

MISER SUR LA SANTE:

La montée en puissance de la pandémie de financiarisation de la santé



*Le développement économique et social,
basé sur un Nouvel Ordre Economique International,
est d'une importance fondamentale pour atteindre
pleinement la santé pour tous
et pour réduire le fossé
entre l'état de santé des pays en développement
et développés.*

DECLARATION D'ALMA ATA, OMS, SEPTEMBRE 1978



SID

Society for International Development

TABLE DES MATIERES

Résumé	4
1. Santé pour tous, vraiment ?	6
2. Financiarisation : pourquoi c'est important pour la santé	7
3. 30 ans de financiarisation de la santé	9
4. Les partenariats publics-privés ne sont pas bons pour la santé	11
5. Covid-19 : la poussée envers les soins de santé comme marché pour les investisseurs privés	16
6. Renforcement des politiques néolibérales	21
7. La financiarisation de la santé par le biais de programmes d'obligations	23
8 - Conclusions	27

AUTEURE

Nicoletta Dentico, Directrice du Programme pour la justice en matière de santé mondiale, Société pour le développement international (SID), mai 2023.

L'auteure souhaite remercier Flora Sonkin, ainsi que toutes celles et ceux qui ont relu ce document pour leurs précieux retours et commentaires..

Traduction de **Martine Berger**.

Brot
für die Welt

La Société pour le développement international (SID) remercie Brot für die Welt pour son soutien financier. Tout ou parties de cette publication peuvent être utilisées gratuitement par d'autres personnes à condition que celles-ci fassent référence de façon appropriée à la publication originale. Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité de la Société pour le développement international (SID) et ne reflète pas la position de Brot für die Welt.

RÉSUMÉ

Au cours des trois dernières décennies, **la financiarisation de la santé a fortement augmenté de plusieurs manières créatives**, mais ce phénomène croissant reste étonnamment méconnu et négligé dans l'arène de la santé mondiale. La financiarisation dans le domaine de la santé peut être décrite comme l'expansion incontrôlée de la finance dans divers domaines de la prestation de soins de santé. La santé a été intentionnellement transformée en une marchandise du fait que des acteurs privés à but lucratif ont été autorisés à opérer librement - et, en fin de compte, à jouer avec le droit fondamental des personnes à la santé - pour servir leurs intérêts financiers, au niveau national et international. La financiarisation de la santé se poursuit aujourd'hui de manière florissante, par exemple à travers l'institutionnalisation des monopoles du savoir médical, l'expansion des marchés et des techniques financières appliquées aux régimes d'assurance maladie, la numérisation galopante des interventions sanitaires mondiales et l'essor de l'industrie des données.

Même la capitalisation de l'aide au développement est devenue un moteur essentiel de la financiarisation de la santé. Après la crise financière sans précédent de 2008, le fait de placer les investissements du secteur privé au centre des politiques de développement a connu une nouvelle impulsion, offrant aux pays riches une excuse intelligente pour diminuer leur financement de l'aide publique au développement (APD) et (plus important encore) une chance d'internationaliser leur soutien à leurs propres entreprises et investisseurs nationaux. Dans le secteur de la santé, cette tendance s'est traduite par un panorama de gouvernance contractuelle dans lequel les stratégies de santé, les schémas de distribution, l'éthique pratique des soins de santé et les prérogatives décisionnelles ont été constamment confiés à des entités privées.

Les partenariats publics et privés (PPP) ont joué un rôle déterminant dans le renforcement de la financiarisation de la santé, et il est difficile de sous-estimer les risques de gouvernance qui accompagnent l'hybridation institutionnelle intégrée dans la plupart des PPP, en particulier lorsque les régimes de droit privé et les approches fondées sur le marché sont censés

fournir des biens publics en matière de santé. Les données incontestables recueillies par les chercheurs dans le domaine de la santé révèlent une réalité qui - dans les pays riches comme dans les pays à faible revenu - remet en question les dogmes de ce modèle entravé du partenariat public-privé, tout en évaluant les fausses déclarations et les promesses non tenues de ces PPP. Ces preuves sont renforcées par les récentes conclusions du tout premier rapport de l'OMS sur les partenariats public-privé dans le domaine des infrastructures et des services de santé. En étudiant les données relatives aux PPP dans les pays à revenu intermédiaire de la région européenne, le diagnostic de l'OMS semble également transmettre une image plutôt problématique de la réalité, lorsqu'il s'agit des PPP dans les soins de santé.

La gestion du COVID-19 a été une manifestation exemplaire des externalités négatives associées aux tendances à la financiarisation de la santé à l'échelle mondiale. La pandémie a illustré des cas multiples et catastrophiques de défaillance du marché dans les services de santé privés à l'échelle mondiale, avec de sérieuses implications pour la réponse à la pandémie. Toutefois, cette urgence sanitaire sans précédent n'a entraîné aucun recul de la santé privée et du modèle de partenariat qui a défini l'engagement avec le secteur financier privé pour les interventions sanitaires mondiales - comme c'est le cas de la Facilité financière internationale pour la vaccination (IFFIm) - au cours des dernières décennies. Les politiques néolibérales restent trop profondément ancrées dans les institutions multilatérales de développement qui arbitrent la politique de santé mondiale pour que ces dernières puissent même envisager de réorienter l'approche «le *privé d'abord*» vers des politiques financières plus équitables et plus durables. Au lieu de changer de cap, ces institutions semblent redoubler d'efforts envers les engagements néolibéraux, comme en témoigne l'inégalité des proportions pandémiques de répartition des vaccins inscrite dans le système COVAX. En fait, avec la bénédiction de la communauté internationale, une nouvelle architecture, inspirée par une hiérarchie récemment développée de solutions numériques, fait progresser la sécurisation de la santé par le biais de la logique de l'immunité comme nouveau principe d'organisation. Un scénario inquiétant qui menace la légitimité même de la fonction publique.

1. SANTE POUR TOUS, VRAIMENT ?

La corrélation intrinsèque entre la qualité de l'ordre économique international et la réalisation du droit à la santé, présentée dans la pionnière Déclaration d'Alma Ata¹, s'est manifestée sans équivoque au cours des trois dernières années de la pandémie de Covid-19. Quelques années seulement après les déclarations mobilisatrices de la conférence d'Alma Ata en 1978, qui ont fait de la Santé pour Tous l'horizon principal du développement humain et économique, les institutions financières et les infrastructures d'intermédiation financière ont commencé à devenir progressivement les principaux moteurs du dés-ordre économique mondial². Cette tendance a profondément remis en question l'orientation donnée par Alma-Ata. La finance a commencé à faire de l'argent avec de l'argent en façonnant des marchés pour l'achat et la vente de crédits et de dettes. Les acteurs financiers ont acquis une influence sans précédent sur nos vies, soumettant les objectifs de santé aux valeurs des actionnaires, aux fluctuations et aux échecs du marché. Après la pandémie, le discours sur l'économie de la Santé pour Tous a acquis de nouvelles significations et un nouveau sentiment d'urgence³. Mais entre-temps, la santé a été profondément transformée, et l'économie morale des interventions sanitaires avec elle.

La financiarisation de la santé s'est développée de manière complexe et créative, émergeant encore à travers la création de nouvelles classes d'actifs pour les investissements privés et les obligations, l'institutionnalisation des monopoles du savoir médical, l'expansion des marchés et des techniques financières appliquées aux régimes d'assurance maladie, et la capitalisation de l'aide au développement. L'implication délibérée du secteur privé à but lucratif dans les soins de santé, souvent sous le travestissement d'une aide publique au développement (APD)⁴ modernisée, rend difficile l'établissement d'une ligne de démarcation claire entre les motifs spécifiques de profit de la financiarisation de la santé et les sphères d'interface contiguës de la privatisation de la santé et du financement de la santé. Les intersections sont stratifiées dans un panorama de gouvernance contractuelle en pleine expansion, destiné à répondre aux besoins de santé mondiaux, et dans lequel les stratégies de santé, les schémas de distribution, l'éthique pratique des soins de santé et les prérogatives de prise de décision sont progressivement confiés à des entités privées. Comme nous l'avons constaté lors de la Covid-19 par l'échec de l'attribution internationale de vaccins pour contrer la contagion⁵, cette tendance politique croissante n'est pas en mesure d'offrir des solutions légitimes à la tension entre les impératifs de maximisation des profits de la finance privée et les

1 <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

2 Dutta, S.J., (2018). *Financialization: a primer*. Transnational Institute, October 2018, Amsterdam, <https://www.tni.org/en/publication/financialisation-a-primer>

3 <https://www.who.int/publications/m/item/council-brief-no-2>

4 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development>

5 <https://stopaids.org.uk/resources/access-denied-what-happens-when-big-pharma-is-in-the-drivers-seat/>

investissements à long terme qui sont essentiels pour faire progresser la Santé pour Tous⁶.

Alors qu'un environnement sain et durable, habité par une population en bonne santé, devrait être le but ultime de l'activité économique, la santé continue d'être considérée comme une variable de l'équation économique, un domaine marginal des politiques économiques, dissocié de la contribution qu'elle apporte à l'amélioration du tissu social d'une société prospère. Même après la COVID-19, la perception reste ancrée que la santé est un coût que les gouvernements peuvent externaliser et confier à des acteurs financiers privés en échange de nouvelles possibilités de profit. La nécessité de contenir le coronavirus SARS-CoV-2 et l'expansion des technologies numériques ont largement contribué à rendre les droits en matière de santé dépendants des marchés financiers au cours des années de pandémie. Comme dans d'autres secteurs, l'expansion des marchés financiers de la santé n'est pas seulement une question de volumes d'échanges financiers, mais aussi de diversité croissante des transactions et des acteurs du marché dans leur intersection avec tous les segments de l'économie et de la société. Ce phénomène, promu sous la bannière de l'Agenda 2030 et de la mise à disposition d'une couverture sanitaire universelle (CSU), présente une série d'implications critiques en termes de gouvernance et de priorités politiques en matière de santé, de monopoles du secteur privé, de redéfinition culturelle et politique de la manière dont le droit universel à la santé devrait être interprété et poursuivi, dans un contexte de déclin marqué de la responsabilité démocratique.

2- FINANCIARISATION : POURQUOI C'EST IMPORTANT POUR LA SANTE

Notre modèle de développement économique, et l'étoffe-même de nos vies au sein de celui-ci, sont profondément déterminés et affectés par les flux financiers et leur volatilité. Cette réalité, communément décrite comme la financiarisation, se réfère au "rôle croissant des motifs financiers, des marchés financiers, des acteurs financiers et des institutions financières dans les opérations des économies nationales et internationales", selon la définition la plus citée⁷. Par le biais de la privatisation, de la déréglementation et des flux de crédit, la financiarisation a supervisé une conversion à grande échelle de la

6 Banco, E., Furlong, A., Pfahler, L., (2022). How Bill Gates and partners used their clout to control the global Covid response – with little oversight. In *Politico and Welt*, 14th September 2022, <https://www.politico.com/news/2022/09/14/global-covid-pandemic-response-bill-gates-partners-00053969>

7 Epstein, G.A., (2006). "Introduction: Financialization and the World Economy", in Epstein, G.A, ed., *Financialization and the World Economy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd., 2006, pp. 3-16. <https://peri.umass.edu/fileadmin/pdf/programs/globalization/financialization/chapter1.pdf>

richesse publique en capitaux privés. Cette voie a permis aux acteurs financiers tels que les gestionnaires d'actifs, les banques commerciales et les compagnies d'assurance d'exercer une plus grande influence sur la gouvernance économique mondiale, notamment par le biais d'un éventail d'envahissantes stratégies hautement influentes au sein du système multilatéral, ce qui a eu des répercussions importantes sur l'agenda du développement.

Une transformation aussi radicale a profondément remodelé les économies et les sociétés, siphonnant la richesse de l' "économie réelle " ⁸, augmentant les pressions sur les ménages endettés, accentuant les inégalités entre les personnes économiquement privilégiées et le monde de précarité, sans cesse en expansion, dans lequel les gens vivent aujourd'hui. En ce qui concerne les soins de santé, ce scénario a ouvert la voie à l'âge d'or d'un solide complexe médico-industriel animé par ce que l'on pourrait définir comme l'approche de *la solution miracle*, à savoir la mise à disposition de technologies de la santé (nouveaux médicaments ou dispositifs) qui ciblent une maladie spécifique, sans la moindre considération pour les déterminants sociaux, économiques ou politiques qui l'induisent et en influencent les conséquences. Le paradigme biomédical est devenu la norme en matière d'interventions sanitaires mondiales, de plus en plus associé à un secteur de l'assurance médicale florissant qui a affirmé sa domination en tant que forme la plus sophistiquée de formation de capital à partir d'actifs auparavant non marchandisés⁹.

L'évènement déterminant de la crise financière de 2008 a révélé ces tendances au grand jour, lorsque les grandes banques ont été renflouées par l'argent des contribuables pour couvrir les risques pris par les financiers privés, tandis que les États perdaient complètement de vue leurs obligations constitutionnelles et avaient recours à des mesures d'austérité sauvages¹⁰. Les politiques de l'UE ont par exemple entraîné une détérioration extrême de l'état de santé général de la population grecque au cours des années d'accords de prêts et de coupes d'austérité qui ont suivi le choc financier de 2008, comme l'a impeccablement documenté la Banque nationale de Grèce en 2016¹¹. En fait, l'impact de la crise a affecté la vie des gens avec son héritage inquiétant dans les années qui ont suivi, bien au-delà des frontières grecques¹². Les politiques économiques et sociales qui se sont excessivement concentrées sur la discipline budgétaire, malgré l'augmentation des besoins de soins, sont à l'origine de nombreuses années de faiblesse des systèmes de santé, une situation à l'origine de défis majeurs lorsque la

8 <https://unctad.org/tdr2022>

9 Hunter, B.M., Murray S.F., (2019). Deconstructing the Financialization of Healthcare. In *Development and Change*, Volume 50, issue 5, pp. 1263-1287, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dech.12517>

10 Ortiz, I., Cummins, M., (2013). "The age of austerity: a review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries", Working Paper, Initiative for Policy Dialogue and South Centre, 24th March 2013, New York, and Geneva. https://policydialogue.org/files/publications/Age_of_Austerity_Ortiz_and_Cummins.pdf

11 <https://greekreporter.com/2016/06/17/bank-of-greece-report-concludes-greeks-health-deteriorating-life-expectancy-shrinks>

12 Ortiz, I., Cummins, M. (2019). "The Insanity of Austerity". In *Project Syndicate*, 11th October 2019, <https://www.project-syndicate.org/onpoint/the-insanity-of-austerity-by-isabel-ortiz-and-matthew-cummins-2019-10>

COVID-19 a frappé comme un tsunami les pays européens¹³. L'épidémie de COVID-19 a mis en évidence de manière flagrante les répercussions des coupes budgétaires sur les dépenses publiques, coupes qui ont vidé de leur substance et privatisé les services publics de santé, étouffé la protection sociale¹⁴ et entraîné l'échec de la réponse à la pandémie, et pas seulement en Europe¹⁵.

Les stratégies de laisser-faire n'ont manifestement pas fonctionné à l'époque, mais elles n'ont pas été abandonnées. Des milliards de dollars ont été consacrés à la réparation du système financier, mais pratiquement sans réforme sérieuse, ce qui a paradoxalement permis à de nombreuses pratiques à l'origine de la crise de s'installer à nouveau. Après la tempête de 2008, de nouveaux cycles d'instabilité financière ont vu le jour. La notion conventionnelle selon laquelle l'augmentation de la quantité d'argent par le biais de stratégies d'assouplissement quantitatif (Quantitative Easing, QE) stimulerait la richesse qui se diffuserait dans l'économie réelle s'est avérée surestimée - c'est le moins que l'on puisse dire - conduisant à une nouvelle augmentation de la thésaurisation des liquidités, l'argent alimentant simplement les spéculations sur les actifs dans le système financier, au lieu d'être utilisé pour la production¹⁶. Après 2008, cependant, le fait de placer les investissements du secteur privé au centre des politiques de développement a connu une nouvelle impulsion, offrant aux pays riches une excuse intelligente pour diminuer leur financement de l'aide publique au développement (APD) et, plus important encore, une chance d'internationaliser leur soutien à leurs propres entreprises et investisseurs nationaux¹⁷. Le paradoxe n'est en fait qu'apparent. C'est au contraire le prix à payer pour maintenir la relation de rivalité entre les personnes, les marchés et les institutions, au sein d'un ordre mondial du capital qui prospère dans et à travers les crises¹⁸.

3. 30 ANS DE FINANCIARISATION DE LA SANTE

L'impulsion donnée au capital financier privé dans le secteur des soins de santé remonte au rapport historique de 1993 de la Banque Mondiale intitulé "Investir dans la santé" et à son analyse de l'interaction entre la santé humaine, les politiques de santé et le développement économique¹⁹. La principale question abordée était de savoir ce

13 <https://www.etuc.org/en/document/covid19-impact-health-care-cuts>

14 <https://g2h2.org/wp-content/uploads/2022/11/G2H2-Report-2022.pdf>, pp. 13-24.

15 <https://theindependentpanel.org>

16 Skidelsky, R., (2021). Where Has All the Money Gone? In *Project Syndicate*, 15th September 2021, <https://www.project-syndicate.org/commentary/quantitative-easing-has-fueled-financial-instability-by-robert-skidelsky-2021-09>.

17 <https://www.eurodad.org/a-dangerous-blend>

18 Klein, N., (2008). *The Shock Doctrine. The Rise of Disaster Capitalism*. Penguin Books, 2008.

19 <https://documents.banquemonddiale.org/fr/publication/documents-reports/>

que le secteur public devait faire dans le domaine de la santé. Le rapport a introduit de nouveaux critères pour la détermination des priorités en matière de dépenses de santé publique à travers le prisme des interventions "rentables" et la définition d'un "paquet essentiel de soins" variant en fonction de la charge de morbidité des pays et de leur volonté/possibilité d'investir dans la santé, avec un ensemble minimum de services à fournir pour 12 à 22 dollars US par personne et par an. Les ressources publiques ainsi utilisées permettraient d'optimiser le rapport qualité-prix et de concentrer les bénéfices sur les pauvres.

Le rapport a eu un impact considérable sur les politiques de santé, en introduisant une série de réformes qui ont pesé d'une importance toujours croissante sur la création de marchés et de revenus monétaires par le biais de la marchandisation des soins de santé. Les gouvernements devaient promouvoir une offre compétitive et une utilisation efficiente des ressources publiques autant que privées²⁰. La mise en œuvre de la réforme était conçue par le biais de moratoires généralisés sur l'expansion de l'offre de soins de santé dans les pays, la sous-traitance des services auxiliaires dans les hôpitaux et l'introduction de systèmes très controversés de paiement par les usagers pour les services de santé²¹ comme moyen efficace de générer des revenus et de permettre l'amélioration de la qualité des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Lorsque le rapport a été publié, le modèle de prestation de soins de santé formels à but lucratif était essentiellement limité aux pays à revenu élevé. Il a fallu moins d'une décennie pour que les capitaux privés inondent la gouvernance mondiale de la santé, le financement et la fourniture de soins de santé.

La transition s'est faite en grande partie par le démantèlement progressif des systèmes de protection sociale (lorsqu'ils existaient), par la délégation au secteur bénévole et à but non lucratif de la fourniture de services aux personnes dépourvues de pouvoir d'achat, et par la mixité des secteurs public et privé dans le domaine des soins de santé. Au cours des trois dernières décennies, les partenariats public-privé (PPP) ont été présentés comme une méthode à fort potentiel parmi les instruments de financement mixte pour remédier aux inefficacités en matière de dépenses de santé publique. Bien que les PPP aient été plus couramment mis en œuvre dans les pays de l'OCDE - les pays à faible revenu étant perçus comme moins attrayants pour les grands investisseurs privés - l'adoption de partenariats avec le secteur des affaires par le système des Nations unies a largement contribué à encourager les initiatives de PPP dans les pays du Sud. Le programme des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) a servi de terrain d'essai pour les intérêts et les pratiques du secteur privé, qui a commencé à jouer un rôle plus important dans la santé publique mondiale (OMD 8). De nouvelles formes de coopération et d'intervention ont été imposées, tandis que les

documentdetail/468831468340807129/world-development-report-1993-investing-in-health

20 Mackintosh, M., and Koivusalo, M., edited by (2005). *Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Response*. Basingstoke, Palgrave Mcmillan, 2005, <https://digitallibrary.un.org/record/573055?ln=en>.

21 <https://www.msf.org/8-ways-user-fees-health-are-harmful-people>

programmes humanitaires et les projets de systèmes de santé faisaient cause commune avec le savoir-faire technique et financier du secteur privé.

Ce mélange complexe de partenariats s'est étendu pour englober tout l'agenda du développement de la santé, dans une sorte de *projectification* des soins²². Le modèle, désormais inscrit dans la conception et la mise en œuvre du programme des objectifs de développement durable (ODD), a universalisé les PPP comme le paradigme du développement international²³ et de la santé mondiale (ODD 17). En deux décennies, le fétichisme des PPP a institutionnalisé l'omniprésence du secteur privé dans la prise de décision en matière de santé mondiale²⁴. Ce changement s'est produit virtuellement sans contrôle public et sans tenir compte des retombées risquées de cette stratégie en termes de compatibilité avec les mandats de l'ONU²⁵.

4. LES PARTENARIATS PUBLICS-PRIVES NE SONT PAS BONS POUR LA SANTE

Depuis le nouveau millénaire, une volonté politique intense a été dirigée vers des partenariats publics et privés (PPP) opérationnels, considérés comme une réponse logique aux changements structurels des relations État-marché provoqués par la mondialisation, avec le recul des responsabilités de l'État et la croissance massive du pouvoir des grandes entreprises. La foi nouvelle dans les systèmes de droit privé s'est répandue pour devenir un phénomène mondial. Les pays en développement n'ont pas tardé à sauter dans le train de la privatisation, parfois par idéologie politique et économique, parfois simplement pour augmenter leurs recettes.

Les PPP constituent une évolution remarquable de la gouvernance, passant d'un cadre institutionnel fondé sur des structures formelles et des lignes de responsabilités traçables à des initiatives de pure opérationnalisation ou à des contrats fondés sur des approches volontaires. Ils sont mis en avant comme un moyen de mobiliser des fonds

22 Meinert, L., Reynolds Whyte, S., (2014). Epidemic Projectification: AIDS Responses in Uganda as Event and Process. In *Cambridge Anthropology*, 32(1), Spring 2014:77-94, doi:10.3167/ca.2014.320107. Also, in this regard, Meinert, L., (2013). Therapeutic clientship: belonging in Uganda projectified landscape of AIDS care. When people come first. In Researchgate, January 2013, https://www.researchgate.net/publication/320101325_Therapeutic_clientship_belonging_in_Uganda's_Projectified_Landscape_of_AIDS_CareWhen_People_Come_First/link/59ce16abaca272b0ec1a4905/download

23 <https://blogs.worldbank.org/ppps/short-history-ppps-development-good-bad-and-hopeful>

24 Richter, J., (2004). Public-Private Partnerships for Health: A Trend with no Alternatives?. In *Development*, 47(2): 43-48, <https://link.springer.com/article/10.1057/palgrave.development.1100043>

25 Adams, B., (2016). United Nations and Business Community: Out-Sourcing or Crowding in?. In **Financing for Development**, *Development* 59:21-28, <https://link.springer.com/article/10.1057/s41301-017-0070-4>

privés et sont encadrés d'affirmations selon lesquelles le secteur privé est plus efficace et plus rentable pour dispenser des services publics. La communauté internationale du développement s'est engagée dans une myriade d'initiatives pour alimenter les réformes des cadres réglementaires nationaux et ce faisant ouvrir la voie à la faisabilité des PPP, notamment en prodiguant des conseils et un financement pour des projets de PPP. Si la multiplication soudaine de ces initiatives est liée à la réforme des Nations unies et à la mise en œuvre du Pacte mondial des Nations unies²⁶, elle est également fortement liée aux efforts déployés par la Banque mondiale et les banques multilatérales de développement pour faire progresser ce modèle et donner la priorité au secteur privé par rapport au financement public ou concessionnel, tout en s'efforçant de réduire les risques financiers encourus par les investisseurs²⁷. En d'autres termes, les PPP sont aisément devenus la solution miracle du nouveau "consensus de Wall Street"²⁸.

Les PPP varient considérablement en termes de genèse, de structure et d'objectifs, et sont encouragés comme le raccourci le plus efficace pour combler le manque de financement nécessaire à la mise en œuvre des ODD. Au-delà du récit, qui n'est toujours pas étayé par des preuves institutionnelles solides, les projets de PPP ont été largement mis à disposition dans le but ultime de contourner les contraintes budgétaires et de reporter l'enregistrement des coûts fiscaux. Les pratiques comptables permettent aux gouvernements de maintenir les coûts des initiatives de PPP et leurs passifs éventuels "hors bilan", sans tenir compte du fait qu'une telle procédure expose les finances publiques à des risques fiscaux. Dans le même temps, l'insistance permanente sur les mesures d'austérité et sur les recettes politiques strictes qui imposent un faible déficit budgétaire²⁹ contribue à créer une incitation mal orientée en faveur des PPP.

Il est difficile de sous-estimer les risques de gouvernance liés à l'hybridation institutionnelle³⁰ qui caractérise la plupart des PPP, en particulier lorsque des approches fondées sur le marché et le droit privé sont censées dispenser des biens publics, au mépris des normes de légitimité fixées par le droit public. Dans le domaine de la santé, les données incontestables recueillies par les chercheurs révèlent une réalité qui remet en question les dogmes de ce modèle entravé et son biais optimiste. Le débat politique dans ce domaine est particulièrement redevable de l'activité menée par les entités de la société civile et les communautés locales, qui ont joué un rôle clé dans l'évaluation et l'analyse de la fausse représentation et des promesses non tenues des PPP. L'histoire de l'hôpital Queen Mamohato Memorial Hospital (QMMH) construit au Lesotho, le premier

26 <https://unglobalcompact.org>

27 <https://www.eurodad.org/historyrepeated2>

28 Gabor, D., (2021). The Wall Street Consensus. In *Development and Change*, 26th March 2021, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dech.12645>

29 <https://www.oxfam.org/en/press-releases/every-1-imf-encouraged-set-poor-countries-spend-public-goods-it-has-told-them-cut>

30 Utting, P. and Zammit, A., (2006). Beyond Pragmatism: Appraising UN-Business Partnerships. UNRISD, Markets, Business and Regulation Programme Paper No. 1, October 2006, <https://www.yumpu.com/en/document/read/27643472/beyond-pragmatism-appraising-un-business-partnerships/23>

PPP pour un hôpital en Afrique et un fleuron vendu pour être reproduit sur le continent³¹, a été un exemple pionnier de la manière dont les PPP pouvaient entraîner le détournement des rares ressources au détriment des services de soins de santé primaires dans les zones rurales des pays à faible revenu, où les besoins sont les plus urgents³². L'enquête d'Oxfam a suscité un vif débat ces dernières années sur le QMMH - un bâtiment unique en son genre dans ce pays appauvri³³. Ces préoccupations préliminaires concernant le coût des services hospitaliers et leur impact sur les prestations de santé sont confirmées par une étude longitudinale récente du PPP au Lesotho, où le taux d'occupation et la demande de soins ambulatoires, élevés, ont depuis le début tendu les relations entre le gouvernement et le partenaire privé, qui a surpayé les services fournis au-delà des plafonds contractuels³⁴.

Passons au Kenya. L'examen minutieux, par l'Institut des affaires économiques (IEA) du Kenya, du projet de location d'équipements médicaux sur sept ans - Managed Equipment Services (MES) - a révélé des variations de coûts flagrantes dans sa mise en œuvre avec les six entreprises privées différentes engagées. Du montant initialement convenu de 38 milliards de shillings kenyans, les coûts du projet sont passés à 63 milliards de shillings kenyans quatre ans plus tard. En outre, "en raison de problèmes de transparence, notamment l'accès à des documents importants tels que le contrat de projet, il n'était pas clair si le coût du projet incluait les obligations des fournisseurs, au-delà de la fourniture et de l'installation des équipements, y compris la formation, les réparations et le remplacement, ainsi que les coûts d'assurance"³⁵. En février 2023, la déclaration de politique budgétaire du Trésor national indiquait que 5,9 milliards de shillings kenyans avaient été alloués au MES. En avril 2023, l'IEA et d'autres groupes de la société civile se sont à nouveau opposés publiquement à l'intention du gouvernement kenyan d'étendre le MES, arguant que le plan impliquerait de retomber dans le gouffre où des milliards de l'argent des contribuables ont été perdus, alors que les lacunes opérationnelles révélées par le MES et les violations juridiques potentielles n'ont pas été traitées³⁶.

Bien qu'il ait été confirmé que l'organisation des services par le secteur privé est instable et mal adaptée à la continuité des services³⁷, les appels à l'accroissement du

31 <https://www.worldbank.org/en/country/lesotho/brief/lesotho-health-network-ppp>

32 <https://policy-practice.oxfam.org/resources/a-dangerous-diversion-will-the-ifcs-flagship-health-ppp-bankrupt-lesothos-minis-315183/>

33 Webster, P.C., (2015). Lesotho's controversial public-partnership project. In *The Lancet*, 14th November 2015, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00959-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00959-9/fulltext)

34 Scott, N.A., Kaiser, J.L, Jack, B.W, et al., (2022). Observational study of the clinical performance of a public-private partnership national referral hospital network in Lesotho: Do improvements last overtime? in *Plos One*, 28th September 2022, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0272568>

35 <https://ieakenya.or.ke/download/eight-facts-on-the-medical-equipment-leasing-project-in-kenya/>

36 <https://www.pd.co.ke/news/civil-groups-want-state-to-act-on-gaps-in-mes-project-177860>

37 Williams, D.O., Yung, K.C., et al., (2021). The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low- and middle-income country (LMIC) health systems. In *Global Public Health*, 2021 Aug-Sep;16(8-9):1320-1333, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33471633>

rôle du secteur privé dans le financement des infrastructures de santé et des services publics, et à l'utilisation des PPP comme modèle opérationnel, restent une priorité. La production littéraire sur les initiatives de PPP dans le domaine de la santé disséminées dans le monde a contribué à révéler les questions hautement controversées qui se posent également dans les pays industrialisés. Comme le montrent les analyses d'Eurodad, en 2010, les autorités suédoises ont attribué à un seul soumissionnaire, Swedish Hospital Partners (SHP), un contrat de PPP pour la construction et l'exploitation de l'hôpital Nya Karolinska Solna (NKS). Sur la base d'évaluations commandées par la Commission européenne (CE), la décision d'opter pour un PPP a été guidée par la conviction que ce modèle de passation de marchés apporterait "trois avantages potentiels" : "la certitude des coûts, la certitude des résultats et une meilleure valeur". Cette décision faisait suite à des indications spécifiques des cabinets de conseil PwC (2007) et Ernest & Young (2008)³⁸. Le NKS, qui devait être "l'un des hôpitaux les plus avancés du monde", est aujourd'hui considéré comme "l'hôpital le plus cher du monde"³⁹. Alors que le coût initial de la construction était de l'ordre de 14,5 milliards de couronnes (Kr) (1,4 milliard d'euros) et le coût total du cycle de vie d'environ 52,5 milliards de Kr (5 milliards d'euros), les enquêtes des médias ont révélé que la facture réelle de l'hôpital dépasserait 25 milliards de Kr (2,4 milliards d'euros), avec un coût total prévu de 61,4 milliards de Kr (5,89 milliards d'euros) jusqu'en 2040⁴⁰. Cette augmentation s'explique par le fait que les coûts de construction n'incluaient pas toutes les dépenses externalisées, ni les taux d'intérêt, les coûts d'entretien des biens immobiliers, ni les bénéfices escomptés par l'acteur privé⁴¹. Le scandale est allé au-delà des implications en termes de coûts, incluant en outre des retards dans la mise en œuvre du programme, des niches fiscales cachées établies au Luxembourg par l'intermédiaire des sociétés de conseil, et de graves répercussions politiques dans le pays. Ce n'était pas une bonne affaire, après tout !

Des dynamiques similaires ont été observées de manière inquiétante au plus fort de la pandémie en Écosse et en Espagne⁴². L'Italie, premier épice de la pandémie en Europe, est pour sa part apparue comme un exemple spectaculaire des externalités négatives associées aux accords public-privé dans le secteur de la santé, un mode de privatocratie⁴³ utilisé au détriment de la prestation de services publics⁴⁴. Il est tragique

38 Romero, M.J., (2018). History RePPPeated: How public-private partnerships are failing. Eurodad Report, October 2018, pp. 17-19, https://assets.nationbuilder.com/eurodad/pages/508/attachments/original/1590679608/How_Public_Private_Partnerships_are_failing.pdf?1590679608.

39 *Ibidem*

40 *Ibidem*

41 *Ibidem*

42 Blavot, O., (2022). History RePPPeated II: Why public-private partnerships are not the solution. Eurodad Report, December 2022, pp. 19-24, https://assets.nationbuilder.com/eurodad/pages/3071/attachments/original/1671445992/01_history-rePPPeated-2022-EN_19dec.pdf?1671445992

43 https://docs.marionegri.it/website/Convegno_Privatocrazia_save%20the%20date.pdf

44 Toth, F., (2023). The Public/ Private Sector Mix in the Italian Healthcare System. In *The Public/ Private Sector Mix in Healthcare Delivery*. Edited by Howard Palley, A., Oxford University Press. © Oxford University Press 2023. DOI: 10.1093/oso/

que les soins de santé hautement privatisés de la Lombardie, l'une des régions les plus riches d'Europe et l'un des points chauds de mortalité COVID-19 les plus élevés au monde, aient été présentés comme une pratique de référence de l'engagement du secteur privé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aussi tardivement qu'en décembre 2020⁴⁵.

Les conclusions récentes du tout premier rapport de l'OMS sur les partenariats public-privé pour les infrastructures et les services de santé⁴⁶, qui examine les données incontestables relatives aux PPP dans les pays à revenu intermédiaire de la région européenne, semblent donner une image plus problématique de la réalité. L'analyse empirique de l'OMS, tout en continuant à soutenir les PPP en tant que mode de mobilisation de capacités additionnelles présentant des avantages occasionnels, confirme largement les perplexités soulevées par les études de la société civile en termes d'efficacité d'attribution, d'implications financières et de transaction, ainsi que de gouvernance fiscale, en reconnaissant que "les obligations créées par les PPP pour le secteur public et d'autres parties prenantes du système de santé s'apparentent à une dette, en ce sens qu'elles ne peuvent légalement être évitées ou ajustées et qu'elles peuvent compromettre la viabilité financière des systèmes de santé". La possibilité de reporter et de lisser les coûts dans le cadre des PPP peut créer des incitations budgétaires dans le secteur public, mais la nature à long terme des PPP devient une part importante du transfert de risque sur le secteur public, dans une complexité qui s'accumule de manière imprévisible tandis que les investisseurs de capitaux privés récoltent les profits financiers et le pouvoir qui découle de la privatisation de la gouvernance.

Le diagnostic de l'OMS est bienvenu, sauf que les prescriptions contenues dans le rapport pour résoudre les principales externalités identifiées dans les divers PPP en Europe confirment le recul idéologique et politique de l'agence par rapport à la notion de soins de santé publics. L'OMS insiste sur le fait que les autorités gouvernementales doivent se doter de solides capacités permettant d'entreprendre ces initiatives et de les gérer correctement. Selon l'OMS, les gouvernements doivent investir sciemment dans des ressources humaines spécialisées et dans les compétences administratives nécessaires pour adapter les contrats, maintenir la capacité de négociation avec le secteur privé et remplir les tâches publiques⁴⁷, entre autres choses. Mais est-ce vraiment la voie à suivre ? Les recommandations de l'OMS ne tiennent pas compte du fait que les gouvernements sont vidés de leur substance lorsqu'ils s'attaquent à leurs multiples dépendances vis-à-vis des institutions financières qui imposent littéralement les PPP. Le rapport ignore délibérément le pouvoir unique qu'exercent les grandes sociétés de conseil grâce à leurs contrats étendus et à leurs réseaux de conseillers, de légitimateurs

45 Organisation mondiale de la Santé (2020). Mobiliser le secteur privé de la prestation de services de santé grâce à la gouvernance des systèmes de santé mixtes, stratégie du Groupe consultatif de l'OMS sur la gouvernance du secteur privé pour la couverture sanitaire universelle. OMS, Genève, 7 décembre 2020, <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240018327>

46 <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058605>

47 *Ibidem*, pp. 45-47

et de sous-traitants, et la manière dont elles peuvent infantiliser les gouvernements en leur donnant l'illusion qu'elles sont des sources objectives d'expertise et de capacité⁴⁸. Les PPP, à quelques exceptions près, sont conçus pour affaiblir la légitimité de l'État, du fait que les services publics perdent leur visibilité et l'État perd sa proximité avec les citoyens. La distance matérielle alimente la méfiance à l'égard des institutions et un périlleux vide démocratique⁴⁹.

5 - COVID-19 : LA POUSSÉE POUR DES SOINS DE SANTÉ EN TANT QUE MARCHÉ POUR LES INVESTISSEURS PRIVÉS

En 2015, les institutions financières internationales et le G20 ont annoncé une nouvelle vision du développement international jugée nécessaire pour atteindre les ODD mandatés par les Nations unies et axée sur le financement privé. De l'agenda «From the Billions to Trillions»⁵⁰ (2015) (N.d.T. : des milliards aux dizaines de milliards) à l'initiative de la Banque mondiale «Maximizing Finance for Development» (2017)⁵¹ (N.d.T. : optimiser le financement du développement), en passant par l'agenda du G20 «Infrastructure as an Asset Class»⁵² (N.d.T. : l'infrastructure en tant que classe d'actifs), l'aspiration à transformer le financement du développement en une activité rentable est incontestée. La Banque mondiale est catégorique sur le fait que, dans la nouvelle trajectoire, les pays devraient viser les milliards détenus par les investisseurs institutionnels et les gestionnaires d'actifs :

Que faut-il pour cela ? Essentiellement des connaissances, un financement et un partenariat. Les premières existent en abondance. Même si les percées technologiques et conceptuelles actuelles seront sans aucun doute utiles, nous avons déjà suffisamment d'expérience, de savoir-faire et d'expertise technique pour remédier aux plus gros problèmes qui affligent les pauvres, les mal desservis et les personnes vulnérables dans le monde. Le problème est de trouver comment financer ces solutions et comment se réunir en partenariat pour les mettre en œuvre rapidement et efficacement au moment et à l'endroit où elles sont nécessaires⁵³.

48 Mazzucato, M., (2023). *The Big Con: How the Consulting Industry Weakens our Businesses, Infantilizes our Governments and Warps our Economies*, Penguin Ltd., London, April 2023.

49 Cordelli, C. (2020). *The Privatized State*. Princeton University Press, November 2020.

50 <https://pubdocs.worldbank.org/en/622841485963735448/DC2015-0002-E-FinancingforDevelopment.pdf>

51 [https://www.worldbank.org/en/region/eca/brief/programs#:~:text=Maximizing%20Finance%20for%20Development%20\(MFD\)%20is%20the%20World%20Bank%20Group's,support%20developing%20countries'%20sustainable%20growth](https://www.worldbank.org/en/region/eca/brief/programs#:~:text=Maximizing%20Finance%20for%20Development%20(MFD)%20is%20the%20World%20Bank%20Group's,support%20developing%20countries'%20sustainable%20growth)

52 https://www.oecd.org/g20/roadmap_to_infrastructure_as_an_asset_class_argentina_presidency_1_0.pdf

53 <https://blogs.worldbank.org/voices/billions-to-trillions-financing-the-global-goals>

En dehors de la culture de "maître de l'univers" reflétée dans la citation, qui n'est pas le sujet de ce travail, nous ne pouvons éviter de considérer qu'aller puiser dans les milliards des investisseurs institutionnels mondiaux implique, en particulier pour les pays à faible revenu et endettés, une reconfiguration de leurs politiques et systèmes financiers. Cette refonte est nécessaire pour s'adapter, aux conditions de ces investisseurs, à un financement basé sur le marché en créant une réserve de projets rentables, et ce principalement en éliminant les risques d'investissement. L'élimination des risques est au cœur de ce que l'on appelle le financement mixte, "l'utilisation stratégique du financement du développement pour la mobilisation d'investissements privés supplémentaires en faveur du développement durable"⁵⁴. Par le biais de ce mécanisme, des fonds publics concessionnels sont combinés à des financements privés non concessionnels et à de l'expertise pour financer désormais des parties considérables de l'Agenda 2030⁵⁵. L'amalgame - il convient de le souligner - prévoit l'utilisation des finances publiques pour garantir des formes de compensation aux investisseurs privés au cas où leur investissement ne se déroulerait pas bien. En d'autres termes, l'argent des contribuables est utilisé pour convaincre les investisseurs que leurs opérations financières garantiront les rendements escomptés. L'abaissement de la barre de risque fait baisser les taux d'intérêt, et les prêts à faible taux permettent aux prestataires d'étendre plus facilement leurs services.

La pandémie de Covid-19 a renforcé la demande envers le secteur public pour qu'il promeuve les activités commerciales afin de "moderniser" et numériser les services de santé, tout en comblant les déficits de financement. L'idée sous-jacente à cette demande est également de susciter une nouvelle réflexion et un nouvel engagement sur la production nationale de services de santé essentiels. La Société financière internationale (SFI), la branche de la Banque mondiale dédiée au secteur privé⁵⁶, a été à l'avant-garde de la facilitation de la financiarisation des secteurs de la santé, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu. Elle a lancé une plateforme d'approvisionnement médical de 4 milliards de dollars américains⁵⁷ et la «Real Sector Crisis Response Facility»⁵⁸ (N.d.T. : facilité de réponse aux crises du secteur réel), mécanisme grâce auquel elle a augmenté ses investissements dans les systèmes de santé nationaux⁵⁹. Dans le cadre de ce dernier instrument, des prêts de refinancement et de stabilité ont été dirigés avec libéralité vers des prestataires du secteur privé et vers d'autres entreprises et banques du secteur privé au sens large, transformant les systèmes de santé en des domaines rentables pour les

54 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/blended-finance-principles>

55 <https://www.eurodad.org/blended-finance-briefing>

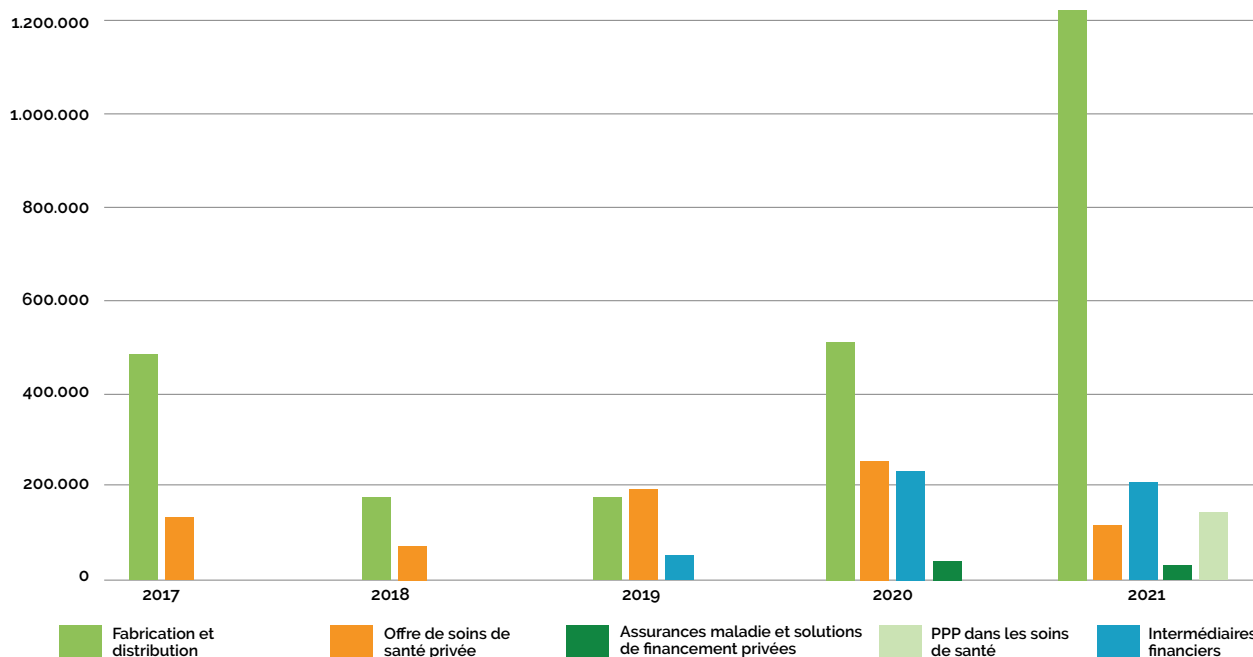
56 La Société Financière Internationale (SFI), membre du Groupe de la Banque mondiale, est la plus importante institution mondiale d'aide au développement dédiée exclusivement au secteur privé dans les pays émergents. En favorisant la croissance, elle stimule le développement économique, crée des emplois et améliore les conditions de vie. <https://www.ifc.org/fr/about>

57 <https://reliefweb.int/report/world/ifc-helps-businesses-poorest-countries-fight-pandemic-4-billion-covid-19-financing>

58 <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/166621584551201643/pdf/Report-to-the-Board-of-Directors-on-a-Proposed-Investment-in-IFC-Fast-Track-Covid-19-Facility-World-Region.pdf>

59 <https://sites.google.com/view/ifchealthprojectstracker>

capitaux mondiaux pendant la pandémie et contribuant largement à la déréglementation du secteur pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) fixé par les objectifs du Millénaire pour le développement⁶⁰. Après 2020, le financement de la santé est passé de 1,6 % des dépenses globales de la SFI en 2019 à 5,5 % en 2021⁶¹.



(diagramme de Wemos)

Selon les analyses de la Data Bridge Market Research en 2022, le marché des solutions de financement des soins de santé devrait augmenter à un taux de croissance annuel composé (CARG) de 8,40% au cours de la période de prévision de 2022-2029 et devrait probablement atteindre 194,96 milliards de dollars US d'ici 2029⁶². Les solutions de financement des soins de santé, selon la définition du groupe de recherche, sont "un ensemble de solutions de capital financier qui permettent aux parties de mobiliser des liquidités pour répondre à une variété de demandes de soins de santé, y compris le financement de l'équipement médical, la modernisation des infrastructures, la couverture des traitements, et une variété d'autres choses". Selon ses propres termes, le groupe apporte des éclairages interprétatifs clés entre les lignes de la rhétorique des cercles multilatéraux sur le développement durable:

60 Hunter, B.M., Murray S.F., (2019). Deconstructing the Financialization of Healthcare. In *Development and Change*, Volume 50, issue 5, pp. 1263-1287, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dech.12517>

61 <https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2022/04/Improving-healthcare-but-for-whom.pdf>

62 <https://www.databridgemarketresearch.com/reports/global-healthcare-finance-solutions-market>

La demande croissante d'améliorations et de modifications constantes dans les différents processus de soins de santé dans le but d'améliorer les performances des différents établissements de soins de santé sera un facteur majeur d'accélération du taux de croissance du marché des solutions de financement des soins de santé. L'adoption croissante d'équipements et de technologies de pointe augmentera la demande de solutions de financement des soins de santé et stimulera encore le taux de croissance du marché. Un autre facteur important de l'expansion du marché est la présence d'initiatives gouvernementales favorables au développement de l'infrastructure des soins de santé. En outre, l'augmentation des dépenses de santé et l'adoption croissante du numérique dans le secteur de la santé sont les principaux moteurs de la croissance du marché. L'urbanisation rapide, l'évolution des modes de vie et l'augmentation du niveau des revenus disponibles dans les pays développés et en développement influenceront le taux de croissance du marché des solutions de financement des soins de santé. L'augmentation du nombre de personnes âgées, la hausse de la prévalence des maladies chroniques et l'augmentation de la demande de diagnostics précoces feront prospérer le taux de croissance du marché des solutions de financement des soins de santé⁶³.

Après la pandémie, une communauté rampante pilotée par la Banque mondiale, comprenant de nouvelles alliances d'acteurs publics et non étatiques – des gouvernements nationaux, la Fondation Bill et Melinda Gates, des sociétés d'investissement privées, la SFI – s'est faite la championne de l'escorte de nouveaux capitaux vers les marchés frontières, où ils sont libres d'effectuer l'activité banale consistant à convertir les arènes d'obligations de droit public en pâturages faciles pour les flux financiers. Les investisseurs privés et les préoccupations en matière de soins de santé sont des compagnons naturels, telle est l'hypothèse trompeuse.

La notion de résultat gagnant-gagnant entre la santé et les rendements financiers inscrite dans les accords de financement mixte crée une confusion considérable en termes de gouvernance et de défaillances opérationnelles. La financiarisation attire de nouvelles personnes et de nouveaux lieux dans l'arène financière, reconfigurant les rôles et les relations de manière souvent inégale⁶⁴. Les investisseurs privés sont manifestement enclins à choisir des secteurs de soins de santé moins risqués et plus rémunérateurs, et leur offre de soins de santé est adaptée aux clients aisés en milieu urbain, où des installations de soins de santé ultramodernes coexistent avec des hôpitaux publics délabrés - un scénario que l'on n'observait auparavant que dans les pays à faible revenu, alors qu'il est récemment devenu visible tout autant dans les pays du Nord. L'évaluation par la société civile de la mise en œuvre de l'agenda néerlandais Aid & Trade dans le contexte des soins de santé en Afrique démontre que les préoccupations des investisseurs tendent à prédominer au détriment des priorités du secteur public. Une équipe de Wemos a examiné de près un projet de développement d'infrastructures

63 <https://www.databridgemarketresearch.com/reports/global-healthcare-finance-solutions-market>

64 Pike, A., and Pollard, J., (2010). Economic Geographies of Financialization. In *Economic Geography*, Volume 86, No.1, January 2010, pp. 29-52, Taylor & Francis, <https://www.jstor.org/stable/27806894>

multi-hospitalières mené par Royal Philips en Tanzanie⁶⁵, ainsi que les visées du secteur néerlandais des sciences de la vie et de la santé (LSH) qui cherche à étendre son marché au Kenya⁶⁶, soulevant des questions importantes - et toujours sans réponse - sur les intérêts réellement poursuivis par le gouvernement des Pays-Bas dans le cadre de ces opérations.

Plus récemment, Wemos et l'organisation féministe de développement panafricain Akina Mama Wa Afrika (AMwA) ont analysé de manière critique l'Africa Medical Equipment Facility (AMEF), un mécanisme qui aide les prestataires de soins de santé privés dans sept pays africains à acheter du matériel médical auprès de fabricants en supprimant les risques liés aux prêts accordés par les banques locales⁶⁷. L'AMEF est le premier investissement de la Banque mondiale de ce type, en parfaite cohérence avec les projections de Data Bridge. L'intention annoncée est de promouvoir un accès équitable, en particulier pour les populations vulnérables, associé aux soins de santé maternelle.

L'équipement médical est certainement une priorité de la BM, comme nous l'avons vu, et il est clairement nécessaire dans la plupart des pays africains. Toutefois, il convient de s'interroger sur la valeur de ces interventions fragmentaires pour les personnes et leur santé, dans des pays qui manquent souvent de personnel de santé, mais où les déterminants socio-économiques de la mauvaise santé abondent. Quelle forme d'appartenance au patient et à la santé se dessine-t-elle lorsque les nouvelles technologies médicales sont déployées dans le cadre d'interventions de santé mondiale?

La recherche montre que le mécanisme AMEF est "principalement intéressant pour les établissements privés haut de gamme, de taille moyenne ou grande, leur permettant d'accéder à davantage de financement pour l'achat d'équipements médicaux [...] et il est peu probable que les prêts profitent aux prestataires de soins de santé de petite taille ou bas de gamme"⁶⁸. Comment les donateurs, les investisseurs et les gouvernements peuvent-ils être tenus responsables de l'impact que de telles interventions auront inévitablement sur les systèmes de santé au fil du temps, en particulier en période d'instabilité financière et dans un contexte de graves inégalités en matière de santé ?

65 https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2019/11/Wemos_discussion-paper_Aid-for-Trade_Best-Public-Value-for-Public-Money_Oct-2019.pdf

66 Gabor, D., (2019). Securitization for Sustainability: Does it Help Achieve the Sustainable Development Goals?. *Heinrich Boell Stiftung*, October 2019, p. 2, https://us.boell.org/sites/default/files/gabor_finalized.pdf

67 AMEF est soutenu financièrement par Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents (GFF) et par la Société Financière Internationale (SFI), la branche secteur privé de la Banque mondiale. Le but de ce mécanisme est de renforcer la prestation de soins de santé, d'encourager l'innovation et d'augmenter l'investissement dans le secteur privé en démontrant sa bancabilité. Le Kenya et la Côte d'Ivoire sont les 2 pays dans lesquels AMEF est actuellement mis en oeuvre. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/SII/46659/amef-rsf-bbgci>

68 https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2022/12/Study-of-the-Africa-Medical-Equipment-Facility-in-Kenya_2022.pdf

6 – LE REDOUBLEMENT D’EFFORTS DANS LES POLITIQUES NÉOLIBÉRALES

Alors que la rhétorique du financement mixte visant à “ne laisser personne de côté” se heurte aux données empiriques de son utilisation dans la vie réelle, les enseignements clés de la COVID-19 restent systématiquement ignorés. Depuis son apparition, la pandémie a rapidement mis en évidence à l’échelle mondiale des cas multiples et catastrophiques de défaillance du marché dans les services de santé privés, avec de sérieuses implications pour la réponse à la pandémie⁶⁹. Au niveau multilatéral, cette défaillance s’est traduite par un échec de la gouvernance mondiale imputable à la voie suivie, l’insistance étant mise sur la poursuite de l’intégration du rôle du financement privé et des marchés dans les systèmes de santé en tant que principal moyen de stimuler la croissance économique dans le monde en développement⁷⁰.

La COVID-19 n’a pas entraîné de recul par rapport à la santé privée et au modèle de partenariat qui a défini l’engagement avec la santé privée et la promotion de celle-ci au cours des deux dernières décennies. Les politiques néolibérales restent trop profondément ancrées dans les institutions multilatérales de développement qui arbitrent la politique mondiale de la santé pour que ces dernières puissent même envisager de réorienter l’approche du *privé d’abord* vers des politiques financières plus équitables et plus durables. Au lieu de changer de cap, ces institutions semblent redoubler d’efforts envers les engagements néolibéraux⁷¹.

La Banque mondiale se prépare actuellement à des réformes importantes et longtemps attendues, comme le révèle une nouvelle «Evolution Roadmap» (N.d.T. :feuille de route sur l’évolution), publiée au début de l’année 2023⁷². Ce document décrit l’approche que le Groupe de la Banque mondiale (GBM) adoptera, tout en continuant à mettre l’accent sur la réduction de la pauvreté et sur la prospérité partagée, pour faire face à la “crise du développement” qui a entraîné une nouvelle pauvreté et une nouvelle détresse économique, le changement climatique, la montée de la fragilité et des conflits et, bien sûr, des risques de pandémie.

Ce rapport a été élaboré à la suite des pressions croissantes exercées par les actionnaires de la Banque mondiale à propos de la nécessité pour les banques

69 Williams, O.D., (2020). COVID-19 and Private Health: Market and Governance Failure. In *The World Needs Healthy Commons. Development*, Volume 63, number 2-4, December 2020, Society for International Development (SID), <https://link.springer.com/article/10.1057/s41301-020-00273-x>.

70 Mawdsley, E., (2018). Development Geography II: Financialization. In *Progress in Human Geography*, Vol. 42 (2), 264-274, 2018, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0309132516678747>

71 Sparke, M., Williams, O.D., et al., (2021). Neoliberal disease. COVID-19, co-pathogenesis and global health insecurities. In *Sage Journals*, Volume 54, Issue 1, October 2021, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0308518X211048905>

72 <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2023/01/13/world-bank-group-statement-on-evolution-roadmap>

multilatérales de développement d'accroître leur puissance de feu dans un contexte de détérioration de l'économie mondiale. La feuille de route du GBM ne comporte pas d'objectifs ni de calendrier précis pour s'attaquer aux défis mondiaux, mais ce qu'elle prévoit clairement, c'est une itération des stratégies existantes, avec un accent répété sur l'augmentation des prêts et la réduction des risques encourus par le financement privé pour les pays en développement : "Plutôt que de s'attaquer aux causes systémiques de ces obstacles et de renforcer la capacité des pays à générer des recettes nationales, le programme de réforme actuel ouvrira la porte à davantage de prêts, ce qui gonflera encore les niveaux d'endettement déjà extraordinairement élevés", comme l'a souligné Jean Saldanha, directeur d'Eurodad⁷³.

L'hypothèse tout à fait surréaliste selon laquelle les solutions et le financement du secteur privé sont fonctionnels pour la production de biens publics mondiaux tels que le changement climatique ou la préparation aux pandémies est omniprésente dans le rapport sur la feuille de route. Le GBM s'appuie sur ce récit pour annoncer l'exploration d'innovations financières supplémentaires, y compris de nouvelles obligations de durabilité, des plateformes de titrisation, et l'élargissement de la portée et du montant du financement mixte concessionnel - entre autres - pour mobiliser des capitaux privés et maximiser les ressources de développement. L'idée est de "réserver les rares financements publics aux domaines où l'engagement du secteur privé n'est pas optimal ou disponible"⁷⁴.

LA TITRISATION POUR LA SANTÉ ?

La titrisation est la transformation de flux de revenus futurs en un titre financier prêt à être vendu immédiatement et peut s'appliquer à tout ce qui a un revenu régulier ; (en pensant aux soins de santé) les services d'eau, la gestion durable des hôpitaux, les prêts gouvernementaux. Envisager la titrisation - vendre le financement du développement au marché, comme nous l'avons vu ces dernières années avec les obligations à impact social⁷⁵ et les obligations pandémiques⁷⁶ - comme un instrument central de réduction des risques pour réaliser les ambitions des ODD ouvre la voie à de nouvelles formes complexes de financiarisation dans le domaine de la santé. La titrisation implique que les acteurs financiers sont constamment à la recherche de nouvelles sources de revenus futurs à transformer, ce qui signifie qu'un programme d'ODD basé

73 https://www.eurodad.org/springs_reaction_2023

74 <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2023/01/13/world-bank-group-statement-on-evolution-roadmap>, 31, p. 10.

75 Hulse, E.S.G., Atun, R. et al., (2021). Use of social impact bonds in financing health systems response to non-communicable diseases: scoping review. In *BMJ Global Health*, 2021;6:e004127, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33674267>

76 Brim, B. and Wenham, C., (2019). Pandemic emergency financing: Struggling to deliver on its innovative promise. In *The British Medical Journal*, 367, October 2019, <https://doi.org/10.1136/bmj.l5719>

sur la titrisation présente de multiples risques en termes de perpétuation des inégalités sociales et de développement⁷⁷, avec des conséquences massives sur la santé.

L'économiste Daniela Gabor explique que le virage récemment annoncé dans la «feuille de route de l'évolution» non seulement réorienterait la mission du GBM des prêts concessionnels vers les prêts commerciaux, modifiant ainsi les termes de la relation entre les banques multilatérales de développement et le financement privé, mais qu'il encouragerait également la poursuite de la "privatisation (indirecte) des services publics, nécessaire à la fois pour générer et réduire les risques des flux de trésorerie qui peuvent être dirigés vers les propriétaires de titres" ⁷⁸. Les réformes de la feuille de route de l'évolution peuvent certainement faire mieux que cela.

7 - LA FINANCIARISATION DE LA SANTÉ PAR LE BIAIS DE PROGRAMMES D'OBLIGATIONS

Les obligations liées à la santé sont devenues un outil attrayant de financement innovant et un phénomène croissant, y compris pendant la crise du COVID, après que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ait défendu ses obligations liées aux vaccins par l'intermédiaire de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)⁷⁹. Depuis son lancement en 2006, l'IFFIm a joué un rôle de pionnier dans le développement d'obligations sociales et le financement de la santé mondiale, obtenant 7,9 milliards de dollars US de la part d'investisseurs et 8,9 milliards de dollars US d'engagements de donateurs (en juillet 2022) sur une période de 32 ans, avec un décaissement de plus de 3 milliards de dollars US pour GAVI à ce jour. Depuis sa création, ce système de financement innovant a été salué comme une réussite catalytique, qui a changé la donne pour la vaccination mondiale. Le modèle de l'IFFIm a servi d'inspiration pour d'autres domaines du développement (comme l'éducation) et est désormais considéré comme une stratégie clé pour mobiliser les dizaines de milliards jugés indispensables pour atteindre l'agenda des ODD. C'est une raison suffisante pour y jeter un coup d'œil sérieux et critique.

En pratique, l'IFFIm émet des obligations-vaccins sur les marchés des capitaux, soutenues par des engagements à long terme juridiquement contraignants de la part

⁷⁷ Gabor, D., (2019). Securitization for Sustainability: Does it Help Achieve the Sustainable Development Goals?. *Heinrich Boell Stiftung*, October 2019, p. 2, https://us.boell.org/sites/default/files/gabor_finalized.pdf

⁷⁸ *Ibidem*, p.2.

⁷⁹ <https://www.gavi.org/investing-gavi/innovative-financing/iffim>

des pays donateurs. Les capitaux collectés auprès d'investisseurs institutionnels et privés sont utilisés pour financer les programmes de vaccination et de renforcement des systèmes de santé de GAVI. Le modèle financier de cet excellent exemple d'obligations sociales et d'investissement socialement responsable est assez complexe et révèle un réseau d'acteurs étroitement interconnectés par le biais d'une toile dense de flux financiers⁸⁰.

QUEL AVENIR POUR LES OBLIGATIONS PANDÉMIQUES ?

Les obligations pandémiques matérialisent l'accélération et l'approfondissement caractéristiques du "lien entre la financiarisation et le développement"⁸¹, l'engagement du secteur financier en faveur des pays les plus pauvres étant de plus en plus considéré par les principaux penseurs du développement comme un tableau souhaitable. Ces instruments financiers, conçus sur le modèle des obligations catastrophes qui sont versées en réponse à des événements tels que les inondations ou les ouragans, sont prévus pour déboursier de grandes sommes d'argent pour les pays dont les infrastructures de santé sont fragiles, plus rapidement que les méthodes traditionnelles de mobilisation et de coordination financières. Une entité - par exemple, la Banque mondiale - émet une obligation qui rapporte des intérêts aux investisseurs au fil du temps. Si les conditions déterminées pour déclencher l'obligation se produisent, les capitaux provenant de la vente de l'obligation sont rapidement acheminés vers les efforts médicaux visant à contenir et à réprimer l'épidémie. Le facteur temps est essentiel, du moins en principe ; les régions touchées n'ont pas besoin d'attendre que l'argent de l'aide soit collecté et coordonné. Les obligations pandémiques ne sont pas déclenchées par des pertes, comme c'est le cas pour les déclencheurs d'indemnisation des obligations catastrophes, mais plutôt par la propagation concrète de la maladie en temps réel. Cela implique, du moins en théorie, que les capitaux peuvent circuler beaucoup plus rapidement que s'ils devaient attendre que les sinistres d'assurance commencent à être répertoriés. La rapidité des flux de capitaux pour les interventions d'urgence (cliniques, travailleurs humanitaires, personnel de santé, efforts d'endiguement de la contagion) est cruciale dans le cas des pandémies. Les obligations pandémiques ont été introduites par la Banque mondiale en réponse à l'épidémie d'Ebola en 2014 et visent à créer un marché pour l'assurance contre les risques de pandémie. L'émission inaugurale

80 Hughes-McLure, S., Mawdsley, E., (2022). Innovative Financing for Development? Vaccine Bonds and the Hidden Cost of Financialization. In *Economic Geography*, 98:2, 145-169. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00130095.2021.2020090>

81 Mawdsley, E., *op. cit.*, p. 265.

2017 de la Banque mondiale⁸² couvrait 6 virus (nouveau virus pandémique de la grippe A, SRAS, MERS, Ebola, Marburg, et d'autres maladies zoonotiques comme la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre de Lassa).

Les investisseurs privés sont de plus en plus enclins à souscrire des produits offrant une protection contre de futures pandémies et à acheter des obligations pandémiques pour diversifier leurs investissements, en raison du taux de coupon élevé - 6,9 % pour la tranche A couvrant la grippe et le coronavirus et 11,9 % pour la tranche B, plus risquée, couvrant les zoonoses - ainsi que des rendements élevés promis en échange des risques de pandémie. Toutefois, la structure de l'émission d'obligations a mis en place une série de mécanismes de déclenchement complexes et rigides qui ont ralenti le déblocage des fonds et exposé ces obligations inaugurales à des critiques grandissantes au sein et au-delà du secteur de la santé⁸³, tout en rendant ces instruments à haut rendement moins attrayants pour les investisseurs⁸⁴. D'autres approches financières de la lutte contre la pandémie sont envisagées comme alternatives, qui pourraient mieux répondre à la demande de mobilisation rapide de fonds adéquats pour les pays qui en ont besoin, notamment dans le contexte du Fonds de la Banque mondiale pour la lutte contre les pandémies⁸⁵ et des négociations de l'OMS sur un traité de lutte contre les pandémies⁸⁶. Le système adopté par GAVI par le biais de ses obligations vaccinales IFFIm est systématiquement considéré comme un cadre utile qui pourrait être reproduit, afin de surmonter les difficultés - et les échecs - des obligations pandémiques.

En utilisant la méthodologie "suivre l'argent" pour leur recherche, Hughes-McLure et Mawdsley ont illustré avec précision l'IFFIm comme un exemple flagrant de la financiarisation du développement et de l'extension et de l'approfondissement de la portée de la finance dans le domaine de la santé mondiale⁸⁷. Une pléthore d'acteurs financiers sont enrôlés pour mettre en œuvre la géographie économique des mécanismes de l'IFFIm, qui ont été largement conceptualisés et élaborés par les agences de notation de crédit pour titriser l'aide fournie par les pays donateurs - les engagements financiers publics sont mis à profit par le biais des marchés financiers. La forte influence de ces

82 <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/06/28/world-bank-launches-first-ever-pandemic-bonds-to-support-500-million-pandemic-emergency-financing-facility>

83 Brim, B. and Wenham, C., (2019). Pandemic emergency financing: Struggling to deliver on its innovative promise. In *The British Medical Journal*, 367, October 2019, <https://doi.org/10.1136/bmj.l5719>

84 <https://www.ft.com/partnercontent/calvert/after-covid-19-the-future-of-pandemic-bonds.html>

85 <https://fiftrustee.worldbank.org/en/about/unit/dfi/fiftrustee/fund-detail/pppr>

86 <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-countries-begin-negotiations-on-global-agreement-to-protect-world-from-future-pandemic-emergencies>

87 Hughes-McLure, S., Mawdsley, E., (2022). Innovative Financing for Development? Vaccine Bonds and the Hidden Cost of Financialization. In *Economic Geography*, 98:2, 145-169, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00130095.2021.2020090>

agences a conduit à fixer plusieurs limites financières strictes aux opérations afin de gérer les risques, chacune dans le but d'atténuer les risques pour les investisseurs. Selon les chercheurs, ce dispositif sophistiqué affaiblit le contrôle public, tout en dépouillant les gouvernements donateurs de leurs fonds en faveur des investisseurs privés, notamment sous la forme d'intérêts sur les emprunts contractés sur les marchés de capitaux et de commissions versées aux organisations financières et aux services professionnels. En 2019, l'équivalent de 30 % des 3,1 milliards de dollars versés par les contribuables à l'IFFIm a été acheminé de cette manière⁸⁸. L'interaction plutôt impénétrable d'individus et d'institutions clés sur lesquels l'IFFIm s'appuie, "déjà imbriquée dans les réseaux de la politique et de la finance"⁸⁹, converge en un moule qui, en fin de compte, non seulement limite le contrôle politique, mais aussi cloisonne l'argent public : "On peut dire que la conception de l'IFFIm affaiblit la prise de décision démocratique en fermant les options politiques à la disposition des futurs gouvernements. Une fois que les accords de subvention, qui sont à long terme (souvent quinze à vingt ans) et à grande échelle (généralement des centaines de millions de dollars et parfois plus d'un milliard de dollars) ont été signés, ils constituent des engagements irrévocables et juridiquement contraignants pour les futurs gouvernements"⁹⁰. Cela entraîne des coûts d'opportunité notables.

Il est remarquable qu'en dépit d'importantes tempêtes mondiales comme la crise financière de 2008 et la pandémie plus récente, l'IFFIm ait continué à fonctionner conformément à sa conception initiale, contrairement à d'autres obligations liées à la santé qui ont fait preuve d'une inefficacité embarrassante - et d'un cynisme alarmant⁹¹. Il est un fait que ce système d'obligations vaccinales n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi au fil des ans. Grâce à l'analyse criminalistique menée par Hughes-McLure et Madwsley, il a enfin été possible de mesurer à quel point les prétentions de l'IFFIm - mandat de frontloading, faibles coûts de financement, sources privées catalysant la capacité - ne correspondent pas tout à fait à la logique financière du mécanisme, axée sur l'endettement, et à ses chiffres réels. Ces derniers révèlent en effet que "le modèle de financement crée des opportunités significatives de profits privés cachés, à la vue de tous". En effet, la gestion financière et les récompenses de l'IFFIm sont étroitement liées à la géographie économique et politique de l'initiative, lancée à l'origine par le chancelier britannique Gordon Brown⁹². La structure politique spatiale spécifique de l'IFFIm est sans surprise centrée sur le Royaume-Uni. Autour de Londres, en fait, l'un des principaux centres financiers du monde. C'est là que les stratégies ont été élaborées et

88 *Ibidem*, p. 160.

89 *Ibidem*, p. 154.

90 Ces critères pour des engagements à long terme ne sont pas applicables constitutionnellement pour certains pays, raison pour laquelle les USA ne sont pas un donateur d'IFFIm. *Ibidem*, p. 156.

91 Brim, B. and Wenham, C., (2019). Pandemic emergency financing: Struggling to deliver on its innovative promise. In *The British Medical Journal*, 367, October 2019, <https://doi.org/10.1136/bmj.l5719>

92 Sturcke, J., (2005). Brown launches global vaccine scheme. In *The Guardian*, 9th September 2005, <https://www.theguardian.com/uk/2005/sep/09/development.internationalaidanddevelopment>

que les décisions sont prises encore aujourd'hui, selon l'étude. De même, les opérations d'émission d'obligations sont menées par des institutions financières principalement basées au Royaume-Uni ou dans le Nord global, alors que les acteurs étatiques et les conseils techniques des pays qui sont censés être les bénéficiaires de l'IFFIm ne sont pas présents :

La financiarisation de la santé et du développement au niveau mondial façonne des géographies économiques.

Les récompenses matérielles y sont distribuées de manière inégale et se concentrent dans (un petit nombre) des centres financiers du Nord. Les bénéficiaires des vaccins dans le Sud, les programmes de vaccination et l'aide se retrouvent liés aux flux financiers mondiaux, qui [...] répartissent les bénéfices selon un schéma particulier et inégal. De même, le pouvoir de décision et l'influence sur les flux financiers, qui reposent sur les acteurs composant le modèle de financement de l'IFFIm, à savoir les détenteurs d'obligations, les institutions financières, les sociétés de services professionnels, sont également liés à l'espace et au lieu dans ce schéma concentré et inégal. Il en résulte une inégalité matérielle, sociale et politique".⁹³

Il ne semble guère y avoir d'innovation dans ce jeu. Une véritable innovation dans la résolution du problème de la vaccination et des systèmes de santé publique nécessiterait un virage copernicien notable vers une réforme de la justice financière⁹⁴. Cela nécessiterait des efforts délibérés visant à stopper la fuite des capitaux des pays à faible revenu et à immuniser le système fiscal international défaillant⁹⁵, qui fait que la crise actuelle de la dette mondiale, présentée comme la plus grave, touche près de 60 % des nations les plus pauvres⁹⁶. Tel est le risque qui menace de réduire à néant l'agenda du développement et qu'il convient de prévenir.

8. CONCLUSIONS

Trente ans de financiarisation et de privatisation de la santé ont généré une pandémie de fausses solutions au prétendu manque de ressources financières et ont complètement transformé les stratégies politiques autour de la santé. Alors qu'historiquement l'État

93 Hughes-McLure, S., Mawdsley, E., (2022), p. 163.

94 Dentico, N., Meurs, M., Aye, B., (2022). Financial Justice for Pandemic Prevention Preparedness and Response. Geneva Global Health Hub (G2H2), November 2022, Geneva, <https://g2h2.org/wp-content/uploads/2022/11/G2H2-Report-2022.pdf>

95 <https://unctad.org/news/blog-world-lacks-effective-global-system-deal-debt>

96 <https://www.brookings.edu/research/addressing-the-looming-sovereign-debt-crisis-in-the-developing-world-it-is-time-to-consider-a-brady-plan>

administratif moderne est né pour séparer le public du privé, par l'exercice d'une fonction administrative impartiale, l'État apparaît aujourd'hui comme un acteur dynamique dans les processus de financiarisation. La capacité décisionnelle des gouvernements est de plus en plus orientée vers les intérêts des marchés financiers⁹⁷. Nous assistons à un renversement de la relation entre l'État et le secteur privé, telle qu'elle est inscrite même dans les constitutions les plus favorables au marché⁹⁸. La santé - comme nous l'avons vu avec l'exploitation de la pandémie par les sociétés pharmaceutiques - est le terrain idéal pour ce phénomène paradoxal, qui a abouti à des processus pilotés par l'État de dé-légitimation de l'État⁹⁹.

La financiarisation de la santé détourne les finances publiques de la nécessité structurelle à laquelle les pays sont confrontés aujourd'hui de mobiliser durablement des ressources nationales suffisantes pour financer les soins de santé, y compris des politiques visant à prévenir efficacement les nouvelles pandémies potentielles et à s'y préparer. Le chemin sera long pour inverser ce cours des choses. En 2020, la Covid-19 avait mis en lumière la reconnaissance par la société de l'importance des services et des structures de santé publique pour contenir la contagion et gérer l'urgence. Après la crise pandémique, de nouvelles formes *d'administration publique des intérêts privés au sein de l'État*¹⁰⁰ se sont affirmées. Avec la bénédiction de la communauté internationale, une nouvelle architecture, inspirée par une hiérarchie récemment développée de solutions numériques, fait progresser la sécurisation de la santé par le biais de la logique de *l'immunité* comme nouveau principe d'organisation¹⁰¹.

Bien avant la Covid-19, la financiarisation de la santé représentait une nouvelle phase de formation du capital, s'appuyant sur les cycles précédents de privatisation et de réforme néolibérale des soins de santé, mais s'en distinguant¹⁰². La crise sanitaire a donné lieu à une nouvelle frénésie pandémique de financiarisation de la santé et a suscité des questions plus profondes, au-delà d'une analyse réductrice de ses performances "focalisée sur les résultats". Par exemple : dans quelle mesure un gouvernement - lorsqu'il ressemble de plus en plus à un réseau d'acteurs privés et agit comme tel - peut-il maintenir la légitimité de son objectif public premier ?

Au-delà de "l'emprise réglementaire", la communauté internationale a décidé de ne pas exercer son pouvoir de décision dans la réponse globale à la première urgence sanitaire planétaire, dont la gestion a été traitée comme une libération de la rationalité

97 Cordelli, C. (2020). *The Privatized State*. Princeton University Press, November 2020.

98 Dosi, G., (2021). Policy Lessons from Medical Responses to the COVID-19 Crisis. In *Intereconomics*, 56, 337-340, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10272-021-1009-2>

99 Cordelli, C. (2020). *The Privatized State*. Princeton University Press, November 2020.

100 Cordelli, C. (2020). *The Privatized State*. Princeton University Press, November 2020

101 Dentico, N., (2021). The Breathing Catastrophe: COVID-19 and Global Health Governance. In *Development*, 2021: 64(1-2): 4-12. doi: [10.1057/s41301-021-00296-y](https://doi.org/10.1057/s41301-021-00296-y)

102 Hunter, B.M., Murray S.F., (2019). Deconstructing the Financialization of Healthcare, p.8.

de l'économie de marché¹⁰³. Le pouvoir exercé par une élite d'acteurs privés mondiaux dans la réponse à la crise de la Covid-19 s'est emparé du rôle normalement joué par les gouvernements, mais sans avoir à rendre des comptes comme les gouvernements¹⁰⁴. Cette dynamique a brutalement éloigné encore davantage le pouvoir de l'État, tout en faisant progresser régulièrement les vies parallèles des monopoles de la propriété intellectuelle et du capitalisme financiarisé. L'inégalité des proportions pandémiques dont le monde a été témoin dans la distribution des vaccins Covid-19 par le biais d'un nouveau "super partenariat public-privé" ¹⁰⁵ impossible à contrôler a manifesté structurellement l'"inégalité raciale en matière de santé" tout au long de la pandémie, et le lien direct entre la Covid-19 et l'injustice raciale systémique dans le monde¹⁰⁶. Des questions extrêmement importantes de transformation institutionnelle et de légitimité démocratique¹⁰⁷ doivent être abordées.

Alors que le droit à la santé est en train d'être redéfini pour rester fermement accessoire vis à vis des marchés financiers et des tendances inexorables à la privatisation, la communauté mondiale de la santé publique doit d'urgence élever le regard au-delà des maladies et des solutions biomédicales pour s'attaquer de front à la dynamique spéculative de la finance qui progresse dans le secteur de la santé. Celle-ci n'offre aucune promesse de durabilité, sauf pour les investisseurs privés. Une réaction mondiale organisée doit être délibérément orchestrée pour inverser la tendance à la mobilisation du financement privé et pour garantir que les bénéfices de l'investissement public demeurent entre les mains du public, afin de sauvegarder la nature de l'espace public. La campagne mondiale *L'avenir est public* ¹⁰⁸ est un premier pas décisif dans la bonne direction et doit être renforcée si nous voulons vraiment définir le type de monde dans lequel nous voulons vivre.

103 Von Achenbach, J., (2023). The global distribution of COVID-19 vaccines by the public-private partnership COVAX from a public law perspective. In *Leiden Journal of International Law*, 8 May 2023, pp. 1-25, <https://www.cambridge.org/core/journals/leiden-journal-of-international-law/article/abs/global-distribution-of-covid19-vaccines-by-the-publicprivate-partnership-covax-from-a-publiclaw-perspective/7C1E46412D65F66EED7B1CA02C6D3A21>

104 Banco, E., Furlong, A., Pfahler, L., (2022). How Bill Gates and partners used their clout to control the global Covid response – with little oversight. In *Politico and Welt*, 14th September 2022, <https://www.politico.com/news/2022/09/14/global-covid-pandemic-response-bill-gates-partners-00053969>

105 Storeng, K., De Bengy Puyvallée, A., Stein, F., (2021). COVAX and the rise of 'super public-private partnerships' for global health. In *Global Public Health*, 22 October 2021, 1-17, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686103>

106 Rapporteuse Spéciale des Nations unies sur les formes contemporaines de racisme, Rapport: Crise écologique, justice climatique et justice raciale, 25 octobre 2022, UN Doc. A/77/549, para 2. Voir aussi Rapporteuse Spéciale des Nations unies sur les formes contemporaines de racisme, Rapport: Programme de développement durable à l'horizon 2030, objectifs de développement durable et Lutte Contre la Discrimination Raciale, 17 juin 2022, UN Doc. A/HRC/50/60. Et également Rapporteuse Spéciale des Nations unies sur les formes contemporaines de racisme, Rapport: Égalité Raciale et économie extractiviste dans le monde, 14 mai 2019, UN Doc. A/HRC/41/54.

107 Cordelli, C. (2020). *The Privatized State*. Princeton University Press, November 2020.

108 <https://futureispublic.org/global-manifesto>



SID

Society for International Development

La Société pour le développement international (SID) est un réseau international d'individus et d'organisations fondé en 1957 pour promouvoir la justice socio-économique et favoriser la participation démocratique au processus de développement. Elle a fêté son 65e anniversaire en 2022.

À travers des programmes et des activités aux niveaux national, régional et mondial, la SID renforce la connaissance et l'action collectives sur les stratégies de développement centrées sur les personnes et promeut le changement de politique en faveur de l'inclusion, l'équité et la durabilité. La SID compte environ 3 000 membres et travaille avec des sections locales, des membres institutionnels et des organisations partenaires dans plus de 50 pays.

Les activités de la SID sont facilitées par un secrétariat international dont les bureaux se trouvent à Rome (siège) et à Nairobi. Le Development Journal (Journal du développement, publié par Palgrave Macmillan) est la publication phare de la SID depuis 65 ans et jouit d'un large lectorat au sein de la communauté du développement.

SOCIETY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

Via degli Etruschi, 7
00185 Rome (Italy)

 facebook.com/SocietyforInternationalDevelopment

 twitter.com/SID_INT

WWW.SIDINT.ORG