

SIDA ET DÉVELOPPEMENT : UN ENJEU MONDIAL

Vincent Touzé

Département des études de l'OFCE, THEMA et Institut d'études politiques de Lille

Bruno Ventelou

Département des études de l'OFCE

L'article propose une revue des débats économiques que suscite la pandémie de SIDA en Afrique, notamment les débats portant sur l'accès restreint aux thérapeutiques brevetées et sur le droit international en matière de propriété intellectuelle (OMC, accords TRIPs). Après une rapide description de la maladie, de son épidémiologie, et des traitements existants, il énonce les différentes formes d'impact de la maladie sur l'économie et examine les études macroéconomiques disponibles pour les pays africains. La méconnaissance des aspects différés du choc, sur l'accumulation de capital et sur l'éducation, peut avoir conduit les études à sous-estimer l'effet de la maladie sur les mécanismes de développement de ces pays très pauvres. Ce constat, la gravité de la maladie, ainsi que l'observation des formes concrètes de l'échange international, plaident pour une intervention publique mondiale à deux niveaux : d'une part une réévaluation critique de la législation sur la protection des droits de propriété intellectuelle, mise en place sous l'égide de l'Organisation mondiale du commerce ; d'autre part la constitution d'un « fonds global » de connaissances et de moyens financiers, dans lequel les pays pauvres pourraient trouver les traductions concrètes des solidarités et d'une véritable gouvernance mondiale.

Le SIDA est avant tout un drame humain. En même temps, peu de questions illustrent aussi bien la « mondialisation », ses périls et ses opportunités, que celle du SIDA en Afrique. Au plan strictement médical, d'abord, la pandémie est par essence un phénomène qui dépasse les frontières et les modes de régulation nationaux (le système sanitaire du pays). Au plan médico-économique, ensuite, le SIDA se caractérise par des logiques transnationales particulièrement frappantes : on sait, depuis notamment les travaux de Paul Farmer (1996, 1998¹), que la pauvreté et les inégalités mondiales sont des facteurs « épidémiologiques » : les chocs macroéconomiques (dus aux fluctuations du commerce mondial et parfois aux ajustements structurels qui en résultent) *accélèrent la transmission de la maladie*, parce qu'ils

1. Voir aussi Basu et alii (2000), Accorsi et alii (2001), et Fassin (2000) pour une démarche d'anthropologie médicale.

entraînent des flux migratoires intra-nationaux, un délitement des cadres villageois traditionnels, et un dénuement aggravé des femmes en zone urbaine ; la coexistence d'une population pauvre, privée d'activité économique, et d'une population riche, bien soignée et vivant longtemps avec le virus, est aussi, en soi, un facteur de propagation². Enfin, et peut-être surtout, les traitements, les médicaments, et parfois même, les ressources financières pour lutter contre la maladie se trouvent ailleurs que dans les pays du Sud majoritairement touchés, caractérisant encore une fois une *logique forte de mondialisation* des problèmes. Exemple le plus connu, les traitements médicamenteux (les fameuses bi/trithérapies) sont à ce jour produits « en occident » (sauf exceptions, telles que le laboratoire producteur de génériques CIPLA en Inde), sous licence de laboratoires pharmaceutiques des pays développés, et vendus dans le monde entier à un prix fixé indépendamment des besoins nationaux (et ressources) des pays africains.

Le tableau suivant résume, pour l'année 2001, l'état de l'épidémie dans le monde :

I. L'épidémie du SIDA dans le monde en 2001

<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA</i>	
Adultes	37,2 millions
Femmes	17,6 millions
Enfants < 15 ans	2,7 millions
Total	40 millions
<i>Nouveau cas d'infection à VIH en 2001</i>	
Enfants < 15 ans	900 000
Total	5 millions
<i>Décès dus au SIDA en 2001</i>	
Enfants < 15 ans	500 000
Total	3 millions

Sources : ONUSIDA.

Cet article propose une brève synthèse de la littérature économique consacrée à ce sujet : SIDA, développement, et transferts internationaux. Nous procéderons en trois temps : une description rapide de la maladie et de son épidémiologie ; la mise en évidence des canaux de transmission du choc épidémiologique à l'économie du pays ; puis, sur la base des évaluations quantitatives existantes, les moyens à mettre en œuvre aux niveaux national et international.

2. Il n'est pas ici question d'identifier un responsable. On peut constater simplement que les nouvelles formes de la maladie (résistantes aux traitements, ce qui est probant) se diffusent aujourd'hui du Nord vers le Sud, sans doute via le marché de la prostitution des grandes villes portuaires (Abidjan, etc.).

Diffusion de la pathologie et conditions d'accès aux remèdes

La pathologie

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) comprend trois phases : la contamination, la séropositivité et le SIDA. La contamination du virus se fait par échange sanguin (transfusion sanguine, transmission mère à enfant pendant la grossesse³) ou à la suite d'un rapport sexuel non protégé.

La séropositivité est le premier stade de la maladie. Contrairement à une idée reçue, la séropositivité n'est pas vraiment une absence de maladie (l'idée de « porteur sain ») car, pendant ce stade, le virus détruit déjà progressivement le système immunitaire⁴. Cependant, la séropositivité ne conduit pas à une incapacité économique, ni n'affecte radicalement la qualité de la vie, mais elle signifie un risque de contamination pour les autres personnes lors de rapports sexuels. La

2. Les conséquences du SIDA en termes d'espérance de vie

En %

	Taux de prévalence	Espérance de vie à la naissance	
		avec SIDA	sans SIDA
Afrique du Sud	20,0	51	66
Botswana	35,8	39	70
Brésil	0,6	63	71
Cambodge	4,0	57	60
Cameroun	7,7	55	63
Côte d'Ivoire	10,8	45	58
Haïti	5,2	49	56
Inde	0,7	63	63
Kenya	14,0	48	65
Maroc	0,0	69	69
Sénégal	1,8	62	62
Swaziland	25,3	40	58
Thaïlande	2,2	69	71
Vietnam	0,2	69	69
Zimbabwe	25,1	38	70

Le taux de prévalence (% de personnes infectées par le VIH dans une population) est observé en 1999. L'historique de l'épidémie (le caractère plus ou moins ancien de la contamination et le délai de latence) explique que, parfois, des taux de prévalence même élevés ne produisent pas (encore) une chute importante de l'espérance de vie, voir suite.

Sources : US Census Bureau, Population Reference Bureau, et OMS.

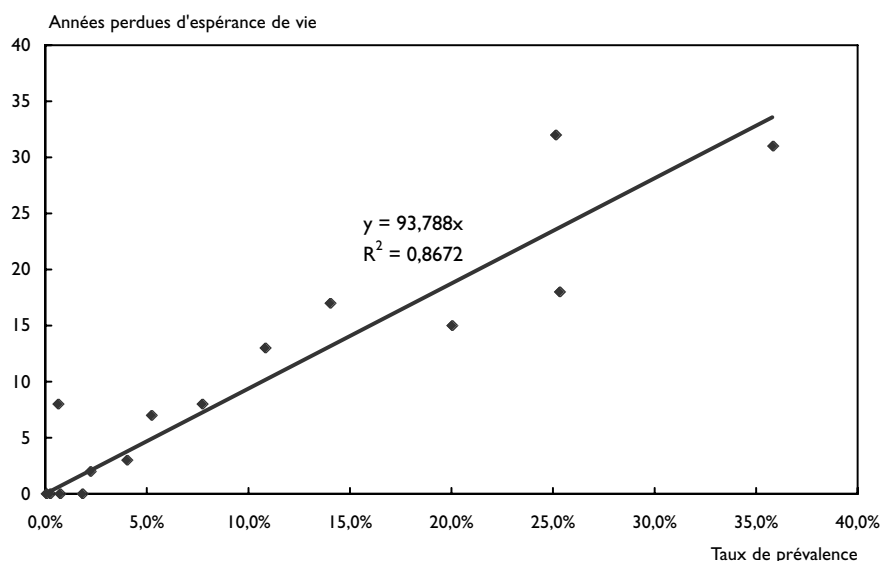
3. Malgré l'existence de traitements pré et postnataux, les risques de transmission ne sont jamais écartés.

4. Le virus envahit les cellules du système immunitaire, les lymphocytes T4 ou CD4+. La concentration de lymphocytes T4 par micro-litre de sang est une façon de mesurer la progression de la maladie. Elle est normalement de 1 000 cellules, et elle va diminuer en deçà de 200 (seuil en général retenu pour déclarer l'entrée dans la phase SIDA).

séropositivité nécessite un traitement dont l'objectif est de réduire la progression interne du virus. L'apparition récurrente de maladies opportunistes (pneumonie, complications sévères du virus de l'herpès, tuberculose, troubles oculaires voire cécité, cancers, ...) puis le décès surviennent après une période relativement longue d'une durée d'environ huit à dix ans, période pendant laquelle le virus s'est reproduit. La progression du virus se traduit par un affaiblissement du système immunitaire. À partir d'un certain stade critique, le système immunitaire n'est plus en mesure de protéger l'organisme. Ce stade de la maladie est appelé syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)⁵.

Le caractère invalidant et douloureux des maladies opportunistes occasionne un préjudice moral important (atteinte grave à la qualité de vie). Bien sûr, le préjudice humain le plus grave est le caractère prématuré du décès (voir tableau 2 et graphique 1).

1. Les conséquences du SIDA en termes d'espérance de vie



Le taux de prévalence est observé en 1999.
Sources : US Census Bureau, Population Reference Bureau et OMS.

L'épidémie

L'épidémie de VIH/SIDA peut être évaluée à l'aune de deux critères synthétiques : le nombre de décès liés au SIDA et le « taux de prévalence », égal à la proportion de personnes atteintes par le VIH/SIDA dans une population. Dans la mesure où le SIDA met environ huit à

5. Le neuro-SIDA est une forme compliquée du SIDA qui se traduit, en plus, par une détérioration du système nerveux. Il est plus difficile à soigner car les médicaments n'ont pas toujours la capacité d'atteindre le système nerveux.

dix ans avant de se déclarer en l'absence de soins prophylactiques, l'évolution du nombre de décès liés au SIDA dans la population totale peut révéler, soit le caractère ancien de la maladie, soit son importance quantitative. En revanche, le taux de prévalence du VIH est une information sur l'importance épidémiologique de la maladie ; il est un indicateur avancé de la morbidité à moyen terme. Si on regarde l'évolution en variation de ce taux de prévalence, on peut avoir une idée des conséquences à plus long terme, selon que l'épidémie est en phase d'expansion, d'accélération, de ralentissement (observe-t-on une inflexion ?) ou de régression.

Au regard des statistiques fournies par l'OMS et ONUSIDA, on peut distinguer trois zones :

— Les pays avec des taux de prévalence élevés où le rythme d'accroissement de la maladie est stable et où le nombre de décès dont l'origine est imputable au SIDA ne cesse de croître (Afrique subsaharienne et Caraïbes) ;

— Les pays avec des taux de prévalence faibles mais où le rythme d'accroissement du nombre de séropositifs et de décès liés au SIDA est considérable (pays de l'Est, Asie, Amérique latine). Les zones au profil croissant le plus inquiétant sont l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, l'Asie de l'Est et du Pacifique, l'Europe orientale et l'Asie centrale ;

— Les pays avec des taux de prévalence bas où le rythme d'accroissement du nombre de séropositifs reste faible et où le nombre de décès liés au SIDA décroît (ensemble des pays développés). La forte réduction du taux de décès parmi la population séropositive a toutes les raisons d'être attribuée à l'apparition de traitements efficaces.

3. Le contraste de l'épidémie dans les grandes zones mondiales

En %

	Taux de décès		Taux de prévalence fin 2001	Taux de croissance annuel décès 1999/1997	Taux de croissance annuel VIH	
	1997	1999			1999/1997	2001/1999
Afrique du Nord/Moyen Orient	6,2	5,9	0,2	0	2	41
Afrique subsaharienne	8,6	11,4	8,4	25	8	7
Amérique du Nord	3,4	2,2	0,6	- 17	2	2
Amérique latine	1,9	3,7	0,5	44	5	4
Asie de l'Est et du Pacifique	1,2	3,4	0,1	90	12	37
Asie du Sud et du Sud-Est	4,3	8,2	0,6	36	- 2	4
Australie et Nouvelle-Zélande	5,8	0,8	0,1	- 59	12	0
Caraïbes	5,8	8,3	2,2	29	8	8
Europe occidentale	3,1	1,3	0,3	- 33	4	4
Europe orientale	0,5	2,0	0,5	192	49	54
Total	7,5	8,2	1,2	10	6	8

Le « taux de décès » est le nombre de décès dus au SIDA ramené à la population atteinte du VIH.

Sources : ONUSIDA, calculs des auteurs.

Les remèdes

Il existe des traitements. Ceux-ci ont deux objectifs : réduire la progression du VIH et soigner ou prévenir les maladies opportunistes. Concernant le VIH, il y a deux classes de médicaments : les analogues de la nucléoside (anti-rétroviraux) et les inhibiteurs de la protéinase (IP). Ces deux catégories de médicaments ont pour rôle de réduire la production de nouveaux virus. Ils sont utilisés de façon combinée (bi ou tri-thérapie). La combinaison des trois traitements est plus efficace, car le virus a alors un pouvoir de résistance et d'adaptation plus faible. L'OMS est cependant très pessimiste sur la possibilité de généraliser le traitement par tri-thérapie dans les pays du Sud, notamment en Afrique subsaharienne. Deux facteurs sont avancés : la pauvreté des structures d'encadrement de la prise thérapeutique (les tri-thérapies sont extrêmement contraignantes, et des problèmes d'observance apparaissent même dans les pays développés, qui pourtant mettent à disposition des malades des structures d'encadrement et de conseil médical sans comparaison avec celles de l'Afrique) ; et, bien sûr, le coût des traitements. En tant qu'économiste, nous insisterons sur le second point (mais le premier point peut être en partie résolu, voir notamment Farmer, 2001).

Le coût des traitements est variable dans le temps et l'espace. En principe, ce sont les producteurs — propriétaires des brevets ⁶ — qui fixent le prix. En pratique, ce n'est pas toujours vérifié. Dans les pays riches, le prix des médicaments est parfois réglementé : en France, par exemple, l'Agence du médicament doit donner son accord sur le prix de vente lorsque le médicament est remboursable par le système d'assurance sociale. Dans les pays en voie de développement, les prix proposés sont (ou devraient être) nécessairement plus bas que dans les pays riches dans la mesure où le pouvoir d'achat est plus faible. Mais il y a également une pression à la hausse sur le prix, car la demande d'un produit ayant le pouvoir de sauver une vie humaine est fortement inélastique (sauf contrainte financière). Les firmes pharmaceutiques intègrent cette propriété dans leur politique de prix (principe rationnel de *pricing* ⁷) dans la mesure où elles sont, du fait des brevets (protection de la propriété intellectuelle), en position de monopole sur leur segment de marché. Cependant, le respect des brevets et donc les surcoûts liés aux rentes de monopole peuvent être levés pour les produits médicaux quand un risque de santé publique est reconnu. En matière de législation du commerce international, les fameux accords TRIPs ⁸ font

6. En général, la durée de protection d'un brevet est de vingt ans à compter de la date de dépôt.

7. Nom savant des méthodes utilisées par les firmes pour optimiser le prix de vente d'un produit. Par exemple, si la demande est très peu élastique au prix, un monopoleur va chercher à s'appropriier l'intégralité du surplus des consommateurs, en l'occurrence, leur richesse résiduelle.

8. TRIPs est l'acronyme de *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*.

référence : ils imposent aux pays membres de l'OMC de respecter les droits de propriété intellectuelle. Pour les pays les moins avancés, un délai d'adaptation⁹ leur permet d'attendre jusqu'en 2006 avant de se mettre en totale conformité avec le droit international, mais surtout ces accords concèdent aux gouvernements la possibilité de produire des médicaments sous « licence obligatoire » (fabrication de médicaments génériques par le système de santé national) *sans* l'accord du propriétaire du brevet, dans certaines circonstances, par exemple si le VIH/SIDA est déclaré urgence nationale.

Certains pays (Afrique du Sud, Brésil) se sont vu néanmoins tenter des procès par les laboratoires pharmaceutiques devant l'OMC : l'Afrique du Sud *importait* des médicaments génériques, ce qu'en principe elle n'avait pas le droit de faire. Face à une situation similaire, le gouvernement des États-Unis n'a pas hésité, utilisant la menace d'une production immédiate de génériques en grand nombre, à faire pression sur un groupe pharmaceutique allemand pour obtenir la fabrication, dans les meilleurs délais, à un prix réduit et en quantité suffisante, de la molécule nécessaire pour pallier l'épidémie de la maladie du charbon. Le gouvernement américain n'a pas été mis en procès. Dans le domaine de l'accès à un médicament, l'importance d'un marché national dans l'économie mondiale est, semble-t-il, un argument important de pression auprès des groupes pharmaceutiques. La négociation de Doha (au Qatar, le 13 novembre 2001) a même tendu à avaliser cette (nouvelle) attitude américaine : il est désormais reconnu que « chaque membre [de l'OMC] a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences peuvent être accordées » ; et ceci contre toutes attentes, puisque, avant les événements du 11 septembre, les États-Unis avaient plutôt pris position *contre* les productions nationales sous licence obligatoire (Brésil). Mais la déclaration de Doha laisse subsister un vide important pour les Pays en Développement les plus pauvres : elle ne statue pas sur la question cruciale de l'accès aux médicaments génériques *pour les pays sans capacités de production* (dépourvue d'industries), qui sont donc condamnés à court terme, comme certains pays africains, à *importer* leurs produits génériques en provenance de pays émergents, tels que l'Inde ou le Brésil. « Les pays riches et les compagnies pharmaceutiques refusent que soient remis en question les monopoles de brevet dans les pays dépourvus de capacités industrielles. La déclaration de Doha ne lève pas cette barrière. La majorité des malades du sida, et la majorité des malades en général, vivent dans ces pays ; l'exportation à partir des pays émergents est donc absolument nécessaire », Gaëlle Krikorian, Act Up-Paris.

9. Les dates butoirs étaient/sont : 1996 pour les pays développés ; 2000 pour les pays en développement ; 2005 pour les pays en développement qui ne disposaient pas de législation sur la propriété intellectuelle ; et 2006 pour les pays les moins avancés.

On peut se rendre compte dans le tableau suivant de l'intérêt financier qu'il y a pour une nation (ici le Brésil) à contrevenir aux droits de propriété en matière de produits médicaux. Depuis 1998, le Brésil produit ses propres médicaments anti-rétroviraux.

En 2000, la production et l'utilisation de génériques ont conduit à une division par 2 en moyenne du coût des traitements. Des chiffres plus récents, mais moins fiables, laissent augurer d'une réduction plus grande encore (une division par 4, voire plus). Cela suppose bien sûr de contrevenir au droit commercial protégeant la propriété intellectuelle, alors même que les « brevets » ont, sur la durée, une rationalité économique (ils préservent les incitations à la recherche et à l'innovation). C'est un point sur lequel nous reviendrons dans la troisième section de cet article.

4. Exemple d'évolution des coûts de traitement au Brésil

	Coût moyen annuel par patient en US \$				
	1996	1997	1998	1999	2000
Double thérapie (2 ARV)	3 812 (124)*	3 070 (100)*	2 367 (77)*	1 476 (48)*	763 (25)*
Triple thérapie (2 ARV + IP)		7 342 (100)*	6 489 (88)*	5 687 (77)*	4 717 (64)*
Traitement moyen	3 812 (78)*	4 858 (100)*	4 536 (93)*	4 243 (87)*	4 137 (85)*
Traitement des femmes enceintes	662 (107)*	618 (100)*	533 (86)*	243 (39)*	208 (34)*

* base 100 = 1997.

Remarque : la production nationale d'anti-rétroviraux a commencé en 1998 avec la Didanosine et l'AZT+3TC. Les prix de ces produits ont alors baissé en trois ans de 63 % pour la Didanosine et 79 % pour l'AZT+3TC. La production nationale d'un inhibiteur de protéase a commencé en 2000 (Indinavir) ; une réduction du prix de 30 % a été observée. Au début de l'année 2000, le Brésil ne produisait pas encore de Ritonavir.

Sources : Ministère de la Santé, Brésil, et calculs des auteurs.

Les conséquences économiques du VIH/SIDA

Quelques canaux entre la maladie et la macroéconomie

Au niveau macroéconomique, l'accumulation de richesse et le développement à long terme de l'économie devraient d'abord se contracter sous l'effet d'une réduction rapide de la productivité moyenne du pays (réduction de l'espérance de vie et altération de la productivité des travailleurs), mais aussi par le biais de l'augmentation des dépenses de santé (augmentation des cas de SIDA), qui, qu'on le veuille ou non, « détournent » les ressources nationales de leur allocation de long terme ; bien qu'à court terme, les dépenses de santé soient comptabilisées en positif dans le PIB... Pour y voir clair, nous

reprendrons une classification classique : *coût direct* (auquel s'intègrent parfois les coûts de prévention), *coût indirect* ; en y ajoutant, cependant, une catégorie supplémentaire, baptisée *coût indirect différé*.

Les coûts directs. Ces coûts regroupent les dépenses médicales liées au HIV/SIDA : traitements pour les maladies opportunistes ainsi que l'utilisation éventuelle d'ARV + IP, rémunération et formation des personnels médicaux et administratifs, dépenses d'infrastructures hospitalières, surveillance et sécurité au niveau des transfusions sanguines, recherche scientifique. Dans les pays qui socialisent une partie des revenus sous la forme d'assurance santé ou de redistribution vers les plus démunis, on peut s'attendre à une augmentation du taux de prélèvement obligatoire pour faire face à l'accroissement des dépenses médicales. En Afrique, ces coûts, dits directs, vont essentiellement se traduire au niveau individuel (le revenu des ménages), par une ponction supplémentaire sur un « surplus net après consommation » déjà excessivement étroit. L'impact économique du SIDA passera alors essentiellement par le taux d'épargne, avec le mécanisme suivant :

SIDA => soins => ponction sur l'épargne => moins d'accumulation de capital.

Mais cette « équation » n'est vraie que si le SIDA donne effectivement lieu à des soins ; dans le cas contraire (maladie non soignée, ce qui est fréquent en Afrique), les effets économiques du SIDA comme ponction sur l'épargne resteront limités ¹⁰.

Les coûts indirects. Une personne qui développe le SIDA voit sa capacité productive réduite car elle tombe régulièrement malade. La réduction de la capacité de travail signifie une baisse des ressources du ménage si la victime a une responsabilité familiale. Pour les plus pauvres, cette baisse est d'autant plus insupportable que les maladies opportunistes viennent alourdir la dépense en soins de santé du ménage (le coût direct). L'impact macroéconomique du SIDA est donc analysé cette fois par *l'offre de travail*, avec le mécanisme suivant :

SIDA => invalidité => baisse de la productivité du travail.

Concrètement, les conséquences du SIDA sur le système productif diffèrent selon les secteurs de production : l'agriculture, le secteur des transports, le secteur minier, le secteur manufacturier, le secteur public. Il est en effet apparu que l'analyse d'impact variait beaucoup selon les hypothèses faites sur la prévalence du HIV/SIDA dans les différents segments de la main-d'œuvre (Selon leur caractère stratégique pour le développement, comptera aussi l'éventuelle perméabilité des secteurs en termes de flux de main-d'œuvre). Certaines activités professionnelles

10. ...sans compter les effets malthusiens : le choc démographique (négatif) peut avoir paradoxalement un rôle favorable sur l'économie. C'est ainsi que certaines études comme celle de Ainsworth et Over (1994) insistent sur le « coût humain » du SIDA, avec de nombreux décès, tout en admettant un « coût économique » relativement restreint. Voir aussi le modèle développé par Cuddington et Hancock (1994).

sont plus sensibles à la contamination, soit pour des raisons comportementales (par exemple, dans le secteur des transports où les employés sont souvent loin de leur domicile), soit pour des raisons d'exposition (par exemple, les professionnels de la santé). Autre effet différentiel inquiétant : en Afrique, il s'avérerait que *la prévalence de la maladie est plus forte chez les travailleurs qualifiés* (pour des raisons culturelles, liées aussi au mode de vie *urbain*¹¹) ; le secteur public, qui concentre les travailleurs qualifiés, serait particulièrement touché, notamment, le secteur de l'éducation (selon l'UNESCO, le SIDA est la première cause de mortalité des enseignants en Côte d'Ivoire) ; or les enseignants décédés sont difficiles à remplacer. En général, le décès prématuré d'un travailleur conduit à la disparition d'un savoir qui ne pourra plus servir à la production ni être transmis. Apparaît donc déjà, dans l'analyse sectorielle (et avant même l'analyse, plus fine, des stratégies familiales d'accès à l'éducation¹²), la question importante des effets du SIDA sur le « capital humain », considéré aujourd'hui comme *le facteur porteur* du développement économique et social.

Les coûts indirects différés. En l'absence d'aide, la baisse de ressources liée au SIDA pourrait avoir des conséquences différées plus importantes encore, car elle risque de modifier la structure productive du ménage, et notamment sa fonction « éducative ». Le conjoint non malade (ce qui paraît souvent peu probable) ou « pas encore malade » va consacrer plus de temps à son travail et moins à l'éducation des enfants. Les enfants eux-mêmes sont parfois détournés de leur scolarité et se voient contraints au travail ; le « détour de production » induit par l'accès à l'école paraît trop coûteux vu l'urgence financière à laquelle fait face le ménage¹³. Les décès sont également coûteux, d'autant que les rites funéraires peuvent durer plusieurs jours, nécessitant *de facto* une interruption prolongée du travail pour l'ensemble de la famille concernée. Reste le problème des mineurs survivants aux défunts. Qui va subvenir aux besoins de ces orphelins ? Qui va les élever et les éduquer ?

11. ...plutôt que rural pour les moins qualifiés (les travailleurs paysans). Dans le cadre des économies africaines, deux dualismes (liés) sont importants : le dualisme urbain / rural (agricole), le dualisme travail qualifié / travail non qualifié ; un troisième dualisme secteur formel / secteur informel serait aussi à prendre en compte. Voir Cuddington et Hancock (1994), Kambou, Devarajan et Over (1993) et les études menées par l'IASA (Sanderson et alii, 2001).

12. Voir ci-dessous, la catégorie « coût indirect différé ».

13. « Les familles retirent souvent les filles de l'école pour qu'elles s'occupent des parents malades ou assument d'autres responsabilités familiales, ce qui compromet l'éducation et les perspectives d'avenir de ces jeunes filles. Au Swaziland, l'inscription a chuté de 36 % en raison du SIDA » d'après ONUSIDA-OMS (cf. *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA-OMS, décembre 2001).

Quelques évaluations

Différentes études ont été menées pour tenter de mesurer, en terme de points de PNB perdus, les conséquences économiques du VIH/SIDA. Les principales études fournissent pour les économies africaines des ordres de grandeur comparables. En moyenne, les auteurs pronostiquent une réduction de 1 point du taux de croissance de la richesse nationale¹⁴. Ces études sont basées sur une modélisation *ad hoc* de l'économie, qui va permettre de dégager une évolution comparée, avec ou sans pandémie. L'étude de Bonnel (2000) fournit une estimation économétrique qui tente de relier les taux de croissance aux taux de prévalence, en filtrant les autres facteurs explicatifs tels que l'environnement institutionnel, le capital physique et le capital humain. L'estimation est réalisée pour les économies africaines sur des données observées entre 1990 et 1997.

5. Lien entre croissance et taux de prévalence

Taux de prévalence en %	5	10	15	20	30
Réduction du taux de croissance par tête ⁽¹⁾	0,6	0,8	1	1,2	1,4
Années perdues d'espérance de vie ⁽²⁾	4,7	9,4	14,1	18,8	28,2

Sources : (1) R. Bonnel (2000) ; (2) calculs des auteurs d'après les estimations du US Census Bureau, Population Reference Bureau et OMS.

6. Réduction du PNB imputable au VIH/SIDA

Pays	Baisse moyenne du PNB*	Période	Source/Auteurs
30 pays africains subsahariens	[0,8 ; 1,4]	1990-2025	Over (1992)
Cameroun	2	1987-1991	Kambou et alii (1992)
Kenya	1,5	1996-2005	Hancock et alii (1996)
Mozambique	1	1997-2020	Wils et alii (2001)
Tanzanie	[0,8 ; 1,4]	1991-2010	Cuddington (1992)
Zambie	[1 ; 2]	1993-2000	Forgy (1993)

* En points de croissance annuelle.

Dans l'ensemble (et malgré un *coût humain* effroyable), ces études apportent le diagnostic d'un choc qui restera *d'ampleur économique* assez limitée¹⁵. D'abord, il faut savoir que les dépenses de santé (comme les dépenses militaires) sont incorporées dans le PIB : immédiatement, il y a un effet comptable positif ; même si, plus tard, on peut penser que ces dépenses, réorientées sur une urgence sanitaire, entravent le

14. L'impact sur le PIB par tête est plus faible, car le SIDA réduit la taille de la population (effet malthusien).

15. Une exception notable est celle de Barnett et Blaikie (1992), qui parlent du SIDA comme un désastre de « long wave », du même ordre que le réchauffement climatique, dans la mesure où les « effets majeurs sont déjà à l'œuvre bien avant que l'ampleur de la crise ne soit connue » et « aucune réponse déjà existante ne peut être apportée ».

processus de développement. Ensuite, il faut noter que ces évaluations négligent le plus souvent les effets « indirects différés » (la transmission et l'accumulation des « capitaux », physiques et humains). En général, le problème des études précitées est *qu'elles ne proposent pas une analyse valable sur la longue durée* : tout au plus, trouve-t-on des études sur vingt ans (mais l'horizon véritable est plus court) ; et encore, en moyenne, c'est sur cinq-dix ans que l'analyse peut revendiquer une réelle validité. Cela pouvait se justifier au début des années 1990, car, sur la durée, il était difficile de prévoir avec exactitude « l'input » du modèle, à savoir le choc épidémiologique. Par ailleurs, les études sont en général défailtantes sur l'un des deux premiers canaux précédemment évoqués. *Sur la longue durée, elles négligent les interactions possibles entre les deux canaux (complémentaires).*

De fait, la littérature a tendu à délaisser l'analyse des effets de long terme du choc, passant essentiellement par les deux variables d'accumulation que sont le capital physique et le capital humain. Or sur ces deux variables, l'impact existe et risque d'être assez élevé.

— **Capital physique** : les sommes consacrées aux soins sont détournées de leurs allocations productives (épargne). Comme nous l'avons vu, l'effet est quelques fois considéré dans les études, mais souvent minimisé du fait de l'horizon temporel (trop court) et des hypothèses faites sur l'Afrique : épargne déjà faible (contrainte d'endettement) et faible investissement productif (pas de transformation de l'épargne en investissement) ;

— **Capital humain** : cet effet est rarement évoqué et, en pratique, n'est pas quantifié dans la *dynamique* macroéconomique¹⁶ : d'une part, comme évoqué dans les études, le SIDA réduit la productivité de la population (surtout la population qualifiée, avec un « dualisme » marqué sur ce type de travail), mais, *d'autre part, il réduit la transmission de cette qualification* (transmission par la famille si le chef de famille décède ; transmission par l'école si les enseignants décèdent ; et les enfants, de leur côté, travaillent plus précocement en raison du décès du chef de famille).

Le tableau 7, hypothétique, résume l'idée d'un impact différencié du SIDA pour les pays les plus pauvres. Contrairement aux pays riches, moins touchés et capables d'une certaine flexibilité dans leur réponse au sinistre (les « dualismes » — travail qualifié / non qualifié, par exemple — sont moins marqués, et les stratégies d'accumulation d'actifs productifs moins contraintes), les pays les plus pauvres seront confrontés, selon toute vraisemblance, à des « coûts différés » extrêmement importants. Ceux-ci sont encore invisibles.

16. Certaines études intègrent un différentiel « travailleurs qualifiés / travailleurs non qualifiés » (Sanderson et alii, 2001), mais pas d'effets sur l'accumulation de travail qualifié. Seule Theresa M. Ndongko (1996) insiste sur la diminution du niveau futur espéré des qualifications, du fait de la baisse du nombre d'enfants scolarisés, sans toutefois la mesurer.

7. Ventilation des coûts du HIV/SIDA

	Pays très pauvres	Pays en développement	Pays riches
Coûts directs ¹	+	++	++
Coûts indirects ²	+++	++	+
Coûts différés ³	+++	++	+
Prévention ⁴	+	++	++++

Tableau hypothétique des auteurs : + faible ; ++ élevé ; +++ très élevé.

1. Ces coûts regroupent les dépenses médicales liées au HIV/SIDA : traitements ; rémunération des personnels médical et administratif ; dépenses d'infrastructures hospitalières ; surveillance ; sécurité au niveau des transfusions sanguines ; recherche scientifique.

2. Ces coûts rassemblent l'ensemble des préjudices économiques immédiats induits par l'épidémie : baisse de la productivité via l'augmentation de la morbidité, réduction de l'espérance de vie (préjudice social et moral).

3. Ces coûts résument l'idée d'une dégradation profonde des mécanismes de développement par un déficit d'accumulation de capital physique et humain. C'est sur le long terme qu'ils apparaissent.

4. Ces coûts concernent les dépenses liées à l'information des populations sur la maladie ainsi que celles liées à la pratique d'une sexualité sans risque (utilisation d'un préservatif).

SIDA et croissance économique, thème de campagne des élections

Les moyens à mettre en œuvre se déduisent d'abord, en proportion, des évaluations établies sur l'ampleur du choc. Dans la mesure où les coûts *directs* du SIDA (surtout si l'on s'oriente vers la stratégie thérapeutique anti-VIH) dépassent la capacité de paiement des systèmes sanitaires des pays en voie de développement, il est difficile de ne pas s'en remettre à l'aide internationale. Si l'on observe maintenant les coûts *indirects* différés, mais néanmoins d'ampleur, de la maladie, on ne peut que confirmer ce premier point de vue : allouer des sommes à la santé, rapidement et dans des proportions importantes, est susceptible d'enrayer substantiellement le processus de régression économique dans lequel peuvent s'enfoncer certains pays sous le choc de l'épidémie. Autrement dit, si l'on veut rationaliser l'aide internationale et, pour chaque euro consenti, « maximiser » ses effets de bien-être à long terme, il est sans doute optimal de l'allouer à la santé. L'approche en terme de capital humain appuie puissamment cette stratégie : non seulement la santé fait partie directement du bien-être ; mais, contribuant à l'accumulation du « capital formation » de l'individu et de la famille, elle s'intègre aussi dans la perspective longue : la santé comme condition initiale du développement durable ¹⁷.

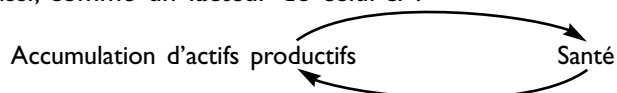
Enfin, pour avancer sur les modalités concrètes de l'aide, il faut poser la question, non seulement du montant, mais des stratégies du

17. La surpopulation est aussi malheureusement une des causes du sous-développement ; les campagnes de prophylaxie, largement utilisées, ont sauvé des vies mais ont probablement, de manière perverse, réduit la richesse par tête. L'attitude aujourd'hui serait d'assurer AUSSI la qualité de la survie (et pas seulement le nombre de vies).

transfert Nord-Sud. Il y a plusieurs stratégies, qui reposent sur des diagnostics différents à la fois sur les raisons du sous-développement et la nature du choc spécifique produit par le SIDA : le transfert monétaire simple ; l'aide en nature, ou l'aide affectée ; l'aide par la réduction des distorsions à l'échange.

Le transfert monétaire. Le transfert monétaire indemnise le pays pauvre : il repose sur le diagnostic d'une pauvreté exogène (d'un retard de développement), accrue encore par le choc épidémiologique, qu'il s'agit de compenser par une ressource supplémentaire.

Le transfert en nature. Le transfert en nature (soit des soins et des médicaments, soit des ressources financières mais rigoureusement affectées à l'achat de soins et de médicaments) repose déjà sur un diagnostic un peu différent : en plus de « compenser » le sinistre¹⁸, il s'agit d'orienter les choix, privés et publics, vers le *bon usage* de la ressource. La corruption n'est pas la seule raison inspirant cette stratégie : on peut la justifier aussi par la nécessité d'orienter les choix vers des secteurs « porteurs », spécifiquement utiles pour le développement. Dans cette conception, pour différentes raisons, les guides de comportement que sont les prix et les rendements ne sont pas totalement pertinents : ils sous-estiment les retombées industrialisantes de certains secteurs d'activité (la « main invisible » est mise en échec), et il s'avère préférable d'orienter les choix. Cette perception est aussi cohérente avec une conception du sous-développement en terme de « trappe » : certains seuils sectoriels sont à dépasser avant que les mécanismes du développement ne se mettent en marche (avant par exemple que l'investisseur étranger ne s'intéresse à un pays). Le secteur de santé, en tant que facteur de déploiement du capital humain, est un secteur à promouvoir. L'« état de santé » serait un facteur clé de la croissance : outre l'amélioration à court terme de la productivité des salariés employés, il favoriserait, sur le long terme, les stratégies familiales d'accès à l'éducation (déjà évoquées¹⁹) ; et, en général, les comportements d'accumulation (dus à l'allongement de la durée de vie²⁰). Cette logique nouvelle consiste pour l'essentiel à traiter la santé, non seulement comme un résultat en bout de chaîne du développement, mais aussi, comme un facteur de celui-ci :



18. Si l'on veut poursuivre l'allégorie assurantielle : tout se passe comme si l'assureur décidait, en plus de compenser le sinistre, de prendre à sa charge quelques mesures cruciales de prévention des sinistres.

19. La mauvaise santé du chef de famille est pénalisante : elle détourne les enfants du système éducatif.

20. Une probabilité de survie élevée (un bon état de santé) prédispose aux comportements d'accumulation. Techniquement, il suffit de penser, dans les paramètres du *choix intertemporel*, au rôle de la « préférence pour le présent » (dont l'inverse n'est autre qu'une probabilité — subjective — de survie). Cf. Le Cacheux, Touzé (2002) pour une réflexion en équilibre général sur les relations entre « durée de vie » et « richesse des nations ».

Ceci dessine la possibilité d'un processus vertueux dans lequel l'amélioration de l'état de santé va de pair avec le développement. Mais en l'absence d'une impulsion initiale, les maladies (SIDA, mais aussi malaria, fièvre jaune, tuberculose, etc.), maintiennent le pays dans une trappe de sous-développement dont il est difficile de s'extirper. Les travaux de J. Sachs (2001) s'inscrivent dans cette perspective, défendue aujourd'hui officiellement par les Nations unies avec la création du « *Global Fund* » (voir également : Sen (1999), et Attaran et Sachs (2001) sur la question du SIDA).

« Nous exhortons la communauté internationale à saisir les possibilités d'action pendant l'année à venir en développant massivement l'accès des populations pauvres aux services de santé essentiels. Par des décisions audacieuses en 2002, le monde pourrait instaurer entre riches et pauvres un partenariat inégalé, en faisant le don de la vie à des millions de déshérités et en prouvant à tous les sceptiques que la mondialisation peut être mise au service de l'humanité toute entière ».

OMS. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé
Présenté par le professeur Jeffrey D. Sachs (2001).

La stratégie de réduction des distorsions à l'échange. Elle étend le diagnostic d'un blocage résidant dans le pays pauvre à une inefficacité plus générale encore : l'origine de la pauvreté et des inégalités mondiales résiderait aussi, outre les blocages internes, *dans des distorsions « économiques » liées au mode d'organisation de l'échange international*. D'un côté (les exportations), les pays du Sud sont pauvres parce qu'il n'obtiennent pas un commerce équitable pour leurs propres ressources²¹. De l'autre côté (les importations), ils se voient refuser l'accès à certaines ressources étrangères (physiques et intellectuelles²²) en raison d'une tarification excessive de celles-ci. C'est à partir de ces deux constats que se construisent un discours et une stratégie visant à aider les pays du Sud autrement que par les transferts monétaires (libres ou affectés), en révisant par exemple le droit commercial et les structures industrielles de l'échange mondial.

Pour le cas qui nous occupe, le SIDA, c'est sur les tarifs des médicaments anti-rétroviraux que va se polariser le débat. Y a-t-il équilibre et équité dans l'échange mondial de médicaments anti-ARV ? Le débat mérite d'être mené. On l'a déjà évoqué : les brevets et la protection « TRIPs » accordée par l'OMC aux laboratoires pharmaceutiques sont

21. Qu'est-ce que des prix « équitables » ? Au-delà des effets de manche, les économistes ont quelques critères : des prix qui tiennent compte du caractère non renouvelable de la ressource naturelle ; des prix qui n'exigent pas une rémunération des travailleurs du Sud en dessous d'un niveau minimum de dignité et de reproduction de la « ressource ». En dehors de toute considération morale, des prix qui soient effectivement des prix **d'équilibre** d'un marché général intertemporel mondial. Ce qui est néanmoins très difficile à évaluer.

22. Par essence, les ressources intellectuelles sont inépuisables et reproductibles (non rivales, non exclusives) ; ce qui leur donne le caractère de « bien public (mondial) », voir plus loin.

des monopoles temporaires destinés à récompenser²³ leurs efforts de Recherche & Développement (qui, faute de quoi, n'auraient pas lieu, selon les avocats des laboratoires). La firme pharmaceutique, profitant du privilège d'exclusivité qui lui est concédé, va pouvoir tarifier ses remèdes à un montant plus élevé que l'offre potentielle de laboratoires fabriquant de génériques qui se contenteraient de copier la formule. On peut comparer le prix des médicaments selon qu'ils sont proposés par la firme détentriche du brevet ou par son éventuel concurrent. Glaxo, la firme qui a le plus grand nombre de molécules anti-VIH, a proposé un traitement en triple thérapie à 2 500 dollars par an pour les pays du Sud²⁴ ; CIPLA, laboratoire Indien (un génériqueur qui ne dispose pas de la licence internationale²⁵), propose des triples thérapies à 800-1 000 dollars ; il a même proposé des triples thérapies à 350 dollars à l'hiver 2001. Il semblerait donc que le coût fixe de la Recherche & Développement représente (sur les quantités vendues, passées et prévues) 86 % du coût total des traitements. Ce chiffre est possible mais suscite deux questions :

— D'une part, on ne peut s'empêcher de penser que la tarification, outre la couverture du coût de la R&D, incorpore en même temps des logiques anti-concurrentielles, exploitant exagérément une position de monopole sur le segment de marché. Les firmes pharmaceutiques, questionnées sur ce point, ont choisi de ne pas divulguer une quelconque comptabilité analytique donnant, par exemple, une ventilation précises et contrôlable de leurs coûts²⁶ ; ce qui pourtant aurait pu dissiper les suspicions ;

23. Si l'on veut, la société récompense par un privilège temporaire l'entreprise pour l'effort et les risques qu'elle a consentis. Il s'agit d'une stratégie de second best (*en théorie économique, le monopole n'est pas efficace, car il restreint ses quantités*). L'optimum d'information parfaite consisterait, sans concéder aucun monopole, à rembourser les sommes mobilisées par l'entreprise pour sa fonction innovatrice, sans toutefois oublier d'y ajouter une marge de profit, rémunérant les risques encourus (inhérents à toute recherche et production de savoir) et encourageant l'effort des chercheurs. Mais, faute d'information parfaite et en raison de manipulations possibles, la concession de brevets apparaît alors une attitude *pragmatique* : le bénéfice social induit par l'innovation est supposé supérieur au coût social du monopole.

24. Après les négociations débutées en avril 2000 entre les firmes pharmaceutiques et l'Onusida, Glaxo propose le Combivir (mélange de deux molécules, l'AZT et le 3TC) à 2 dollars (2,23 euros) par jour. Le Trizivir, combinaison de trois médicaments (AZT, 3TC et Abacavir), est vendu à 7 dollars par jour. Cette offre est limitée à 49 pays du Sud, dits les moins avancés ; elle était destinée à s'aligner, on peut le supposer du moins, sur celle du Brésil, qui disposait à la fin de l'année 2000 d'une triple thérapie à 2 482 dollars. Pour mémoire, le traitement annuel est vendu dans les pays de l'OCDE autour de 10 000 dollars.

25. Le cocktail CIPLA compte en effet trois composants dont les brevets ne lui appartiennent pas : la stavudine, propriété de l'Américain Bristol-Myers Squibb, la lamivudine, appartenant au Britannique Glaxo-Wellcome, et la nevirapine, de l'Allemand Boehringer Ingelheim. La date d'expiration des brevets tourne en moyenne autour de 2010 (*cf.* annexe).

26. Les auteurs ont bien conscience qu'il serait bien naïf d'espérer une telle information de la part de firmes, exposées sur l'ensemble de leur marché (les autres produits médicaux), à une concurrence sévère. Néanmoins, devant l'ampleur et la gravité des accusations portées contre elles sur cette question précise, on aurait pu espérer une certaine transparence et un argumentaire plus convainquant.

— D'autre part, quand bien même ces 86 % seraient-ils justifiés par la structure des coûts, on peut se demander si c'est réellement aux patients des pays les plus pauvres du Sud d'en payer le prix. Il existe en effet plusieurs arguments tendant à plaider pour une « mutualisation » des coûts de la R&D pour ces pays.

Dans la mesure où les accords TRIPs prévoient la possibilité d'une production nationale sous « licence obligatoire », le point précis qui fait problème, c'est l'impossibilité pour les pays les plus pauvres, ceux dépourvus de capacité industrielle, **d'importer** des médicaments en provenance de pays intermédiaires, producteurs de génériques, comme l'Inde ou le Brésil. Seuls ces pays-là sont exclus : ceux qui ne peuvent pas produire **par eux-mêmes** les génériques. Dans quelle mesure l'exclusion (par le prix) de l'accès de ces pays très pauvres à une connaissance médicale est-elle socialement efficace ? Ces pays ont des niveaux d'industrialisation et de revenus qui impliquent qu'ils sont, de toute façon, en dehors du « marché » et des incitations y afférant (la quasi-inexistence de recherche sur les traitements du paludisme tend à confirmer ce point de vue). Ne peut-on pas espérer, symétriquement, que le coût de l'innovation médicale soit déjà couvert par les ventes réalisées dans les pays de l'OCDE, la marge obtenue par les laboratoires ayant ainsi, dès maintenant, préservé les incitations à la R&D ?

Ces questions²⁷ remettent en cause le système TRIPs tel qu'il est actuellement. De multiples pressions vont dans le sens de sa révision ; à cet égard, l'approche en terme de « biens publics mondiaux » soutenue par des organisations *officielles* (le PNUD) et *non gouvernementales* (telles qu'ATTAC²⁸) mérite qu'on s'y arrête. Selon ces analyses (Kaul (1999), missionné par le PNUD), le problème principal de la connaissance n'est pas tant le fait qu'elle soit insuffisante (une « rareté naturelle » existe, mais ce n'est pas ce qui, en l'espèce, contraint l'accès à celle-ci), *que le fait qu'il est, pour les Pays en Développement, extrêmement difficile d'y accéder* (la « rareté est construite », par le système de prix²⁹). Joseph Stiglitz (1999), sous la direction du même Kaul (1999), rappelle que les droits de propriété intellectuelle, quand ils sont trop forts, peuvent nuire à l'efficacité et à

27. Autre modalité de la même question : peut-on avoir l'assurance que les accords TRIPs sont bien le fruit d'un « planificateur bienveillant » qui aurait construit le système institutionnel du commerce mondial de manière à maximiser le rendement social de celui-ci ? La réponse est non : le système de protection de la propriété intellectuelle qui a émergé à l'OMC en 1995 est le fruit de transaction, de concession, de lobbying croisé entre les différents acteurs de la négociation, c'est-à-dire entre des gouvernements représentants des intérêts nationaux, public et privés... Sur ces nouvelles questions dites du « capitalisme cognitif » voir par exemple : Moulier Boutang (2001), Giraud (2001).

28. www.attac.org/quebec/biens/index.htm

29. Voir par exemple Ventelou (2001). Il est très possible, aussi, que le brevet interdise l'accès à une connaissance qui est, cependant, élaborée à la marge à partir d'un « fonds commun » (savoir scientifique, recherche fondamentale, mathématique, botanique, médecine traditionnelle, etc.) déjà intégralement « patrimoine de l'humanité ». Ainsi, l'AZT a-t-elle été découverte en 1964 par des laboratoires publics, et/mais son dérivé, la Zidovudine, breveté en 1987 par Glaxo-Wellcome pour ses indications thérapeutiques nouvelles... (source : MSF-OMS).

l'équité du marché (une « vraie » concurrence, équitable, est empêchée). Pour améliorer l'accessibilité et le prix de la connaissance, Stiglitz suggère de créer une *banque de la connaissance*, érigée en « bien public mondial », que l'on pourrait lier à un système de brevets moins contraignants et moins coûteux. Les pistes complémentaires seraient i) que les pays riches rachètent les brevets aux laboratoires pour les « donner » à la *banque de la connaissance* ; ii) que les pays riches organisent un marché public mondial du médicaments (achat de lots), payent le « juste prix » (compte tenu de leur capacité à négocier), et redistribuent les produits dans le Sud à bas prix ; iii) que les pays riches prennent le contrôle des laboratoires en rachetant, là aussi à leur juste prix, les actions du secteur, ceci afin d'être à même de gouverner les tarifs des médicaments³⁰. Le beurre (les incitations à l'innovation) et l'argent du beurre (l'équité dans l'accès à la connaissance) seraient ainsi préservés, ...au prix, cependant, d'une participation plus forte du contribuable des pays riches à la solidarité mondiale. Ce que les gouvernants des pays riches ont rarement le courage de plaider, préférant de fait laisser se reporter toute l'indignation sur les pratiques de l'industrie pharmaceutique...

« Une paix plus solide, une prospérité mieux partagée, un environnement épargné : rien de ceci n'est hors de portée si l'on en a la volonté politique. Mais ni les marchés, ni les gouvernements ne peuvent, livrés à eux mêmes, réaliser ces biens publics mondiaux. C'est pourquoi nos efforts doivent se tourner vers le terme manquant de l'équation : les biens publics à l'échelle mondiale ».

Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies
New-York 1^{er} mars 1999

Conclusion : un gouvernement mondial ?

La maladie est au Sud et les traitements sont au Nord... Lorsque Kofi Annan parle de « volonté politique » défailante, il a raison. L'absence (les obstructions) de transferts de technologie médicale destinée à la lutte contre le SIDA illustre, au plus juste, le « déficit de gouvernance mondiale » vers lequel les analyses de la mondialisation semblent aujourd'hui converger. Dans toutes autres situations *nationales* (une épidémie dans une zone, et des traitements dans une autre zone, mais qui resteraient sous une influence politique commune et clairement identifiée), le gouvernement interviendrait, invoquant la solidarité nationale. Face à un drame d'une telle ampleur et face aux iniquités qu'il entraîne, il y

30. Cette stratégie aurait l'avantage de donner accès à la comptabilité analytique des firmes, ce qui permettrait au décideur public de mieux concevoir sa politique de tarif et d'incitation à la recherche.

serait de toute façon forcé par la pression électorale (majoritaire) ou les pulsions révolutionnaires (des groupes minoritaires). Il rachèterait les brevets, organiserait un marché public des traitements, ou bien même, en d'autres temps, aurait « nationalisé » le secteur d'activité. Dans l'urgence (il faut soigner tout de suite), certaines politiques apparemment autoritaires³¹ se justifient, ne serait-ce qu'en raison du coût (social) du temps de détermination de la « juste décision » (il faut indemniser les chercheurs et prendre le temps d'évaluer précisément ce besoin). Le gouvernement se chargerait aussi de faire accepter les dépenses supplémentaires (le coût fiscal de l'intervention), argumentant de la « paix civile ».

La nature compartimentée de la gouvernance mondiale actuelle ne permet pas une telle intervention : les intérêts nationaux, privés et gouvernementaux, prennent le dessus sur un intérêt collectif international, qui, il faut néanmoins l'avouer, reste à définir démocratiquement. L'absence de ressources fiscales mondiales est aussi un handicap pratique.

Références bibliographiques

- ACCORSI S et alii, 2001 : « Impact of insecurity, the AIDS epidemic, and poverty on population health : disease patterns and trends in Northern Uganda », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n° 64, p. 214-221.
- ALLAIS M., 1966 : « L'impôt sur le capital », *Droit Social*, n° 29, p. 465-544.
- ATTARAN A et J. SACHS, 2001 : « Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic », *Lancet*, n° 357, p. 57-61.
- AINSWORTH M. et M. Over, 1994 : « AIDS and african development », in *the World Bank — Research Observer*, vol. 9, nb. 2, juillet.
- BASU S., MATE K. et P. FARMER, 2000 : « Debt and poverty turn a disease into an epidemic », *Nature*, n° 407 : 13.

31. C'est la « raison d'être » du Politique, qui peut néanmoins atténuer le caractère autoritaire de l'action en s'engageant solennellement sur l'indemnisation. Notons qu'en l'absence d'indemnisation complète et parfaite des actionnaires, la solution « nationalisation », comme d'ailleurs le non respect des brevets, poserait un problème de cohérence temporelle, assez proche de celui évoqué pour l'imposition du capital (Allais, 1966) : comment, au regard de cet arbitraire étatique, espérer ensuite conserver des incitations privées ? Cette attitude extrême ne marche qu'une fois, sauf à défendre avec force et persuasion son caractère exceptionnel. Ce que d'ailleurs l'histoire admet (les vagues de nationalisations en France et en Grande Bretagne au moment de la reconstruction — période historique exceptionnelle — n'ont pas durablement remis en cause le mode de fonctionnement capitaliste de ces pays).

- BARNETT T. et P. BLAIKIES, 1992 : *AIDS in Africa : its present and future impact*, Belhaven Press.
- BONNEL R., 2000 : « HIV/AIDS and Economic Growth : A Global Perspective », *South African Journal of Economics*, vol. 68, n° 5, p. 820-55.
- CUDDINGTON J.T., 1992 : « Modelling the Macroeconomic Effects of AIDS, with an Application to Tanzania », *World Bank Economic Review*, 7 (2), p. 172-189.
- CUDDINGTON J. T. et J. HANCOCK, 1995 : « The Macroeconomic Impact of AIDS in Malawi : a dualistic, Labour Surplus Economy », in *the Journal of African Economies*, vol. 4, nb. 1, mai.
- DEVARAJAN S., KAMBOU G. et M. OVER, 1993 : « Les effets économiques du SIDA en Afrique subsaharienne : une analyse d'équilibre général », in *la Revue d'économie du développement*, janvier.
- FARMER P., 1996 : « Social inequalities and emerging infectious diseases », *Emerging Infectious Diseases*, 4 : 259-269.
- FARMER P., 1998 : *Infectious and Inequalities : the Modern Plagues*, University of California Press.
- FARMER P. et alii, 2001 : « Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). Round Table », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 79 (12).
- FASSIN D., 2000 : « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologies et Sociétés*, Québec, janvier.
- FORGY L., 1993 : « Mitigating AIDS : The Economic Impacts of AIDS in Zambia and Measures to Counter Them », REDSO/ESA.
- GIRAUD P.-N., 2001 : *Le commerce des promesses*, le Seuil, Paris.
- HANCOCK J. et alii, 1996 : « The Macroeconomic Impact of AIDS », *AIDS in Kenya*, FHI : Washington, DC.
- KAMBOU G., DEVARADJAN S. et M. OVER, 1992 : « The Economic Impact of AIDS in an African Country : Simulations with a Computable General Equilibrium Model of Cameroon », *Journal of African Economies*, 1 (1).
- KAUL I., GRUNBERG I. et M. A. STERN (dir.), 1999 : *Les biens publics à l'échelle mondiale ; La coopération internationale au XXI^e siècle*. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En anglais chez Oxford University Press.
- LE CACHEUX J. et V. TOUZÉ, 2001 : « Vieillesse et richesse des nations », à paraître, *Revue de l'OFCE*.

- MOULIER-BOUTANG Y., 1997 : « La revanche des externalités, Globalisation des économies, externalités, mobilité, transformation de l'économie et de l'intervention publique », in *Futur Antérieur*, n° 39-40, p. 85-115.
- NDONGKO T., 1996 : « A preliminary study of the socio-economic impact of HIV/AIDS in Africa », in *Africa development*, vol. XXI, nb.1.
- OVER M., 1992 : « The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa », *The World Bank*, Technical working paper, n° 3.
- SACHS J. (dir.), 2001 : *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* ; Report to WHO Director-General, London. Disponible sur le site de l'OMS : <http://www.who.int/home-page>.
- SANDERSON W. et alii, 2001 : « Namibia's Future : Modeling Population and Sustainable Development Challenges in the Era of HIV/AIDS », IIASA, Austria, février.
- SEN A., 1999 : « Health in Development », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 77 (8).
- STIGLITZ J., 1999 : « La connaissance en tant que bien public mondial », in KAUL I., GRUNBERG I. et M. A. STERN (dirigé par), *Les biens publics à l'échelle mondiale ; La coopération internationale au XXI^e siècle*. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En anglais chez Oxford University Press.
- VENTELOU B., 2001 : *Au-delà de la Rareté, la croissance économique comme construction sociale*, Albin-Michel.
- WILS A. et alii, 2001 : « Mozambique's Future : Modeling Population and Sustainable Development Challenges », IIASA, Austria, février.

ANNEXE : Les principaux anti-rétroviraux (ARV) et inhibiteurs de protéase (IP).

Les analogues de la nucléoside (ARV)	Date de mise sur le marché	Propriétaire du brevet (date de dépôt)	Date d'expiration du brevet
(1) Zidovudine (AZT) : Retrovir®, APO-Zidovudine®, Novo-AZT® Il s'agit d'antiviraux puissants et sélectifs puisqu'ils peuvent atteindre le cerveau et traiter le neuro-SIDA. Nombreux effets secondaires.	1987	Glaxo (16 mars 1985)	17/09/2005 (USA) 14/03/2006 (Eur.)
(2) Didanosine : ddI-Videx® Moins toxique et moins d'effets secondaires que l'AZT Utilisation en bi-thérapie avec l'AZT (1991) ou en mono (1994).	1991	Wellcome Found (15 mai 1985) US Gov. (26 août 1985)	29/08/2006 (USA) 21/08/2006 (Eur.)
(3) Zalcitabine : ddC – Hivid® Moins d'effets secondaires. Utilisation en bi-thérapie avec AZT (1992) ou en mono (1994).	1992	US Gov. (26 août 1985)	7/11/2006 (USA) 21/08/2006 (Eur.)
(4) 3TC : lamivudine-Epivir® Utilisation seulement en bithérapie avec AZT, pas en mono car problème de résistance au virus.	1994	IAF Biochem. (8 février 1989)	8/02/2009(USA) 8/02/2010 (Eur.)
(5) d4T ou stavidine : Zerit® Bonne résistance au virus. Utilisable seul.	1994	Yale University (17 décembre 1986)	25/06/2008 (USA) 11/12/2006 (Eur.)
Les inhibiteurs de la protéinase (IP)	Date de mise sur le marché	Propriétaire du brevet (date de dépôt)	Date d'expiration du brevet
(1) Saquinavir : Invirase® Renforce le pouvoir de l'AZT ou du ddC Utilisation seule avec AZT + ddC (tri-thérapie) ou avec AZT seul (bi-thérapie).	1995	Roche (11 décembre 1989)	19/11/2010 (USA) 10/12/2010 (Eur.)
(2) Ritonavir : Norvir® Utilisable seul ou en combinaison avec des analogues de nucléoside	1996	Abott (29/12/1992)	29/12/2012 (USA) 16/12/2013 (Eur.)
(3) Sulfate d'Indinavir : Crivixan® Utilisable en bi et tri-thérapie	1996	Merck (9 novembre 1991)	7/12/2013 (USA) 2/11/2012 (Eur.)
(4) Nelfinavir : Viracept® Utilisable en mono ou bi-thérapie		Agouron (7 octobre 1993)	7/10/2013 (USA) 7/10/2014 (Eur.)

Sources : ONUSIDA/OMS.