



# Aide et santé

**Clive Bell, Carsten Fink**

DANS **REVUE D'ÉCONOMIE DU DÉVELOPPEMENT 2005/2-3 Vol. 13**, PAGES 135 À 166  
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1245-4060

ISBN 2-8041-4721-5

DOI 10.3917/edd.192.0135

Date de mise en ligne : 01/09/2008

**Article disponible en ligne à l'adresse**

<https://shs.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2005-2-page-135?lang=fr>



**CAIRN · INFO**

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Aide et santé

## *Aid and Health*

Clive Bell\*

*South-Asia Institute, University of Heidelberg, et  
Human Development Network, The World Bank*

Carsten Fink\*

*International Trade, World Bank Institute, Genève*

Les maladies transmissibles et associées représentent une part substantielle du fardeau de maladies supporté par les pays en développement. Étant donné la nature « publique » de ces maladies, l'allocation des ressources dans ce secteur est soumise aux imperfections de marché. Cet article défend l'idée selon laquelle les flux d'aide au développement doivent prioritairement être orientés vers la lutte contre les maladies transmissibles et discute la manière de dépenser au mieux cette aide. Dans ce but, l'article propose des critères d'évaluation devant guider les responsables politiques sur la manière d'allouer les ressources de l'aide d'une part en fonction des maladies et d'autre part en fonction des moyens d'action disponibles, à savoir moyens préventifs, curatifs et les activités de R&D. Une attention particulière est portée aux effets des maladies transmissibles sur la conservation du capital humain et la formation de nouveau capital humain.

**Classification JEL :** F35, I12.

Communicable and related diseases account for a substantial share of the disease burden in developing countries. Given the “public” nature of these diseases, the allocation of resources in this sphere is prone to market failure. This paper argues the case for directing international aid flows to combat communicable diseases as a matter of priority, and discusses how such aid is best spent. In doing so, the paper proposes criteria to guide policy makers in making decisions about how to allocate aid resources among different diseases and different measures to deal with them, namely, prevention, treatment, and R&D. Special attention is paid to the effect of communicable diseases on the preservation of existing human capital and the formation of new human capital.

---

\* Les opinions émises dans cet article sont celles des auteurs, et ne représentent pas nécessairement celles de leurs institutions respectives.

## 1 INTRODUCTION

Nous avons été chargés d'apporter une réponse à la question générale suivante : « Comment les ressources de l'aide au développement doivent-elle être allouées dans le domaine de la santé ? ». La réponse immédiate des économistes est que l'aide, comme tout fonds public, doit être allouée aux programmes et projets produisant une valeur actuelle nette positive et dont les inputs et les outputs sont calculés aux prix fictifs, c'est-à-dire à des prix reflétant parfaitement la pénurie sociale. Il s'agit là d'un beau principe, mais qui n'est pas d'une grande aide pour les décideurs politiques. En effet, ce principe ne dit pas grand-chose sur la manière de procéder, en pratique, pour définir des priorités générales en matière d'allocation des ressources.

Cette question initiale à l'esprit, un point de départ évident pour la réflexion consiste à identifier les maladies affectant le plus les populations des pays les moins développés. Car, si des moyens efficaces de les combattre existaient déjà ou pouvaient être développés, on pourrait dès lors être optimiste sur la façon d'allouer correctement les ressources de l'aide au développement. Le tableau 1 présente une vue d'ensemble du fardeau général des maladies mesuré grâce aux années de vie corrigées par l'incapacité (AVCI)<sup>1</sup>. Chaque case du tableau correspond à la somme des années de vie perdues pour cause d'incapacité ou de décès prématuré par type de maladie. Trois familles de maladies – les maladies transmissibles, les maladies maternelles et infantiles, les maladies nutritionnelles – représentent 42 % du fardeau global des maladies, les maladies non transmissibles représentent 46 % du fardeau et les 12 % restants correspondent aux blessures. Un élément marquant de cet aperçu est que le fardeau des maladies transmissibles supporté dans les pays pauvres est bien plus important que dans les pays riches. En effet, les maladies transmissibles et associées représentent près des trois-quarts du fardeau des maladies supporté en Afrique, entre 45 et 50 % au Moyen-Orient et en Asie du Sud et du Sud-Est. Un examen plus précis des données (Gwatkin et Guillot, 2000; Bonilla-Chacin et Hamner, 2003) indique que la plupart des différences de mortalité observées entre pays riches et pays pauvres, et plus généralement entre riches et pauvres, sont liées à la prévalence<sup>2</sup> de ces trois familles de maladies.

1 Cet indicateur sera défini et discuté plus loin dans cet article, dans le point 3.3.

2 NdT. Le terme « incidence » a été traduit par « prévalence » puisque l'utilisation du terme « incidence » en anglais renvoie au nombre de cas totaux répertoriés à un moment donné que l'on traduit en français par le terme « prévalence » et non par « incidence » qui signifie de son côté le nombre de nouveaux cas observés au cours d'une période donnée.

Tableau 1 :

	Monde		Afrique		Amériques	
	<i>En milliers</i>	%	<i>En milliers</i>	%	<i>En milliers</i>	%
<b>Nombre total d'AVCI</b>	<b>1,467,257</b>	<b>100,0</b>	<b>357,883</b>	<b>100,0</b>	<b>145,217</b>	<b>100,0</b>
<b>A. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles</b>	<b>615,737</b>	<b>42,0</b>	<b>261,456</b>	<b>73,1</b>	<b>27,116</b>	<b>18,7</b>
Maladies infectieuses et parasitaires	359,377	24,5	189,047	52,8	12,555	8,6
Tuberculose	36,040	2,5	8,941	2,5	945	0,7
MST hormis VIH/SIDA	12,404	0,8	5,141	1,4	635	0,4
VIH/SIDA	88,429	6,0	67,460	18,8	2,767	1,9
Maladies diarrhéiques	62,451	4,3	21,524	6,0	2,794	1,9
Maladies de l'enfant	48,268	3,3	24,997	7,0	490	0,3
Méningite	6,420	0,4	964	0,3	695	0,5
Hépatite B	1,684	0,1	274	0,1	125	0,1
Hépatite C	844	0,1	141	0,0	99	0,1
Paludisme	42,280	2,9	36,012	10,1	108	0,1
Maladies tropicales	12,994	0,9	6,251	1,7	805	0,6
Lèpre	177	0,0	16	0,0	18	0,0
Dengue	653	0,0	6	0,0	90	0,1
Encéphalite japonaise	767	0,1	0	0,0	0	0,0
Trachome	3,997	0,3	1,526	0,4	0	0,0
Infections à nématodes intestinaux	4,706	0,3	674	0,2	624	0,4
Infections des voies respiratoires	94,037	6,4	29,873	8,3	3,528	2,4
Affections maternelles	30,943	2,1	11,328	3,2	1,843	1,3
Affections périnatales	98,422	6,7	21,920	6,1	7,096	4,9
Carences nutritionnelles	32,958	2,2	9,288	2,6	2,093	1,4
<b>B. Affections non-transmissibles</b>	<b>672,865</b>	<b>45,9</b>	<b>66,105</b>	<b>18,5</b>	<b>97,402</b>	<b>67,1</b>
<b>C. Traumatismes</b>	<b>178,656</b>	<b>12,2</b>	<b>30,323</b>	<b>8,5</b>	<b>20,699</b>	<b>14,3</b>

Source : Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002*, annexes statistiques, (Genève : OMS).

Cet article s'intéressera uniquement à ces trois familles de maladies. Le tableau 1 indique clairement leur très forte influence sur la vie et le bien-être des populations des pays en développement. Il existe néanmoins une autre raison, incontournable, justifiant l'attention toute particulière qu'on leur donne ici, leur caractère « public » par nature, tant du point de vue national que d'un point de vue transfrontalier. Car

*Charge de morbidité en AVCI par cause selon les régions en 2001*

Méditerranée Orientale		Europe		Asie du Sud-Est		Pacifique Occidental	
<i>En milliers</i>	%	<i>En milliers</i>	%	<i>En milliers</i>	%	<i>En milliers</i>	%
<b>136, 221</b>	<b>100.0</b>	<b>151, 224</b>	<b>100.0</b>	<b>418, 844</b>	<b>100.0</b>	<b>257, 868</b>	<b>100.0</b>
<b>67, 137</b>	<b>49.3</b>	<b>14, 607</b>	<b>9.7</b>	<b>188, 152</b>	<b>44.9</b>	<b>57, 269</b>	<b>22.2</b>
34, 741	25.5	5, 876	3.9	93, 995	22.4	23, 163	9.0
2, 989	2, 2	1, 679	1, 1	15, 968	3, 8	5, 518	2, 1
1, 323	1, 0	361	0, 2	4, 317	1, 0	627	0, 2
1, 713	1, 3	908	0, 6	13, 608	3, 2	1, 973	0, 8
10, 784	7, 9	831	0, 5	22, 378	5, 3	4, 141	1, 6
7, 189	5, 3	394	0, 3	12, 959	3, 1	2, 238	0, 9
1, 073	0, 8	441	0, 3	2, 585	0, 6	662	0, 3
172	0, 1	90	0, 1	613	0, 1	410	0, 2
84	0, 1	75	0, 0	255	0, 1	190	0, 1
2, 050	1, 5	20	0, 0	3, 680	0, 9	409	0, 2
1, 055	0, 8	8	0, 0	4, 391	1, 0	484	0, 2
16	0, 0	0	0, 0	119	0, 0	7	0, 0
85	0, 1	0	0, 0	360	0, 1	112	0, 0
81	0, 1	0	0, 0	347	0, 1	340	0, 1
603	0, 4	0	0, 0	248	0, 1	1, 621	0, 6
267	0, 2	8	0, 0	1, 550	0, 4	1, 582	0, 6
11, 729	8, 6	3, 626	2, 4	32, 904	7, 9	12, 378	4, 8
4, 129	3, 0	751	0, 5	10, 027	2, 4	2, 864	1, 1
12, 463	9, 1	2, 866	1, 9	39, 495	9, 4	14, 581	5, 7
4, 075	3, 0	1, 489	1, 0	11, 731	2, 8	4, 283	1, 7
<b>52, 611</b>	<b>38, 6</b>	<b>115, 902</b>	<b>76, 6</b>	<b>176, 569</b>	<b>42, 2</b>	<b>164, 276</b>	<b>63, 7</b>
<b>16, 399</b>	<b>12, 0</b>	<b>20, 714</b>	<b>13, 7</b>	<b>54, 123</b>	<b>12, 9</b>	<b>36, 323</b>	<b>14, 1</b>

Note: La définition des régions est basée sur la classification de l'OMS. L'Europe comprend l'Asie centrale; La Méditerranée orientale comprend le Pakistan; L'Asie du Sud-Est comprend l'Inde; Le Pacifique Occidental comprend l'Australie, le Cambodge, la Chine, le Japon, la Malaisie, la Nouvelle-Zélande, les Philippines, la Corée du Sud, Singapour et le Vietnam.

c'est précisément la dimension internationale des canaux de diffusion de ces maladies qui justifie la nécessité de dédier des ressources publiques internationales pour les combattre. La problématique recentrée sur les maladies transmissibles nous permet aussi de maintenir ce travail dans les limites du raisonnable.

Compte tenu des restrictions tout juste énoncées, cet article s'intéressera précisément aux questions suivantes :

- Quels sont les critères et les principes pouvant être utilisés pour justifier l'allocation des ressources de l'aide à la lutte contre les maladies transmissibles ? En particulier, comment la préservation du capital humain et la formation nouvelle de capital humain peuvent-elles être prises en compte ?
- Qu'impliquent ces critères pour le classement des maladies et par rapport au poids pris par la prévention et les traitements relativement aux activités de R&D ?
- Quelles considérations particulières faut-il appliquer à l'allocation de l'aide et à la conceptualisation des mécanismes d'incitation relatifs, pour promouvoir les activités de R&D sur les principales maladies transmissibles ?

Cet article ne prétend en aucun cas à l'exhaustivité. Il ne s'agira pas non plus d'essayer d'estimer la performance, ni la possible rentabilité des programmes d'aide existants, ni de ceux cherchant à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). On sollicitera, néanmoins, des exemples précis pour illustrer et étayer notre propos.

L'article suivra le plan suivant. En deuxième partie, on présentera plus précisément les raisons d'orienter l'aide vers des activités spécifiques de lutte contre les maladies transmissibles, plutôt que vers d'autres activités du secteur santé ou d'autres secteurs. La troisième partie précisera les contours du cadre général d'analyse dont les trois principales composantes sont : (i) le coût de la maladie; (ii) prévention, soins et activités de R&D; (iii) mesurer le bénéfice par rapport aux dépenses engagées. Nous discuterons ensuite des différentes manières d'allouer l'aide, tout d'abord par rapport à l'approche prévention/soins bien connue (4<sup>e</sup> partie), ensuite par rapport à une approche en termes R&D (5<sup>e</sup> partie). La 6<sup>e</sup> partie résumera les principaux résultats de ce travail avant de faire certaines propositions.

## 2 JUSTIFICATION DE L'AIDE

Il n'est pas nécessaire de rappeler ici les principales justifications économiques et éthiques de l'aide au développement. Ces justifications ne permettent néanmoins pas de saisir la totalité des raisons pouvant être invoquées pour justifier l'allocation de l'aide à la lutte contre

les maladies transmissibles. Quatre raisons nous semblent à ce propos particulièrement importantes :

- 1) En pratique, les maladies transmissibles concernent tout le monde, en conséquence de quoi, l'allocation des ressources financières est dans ce domaine sujette aux imperfections du marché. Dans les contextes nationaux, il est clair que le fonctionnement des économies entrave le plus souvent l'élaboration d'une réponse publique adéquate. Si les problèmes de fongibilité ne sont pas trop importants, alors l'aide peut influencer positivement sur le bien-être des citoyens du pays receveur.
- 2) La propagation de la plupart des grandes maladies transmissibles n'est pas bornée aux frontières d'un État. De ce point de vue, l'aide est l'instrument adéquat pour lutter contre ce type de fléau qui concerne l'ensemble de la population. Allouer des ressources de l'aide à cet objectif peut alors être totalement justifié par rapport aux intérêts propres du bailleur.
- 3) Les activités de R&D produisent des outputs avec une dimension bien public marquée. Les activités privées de R&D dans le secteur santé sont majoritairement concentrées dans les pays en développement et s'intéressent avant tout aux problèmes de santé des populations correspondantes; dans ces pays, la volonté à payer se transforme d'elle-même en une demande effective valable pour l'ensemble du marché. L'aide en faveur des activités de R&D sur les maladies transmissibles dans les pays en développement pourrait modifier la demande effective en leur faveur. Comme pour les raisons 1 et 2, l'allocation de l'aide en faveur de cet objectif peut se justifier tant d'un point de vue éthique que par rapport au souci de corriger les imperfections du marché liées aux externalités.
- 4) Les maladies comme le SIDA ou la tuberculose, qui touchent principalement les jeunes adultes, ne détruisent pas seulement le capital humain existant, mais affectent aussi les mécanismes intergénérationnels (l'éducation et la scolarisation des enfants) permettant la création de nouveau capital humain. L'efficacité de tels mécanismes dépend des arrangements mutuels existants et de la qualité de l'éducation des enfants au cas où l'un, ou les deux parents venaient à disparaître prématurément. Dans la mesure où les marchés sur lesquels on peut trouver ce type de biens sont soit imparfaits soit inexistants, la réduction de la mortalité prématurée des adultes peut non seulement permettre de préserver le capital humain existant mais aussi promouvoir la formation d'un capital humain futur. Pour cette raison, l'aide peut potentiellement générer des effets externes positifs

de long terme, tout en combattant les effets externes négatifs liés à l'existence de ces maladies.

### 3 CADRE D'ANALYSE

Compte tenu des justifications qui viennent d'être énoncées, comment l'aide doit-elle être allouée dans ce domaine ? Pour répondre à cette question, il est avant tout nécessaire de construire un cadre d'analyse permettant d'identifier et d'évaluer les différentes alternatives pouvant être subventionnées, qu'elles soient financées ou pas. Pour ce faire, il faut se demander si l'élaboration d'un bon plan d'action concertée se fait simplement en choisissant un ensemble d'initiatives, ou de « projets », issus d'une série de propositions déjà prêtes. La théorie et la pratique de la planification nous enseignent en fait, que pour parvenir à élaborer un bon « plan », il faut que les différents projets du plan s'adressent, et même soient élaborés depuis le départ, à des secteurs particuliers. Cette conclusion implique la nécessité pour les organismes concernés d'organiser et de classer les différentes activités existantes, de manière à ce que les projets prometteurs, ou les perspectives de projets favorables, soient plus facilement identifiables. En pratique, ces organismes devraient même nous aider à dégager les activités prioritaires des groupes d'activités existants et même être dès le départ capables de tirer les leçons nécessaires.

Les projets spécifiques ainsi mis en valeur doivent ensuite être soumis à une analyse coût-bénéfice rigoureuse; dans la mesure où les éléments dégagés *ex ante* par les organismes doivent pouvoir être validés par une mesure standard commune. Pour mettre en place une telle procédure, il faut d'abord démontrer l'impact des dépenses engagées sur différentes mesures de lutte contre des maladies spécifiques, puis trouver un moyen de transformer l'impact ainsi dégagé en un indice mesurant le bénéfice social résultant. Il s'agit en réalité de reproduire l'approche classique de toute analyse coût-bénéfice social, mais de l'adapter au cas particulier qui nous intéresse ici. Si l'on peut s'accorder jusqu'à ce stade de la réflexion, nous aurons alors établi non seulement les principes pour l'allocation des dépenses de l'aide dans le domaine de la lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi les procédures à suivre en pratique.

Lorsqu'il s'agit d'établir un plan de lutte contre les maladies infectieuses, il existe au moins deux manières de classer les activités possibles : la première consiste à les classer par type de maladies; la seconde par type d'activités utilisées pour les combattre, à savoir

activités préventives, activités curatives ou activités de R&D. Ces deux modes de classification sont parfaitement compatibles l'un avec l'autre tant il semble évident et sensé d'associer activités préventives, curatives et activités de R&D pour chaque maladie considérée. Nous les aborderons ici dans cet ordre.

### 3.1 Les coûts de la maladie<sup>3</sup>

En soi, un listage des maladies ne révèle à peu près rien. Ce qu'il faut mettre en valeur, ce sont les effets de chaque maladie sur la morbidité et la mortalité par âge, ainsi que leurs conséquences sur le bien-être économique, au sens large. Pour bien comprendre ce qui est en jeu, nous commencerons ce chapitre en décrivant deux exemples extrêmes illustrant les conséquences d'un simple épisode de maladie ou d'une blessure. Les éléments essentiels mis en valeur par ces deux exemples seront ensuite présentés de manière plus systématique afin de pouvoir les extrapoler aux cas des maladies infectieuses.

Le premier exemple est issu de l'étude conduite par van Dillen (2004) sur la vulnérabilité dans un village tamoul du sud de l'Inde. Un jeune ouvrier agricole attaqué par un bœuf, alors qu'il labourait son champ au début de la saison sèche, souffre de plaies sévères à la main et à l'avant-bras gauches, plaies bientôt suivies de la fièvre et de l'infection conséquentes. Trois semaines plus tard, après avoir dépensé 500 roupies (correspondant à environ dix jours de paye) en consultations et médicaments, cet ouvrier se trouve toujours dans l'incapacité de travailler. Sa femme, déjà en charge d'un enfant, et devant aussi s'occuper de lui se voit obligée de réduire son salaire, issu de sa paye d'ouvrière et de son activité de confection de *beedis* (cigarettes indiennes). En dépit de l'aide modeste apportée par des proches, leurs ressources à court terme s'épuisent rapidement et le couple se voit dans l'obligation de contracter un emprunt de 1 000 roupies à 10 pour cent d'intérêt par mois auprès de l'employeur de notre ouvrier agricole. Le jeune homme put finalement reprendre son travail à temps complet après un mois supplémentaire de repos, mais il fallut encore plusieurs mois après celui-ci pour que le couple puisse rembourser entièrement sa dette.

Les coûts liés à la blessure du jeune ouvrier sont globalement de trois sortes. En premier lieu, son incapacité à travailler et la maladie ont entraîné une perte de revenu familial et une charge de travail supplémentaire pour la femme. Deuxièmement, soigner la blessure s'est

<sup>3</sup> Cette partie repose essentiellement sur la troisième partie de Bell et Lewis, 2004.

traduit par une ponction immédiate sur les ressources sous forme de dépenses médicales. Troisièmement, les coûts impondérables ont également dû être supportés, à savoir dans ce cas, les souffrances causées par la douleur, l'anxiété liée à la situation financière du ménage et la perte de temps libre pour la famille et les loisirs. Les arrangements mutuels entre individus permettent de déterminer qui, en dernier lieu, supporte effectivement l'ensemble des coûts dans une telle situation – et il faut bien insister sur le fait que ces coûts sont supportés par telle partie ou telle autre. Dans l'exemple de van Dillen, comme dans la plupart des pays pauvres, la couverture des coûts est au final assumée en majeure partie par la famille – quand bien même les dépenses liées aux soins curatifs sont partiellement subventionnées par l'État. Les impondérables liés à la maladie et à l'incapacité sont eux assumés par le jeune homme et sa femme à eux seuls.

Considérons maintenant, un simple fonctionnaire, d'environ 35 ans, ayant deux enfants à charge, qui subit un infarctus massif du myocarde ne lui permettant pas de reprendre son travail et qui succombe plus tard d'une seconde attaque. Les ressources futures sur lesquelles il pouvait *a priori* compter pour la période comprise entre sa première attaque et le moment supposé de sa retraite, ajustées en fonction d'un état de santé considéré comme « normal » si l'attaque n'avait pas eu lieu, sont de fait perdues. Les coûts liés au traitement de la première attaque, aux efforts de réadaptation et finalement aux efforts vains pour le ramener à la vie suite à la seconde attaque sont extrêmement lourds, en particulier s'il a pu être accepté dans une unité de soins intensifs. Les seules économies réalisées dans cette affaire correspondent aux coûts escomptés du traitement et des soins liés à son affection en tant que personne âgée, s'il avait atteint cet âge, et au coût de sa protection sociale une fois retraité. Les coûts impondérables ne sont pas de loin les moindres. La douleur physique s'accompagne d'une tristesse immense à l'idée de perdre prématurément la vie et à l'idée des conséquences pour sa femme et ses enfants. Pour ces derniers, il ne faut pas prendre en compte le seul chagrin lié à sa mort, mais aussi le manque persistant d'affection qu'il pouvait prodiguer, l'absence du partenaire dans la vie et son apport à la vie de famille ainsi qu'à l'éducation des enfants. Les arrangements mutuels qu'il avait pu contracter couvriront difficilement les deux premières catégories de coûts subis et ne peuvent, par nature, en aucun cas venir couvrir ceux de la dernière catégorie.

Ces exemples illustrent l'importance de la famille en tant qu'organisation qui permet, entre autres, de rassembler des ressources. Si les revenus perdus et le coût du traitement médical ne peuvent être entiè-

rement couverts par les arrangements assurantiels impliquant une tierce partie, alors la maladie d'un seul individu affectera directement et négativement le bien-être des autres membres de la famille, en particulier les enfants dont la scolarisation peut être remise en cause. En effet, dans le deuxième exemple, ce sont probablement les enfants qui perdent le plus avec le décès de leur père, une conclusion qui s'appliquerait d'autant plus si leur mère venait à mourir prématurément. Ces effets entre générations indiquent que le décès prématuré des parents a des effets potentiellement négatifs à long terme, qui vont bien au-delà de la perte des revenus ou du coût des traitements médicaux, que l'affection en cause soit une maladie infectieuse ou pas.

Il est utile de reprendre ces différents éléments et de les considérer de manière plus générale. Un parcours « idéal » de vie pourrait correspondre à la situation d'un individu ayant joui d'une santé robuste tout au long de sa vie – une enfance paisible, une vie active longue et productive et un grand âge serein – et qui meurt soudainement et tranquillement dans son lit : ce parcours type sera considéré dans ce qui suit comme la situation de référence. Chaque épisode de maladie perturbe plus ou moins ce parcours de référence et peut parfois l'affecter de manière catastrophique. Un épisode de maladie peut n'avoir aucune conséquence durable ; il peut aussi sérieusement entamer l'état de santé de l'individu, augmenter sa possibilité de tomber malade dans le futur, ou même constituer un terrain favorable pour une issue fatale ; il peut encore être fatal en lui-même. Selon la nature de l'épisode de maladie, une ou plusieurs des conséquences décrites ci-dessus peuvent survenir, conséquences auxquelles il faut ajouter la valeur *attendue* des coûts futurs qui augmentent à mesure que le présent épisode de maladie favorise les chances de survenue d'autres épisodes de maladie comme cela peut être le cas, lorsque par exemple, une maladie infantile empêche la maturation d'un organe.

Quels sont les éléments supplémentaires à prendre en compte lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses ? La conséquence immédiate des maladies infectieuses correspond au risque que la personne malade contamine d'autres individus, qui pourront à leur tour propager l'infection. Une succession de coûts *attendus* en cascade peut, en conséquence, être mise en évidence, qui ne dépend pas seulement des dommages de la maladie induits pour chaque individu contaminé mais aussi de la probabilité de propagation de la maladie. Tant que cette probabilité est positive, la maladie ne peut être contenue dans une sphère purement privée délimitée par l'individu contaminé et sa famille proche comme l'ont montré les exemples précédents. Les maladies

infectieuses appartiennent plutôt à la sphère publique dans le sens où l'individu contaminé transmet, consciemment ou pas, le virus aux autres totalement à leur insu. Dans ces conditions, n'importe quelle maladie transmissible peut potentiellement induire des externalités négatives. Ce n'est généralement qu'une fois contaminés que les individus prennent conscience du risque de contagion et il ne fait aucun doute que s'ils avaient été conscients de ce risque à temps, ils auraient pris toutes les précautions nécessaires. Le seul fait de prendre conscience d'une possible contagion engendre un coût économique dont l'importance dépendra des mesures prises pour l'éviter.

Jusqu'à présent, les coûts agrégés de la morbidité et de la mortalité ont été interprétés comme la somme des coûts subis par chaque individu contaminé, le nombre de cas considérés et la durée de l'épidémie dépendant d'une part de la prévalence de la maladie (infectieuse) et d'autre part de la structure par âge de la population. Cette manière de procéder n'est pas totalement injustifiée à condition que l'ensemble des données nécessaires soit correctement mesuré. Elle pose néanmoins la question de savoir de quelle manière les prix – et plus particulièrement le prix des facteurs – dépendent des niveaux de morbidité et de mortalité. Pour traiter cette question, on supposera qu'il existe un modèle dominant de morbidités et de mortalités, considéré comme « normal » et qui constituera un repère nécessaire à l'analyse. On admet que ce modèle ne peut être remis en cause par l'ajout d'un cas supplémentaire de maladie, qui n'aura donc qu'un effet négligeable sur les prix courants et les prix futurs – à moins que ce cas ne laisse présager la survenue de nombreux autres cas, une éventualité qui sera envisagée plus loin dans le texte. Au contraire, une véritable épidémie a un effet parfaitement mesurable sur la morbidité et la mortalité générale, quand bien même cet effet est temporaire. Les effets associés sur la structure des prix relatifs ne dépendent pas seulement de la durée de l'épidémie mais aussi des classes d'âge qui en ont le plus souffert.

Il est important de pouvoir définir des profils de morbidité et de mortalité pour les maladies liées à l'âge. L'apparition d'une épidémie de maladie infantile n'a pas de conséquence immédiate sur la production économique, bien que les ressources nécessaires pour soigner les enfants soient probablement déviées de leur utilisation originelle. Par contre, il est possible que la production économique – mesurée de façon conventionnelle – chute à court terme si les parents sont amenés à s'absenter de leur travail pour s'occuper de leur enfant malade. Dans le cas d'une épidémie longue, si le niveau de fécondité n'est pas suffisant pour remplacer les enfants disparus ou si les enfants ayant

survécu à l'épidémie sont atteints d'incapacités mentales ou physiques irréversibles, il peut, à long terme, en résulter des effets sur le stock de main-d'œuvre et de compétences.

Les conséquences d'une épidémie parmi les jeunes adultes sont plus nombreuses et plus graves. Dès lors que se répand la maladie, il est possible de constater une diminution immédiate de la disponibilité en main-d'œuvre mais sans conséquence directe sur le stock de capital physique, quel qu'il soit; en conséquence, les taux des salaires auront tendance à augmenter, à moins qu'un nombre suffisant de travailleurs sans emploi soit alors disponible. L'incapacité et le décès sont des causes de réduction permanente du stock disponible de main-d'œuvre. Une augmentation de la mortalité au sein de ce groupe d'âge peut entraîner une diminution de la fécondité et réduire encore les forces de travail futures. À terme, la disponibilité et la qualité de la main-d'œuvre future sont également affectées par les conséquences de l'épidémie sur la création de capital humain liée à l'éducation des enfants. Au total, les conséquences sur la future force de travail sont plus qualitatives que quantitatives. Il est difficile de déterminer précisément les conséquences de telles épidémies sur l'accumulation de capital physique au niveau individuel, c'est-à-dire pour chaque travailleur. Une augmentation de la mortalité des jeunes adultes, et la diminution de la fécondité qui l'accompagne, réduisent le taux de croissance de la force de travail. En même temps, une augmentation longue et prononcée de la morbidité aura pour conséquence probable de détourner l'investissement de l'épargne sous toutes formes de capital, afin de pouvoir accéder aux traitements nécessaires au malade; la perte du revenu familial au cours d'une vie entraînera naturellement une diminution de l'épargne. Par conséquent, la question de savoir si une telle épidémie entraîne une augmentation ou une diminution du niveau de capital physique par travailleur reste en suspens.

L'apparition de la maladie chez les personnes âgées n'aura d'effet direct sur la disponibilité en main-d'œuvre que dans la mesure où celles-ci travaillent ou consacrent une partie de leur temps à s'occuper de leurs petits-enfants et des ménages de leurs enfants, situation dans laquelle une déviation des ressources pour l'achat de traitements médicaux pour les individus malades peut se produire. L'ampleur des effets de long terme de la mortalité et de la morbidité des personnes âgées sur la disponibilité et la qualité de la main-d'œuvre dépendra essentiellement de l'importance de deux facteurs quelque peu contradictoires. D'un côté, la participation des personnes âgées au ménage de leurs enfants peut favoriser la fécondité de ceux-ci ainsi que la formation de capital humain.

D'un autre côté, les personnes âgées peuvent réclamer un droit sur les ressources du ménage ce qui peut contrarier la volonté d'investissement tant en capital humain que physique du jeune ménage.

Pour compléter ce rapide exposé sur la manière dont les maladies infectieuses peuvent influencer sur l'économie, il convient de prêter attention à deux éléments en particulier. L'ampleur et la gravité d'un épisode de maladie, s'il est suffisamment long et conséquent, peuvent plomber l'ensemble du système d'entraide mutuelle existant, voire le détruire. Cela ne concerne pas seulement la capacité des systèmes de santé à faire face à un flux (inhabituel) de malades et de décès, mais aussi l'ensemble des institutions fournissant des prestations publiques et toute autre forme de couverture maladie. Pour faire face à de tels chocs, les sociétés riches, bénéficiant des revenus publics adéquats, sont mieux armées que les sociétés pauvres, dans lesquelles la survie des individus dans le besoin repose sur la capacité des réseaux familiaux et des communautés locales à les prendre en charge. La disparition de ces modes de solidarité dans les pays pauvres pourrait avoir des conséquences économiques et sociales aux coûts tout à fait désastreux.

L'ampleur des conséquences économiques d'une épidémie de maladies infectieuses ne dépend malheureusement pas de son échelle. L'activité économique repose beaucoup sur des facteurs liés aux attentes et aux conditions psychologiques, ces facteurs étant eux aussi sujets à variations et susceptibles d'être influencés par l'annonce d'une épidémie. Déterminer le degré de réalité attribuable à la peur provoquée par l'annonce d'une épidémie peut prendre un certain temps et dépendra d'une part de la maladie en question et d'autre part du lieu d'apparition de l'épidémie. Pendant ce temps, le doute peut subsister dans un sens comme dans un autre. S'il s'avère que l'apparition d'une nouvelle maladie, ou d'une forme nouvelle de maladie déjà connue, devrait avoir de graves et durables conséquences sur la mortalité et la morbidité d'une population, tôt ou tard, les risques associés à celle-ci s'exprimeraient à travers les attentes de la population et finalement à travers leurs décisions d'allocation des ressources. Fausses ou pas, les attentes des populations jouent donc un rôle central.

### 3.2 Prévention, soins, R&D

Selon l'adage bien connu, mieux vaut prévenir que guérir. Si cela est vrai – et il y a de fortes présomptions que cela soit le cas – il nous indique quelle est la toute première priorité pour combattre les maladies transmissibles. Cela suggère *a priori* que les efforts en R&D devraient

avant tout porter sur les moyens et les méthodes pour prévenir la survenue d'une épidémie de maladies transmissibles plutôt que sur ceux visant à traiter individuellement les patients qui en seraient atteints. La partie suivante s'intéressera précisément à ces différentes assertions.

Les systèmes de prévention sont constitués d'un éventail d'instruments allant de la gestion, à la surveillance et au contrôle des maladies en passant par la mise en place d'infrastructures spécifiques de prévention incluant même dans certains cas des outils curatifs. Dans le domaine de la prévention, les capacités d'organisation sont de toute première importance. Tout système public de santé, pour fonctionner correctement, doit être en mesure d'effectuer une surveillance épidémiologique permanente et complète, être prêt à intervenir le moment voulu, et en avoir les moyens. La capacité des instruments de prévention à détecter l'apparition d'épidémie et à en suivre leur diffusion est un déterminant important de l'efficacité des systèmes. Le deuxième élément passe par diverses mesures complémentaires les unes des autres, toutes aussi importantes pour prévenir la survenue des maladies infectieuses que pour contrôler l'apparition d'une épidémie. Ces mesures sont : le contrôle des vecteurs des maladies, la mise en œuvre vigoureuse de programmes de vaccination, la conduite de campagnes publiques d'information efficaces, les mesures obligatoires d'isolement et de quarantaine et la promotion de l'éducation à la santé. Pour contrôler les maladies sexuellement transmissibles, des dispositifs de dépistage, associés à la fourniture de traitements, sont proposés aux partenaires des personnes contaminées, dans la mesure où la mise à disposition de tels traitements peut enrayer la diffusion de la maladie. Dans les situations où des mesures d'isolement et de mise en quarantaine sont jugées indispensables, la possibilité d'accès à un traitement au cours de la dite période facilite la mise en œuvre de ce type de mesures. À l'autre extrémité de la chaîne des interventions publiques possibles, les infrastructures fournissant eau potable et installations sanitaires sont tout à fait décisives pour le contrôle des maladies digestives.

À partir de quel moment les soins curatifs peuvent-ils être considérés, en soi, comme une option socialement bénéfique par rapport aux différentes composantes d'un panier valable de services préventifs et de contrôle ? Il n'existe pas de réponse générale à cette question, tant elle dépend de la maladie considérée. Dans la suite, on considèrera un exemple d'actualité, intéressant et révélateur.

Dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles, une intervention classique consiste à promouvoir activement l'utilisation des préservatifs auprès d'une population cible constituée par des prostituées

et leurs clients. Marseille, Hoffman et Kahn, 2002, indiquent que le coût d'un cas de SIDA ainsi évité au Kenya est compris entre 8 et 12 US dollars. Il s'agit en soi d'une très petite somme, mais compte tenu du type de pathologie considérée et par rapport à la population concernée, il faut comprendre que cette dépense doit être renouvelée chaque année. Selon les auteurs, d'autres modes de prévention du SIDA, tels qu'assurer un stock de produit sanguin non contaminé ou prescrire de la névirapine aux jeunes mères venant d'accoucher sont des mesures moins efficaces en coût, d'un facteur dix au moins. Après sélection d'un panier de soins préventifs type, les auteurs estiment que le coût par année de vie corrigée de l'incapacité (ou AVCI, voir paragraphe 3.3 plus loin) ainsi sauvée est de 12, 50 dollars.

Considérons maintenant le point de vue curatif, dans lequel la majeure partie des dépenses réalisées sert à payer les traitements des personnes atteintes du SIDA. Ces traitements ne concernent pas seulement les maladies opportunistes associées, mais aussi, et tout particulièrement en phase finale de la maladie, les anti-rétroviraux (ARV). Ce type d'intervention permet de maintenir les individus contaminés en meilleure santé et peut prolonger leur vie, il permet donc d'augmenter le revenu familial leur vie durant et d'améliorer les soins dispensés par les parents. Pour Marseille *et al.*, 2002, le coût d'une année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) ainsi sauvée est de l'ordre de 395\$, à condition que les médicaments utilisés soient des médicaments génériques peu onéreux et que les coûts liés aux infrastructures et aux compétences nécessaires pour conduire un tel traitement (HAART, *Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) soient négligeables.

À ce stade, il devient nécessaire d'avoir une idée du coût de ce type de programmes, à savoir les programmes HAART. La Banque Mondiale (2003) donne une estimation de leur coût au Burkina Faso, pays pauvre d'Afrique de l'Ouest dans lequel le taux de prévalence du SIDA se situe aux alentours de 8 % de la population. Si les ARV sous forme générique sont achetés auprès des industries pharmaceutiques indiennes, le coût annuel du traitement pour un individu se situe aux alentours de 810\$; en dépit du meilleur tarif négocié (*pour des produits non-génériques fournis par les firmes pharmaceutiques les commercialisant*) le coût d'un tel traitement serait alors multiplié par plus de deux pour se situer aux alentours de 1730\$. En considérant le taux de prévalence du SIDA actuel, l'estimation basse se traduit par un montant en dépenses agrégées représentant environ 80 % du budget de fonctionnement du Ministère de la santé et environ 1,8 % du PIB. Au Kenya, où le taux de prévalence du SIDA se situe aux alentours de 15 % de la population

avec un PIB par habitant équivalent, le montant en dépenses agrégées serait à peu près deux fois plus important. Si ces chiffres donnent en effet à réfléchir, ils correspondent globalement aux résultats issus des programmes optimaux de Bell, Devarajan et Gersbach, 2003, en Afrique du Sud. Néanmoins, il n'est pas certain que des dépenses en soins curatifs à une telle échelle soient justifiées compte tenu des nombreuses alternatives disponibles dans le domaine de la prévention des principales maladies transmissibles.

Intéressons-nous maintenant aux priorités associées aux activités de R&D. L'idée selon laquelle la prévention devrait avoir la préséance sur les soins curatifs dans un contexte de ressources rares ne veut pas nécessairement dire que les activités de R&D doivent se focaliser sur la prévention. La raison en est la suivante : il est probablement plus facile de développer de nouveaux traitements, ou d'en améliorer d'anciens, que d'obtenir des résultats aussi probants en matière de développement ou d'amélioration des méthodes et outils de prévention. Si le différentiel en faveur des résultats de la recherche curative est suffisamment important, ceux-ci seront alors en mesure de compenser les avantages sociaux présumés de l'approche préventive. Néanmoins, en l'absence de connaissances suffisamment solides concernant les résultats prospectifs (intermédiaires) en R&D, il est impossible de tirer de quelconques conclusions sur les activités de recherche à privilégier en matière de prévention et de soins curatifs.

L'exemple suivant permettra de mieux comprendre les implications de ce qui vient d'être exposé. Il est évident que la découverte d'un vaccin efficace contre le VIH/SIDA permettrait de contenir et même d'inverser la marche de cette nouvelle peste. Le problème est que depuis bientôt vingt ans, de très importants efforts ont déjà été réalisés sans que l'ombre du plus petit succès n'apparaisse. Selon certains experts, les chances de découvrir un tel vaccin dans les dix ou quinze prochaines années sont faibles en raison de la mutation extrêmement rapide du virus, ce qui conduit d'autres à tout simplement douter de la possibilité, un jour, de jamais y parvenir. Dans la mesure où ce point de vue pessimiste est effectivement fondé, alors il conviendrait de plutôt faire porter les efforts sur le développement de nouvelles thérapies ARV, ou sur celles conçues pour lutter contre la tuberculose et le paludisme. Si l'on se remémore les termes de la discussion conduite plus haut (voir partie 3.1.) selon laquelle toute intervention potentielle doit être soumise à une même procédure et échelle d'évaluation, alors développer un vaccin contre le paludisme (un autre challenge du même type) apparaît pourtant comme une solution évidente. Pourtant, cela ne doit pas empêcher de

se demander si, par exemple, dans ce domaine, il ne serait pas plus judicieux de réduire les efforts en Recherche et Développement et en échange, distribuer gratuitement ou subventionner la distribution de moustiquaires imprégnées.

### 3.3 Mesurer le bénéfice

La discussion précédente (voir partie 3.1.) suggère assez naturellement que le bénéfice issu des dépenses consacrées à la lutte contre les maladies infectieuses peut être mesuré comme correspondant aux économies réalisées en termes de « coûts », ces coûts devant être eux-mêmes correctement définis puis déduits. Il est très compliqué d'estimer ces coûts en raison des deux principales externalités à prendre en compte, à savoir d'une part les effets de long terme de la morbidité et de la mortalité sur la formation du capital humain et d'autre part, le fait que les maladies infectieuses concernent tout un chacun; en principe, il est possible de les estimer quand bien même il s'agit, en pratique, d'une tâche laborieuse.

Lorsqu'ils sont confrontés à la manière de les mesurer, les économistes ont souvent recours à la fameuse année de vie corrigée de l'incapacité, ou AVCI. Une AVCI correspond à une année de vie en bonne santé perdue ou à une période de vie en incapacité dont la durée est corrigée en fonction de la sévérité de l'incapacité. Le fardeau de maladie supporté est ensuite mesuré comme l'écart entre l'état de santé effectif et une situation idéale dans laquelle chacun vivrait jusqu'à un âge avancé sans maladie ni incapacité. Les AVCI sont calculées à partir des tables de mortalité par âge et des taux d'incapacités, et pour lesquels la pondération de chaque type d'incapacité est basée sur l'appréciation des ménages, appréciation enregistrée lors des enquêtes réalisées à cet effet (OMS, 2003).

Une alternative consiste à pondérer le nombre d'années de vie perdues en fonction de la productivité, mesurée grâce aux taux de salaire ou aux salaires issus du travail. Cette alternative appelée, mesure des salaires attendus au cours d'une vie, a été utilisée par Jamison, Sachs et Wang (2001) pour évaluer l'impact du coût économique de l'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne. Dans le cas du Botswana, par exemple, les auteurs ont calculé le revenu attendu au cours de sa vie d'un homme de 22 ans ayant été scolarisé 12 ans selon la formule  $\sum_t [S(t)Y_{12}(t)(1+r)^{-t}]$ , où  $S(t)$  est la probabilité de survivre  $t$  années à partir de l'âge de 22 ans,  $Y_{12}(t)$  est le niveau de revenus attendus en

fonction de l'âge après 12 ans de scolarisation et  $r$  une constante du taux d'actualisation.

Dans la partie 3.1., il est clairement apparu que toute procédure utilisant les années de vie comme unité de mesure, qu'elles soient pondérées ou non, pose inévitablement un problème d'ordre éthique. On peut formuler le problème ainsi : faut-il considérer que le cycle de vie de référence pour un nouveau-né est de vivre jusqu'à un âge avancé ? Si la réponse est oui, on considère alors l'individu comme irremplaçable, dans la mesure où tout obstacle apparaissant dans son cycle de vie correspondra à une perte définitive, qui ne peut être considérée comme bonne. Ce point de vue se heurte néanmoins à la difficulté liée aux stratégies de fécondité des ménages pour remplacer les enfants morts en bas âge, stratégies bien connues en démographie humaine. Si au contraire, la réponse est non, alors prévenir un décès prématuré ou la survenue d'une incapacité peut être considéré comme une contribution du nouveau-né en tant que membre de la communauté. Ce problème réapparaîtra plus loin, on le verra, à propos de l'importance des profils de mortalité par âge selon les maladies pour l'allocation des ressources de l'aide au développement.

En plus de ce problème général, les deux types de mesure du bénéfice présentés précédemment se heurtent chacun à des difficultés propres. Dans le cycle de vie, la phase de l'éducation et de la scolarisation d'un enfant entraîne des frais pour le ménage avant même que l'individu ne devienne actif et puisse générer lui-même des ressources. Par définition, cet élément ne peut être inclus au concept d'AVCI, dans la mesure où chaque AVCI sauvée est pondérée de la même manière à tous les âges et qu'elle ne tient compte ni de l'utilisation ni de la production de ressources non exprimées dans la formule de l'AVCI.

On ne retrouve pas forcément ce point faible dans l'approche basée sur le salaire attendu au cours d'une vie, puisque dans cette approche une pondération spécifique est en principe fixée pour chaque âge ce qui permet d'obtenir une expression nette de ce salaire. Ainsi, on calcule pour chaque âge et pour chaque individu la valeur présente escomptée du futur salaire sauvé en prévenant la survenue d'une incapacité ou d'un décès prématuré, puis, on soustrait les coûts futurs escomptés de l'investissement lié à la formation en capital humain. Calculer l'ensemble de ces profils est assez ardu et n'a, à notre connaissance, jamais été entièrement réalisé. En pratique, et comme c'est le cas dans l'étude de Jamison, Sachs et Wang, 2001, les calculs sont faits sur la base d'un individu moyen (et non pour chaque individu) et pour certaines périodes du cycle de vie (et non à chaque âge) et sont donc une expression brute

du salaire attendu. En conséquence, la pertinence de cette approche pour mesurer le bénéfice des dépenses en santé en général, et le bénéfice de l'aide dans le domaine de la santé en particulier, reste limitée.

Aucune de ces deux approches n'intègre les effets positifs d'une mortalité et d'une morbidité réduite des adultes pour la formation future de capital humain et de là pour la productivité future. Une analyse rigoureuse de ces effets nécessiterait l'utilisation d'un cadre d'analyse dynamique de l'équilibre général, comme par exemple celui développé par Bell, Devarajan et Gersbach, 2003. Les inclure absolument dans le cadre d'analyse de l'AVCI – ou de tout autre cadre d'analyse du même type – n'est pas en outre un moyen de procéder particulièrement évident.

#### **4 COMMENT ALLOUER LES RESSOURCES DE L'AIDE 1 : PRÉVENTION ET SOINS CURATIFS**

Après avoir présenté le cadre d'analyse général en partie 3, nous nous intéresserons maintenant à la manière dont un programme d'aide doit être conçu pour permettre une « bonne » allocation des ressources. On est ici d'emblée confronté au problème de la fongibilité de l'aide dans la mesure où offrir un programme d'aide, quand bien même il a été conçu conjointement comme un élément d'un plan global de développement du secteur santé, donne au gouvernement receveur la possibilité d'employer les ressources offertes à de toutes autres activités. Si l'aide proposée concernait des activités de Recherche et Développement, les possibilités de « substitutions » seraient beaucoup plus limitées dans la mesure où les capacités de Recherche et Développement sont principalement concentrées dans les pays développées. D'autres difficultés peuvent néanmoins apparaître à la place, et qui seront vues dans la partie 5. Dans ce qui suit, les problématiques de la prévention et des soins curatifs seront abordées à la lumière des problèmes potentiels mais sévères de fongibilité rencontrés par l'aide.

La fongibilité de l'aide en général, et de l'aide au secteur santé en particulier, diffère selon les pays, dépend des conditionnalités imposées par les bailleurs, du fonctionnement interne des mécanismes budgétaires et d'autres facteurs encore. Feyzioglu, Swaroop et Zhu, 1998, se sont intéressés au niveau de fongibilité atteint de cette aide à travers un panel de pays pour la période 1971-1990. Leurs résultats sont variables. Tout d'abord, au niveau agrégé, une augmentation de l'aide étrangère de 1 dollar entraîne une augmentation des dépenses publiques totales de 0,33 dollars, la différence résultante correspondant aux mesures de

dégrèvement fiscal<sup>4</sup>. Ensuite, les prêts à taux réduits (aide étrangère totale moins subventions) dans le secteur santé vont au-delà de la fongibilité au niveau du gouvernement central : une augmentation de l'aide dans le secteur santé de 1 dollar entraîne une diminution des dépenses du gouvernement central dans le secteur santé de 1,33 dollars (quand bien même l'écart-type de l'estimation est important). Néanmoins, une même augmentation de l'aide entraîne une réduction de l'investissement public total dans le secteur santé de seulement 0,35 dollars<sup>5</sup>. Les auteurs soulignent aussi des effets « indirects » intéressants. Les prêts concessionnaires accordés dans le secteur des transports et des communications (en déduisant là aussi les allocations) semblent stimuler les dépenses publiques dans le secteur santé. Enfin, les auteurs confirment l'impact de l'aide étrangère dans le secteur santé sur la mortalité infantile. Ainsi, les prêts concessionnaires dans le secteur santé sont-ils statistiquement significatifs et ont un effet négatif sur la mortalité infantile. Doubler la valeur moyenne de ces prêts ne réduirait la mortalité infantile que de 1 %. En somme, ces résultats suggèrent que l'aide dans le secteur santé n'est fongible que jusqu'à un certain point, et non au point de rendre cette aide non effective.

Nous soutenons depuis le début que la lutte contre les maladies infectieuses dans les pays pauvres devrait être une priorité. Si cela était admis, alors l'étape suivante consisterait à formuler un tel plan, non pour quelques années seulement, mais à long terme. Dans le détail ces plans diffèreraient bien évidemment d'un pays à l'autre. Néanmoins, dans la mesure où les maladies infectieuses et les vecteurs de leur propagation sont indifférents aux frontières géographiques, une coordination internationale pour l'élaboration de ces plans semble s'imposer. Pour l'élaboration de ces plans, nous avons également soutenu qu'il conviendrait de privilégier les mesures préventives plutôt que curatives notamment lorsque les fonds disponibles sont peu abondants. Pour chaque niveau de fonds disponibles, les composantes du plan correspondant sont soumises à des évaluations coût-bénéfice afin d'assurer une certaine efficacité, des révisions pouvant être apportées au plan à la lumière des résultats de ces évaluations.

---

4 Ce résultat est très sensible à l'échantillon utilisé. Un échantillon plus petit indique qu'une augmentation de l'aide étrangère de 1 dollar entraîne une augmentation des dépenses publiques totales de 0,95 dollars suggérant ainsi un dégrèvement fiscal moindre.

5 Feyzioglu, Swaroop et Zhu, 1998, ont mesuré l'aide étrangère sur la base des prêts concessionnaires dans la mesure où les statistiques concernant les allocations des bailleurs par secteurs n'étaient pas disponibles. Selon les auteurs, une corrélation positive entre allocations et prêts entraînerait un biais à la hausse dans l'estimation du coefficient de fongibilité.

La proposition principale de cet article consiste à :

- Concevoir un programme pour prévenir et contenir le développement des maladies infectieuses, les plus dommageables, en ayant à l'esprit que tout projet marginal de ce programme doit atteindre un niveau de rentabilité (estimé en prix fictifs) satisfaisant comparé aux autres projets financés par l'aide;
- Le mettre en oeuvre avec les fonds issus de l'aide et l'assistance technique nécessaires;
- Suivre et évaluer sa mise en oeuvre.

Selon toute probabilité, mettre cette proposition en oeuvre nécessite des dépenses plus importantes encore que n'importe quel nouveau programme de politique économique intérieure. Cette proposition est également conservatoire, dans la mesure où compte tenu de l'objectif, elle signifie implicitement que pour chaque dollar alloué par l'aide pour atteindre son but, le gouvernement receveur retirera un dollar de ce secteur pour le réutiliser ailleurs. Par définition, cette stratégie ne pourra atteindre son but que si elle est menée à son terme. Néanmoins, on peut avancer avec une quasi-certitude, que la rentabilité sociale atteinte à la marge par le programme dans son ensemble ne sera pas égale à celle atteinte par le projet marginal. En effet, face à ce type d'offre, le gouvernement receveur réagira presque à coup sûr en augmentant les dépenses par exemple pour la construction d'un hôpital spécialisé en cancérologie et en maladies cardio-vasculaires, ou pour la construction d'un nouvel aéroport ou pour toutes autres dépenses encore de bien moindre importance; dans ces conditions, les atteintes de l'objectif secondaire au niveau du secteur public seront moindres. Ce sont là les inévitables conséquences - et coûts -- de la fongibilité.

Par définition, l'ensemble des fonds et de l'assistance technique mis à disposition couvre toutes les dépenses directes locales ainsi que les importations. Compte tenu de l'objectif de cet article et dans la mesure où l'aide est supposée les financer, il convient de regarder à quelle catégorie les composantes individuelles nécessaires appartiennent. Comme il a été noté dans la partie 3.2., la santé publique repose sur l'efficacité du dispositif de prévention, de surveillance, de monitoring et de contrôle mis en oeuvre. Les pays développés possèdent de tels dispositifs et peuvent en construire d'autres ailleurs via le transfert de leurs connaissances, compétences et techniques avec l'aide si besoin est de l'OMS. Si les compétences locales sont insuffisantes, les individus peuvent être formés sur place et en nombre suffisant. Cela a déjà été fait dans le passé. Néanmoins, l'ampleur des efforts requis pour la mise en oeuvre de cette stratégie sont bien plus importants et nécessiteront

un accroissement des capacités administratives correspondantes. Il en sera de même des infrastructures et équipements (laboratoires et autres structures médico-techniques, cliniques, transports médicalisés, pulvérisateurs et atomiseurs) ainsi que des consommables associés nécessaires (vaccins, médicaments, seringues, insecticides, préservatifs, moustiquaires etc.)<sup>6</sup>. Sans oublier une fois de plus, que tous les salaires doivent être honorés.

Les éléments précédemment cités correspondent aux composantes les plus évidentes. D'autres composantes requièrent aussi une certaine attention. Les campagnes publiques de sensibilisation sont par exemple des instruments vitaux dans l'arsenal des armes à disposition des politiques de santé publique – que l'on songe seulement aux succès des efforts menés au Brésil et en Thaïlande pour contenir la propagation du SIDA. Il s'ensuit que la conception, la production et la diffusion des campagnes d'information et de sensibilisation dans les journaux, à la télévision et à la radio, et dans la rue devraient être financées par les bailleurs. Tout comme ils devraient financer le développement et la mise en œuvre d'enseignements spécifiques en santé publique dans les écoles. À l'autre extrémité des composantes à prendre en compte, on trouve les infrastructures délivrant de l'eau potable et s'occupant de l'hygiène, devant être produites selon des standards correspondants aux critères de rentabilité définis précédemment.

Nous terminerons ce point en faisant deux remarques. Premièrement, si le coût total de la mise en œuvre de cette stratégie reste suffisamment raisonnable, il sera alors possible de considérer certains modes de traitements qui ne sont pas directement liés aux stratégies de prévention et de contrôle – tout en gardant à l'esprit, que ceux-ci doivent être soumis à la même procédure d'évaluation que les stratégies préventives. Une alternative consisterait à accorder plus de ressources à la Recherche et au Développement, comme nous le verrons dans la partie 5. Deuxièmement, l'émigration vers les pays riches d'un personnel médical qualifié pourrait correspondre à une perte importante. Néanmoins, dans la mesure où dans ces pays la santé publique est un domaine relativement spécialisé, de petite taille mais correctement pourvu, l'ampleur de ces pertes est en fait relativement modeste.

---

<sup>6</sup> Nous n'abordons pas ici la question de savoir si les patients doivent payer pour les articles utilisés pour leur prise en charge individuelle, bien qu'il s'agisse là d'un élément particulièrement important à prendre en compte dans l'élaboration de tout « plan » pour le secteur santé. L'obligation de prendre en compte ce genre d'externalités, importantes, est un élément en faveur des subventions dans ce secteur.

## 5 COMMENT ALLOUER LES RESSOURCES DE L'AIDE 2 : RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

Les *outputs* issus des activités de R&D ont tous les caractéristiques des biens publics : une fois inventés, les nouveaux traitements sont accessibles à n'importe quel patient en ayant besoin – au coût marginal de production. Le caractère public de ces *outputs* va bien au-delà des frontières nationales, quand bien même les nouveaux traitements doivent parfois être adaptés aux conditions climatiques locales ainsi qu'aux contextes économiques et sociaux. Comme le mentionne n'importe quel manuel d'économie publique, la fourniture de biens publics est soumise aux imperfections du marché. En l'absence d'intervention publique, les entreprises privées n'investiraient pas ou trop peu dans les activités de R&D à moins qu'elles ne puissent s'approprier la totalité des bénéfices issus de l'innovation. Deux solutions classiques peuvent résoudre ce problème : la première est que les activités de R&D soient publiques ; la deuxième consiste à motiver les activités privées de R&D. Nous verrons successivement les deux solutions dans le contexte de l'allocation de l'aide au développement.

Considérons tout d'abord la solution selon laquelle l'argent de l'aide est utilisé pour financer les activités publiques de R&D. Les arguments en faveur d'une telle utilisation de l'aide proviennent des fardeaux différenciés de maladies supportés par les pays riches et par les pays pauvres qu'ils représentent. Comme l'indique très clairement le tableau 2, le SIDA, le paludisme, les pathologies périnatales, les infections respiratoires ainsi que les maladies diarrhéiques sont les principales causes des problèmes de santé des pays en développement présentant des taux de mortalité élevés. Ces maladies ne figurent pourtant pas au rang des dix pathologies les plus importantes des pays développés. Par ailleurs, la majorité des recherches publiques conduites le sont dans les pays riches et s'intéressent plutôt aux problèmes de santé des patients aisés correspondants. Allouer spécifiquement l'aide à la recherche sur les maladies affectant principalement les pays pauvres permettrait probablement de rééquilibrer les directives en matière de recherche. Ceci dit, il y a des limites à ce que la recherche conduite par des institutions publiques peut prétendre. Dans l'hémisphère nord, les capacités de R&D sont principalement concentrées au niveau du secteur privé. De plus, les ressources financières nécessaires au processus, long et risqué, de développement d'une molécule prometteuse en un traitement ou vaccin innovant vont bien au-delà des moyens mis à disposition par l'aide dans le domaine de la recherche.

**Tableau 2 :** Principales charges de maladies dans les pays développés et dans les pays en développement en 2002

Pays développés	% total d'AVCI	Pays en développement à faible mortalité	% total d'AVCI	Pays en développement à forte mortalité	% total d'AVCI
1 Cardiopathies ischémiques	9,1 %	1 Dépressions unipolaires majeures	6,0 %	1 VIH/SIDA	9,2 %
2 Dépressions unipolaires majeures	7,3 %	2 Affections périnatales	5,9 %	2 Infections des voies respiratoires inférieures	8,5 %
3 Maladies cérébro-vasculaires	6,4 %	3 Maladies cérébro-vasculaires	5,0 %	3 Affections périnatales	8,0 %
4 Troubles liés à la consommation d'alcool	3,6 %	4 Accidents de la route	3,7 %	4 Maladies diarrhéiques	5,8 %
5 Perte d'audition survenue chez l'adulte	2,8 %	5 Cardiopathies ischémiques	3,3 %	5 Paludisme	5,1 %
6 Bronchopneumopathies obstructives chroniques	2,6 %	6 Bronchopneumopathies obstructives chroniques	3,1 %	6 Affections maternelles	3,1 %
7 Accidents de la route	2,5 %	7 Infections des voies respiratoires inférieures	2,6 %	7 Dépressions unipolaires majeures	3,1 %
8 Cancers de la trachée, des bronches, des poumons	2,4 %	8 Tuberculose	2,4 %	8 Cardiopathies ischémiques	2,9 %
9 Maladie d'Alzheimer et autres démences	2,3 %	9 Maladies diarrhéiques	2,4 %	9 Rougeoles	2,8 %
10 Traumatismes auto-infligés	2,3 %	10 Cataractes	2,4 %	10 Tuberculose	2,7 %

Source : Organisation mondiale de la Santé (2003),

Cela nous conduit directement à la deuxième forme d'intervention publique possible, à savoir la création de mesures incitatives pour des activités privées de R&D via l'octroi, classique, des brevets. Dans les pays développés, les brevets accordés aux industries pharmaceutiques leur garantissent des droits de propriété exclusifs, limités dans le temps, pour toute innovation médicale – un monopole qui leur permet de commercialiser les produits à des prix supérieurs au coût marginal de production et de couvrir ainsi les dépenses d'investissement en R&D. Dans les pays en développement, la possibilité de déposer des brevets protecteurs varie d'un pays à l'autre. Mais des changements importants sont intervenus avec les accords commerciaux issus de l'Uruguay Round

(1986-1994), selon lesquels, de nouvelles règles régissent les conditions de protection de la propriété intellectuelle, et notamment l'obligation pour tous les membres de l'O.M.C. de protéger les brevets pharmaceutiques sur une période de 20 ans. Cette obligation ne peut s'appliquer rétroactivement aux médicaments déjà sur le marché, et compte tenu des délais nécessaires à la commercialisation des nouveaux traitements, l'impact de la nouvelle réglementation sur les brevets pharmaceutiques édictée par l'O.M.C. ne se fera pas sentir avant 2005. Parallèlement, les gouvernements s'autorisent à outrepasser les droits exclusifs des brevets en octroyant des licences obligatoires aux producteurs de médicaments génériques. Dans de récentes négociations commerciales, les membres de l'O.M.C. ont clarifié cet aspect et créé un mécanisme permettant aux pays dont les capacités de production pharmaceutique nationales sont faibles d'utiliser ces licences obligatoires pour l'importation. On dispose de peu d'indications quant aux limites dans lesquelles les pays auront recours aux licences obligatoires à mesure que les nouveaux médicaments gagnent des parts de marché. Il convient également de noter que dans un avenir proche, la réglementation de l'O.M.C. n'imposera pas aux pays les moins développés de fournir de brevets pour les produits pharmaceutiques, bien que les législations nationales de nombre de ces pays l'imposent déjà.

Dans la perspective de l'allocation de l'aide au développement, une des questions clés est de savoir si la combinaison du financement des programmes curatifs, et l'achat des médicaments associés, et de la mise en application des droits liés aux brevets dans les pays en développement permettront d'augmenter la demande effective en médicaments et de l'augmenter suffisamment pour qu'elle motive de nouvelles initiatives privées de R&D. Si la réponse est oui, une deuxième question sera de se demander si ces nouvelles activités de R&D s'intéresseront aux maladies les plus dommageables pour les habitants des pays pauvres. On peut être pessimiste par rapport à ces deux questions. Même les prévisions les plus encourageantes concernant les volumes d'aide au développement pour le secteur santé ne peuvent soutenir la comparaison avec le revenu annuel total (supérieur à 270 milliards \$) des industries pharmaceutiques basées sur la recherche (Fink, 2003). Dans ces conditions, les bénéficiaires financiers les plus importants continueront d'être le produit des médicaments ciblés sur les problèmes de santé des patients de l'hémisphère nord. Plus de 80 % des ventes mondiales de l'industrie pharmaceutique basées sur la recherche proviennent des pays développés, les presque 20 % restants pouvant être crédités au compte des pays à revenu intermédiaire. La totalité du continent africain ne contribue aux ventes mondiales de cette industrie qu'à hauteur de 1 %

(Kremer, 2002). Avec un tel rapport en part de marché entre les pays, le brevetage des maladies tropicales n'a jamais représenté plus qu'un demi pourcent de la totalité des brevets pharmaceutiques existants (Lanjouw et Cockburn, 2000).

Les brevets pharmaceutiques soulèvent d'autres problèmes encore. Comme déjà noté plus haut, sous des conditions normales de marché, le prix des médicaments brevetés serait bien supérieur au coût marginal de production. Quel que soit le budget d'aide au développement considéré, le prix élevé des traitements médicamenteux réduit le nombre potentiel de patients pouvant en bénéficier. Si des prix élevés stimulaient les activités de R&D et pouvaient éventuellement favoriser la découverte de vaccins ou de traitements efficaces, ces prix seraient justifiés par l'arbitrage entre génération induit. Même dans ce cas, cela impliquerait des choix difficiles à faire d'un point de vue éthique. Si, au contraire, des prix élevés n'apportaient que peu de bénéfices aux populations des pays pauvres et que les revenus résultants étaient utilisés pour financer par exemple des recherches sur la maladie d'Alzheimer ou les troubles de l'érection, dans ces conditions les ressources de l'aide pourraient subventionner en partie des activités de R&D spécifiques aux problèmes des pays en développement.

Une solution parfois suggérée pour éviter ce problème consiste à pratiquer des prix modulés ou différentiels, par lesquels les industries pharmaceutiques imposent aux pays pauvres des prix moins élevés. Cette solution n'est pourtant pas totalement satisfaisante. Tout d'abord, si les marchés nationaux ou régionaux étaient parfaitement segmentés, discriminer ainsi les prix en fonction de l'élasticité de la demande s'accorderait en effet parfaitement avec l'intérêt monopolistique de maximisation du profit (en dépit du fait qu'il n'est pas du tout certain que l'élasticité de la demande locale diminue en fonction du revenu par tête). Néanmoins, même sur les marchés à bas prix, ces prix seraient toujours supérieurs au coût marginal de production. Ensuite, les industries pharmaceutiques peuvent, pour des raisons philanthropiques, décider de vendre aux pays pauvres certains produits à des prix équivalents au coût marginal de production. Si cette décision peut effectivement permettre de résoudre le problème du prix, il ne permet pas de récupérer les coûts liés à l'investissement en R&D et fait donc resurgir la question du brevetage des produits par ceux les développant.

Finalement, plusieurs économistes ont proposé de renforcer les mesures incitatives à l'égard des industries privées s'engageant dans des activités de R&D orientées vers les maladies touchant les pays en développement, en garantissant les achats de vaccins ou de médicaments

répondant à certains standards – il s'agit là de garanties explicites offertes par les pays bailleurs (voir, par exemple, Kremer, 2002)<sup>7</sup>. Le raisonnement sous-jacent consiste à réduire l'incertitude de la demande future et de diminuer ainsi les risques de l'investissement dans de telles activités de R&D tout en rendant plus séduisante cette option pour les industries pharmaceutiques. Un autre avantage réside dans le fait qu'aucun fonds public ne peut être décaissé avant que des produits satisfaisants ne soient apparus. Si et lorsque de tels vaccins et traitements sont effectivement développés, l'argent de l'aide dépensé pour leur développement aura ainsi permis de favoriser des activités de R&D couronnées de succès en faveur des pays en développement, plutôt que des activités générales de R&D ou même des activités R&D spécifiques aux pays développés. Comparé aux allocations publiques de recherche qui subventionnent les intrants nécessaires aux recherches, acheter l'engagement de sociétés permet d'éviter les problèmes de hasard moral existant entre bailleurs et pays receveurs au moment de la définition des objectifs à atteindre.

En dépit de leurs avantages potentiels, le degré de précision et la capacité à respecter les termes du contrat conditionnent largement l'efficacité des garanties d'achat. Par exemple, alors qu'un vaccin contre une maladie spécifique semble être un produit bien défini, en réalité peu de vaccins permettent d'atteindre un idéal d'inoculation facile suivi d'une protection complète à vie. Les contrats devront bien préciser le niveau d'efficacité minimum attendu par rapport à la population cible définie, la durée de protection envisagée, le niveau d'effets secondaires toléré et d'interaction possible pouvant réduire ou annuler la protection. Les conditions d'utilisation, telles que la voie d'injection, les conditions de stockage et les procédures de contrôle qualité, doivent également être précisées. Pour les bailleurs, il est difficile de fixer des niveaux d'exigences socialement acceptables dans la mesure où les informations sur les avantages potentiels en R&D ne sont pas parfaites.

Lorsque les termes du contrat ne peuvent être totalement précisés, des problèmes de validité dans le temps peuvent surgir : à partir du moment où les entreprises ont investi beaucoup d'argent en R&D et développé un nouveau vaccin ou médicament, les gouvernements peuvent être poussés à renégocier les termes de l'accord initial. Des changements observés dans la manifestation des maladies, réduisant voire annulant la nécessité de tel ou tel traitement, accentuent encore les problèmes de validité des contrats dans le temps. Les bailleurs trouveraient

<sup>7</sup> Le *Center for Global Development* et le *Global Health Policy Research Network* (2004) ont mis en évidence un mécanisme spécifique de garantie des achats pour les vaccins.

souhaitables de pouvoir préciser l'éventualité de ces changements *ex ante* en incluant dans les clauses du contrat des clauses de sortie ou une clause permettant de renégocier les accords originaux d'achat. Néanmoins, une plus grande flexibilité de ces accords ne ferait qu'augmenter la peur des industries d'être confrontées à des comportements changeant dans le temps. L'engagement des bailleurs à recourir à un arbitrage indépendant en cas de dispute peut diminuer cette crainte mais probablement pas l'éliminer totalement. Alors qu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'expériences en cours dans le secteur santé, testant ces garanties d'achat, l'utilisation de ces mécanismes d'incitation dans le secteur de la défense a néanmoins montré que de sérieux problèmes pouvaient apparaître lorsque les termes de la contractualisation étaient incomplets.

## 6 CONCLUSION : DISCUSSION

Nous soutenons que dans le domaine de la santé, l'aide au développement devrait être allouée de manière à pouvoir prendre des mesures contre les principales causes des maladies des pays pauvres, à savoir les maladies transmissibles, les maladies maternelles et périnatales ainsi que la malnutrition. Cela semble évident et va presque de soi, néanmoins, on peut souligner deux raisons importantes justifiant un engagement international dans cette direction. Tout d'abord, les maladies transmissibles concernent tout un chacun et leur gestion implique une action concertée entre les États. Ensuite, c'est dans le secteur privé des pays bailleurs que se concentre l'essentiel de la capacité en R&D, dans lesquels les populations souffrent d'autres maux et notamment des maux liés au vieillissement de la population. Une raison supplémentaire justifiant de donner la priorité à la lutte contre ces maladies et particulièrement à la lutte contre le SIDA et la tuberculose repose sur le fait qu'elles sont une cause importante de mortalité et de morbidité chez les adultes jeunes, dans leur prime jeunesse. Ainsi, ces maladies sont-elles non seulement un facteur de destruction du capital humain existant mais en plus affaiblissent les mécanismes de transmission et de formation du capital humain futur. Lorsque le fardeau des maladies est mesuré de façon conventionnelle, ce dernier aspect n'est généralement pas pris en compte.

L'ensemble de ces arguments – associés à la certitude que nous avons du caractère plutôt fongible de l'aide – nous conduit à proposer une stratégie d'intervention selon laquelle les bailleurs devraient financer l'ensemble du programme à long terme suivant :

- Concevoir un programme pour prévenir et contenir le développement des maladies infectieuses, les plus dommageables, en ayant à l'esprit que l'objectif secondaire de ce programme doit atteindre un niveau de rentabilité (estimé en prix virtuels) satisfaisant comparé aux autres programmes financés par l'aide;
- Appuyer sa mise en œuvre avec l'assistance technique nécessaire;
- Suivre et évaluer sa mise en œuvre et apporter les révisions nécessaires en fonction des succès et des difficultés rencontrées.

Chaque pays receveur doit avoir son propre plan de développement, l'ensemble de ces plans individuels formant les composantes d'un programme global. Il est dans l'ordre des choses, que la mise en œuvre de cette stratégie soit soutenue par des efforts conjoints des pays bailleurs et des pays receveurs – tout comme il est probable que des problèmes de coordination apparaîtront ça et là.

Comme l'indique la Banque mondiale (2003b, chapitre 11), les bailleurs apprécient que leur contribution individuelle soit « visible », inconscients qu'ils sont de la poutre qu'ils ont dans l'œil. Comment concilier cet impératif individuel, avec la nécessité de rassembler un pool de ressources visant à financer une opération fondamentalement conjointe ? Une des solutions est qu'un consortium parvienne à estimer ce qui peut être considéré comme les « coûts communs » du plan, à savoir sa phase initiale de développement ainsi que la fourniture des médicaments, vaccins et autres consommables nécessaires à sa mise en œuvre. La visibilité « individuelle » serait atteinte pour chaque bailleur à travers l'assistance technique et les installations spécifiques fournies et les fonds attribués au contrôle au niveau des pays du versement justifié des salaires. La construction de relations dans le domaine de l'aide conduira dans quelques cas au moins à la création de partenariats naturels entre bailleurs et pays receveurs, à partir desquels certains consortiums, représentant les deux parties, pourraient élaborer un ensemble de groupements « contractuels » partageant affinités et expériences, tout en conservant des niveaux de contribution plus ou moins identiques entre bailleurs.

En dehors de ce type de « plan », une véritable initiative commune doit émaner de l'ambition d'améliorer la coopération dans le domaine de la santé publique au niveau global, une initiative que les pays bailleurs devraient financer. Bell et Lewis (2004), dans leur analyse des conséquences économiques des épidémies, indiquent que les maladies transmissibles sont la cause d'une menace substantielle pour le bien-être, dans un monde « globalisé » où les personnes et les biens sont fortement mobiles. Par exemple, une des leçons de l'épidémie de SRAS

est que le département de l'OMS chargé des maladies transmissibles devrait être renforcé, tant en termes de capacités que dans ses fonctions. Un département indépendant d'opérations et d'évaluation devrait suivre les performances de tous les États membres et rapporter officiellement tout manquement aux recommandations établies. Les cas récurrents et importants de manquement à ces recommandations devraient être rapportés à une structure centrale et de là, si aucune mesure corrective n'est adoptée, au Conseil de Sécurité des Nations Unies.

Jusqu'à présent, nous nous sommes principalement concentrés sur ce que les bailleurs pourraient fournir au moyen des ressources. Le bénéfice résultant dépendra de l'efficacité avec laquelle ces ressources auront été mises à contribution et de la performance réalisée par les pays receveurs. À ce propos, il est important de rappeler que la cause d'une offre inadéquate en services de santé n'est pas tant liée à l'insuffisance des financements qu'au manque de gouvernance (Banque mondiale, 2003b). Par exemple, les problèmes de contrefaçons des produits pharmaceutiques, qui minent les programmes de traitement médicamenteux, sont nombreux dans la plupart des pays d'Afrique. Les campagnes d'information pour la santé coûtent relativement peu cher, mais nécessitent l'implication politique des gouvernements quand bien même construire de tels programmes signifie de reconnaître les échecs passés. De plus, l'efficacité de l'aide dépendra de la qualité de la gouvernance intérieure. Ce qui ne veut pas nécessairement dire que l'aide ne doit s'adresser qu'aux pays « correctement gouvernés », dans la mesure où les pays ayant le plus de besoins peuvent s'avérer être les « moins bien gouvernés ». Mais cela suggère néanmoins que l'amélioration de la gouvernance dans le domaine de la santé publique devrait faire partie des objectifs pour l'aide extérieure. Pour finir, nous ferons deux suggestions pour compléter la proposition faite ci-dessus de renforcer le rôle de l'OMS.

Tout d'abord, l'argument selon lequel les maladies transmissibles constituent une menace pour le bien-être général possède son corollaire convaincant quand bien même controversé : la Banque mondiale, le FMI et les autres bailleurs multilatéraux devraient faire du niveau de performance atteint dans le domaine de la santé publique – mesuré par une batterie d'indicateurs appropriés – un élément explicite « conditionnant » l'octroi de prêts en général. Dans la mesure où la performance ainsi mesurée dépend pour une part importante de la qualité de l'administration et de la gouvernance, ce serait là un moyen d'inciter les pays à les améliorer. Par rapport aux nombreux doutes concernant le respect des conditionnalités – certains pays receveurs

ayant été particulièrement forts à les contourner – ce type de dispositions mérite d’être essayé. Deuxièmement, il est nécessaire de mettre en place une procédure standardisée de manière à imposer une certaine rigueur et une certaine cohérence dans l’évaluation des propositions spécifiques. Si les fonds sont insuffisants pour financer des projets et programmes de santé publique, d’immunisation contre la rougeole ou d’assèchement des zones marécageuses, les procédures standardisées basées sur les seules analyses coût-bénéfice social devraient permettre de déterminer s’ils doivent être pris en compte par les programmes de prêt. Les pays riches, dans leurs relations bilatérales entre bailleurs, devraient adopter les mêmes recommandations.

## RÉFÉRENCES

- BELL, C., S. DEVARAJAN et H. GERSBACH (2003), “The Long-run Economic Costs of AIDS : Theory and an Application to South Africa”, World Bank, Policy Research Working Paper n°3152.
- BELL, C., et M. LEWIS (2004), “The Economic Implications of Epidemics Old and New”, *World Economics*, 5(4), pp. 137-74.
- BONILLA-CHACIN, M.E. et J. HAMMER (2003), “Life and Deaths among the Poorest”, World Bank.
- Center for Global Development and Global Health Policy Research Network (2004), “Making Markets for Vaccines”, Center for Global Development, Washington, DC.
- FINK, C. (2003), “Implementing the Doha Mandate on TRIPS and Public Health”, Trade Note n°5, Trade Department, World Bank.
- FEYZIOGLU, F., V. SWAROOP, et M. ZHU (1998), “A Panel Data Analysis of the Fungibility of Foreign Aid”, *World Bank Economic Review*, 12(1), pp. 29-58.
- GWATKIN, D. et M. GUILLOT (2000), “The Burden of Disease among the Global Poor : The Current Situation, Future Trends, and Implications for Strategy”, World Bank.
- JAMISON, D.T., J.D. SACHS et J. WANG (2001), “The Effect of the AIDS Epidemic on Economic Welfare in Sub-Saharan Africa”, Commission on Macroeconomics and Health, Working Paper No. 13.
- KREMER, M. (2002), “Pharmaceuticals and the Developing World”, *Journal of Economic Perspectives*, 16(4), pp. 67-90.
- LANJOUW, J.O. et I. COCKBURN (2000), “Do Patents Matter ? : Empirical Evidence After GATT”, NBER Working Paper n° 7495.
- MARSEILLE, E., P.B. HOFFMAN et J.G. KAHN (2002), “HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa”, *The Lancet*, 359, pp. 1851-6.

- VAN DILLEN, S. (2004), *Different Choices : Assessing Vulnerability in a South Indian Village*, Verlag für Entwicklungspolitik : Saarbrücken.
- World Health Organization (2003), "Global Burden of Disease in 2002 : Data Sources, Methods and Results", WHO-GPE Discussion Paper n°54.
- WORLD BANK (2003a), "A Technical Guide to the Contemporary Context and Procurement of HIV/AIDS Medicines and Related Supplies under Bank Funded Programs", Washington D.C., processed.
- WORLD BANK (2003b), *World Development Report 2004 : Making Services Work for Poor People*, World Bank : Washington, D.C.