de plusieurs bailleurs. À cet égard, les financements bilatéraux français présentent un effet de levier significatif auprès des grands bailleurs multilatéraux.

À titre d'exemple, en matière de santé, **l'AFD réalise des schémas de financements hybrides, qui combinent subventions et prêts, afin de maximiser leur impact.** Ces modalités de financements permettent de répondre aux enjeux spécifiques des problématiques de santé mondiale, en particulier le besoin de financement de long terme et la nécessité d'articuler investissements, réformes et accompagnement institutionnel. Deux projets sont ainsi cités en exemple par l'agence :

- d'une part, elle a, en 2025, **mené un projet de réforme de l'assurance maladie universelle en Égypte, financé par un prêt de politique publique de 150 millions d'euros, couplé à des subventions d'assistance technique** (pour deux millions d'euros) et à une délégation de fonds de l'Union européenne (pour 30 millions d'euros). Le financement d'un prêt a ainsi offert un effet levier, permettant de mobiliser des financements européens pour mener une action complémentaire d'assistance technique ;

- d'autre part, au Pakistan, **l'AFD a accordé un prêt souverain d'appui à la résilience du système de santé**, pour un montant de 17,9 millions d'euros, pour lequel elle a pu obtenir un complément de 9,6 millions d'euros de la fondation Gates en « *capital loan by down* ». La fondation Gates rembourse ainsi les premières échéances en capital du prêt en substitution du gouvernement pakistanais. En sus, la Banque mondiale a apporté un co-financement sous forme de prêt.

Indéniablement, ces modes de financement alternatifs, impliquant plusieurs bailleurs et prenant généralement la forme de prêts, **ne sont toutefois pas adaptés aux besoins des pays les moins avancés.**

3. La mobilisation des financements européens, vecteur de « rebilatéralisation » de la contribution française au budget de l'Union ?

Le suivi des versements de la France en matière d'aide au développement au budget de l'Union européenne a été rendu plus complexe par l'extinction du Fonds européen de développement (FED). Depuis le début du cadre financier pluriannuel (CFP) pour les années 2021 à 2027, l'APD européenne transite principalement par l'instrument de voisinage, de coopération au développement et de coopération internationale (*Neighborhood, Development and International Cooperation Instrument*, Ndici) qui est abondé par la contribution de la France au

budget de l'Union¹ et non plus directement par le programme 209 de la mission APD, comme dans le cas du FED. Cette architecture budgétaire rend ainsi plus complexe le suivi d'une contribution par État-membre et par instrument.

Au total, au sein de l'enveloppe du Ndici, les États-membres ont fixé un objectif de dépenses dans le domaine du développement humain, dont la santé (comme rappelé *supra*) est un des composantes, de l'ordre de 20 % (soit 16 milliards d'euros sur la période 2021-2027). **À ce stade, entre 2021 et 2024, 32 % des financements engagés par le Ndici se sont inscrits dans cet objectif et 2,94 milliards d'euros ont été dédiés à la santé entre 2021 et 2024.**

En 2024, le montant des crédits du Ndici consacré à la santé était de 708 millions d'euros dont 176 millions d'euros inscrits sur le pilier thématique et 482 millions d'euros sur le pilier géographique. En retenant une quote-part de contribution de la France à 17 %, il est possible d'estimer la contribution française à l'aide européenne en matière de santé à 120 millions d'euros en 2024.

L'un des enjeux principaux du budget européen pour la France en matière d'APD, toutes thématiques confondues, est la capacité de nos opérateurs à mobiliser des financements européens et à se positionner sur les appels d'offre du Ndici. De fait, la Commission européenne délègue la mise en œuvre de ses financements aux agences de développement et agences de coopération technique des États-membres. À cet égard, le groupe AFD (soit l'Agence française de développement, Expertise France et Proparco) **est le premier partenaire bilatéral de mise en œuvre de la Commission européenne**, avec 3,1 milliards d'euros de fonds confiés en gestion déléguée entre 2021 et 2024. Cette dernière année, **880 millions d'euros de subventions** européennes ont été confiées au groupe, permettant à l'AFD d'intervenir en prêt dans 160 projets, dont de nombreux projets sur le secteur de la santé.

De plus, depuis 2020, la Commission européenne a développé une approche en « équipe Europe », qui consiste, sur une thématique précise et dans une géographie limitée, à assurer la coordination de l'ensemble des acteurs européens sur le terrain (les États membres et leurs agences et banques de développement, la Banque européenne d'investissement (BEI) et la Banque européenne pour la reconstruction et le développement (BERD)). À titre d'exemple, dans le domaine de la santé, les opérateurs français sont particulièrement engagés dans un partenariat entre l'UE et l'Union africaine, qui réunit cinq « initiatives équipe Europe » (IEE) :

- l'IEE MAV+ pour la production et l'accès aux vaccins, médicaments et technologies de santé en Afrique ;

- l'IEE « sécurité sanitaire durable » selon l'approche « One Health »,

- l'IEE santé numérique pour le renforcement des systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle ;

¹ Dans le cadre du prélèvement sur recettes au profit de l'Union européenne.

- l'IEE « santé et droits sexuels et reproductifs » ;
- et l'IEE soutien aux instituts de santé publique en Afrique.

La mobilisation par nos opérateurs de développement de ces financements européens offre un levier de « rebilatéralisation » des versements de la France au budget européen et renforce l'effet retour du Ndici pour ces opérateurs.

Pour autant, les rapporteurs spéciaux tiennent à rappeler que cette logique de rebilatéralisation de la contribution française au budget de l'Union européenne n'est pas sans limite et ne peut véritablement se substituer à des financements bilatéraux. S'il est impératif que nos opérateurs se positionnent le plus efficacement possible pour assurer la mise en œuvre des crédits européens dans le domaine de la santé, ces financements, issus des contributions nationales auront déjà fait l'objet de frais de gestion de la part de la Commission européenne et leur impact sur le terrain sera, à montant égal, moins significatif qu'un financement bilatéral français.

Recommandation n° 9 : dans les négociations du prochain cadre financier pluriannuel, plaider pour le renforcement de l'approche « équipe Europe » afin de coordonner les positions et les priorités des États membres et de la Commission européenne dans leur participation aux organisations multilatérales dans le domaine de la santé.

Plaider auprès de nos partenaires européens et de la Commission européenne pour que les contributions de l'Union européenne soient réparties entre les États membres, sous la forme d'une quote-part calculée selon leur participation au budget de l'Union et qui serait reportée sur la contribution de chaque État à ces organisations (MEAE).

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 1^{er} juillet 2026 sous la présidence de **M. Claude Raynal, président**, la commission a entendu une communication de **MM. Michel Canévet et Raphaël Daubet, rapporteurs spéciaux**, sur l'aide publique au développement de la France en matière de santé.

M. Claude Raynal, président. – Mes chers collègues, nous entendons désormais la communication de Michel Canévet et Raphaël Daubet, rapporteurs spéciaux des crédits de la mission « Aide publique au développement », sur l'aide publique au développement de la France en matière de santé.

M. Raphaël Daubet, rapporteur spécial. – En tant que rapporteurs spéciaux de la mission « Aide publique au développement », nous avons en effet souhaité, avec Michel Canévet, travailler cette année sur l'aide publique au développement française dans le domaine de la santé.

Le choix de cette thématique trouve aujourd'hui un écho particulièrement grave en Afrique centrale, où une nouvelle souche émergente d'Ebola poursuit sa progression, tandis que le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (CDC Afrique), aux côtés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), appelle en urgence à de nouveaux financements pour réaliser les essais cliniques de traitements expérimentaux. C'est un exemple concret du désarmement sanitaire mondial. Notre rapport interroge ainsi le positionnement de la France dans ce contexte de tensions internationales nouvelles et profondes.

Mon propos s'articulera autour de deux constats.

Le premier est que l'architecture mondiale de la santé traverse une crise sans précédent, de nature à la fois financière et politique.

Pour bien comprendre cette crise, revenons brièvement sur l'organisation de l'architecture en santé mondiale. Celle-ci repose principalement sur l'OMS, qui œuvre en chef de file des Nations unies en matière de santé mondiale, et sur trois grands fonds verticaux : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), la Facilité internationale d'achat de médicaments (Unitaid) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation – ou Gavi pour *Global Alliance for Vaccines and Immunization*.

Cette architecture n'est pas parfaite : elle est fragmentée et comporte certaines redondances. Cependant, elle a produit des résultats. Dans les pays d'intervention du FMSTP, la mortalité combinée liée au sida, à la tuberculose

et au paludisme a reculé de 62 %. Depuis 2000, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de 52 % et la mortalité infantile de 40 %.

Cette architecture est toutefois particulièrement dépendante à l'égard des grands bailleurs étatiques : en 2024, 85 % du financement de la santé mondiale provenait des contributions des États. Cela explique l'affaiblissement considérable de ces organisations, après les baisses des budgets d'aide publique au développement observées dans tous les grands États de l'OCDE. En 2025, l'aide en matière de santé représentait ainsi trois cinquièmes de son niveau de 2022.

Plus préoccupant encore, à cette contraction généralisée s'ajoute une politique américaine d'impérialisme sanitaire. Les États-Unis ont annoncé une baisse massive de leur aide en santé mondiale, à hauteur de 62 %. Cependant, il s'agit d'un retrait en trompe-l'œil. En effet, les États-Unis reviennent dans le jeu sous une autre forme : celle d'un bilatéralisme plus dur, plus transactionnel, plus conditionnel. Des accords fortement déséquilibrés sont proposés à certains pays bénéficiaires, notamment en Afrique, conditionnant le versement de crédits américains à une captation des données de santé, devenues un actif stratégique.

Cette évolution présente deux risques majeurs. Tout d'abord, elle affaiblit les capacités collectives de surveillance et de détection des épidémies, alors même que les foyers potentiels de pandémie sont souvent situés dans les pays visés par les États-Unis. Ensuite, elle met sous pression les enceintes multilatérales, notamment sur des sujets désormais politisés comme la vaccination, les droits sexuels et reproductifs ou encore la place de l'OMS elle-même.

Cela m'amène à mon second constat, qui concerne le positionnement particulier de la France dans le financement de la santé mondiale.

Historiquement, notre pays est fort d'un écosystème puissant : il compte de grands instituts de recherche - l'institut Pasteur, Gustave Roussy ou encore l'institut Curie -, mais aussi des opérateurs et grandes entreprises du médicament et de la recherche médicale ; il peut également s'appuyer sur une diplomatie sanitaire reconnue. La France a donc joué un rôle majeur en santé mondiale en défendant une vision universaliste de la santé comme bien public mondial. Cet effort a été renforcé à partir de 2018 et la France a investi, entre 2018 et 2024, plus de 9,5 milliards d'euros dans la santé mondiale.

Pour autant, depuis 2023, notre effort financier a été considérablement affaibli. Je rappelle que la baisse totale de notre aide publique au développement est de l'ordre d'un tiers entre 2023 et 2026, en raison de nos contraintes budgétaires.

Dans le domaine de la santé, les mesures d'économies fixées dans les lois de finances pour 2025 et 2026 ont largement diminué nos investissements et nous ont même conduits à reporter le paiement de certaines contributions, comme celle que nous versons à Gavi, en 2025.

La prochaine contribution de la France au Fonds mondial pour 2026-2028 sera inférieure de 58 % à celle de 2023-2025. Notre pays, qui fut longtemps l'un des tout premiers contributeurs, passerait du deuxième au septième rang des donateurs.

Notre participation à Unitaïd recule, elle aussi, de 22 % à compter de cette année, et l'Initiative, qui permettait de re-bilatéraliser une partie de notre contribution au Fonds mondial et de soutenir nos priorités, notamment dans les pays francophones, passerait de 240,6 millions d'euros à 60 millions d'euros, soit une baisse de 75 %.

Désormais, notre capital de rayonnement et d'influence s'érode, ce qui est d'autant plus préoccupant que la France est attendue sur ces sujets. Politiquement, mais aussi à la table des financeurs, nos auditions ont été dénuées de toute ambiguïté sur ce point.

Mes chers collègues, nous arrivons aujourd'hui à un véritable point de bascule. L'aide publique au développement en santé mondiale produit des effets concrets et observables pour les pays bénéficiaires, mais elle est également positive pour les pays donateurs. Il s'agit tout d'abord d'un enjeu de sécurité sanitaire évident : les virus ne connaissent pas de frontières. Ensuite, cette aide soutient notre influence et doit également ouvrir des débouchés à nos entreprises et valoriser notre expertise : c'est un véritable domaine d'exportation.

En somme, elle conjugue l'humanisme et l'intérêt national. C'est précisément ce que la France sait faire lorsqu'elle est fidèle à elle-même. Si nous nous en retirons trop fortement, d'autres occuperont l'espace, et ils ne le feront ni avec nos valeurs, ni avec nos priorités, ni avec notre conception de la souveraineté des peuples.

C'est pourquoi nous devons faire preuve de la plus grande vigilance quant à la réécriture de cet ordre nouveau.

M. Michel Canévet, rapporteur spécial. – Je reviendrai plus en détail sur la structure et l'organisation de l'aide de la France en matière de santé.

Premièrement, si la France s'est dotée d'un cadre de gouvernance de sa politique de santé mondiale, notre action demeure fragmentée.

Comme dans d'autres segments de son aide publique au développement, la France a élaboré une stratégie sectorielle visant à assurer la cohérence de son action dans le domaine de la santé – la stratégie française en santé mondiale 2023-2027. Cette stratégie s'accompagne d'une *task force* interministérielle sur la santé mondiale, mise en place par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et associant notamment le ministère de la santé.

Indéniablement, cette gouvernance est utile, mais il nous semble que le cloisonnement persiste : de nombreux acteurs, pourtant essentiels, ne sont pas associés à la *task force*. Je pense en particulier au ministère de

l'enseignement supérieur et de la recherche ou au ministère de l'agriculture. Alors que la zoonose constitue un enjeu essentiel en matière de santé, cette absence apparaît difficilement justifiable.

Deuxièmement, concernant notre aide multilatérale, la participation de la France aux organisations internationales en matière de santé demeure indispensable.

En matière de santé, notre aide transite majoritairement – à hauteur de 58 % en 2024 – par le canal multilatéral et les organisations internationales, avec une moyenne annuelle de 788 millions d'euros de contributions internationales. Cette aide est fortement concentrée sur les grands fonds verticaux : sur la période 2017-2023, les trois quarts des contributions versées par la France dans le secteur de la santé ont bénéficié au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Cette concentration présente des avantages en matière d'influence et d'efficacité des versements, mais elle suppose un suivi plus attentif.

Globalement, nous estimons que l'engagement de la France auprès des grands fonds verticaux et de l'OMS porte globalement ses fruits : ces organisations présentent des résultats concrets, notamment sur la couverture vaccinale. Elles assurent une meilleure coordination des bailleurs et offrent un effet retour significatif pour nos entreprises et nos ONG.

Les institutions internationales privilégient néanmoins des résultats immédiatement observables et investissent moins dans des actions de long terme, comme la structuration des systèmes de santé. De plus, l'alignement de la répartition des financements sur les priorités géographiques de la France est inégal selon les entités.

Par ailleurs, alors que les organisations internationales en matière de santé, confrontées à une baisse de leurs financements, ont engagé des réformes internes et une réflexion plus large sur l'architecture en santé mondiale, la France doit accompagner ces efforts. En particulier, il nous semble essentiel de soutenir l'OMS, aujourd'hui fragilisée par le désengagement des États-Unis. Nous devons également, à l'occasion du versement de nos contributions auprès des grands fonds verticaux, réitérer nos priorités, notamment pour nous opposer aux demandes les plus préjudiciables de l'administration américaine.

Troisièmement, nous estimons primordial de conserver une capacité d'aide bilatérale.

Par rapport au canal multilatéral, notre aide bilatérale demeure minoritaire et risque d'être encore réduite en raison des mesures d'économies décidées sur le périmètre de la mission « Aide publique au développement ».

Or les subventions bilatérales sont plus adaptées aux besoins des pays les moins avancés, qui ne répondent pas aux exigences de soutenabilité des prêts souverains. Elles permettent en outre à la France de financer des projets

alignés sur ses priorités thématiques, en comblant, en partie, les angles morts des financements octroyés par les institutions multilatérales.

Cependant, notre aide bilatérale est relativement peu alignée sur nos priorités géographiques. Notre politique de développement comprend, en effet, une cible de concentration de 60 % de notre aide vers les pays les moins avancés et les pays vulnérables. Or seulement 37 % de notre aide bilatérale en santé bénéficie à ces États.

Ces trois constats nous conduisent à formuler neuf recommandations qui, nous l'espérons, permettront de renforcer la cohérence et l'efficacité de notre action.

Nous souhaitons enfin saluer le travail de la représentation permanente de la France à Genève et la remercier pour son accueil et son accompagnement lors de notre déplacement.

M. Jean-François Husson, rapporteur général. – Vous définissez des priorités et soulignez les faiblesses de notre aide publique au développement en matière de santé mondiale. Cependant, depuis 2018, force est de constater que le volume d'aide publique au développement a tendanciellement augmenté.

Outre l'action de la France dans un cadre multilatéral, vous insistez sur l'intérêt de l'aide apportée par notre pays dans un cadre bilatéral. Dans certains pays, la France est sollicitée pour son aide et, pourtant, ses relations bilatérales se sont dégradées avec beaucoup d'États en Afrique, en particulier dans le Sahel. Comment l'expliquez-vous ?

Mme Isabelle Briquet. – Je remercie les auteurs de ce rapport sur ce sujet sensible.

Je partage l'analyse développée par Raphaël Daubet sur la situation. Cependant, certaines recommandations, en particulier la quatrième et la septième, me paraissent quelque peu contradictoires.

Qu'entendez-vous par « poursuivre la trajectoire de rationalisation des petites contributions » ? Dans certains pays, ces petites contributions peuvent représenter une très grande aide !

Concernant la septième recommandation, vous avez rappelé le rôle de l'Organisation mondiale de la santé. L'orientation des crédits vers la recherche et la coopération scientifique est bien sûr nécessaire, mais elle ne doit pas se faire au détriment de cet organisme.

M. Jean-François Rapin. – N'oublions pas l'aide apportée par la France en dehors du cadre de l'aide publique au développement. Des moyens importants ont ainsi été débloqués pour porter secours aux victimes du séisme au Venezuela, il y a quelques jours. De même, la France intervient régulièrement dans les camps du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) en cas d'épidémies ou de pandémies.

Cette aide est-elle prise en compte ? Rectifie-t-elle, dans une certaine mesure, les faiblesses que vous déplorez ?

M. Claude Raynal, président. – Il est certain que les tensions qui pèsent sur nos comptes publics limitent notre aide publique au développement. Dans votre rapport, vous évitez ainsi de trancher entre les deux solutions extrêmes, consistant à financer seulement l'aide multilatérale ou l'aide bilatérale. Nous essayons donc de préserver ces deux formes d'action. Ainsi, nous critiquons la position américaine, sans pour autant prendre le relais.

Je comprends bien votre position. Mais certains verront sans doute une forme d'ambiguïté dans votre rapport : vous préférez conserver une action complète, mais en réduisant les crédits sur les deux formes d'aide.

M. Michel Canévet, rapporteur spécial. – Nous sommes obligés de tenir compte de l'évolution du budget. Les crédits dédiés à l'aide publique au développement ont en effet doublé entre 2017 et 2024. Aujourd'hui, nous revenons à une situation proche de celle du début des années 2020.

La demande d'influence reste forte, car la France continue à compter dans le monde. Nous avons besoin de soutenir le multilatéralisme, tout en préservant nos relations bilatérales, même si nous avons un peu moins de moyens qu'auparavant.

Concernant l'aide bilatérale, il importe surtout de la concentrer sur les priorités géographiques qui ont été définies. Initialement, la France avait identifié dix-neuf pays prioritaires – dix-huit pays africains, ainsi que Haïti. En 2023, alors que les crédits commençaient à diminuer, cette liste a paradoxalement été élargie à l'ensemble des pays les moins avancés – près d'une cinquantaine – puis aux pays vulnérables. Cela nous a compliqué la tâche. Cependant, nous constatons que l'aide bilatérale n'est pas octroyée, comme le prévoient nos engagements, aux pays prioritaires à hauteur de 60 %, mais seulement pour environ 38 %. C'est pourquoi nous appelons à une plus grande concentration de l'aide bilatérale, qui joue un rôle important. En effet, elle complète l'action des organisations internationales. Il s'agit, notamment, d'intervenir sur les « angles morts » de leur action, comme le développement des systèmes de santé. Il y va de l'intérêt de la France, qui accueille de nombreux immigrés africains sur son territoire.

S'agissant de la contradiction entre recommandations évoquée par Mme Briquet, la recommandation n° 4 concerne les contributions multilatérales et non les versements bilatéraux. La Cour des comptes, que la commission des finances avait chargée de rédiger un rapport sur le sujet, avait montré que nous participions à 271 entités internationales : c'est bien trop. Notre action est émiettée entre les différents bénéficiaires. C'est pourquoi il est essentiel de recentrer l'action multilatérale de la France sur quelques grands fonds, identifiés comme prioritaires, pour éviter le saupoudrage. C'est le sens de cette recommandation.

La recommandation n° 7, elle, vise à encourager le soutien à l'OMS, qui, fortement affectée par la baisse significative des crédits américains, a dû se séparer du tiers de ses effectifs à Genève et rationaliser son organisation. La France doit pouvoir continuer à s'impliquer, car l'OMS est actuellement très décriée dans le paysage international. Les États-Unis préfèrent désormais agir dans le cadre de relations bilatérales, en exigeant, en retour, l'obtention de l'exclusivité des données de santé des pays aidés. Nous préférons, pour notre part, que la santé soit considérée comme un bien commun.

Jean-François Rapin évoque à raison les multiples interventions que nous opérons à partir des décisions du centre de crise et de soutien (CDCS) du ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Certains crédits alloués dans ce cadre concernent donc la santé. Ils sont, en tout état de cause, comptabilisés dans nos dépenses d'APD.

Pour conclure, monsieur le président, nous tranchons en affirmant que la France doit continuer à soutenir l'OMS et plusieurs grands fonds verticaux. Nous devons également poursuivre notre action bilatérale, sans chercher à intervenir partout, mais en nous en tenant à nos priorités géographiques.

M. Raphaël Daubet, rapporteur spécial. – Monsieur le rapporteur général a rappelé, avec justesse, que les crédits avaient beaucoup augmenté avant la période 2023-2026. Toutefois, nous voulions vous alerter, car la réduction actuelle s'inscrit dans un contexte de politisation majeure de ces arènes multilatérales. Ce n'est donc pas tant le volume des crédits, en baisse, qui nous inquiète que la survenue de cette évolution face à une compétition importante et à l'émergence d'un impérialisme sanitaire.

Ainsi, contrairement à ce que l'on entend souvent, les États-Unis ne se retirent pas de l'aide internationale. Cette puissance a récemment versé près de 4 milliards de dollars au programme commun des Nations unies contre le sida (Onusida) – un fonds vertical qui n'est pas d'une grande utilité – afin d'en faire le nouveau prescripteur de la politique en santé mondiale. Cet enjeu de politisation et d'instrumentalisation des sujets de santé à des fins politiques nous préoccupe.

C'est pourquoi cette ambition de rationalisation budgétaire, qui peut aisément se comprendre, tombe très mal.

La Chine est aujourd'hui le premier contributeur de l'OMS, et les États-Unis ne se sont pas du tout retirés du Fonds mondial. Seulement, ils souhaitent utiliser ces grandes enceintes multilatérales à d'autres fins que celles que nous imaginons. L'administration Trump a ainsi envoyé le corps des Marines arracher le drapeau américain de la façade de l'OMS. Cet acte symbolique est révélateur des tensions internationales. Il ne nous paraît pas judicieux de rester en retrait face à cet impérialisme émergent.

Nos relations avec les pays d'Afrique sont parfois compliquées, comme le sous-entend le rapporteur général. Les accords bilatéraux ne

fonctionnent sans doute pas partout. Cependant, deux exemples nous ont été rapportés : au Maroc et en Égypte, des partenariats ont été montés avec l'Agence française de développement (AFD) et de grands acteurs publics français, comme la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et Gustave Roussy. Dans ces deux pays, les résultats ont été spectaculaires : les gouvernements ont fortement augmenté leurs budgets de la santé et n'hésitent pas à se retourner vers la France en cas de doute. Ces coopérations sont donc un moyen détourné de renforcer nos liens et d'activer de nouveaux partenariats, d'autant que le système de protection sociale français est considéré comme un modèle.

Madame Briquet, vous estimez qu'en réorientant nos contributions, nous vous invitons à déshabiller Paul pour habiller Jacques. J'entends votre sentiment. Cependant, la recommandation n° 7 émane des médecins et de la gouvernance de l'OMS. Le besoin de coopération scientifique est véritable.

Monsieur le président, il ne me semble pas que notre rapport fournisse une réponse nuancée. En réalité, l'action bilatérale n'a pas le même objet que l'action multilatérale.

Le bilatéralisme permet de soutenir l'évolution des systèmes de santé dans les pays, grâce à notre capacité d'expertise, qui est supérieure à celle de tous les pays du monde. N'oublions pas que le système de protection sociale chinois n'a que cinq ans ! Le bilatéralisme nous permet de contribuer à la construction interne du système de santé de chaque pays. À l'inverse, l'action multilatérale maintient souvent le pays dans une logique de subvention, sans l'aider à construire son propre système de santé. C'est pourquoi les deux approches sont complémentaires.

Nos contraintes financières nous ont poussés à revoir nos ambitions. Cependant, nos auditions et notre déplacement à Genève nous ont permis de conclure à l'existence de deux multilatéralismes. Il y a en effet un multilatéralisme « de club », celui des grands fonds verticaux qui passent par des contributions volontaires - chaque pays y contribue à la hauteur de ses ambitions, en ciblant ses priorités géographiques et ses ambitions. C'est bien, mais cela ne peut pas remplacer le multilatéralisme universel, qui est celui de l'OMS et dont le pilier est la solidarité.

Pour que celui-ci fonctionne, pour sécuriser le fonctionnement des grandes institutions onusiennes, les contributions doivent être obligatoires, et la coopération sanitaire et scientifique doit se faire dans une logique universelle. Sinon, nous courons le risque d'avoir des trous dans la raquette, avec des conséquences potentiellement dramatiques, y compris chez nous, par exemple en termes de sécurité sanitaire.

La question qui se pose à nous est la suivante : suivons-nous la marche des États-Unis et de l'Argentine, qui vient de se retirer également de l'OMS ? Devenons-nous, en quelque sorte, des négociateurs ? Entrons-nous dans ce bras de fer ? Ou, au contraire, décidons-nous de montrer l'exemple et de

convaincre les autres pays européens, qui, pour l'instant, sont sur la même ligne que nous ? Il y a un multilatéralisme universel qu'il faut respecter : nous le défendrons jusqu'au bout !

La commission a adopté les recommandations des rapporteurs spéciaux et autorisé la publication de leurs communications sous la forme d'un rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction générale de la mondialisation, du ministère de l'Europe et des affaires étrangères

- Mme Salina GRENET-CATALANO, directrice des affaires globales ;
- M. Thomas WAGNER, sous-directeur des moyens et des opérateurs ;
- Mme Clarisse PAOLINI, sous-directrice du développement humain.

Cour des Comptes

- Mme Nathalie CASAS, présidente de section à la 4^{ème} chambre, conseillère maître ;
- M. Jacques TÉNIER, conseiller maître à la 4^{ème} chambre ;
- M. Galaad DEFONTAINE, auditeur à la 4^{ème} chambre.

Coordination Humanitaire et Développement

- M. Xavier BOUTIN, président ;
- Mme Anouchka FINKER, trésorière ;
- M. Matthieu DUHIL DE BÉNAZÉ, directeur.

Direction générale du Trésor

- Mme Shanti BOBIN, sous-directrice des affaires financières multilatérales et du développement (MULTIFIN) ;
- Mme Clarisse SENAYA, cheffe du bureau Aide publique au développement (MULTIFIN 5) ;
- Mme Coline MOUCHEL dit GRAINVILLE, adjointe à la cheffe du bureau MULTIFIN 5 ;
- Mme Alexandra MATAS CALDERON, adjointe à la cheffe du bureau MULTIFIN 5 ;
- M Sofien ABDALLAH, conseiller parlementaire et relations institutionnelles.

Agence Française de Développement

- M. Laurent BIDDISCOMBE, directeur exécutif du département Solutions Développement Durable ;
- Mme Quitterie PINCENT, directrice exécutive adjointe du département Solutions Développement Durable ;
- Mme Agnès SOUCAT, responsable de la cellule Santé et Protection sociale ;
- M. Hugo OUTIN, chargé des relations avec le Parlement.

Ambassadrice pour la santé mondiale

- Mme Anne-Claire AMPROU, ambassadrice thématique pour la santé mondiale ;
- Mme Marion BRISQUET-MOSALO, chargée de mission auprès de l'ambassadrice pour la santé mondiale.

Expertise France

- Mme Cassilde BRENIÈRE, directrice générale adjointe ;
- M. Xavier CHAMBARD, directeur de la stratégie et des partenariats ;
- M. Antoine PEIGNEY, directeur du département santé
- M. Lucas IVERNEL, chargé de mission Stratégie, partenariats et relations avec le Parlement.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- M. Benoît VARENNE, conseiller national en santé dentaire.

French Healthcare Association

- M. Emile JOCKEY, délégué général.

LISTE DES DÉPLACEMENTS

Déplacement à Genève

- Mme Céline JURGENSEN, ambassadrice, représentante permanente de la France auprès de l'Office des Nations unies à Genève et des organisations internationales en Suisse ;
- M. Thibault LE GONIDEC, conseiller budgétaires et affaires globales ;
- M. Raoul THOMAS, sous-directeur général chargé des opérations opérationnelles et de la conformité à l'OMS ;
- Mme Françoise VANNI, directrice des relations extérieures et de la communication au Fonds Mondial ;
- M. François NOTE, directeur financier de GAVI.

TABLEAU DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI

N° de la proposition	Proposition	Acteurs concernés	Calendrier prévisionnel	Support
1	Associer les commissions permanentes des deux assemblées chargées des finances, des affaires sociales et des affaires étrangères au suivi de la stratégie de la France en santé mondiale et à la préparation de la prochaine stratégie	Gouvernement	Dès que possible	Modification du cadre de suivi de la stratégie de la France en santé mondiale
2	Élargir la composition de la « task force <i>interministérielle santé mondiale</i> » au ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, aux composantes du groupe de l'Agence française de développement, aux instituts de recherche et aux organisations de la société civile	Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, ministère de la santé et de l'accès aux soins, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, groupe AFD, organisations de la société civile	Dès que possible	Modification de la composition de la <i>task force</i>
3	Réaliser une cartographie de l'offre privée en matière de santé et définir une approche en format « équipe France » de valorisation de cette offre à l'international.	Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, groupe AFD, French Healthcare	Dès que possible	Cartographie
4	Privilégier, dans le cadre de nos contributions multilatérales, une stabilisation de nos versements aux principales organisations internationales en matière de santé et poursuivre la trajectoire de rationalisation des petites contributions	Direction générale de la mondialisation, direction générale du Trésor	2027	Projet de loi de finances pour 2027

5	Confier au comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid) le pilotage de nos contributions internationales	Premier ministre, ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), direction générale du Trésor	Dès que possible et au plus tard pour 2027	Modification du décret n° 98-66 du 4 février 1998 portant création du comité interministériel de la coopération internationale et du développement
6	Se doter, pour chaque entité multilatérale, d'un tableau de bord des principaux projets financés par la contribution de la France, présentant l'état d'avancement du projet ainsi que ses avantages et inconvénients	Direction générale de la mondialisation, postes diplomatiques	2027	Tableau de suivi
7	Orienter les contributions volontaires de la France au profit de l'Organisation mondiale de la santé vers la recherche et la coopération scientifique.	MEAE, représentation permanente de la France à Genève	2027	Accord de contribution
8	Conclure avec les trois fonds multilatéraux des accords de redevabilité précisant les attentes françaises en matière de redevabilité et de valorisation de nos contributions, en coordination avec nos partenaires européens. Inscrire dans ces accords de redevabilité les principes fondamentaux que la France entend défendre au sein de ces entités, afin de contrer les exigences américaines.	MEAE, représentation permanente de la France à Genève	2027	Accords de redevabilité

9	<p>Dans les négociations du prochain cadre financier pluriannuel, plaider pour le renforcement de l'approche « équipe Europe » afin de coordonner les positions et les priorités des États membres et de la Commission européenne dans leur participation aux organisations multilatérales dans le domaine de la santé.</p> <p>Plaider auprès de nos partenaires européens et de la Commission européenne pour que les contributions de l'Union européenne soient réparties entre les États membres, sous la forme d'une quote-part calculée selon leur participation au budget de l'Union et qui serait reportée sur la contribution de chaque État à ces organisations.</p>	MEAE	Dès que possible	Négociations européennes
---	---	------	------------------	--------------------------