

## BERTRAND BADRÉ

### Directeur général et directeur financier du Groupe de la Banque mondiale

Je tiens à remercier chaleureusement la World Policy Conference pour ce débat sur la gouvernance. On ne pense généralement pas à la santé en premier, mais comme nous l'a rappelé Christian, la santé est aujourd'hui l'un des enjeux les plus intéressants de la gouvernance mondiale. Il nous a rappelé toutes les problématiques soulevées par l'épidémie d'Ebola qui a mis en évidence de nombreuses lacunes en termes de gouvernance. Au vu des récents événements tragiques au Liban et ailleurs, une partie de la réponse réside dans notre capacité à résoudre le problème de la pauvreté dans le monde. Nous n'y parviendrons pas si nous ne réglons pas la question de l'accès aux soins de santé. Je ne suis pas un spécialiste de la santé, je suis donc une sorte d'intrus dans ce panel. Par contre, j'ai une certaine expérience de la finance et des technologies, je vais donc axer mon intervention sur les évolutions technologiques et financières qui peuvent nous aider à relever le défi de la santé.

Le Groupe de la Banque mondiale, selon les instructions de ses actionnaires, a défini deux objectifs pour 2030. Le premier est de mettre fin à la pauvreté, ce qui implique également d'améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres ; le deuxième est de promouvoir la prospérité partagée, ce qui signifie réduire les inégalités. Nous voulons donc que les plus pauvres partagent les bienfaits de la croissance mondiale et du progrès afin que ceux-ci ne soient pas réservés à une petite frange de la population. Nous pensons, et c'est extrêmement important, qu'investir dans la santé est le meilleur moyen d'atteindre cet objectif en l'espace d'une génération. Je ne parle pas de 2050 ou de 2100, mais des 15 prochaines années.

Cependant, lorsque nous parlons de prospérité partagée en matière de santé, le tableau reste assez sombre dans nombre de domaines. Prenons la santé infantile : selon les estimations, 16 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque jour dans les pays en développement contre 300 dans les pays développés. Les chances de survie d'un enfant diffèrent grandement selon l'endroit où il naît. Par rapport aux enfants des foyers les plus riches, les enfants des foyers les plus pauvres ont en moyenne deux fois plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans. Et, chiffre alarmant, un quart des enfants de moins de cinq ans dans le monde souffrent d'un retard de croissance dû à la malnutrition et à un manque de stimulation appropriée, limitant leur développement physique et cognitif. Cela signifie que leur cerveau ne se développera jamais de façon optimale et qu'ils seront désavantagés sur le plan de l'apprentissage scolaire ou qu'ils auront des difficultés à accéder à des emplois bien rémunérés. Ils ont manifestement plus de risques de vivre dans la pauvreté.

Il existe cependant des raisons d'espérer. Par exemple, le Pérou, où s'est déroulée notre réunion cette année (Lima), a montré au monde que le retard de croissance des enfants est un problème que nous pouvons résoudre. 28 % des enfants péruviens souffraient d'un retard de croissance en 2005 et, avec le soutien du Groupe de la Banque mondiale, le gouvernement a pris conscience de la nécessité de s'attaquer à cet énorme problème social et économique. Nous avons ciblé l'aide sur les zones rurales et les communautés les plus démunies. Nous avons eu recours à des financements basés sur les résultats afin d'encourager les prestataires de services sociaux à prendre à bras le corps les problèmes de santé, de développement social et d'assainissement responsables du retard de croissance des enfants. En seulement huit ans, le pays a réduit de moitié le taux de retard de croissance, pour le ramener à 14 %, et ce grâce à un leadership politique efficace.

Sur le plan de la mortalité infantile, il y a également quelques bonnes nouvelles. Le taux mondial de mortalité des moins de cinq ans a diminué de plus de moitié ces 25 dernières années, passant de 12,7 millions par an en 1990 à 5,9 millions l'an dernier. Beaucoup de chemin reste à parcourir, mais les chiffres montrent que la survie maternelle et infantile a enregistré de très nets progrès à l'échelle mondiale, et cette amélioration s'accélère. Pour la toute première fois, le pourcentage de personnes vivant dans l'extrême pauvreté est passé sous la barre de 10 % cette année. C'est la meilleure nouvelle qui soit. 10 % reste un chiffre relativement élevé, ce qui prouve que nous n'avons pas encore atteint notre but ; cependant, depuis 1990, un milliard de personnes sont sorties de la pauvreté et si nous continuons sur cette voie, l'objectif de mettre fin à l'extrême pauvreté en l'espace d'une génération sera à notre portée.

Il n'est pas surprenant que ce recul de la pauvreté aille de pair avec l'amélioration accélérée de la santé. Il y a deux ans, la Commission de The Lancet sur l'investissement dans la santé, composée d'économistes et d'experts de la santé de renommée mondiale et présidée par Larry Summers, a confirmé que 24 % de la croissance du revenu total dans les pays à revenus faible et moyen entre 2000 et 2011 a résulté des améliorations dans le domaine de la santé. Les progrès en matière de santé sont le fruit des efforts d'investissement et expliquent ces 24 % de croissance. Le cercle vertueux entre santé et richesse montre que la santé est un investissement judicieux et essentiel pour tous les pays. C'est logique : les investissements qui permettent aux enfants de survivre et de se développer génèrent un capital humain de qualité dont les économies ont besoin pour leur croissance et leur résilience. C'était probablement une évidence pour nombre de personnes, mais mieux vaut en apporter la démonstration avec une étude rigoureuse.

La Commission a également mis en évidence le haut rendement économique de l'investissement dans la santé dans les pays à revenus faible et moyen (multiplié par 10). La Commission a également souligné la possibilité de ce qu'elle a appelé une grande convergence, ce qui signifie que les écarts entre pays en termes de santé et d'espérance de vie commenceront à être comblés : par exemple un enfant né au Cambodge et un enfant né en Californie auront les mêmes chances de survie et de mener une vie productive et en bonne santé. Cela ira dans le sens de notre objectif : mettre fin à la pauvreté.

Il y a deux mois, en septembre, les Nations unies ont adopté les 17 Objectifs de développement durable mondiaux. Leur ambition est élevée, universelle et accessoirement plutôt coûteuse. Le nouvel objectif de développement durable lié à la santé est de permettre à tous de vivre en bonne santé. Cela signifie faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et, plus important encore, faire en sorte que toute personne vivant dans la pauvreté ne soit pas dans l'obligation de payer les soins dont elle a besoin. Ce ne sera pas facile. Le ralentissement de la croissance économique, la crise chronique dans des pays fragiles et victimes de conflits, la migration forcée, comme nous l'avons vu cet été, les incertitudes liées au changement climatique et les épidémies constituent autant d'obstacles à la réalisation de cet objectif. Atteindre les personnes vivant encore dans l'extrême pauvreté sera notre tâche la plus ardue car celles-ci se trouvent confrontées aux situations les plus désespérées et vivent dans certaines des parties les plus reculées du monde.

Il est clair que si nous voulons réaliser ces objectifs mondiaux ambitieux, nous devons penser et agir différemment ; nous allons sortir des sentiers battus. Pour commencer, nous devons appréhender différemment la santé, la technologie et l'innovation. Il est nécessaire d'innover dans le secteur public, mais aussi de permettre au secteur public d'encourager et de renforcer l'innovation dans le secteur privé. C'est l'un des domaines dans lequel la coopération public-privé jouera un rôle déterminant. Mais cette coopération n'ira pas de soi. Nous devons utiliser la technologie pour gérer les problèmes des populations les plus pauvres et les plus marginalisées car, trop souvent, les innovations répondent aux besoins des privilégiés et non aux besoins des pauvres.

Cette année, deux des lauréats du prix Nobel de médecine, le Dr Campbell et le Dr Omura, ont été récompensés pour la découverte d'un nouveau médicament, l'ivermectine, qui agit sur les vers parasites responsables de la cécité des rivières et de la filariose lymphatique. Ces vers parasites affectent environ 125 millions de personnes dans le monde et constituent la première cause de cécité en Afrique de l'Ouest en particulier. L'ivermectine a été mis au point initialement pour le traitement antiparasitaire des chiens, mais il a ensuite été adapté pour cette maladie qui touche quelques-unes des populations les plus pauvres du monde. Combien d'autres percées d'importance vitale pouvons-nous espérer ? La science, comme l'a dit Christian, peut être d'une grande aide si les industries pharmaceutique et technologique concentrent plus délibérément et systématiquement leurs innovations sur la résolution des problèmes de santé qui touchent essentiellement les populations les plus pauvres du monde.

Nous pensons que dans les cinq années à venir, le développement technologique lié aux solutions de santé numériques, telles que la santé mobile (m-santé) et la santé électronique (e-santé), révolutionnera la prestation des services de santé et offrira de nouvelles approches pour combler les écarts d'accès aux soins et rendre les soins plus abordables. Le mouvement est déjà en marche. La technologie mobile, dont Christian a cité quelques exemples, est déjà utilisée pour communiquer des informations aux mères sur les soins à dispenser aux nouveau-nés. Un agent de vaccination au Bangladesh s'est rendu compte que, malgré une couverture élevée pour la première injection d'une série vaccinale, la couverture baissait sensiblement pour les deux injections suivantes nécessaires à la protection des enfants contre ces maladies graves. Cet agent a donc noté les numéros de téléphone mobile des mères sur le registre

de vaccination et leur a rappelé par texto de venir pour les deuxième et troisième injections. Cela semble une évidence, mais ça a marché et grâce aux messages de rappel par SMS, la couverture de vaccination a grimpé jusqu'à près de 90 %. Le programme « Mama », c'est ainsi qu'il s'appelle, fournit maintenant des informations de santé et de nutrition à plus de deux millions de soignants notamment au Bangladesh, en Afrique du Sud, en Inde et au Nigeria.

Un autre exemple est le déploiement des technologies d'identification biométrique afin de s'assurer que chaque personne ait accès aux services essentiels dont elle a besoin. L'un des cas les plus réussis et les plus connus est le déploiement en Inde de la carte Aadhaar (un numéro d'identification unique à 12 chiffres avec dix empreintes digitales) qui a été délivrée à plus de 900 millions de personnes afin qu'elles puissent recevoir les prestations et les aides auxquelles elles ont droit. Mais les bienfaits de cette carte vont encore plus loin car, en donnant une identité à chaque citoyen, elle fait passer le message selon lequel tout le monde compte et a un statut légal, indépendamment de la caste, des revenus ou du groupe ethnique. Elle contribuera en outre à combler l'écart en matière de données.

Pour réduire la mortalité maternelle et infantile, nous devons d'abord savoir qui meurt, pourquoi et où. Or, dans certains pays d'Afrique, 80 % des décès ne sont pas déclarés. L'enregistrement universel de la bio-identification, de préférence à la naissance, nous permettra de mieux cibler les causes de mortalité et de disposer de données de base pour mesurer les progrès. Les données revêtent également une importance capitale. Nous commençons aujourd'hui à percevoir l'énorme potentiel des diagnostics dédiés et vaccins innovants pour les maladies mortelles telles qu'Ebola, et je souhaiterais revenir ici sur ce qu'a dit Christian dans son introduction.

La première épidémie d'Ebola est survenue en 1976, et pourtant nous ne disposions d'aucun médicament à usage diagnostique ni d'aucun vaccin contre ce virus mortel lorsque la crise Ebola s'est déclarée l'an dernier en Afrique de l'Ouest ; aucune technologie appropriée n'était en place pour contenir l'épidémie. Malheureusement, plus de 11 000 personnes sont mortes et plusieurs millions ont perdu des membres de leur famille, des amis et leurs moyens de subsistance. Mais lorsque le monde a pris conscience de l'ampleur de la menace Ebola, hélas un peu trop tard, nous avons vu une profusion d'innovations en termes de technologie et d'approche. Un vaccin candidat non testé précédemment a suivi un protocole d'essais cliniques accéléré afin de tester son efficacité en un temps record : cela a pris cinq mois au lieu des cinq années normalement nécessaires.

Nous assistons aujourd'hui à l'émergence des premiers terminaux mobiles au monde qui permettent le diagnostic en temps réel de n'importe quelle maladie, y compris Ebola, grâce à une empreinte génétique, et ce pour un coût dix fois inférieur aux tests similaires actuellement sur le marché. La technologie peut être un formidable moteur pour atteindre les Objectifs de développement durable mondiaux. Elle est de plus en plus abordable, ce qui constitue un atout sur le plan financier. Mais cela ne suffit pas.

Nous devons penser et agir différemment non seulement en matière de technologie, mais également en matière de partenariat public-privé. C'est le dernier point que je souhaite aborder ici. Les défis en matière de santé et de développement sont tellement nombreux et complexes qu'aucune personne ou institution ne peut à elle seule les résoudre tous, et cela vaut pour la Banque mondiale, l'OMS, les Nations unies ou qui que ce soit d'autre. Ces défis exigent un écosystème dynamique d'acteurs, de gouvernements, d'entreprises, d'universitaires, de représentants de la société civile, de responsables politiques, de citoyens, etc., qui doivent tous collaborer selon des approches nouvelles.

J'aimerais insister sur deux domaines globalisés critiques dans lesquels nous devons agir différemment. Le premier est la gestion du risque pandémique, comme l'a souligné Christian en évoquant Ebola. La crise Ebola a mis à nu de graves lacunes au niveau mondial dans la préparation et la réponse aux épidémies. De quoi avons-nous besoin ? Nous avons besoin d'une OMS plus forte, capable de faire appliquer le Règlement sanitaire international. Nous avons besoin des gouvernements ; leur rôle est de s'assurer que des professionnels de santé et des cliniques intelligentes sont accessibles dans les communautés les plus reculées. Nous avons besoin d'entreprises prêtes à alimenter la chaîne d'approvisionnement ; nous avons besoin d'équipes médicales prêtes à intervenir rapidement. Nous avons également besoin d'argent pour permettre aux organismes d'intervention de réagir rapidement.

C'est là-dessus que j'ai travaillé ces six derniers mois. C'est là-dessus que travaille le Groupe de la Banque mondiale, avec la mise au point d'un mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (*Pandemic Emergency Facility* ou PEF). Nous travaillons en partenariat avec l'industrie, plus particulièrement avec l'industrie de l'assurance et de la

réassurance, et avec les gouvernements afin de créer un nouveau marché pour l'assurance du risque pandémique. Nous pensons que cela peut contribuer à améliorer les plans de préparation et de réponse. On ne peut pas assurer le Libéria contre Ebola, mais on peut assurer le monde contre la pandémie. Nous avons des centaines d'années d'expérience en matière de pandémies, nous savons donc que nous pouvons calibrer le risque que nous sommes prêts à prendre, et nous pouvons l'évaluer du point de vue de l'assurance. Pour quelques douzaines de millions de prime d'assurance payés chaque année, je crois que nous pourrions obtenir de l'argent, plusieurs centaines de millions de dollars, rapidement, c'est-à-dire en quelques semaines, afin de contenir la pandémie. Nous n'assurons pas les personnes ou les biens, mais nous ferons en sorte que l'argent soit disponible en quelques semaines pour contenir la pandémie, et il s'agit là d'un changement énorme. Cette nouvelle approche devrait être présentée au G7 et au G20 l'an prochain. Nous sommes sur le point de finaliser une modélisation et une analyse des prix.

Le deuxième domaine est la santé maternelle et infantile. Le Groupe de la Banque mondiale, avec de nombreux partenaires du secteur public et privé, a lancé dernièrement le Mécanisme de financement mondial en soutien à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », notamment avec la contribution du Canada, de la Norvège et de la Gates Foundation. Le Mécanisme de financement mondial (*Global Financing Facility* ou GFF) est un partenariat de financement piloté par les pays qui réunit les différentes parties prenantes, sous le leadership et le contrôle des gouvernements nationaux, avec l'objectif d'accélérer les efforts déployés pour mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents d'ici 2030, grâce à la mise en œuvre de financements intelligents, durables et à l'échelle appropriée. Il s'agit d'une nouvelle approche du partenariat public-privé. Nous voulons utiliser le GFF comme un outil de financement de l'Objectif de développement durable « Permettre à tous de vivre en bonne santé ». Il jouera un rôle spécial dans le financement évolutif destiné à soutenir la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

Nous voulons mettre en œuvre de nouveaux modèles qui ne soient plus uniquement centrés sur l'aide publique au développement (l'approche APD classique), et qui associent le financement interne (la fiscalité dans les pays riches), le soutien externe, l'APD et de nouvelles sources de mobilisation et d'acheminement des ressources, y compris, bien entendu, dans le secteur privé, et ce en totale synergie. A cette structure vient s'ajouter la création d'une couverture sanitaire universelle qui améliorera notre capacité à prévenir les pandémies et qui permettra à chaque individu de mener une vie productive et en bonne santé, quel que soit l'endroit où il vit.

Nous assistons à une véritable dynamique. L'Allemagne, qui a accueilli une conférence des dirigeants du G7 en Bavière en juin, a créé en septembre un nouveau cadre de coopération internationale visant à renforcer les systèmes de santé. Ebola a été un coup de semonce de ce point de vue-là, sans parler de la série de pandémies survenues au cours des dix dernières années. Nous espérons l'an prochain disposer d'une plateforme substantielle pour promouvoir ce plan. Le Japon, qui accueillera la conférence des dirigeants du G7 en 2016, s'est établi, depuis longtemps déjà, en tant que champion de la couverture sanitaire universelle et de la gestion des risques de catastrophes. C'est un cadre institutionnel extrêmement important pour renforcer la capacité de réponse aux pandémies. Nous avons un objectif, nous avons des preuves, il est temps maintenant de passer à l'action. 2030, c'est déjà demain !

Pour conclure, je voudrais vous faire part d'une expérience personnelle. J'ai fait partie de l'équipe du président Chirac en 2003 et nous avons commencé à travailler sur ce qui allait devenir la taxe sur les billets d'avion. Vous me direz que les Français sont plutôt doués pour inventer des taxes, ce qui est vrai. L'important est qu'il s'agissait d'une approche nouvelle pour financer le développement. Cette petite taxe sur chaque billet d'avion a permis de collecter 2 milliards de dollars au profit d'Unitaid et de fournir des centaines de millions de vaccins à des enfants du monde entier.

Nous devons donc faire preuve d'esprit d'innovation. Il existe des moyens de financer cette initiative mondiale pour la santé indispensable pour éradiquer la pauvreté. 15 ans peuvent suffire pour atteindre cet objectif qui est à notre portée.