

Revue / Review

Économie de la santé dans les pays en développement : ce que la lutte contre le sida a changé

Jean Paul Moatti

UFR de sciences économiques & gestion, UMR INSERM/IRD/Université de la Méditerranée 912 - « Sciences économiques & sociales, systèmes de santé, sociétés », faculté de sciences économiques, 14, avenue Jules-Ferry, 13621 Aix en Provence cedex, France

Disponible sur Internet le 21 octobre 2008

Présenté par François Gros

Résumé

Depuis le début du nouveau siècle, l'aide au développement ciblée sur la santé a connu une augmentation sans précédent, sous l'impulsion de la lutte contre le sida. L'article montre en quoi la lutte contre le sida s'est accompagnée d'un renouvellement des paradigmes économiques qui président à l'action internationale en faveur de la santé dans les pays en développement (PED) : idée que l'amélioration de la santé constitue un pré-requis indispensable de la croissance macroéconomique plutôt qu'une de ses retombées ; insistance sur l'instauration de mécanismes d'assurance du risque-maladie pour financer les dépenses de santé, plutôt que sur le « recouvrement des coûts » au point de consommation auprès des usagers des services de soins ; souci d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les PED, et d'introduire des flexibilités dans les règles internationales de protection de la propriété intellectuelle ; priorité aux programmes verticaux ciblés sur des maladies, censés servir de levier pour un renforcement global des systèmes de santé. L'article discute la pertinence de ces nouveaux « paradigmes » à la lumière des évolutions en cours de l'épidémie de VIH/Sida ainsi que du contexte international. **Pour citer cet article : J.P. Moatti, C. R. Biologies 331 (2008).**

© 2008 Académie des sciences. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The economics of health care in developing countries: what the fight against the AIDS epidemics has changed. Since the start of the new century, development aid targeted on health care has seen an unprecedented rise, driven by the fight against AIDS. This article shows how this struggle has been accompanied with a renewal of the economic paradigms governing international action in favour of health care in developing countries: the idea that an improvement in health care constitutes an unavoidable prerequisite to macroeconomic growth, rather than a consequence; the insistence on the founding of mechanisms for health insurance to finance the costs of health care, rather than covering the costs at the point of use by the health care users; a concern to impose price differentials for access to medicine in developing countries, and to introduce flexibility in the regulation of international intellectual property law; the priority to vertical programmes targeted on certain illnesses, thought to act as levers for a global reinforcement of health care systems. This article discusses the pertinence of these new paradigms in light of the evolution of the AIDS/HIV epidemic, and the international context. **To cite this article: J.P. Moatti, C. R. Biologies 331 (2008).**

© 2008 Académie des sciences. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Pays en développement ; Systèmes de santé ; Financement de la santé ; Croissance macroéconomique ; Sida ; Maladies infectieuses

Keywords: Developing countries; Health care systems; Health care finance; Macroeconomic growth; AIDS; Infectious diseases

Adresse e-mail : jean-paul.moatti@inserm.fr.

1631-0691/\$ – see front matter © 2008 Académie des sciences. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.crv.2008.08.014

1. Introduction

Depuis le début du nouveau siècle, l'aide au développement ciblé sur la santé a connu de spectaculaires évolutions. L'aide publique en la matière a plus que doublé en valeur nominale passant, selon le Comité d'Aide au Développement de l'OCDE, d'un total de 5,6 milliards de dollars en 2001 à 11,2 milliards en 2005.¹ En parallèle, l'aide privée a également connu une augmentation sans précédent : entre 2000 et 2007, la seule Fondation Bill & Melinda Gates a ainsi consacré plus de 1 milliard de dollars par an à la santé dans les pays en développement (PED).²

Cette croissance de l'aide santé a été tirée par l'augmentation des ressources spécifiquement dédiées aux grands programmes, dits « *verticaux* », de lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le Sida, la tuberculose et la malaria, qui ont attiré plus de la moitié des augmentations de financement au cours de cette période (Lane et Glassman, 2007) [1], alors que ces trois pathologies ne représentent qu'environ 12% de la mortalité totale dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires (Mathers et al., 2003) [2]. À elle seule, la pandémie de Sida représente néanmoins la première cause mondiale de mortalité chez les adultes de 15 à 59 ans ; elle a causé, toutes classes d'âge confondues, un total de 2,1 millions de décès en 2007, et continue de se propager à un rythme soutenu puisque l'incidence des nouvelles infections a pu être estimée entre 1,8 et 4,1 millions en 2007 ; l'Afrique sub-saharienne représente la zone la plus touchée, qui concentre les deux tiers de la mortalité et plus de 80% des nouveaux cas attribuables à l'infection à VIH (UNAIDS, 2007) [3,4].

La lutte contre le Sida est devenue une priorité de l'agenda politique international. En 2001, pour la première fois dans l'histoire, s'est tenue une Assemblée Générale des Nations Unies exclusivement consacrée à la lutte contre une maladie, en l'occurrence le VIH Sida. Dans la foulée, en 2002, a été créée une institution multilatérale totalement originale dans l'arène de la coopération internationale, le Fonds Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria (GFATM). Le conseil d'administration du Fonds associe sur pied d'égalité les pays donateurs et les pays receveurs de l'aide en y incluant des représentants de la société civile et des associations de malades. Depuis sa création, le Fonds a engagé plus de 10 milliards de dollars de programmes dans 136 pays, et devrait être en mesure de

déboursier des sommes de l'ordre de 6 à 8 milliards de dollars par an d'ici 2010. En 2003, à l'initiative du Président Américain, a également été lancé un programme bilatéral d'urgence (PEPFAR) engageant 15 milliards de dollars sur cinq ans pour financer la lutte contre le Sida et notamment l'accès aux traitements antirétroviraux dans quatorze pays choisis comme prioritaires.³ En 2005, à la suite de la France, 34 pays ont introduit une taxe sur les billets d'avion pour financer le partenariat UNITAID visant à faciliter l'accès aux les médicaments du Sida. Cette même année 2005, lors du sommet du G8 de Gleneagles, puis de l'ONU sur les Objectifs du Millénaire, la communauté internationale s'est engagée sur l'objectif d'« *accès universel* » à la prévention et au traitement du Sida d'ici 2010 (UNGASS, 2006) [5].

Dans cet article, nous voudrions montrer, en quoi la lutte contre le Sida a contribué à faire émerger des orientations nouvelles en économie de la santé appliquée aux pays en développement. A l'idée que l'amélioration de l'état de la santé de la population découlerait mécaniquement du processus macroéconomique de croissance, s'oppose désormais la compréhension que l'investissement dans la santé, comme auparavant dans l'éducation, constitue un pré-requis indispensable pour initier un cercle vertueux de développement. L'idée, issue de l'Initiative de Bamako du début des années 1980, que le recouvrement des coûts auprès des usagers constituait une solution à la crise de financement des systèmes publics de santé, s'est vue remplacer par une insistance sur l'instauration de mécanismes de prépaiement et d'assurance du risque-maladie. Au mouvement qui prétendait garantir un flux continu d'innovations biomédicales au travers du renforcement continu des droits de propriété intellectuelle, est venu s'opposer le souci d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les PED, et d'introduire les flexibilités nécessaires dans la législation internationale sur les brevets de l'Organisation Mondiale du Commerce. A l'insistance sur les soins primaires qui inspirait la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS de 1978, s'est substituée une priorité aux programmes verticaux ciblés sur les maladies comme le Sida, la tuberculose et la malaria, censés servir de levier pour un renforcement global des systèmes de santé.

Nous voudrions également montrer que ces nouveaux paradigmes, tout autant que les précédents, de-

¹ <http://www.oecd.org/cad/stats>.

² <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Grants/>.

³ Il s'agit du Botswana, Cote d'Ivoire, Ethiopia, Guyana, Haiti, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda and Zambia. Le Vietnam a été joint à cette liste, la portant désormais à quinze, en Juin 2004. Les financements bilatéraux relevant de PEPFAR concernent cependant un nombre plus élevé de pays, comme l'Inde.

meurent basés sur une évidence scientifique limitée et nécessitent des clarifications et des approfondissements.

2. La santé, condition du développement économique

En économie du développement, la forte corrélation entre mesures de revenu et mesures de santé est un des résultats les plus robustes. Dans la lignée du modèle de croissance néoclassique, introduit en 1956 par Solow [6], le lien causal était supposé aller du revenu vers la santé, un revenu plus élevé facilitant à la fois l'accès à des modes de vie et à des biens et services améliorant la nutrition et la santé, et à une amélioration de l'éducation elle-même favorable à de meilleurs comportements d'hygiène et de santé. De plus, un revenu croissant constitue une protection contre les chocs exogènes, y compris sanitaires, comme les épidémies.

Dès le début des années 1990, la possibilité d'un lien causal inverse a cependant été explorée dans les travaux du prix Nobel R.W. Fogel qui montraient que l'amélioration du régime nutritionnel expliquait environ la moitié de la croissance britannique entre 1680 et 1980, ces progrès alimentaires pouvant s'interpréter aussi bien comme un effet de revenu que comme un effet de santé (Fogel, 1993) [7]. Dès 2001, le rapport de la Commission Macroéconomie & Santé de l'OMS, présidée par Jeffrey Sachs, considérait comme définitivement établi que « *l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme* », et que ce point avait « *été grandement sous-estimé jusqu'à présent* » par les politiques publiques (WHO, 2001) [8].

Le premier mécanisme par lequel la santé peut-être source de croissance tient aux pertes de productivité qui découlent de la morbidité et de la mortalité prématurée, et au fait trivial que des travailleurs en bonne santé sont plus productifs et génèrent des revenus plus élevés. Au plan micro-économique, il est aisé d'accumuler de l'évidence empirique démontrant qu'un traitement médical efficace permet de restaurer la productivité affectée par la maladie, comme une multitude de travaux empiriques l'ont illustré dans le cas du Sida (Booyesen et Arnsts [9]). Mais, ce mécanisme ne sera pas forcément suffisant pour entraîner des effets macro-économiques significatifs. Dans le cas du Sida, en dépit d'effets démographiques avérés, qui dans les pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés ont quasi-annulé les progrès d'espérance de vie obtenus après les indépendances, les premiers modèles macro-économiques prédisaient un impact, somme toute limité, de l'épidémie, de l'ordre de

la perte annuelle d'un point de croissance du PIB. Ces résultats ont alimenté les réticences de nombreux économistes et d'institutions comme la Banque Mondiale à l'égard des efforts de financement de la lutte contre le Sida, et notamment à partir de la démonstration de l'efficacité des multithérapies antirétrovirales en 1996, une hostilité ouverte au financement de ces traitements du VIH/Sida dans les PED (Ainsworth, Teokul [10]); (Creese, Floyd et al. [11]); (Marseille, Hofman et Kahn [12]).

Cependant, dans ces premiers travaux sur l'impact macro-économique du Sida, les pertes de production dues à la maladie calculées par les modèles étaient, en tout ou partie, compensées par un effet mécanique d'augmentation de la productivité du travail. Il suffit qu'existe une importante main d'œuvre inoccupée, comme dans la quasi-totalité des PED, et que la disparition prématurée de 10% d'une génération productive pour cause de maladie se traduise par une réduction proportionnellement moindre de l'output (par exemple de l'ordre de 5%) pour que la productivité par tête augmente, et pour que les effets macroéconomiques de la mauvaise santé apparaissent limités (Couderc, Drouhin, Ventelou, 2006) [13].

Les modèles de croissance dits « endogène » (Romer [14]; Lucas [15]) sont mieux à même que les outils précédents de capturer d'autres mécanismes au travers desquels la santé n'est plus un bien de consommation comme les autres, mais un investissement générant des bénéfices significatifs sur le long terme. Ces modèles ont mis en lumière le rôle décisif de la transmission du capital humain dans la croissance de long terme (Mankiw, Romer et Weil, 1992) [16]. L'analyse de l'expérience des pays émergents d'Asie du Sud Est, ainsi que d'autres succès de sortie du sous-développement (le Sri Lanka, l'Etat du Kerala en Inde, le Botswana, le Lesotho, la Tunisie en Afrique) insistent sur le processus par lesquels un début d'augmentation de l'espérance de vie, en allongeant l'horizon temporel des ménages, favorise une demande plus forte d'éducation et des comportements d'épargne, deux facteurs critiques pour alimenter l'investissement productif (Bloom et Canning, 2003) [17]. A cela vient s'ajouter ce que certains ont qualifié de « dividende démographique » (Bhargava et al. 2001) [18] : en règle générale une baisse de la mortalité précoce s'accompagne d'une baisse du taux de fertilité, les deux phénomènes concourant à augmenter la part relative des tranches d'âge productives, les 15/60 ans, dans la population totale, et conséquemment à augmenter le revenu par tête.

L'application au cas du Sida de ces modèles de croissance endogène (Bell, et al., 2006) [19] (Couderc, Ven-

telou, 2005) [20] suggère que l'impact cumulé de l'épidémie peut entraîner certaines économies dans une véritable « *trappe épidémiologique* » mettant en danger leur régime de croissance. Ces travaux ont apporté une justification macroéconomique à l'engagement massif de la communauté internationale dans le financement du passage à l'échelle pour l'accès des populations touchées des PED aux traitements antirétroviraux, qui ont démontré leur efficacité dans la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au Sida.

Pour une grande partie des organisations humanitaires, mais aussi pour certains experts (Sachs, 2005) [21], ce nouveau paradigme, qui fait de l'amélioration de la santé une condition nécessaire de la croissance et du développement, tend à être assimilé à l'idée qu'il suffit, pour faire échapper les populations des PED à la pauvreté, d'augmenter l'aide internationale en général, et les dépenses consacrées à santé en particulier. Or, une telle idée demeure légitimement contestée par la majorité des recherches en économie de la santé et du développement.

Si le lien entre amélioration de la santé et croissance est désormais bien établi, l'évidence est moindre quant à la relation entre augmentation des dépenses de santé proprement dites et amélioration de l'état de santé, même si celle-ci peut être retrouvée dès lors que les dépenses ciblent effectivement les secteurs les plus pauvres de la population (Bokhari, et al., 2006) [22]. La médiation entre dépenses de santé d'une part, et amélioration de la santé des populations d'autre part, passe par des systèmes de santé qui continuent d'être affectés par des rendements décroissants et de fortes inefficiences. De nombreux travaux empiriques dans les PED illustrent la grande variance des coûts unitaires de production d'un même service de santé, selon les pays, mais aussi à l'intérieur du même pays, les différences de productivité et d'éloignement par rapport à la frontière des possibilités de production étant loin de s'expliquer par les seuls rendements d'échelle (Murray et Evans, 2003) [23].

Les gouvernements ne peuvent ignorer les risques de déséquilibres macroéconomiques que l'accroissement des dépenses de santé est susceptible d'alimenter. La dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure peut très vite s'avérer élevée dans le cas de programmes verticaux de lutte contre une maladie : dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, les dépenses consacrées au Sida ont dû leur rapide augmentation au fait d'être subventionnées pour plus de moitié par l'aide internationale. Les nécessaires améliorations salariales à consentir aux professionnels de santé pour les retenir et faire face à la crise des ressources humaines dans les sys-

tèmes publics de santé peuvent entraîner un effet de contagion sur l'ensemble de la fonction publique, et contribuer à alourdir excessivement le déficit public. Les arbitrages demeurent loin d'être évidents entre investissement dans les systèmes de santé et usages alternatifs des fonds pour d'autres dépenses sociales (Gupta, et al., 2002) [24].

3. La remise en cause du « recouvrement des coûts »

En matière de financement des dépenses de santé, les politiques introduites au cours des années 1980, théorisées dans l'Initiative dite de Bamako, suite à la tenue en 1987 d'une réunion des Ministres de la Santé africains dans la capitale du Mali sous l'égide des organisations onusiennes, prétendaient que le recouvrement direct des coûts auprès des usagers permettrait de faire face à la crise des budgets publics. Cette crise se perpétue aujourd'hui, puisque la promesse des chefs d'Etat africains, lors du sommet d'Abuja en 2000, de consacrer au moins 15% du total des dépenses publiques à la santé n'est, pour l'instant, atteinte nulle part sur le continent. Le recouvrement des coûts était censé créer une opportunité pour que la voix des consommateurs puisse se faire mieux entendre, et incite les structures de soins à offrir des prestations de meilleure qualité sans trop menacer l'équité d'accès, l'élasticité de la demande par rapport au prix étant censée demeurer faible pour un bien essentiel comme les services de santé de base (Chabot, 1988) [25]. Malheureusement, les études économiques princeps de la Banque Mondiale, qui étaient venus justifier le recouvrement des coûts, pêchaient par de nombreux aspects, à commencer par leur négligence à contrôler les élasticités croisées prix/revenu (Cissé et al., 2004) [26].

Les paiements directs des ménages au point de consommation des soins représentent plus de la moitié du total des dépenses dans les pays à bas revenu (inférieur à 3000 dollars par tête), et plus du tiers dans les pays à revenu intermédiaire (compris entre 3 et 9000 dollars). L'OMS a montré que ces paiements directs des soins font, chaque année, basculer quarante millions de foyers sous le seuil de pauvreté absolue, et imposent à un nombre plus important encore (80 millions) des dépenses de santé qualifiées de catastrophiques, parce que mobilisant plus de 40% des revenus du ménage (Xu, et al., 2003) [27].

Un nombre limité d'expériences de recouvrement des coûts s'est effectivement traduites par une amélioration de la qualité des soins, dès lors que les ressources supplémentaires dégagées pouvaient être réinvesties à cette fin par les gestionnaires des structures de soins

(Mariko, 2003) [28] (Akashi, et al., 2004) [29]. La synthèse de la littérature tirant le bilan global de vingt ans d'expérience de cette politique dans les PED est, cependant, sans appel (James, et al., 2006) [30] (Sepehri et Chermonas, 2001) [31] (McIntyre, et al., 2006) [32]. Le recouvrement des coûts n'a en rien constitué une réponse aux problèmes de financement d'ensemble des systèmes publics, ne contribuant jamais pour plus de 5% au total des dépenses, et ne s'est accompagné d'aucun gain d'efficacité significatif à l'échelle d'ensemble. Le fait que la majorité du financement provienne de paiements directs aggrave même les inefficacités des systèmes de santé en limitant le pouvoir de négociation des autorités publiques et des organismes de financement face aux professionnels de santé et aux offreurs de soins. L'introduction d'incitations, financières et non financières, liées à l'amélioration de la performance au niveau de l'offre des professionnels de santé s'avère beaucoup plus porteuse de gains de productivité (Mills, et al., 2001) [33].

Surtout, le financement par paiement direct est profondément régressif, le quintile de revenu le plus faible contribuant au total des dépenses de santé dans une proportion significativement plus importante que sa part des revenus totaux (Cissé, et al., 2007) [34]. Le recouvrement des coûts contribue, de ce fait, à réduire l'accès aux services de soins de base des secteurs les plus pauvres de la population, y compris à des activités de prévention décisives pour la santé publique. Dans la période récente, l'abolition de cette politique, là où elle a été décidée par les gouvernements qui l'avaient précédemment mise en œuvre, s'est traduite par une augmentation significative de la fréquentation des services (Nabyonga, et al., 2005) [35]. En montrant empiriquement que le recouvrement des coûts s'accompagnait significativement d'une moindre observance et d'une moindre efficacité, y compris en termes de réduction de la mortalité, l'évaluation des expériences de passage à l'échelle des traitements antirétroviraux du Sida (Souteyrand, et al., 2008) [36] a contribué à porter le coût de grâce à cette politique, et à valider les revendications en faveur de la gratuité d'une grande partie des activistes du Sida, et désormais des organisations internationales comme l'OMS (Gilks, et al., 2006) [37].

La gratuité au point de consommation des soins se heurte néanmoins au risque, bien connu des études de la Banque Mondiale dites « *d'analyse d'incidence du bénéfice* », que les services gratuits tendent moins à bénéficier aux plus pauvres qu'à ceux qui ont plus de facilité à exprimer leur demande de soins et à disposer du pouvoir de se faire reconnaître par le système de santé. Une synthèse récente de ces travaux portant sur neuf systèmes

de santé africains montrait, par exemple, que le quintile de revenu le plus pauvre de la population ne bénéficiait en moyenne que de 13% du total des subventions publiques des dépenses de santé, alors que le quintile le plus riche s'en accaparait 29% ; à quelques exceptions près, un résultat similaire, quoique atténué, est observé dans les autres PED (Preker et Langenbrunner, 2005) [38]. La gratuité au point de consommation, si elle ne s'accompagne pas d'autres mécanismes de financement permettant de drainer la part solvable de la demande, n'est donc pas, elle non plus, synonyme d'amélioration de l'équité dans l'accès aux services de soins et dans le financement de la santé.

À la faveur, entre autres facteurs, de la lutte contre le Sida, un consensus tend à s'établir au plan international, sous l'impulsion du Bureau International du Travail (GTZ, 2005 [39], de la résolution de Janvier 2005 du Comité Exécutif de l'OMS (World Health Assembly, 2005) [40], et désormais au niveau du G8 (Conférence, 2007) [41], pour souhaiter une réduction progressive de la part du financement reposant sur le paiement direct, et une promotion des mécanismes de mutualisation du risque et d'assurance, incluant les systèmes d'assurance maladie universelle. La faisabilité politique de la diffusion de mécanismes d'assurance du risque maladie demeure complexe à mettre en œuvre, dès lors qu'un lien et un calendrier appropriés doivent être établis entre introduction croissante de ces financements assurantiels et réforme des services de soins qui garantissent aux assurés une offre sanitaire adéquate (Dussault, et al., 2006) [42].

4. Le débat récurrent sur les droits de propriété intellectuelle

L'idée que ces traitements du Sida devaient demeurer hors de portée des capacités financières des PED, du fait de la « *nécessité* » de maintenir des prix élevés des molécules antirétrovirales sauf à désorganiser durablement le marché international et la recherche mondiale des médicaments contre l'épidémie, a été fortement contestée au nom du « *droit* » des malades du Sud à accéder à des médicaments efficaces et « *essentiels* » pour leur survie.

La législation internationale sur les droits de propriété intellectuelle (accords TRIPS pour Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, en langue française ADPIC) d'avant 2003 intégrait déjà la possibilité pour un pays d'accorder des « *licences obligatoires* », contre l'avis du détenteur du brevet, mais après l'en avoir informé et en lui offrant « *une compensation raisonnable* », dans différentes circonstances dont les cas « *d'urgence nationale et autres circonstances d'extrême*

urgence ». À l'occasion de la Conférence de Seattle de l'OMC en décembre 1999, l'OMS et l'Onusida avaient exprimé, dans des déclarations officielles, qu'à leurs yeux l'épidémie de Sida constituait « à l'évidence » dans les PED un tel cas « d'urgence nationale », justifiant donc l'application éventuelle des clauses autorisant le recours aux licences obligatoires pour produire ou importer des génériques.

Contrairement à certaines allégations des défenseurs inconditionnels du renforcement de la propriété intellectuelle, la théorie économique de l'innovation a toujours prêché une recherche d'équilibre entre deux nécessités, celle d'une protection de ces droits qui garantisse une rente d'innovation suffisante pour rentabiliser les efforts et la prise de risque de Recherche & Développement (R&D) par les firmes privées d'une part, et celle de maintenir le caractère de bien public de la connaissance de base susceptible d'alimenter un faisceau d'innovations d'autre part (Jaffe et Lerner, 2004) [43] (Gallini, 2002) [44]. Comme l'a montré le remarquable ouvrage de Sell (2003) [45], cet équilibre avait été rompu dans les années 1980 : des intérêts puissants, au premier rang desquels les multinationales pharmaceutiques, ont réussi à imposer à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) que le renforcement de la protection des brevets, et la standardisation internationale de cette protection, devait à l'avenir constituer une priorité absolue pour l'innovation. Outre que ce mouvement historique n'a en rien résolu le problème du fossé 10/90% – 10% seulement de la R&D pharmaceutique est consacrée aux pathologies, notamment infectieuses, qui affectent 90% de la population du globe –, le résultat a été la multiplication de brevets dont le champ d'application est « *significativement plus étendu que ce qui paraît raisonnable au regard du droit et de l'analyse micro-économique* » (Henry, 2004, pp. 121–144) [46].

La structure oligopolistique de la majorité de l'offre de médicaments fait courir le risque d'accaparement de rentes excessives au profit des firmes qui entretient des prix élevés des molécules innovantes, et crée une barrière qui, jusqu'à la lutte contre le Sida, pouvait paraître insurmontable pour l'accès aux médicaments les plus performants dans les PED. En théorie, la discrimination par les prix en fonction des élasticités variables de la demande peut correspondre à un comportement rationnel de la part des firmes disposant de produits protégés par un brevet. En pratique, les firmes pharmaceutiques ont tendance, dans les PED, à privilégier plutôt une stratégie de segmentation, qui privilégie une offre étroite ciblée sur la part de la demande la plus solvable et la moins élastique au détriment de volumes de ventes plus massifs. C'est d'ailleurs de façon similaire, en s'efforçant

de maintenir des prix élevés et en différenciant leur produit en jouant sur les conditionnements et la réputation de marque, qu'elles réagissent, le plus souvent, dans les pays développés à l'introduction de médicaments génériques qui suit l'expiration des vingt ans de protection par brevet (Pammolli, et al., 2002) [47].

Les débats économiques sur le degré et la forme adéquate de protection des droits de propriété intellectuelle effectivement susceptible de favoriser l'innovation, et non de la bloquer, ont rencontré, au début des années 2000, la mobilisation de l'opinion internationale pour l'accès aux médicaments du Sida, d'une part, les stratégies de pénétration sur les marchés des PED des producteurs de médicaments génériques basés dans certains de ces pays d'autre part. L'action entreprise devant l'OMC contre le Brésil par la nouvelle administration américaine en janvier 2001, ainsi que l'ouverture à Pretoria, en mars 2001, du procès intenté par trente-six compagnies pharmaceutiques contre la loi sur les médicaments adoptée en 1997 par le gouvernement sud-africain, ont suscité une vive émotion dans l'opinion publique internationale. Ces deux événements ont été perçus comme des tentatives de restreindre la possibilité des gouvernements des PED de s'approvisionner en médicaments pour le VIH/Sida et, dans les deux cas, les plaignants ont dû renoncer à leur action. La convergence entre des ONG, comme Médecins Sans Frontières, certains gouvernements, notamment celui du Brésil, et des organisations onusiennes ont permis de promouvoir, à partir du début des années 2000, un mécanisme de prix différentiel entre pays développés et PED pour les médicaments du Sida, et de garantir le maintien de certaines flexibilités lors de la renégociation des ADPIC de l'OMC dans le cadre du cycle de Doha entamé en 2003. Ceci s'est traduit par une disponibilité des médicaments de première ligne du Sida, dont les coûts annuels atteignent plusieurs dizaines de milliers de dollars dans les pays développés, pour des sommes inférieures à un dollar par jour dans les pays à plus bas revenus, et l'accès à ces thérapeutiques efficaces pour plus de trois millions de patients de ces pays.

Les travaux coordonnés par l'Agence Nationale Française de Recherches sur le Sida (ANRS) ont montré le rôle clé de la concurrence générique dans cette baisse des prix, et l'importance d'un cadre institutionnel permettant des clauses d'exception aux règles internationales de la propriété intellectuelle, notamment la possibilité de recours à des licences obligatoires, pour garantir cette concurrence (Moatti, et al., 2003) [48], (Coriat, et al., 2006) [49].

En dépit de la reconnaissance des nécessaires flexibilités des ADPIC, lors du sommet de l'OMC en 2003

à Doha, la protection par brevet continue de constituer un goulot d'étranglement qui menace de redevenir majeur, au fur et à mesure que les patients infectés par le VIH doivent changer de traitement pour passer à des molécules, dites de seconde ligne, plus récentes et plus coûteuses, qui, en l'absence d'alternatives génériques, peuvent multiplier les coûts unitaires de traitement d'un facteur 15 à 50. A terme, cette situation peut conduire à des choix tragiques pour les programmes d'accès entre poursuivre le traitement de patients qui doivent passer de la première à la seconde ligne versus initier le traitement de nouveaux patients. D'ores et déjà, les programmes les plus avancés d'accès aux traitements, comme celui du Brésil, se trouvent de nouveau dans une forte situation de dépendance pour leur approvisionnement, d'autant que les droits de propriété s'exercent aussi désormais sur les principes actifs, la matière première du médicament produits pour l'essentiel par la Chine et l'Inde.

L'avenir des débats sur l'accès aux médicaments essentiels passe, pour partie, par des progrès de la recherche en économie industrielle pour explorer les alternatives institutionnelles à la protection classique des droits de propriété intellectuelle qui peuvent promouvoir le développement des connaissances et leur transfert rapide aux processus d'innovation (pools de brevets, coopérations « science ouverte » – *open source* – entre innovateurs, partenariats public/privé incitant à la recherche vaccinale ou sur les maladies « négligées », transferts de technologies Nord/Sud et Sud/Sud) (Orsi et Coriat, 2006) [50]. Mais, l'avenir de ces débats n'est pas, non plus, exempt de contradictions potentielles à l'intérieur des forces qui se sont coalisées, en particulier les ONGs du Nord et du Sud, pour élargir l'accès aux médicaments du Sida. Il faut en effet reconnaître qu'un mécanisme de prix différentiel vertueux, au profit des PED, implique que les consommateurs des marchés des pays développés puissent assurer l'amortissement des coûts réels de R&D, et que ceci peut entrer en conflit avec les politiques de maîtrise des dépenses de santé chez ces derniers.

5. Programmes verticaux versus systèmes de santé : une diagonalisation nécessaire

La Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata en septembre 1978 par l'OMS, soulignait déjà la nécessité que tous les gouvernements « *élaborent, au plan national, des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet, et à les coordonner*

avec l'action d'autres secteurs », et que « *s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles* ». On sait que ces ambitieuses déclarations d'intention n'ont guère été suivies d'effets, et que l'objectif proclamé à Alma-Ata d'atteindre « *la santé pour tous en l'an 2000* » est demeurée une chimère. Depuis cette date, la capacité des programmes verticaux, qu'il s'agisse de ceux qui sont ciblés sur le Sida, la tuberculose et la malaria ou des programmes élargis de vaccinations, de mobiliser des ressources sans commune mesure avec ce qui avait pu l'être auparavant au profit des soins primaires, est devenue un fait politique incontournable.

Les programmes de lutte contre le Sida, comme ceux soutenus par le Fonds Global, consacrent plus du tiers de leurs financements à des investissements (amélioration des infrastructures, formation et renforcement des capacités des professionnels de santé, surveillance & évaluation) qui bénéficient directement à l'ensemble du système de santé. Ils y contribuent également en diminuant la pression exercée sur le système de soins par l'épidémie, le Sida mobilisant plus de la moitié des hospitalisations dans de nombreuses structures de santé d'Afrique sub-saharienne ou en réduisant la mortalité et la morbidité due au Sida parmi les personnels de santé eux-mêmes. Ces externalités « positives » ne doivent pas dissimuler les risques inverses d'une polarisation excessive des financements sur certaines pathologies et surtout d'une désorganisation des systèmes de santé.

La solution tient à la capacité qu'auront (ou non) les autorités sanitaires des PED de « *diagonaliser* » les ressources supplémentaires générées par les programmes verticaux pour accentuer les synergies avec le renforcement d'ensemble des systèmes de santé, les réformes du financement des dépenses de santé, et les stratégies de réduction de la pauvreté (Sepúlveda, et al., 2006) [51].

Les avancées en matière de financement de la lutte contre le Sida ne doivent néanmoins pas servir de prétexte à négliger d'autres besoins d'aide en faveur des systèmes de santé. La part consacrée à la santé dans le total de l'aide publique internationale est demeurée stable, autour de 13%, depuis l'an 2000, et n'a donc fait que bénéficier d'un mouvement général de rattrapage. L'aide au développement s'était en effet effondrée dans les années 1990, suite à la fin de la coexistence pacifique avec l'Union Soviétique, et l'objectif, maintes fois affirmé, des pays de l'OCDE d'y consacrer un minimum de 0,7% de leur PIB n'est actuellement atteint que par les pays scandinaves et les Pays-Bas. Les organisations internationales estiment qu'il faudrait de 30 à 70 milliards de dollars supplémentaires par an (soit une aug-

mentation de 10% à 20% du total actuel des dépenses de santé dans les PED), ainsi qu'une multiplication d'un facteur trois à huit du niveau actuel de l'aide pour atteindre les objectifs du Millénaire (Schieber, 2007) [52] et (WHO, 2005) [40,53]. Quant à l'objectif spécifique d'accès universel à la prévention et au traitement du Sida, il est censé nécessiter un triplement des fonds actuellement disponibles d'ici 2015 (UNAIDS, 2007) [3,4].

Références

- [1] C. Lane, A. Glassman, Bigger and better? Scaling up and innovation in health aid, *Health Affairs* 26 (2007) 935–948.
- [2] C.D. Mathers, C. Bernard, K. Iburg, M. Inoue, D. Ma Fat, K. Shibuya, C. Stein, N. Tomijima, The Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 54), 2003; Consultable sur <http://www.who.int/evidence>.
- [3] UNAIDS, WHO, AIDS Epidemic update 07, UNAIDS, Geneva, December 2007.
- [4] UNAIDS, Financial resources required to achieve universal access to HIV, prevention, treatment, care and support, Geneva, September 2007.
- [5] United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), Political declaration on HIV/AIDS. Resolution 60/262 adopted by the General Assembly, June 2nd 2006, United Nations, New-York.
- [6] R. Solow, A contribution to the theory of economic growth, *Quarterly Journal of Economics* 70 (1956) 65–94.
- [7] R.W. Fogel, *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America, and the Third World*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1993.
- [8] World Health Organization (WHO), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, 2001.
- [9] F.R. Booyens, T. Arntz, The methodology of HIV/AIDS impact studies. A review of current practices, *Social Science & Medicine* 56 (2003) 2391–2405.
- [10] M. Ainsworth, W. Teokul, Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less developed countries, *Lancet* 356 (2000) 55–60.
- [11] A. Creese, K. Floyd, A. Alban, L. Guinness, Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence, *Lancet* 359 (2002) 1635–1642.
- [12] E. Marseille, P.B. Hofmann, K.G. Kahn, HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa, *Lancet* 359 (2002) 1851–1856.
- [13] N. Couderc, N. Drouhin, B. Ventelou, Sida et croissance économique : le risque d'une «trappe épidémiologique», *Revue d'Economie Politique* 116 (2006) 697–715.
- [14] P. Romer, Increasing returns and long run growth, *Journal of Political Economy* 94 (1986) 1002–1037.
- [15] R. Lucas, On the mechanics of economic development, *Journal of Monetary Economics* 22 (1988) 3–42.
- [16] G.D. Mankiw, P. Romer, D. Weil, A contribution to the empirics of economic growth, *Quarterly Journal of Economics* 107 (1992) 407–437.
- [17] D. Bloom, D. Canning, Health as human capital and its impact on economic performance, *Geneva Papers on Risk & Insurance* 28 (2003) 304–315.
- [18] A. Bhargava, D.T. Jamison, L.J. Lau, C.J.L. Murray, Modeling the effects of health on economic growth, *Journal of Health Economics* 20 (2001) 423–440.
- [19] C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach, The long-run economic costs of aids: A model with an application to South Africa, *World Bank Economic Review* 20 (2006) 55–89.
- [20] N. Couderc, B. Ventelou, AIDS, economic growth and the epidemic trap in Africa, *Oxford Development Studies* 33 (2005) 417–426.
- [21] J.D. Sachs, *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*, The Penguin Press, New York, 2005.
- [22] F.A.S. Bokhari, Y. Gai, P. Gottret, Government health expenditures and health outcomes, *Health Economics* 16 (2006) 257–273.
- [23] C.J.L. Murray, D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, WHO Editions, Geneva, 2003.
- [24] S. Gupta, M. Verhoeven, E.R. Tiongson, The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies, *European Journal of Political Economy* 18 (2002) 717–737.
- [25] J. Chabot, The Bamako initiative, *Lancet* 2 (1988) 1366–1377.
- [26] B. Cissé, S. Luchini, J.P. Moatti, Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays En Développement : les raisons de résultats contradictoires, *Revue Française d'Economie* 7 (2004) 54–86.
- [27] K. Xu, D. Evans, K. Kawakabata, R. Zeramdini, J. Klavus, C. Murray, Household, Catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *The Lancet* 362 (2003) 111–117.
- [28] M. Mariko, Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific roles of structural, process, and outcome components, *Social Science & Medicine* 56 (2003) 1183–1196.
- [29] H. Akashi, T. Yamada, E. Huot, K. Kanal, T. Sugimoto, User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes, *Social Science & Medicine* 58 (2004) 553–564.
- [30] C.D. James, K. Hanson, B. McPake, D. Balabanova, D. Gwatkin, I. Hopwood, To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries, *Applied Health Economics & Health Policy* 5 (2006) 137–153.
- [31] A. Sepehri, R. Cheronas, Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries, *Journal of International Development* 13 (2001) 183–209.
- [32] D. McIntyre, M. Thiede, G. Dahlgren, M. Whitehead, What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* 62 (2006) 858–865.
- [33] A. Mills, S. Bennet, S. Russell (Eds.), *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?*, Macmillan, Oxford, 2001.
- [34] B. Cissé, S. Luchini, J.P. Moatti, Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy* 80 (2007) 51–68.
- [35] O.J. Nabyonga, M. Desmet, H. Karamagi, P.Y. Kadama, F.G. Omaswa, O. Walker, Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda, *Health Policy & Planning* 20 (2005) 100–108.
- [36] Y. Souteyrand, V. Collard, J.P. Moatti, I. Grubb, T. Germa, Free care at the point of service delivery: a key component for rea-

- ching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries, *AIDS* 22 (Suppl. 1) (2008) S161–S168.
- [37] C.F. Gilks, S. Crowley, R. Ekpini, S. Gove, J. Perriens, Y. Souteyrand, et al., The WHO public-health approach to anti-retroviral treatment against HIV in resource-limited settings, *Lancet* 368 (2006) 505–510.
- [38] A.S. Preker, J.C. Langenbrunner (Eds.), *Spending Wisely. Buying Health Services for the Poor*, The World Bank, Washington DC, 2005.
- [39] German Agency for Technical Cooperation (GTZ), International Labor Organization, World Health Organization, Joint Conference on Extension of Social Protection in the Field of Health, Berlin, January 2005.
- [40] World Health Assembly, Resolution on sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, World Health Assembly, Geneva, January 2005.
- [41] G8 Conference, Health protection in developing countries: breaking the vicious circle of disease and poverty, Final Declaration, Paris, March 15–16, 2007.
- [42] G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (Eds.), *L'assurance maladie en Afrique Francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale, Washington DC, USA, 2006.
- [43] A.B. Jaffe, J. Lerner, *Innovation and its Discontents*, Princeton University Press, New Jersey, USA, 2004.
- [44] N.T. Gallini, The Economics of patents: Lessons from recent U.S. patent reform, *Journal of Economic Perspectives* 16 (2002) 131–154.
- [45] S.K. Sell, *Private Power, Public Law. The Globalization of Intellectual Property Rights*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003.
- [46] C. Henry, Propriété intellectuelle et développement ou comment imposer au monde un système perversi, *Revue d'Economie du Développement* 18 (2004) 121–144.
- [47] F. Pammolli, F. Magazzini, L. Orsenigo, The intensity of competition after patent expiry in pharmaceuticals. A cross-country analysis, *Revue d'Economie Industrielle* 99 (2002) 107–132.
- [48] J.P. Moatti, Y. Souteyrand, B. Coriat, Y.A. Flori, J. Dumoulin (Eds.), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Coll. Sciences Sociales & Sida, ANRS, Paris, 2003.
- [49] B. Coriat, F. Orsi, C. d'Almeida, TRIPS and the international public health controversies: issues and challenges, *Industrial & Corporate Change* 15 (2006) 1033–1062.
- [50] F. Orsi, C. Coriat, The new role and status of intellectual property rights in contemporary capitalism, *Competition and Change* 4 (2006) 162–179.
- [51] J. Sepúlveda, F. Bustreo, R. Tapia, J. Rivera, R. Lozano, G. Oláiz, V. Partida, L. García-García, J.L. Valdespino, Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach, *Lancet* 368 (2006) 2017–2027.
- [52] G.J. Schieber, P. Gottret, L.K. Fleisher, A.A. Leive, Financing global health: mission unaccomplished, *Health Affairs* 26 (2007) 921–934.
- [53] World Health Organization (WHO), *Health and the Millennium Development Goals*, Geneva, 2005.