

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ :
INVESTIR DANS LA SANTÉ POUR LE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

« ... permettez-moi de vous dire mon espoir de nous voir clairement et fermement engagés dans la réalisation de notre tâche essentielle : l'amélioration de la santé des plus démunis. Je puis être aussi « réaliste » et « cynique » que les meilleurs critiques en énonçant toutes les raisons qui rendent un changement trop difficile à envisager. Mais il nous faut rêver un peu, non pas à l'impossible mais aux limites du possible, de manière à susciter l'inspiration. Je crois que nous sommes une voix puissante qui parle au nom de la plupart de ceux qui sont sans voix dans le monde d'aujourd'hui : les malades et les mourants parmi les plus pauvres des pauvres. L'enjeu en vaut la peine. Parlons haut et fort pour avoir la certitude que nous nous sommes acquittés de notre tâche aussi bien que nous le pouvions ; »

Extrait par la rédaction d'un message électronique adressé par Jeffrey Sachs aux Commissaires et autres participants à cette entreprise

Toute demande d'information sur le contenu du rapport doit être envoyée à l'adresse suivante :

Professeur Jeffrey D. Sachs
Center for International Development at Harvard University
John F. Kennedy School of Government
79 John F. Kennedy Street
Cambridge, MA 02138 Etats-Unis d'Amérique
<http://www.cid.harvard.edu>
jeffrey-sachs@harvard.edu

Des exemplaires de la présente publication peuvent être obtenus à l'adresse suivante :

Organisation mondiale de la Santé
Marketing et diffusion
1211 Genève 27, Suisse
tel : (41-22) 791 2476
fax : (41-22) 791 4857
courrier électronique : bookorders@who.int

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ :
INVESTIR DANS LA SANTÉ POUR LE
DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

RAPPORT DE LA COMMISSION MACROÉCONOMIE ET SANTÉ

Présidée par JEFFREY D. SACHS

Présenté au DR GRO HARLEM BRUNTLAND,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
le 20 DÉCEMBRE 2001



L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique / rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.

1. Financement, Santé
 2. Investissements
 3. Développement économique
 4. Délivrance soins
 5. Pauvreté
 6. Pays en développement
 7. Pays développés
- I. OMS Commission Macroéconomie et Santé

ISBN 92 4 254550 3 (Classification NLM: WA 30)

L'Organisation mondiale de la Santé est toujours heureuse de recevoir des demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur les changements apportés au texte, les nouvelles éditions prévues et les réimpressions et traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la Santé, 2002

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport contient les vues collectives de la Commission Macroéconomie et Santé et ne représente pas nécessairement les décisions ou les politiques déclarées de l'Organisation mondiale de la Santé.

Imprimé au Canada

Responsable de la rédaction: Dr Dyna Arhin-Tenkorang

Rédaction: Hope Steele

Maquette et production: Digital Design Group, Newton, MA, Etats-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIÈRES

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ : INVESTIR DANS LA SANTÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE	VII
REMERCIEMENTS	IX
RÉSUMÉ D'ORIENTATION DU RAPPORT	I
RAPPORT DE LA COMMISSION	23
<i>Preuves de la relation entre santé et développement</i>	23
<i>Manières dont la maladie influence le développement économique</i>	33
<i>Epidémiologie de la maladie dans les pays à faible revenu</i>	44
<i>Faire face à la charge de la maladie</i>	47
<i>La pandémie de SIDA</i>	52
<i>Niveau des dépenses de santé dans les pays à faible revenu</i>	59
<i>Mobilisation de ressources internes accrues pour la santé</i>	62
<i>Élimination des contraintes autres que financières qui s'exercent sur les services de santé</i>	69
<i>Replacer le secteur de la santé dans un contexte plus large de promotion sanitaire</i>	80
<i>Production de savoirs à l'échelle mondiale pour lutter contre la maladie</i>	83
<i>Accès aux médicaments essentiels</i>	94
<i>Avantages macroéconomiques du passage à l'échelle supérieure</i>	112
<i>Prochaines étapes</i>	118
APPENDICE 1	
PARTICIPANTS, RAPPORTS ET DOCUMENTS DE TRAVAIL DE LA COMMISSION MACROÉCONOMIE ET SANTÉ	141
<i>Participants</i>	141
<i>GT1—Santé, croissance économique et recul de la pauvreté</i>	143
<i>GT2—Biens publics mondiaux pour la santé</i>	145
<i>GT3—Mobilisation de ressources nationales pour la santé</i>	146
<i>GT4—Santé et économie internationale</i>	148
<i>GT5—Amélioration des issues sanitaires chez les pauvres</i>	149
<i>GT6—Aide au développement et santé</i>	150
NOTICES BIOGRAPHIQUES	153
RAPPORTS ET DOCUMENTS DE TRAVAIL	165
<i>Titres des rapports des Groupes de travail de la CMS</i>	165
<i>Série de documents de travail</i>	165
APPENDICE 2	
ANALYSE DES COÛTS DU PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE POUR LES INTERVENTIONS SANITAIRES PRIORITAIRES DANS LES PAYS À BAS REVENU ET DANS CERTAINS PAYS À REVENU MOYEN	173
<i>Objet</i>	173
<i>Analyse d'après une classification des revenus basée sur celle du Comité d'aide au développement et la Classification des maladies</i>	173
<i>Analyse des coûts estimatifs par Région</i>	182
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	193
<i>Sources de données</i>	199
<i>Mémoires d'orientation</i>	199
GLOSSAIRE	201

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ :

INVESTIR DANS LA SANTÉ POUR LE

DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

La Commission Macroéconomie et Santé a été mise sur pied en janvier 2000 par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, pour déterminer la place de la santé dans le développement économique mondial. Même si nul ne conteste que la santé est à la fois un objectif central et une retombée non négligeable du développement, l'importance d'investir dans la santé pour promouvoir le développement économique et faire reculer la pauvreté est en revanche beaucoup moins bien comprise. Nous avons constaté qu'en donnant aux populations pauvres du monde accès à des services de santé essentiels, notamment à quelques interventions spécifiques, on pourrait sauver chaque année des millions de vies, combattre la pauvreté, favoriser le développement économique et promouvoir la sécurité internationale.

Le présent rapport propose une nouvelle stratégie d'investissement dans la santé pour le développement économique, particulièrement dans les pays les plus pauvres du monde, sur la base d'un nouveau partenariat mondial associant pays en développement et pays développés. Des mesures audacieuses prises en temps voulu permettraient de sauver au moins 8 millions de vie *chaque année* d'ici la fin de la décennie, tout en prolongeant l'espérance de vie, en accroissant la productivité et en favorisant le bien-être économique des groupes défavorisés. Cet effort exige deux importantes initiatives : un développement massif des ressources consacrées à la santé par les pays pauvres comme par les donateurs; et l'élimination des obstacles autres que financiers qui empêchent les pays pauvres d'assurer des services de santé. Nous sommes convaincus que le surcroît d'investissements en santé—qui représente pour les donateurs environ un dixième d'un pour cent de leur revenu national—serait plus que rentabilisé du fait des millions de vies sauvées chaque année, de l'accélération du développement économique et du renforcement de la sécurité internationale. Faute d'un tel effort concerté, il sera impossible d'atteindre les objectifs de développement pour le millénaire par lesquels la communauté mondiale s'est engagée à améliorer les conditions de vie des déshérités.

A bien des égards, l'ampleur des efforts requis pour passer à l'échelle supérieure s'explique par les niveaux de revenus extrêmement faibles dans

les pays concernés, et donc par les montants dérisoires qu'ils consacrent aujourd'hui à la santé, ainsi que par les sommes nécessaires pour garantir ne serait-ce qu'un niveau minimal de dépenses de santé.

Une action ambitieuse ne saurait se limiter au secteur de santé, et c'est pourquoi les auteurs du rapport insistent sur l'importance d'une aide accrue en faveur des pays les plus pauvres du monde d'une façon plus générale. C'est, selon nous, de la plus haute importance, au moment même où l'on prend mieux conscience de la nécessité d'atténuer les tensions et les inégalités qui accompagnent la mondialisation.

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 tout entière.

Jeffrey D. Sachs, Président
Isher Judge Ahluwalia
K. Y. Amoako
Eduardo Aninat
Daniel Cohen
Zéphirin Diabre
Eduardo Doryan
Richard G. A. Feachem
Robert Fogel
Dean Jamison
Takatoshi Kato
Nora Lustig
Anne Mills
Thorvald Moe
Manmohan Singh
Supachai Panitchpakdi
Laura Tyson
Harold Varmus

novembre 2001



REMERCIEMENTS

Les Membres de la Commission désirent remercier le Dr Gro Harlem Bruntland, Directeur général de l’OMS, de la clairvoyance dont elle a fait preuve en créant la Commission et en soutenant activement ses travaux. Tous les Présidents des Groupes de travail ont apporté une très précieuse contribution et les Membres de la Commission tiennent à signaler le remarquable travail fourni par les Présidents Isher Judge Alhuwalia, George Alleyne, Kwesi Botchwey, Daniel Cohen, Zéphirin Diabre, Richard Feachem, Prabhat Jha, Chris Lovelace, Anne Mills, Carin Norberg et Alan Tait. Les directeurs exécutifs de l’OMS et les conseillers du Directeur général ont aussi joué un rôle des plus utiles. En outre, les Membres de la Commission expriment leur gratitude aux membres des Groupes de travail et aux auteurs des articles commandés dont les noms figurent dans les remerciements. Dyna Arhin-Tenkorang a exercé avec compétence les fonctions d’économiste principal et d’Assistant spécial du Président. Des conseils techniques et une assistance pour la rédaction du rapport ont également émané de centaines de personnes dévouées dans le monde entier . Parmi les nombreux collaborateurs qui ont consacré de très nombreuses heures à la préparation du Rapport, nous souhaitons remercier tout spécialement Peter Heller, Paul Isenman, Inge Kaul et Susan Stout.

Le Secrétariat de l’OMS, dirigé par Sergio Spinaci, avec l’aide précieuse d’Eveline Coveney, d’Aquilina John-Mutaboyerwa et d’Elisa Pepe, a soutenu avec compétence la préparation de tous les aspects du Projet. Les Membres de la Commission expriment en outre leur reconnaissance à Hope Steele et Marc Kaufman pour leur vérification rédactionnelle du rapport.

Enfin, la Commission tient à remercier de leur concours financier la Fondation Bill et Melinda Gates, le Département du Développement international au Royaume-Uni, le Grand Duché du Luxembourg, le Gouvernement de l’Irlande, le Gouvernement de la Norvège, la Fondation Rockefeller, le Gouvernement de la Suède et la Fondation des Nations Unies.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION DU RAPPORT

Technologie et politique ont rapproché les pays comme jamais auparavant. La mondialisation peut avoir d'énormes retombées, du fait de l'intensification des échanges d'idées, de cultures, de techniques salvatrices et de procédés de production, mais elle est mise en accusation, d'un côté parce que des centaines de millions de pauvres n'en bénéficient pas et, de l'autre, parce qu'elle engendre de nouveaux défis planétaires : des désordres dans une région du monde peuvent en effet s'étendre rapidement à une autre, qu'il s'agisse de terrorisme, de conflit armé, de dégradation de l'environnement ou de maladies (on en a un exemple avec la propagation catastrophique du SIDA dans le monde en l'espace d'une génération).

Les responsables politiques du monde entier ont pris conscience de cette interdépendance planétaire et l'ont affirmé dans des déclarations où ils s'engageaient solennellement à améliorer les conditions de vie des pauvres d'ici 2015. En adoptant en septembre 2000 les objectifs de développement pour le millénaire, le Sommet du Millénaire réuni par l'Organisation des Nations Unies plaidait en faveur d'un recul massif de la pauvreté et d'améliorations sensibles de la situation sanitaire des populations pauvres. S'il est possible d'atteindre ces objectifs, cela ne se fera pas automatiquement. En fait, compte tenu de la trajectoire actuelle, ils ne se concrétiseront que pour une petite frange des pauvres du monde. Pour ce faire, il faudra une détermination à agir, une volonté politique et un transfert durable et ciblé de ressources suffisantes des pays riches vers les pays pauvres.

En un sens, l'importance des objectifs de développement pour le millénaire en santé n'a pas besoin d'être démontrée. Améliorer l'état de santé et l'espérance de vie des pauvres est une fin en soi, un but fondamental du développement économique. Mais c'est aussi un *moyen* d'atteindre les autres objectifs de développement liés à la lutte contre la pauvreté. Les liens entre santé, recul de la pauvreté et la croissance économique à long terme sont étroits, beaucoup plus étroits qu'on ne le pense généralement. La charge de morbidité dans certaines régions à faible revenu, en particulier l'Afrique subsaharienne, est un obstacle redoutable à la croissance économique et il faut donc l'affronter sans hésiter en s'aidant d'une stratégie de développement globale. La pandémie de SIDA est un défi inouï qui, par son urgence et son intensité, n'a pas de précédent. A elle seule, cette épidémie risque de compromettre le développement de l'Afrique pour toute une génération et

pourrait entraîner des dizaines de millions de décès en Inde, en Chine et dans d'autres pays en développement si l'on ne redouble pas d'efforts.

Notre rapport s'intéresse surtout aux pays à faible revenu et aux populations pauvres vivant dans les pays à revenu intermédiaire.¹ (voir notes dans le rapport). Les pays à faible revenu peuplés de 2,5 milliards de gens—et en particulier les pays d'Afrique au sud du Sahara, avec leurs 650 millions d'habitants—font état d'une espérance de vie bien inférieure et de taux de mortalité ajustés sur l'âge bien supérieurs à ce qu'ils sont dans le reste du monde, comme il ressort du tableau 1. Les chiffres sont les mêmes pour les populations pauvres de pays à revenu intermédiaire comme la Chine. Pour faire reculer ces taux de mortalité effrayants, les toutes premières priorités en santé publique restent la lutte contre les maladies transmissibles et l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les principales causes de décès évitables dans les pays à faible revenu sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies infectieuses de l'enfant, les pathologies maternelles et périnatales, les carences en micronutriments et les maladies liées au tabac. Avec la maîtrise de ces maladies, conjuguée au développement des programmes de planification familiale, les familles défavorisées pourraient non seulement vivre en bonne santé plus longtemps et plus productivement,

Tableau 1. ESPERANCE DE VIE ET TAUX DE MORTALITE, SELON LA CATEGORIE DE DEVELOPPEMENT DES PAYS (1995-2000)

Catégorie de développement	Population (1999, en millions)	Revenu annuel moyen (en US dollars)	Espérance de vie à la naissance (en années)	Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité parmi les moins de 5 ans (décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)
Pays les moins avancés	643	296	51	100	159
Autres pays à faible revenu	1 777	538	59	80	120
Pays à revenu intermédiaire inférieur	2 094	1 200	70	35	39
Pays à revenu intermédiaire supérieur	573	4 900	71	26	35
Pays à revenu élevé	891	25 730	78	6	6
Pour mémoire : Afrique subsaharienne	642	500	51	92	151

Source : Rapport sur le développement humain 2001, Tableau 8, et calculs de la Commission à partir des indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale 2001.

mais aussi choisir d'avoir moins d'enfants, tout en sachant que leurs enfants survivront, ce qui leur permettrait d'investir davantage dans l'éducation et la santé de chaque enfant. Quant aux femmes, étant donné le fardeau très lourd que font peser sur elles certaines de ces pathologies, de telles mesures viendraient particulièrement améliorer leur situation. Les améliorations en santé se traduiraient par une hausse des revenus, une intensification de la croissance économique et un ralentissement de la croissance démographique.

Si nous nous intéressons avant tout aux maladies transmissibles ainsi qu'à la santé maternelle et périnatale, nous ne négligeons pas pour autant les maladies non transmissibles qui revêtent une grande importance pour tous les pays en développement ; dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, la mortalité par maladies transmissibles a déjà beaucoup diminué, de sorte que les maladies non transmissibles deviennent peu à peu la priorité N° 1. Bon nombre des maladies non transmissibles, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies mentales et le cancer, peuvent être maîtrisées grâce à des interventions relativement peu coûteuses, en particulier des mesures préventives axées sur le régime alimentaire, l'usage du tabac ou le mode de vie.² Notre perspective mondiale quant aux priorités doit être complétée par une analyse où chaque pays définira ses propres priorités sanitaires à partir de données épidémiologiques détaillées régulièrement mises à jour. Plaider en faveur de systèmes de santé fondés sur les résultats implique d'autre part la capacité de s'attaquer à d'autres problèmes que nous n'avons pas évoqués en détail ici, comme la prise en charge pour un coût modique des maladies mentales, du diabète et des crises cardiaques. La réalité des faits donne également à penser que les méthodes requises pour développer le système de santé afin d'assurer des interventions orientées vers les maladies transmissibles et la santé génésique permettront également d'améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles.³

La possibilité de concrétiser les objectifs de développement pour le millénaire dans les pays à faible revenu est dans l'ensemble mal évaluée. Dans le débat qu'elle suscite, il y a d'un côté les optimistes qui pensent que les objectifs sanitaires se réaliseront d'eux-mêmes, en tant que retombée quasi-automatique de la croissance économique. Avec des taux de mortalité parmi les moins de cinq ans qui se situent à 159 pour 1000 naissances dans les pays à faible revenu, contre 6 pour 1000 dans les pays à revenu élevé,⁴ ces optimistes radieux pensent que c'est une question de temps et que les taux de mortalité des pays à faible revenu rejoindront ceux des pays riches. Ils ont tort pour deux raisons. Tout d'abord, la charge de morbidité va ralentir la croissance économique censée résoudre les problèmes de santé ;

ensuite, si la croissance économique est forte, elle est cependant très loin de suffire. Pour un même niveau de revenu, les indicateurs sanitaires varient énormément. Les faits laissent penser que 73 pays sont loin de réunir les conditions nécessaires à la concrétisation des objectifs de développement pour le millénaire en ce qui concerne la mortalité infantile (66 sont dans le même cas pour la mortalité infanto-juvénile).⁵ On ne pourra réduire la charge de morbidité conformément aux objectifs de développement pour le millénaire que s'il existe une stratégie globale concertée pour donner aux pauvres du monde plus largement accès aux services de santé essentiels.

De l'autre côté campent les pessimistes, qui sous-estiment les progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé (à l'exception notable du VIH/SIDA) par la plupart des pays à faible revenu et pensent que ce lourd reliquat de maladie est une retombée de systèmes de santé corrompus et désorganisés au-delà de tout espoir dans des pays à faible revenu mal gouvernés. Cette autre vision est elle aussi lourde de malentendus et d'exagérations. Les données épidémiologiques livrent un message crucial : l'essentiel de la charge excessive de morbidité est dû à relativement peu de pathologies identifiables qui se prêtent chacune à des interventions sanitaires aptes à améliorer spectaculairement la situation et réduire le nombre des décès associés à ces pathologies. Le problème est que ces interventions n'atteignent pas les déshérités—en partie pour des raisons de corruption, de mauvaise gestion ou de déficience du secteur public ; toutefois, dans la plupart des pays, il se pose un problème plus fondamental auquel on peut remédier. Les pauvres n'ont—pas plus que leur gouvernement—les moyens financiers d'accéder à ces interventions essentielles. Dans bien des cas, les programmes de santé publique n'ont pas été revus pour tenir compte des pathologies et des interventions évoquées ici.

La Commission recommande avant tout que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, en association avec les pays à revenu élevé, donnent aux pauvres plus largement accès aux services de santé essentiels, en s'attachant à certaines interventions. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire s'engageraient à fournir eux-mêmes un complément de ressources financières, à assurer la direction politique et la transparence voulues et à mettre en place des mécanismes de participation communautaire et de rigueur comptable pour que des systèmes de santé bien financés puissent oeuvrer dans de bonnes conditions à la solution des grands problèmes de santé. Les pays à revenu élevé s'engageraient dans le même temps à fournir une aide financière beaucoup plus importante sous forme de subventions, en particulier pour les pays qui ont le plus urgemment besoin d'aide et sont concentrés en Afrique au sud du Sahara. *Ils décideraient que ce ne doit*

pas être l'absence de fonds de la part des donateurs qui limite la capacité à assurer des services de santé aux populations les plus pauvres du monde.

Le partenariat devrait se développer progressivement : les interventions dans les pays à faible revenu créeraient les conditions d'un financement des donateurs, celui-ci créant par son ampleur le cadre financier concret d'un système de santé beaucoup plus large et plus efficace où un seul et même programme ferait l'objet de bilans, d'évaluations et de vérifications fréquentes et de corrections à mi-parcours. On éliminerait ainsi le problème de l'oeuf et de la poule consistant à décider s'il faut commencer par les réformes ou par le financement des donateurs, car les bailleurs de fonds tout comme les bénéficiaires reconnaîtraient honnêtement qu'il faut à la fois un financement et des réformes à chaque étape et que les deux doivent être garantis par un partenariat étroit. Pour les pays à revenu intermédiaire inférieur où beaucoup de gens sont pauvres, l'une des tâches primordiales du gouvernement serait de mobiliser des ressources supplémentaires pour financer des interventions prioritaires permettant d'atteindre les groupes défavorisés.

Engager massivement des ressources financières supplémentaires en faveur de la santé, aux niveaux national et international, est sans doute une condition nécessaire pour faire passer les interventions sanitaires à l'échelle supérieure, mais la Commission reconnaît qu'une telle mesure ne sera pas suffisante. L'expérience montre, s'il en était besoin, que l'engagement politique et administratif de la part des donateurs comme des pays est la clé du succès. Pour mettre en place des systèmes de santé qui soient à l'écoute des usagers, notamment des populations pauvres difficiles à atteindre, il faut procéder à des choix délicats sur le plan politique et rigoureux sur le plan administratif. Certains problèmes, par exemple la place relative à accorder aux besoins sanitaires des nantis et à ceux des pauvres, relèvent du secteur de la santé, mais d'autres, par exemple savoir si les systèmes de budget et d'achat du secteur public fonctionnent ou s'il existe un bon encadrement et une transparence locale de la prestation des services publics, relèvent de la gestion publique. On retrouve au fond des questions plus fondamentales de gouvernance, de conflit et d'importance relative du développement et de la lutte contre la pauvreté dans les priorités nationales.

La Commission est consciente de l'importance de ces problèmes, parmi d'autres, et elle les analyse de façon approfondie dans plusieurs parties du rapport. Pour réussir, il faudra une forte impulsion politique et un engagement sans faille de la part des pays qui peuvent apporter des ressources de même que des pays en développement—dans le secteur privé et public tout comme dans la société civile. Il faut que les rapports entre donateurs

et bénéficiaires s'inscrivent dans un climat de franchise, de confiance et de respect. Le succès exige des efforts spéciaux précisément dans les contextes où la situation sanitaire est la plus difficile et où le secteur public est déficient. Les donateurs ne devraient pas compter leur appui pour aider à éliminer ces obstacles. Mais, si les pays ne veulent pas faire un effort sérieux ou si les fonds sont mal gérés, la prudence et le souci de crédibilité imposent de ne pas fournir de financement massif. Même dans ces cas, l'expérience montre toutefois que l'aide des donateurs peut faire beaucoup en aidant à renforcer les capacités locales et en associant la société civile et les ONG. C'est un enjeu de taille mais aussi un objectif dont la pertinence stratégique est plus grande que jamais. Les autorités et les dirigeants qui aideront à encourager et approfondir ces actions apporteront un antidote certain au désespoir et à la haine que peut engendrer la pauvreté.

La Commission s'est tout particulièrement demandé si les pays à faible revenu pourraient se permettre de financer sur leurs fonds propres les systèmes de santé en éliminant les gaspillages dans le domaine de la santé comme dans d'autres. Notre réponse est claire : *la pauvreté elle-même constitue un formidable obstacle financier, même s'il y a des gaspillages à éliminer*. Il est certain que les pays pauvres devraient améliorer la gestion de leur secteur de la santé, rééquilibrer les différents programmes dans ce secteur et accroître les montants consacrés à la santé même si leur budget est limité. Nous pensons qu'il est possible pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'augmenter en moyenne les crédits budgétaires consacrés à la santé de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015 par rapport aux niveaux actuels, même s'il s'agit là d'une prévision optimiste compte tenu de l'acuité de besoins concurrentiels face à des ressources publiques limitées. D'autre part, les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire pourraient faire davantage pour que les dépenses publiques et privées actuelles soient plus équitables et plus efficaces. Les dépenses publiques devraient être mieux ciblées sur les pauvres, les priorités étant fixées compte tenu des faits épidémiologiques et économiques. Dans certains cas, les dépenses privées prises en charge par les usagers pourraient être remplacées par des systèmes de financement communautaire prépayés. Or, pour les pays à faible revenu, il y a encore entre moyens et besoins financiers un fossé que la communauté internationale des donateurs ne viendra combler que s'il y a des chances d'atteindre les objectifs de développement pour le millénaire.

Dans la plupart des pays à revenu intermédiaire, les dépenses de santé moyennes par habitant sont déjà suffisantes pour assurer une couverture universelle des interventions essentielles, mais celles-ci ne touchent qu'une minorité de gens pauvres. Le phénomène d'exclusion est souvent concentré

dans certaines régions (par exemple les zones rurales de l'ouest de la Chine ou du nord-est du Brésil) ou dans certaines minorités ethniques. Quoi qu'il en soit, les dépenses du secteur public consacrées à la santé ne prennent pas suffisamment en compte les besoins des pauvres. De plus, étant donné que, dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, une grande partie de la population n'est pas assez protégée sur le plan financier, des dépenses médicales catastrophiques contribuent souvent à la paupérisation des ménages. Vu les conséquences préjudiciables d'un mauvais état de santé sur le développement économique et la lutte contre la pauvreté, nous invitons instamment les pays à revenu intermédiaire à entreprendre des réformes budgétaires et organiques pour veiller à ce que les interventions sanitaires prioritaires touchent l'ensemble de leur population.⁶ Nous sommes également convaincus que la Banque mondiale et les banques régionales de développement peuvent, moyennant des financements octroyés à des conditions normales, aider ces pays à passer en quelques années à une couverture universelle des services de santé essentiels.

La Commission a examiné les impératifs en matière d'organisation que suppose un changement d'échelle et les principaux obstacles à surmonter. Fort heureusement, les interventions indispensables évoquées ici n'exigent pas dans l'ensemble de moyens techniques démesurés. Peu d'entre elles font appel à des hôpitaux. La plupart peuvent être menées dans des centres de santé, dans de petites structures que nous appelons postes de santé ou par des services à la périphérie émanant de ces structures. Nous qualifions collectivement ce système de *proche des usagers*, et il faut lui donner la priorité pour que ces interventions soient accessibles à tous. Mettre en place un bon système proche des usagers n'est pas chose aisée. Il faut impérativement une capacité de direction au niveau national, conjuguée à des capacités et à une volonté de transparence au niveau local. Il faudra pour cela de nouveaux engagements politiques, de meilleures capacités d'organisation et d'encadrement au niveau local et aux échelons supérieurs ainsi qu'une plus grande transparence des services publics et de la budgétisation—avec dans tous les cas un financement plus important. Ces mesures doivent s'appuyer sur une solide surveillance et des capacités d'action communautaire si l'on veut être à l'écoute des déshérités, assurer la transparence des services locaux et veiller à ce que les familles tirent pleinement parti des services dispensés.

Quelques initiatives mondiales lancées récemment contre certaines maladies, notamment la tuberculose, la lèpre, la dracunculose et la maladie de Chagas, ont réussi à assurer des interventions de qualité et, dans certains cas, à faire évoluer les mentalités et les comportements dans des contextes très difficiles sur une base géographique très large. Ce qui caractérise ces

initiatives, c'est qu'elles comportent des systèmes rigoureux de suivi, d'évaluation, de notification et de contrôle financier qui permettent de vérifier que les objectifs sont atteints, que les problèmes sont repérés et résolus et qu'il est pleinement rendu compte de l'usage des fonds. On dispose ainsi d'une somme de plus en plus grande de connaissances sur le degré de progrès accompli ainsi que sur les stratégies opérationnelles et gestionnaires qui contribuent au succès. Les enseignements tirés de ces expériences peuvent être utiles sur le plan pratique, en particulier pour l'organisation d'interventions proches des usagers.

Dans la plupart des pays, un système proche des usagers supposerait un dosage de prestataires publics et privés de services de santé dont l'Etat garantirait le financement. Le gouvernement peut soit créer et gérer directement les unités de service, soit passer des contrats de services avec des prestataires travaillant dans un but lucratif ou non. Comme ces dernières années les systèmes de santé publique des pays pauvres se sont avérés très démunis sur le plan de l'organisation et des finances, il s'est développé un important secteur sanitaire non gouvernemental qui s'appuie sur des praticiens privés, des praticiens affiliés à des groupes confessionnels et des organisations non gouvernementales. Cette multitude de prestataires est favorable à la concurrence et constitue une soupape de sécurité en cas de panne du système public. C'est aussi un fait accompli dans presque tous les pays pauvres.

Une bonne stratégie mondiale en faveur de la santé consiste aussi à investir dans de nouveaux savoirs. L'un des domaines déterminants à cet égard est la recherche opérationnelle sur les protocoles de traitement dans les pays à faible revenu.⁷ Il y a encore beaucoup à apprendre sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas, et pour quelles raisons, dans bon nombre de ces pays, particulièrement là où les interventions n'ont jusqu'ici pas été appliquées ou documentées. Même lorsque les techniques fondamentales de lutte contre la maladie sont explicites et universellement applicables, il se pose dans chaque contexte local des problèmes spéciaux de logistique, d'observation, de posologie, de distribution et de formulation pharmaceutique que la recherche opérationnelle au niveau local doit aider à résoudre. Nous recommandons que les projets de pays affectent régulièrement au moins 5 % de toutes les ressources à des activités de recherche opérationnelle afin d'étudier les questions d'efficacité, l'optimisation des protocoles de traitement, les aspects économiques des différentes possibilités d'intervention, les modes de prestation ainsi que les préférences des patients et de la population.

Il faut d'autre part investir de toute urgence dans la quête de nouvelles techniques ou l'amélioration de celles qui existent pour lutter contre les maladies les plus meurtrières. Les récents progrès de la génomique, par exemple, devraient bientôt déboucher sur la mise au point de vaccins contre le paludisme et le VIH/SIDA et assurer une protection contre la tuberculose pendant toute la vie. Mais la science ne livre pas tous ses secrets et l'issue est incertaine. Les faits donnent à penser que d'importants investissements dans la recherche pourraient avoir des retombées sociales bien supérieures à celles d'aujourd'hui. Que l'on trouve ou non les vaccins souhaités, il faudra certainement de nouveaux médicaments étant donné l'apparition constante de souches pharmacorésistantes de micro-organismes pathogènes. La Commission demande donc un accroissement important du financement de la recherche-développement au niveau mondial sur les maladies qui représentent le plus lourd fardeau pour les déshérités. Nous attirons particulièrement l'attention sur les maladies concentrées dans les pays pauvres et pour lesquelles les marchés des pays riches n'offrent que peu d'incitation de recherche-développement puisque les cas y sont relativement peu nombreux.⁸ Nous insistons d'autre part sur la nécessité de faire de la recherche en santé génésique—par exemple, pour mettre au point de nouveaux microbicides susceptibles d'interrompre la transmission du VIH/SIDA et pour améliorer la prise en charge des problèmes obstétricaux potentiellement mortels.

Mais il faut aussi investir davantage dans d'autres savoirs. Il faut développer la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et sanitaires dans les pays à faible revenu, en même temps qu'intensifier les travaux de recherche-développement sur certaines maladies. L'état des connaissances épidémiologiques (déterminer qui souffre et meurt de quelle maladie) doit être approfondi grâce à l'amélioration de la surveillance et des systèmes de notification.⁹ En santé publique, ce savoir est l'un des outils essentiels pour la lutte contre les maladies. La surveillance est également vitale pour le combat contre de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies mentales, contre les effets de la violence et les accidents, et contre la montée rapide du tabagisme et des maladies liées à l'alimentation/la nutrition. Enfin, il faut un système de conseil et de formation bien plus perfectionné pour tous les pays à faible revenu, de façon à pouvoir transposer les leçons tirées de l'expérience dans un pays. La diffusion internationale des nouveaux savoirs et des « meilleures pratiques » est l'un des éléments moteurs du passage à l'échelle supérieure et c'est une responsabilité centrale d'instances comme l'Organisation mondiale de la Santé ou la Banque

mondiale ; c'est aussi un but désormais plus facile à atteindre grâce aux méthodes peu coûteuses aujourd'hui disponibles sur l'Internet.

La guerre contre la maladie demande non seulement des moyens financiers, une technologie suffisante et un engagement politique, mais aussi une stratégie, des axes opérationnels de responsabilité et la capacité d'apprendre tout au long du processus. C'est pourquoi la Commission s'est tout particulièrement attachée à analyser les aspects organisationnels du développement massif des interventions sanitaires avec l'aide des donateurs dans les pays à faible revenu. Nous avons commencé par prendre note des changements qui seront nécessaires dans les pays eux-mêmes. Après tout, c'est là où vivent les gens pauvres que les interventions sanitaires essentielles sont assurées. Le passage à l'échelle supérieure doit donc commencer par l'organisation du système de prestations proche des usagers au niveau local. Là, le rôle de la participation communautaire et plus généralement de la mobilisation d'un large partenariat du secteur public et privé et de la société civile est crucial. Un système proche des usagers doit également s'appuyer sur des programmes nationaux de lutte contre certaines grandes maladies, comme le paludisme, le VIH/SIDA ou la tuberculose. Ces programmes ciblés ont d'énormes avantages s'ils sont bien intégrés dans les services de santé communautaires, parce qu'ils permettent de mobiliser des groupes de compétences qui ne sont pas disponibles au niveau communautaire, de susciter une attention et un financement publics, de canaliser les énergies politiques et de garantir la transparence du secteur public en vue de résultats précis.

Puisque le passage à l'échelle supérieure exigera une augmentation sensible des financements internationaux, il faut impérativement instaurer un partenariat efficace entre donateurs et pays bénéficiaires fondé sur la confiance mutuelle et la performance. A cet égard, il faut revoir les mécanismes de financement des donateurs, un aspect que le système international a pris en compte ces trois dernières années puisqu'il a introduit un nouveau cadre de lutte contre la pauvreté fondé sur un document de stratégie.¹⁰ Les premiers résultats de son application sont prometteurs, et la Commission approuve ce nouveau processus.¹¹ Une attaque concertée contre la maladie dans le sens que nous recommandons aidera à assurer le succès de cette nouvelle approche des relations entre donateurs et bénéficiaires. Le cadre de lutte contre la pauvreté comporte plusieurs points forts : 1) amélioration des conditions d'annulation de la dette ; 2) rôle directeur des pays dans la préparation de la stratégie nationale ; 3) prise en compte explicite de la société civile à chaque étape du processus ; 4) approche globalisante de la lutte contre la pauvreté ; 5) meilleure coordination entre donateurs pour

parvenir aux buts fixés par les pays. Tous ces éléments sont importants et même vitaux pour le succès de l'initiative de santé proposée ici. Si les pays veulent recueillir les fruits de l'application du cadre, ils doivent établir un calendrier de financement durable et un plan d'investissement en santé qui feront partie intégrante du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté pour ce qui est de la santé.

Tout en préconisant de développer très nettement les investissements dans le secteur de la santé proprement dit, nous insistons sur la nécessité de procéder à des investissements complémentaires dans les domaines qui conditionnent le recul de la pauvreté (notamment par leurs effets sur la santé). Il s'agit en particulier de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement ainsi que de l'amélioration de l'agriculture. L'éducation, par exemple, est l'un des principaux déterminants de l'état de santé, de même que la santé est l'un des principaux déterminants du niveau d'instruction. C'est quand ils sont associés que les investissements dans ces divers secteurs donnent les meilleurs résultats—un aspect que souligne le processus stratégique de lutte contre la pauvreté. Nous n'avons toutefois pas établi d'estimations des coûts en dehors du secteur de la santé.¹²

Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, la Commission recommande que chaque pays en développement crée à titre temporaire une commission nationale Macroéconomie et Santé ou une instance équivalente, dirigée conjointement par le Ministre de la Santé et le Ministre des Finances et composée de représentants de la société civile, afin d'organiser et de diriger la tâche du passage à l'échelle supérieure.¹³ Chaque commission évaluerait les priorités nationales de la santé, fixerait une stratégie pour développer sur plusieurs années la couverture des services de santé essentiels, compte tenu des synergies avec d'autres secteurs déterminants pour la santé, et garantirait la cohérence avec le cadre de politique macroéconomique. Le plan serait lié à l'octroi sous forme de subventions d'une assistance internationale nettement plus importante. Les commissions nationales travailleraient avec l'OMS et la Banque mondiale pour établir une base épidémiologique, des cibles opérationnelles quantifiées et un plan de financement à moyen terme. Chaque commission devrait achever ses travaux en deux ans, d'ici fin 2003.

Nous recommandons que chaque pays définisse un programme général d'« interventions essentielles » dont la couverture universelle serait garantie par un financement public (auquel s'ajouterait un financement des donateurs). Quatre grands critères pourraient être appliqués au choix de ces interventions essentielles : 1) elles doivent être techniquement efficaces et pouvoir être menées à bien ; 2) les maladies qu'elles visent imposent un

lourd fardeau à la société, compte tenu aussi bien des maladies individuelles que de leurs retombées sociales (par exemple épidémies et impacts économiques négatifs) ; 3) leurs avantages sur le plan social doivent être supérieurs à leur coût (les avantages comprenant les années de vie sauvées et des retombées comme la diminution du nombre d'orphelins ou l'accélération de la croissance économique) ; enfin, 4) les besoins des pauvres doivent être prioritaires.

Selon nos estimations, les interventions essentielles préconisées ici contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles devraient en principe permettre de sauver d'ici 2010 environ 8 millions de vies *par an*—principalement dans les pays à faible revenu.¹⁴ La Commission Macroéconomie et Santé a calculé le coût de l'élargissement de la couverture de ces interventions,¹⁵ y compris le coût général de l'expansion et de la supervision du système, pour tous les pays dont le PNB par habitant était en 1999 inférieur à \$1200, ainsi que pour les quelques pays restants de l'Afrique subsaharienne dont le revenu est supérieur à \$1200.¹⁶ Le total des dépenses annuelles de santé pour ce groupe de pays augmenterait de \$57 milliards d'ici 2007 et de \$94 milliards d'ici 2015. Les pays de ce groupe engageraient \$35 milliards supplémentaires par an d'ici 2007 et \$63 milliards supplémentaires par an d'ici 2015.¹⁷ Les donateurs, quant à eux, financeraient par des subventions un montant supplémentaire de \$22 milliards par an d'ici 2007 et \$31 milliards par an d'ici 2015.¹⁸ Actuellement, l'aide publique au développement (APD) est de l'ordre de \$6 milliards.¹⁹ L'ensemble des dépenses des donateurs, y compris les programmes dans les pays et la fourniture de biens publics au niveau mondial, s'élèverait à \$27 milliards en 2007 et \$38 milliards en 2015. Ce financement accru des donateurs en faveur de la santé viendrait s'ajouter aux transferts d'aide actuels, puisqu'il faudra en même temps accroître l'assistance dans bien d'autres domaines que celui de la santé.

La plupart de l'aide des donateurs serait axée sur les pays les moins avancés, qui ont le plus besoin de subventions pour développer la couverture des services de santé. Pour ces pays, le total des dépenses annuelles de santé augmenterait de \$17 milliards d'ici 2007 et de \$29 milliards d'ici 2015 par rapport à 2002. Vu les très faibles revenus dans ces pays, il serait toutefois difficile de mobiliser des ressources suffisantes pour répondre aux besoins, puisqu'elles augmenteront de \$3 milliards d'ici 2007 et de \$9 milliards d'ici 2015. Le déficit serait comblé par les donateurs, dont l'aide sous forme de subventions s'élèverait à \$14 milliards par an en 2007 et \$21 milliards par an en 2015. Nous notons d'autre part que, sur le plan régional, c'est l'Afrique qui recevrait la plus grande partie de l'aide des donateurs, compte

tenu de la pauvreté et de la forte prévalence des maladies sur le continent africain. La prévention du SIDA et la prise en charge des malades représenteraient environ la moitié de l'ensemble des coûts du passage à l'échelle supérieure.²⁰

Pour saisir ce que représentent ces sommes, il n'est pas inutile d'examiner les coûts des interventions sanitaires par habitant. On constate qu'en moyenne, la série d'interventions essentielles coûte environ \$34 par personne et par an, ce qui est une somme très modique, surtout si on la compare à une dépense moyenne par habitant pour la santé de plus de \$2000 par an dans les pays à revenu élevé. Les pays les moins avancés peuvent mobiliser environ \$15 par personne et par an d'ici 2007 (près de 5 % du revenu par habitant). Le déficit est donc de \$19 par personne et par an. Avec 750 millions d'habitants dans les pays les moins avancés en 2007, on arrive à un chiffre proche de \$14 milliards. Les autres pays à faible revenu peuvent mobiliser en moyenne à peu près \$32 par personne (là encore, plus ou moins 5 % du revenu par habitant). Certains de ces pays auront besoin de l'aide des donateurs pour atteindre l'impératif de \$34 par personne, mais d'autres pourront s'en passer. Les autres pays à faible revenu auront à eux tous en 2007 une population d'environ 2 milliards d'habitants et, si on procède à un calcul pays par pays, il leur faudra à peu près \$3 par habitant en moyenne pour combler le déficit de financement, si bien que le niveau total d'aide nécessaire de la part des donateurs représente approximativement \$6 milliards. Les pays à revenu intermédiaire inférieur auront besoin de \$1,5 milliard supplémentaire, principalement pour faire face au coût élevé de la prise en charge du SIDA.

Il est important de situer en perspective l'ensemble de l'aide des bailleurs de fonds. Si l'assistance requise est importante par rapport à ce qu'ils donnent aujourd'hui pour la santé, elle ne représenterait qu'environ 0,1 % de leur PNB et laisserait de très nettes marges d'augmentation dans d'autres domaines, en fonction des besoins. Nous insistons sur le fait que l'accroissement de l'aide en faveur de la santé doit venir s'ajouter aux flux d'aide actuels, puisqu'il faudra un surcroît d'aide non seulement pour la santé, mais aussi pour l'éducation, l'assainissement, l'approvisionnement en eau et d'autres activités. D'autre part, même si les apports des donateurs semblent importants par rapport aux dépenses de santé actuelles, particulièrement dans les pays les plus pauvres, il faut noter la modicité des sommes que ces derniers dépensent et donc la modicité de leurs revenus. Ce développement de l'aide en faveur du secteur de la santé doit être échelonné dans le temps pour que les ressources puissent être utilisées efficacement et de façon transparente, et c'est ce qui nous a conduits à établir le calendrier

de développement de la couverture, qui présente notre base de calcul. Il faut noter que l'aide des donateurs sera nécessaire pendant longtemps, vingt ans peut-être, mais qu'elle cessera un jour lorsque les pays arriveront à un revenu par habitant plus élevé et seront donc mieux à même de financer par leurs propres moyens les services de santé essentiels.

Ce programme aurait des avantages économiques de valeur bien supérieure à son coût. Les 8 millions de vies sauvées grâce à la lutte contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles se traduiraient par un nombre bien plus élevé d'*années* de vies gagnées, de même que par une plus grande qualité de vie. Les économistes parlent de gain en matière d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY),²¹ ce qui regroupe l'augmentation du nombre d'années de vie et la diminution du nombre d'années de vie avec incapacité. On estime qu'environ 330 millions d'années d'incapacité seraient épargnées pour chaque tranche de 8 millions de décès évités. En supposant, de façon prudente, que chaque DALY épargnée comporte un avantage économique d'une année de revenu par habitant pour un montant prévu de \$563 en 2015, l'avantage économique direct que comporterait ces 330 millions de DALY épargnées serait de \$186 milliards par an et vraisemblablement plusieurs fois ce montant.²² La croissance économique en serait accélérée et donc les DALY épargnées contribueraient à rompre le cercle vicieux de la pauvreté qui freine jusqu'à présent la croissance économique dans les pays à faible revenu et à mortalité élevée. L'accroissement du revenu par habitant représenterait des dizaines voire des centaines de milliards de dollars supplémentaires par an.

Les \$27 milliards d'aide accordée sous forme de subventions en 2007 seraient orientés vers trois objectifs : 1) l'aide aux pays à faible revenu (et à quelques pays à revenu intermédiaire pour des dépenses liées au VIH/SIDA) pour contribuer à financer le développement des interventions essentielles et la mise en place du système de santé (\$22 milliards, voir les détails à l'appendice 2) ; les investissements dans la recherche-développement (R&D) sur les maladies qui frappent les pauvres (\$3 milliards) ; 3) fourniture accrue de biens publics dans le monde par les institutions internationales chargées de coordonner l'effort planétaire, notamment l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies (\$2 milliards). Il y aurait également une aide supplémentaire en faveur des pays à revenu intermédiaire sous forme de prêts à des conditions normales.²³ Nous pensons que, s'ils étaient bien gérés et échelonnés selon le calendrier que nous recommandons, ces flux d'aide pourraient être

absorbés par les pays en développement sans déstabilisation macroéconomique ou sectorielle majeure.

Ces cibles financières correspondent à ce qu'il faudrait faire plutôt qu'elles ne rendent compte de ce qui va se produire. Nous savons trop que des pays donateurs se soustraient à leurs obligations internationales malgré leurs énormes richesses et que des pays bénéficiaires renoncent à la bonne gouvernance nécessaire à la protection de leur population. Peut-être l'accroissement des financements ne sera-t-il que modeste ; il se peut que les bailleurs de fonds donnent des millions alors que des milliards seraient nécessaires et que des pays paupérisés se trompent de cible et se battent contre des êtres humains et non contre des maladies, ce qui empêchera la communauté mondiale d'apporter de l'aide. Nous ne sommes pas naïfs : ce n'est pas par hasard que des millions de gens—sans voix ni pouvoir, à l'insu des médias—meurent chaque année alors qu'ils pourraient être sauvés.²⁴

La gestion de ces énormes flux financiers émanant des donateurs exigera une nouvelle façon de procéder. La Commission soutient sans réserve la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui s'attaquera dans un premier temps à la riposte mondiale à ces trois maladies. Nous recommandons de relever le montant du Fonds mondial pour le faire passer à quelque \$8 milliards par an d'ici 2007 dans le cadre des \$22 milliards d'aide versés par les donateurs en faveur des programmes de pays. Vu le défi exceptionnel que représentent le SIDA et le risque concomitant de régression économique de l'Afrique et d'autres régions pour des décennies, il nous semble que le Fonds mondial devrait appuyer un programme dynamique et audacieux axé sur la prévention des nouvelles infections et sur le traitement des personnes déjà touchées. Les efforts de prévention viseraient à élargir considérablement la couverture des programmes de prévention parmi les groupes très vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe et les toxicomanes qui s'injectent des drogues, et à donner largement accès au traitement des infections sexuellement transmissibles, aux services de conseil et de test volontaires, ainsi qu'aux interventions destinées à interrompre la transmission mère-enfant. Vu les coûts et les enjeux de l'élargissement du traitement, surtout si l'on applique le traitement antirétroviral avec efficacité et sans favoriser de résistance virale aux médicaments, les opérations d'élargissement devraient être suivies de près, fondées sur des données scientifiques et faire l'objet de travaux approfondis de recherche opérationnelle. Nous sommes d'accord avec les estimations de l'ONUSIDA et du programme de traitement antirétroviral de

l'OMS selon lesquelles il est possible de soumettre, d'ici fin 2006, 5 millions de patients à un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu.²⁵

Pour aider à acheminer le surcroît de fonds nécessaire à la recherche-développement, nous souscrivons à la création d'un nouveau fonds mondial pour la recherche en santé, dont les décaissements s'élèveraient à quelque \$1,5 milliard par an. Ce fonds aiderait à faire de la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et sanitaires sur les problèmes de santé qui touchent les démunis de la planète, ainsi que sur les systèmes et politiques de santé nécessaires pour les résoudre. Un montant supplémentaire de \$1,5 milliard par an au titre de l'appui à la recherche-développement devrait être financé par les canaux existants, notamment le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR), l'Initiative de recherche sur les vaccins, le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)—qui relèvent tous les trois de l'OMS—ainsi que les partenariats public-privé dirigés contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'autres programmes de lutte contre la maladie récemment créés. Dans les deux cas, il serait vital de pouvoir compter sur ce financement accru, puisque les travaux de recherche-développement sont des entreprises de longue haleine. Le Fonds mondial pour la recherche en santé pourrait jouer un rôle important dans la répartition de cette assistance. De manière à appuyer le développement de cet effort de recherche-développement, nous préconisons vivement la diffusion gratuite sur l'Internet des grandes revues scientifiques, ce qui donnera aux chercheurs des pays à faible revenu plus largement accès à un outil essentiel de recherche scientifique.

Le secteur public ne saurait à lui seul supporter la charge, et il faut associer à cet effort l'industrie pharmaceutique. Les principes d'entreprise qui ont récemment impulsé de très louables initiatives de dons de médicaments et de réductions de prix doivent être généralisés pour favoriser l'élargissement des interventions sanitaires dans les pays pauvres. L'industrie pharmaceutique doit veiller à ce que les pays à faible revenu (et les donateurs en leur nom) aient accès aux médicaments essentiels à des prix proches du prix à la production (c'est ce qu'on appelle parfois le *plus bas prix commercial viable*), pour ne pas payer les prix bien supérieurs qui sont ceux des marchés des pays à revenu élevé. Selon nous, l'industrie est prête à s'engager dans ce sens, ce qui permettrait aux pauvres d'avoir accès aux médicaments essentiels, à la fois grâce à l'établissement de prix différentiels et à l'octroi de licences pour leurs produits aux fabricants de génériques.²⁶ Si l'industrie pharmaceutique n'est pas prête à coopérer de façon fiable et générale ou

bien si cette coopération ne suffit pas, il faudrait appliquer les règles du commerce international en matière d'accès aux médicaments essentiels de manière à obtenir les mêmes résultats. Il est en même temps extrêmement important de veiller à ce que l'élargissement de l'accès aux médicaments pour les pauvres ne compromette pas à l'avenir la capacité d'innovation liée au système des droits de propriété intellectuelle. L'industrie privée en dehors du secteur pharmaceutique a elle aussi un rôle à jouer, notamment en veillant à ce que ses travailleurs—pilier de la productivité des entreprises—aient accès au savoir et aux services médicaux nécessaires à leur survie et à la protection de leur santé. Ainsi, les compagnies minières d'Afrique australe, région qui se trouve à l'épicentre de la pandémie de VIH/SIDA, ont une responsabilité particulière, puisqu'elles doivent aider à prévenir la transmission de la maladie et collaborer avec l'Etat et les bailleurs de fonds pour que les travailleurs aient accès aux soins. Les principales conclusions de la Commission concernant les liens entre santé et développement sont récapitulées dans le tableau 2, tandis que le plan d'action est résumé dans le tableau 3. Nos recommandations particulières concernant l'accroissement de l'aide internationale des donateurs et des financements nationaux sont récapitulées dans le tableau 4.

Maintenant que la mondialisation est en accusation, il faut réussir à concrétiser les engagements pris solennellement de faire reculer la pauvreté et d'améliorer la santé. On dispose des ressources—humaines, scientifiques et financières—nécessaires, mais il reste à les mobiliser. Au moment même où le monde intensifie la lutte contre le fléau du terrorisme, il est très important qu'il s'engage en même temps à sauver des millions de vies par des moyens pacifiques, en mettant à profit la science et la technique modernes ainsi que les énormes richesses des pays développés. Cette action serait une source d'inspiration et un facteur d'unité pour les peuples du monde entier. Nous exhortons les dirigeants de la communauté internationale—dans les pays donateurs comme dans les pays bénéficiaires, dans les institutions internationales comme la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation mondiale du Commerce, l'Organisation de Coopération et de Développement économiques et le Fonds monétaire international, dans les entreprises privées et, enfin, dans la société civile—à saisir les occasions mises en relief dans ce rapport. C'est dans l'unité que le monde va maintenant pouvoir entreprendre et favoriser les investissements planétaires en santé qui permettront de transformer la vie et les conditions d'existence des pauvres.

Tableau 2. PRINCIPALES CONCLUSIONS CONCERNANT LES LIENS ENTRE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

1. La santé est un objectif prioritaire en tant que tel, de même qu'un élément essentiel du développement économique et de la lutte contre la pauvreté. L'importance qu'il y a à investir dans la santé a été beaucoup sous-estimée, non seulement par les analystes, mais aussi par les gouvernements des pays en développement et par la communauté internationale des donateurs. Le surcroît d'investissements qui seraient réalisés dans le domaine de la santé selon les grandes lignes esquissées dans ce rapport se traduirait par des centaines de milliards de dollars par an de revenus supplémentaires pour les pays à faible revenu. Assurer une bonne prise en charge sanitaire des personnes pauvres comporterait d'importants avantages sociaux et aurait notamment des retombées sur les franges les plus prospères de la société.

2. Quelques pathologies sont en grande partie responsables du bilan sanitaire négatif : VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, maladies infectieuses de l'enfant (dont beaucoup peuvent être évitées par la vaccination), pathologies maternelles et périnatales, maladies liées au tabac et carences en micronutriments. Il existe des interventions efficaces pour prévenir ces maladies ou les soigner. Un programme bien ciblé permettrait d'ici la fin de la décennie de sauver environ 8 millions de vie par an.

3. La pandémie de VIH/SIDA est un drame sans précédent de par sa dimension humaine et ses répercussions économiques. Elle doit retenir tout particulièrement l'attention. Il existe des interventions testées qui ont fait leurs preuves dans le secteur de la santé et permettraient de s'attaquer à la plupart des causes du bilan sanitaire négatif, notamment le VIH/SIDA.

4. Les investissements dans la lutte contre la maladie doivent impérativement être accompagnés d'investissements dans le domaine de la santé génésique, y compris la planification familiale et l'accès à la contraception. L'association lutte contre la maladie/santé génésique a toutes les chances de se traduire par un recul de la fécondité, une hausse des investissements dans la santé et l'éducation de chaque enfant et un ralentissement de la croissance démographique.

5. Le niveau des dépenses de santé dans les pays à faible revenu est insuffisant pour relever les défis sanitaires auxquels ils sont confrontés. Nous estimons que le financement minimum doit se situer aux alentours de \$30 à 40 par personne et par an pour couvrir les interventions essentielles, y compris celles qui sont nécessaires pour combattre la pandémie de SIDA ; une grande partie de cette somme devra être financée par le budget de l'Etat et non pas par le secteur privé. Les dépenses de santé effectives sont de beaucoup inférieures : dans les pays les moins avancés, elles se situent en moyenne à \$13 par personne et par an, dont \$7 seulement proviennent du budget de l'Etat. Pour les autres pays à faible revenu, les dépenses de santé se situent en moyenne aux alentours de \$24 par habitant et par an, dont \$13 financés par les crédits de l'Etat.

6. Les pays pauvres peuvent mobiliser davantage de ressources internes pour la santé et utiliser ces ressources avec plus d'efficacité. Mais, même compte tenu d'une affectation plus rationnelle de ressources plus abondantes, les niveaux de financement nécessaires pour assurer les services essentiels se situent bien au-delà des moyens financiers de nombreux pays à faible revenu et des quelques pays à revenu intermédiaire durement touchés par le VIH/SIDA.

7. Il faudra un financement des donateurs pour combler l'écart de financement, mais les pays bénéficiaires eux-mêmes devront faire tout leur possible. Selon nos estimations, pour faire passer de \$30 à 40 par personne les investissements en santé qui permettraient aux pays à faible revenu d'assurer les interventions essentielles, il faudra environ \$27 milliards par an de subventions des donateurs d'ici 2007, alors qu'à peu près \$6 milliards par an sont fournis à l'heure actuelle. Ce financement devrait venir s'ajouter aux autres financements des donateurs, puisqu'il faut aussi une aide plus importante dans d'autres domaines connexes comme l'éducation, l'eau et l'assainissement.

8. Pour mieux desservir les pauvres sur le plan sanitaire, il faudrait des investissements financiers plus importants dans certaines interventions du secteur de la santé, de même qu'un système bien structuré de prestations sanitaires capable d'atteindre les groupes déshérités. Il faut en priorité créer un système de prestations au niveau local (« proche des usagers »), en le complétant par des programmes nationaux de lutte contre quelques grandes maladies. Le succès de ces programmes sera conditionné par le sérieux de l'engagement politique et administratif, le renforcement des compétences techniques et administratives nationales, l'amélioration sensible des systèmes de gestion publique et la mise en place de mécanismes pour rendre compte à la collectivité. Il faudra d'autre part aborder sous un nouvel angle les relations entre donateurs et bénéficiaires.

9. Une réelle offensive contre les maladies qui frappent les pauvres demandera d'autre part des investissements importants dans les biens publics mondiaux, notamment le renforcement de la collecte et de l'analyse des données épidémiologiques, la surveillance des maladies infectieuses et la recherche-développement sur les maladies concentrées dans les pays pauvres (souvent, mais pas toujours, les maladies tropicales).

10. Des actions concertées faisant intervenir l'industrie pharmaceutique, les gouvernements des pays à faible revenu, les bailleurs de fonds et les institutions internationales sont nécessaires pour que les pays à faible revenu soient sûrs d'avoir accès aux médicaments essentiels.

Tableau 3. PROGRAMME D'ACTION POUR INVESTIR DANS LA SANTÉ EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

1. Chaque pays à faible revenu et à revenu intermédiaire devrait créer à titre temporaire une commission nationale Macroéconomie et Santé ou une instance équivalente chargée de formuler un programme à long terme de développement des interventions de santé essentielles dans le cadre général de sa stratégie de lutte contre la pauvreté. L'OMS et la Banque mondiale devraient aider les commissions nationales à créer des bases épidémiologiques, à fixer des cibles opérationnelles et à établir un cadre pour le financement des donateurs à long terme. Les commissions nationales Macroéconomie et Santé devraient achever leurs travaux d'ici fin 2003.
2. La stratégie de financement devrait envisager un accroissement des crédits budgétaires internes pour la santé de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015 (ou moins, si une augmentation inférieure suffit à couvrir les coûts du développement des activités, ce qui sera peut-être le cas dans certains pays à revenu intermédiaire). Pour les pays à faible revenu, cela suppose un surcroît de dépenses budgétaires de \$23 milliards d'ici 2007 et \$40 milliards d'ici 2015 (dont \$4 milliards d'ici 2007 et \$9 milliards d'ici 2015 pour les pays les moins avancés, le reste correspondant aux autres pays à faible revenu). Les pays devraient d'autre part prendre des mesures pour mieux utiliser leurs ressources propres, notamment en affinant les priorités des services de santé et en encourageant des systèmes de financement communautaire de manière à améliorer la répartition des risques pour les ménages pauvres.
3. La communauté internationale des bailleurs de fonds devrait engager des ressources suffisantes sous forme de subventions en faveur des pays à faible revenu pour garantir la couverture universelle des interventions essentielles ainsi que l'intensification de la recherche-développement et de la fourniture d'autres biens publics. Quelques pays à revenu intermédiaire auront eux aussi besoin d'une aide sous forme de subventions pour financer le développement de la lutte contre le VIH/SIDA. D'après nos estimations, il faudra que les donateurs accordent des subventions d'un montant total de \$27 milliards par an en 2007 et \$38 milliards par an en 2015. De plus, la Banque mondiale et les banques régionales de développement devraient octroyer davantage de prêts à des conditions normales aux pays à revenu intermédiaire qui cherchent à améliorer leurs systèmes de santé. L'affectation des fonds engagés par les donateurs se ferait plus ou moins comme suit :

	2007	2015
Programmes de pays	\$22 milliards	\$31 milliards
Recherche-développement sur les maladies qui frappent les pauvres	\$3 milliards	\$4 milliards
Fourniture d'autres biens publics mondiaux	\$2 milliards	\$3 milliards
Total	\$27 milliards	\$38 milliards

L'OMS et la Banque mondiale, par le biais d'un comité directeur où siègerait pays donateurs et pays bénéficiaires, devraient être chargées de coordonner et de suivre le processus de mobilisation des ressources. Pour concrétiser cette perspective d'un appui beaucoup plus massif en faveur de la santé, il faut que les donateurs aident à mettre

en place les capacités de mise en oeuvre et à résoudre les problèmes de gouvernance ou autres qui peuvent se poser. Toutefois, là où l'argent n'est pas bien utilisé, il faudra, par souci de crédibilité, réduire les financements et utiliser les fonds pour appuyer le renforcement des capacités et les programmes des ONG.

-
4. La communauté internationale devrait mettre en place deux nouveaux mécanismes de financement, avec le niveau approximatif ci-après de dépenses annuelles d'ici 2007 : le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, \$8 milliards, et le Fonds mondial pour la recherche en santé, \$1,5 milliard. Les apports financiers supplémentaires pour la recherche-développement à hauteur de \$1,5 milliard par an devraient être acheminés par des institutions comme TDR, l'Initiative de recherche sur les vaccins et HRP, à l'OMS, ainsi que la Coalition mondiale pour la recherche en santé et divers partenariats public-privé axés sur la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins. Les programmes de pays devraient, quant à eux, consacrer 5 % des dépenses à la recherche opérationnelle.
-
5. La fourniture d'autres biens publics mondiaux devrait être encouragée moyennant un financement supplémentaire d'institutions internationales concernées comme l'Organisation mondiale de la Santé ou la Banque mondiale pour un montant de \$1 milliard par an en 2007 et \$2 milliards par an en 2015. Parmi ces biens publics mondiaux figurent la surveillance des maladies au niveau international, la collecte et l'analyse des données sur les tendances sanitaires dans le monde (comme la charge de morbidité), l'analyse et la diffusion des meilleures pratiques internationales en matière de lutte contre la maladie et de systèmes de santé et, enfin, l'assistance technique et la formation.
-
6. Pour inciter le secteur privé à poursuivre la mise au point de médicaments jusqu'au bout de la filière, il faudrait modifier la législation sur les « médicaments orphelins » dans les pays à revenu élevé pour prendre en compte les maladies des pauvres, par exemple les maladies tropicales à transmission vectorielle. De plus, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, tout comme d'autres services d'achat de donateurs, devraient s'engager préalablement à acheter les nouveaux produits visés à des prix commercialement viables.
-
7. Au niveau international, l'industrie pharmaceutique devrait, en collaboration avec les pays à faible revenu et l'OMS, faire en sorte que ces pays aient accès aux médicaments essentiels en s'engageant à les fournir au plus bas prix commercialement viable dans lesdits pays, ainsi qu'à octroyer aux fabricants de génériques des licences de production de médicaments essentiels si cela se justifie du point de vue des prix et/ou des conditions d'approvisionnement, comme l'examine en détail le rapport.
-
8. Les gouvernements des pays membres de l'OMC devraient prévoir des garanties suffisantes pour les pays en développement, et en particulier le droit des pays qui ne fabriquent pas les produits pharmaceutiques pertinents à faire appel aux licences obligatoires pour importer des produits génériques en provenance de pays tiers.
-
9. Le Fonds monétaire international et la Banque mondiale devraient collaborer avec les pays bénéficiaires pour intégrer l'élargissement des programmes de santé et d'autres programmes de lutte contre la pauvreté dans un cadre macroéconomique viable.
-

Tableau 4. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ENGAGEMENTS DES DONATEURS ET DES PAYS (EN MILLIARDS DE US \$ CONSTANTS DE 2002)

	2001 (estimations de la Commission)	2007	2015
ENGAGEMENTS DES DONATEURS			
<i>Programmes de pays</i>			
Pays les moins avancés	\$1,5	\$14	\$21
Autres pays à faible revenu	\$2,0	\$6	\$8
Pays à revenu intermédiaire	\$1,5 APD	\$2	\$2
en particulier : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	0,5 conditions normales \$0	\$8	\$12
<i>Biens publics mondiaux</i>			
Recherche-développement	(<) \$0,5	\$3	\$4
en particulier : Fonds mondial pour la recherche en santé	\$0	\$1,5	\$2,5
Institutions internationales	\$1	\$2	\$3
Total des engagements des donateurs	\$7	\$27	\$38
<i>Ressources internes pour la santé</i>			
Pays les moins avancés	\$7	\$11	\$16
Autres pays à faible revenu	\$43	\$62	\$74
PROGRAMMES DANS LES PAYS A FAIBLE REVENU			
Engagements des donateurs plus ressources internes	\$53,5	\$93	\$119

Note : Ces recommandations concernent les engagements annuels dans le cadre d'un programme mondial élargi. Comme cela est souligné tout au long du rapport, les décaissements effectifs dépendront des résultats de l'application des mesures politiques dans les pays bénéficiaires.

RAPPORT DE LA COMMISSION

La communauté mondiale est en mesure de sauver les vies de millions de gens chaque année et de soutenir les économies des pays les plus pauvres du monde. Le présent rapport décrit une stratégie permettant d'atteindre ces buts en investissant davantage dans la santé des pauvres dans le monde. Nos conclusions s'appuient sur d'importantes recherches et consultations entreprises au cours des deux dernières années, et notamment sur les travaux de six groupes de travail, d'où ont résultés un total de 87 études de fond et six monographies de synthèse qui seront publiées par l'Organisation mondiale de la Santé.²⁷ Les centaines de participants qui ont pris part à ce processus analytique sont énumérés à l'appendice 1 du Rapport.

PREUVES DE LA RELATION ENTRE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

On ne saurait exagérer l'importance de la santé en soi, indépendamment de ses multiples retombées. Selon Amartya Sen, lauréat du prix Nobel, la santé (comme l'éducation) figure parmi les qualités fondamentales qui donnent toute sa valeur à la vie humaine.²⁸ Dans une étude mondiale commandée à l'occasion du Sommet du Millénaire des Nations Unies par le Secrétaire Général des Nations Unies Kofi Annan (Enquête du Millénaire, Organisation des Nations Unies 2000), une bonne santé constitue toujours le vœu numéro un des hommes et des femmes du monde entier. La peur de la maladie et d'un décès prématuré fait de la lutte contre la maladie l'une des principale préoccupations de toutes les sociétés et a motivé l'inclusion de la santé parmi les droits fondamentaux de l'homme en droit international.²⁹ La sagesse de chaque culture nous enseigne aussi que « la santé vaut de l'or » et pas seulement au sens figuré.³⁰ La santé apporte aux individus et aux familles une perspective d'épanouissement personnel et la possibilité d'assurer leur sécurité économique dans le futur. Elle est à la base du rendement professionnel, du potentiel d'apprentissage à l'école et de la capacité de développement intellectuel, physique et affectif. Sur le plan économique, la santé et l'éducation sont les deux piliers du capital humain lequel constitue, ainsi que l'ont montré les lauréats du Prix Nobel Théodore Schultz et Gary Becker, le fondement de la productivité économique. Au même titre que l'aisance économique des ménages, une bonne santé de la population est une condition essentielle du recul de la pauvreté, de la croissance éco-

nomique et d'un développement économique à long terme à l'échelle de toute une société.³¹ Ce phénomène est largement attesté par les analystes et les responsables politiques, mais son importance quantitative et qualitative est très sous-estimée, ce dont pâtissent les investissements consentis par de nombreux pays en développement et gouvernements donateurs.³² Les sociétés sur lesquelles la maladie fait peser une lourde charge tendent à subir les effets de toute une foule de graves obstacles au développement économique. Inversement, plusieurs grands « décollages » de l'histoire économiques tels que la rapide croissance de la Grande-Bretagne pendant la révolution industrielle, le démarrage du Sud des Etats-Unis au début du XXe siècle, l'essor économique du Japon au cours de la même période et le développement spectaculaire de l'Europe méridionale et de l'Asie orientale qui a commencé dans les années 50 et 60 ont été favorisés par de véritables révolutions dans les domaines de la santé publique, de la lutte contre les maladies et de l'amélioration de la nutrition (laquelle, outre qu'elle améliore l'énergie et le rendement des travailleurs, réduit la vulnérabilité aux maladies infectieuses). Un compte-rendu très remarquable de cette évolution historique a été fait par le Professeur Robert Fogel dont les études originales mettent en évidence la relation entre le développement corporel et l'apport alimentaire et montrent que cette relation joue un rôle essentiel dans la productivité à long terme de la main-d'œuvre (Fogel 1991 ; 1997 ; 2000). La chute de la mortalité observée en Europe depuis 200 ans a été largement favorisée par l'amélioration de l'apport calorique dans l'alimentation ainsi que par les progrès de la santé publique et de la technologie médicale. Selon Fogel : « L'augmentation de la quantité de calories disponibles pour le travail au cours de ces 200 dernières années doit avoir contribué dans une mesure non négligeable au taux d'accroissement du revenu par habitant dans des pays comme la France et la Grande-Bretagne. »³³

Pris dans sa globalité, le coût économique des maladies évitables est extrêmement élevé. Ces maladies réduisent le revenu annuel d'un pays, ses revenus individuels et ses chances de croissance économique. Dans les pays les plus pauvres, les pertes se comptent chaque années par douzaines de points de pourcentage du PNB, ce qui se traduit par des centaines de milliards de dollars des Etats-Unis. La Commission a constaté qu'au sein même des pays en développement, les maladies transmissibles, la mortalité maternelle et la sous-nutrition, si elles concernent toutes les catégories de revenus, frappent les pauvres beaucoup plus durement que les riches. D'assez nombreuses recherches de la Banque mondiale (Gwatkin 2000 ; Gwatkin et al. 2001) montrent le vaste fossé qui sépare, en termes de santé, les groupes relativement aisés des groupes à bas revenu au sein d'une société. C'est ainsi

que dans le quintile le plus pauvre des enfants de Bolivie et de Turquie, le taux de mortalité est jusqu'à quatre fois plus élevé que dans le quintile le plus riche.³⁴ De nombreux autres indicateurs des issues de santé et de l'accès aux services de santé présentent de semblables différences dans le monde entier. En outre, un épisode morbide peut condamner un ménage modeste à la pénurie, notamment lorsqu'il lui faut vendre ses biens de production pour couvrir des dépenses de santé. Une offensive concertée contre ces maladies constitue donc en soi un effort de lutte contre la pauvreté dont les fruits vont profiter d'abord aux pauvres. Ainsi, les investissements sanitaires doivent avoir une place de choix dans les campagnes de lutte contre la pauvreté actuellement en cours dans de nombreux pays à faible revenu.

Nombreuses sont les raisons pour lesquelles la maladie fait peser une charge accrue sur les pauvres. Premièrement, ceux-ci sont beaucoup plus vulnérables à la maladie parce qu'ils ont moins que les autres accès à une eau saine et à un assainissement efficace, à un logement sûr et hygiénique, à des soins médicaux, à une information sur les comportements préventifs et à une alimentation appropriée. Deuxièmement, les pauvres sont beaucoup moins à même de recevoir des soins médicaux, même quand ils en ont un besoin urgent, parce qu'ils habitent plus loin des prestataires, parce qu'ils n'ont pas les ressources financières nécessaires pour payer les soins et enfin, parce qu'ils ignorent quelles sont les meilleures mesures à prendre face à une épisode morbide. Troisièmement, ainsi qu'on l'a déjà dit, les dépenses qu'entraîne une grave maladie peuvent les acculer à la misère en les forçant à contracter des dettes ou à vendre ou hypothéquer des biens de production (comme une terre). Une telle maladie peut plonger un ménage dans une misère prolongée qui peut même s'étendre à la génération suivante lorsque des enfants doivent quitter l'école pour travailler.

La macroéconomie montre que les pays où règnent les pires conditions sanitaires et éducatives ont beaucoup plus de mal à instaurer une croissance soutenue que les pays plus favorisés dans ces domaines. Le tableau 5 indique les taux de croissance de plusieurs douzaines de pays en développement au cours de la période 1965–1994, les pays étant groupés d'après leur revenu initial en 1965 et leur taux de mortalité infantile cette même année (en guise d'indicateur de la morbidité générale). Ce tableau montre qu'à revenu initial équivalent, les pays où les taux de mortalité infantile sont le moins élevés ont connu, au cours de la période considérée, une meilleure croissance économique. C'est ainsi que dans le groupe des plus pauvres (moins de \$750 par personne et par an en dollars des Etats-Unis de 1990 corrigés de la parité de pouvoir d'achat), les pays où le taux de mortalité infantile (TMI) se situait entre 50 et 100 décès pour 1000 naissances vivantes avaient

Tableau 5. TAUX D'ACCROISSEMENT DU REVENU PAR HABITANT, 1965-1994
(d'après le revenu et le taux de mortalité infantile, 1965)

Taux initial de mortalité infantile, 1965	TMI ≤ 50	50 < TMI ≤ 100	100 < TMI ≤ 150	TMI > 150
Revenu initial, 1965 (dollars US 1990 corrigés de la PPA)				
PIB ≤ \$750	—	3,7	1,0	0,1
\$750 < PIB ≤ \$1.500	—	3,4	1,1	-0,7
\$1,500 < PIB ≤ \$3,000	5,9	1,8	1,1	2,5
\$3,000 < PIB ≤ \$6,000	2,8	1,7	0,3	—
PIB > \$6,000	1,9	-0,5	—	—

Note : Le taux indiqué est la moyenne simple des taux d'accroissement du PIB dans tous les pays du groupe considéré.

eu une croissance annuelle moyenne de 3,7 pour cent alors que les pays également pauvres où le TMI s'élevait à plus de 150 décès, la croissance annuelle moyenne n'avait été que de 0,1 pour cent.³⁵

Cette corrélation entre une meilleure santé et une plus forte croissance économique demeure même lorsque l'on introduit d'autres variables économiques pour tenter de prendre en compte des schémas de croissance inter pays (comme dans les travaux de Barro et Sala-i-Martin 1995 ; Bloom et Sachs 1998 ; Bhargava et al. 2001). Les analyses macroéconomiques standards de la croissance inter pays sont basées sur un modèle dans lequel la croissance économique au cours d'un intervalle de temps est fonction du revenu initial (pour des raisons de convergence conditionnelle), de variables liées à la politique économique et d'autres caractéristiques structurelles de l'économie, y compris des indicateurs de la santé des populations. Une estimation statistique classique indique que chaque amélioration de 10 pour cent de l'espérance de vie à la naissance (EVN) correspond à une augmentation de la croissance économique d'au moins 0,3 à 0,4 point de pourcentage, les autres facteurs de croissance étant considérés constants. Dès lors, la différence de croissance annuelle due à l'EVN entre un pays à revenu élevé type (EVN = 77 ans) et un des pays les moins avancés type (EVN = 49 ans) est d'environ 1,6 point de pourcentage par an ce qui, avec le temps, produit d'énormes effets.³⁶ En bref, la situation sanitaire semble expliquer en grande partie la différence entre les taux de croissance économique, même si l'on tient compte des variables macroéconomiques standards. Dans le monde d'aujourd'hui, Une mauvaise santé a des effets particulièrement pernicieux sur le développement économique en Afrique subsaharienne, en Asie méridionale et, ailleurs, dans des poches de forte

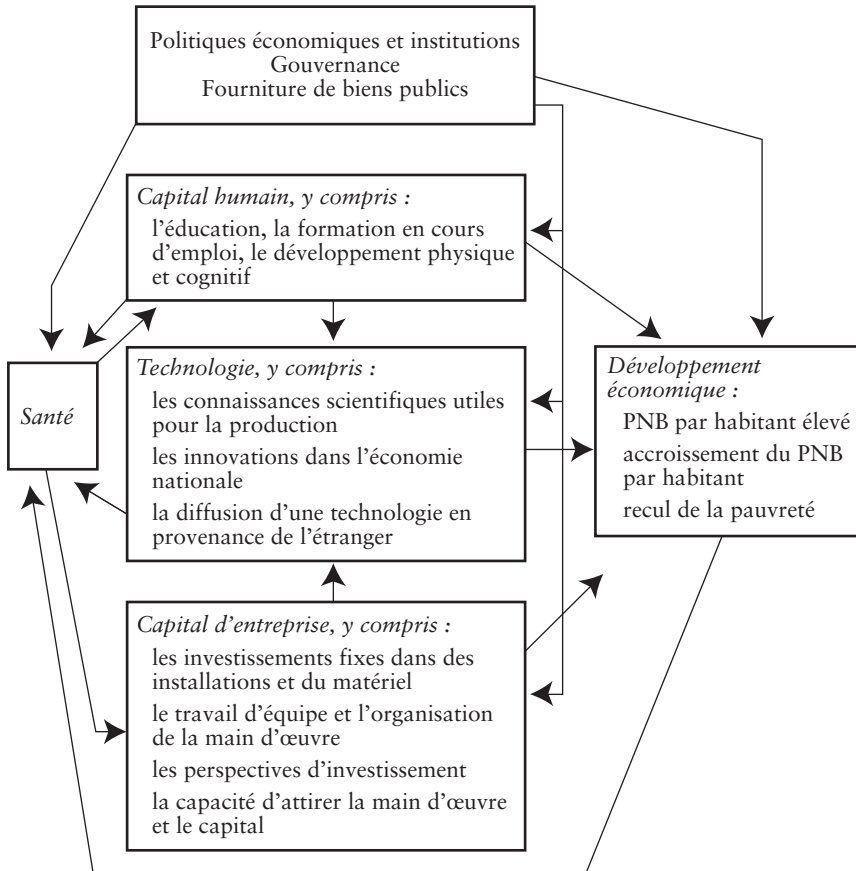
morbidité et d'intense pauvreté. L'Afrique subsaharienne a subi, pendant la dernière génération, un déclin chronique de son niveau de vie qui était déjà au départ le moins enviable dans le monde. La lourde charge de la maladie et ses multiples effets sur la productivité, la démographie et l'éducation ont certainement joué un rôle dans cette mauvaise performance chronique. Une récente étude économétrique (Bloom et Sachs 1998) révèle que plus de la moitié de la différence de croissance entre l'Afrique et les pays d'Asie orientale à croissance rapide s'explique statistiquement par les effets de la charge de la maladie, de la démographie et de la situation géographique plutôt que par les variables plus classiques que sont la politique macroéconomique et la gouvernance. Une forte prévalence de maladies telles que le paludisme et le VIH-SIDA est associée à des réductions importantes et durables des taux de croissance économique. Il a été établi, par exemple, qu'une prévalence élevée du paludisme s'accompagne d'une réduction de la croissance économique de 1 pour cent par an ou davantage.³⁷

Des gains de croissance économique spectaculaires sont obtenus en améliorant la santé, mais ce n'est là qu'un aspect de la question. Même si la croissance économique par habitant n'était pas influencée par la santé, l'accroissement de la longévité entraînerait quand même d'importantes améliorations de la prospérité économique. Lorsque l'on compare plusieurs sociétés du point de vue du bien-être, il importe de tenir compte aussi bien de l'espérance de vie que du revenu annuel. Dans les pays en bonne santé, les habitants vivent en moyenne beaucoup plus longtemps qu'ailleurs, de sorte que leurs gains économiques d'une vie sont bien plus élevés. Considérons par exemple les différences entre un habitant type du Botswana et un habitant type des Etats-Unis d'Amérique. Au Botswana, le revenu annuel moyen en 1997 était d'environ \$6.320, en valeur corrigée de la parité de pouvoir d'achat.³⁸ Aux Etats-Unis d'Amérique, le revenu moyen pour la même année était de \$30.000. Il semblerait donc à première vue que le revenu par habitant des Etats-Unis était 5 fois plus élevé. Or, un Botswanais moyen de 22 ans ayant fait 12 ans d'études peut espérer gagner au cours de son existence environ 61 fois le revenu annuel moyen (\$385.000), tandis qu'un habitant des Etats-Unis du même âge ayant le même niveau d'éducation, peut espérer, du fait d'une espérance de vie accrue, gagner environ 120 fois le revenu annuel moyen (\$3.600.000). Ainsi, en termes de revenus d'une vie (non actualisés) et non de revenus annuels, le montant correspondant à l'habitant des Etats-Unis est presque dix fois plus élevé. La différence de bien-être psychologique (« utilité » en jargon économique) devrait être encore plus élevée. En outre, la longévité accrue a des effets indirects sur l'aisance économique qui s'ajoutent aux effets directs représentés par davan-

tage d'années de pouvoir d'achat, de consommation et de loisirs. Les ménages qui vivent plus longtemps tendent à consacrer une part plus importante de leurs revenus aux études et à l'épargne car la perspective d'une vie plus longue leur permet d'espérer qu'ils auront davantage le temps de profiter de ces investissements.

Etant donné que la maladie pèse aussi lourdement sur le développement économique, les investissements consacrés à la santé sont une importante composante d'une stratégie globale de développement. Ceci vaut particulièrement dans les pays pauvres où la charge de la maladie est très élevée, mais les investissements sanitaires ne donnent les meilleurs résultats que s'ils s'inscrivent dans une bonne stratégie du développement en général. La croissance économique nécessite non seulement des individus sains mais aussi un bon système d'éducation et d'autres investissements complémentaires, une division du travail appropriée entre les secteurs public et privé, des marchés fonctionnant bien, une gouvernance et une administration efficaces et enfin, des dispositions institutionnelles qui favorisent le progrès technologique. La croissance du secteur des affaires impulsée par le secteur privé doit être complétée par une intervention active de l'Etat dans plusieurs domaines : investissements clés dans la santé et l'éducation, application de la loi, protection de l'environnement physique et travail en coopération avec le secteur privé pour stimuler la science et la technologie. Nous ne prétendons pas qu'investir dans la santé peut résoudre les problèmes de développement mais simplement que cet investissement doit constituer l'un des principaux aspects d'une stratégie générale de développement et de lutte contre la pauvreté.

La figure 1 illustre la place de la santé parmi les nombreux facteurs de développement économique. Elle montre que le rendement économique est fonction d'une part, des politiques et des institutions (politique économique, gouvernance et fourniture de biens publics) et d'autre part, des facteurs introduits (capital humain, technologie et capital d'entreprise). Il est essentiel d'avoir de bonnes politiques et de bonnes institutions : elles aident à déterminer à la fois la performance économique à un niveau donné d'investissement en capital et d'apport technologique et le rythme d'accumulation du capital et de la technologie. Ainsi que le montre le présent Rapport, la santé exerce ses principaux effets économiques sur le capital humain et sur le capital d'entreprise de diverses manières dont certaines sont évidentes et d'autres plus subtiles. La santé est elle-même influencée par les politiques et institutions existantes, par la valeur du capital humain (si l'on considère, par exemple, que l'éducation favorise la santé), par le niveau technologique

Figure 1. LA SANTÉ EN TANT QUE FACTEUR DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

de la société, notamment dans le secteur de la santé proprement dit, et par les progrès mêmes de l'accroissement des revenus et du recul de la pauvreté qu'une meilleure santé engendre.

Le développement économique est donc un processus plurisectoriel et la stratégie de ce développement doit prendre appui sur un large éventail d'investissements sociaux ainsi que sur des stratégies visant à favoriser les investissements du secteur privé dans les entreprises. Pour les pays à faible revenu, le nouveau processus de lutte contre la pauvreté constitue un mécanisme prometteur qui permet d'incorporer la lutte contre la maladie dans une stratégie plus générale du développement. Le processus de lutte contre la pauvreté pousse les gouvernements et la société civile à prendre en considération toute une gamme de politiques dans les domaines de la santé, de

l'éducation, de l'eau et de l'assainissement, de la gestion de l'environnement, des relations entre les sexes, et bien d'autres. Nous sommes très favorables à cette approche globale car, même si l'on s'en tient strictement à la santé, il va de soi qu'une bonne santé et la protection contre la maladie ne peuvent pas être le fait du seul secteur de la santé. L'un des principaux facteurs de réduction de la mortalité infantile, par exemple, est l'alphabétisation des mères, elle-même le produit d'un système d'éducation garantissant au pauvres des deux sexes un large accès à l'instruction. L'accès à une eau saine et à un bon dispositif d'assainissement, ainsi que d'un comportement hygiénique comme le fait de se laver les mains et d'utiliser du savon, peuvent réduire très sensiblement l'incidence de nombreuses maladies diarrhéiques et autres qui tuent des millions d'enfants chaque année. Tout apport alimentaire interagit de façon déterminante avec la maladie. Un apport insuffisant de calories et de protéines totales, souvent dû à une production très insuffisante de denrées alimentaires dans les ménages d'agriculteurs, peut induire chez les individus une immunosuppression qui les rend beaucoup plus vulnérables à la survenue et aux conséquences des maladies infectieuses. Les carences en micronutriments ont des effets dévastateurs sur le développement physique et cognitif. Les normes culturelles, notamment celles qui sont une source d'inégalités entre hommes et femmes, peuvent encore exacerber ces conditions défavorables. Une éducation sur les pratiques sexuelles sans danger n'aura que peu d'effet sur la vulnérabilité d'une adolescente au SIDA si celle-ci ne peut résister à la demande de faveurs sexuelles du fait de relations déséquilibrées avec des hommes socialement tout-puissants. Pour toutes ces raisons, l'amélioration de la santé doit être considérée dans le cadre d'un plan général de lutte contre la pauvreté.

Un engagement mondial à améliorer la santé figure parmi les objectifs de développement pour le millénaire approuvés par les chefs de gouvernement du monde lors du Sommet du Millénaire en 2000.³⁹ L'accent y est mis sur la lutte contre la pauvreté en général et sur plusieurs cibles sanitaires en particulier, ce qui fait clairement ressortir le lien entre le recul de la pauvreté et les investissements sanitaires.⁴⁰ Parmi les cibles sanitaires des objectifs de développement pour le millénaire on peut citer : 1) d'ici à 2015, réduction des deux-tiers des taux de mortalité infantile par rapport au niveau de 1990 ; 2) d'ici à 2015, réduction des trois-quarts des taux de mortalité maternelle par rapport au niveau de 1990 ; et 3) fin de l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA et des autres grandes maladies en 2015 au plus tard. D'autres initiatives récentes comme les campagnes « Faire reculer le paludisme » et « Halte à la tuberculose » ont assigné de nouvelles cibles plus précises à la lutte contre la maladie dans des domaines déterminés.⁴¹

Les objectifs de développement sont en partie l'expression de préoccupations humanitaires, mais aussi une incitation à investir dans le bien-être des pays, qu'ils soient riches ou pauvres. Car les faits sont là : la maladie provoque dans les pays pauvres une instabilité qui rejaillit sur les pays riches. Une récente étude des chutes de régimes politiques entre 1960 et 1994 montre qu'une forte mortalité infantile est l'un des principaux signes annonciateurs d'un prochain renversement du régime en place (par suite d'un coup d'état, d'une guerre civile ou de toute autre événement non constitutionnel).⁴² Les Etats-Unis ont dû intervenir militairement pour mettre fin à un grand nombre de ces crises.⁴³ C'est pourquoi des études des services de renseignement soulignent l'importance stratégique de la lutte contre les maladies infectieuses d'ampleur mondiale, notamment le SIDA.⁴⁴ Il va de soi que les retombées vont au-delà d'une instabilité sociale et politique qui ne concernerait que les pays frappés par la maladie : une maladie transmissible peut rapidement franchir les frontières nationales d'un pays. Le SIDA est l'exemple le plus dramatique d'une maladie qui a pris naissance en un lieu et a ensuite rapidement traversés pays et continent pour se répandre dans le monde entier. Selon l'hypothèse actuellement la plus plausible, le SIDA serait né en Afrique de l'Ouest aux environs de 1931, à une quinzaine d'années près.⁴⁵ La propagation dans le monde entier d'une épidémie meurtrière de grippe due à une souche ayant récemment muté pourrait être la prochaine occasion où un dépistage précoce et une rapide prise en charge des cas permettrait de sauver un nombre incalculable de vies dans tous les pays, riches et pauvres.⁴⁶ La tuberculose polypharmacorésistante passe de la même manière des pays pauvres dans les pays riches.⁴⁷

Au sein d'une même société, les maladies qui frappent les pauvres n'épargnent pas non plus les riches—par suite de la propagation de l'infection mais aussi de la déstabilisation de la société. Un exemple frappant est celui des moustiquaires imprégnées d'insecticide qui servent à lutter contre le paludisme. Des données expérimentales montrent que l'on améliore l'efficacité de ces moustiquaires en les utilisant en grand nombre au même endroit, de sorte qu'un villageois qui s'en sert est mieux protégé si beaucoup d'autres en font autant.⁴⁸ Ceci est dû au fait que ces moustiquaires n'agissent pas seulement en stoppant les insectes piqueurs mais aussi (ou même surtout) en réduisant l'infectivité ultérieure des moustiques qui entrent en contact avec l'insecticide dont la moustiquaire est imprégnée, ce qui réduit l'incidence du paludisme dans l'ensemble du village. Un utilisateur de moustiquaire peut encore être piqué, mais le moustique piqueur risque beaucoup moins d'être infectant si d'autres habitants du village se servent aussi de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Ainsi, les riches villageois peuvent avoir

directement intérêt à ce que les pauvres adoptent une telle pratique. Des exemples similaires de ces retombées ou effets de masse abondent dans les comptes-rendus de lutte contre les maladies infectieuses. C'est ainsi que les cas non traités de tuberculose chez les pauvres ont des chances de propager la maladie et que les cas mal soignés risquent de développer une tuberculose polypharmacorésistante dont les conséquences seront dramatiques pour le reste de la société.

Un dernier exemple : plus la couverture vaccinale est élevée dans une société et plus il est probable que les non-vaccinés seront eux-aussi protégés contre la transmission épidémique de la maladie, phénomène connu sous le nom d'*immunité collective*. Les retombées positives de la vaccination sont particulièrement évidentes en cas de complète éradication d'une maladie, comme lors du triomphe sur la variole. Aujourd'hui, le monde économise les centaines de millions de dollars que lui coûteraient chaque année les programmes de vaccination systématique contre la variole qui ne sont plus nécessaire depuis que cette maladie est éradiquée. Pour réaliser ces économies, il a fallu éliminer chaque cas de variole, ce qui n'a été possible que grâce à une vaccination de masse incluant les plus pauvres des pauvres, et cette vaccination a elle-même nécessité des investissements de la part des pays riches. Les données recueillies par la Commission, qui confirment les conclusions de nombreuses autres études, permettent de penser que l'on n'atteindra pas les Objectifs de développement pour le millénaire en matière de recul de la pauvreté et de santé sans un effort concerté visant à étendre les interventions sanitaires aux pauvres du monde entier. Des douzaines de pays sont actuellement sur la mauvaise voie en ce qui concerne la mortalité infantile et maternelle et la lutte contre les principales maladies épidémiques. Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (2001), 62 pour cent de la population du monde en développement habite un pays en retard, très en retard, ou en recul par rapport aux objectifs fixés pour la mortalité infanto-juvénile.⁴⁹ Les systèmes de santé des pays pauvres ne sont pas encore en mesure d'atteindre les objectifs pour le millénaire, et l'apport des bailleurs de fonds demeure extrêmement insuffisant. Le monde s'est engagé solennellement à résoudre les crises sanitaires des pauvres mais il n'a pas encore pris de mesures pratiques suffisamment énergiques pour y parvenir. Compte-tenu des millions de décès tragiques et inutiles que provoque cette situation et des contraintes auxquelles sont soumises les institutions mondiales, il est vital d'intensifier la guerre contre la maladie pour légitimer la mondialisation.

MANIÈRES DONT LA MALADIE INFLUENCE LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

La maladie fait obstacle à la prospérité et au développement économiques de trois manières principales.⁵⁰ La première, déjà mentionnée, est la plus directe : les maladies évitables réduisent le nombre d'années d'espérance de vie en bonne santé. Les pertes économiques qu'entraînent pour la société les vies tronquées—du fait de la conjonction de décès prématurés et d'incapacités chroniques—sont phénoménales : des centaines de milliards de dollars des Etats-Unis par an, soit un pourcentage notable des revenus nationaux des pays à faible revenu. En raison de la seule pandémie de SIDA, la croissance économique globale en Afrique va ralentir de plusieurs points de pourcentage à mesure que des individus à la fleur de l'âge succombent. La deuxième manière est par l'effet de la maladie sur l'investissement consacré par les parents aux enfants. Les sociétés où les taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'1 an) et de mortalité juvénile (décès d'enfants de moins de 5 ans) sont élevés ont de forts taux de fécondité qui compensent en partie les fréquents décès d'enfants, mais un grand nombre d'enfants rend les familles pauvres moins à même de pouvoir investir largement dans la santé et l'éducation de chacun d'eux, processus décrit par Gary Becker et ses collègues comme un compromis quantité-qualité. La troisième manière est par les effets réducteurs de la maladie sur les produits des investissements dans les entreprises et les équipements qui vont au-delà des effets sur la productivité de chaque travailleur. Des industries entières, en agriculture, dans le secteur minier et manufacturier et dans le tourisme, ainsi que d'importants projets d'équipement peuvent être menacés par une forte prévalence de la maladie. En outre, les maladies épidémiques et endémiques risquent aussi de compromettre la coopération sociale, voire la stabilité politique et macroéconomique.

Pertes directes pour le bien-être de l'individu

Du fait de la maladie, des personnes perdent une partie de leur aisance économique. Lorsque les économistes ou les spécialistes de la santé publique tentent de quantifier cette perte d'aisance, ils considèrent généralement trois éléments : 1) la perte de revenus marchands causée par la maladie ; 2) la perte de longévité causée par la maladie ; et 3) la perte de bien-être psychologique causée par la maladie—souvent dénommée « douleur et souffrance », même en l'absence d'une perte de revenu ou de longévité.⁵¹ La perte de revenus marchand se subdivise elle-même en au moins quatre sous-composantes : i) les coûts du traitement médical ; ii) la perte de salaire résultant d'un épisode de maladie ; iii) la perte de capacité de gain

de l'adulte résultant d'épisodes de maladie au cours de l'enfance ; et iv) la perte de gains futurs résultant d'un décès prématuré.

L'un des objectifs de l'analyse économique est l'évaluation financière de ces pertes dues à la maladie pour pouvoir déterminer les avantages économiques d'une réduction de la charge de la maladie. Toute la littérature économique sur la valeur de la vie conclut sans aucune hésitation qu'une année supplémentaire de vie en bonne santé—due, par exemple, à l'heureuse issue du traitement d'une maladie—vaut beaucoup plus que le revenu marchand pouvant être acquis au cours de cette année. Selon certaines estimations, chaque année de vie vaudrait environ trois fois le revenu annuel correspondant. Ce triplement reflète la valeur du temps de loisir qui s'ajoute à celle des produits consommés, l'effet du gain de longévité, et la douleur et la souffrance associées à la maladie. Lorsqu'un individu meurt jeune, on détermine les pertes économiques en faisant la somme des pertes associées à chaque année de vie perdue. Selon ce calcul, une vie perdue à l'âge de 20 ans est parfois considérée comme l'équivalent de 100 fois le revenu annuel ou davantage, car 40 années ou plus sont ainsi perdues et chacune de ces années vaut environ trois fois le revenu annuel. Des valeurs aussi élevées ont été utilisées dans plusieurs analyses économiques récentes.⁵²

Quels que soient les chiffres précis, ces calculs nous remettent en mémoire une importante considération : lorsque nous évaluons les coûts d'une maladie pour une société, nous devons nous demander non seulement comment cette maladie agit sur le niveau et l'accroissement du PNB par habitant (par exemple en réduisant la productivité des travailleurs), mais aussi comment elle influence la durée de vie et les revenus d'une vie perdue pour la société. Même si la pandémie de SIDA n'avait aucun effet sur le PNB par habitant, son effet sur la réduction de la longévité demeurerait dévastateur pour la prospérité économique. En abaissant de plusieurs années ou dizaines d'années la durée moyenne de vie dans les pays durement touchés, le SIDA réduit nettement les revenus d'une vie et la prospérité économique.

Servons-nous maintenant de ces notions pour illustrer les terribles répercussions du paludisme et du SIDA sur la prospérité de l'Afrique. En multipliant le nombre annuel d'années de vie perdues du fait de chacune de ces maladies par un multiple du revenu par habitant, on obtient une estimation approximative de la perte économique globale. En Afrique subsaharienne, par exemple, le paludisme a été responsable en 1999 de la perte d'un total estimatif de 36 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) dans une population de 616 millions de personnes. Si l'on considère que chaque AVCI équivaut au bas mot au revenu par habitant, le coût total du paludisme s'établit à 5,8 pour cent (soit $36 / 616$) du produit national

brut de la région. Si par contre nous pensons que chaque AVCI vaut trois fois le revenu par habitant, le coût total s'élève à 17,4 pour cent du PNB (5,8 pour cent x 3). De même, si l'on estime que le SIDA provoque la perte de 72 millions d'AVCI et que la valeur chaque AVCI est égale au revenu par habitant, la valeur économique des années de vie perdues en 1999 du fait du SIDA s'établit à 11,7 pour cent ($72 / 616$) du produit national brut de l'Afrique subsaharienne. Si par contre, on juge là encore que chaque AVCI vaut trois fois le revenu par habitant, les pertes atteignent le total stupéfiant de 35,1 pour cent du PNB. Il convient de noter que chaque décès dû au SIDA est censé avoir entraîné la perte de 34,6 AVCI, en moyenne, en 1999.⁵³ Ceci parce que les décès par SIDA concernent généralement de jeunes adultes et que chacun est associé à un grand nombre d'année de vie perdues entre l'âge du décès et l'espérance de vie prise comme référence.

On notera que ces estimations de coûts ne tiennent pas compte des effets de la maladie sur le montant du revenu annuel par habitant. Des estimations économétriques donnent à penser qu'à court terme, l'économie d'un pays dont la population est exposée à un risque zéro de paludisme tend à croître, par rapport à celle d'un pays où le risque de paludisme est élevé, à un rythme supérieur de plus d'un point de pourcentage par an, tous les autres déterminants de la croissance (revenu, scolarisation, qualité des institutions et politique fiscale) étant considérés comme constants. Etant donné que l'effet de croissance est cumulatif, les estimations économétriques conduisent à la conclusion que le pays impaludé se retrouve avec un revenu par habitant deux fois moins élevé que celui du pays indemne de paludisme, tous les autres déterminants de la croissance étant là encore considérés comme constants.⁵⁴ Ces effets sur le montant du revenu par habitant peuvent s'ajouter à ceux de la réduction de la durée de vie du fait du paludisme, ce qui donne sans doute au total des douzaines de points de pourcentage du PNB perdus en raison du paludisme. Certes, il est difficile d'estimer avec précision ces pertes économiques, mais leur ampleur ne fait aucun doute.

Les conséquences économiques d'un épisode de maladie pour un ménage peuvent encore être aggravées si les dépenses encourues par celui-ci pour faire face à la maladie l'obligent à trop ponctionner ses ressources et à contracter des dettes. Il risque ainsi de se trouver plongé dans une situation de dénuement dont il ne pourra plus sortir et qui aura des incidences sur le bien-être de tous ses membres, et parfois aussi sur celui d'autres personnes de la famille. La Commission a passé en revue de nombreuses études montrant que les ménages pauvres sont rarement assurés contre les effets catastrophiques d'une maladie et doivent donc vendre leurs maigres biens,

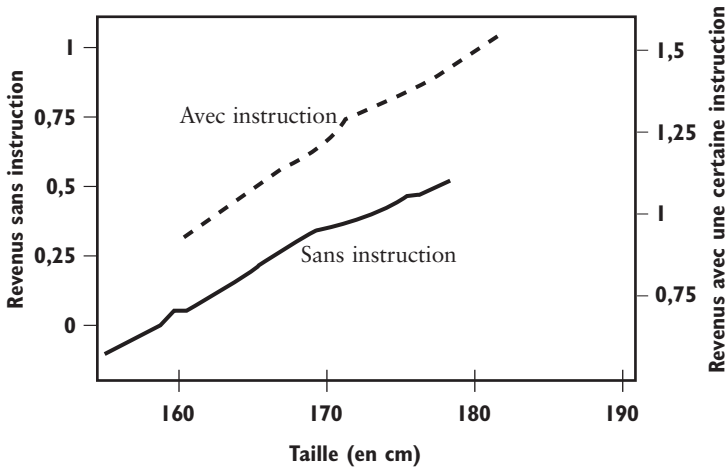
comme du matériel agricole ou des animaux de ferme, ou encore hypothéquer leur terre pour maintenir une consommation minimum en dépit de leurs pertes de revenus marchands et pour payer les soins médicaux urgents. Cette réduction des biens de production peut les condamner à une misère persistante qui s'étendra au-delà de l'épisode aigu de maladie, car il leur sera très difficile de rentabiliser de nouveau leurs activités de production. Le ménage endetté ne disposera pas du fonds de roulement nécessaire aux investissements à court terme (achats de semences et d'engrais, par exemple) qui lui permettraient de produire suffisamment pour rembourser ses dettes, et il lui sera impossible d'emprunter sur ses futurs gains. Cette misère risque alors d'aggraver encore les conditions initiales favorables à la maladie.⁵⁵

Effets sur le cycle vital

Bien que la plupart des études sur la charge économique de la maladie ne s'intéressent qu'aux coûts directement associés à un épisode morbide (et le cas échéant, à un décès prématuré), des épisodes de maladie non mortels survenant au début de l'existence peuvent avoir des effets défavorables sur l'ensemble du cycle vital. Des maladies de la petite enfance ou du fœtus sont parfois responsables d'infirmités, tant cognitives que physiques, qui durent toute une vie⁵⁶. Le niveau d'instruction est largement considéré comme un facteur clé du développement économique, mais nombreux sont ceux qui ne savent pas reconnaître l'importance primordiale de la santé de l'enfant dans la réussite scolaire. Une mauvaise santé réduit le potentiel cognitif et nuit indirectement à l'apprentissage scolaire en étant une cause d'absentéisme, de défaut d'attention pendant les cours et d'abandon prématuré de la scolarité.

Les conséquences à long terme des épisodes de maladie survenant au début de l'existence sont mal élucidées mais leur ampleur ne fait aucun doute. Les modes de répercussion peuvent être biologiques : une maladie à un âge précoce freine le développement physique et cognitif ce qui réduit alors la productivité économique de l'adulte, ou économiques : par exemple lorsque une capacité cognitive réduite entraîne un abandon prématuré de la scolarité ce qui impose à l'individu un double handicap (capacité cognitive réduite et niveau d'instruction insuffisant) pendant toute sa vie. Certaines observations indirectes ingénieuses permettent de penser que les conséquences économiques d'une maladie de l'enfance et de carences alimentaires sont beaucoup plus catastrophiques qu'on ne l'imagine en général. Dans de nombreux pays en développement étudiés jusqu'ici, la taille à l'âge adulte est en corrélation très positive avec les revenus de l'adulte (comme indiqué à la figure 2 dans le cas du Brésil). La taille à l'âge adulte est elle-même le

Figure 2. BRÉSIL : TAILLE ET REVENUS



Source : Strauss et Thomas, 1998.

reflet de la nutrition et de la morbidité de l'enfant. Les enfants qui subissent de fréquents épisodes de maladie infectieuse et dont l'alimentation n'est pas assez nutritive risquent davantage d'avoir une taille réduite à l'âge adulte. La corrélation entre la taille et les revenus donne donc, curieusement, une bonne idée de la manière dont les antécédents sanitaires et la nutrition de l'enfant influent sur la productivité économique d'une vie.

L'un des principaux effets d'une mauvaise santé est l'échec scolaire dû à la fois à une capacité cognitive réduite et à l'absentéisme. Balasz et al. (1986) et Pollitt (1997; 2001) ont passé en revue les études qui associent la nutrition au développement du cerveau chez l'enfant. Dans la plupart de ces études, des carences en nutriments essentiels (fer, vitamine A) sont associées à des déficits de la fonction cognitive. De même, Bhargava (1997) a analysé une enquête longitudinale approfondie sur des écoliers tanzaniens et constaté que la santé et l'état nutritionnel étaient d'importants facteurs prédictifs des résultats de tests de la faculté cognitive et du degré d'instruction. Il a également conclu que l'élimination de parasites intestinaux tels que l'ankylostome et le schistosome était importante pour le développement de l'enfant. Une étude expérimentale de Kremer et Miguel (1999) est parvenue à la même conclusion en ce qui concerne le traitement vermifuge. Dans une étude randomisée sur le traitement des écoliers contre les ankylostomes, les nématodes et les schistosomes, il est apparu que les taux de fréquentation scolaire étaient nettement plus élevés dans les écoles où un traitement avait été instauré que dans les autres. Il est intéressant de noter que dans les pre-

mières, le taux de fréquentation était également plus élevé chez les enfants non traités, ce qui semble indiquer un effet d'entraînement à cet égard des enfants vermifugés sur les autres (peut-être par souci de conformité aux normes sociales).

Il est probable que la littérature sur le coût de la maladie sous-estime énormément les coûts des maladies non mortelles à tous les stades du cycle vital. Les travailleurs les plus sains sont plus énergiques et plus solides, physiquement et mentalement, que les autres ; ils sont en outre plus productifs et gagnent un meilleur salaire. Leur productivité améliore la rentabilité de leur entreprise, et une main-d'œuvre saine est un atout important pour attirer des investissements étrangers directs. Elle risque moins de s'absenter pour cause de maladie (ou en raison de la maladie d'un membre de la famille) et sera plus productive au travail. Cet effet est particulièrement sensible dans les pays en développement où une plus forte proportion de la main-d'œuvre exerce une activité manuelle. En Indonésie, par exemple, on a observé que les hommes anémiques avaient une production inférieure de 20 pour cent à celle des hommes non anémiques. Après une recharge en fer, leur productivité a augmenté pour atteindre un niveau proche de celle des hommes non anémiques.⁵⁷ Ainsi qu'on l'a mentionné au paragraphe précédent, il y a aussi une relation entre une bonne santé au début de l'existence et le succès dans les études. Les enfants sains sont capables de mieux apprendre et deviennent des adultes plus instruits (et par conséquent mieux payés). Dans une famille saine, la scolarité des enfants risque moins d'être interrompue en raison d'une maladie de l'enfant ou d'un membre de la famille. L'importance de l'ankylostome est mise en évidence dans un autre exemple classique de l'incidence de la mauvaise santé sur l'activité productive. Les débuts du développement économique du Sud des Etats-Unis ont été dus en grande partie à l'élimination de l'ankylostome et de l'anémie qu'il provoque. Ettlting (1981) décrit avec lucidité les effets du « germe de la paresse », responsable de la faible capacité de production, et la manière dont il a été vaincu.

Retombées transgénérationnelles de la maladie

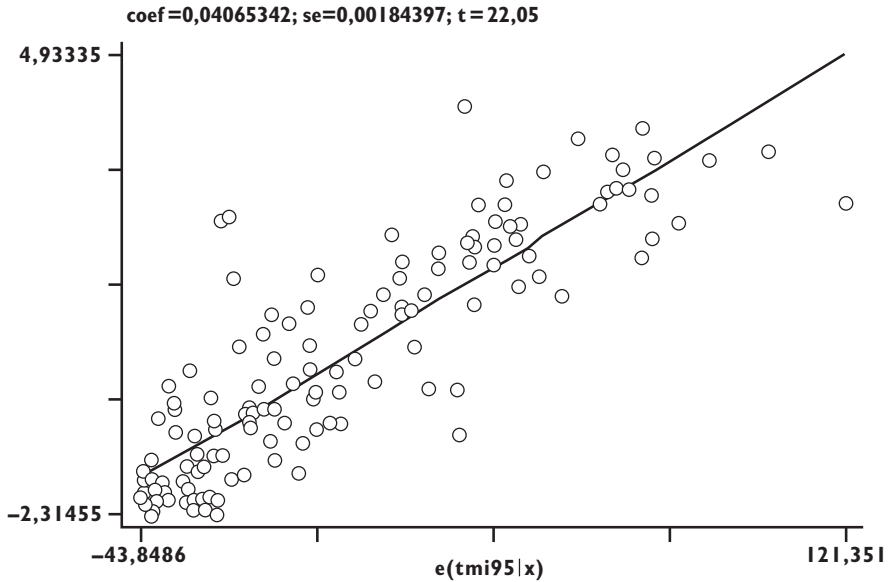
Une maladie survenant chez un membre de la famille peut avoir d'importants effets défavorables sur d'autres membres, notamment les enfants. La maladie d'un adulte risque d'entraîner chez un enfant précédemment sain une détérioration de sa santé, voire un décès, en raison d'une baisse excessive de la qualité des soins dispensés à cet enfant et d'une chute du revenu familial. La maladie ou le décès d'un parent peut obliger un enfant à quitter l'école prématurément, par exemple pour aider à subvenir aux

besoins de la famille. La maladie de l'adulte va aussi freiner le transfert de connaissances entre parent et enfant. Les communautés africaine frappées par le SIDA signalent que les orphelins grandissent maintenant dans l'ignorance de l'agriculture locale.

L'une des conséquences les plus pernicieuses et les moins reconnues des taux élevés de mortalité infantile et juvénile est d'ordre démographique. Les familles pauvres compensent les décès d'enfants en ayant une nombreuse progéniture. La logique de cette démarche est malheureusement claire : des parents vont décider d'avoir jusqu'à six enfants ou davantage simplement pour être à peu près sûrs qu'il leur restera au moins un fils (ou une fille, ou les deux) pour prendre soin de leurs vieux jours. Or, quand une famille pauvre a autant d'enfants, comme dans une grande partie de l'Afrique d'aujourd'hui, le ménage ne peut investir que très peu dans la santé et l'éducation de chaque enfant. C'est ainsi qu'une lourde charge de morbidité est associée à des familles nombreuses qui ne peuvent consacrer que de faibles ressources à la santé et à l'éducation de chacun de leurs enfants. Certes, les taux de mortalité infanto-juvénile élevés ne sont pas la seule cause des forts taux de fécondité (parmi les autres facteurs figurent les inégalités hommes-femmes, l'insuffisance du degré d'instruction et des perspectives d'emploi des mères et les normes culturelles), mais la réduction des taux de mortalité peut largement contribuer à abaisser la fécondité lorsqu'elle s'accompagne d'une planification familiale, d'une meilleure éducation des femmes et de leur présence accrue dans la population active.

Le lien entre les taux de fécondité et les taux de mortalité infantile (jusqu'à 1 an) et juvénile (jusqu'à 5 ans) est bien établi. La figure 3 est un diagramme de dispersion établi pour 148 pays en 1995 qui indique la corrélation frappante entre l'indice synthétique de fécondité (ISF, en ordonnée) et le taux de mortalité infantile (TMI, en abscisse).⁵⁸ Dans les pays où le TMI est inférieur à 20, l'ISF moyen est de 1,7 enfants et ceux où le TMI est supérieur à 100, l'ISF moyen est de 6,2 enfants. La probabilité de survie au cours de l'enfance n'est pas le seul facteur de la transition entre une forte et une faible fécondité, mais il est important. L'éducation de la mère joue aussi incontestablement un rôle. Les mères plus instruites ont non seulement une meilleure maîtrise, au sein du ménage, des décisions concernant la reproduction, mais aussi une plus grande capacité de gain sur le marché du travail de sorte que rester chez elles pour élever des enfants représente un manque à gagner plus important. L'accès à des services de planification familiale, y compris la contraception et les conseils aux familles, est un autre facteur important. Enfin, les normes culturelles ont également une importance primordiale, de même que les migrations des campagnes vers les villes.⁵⁹

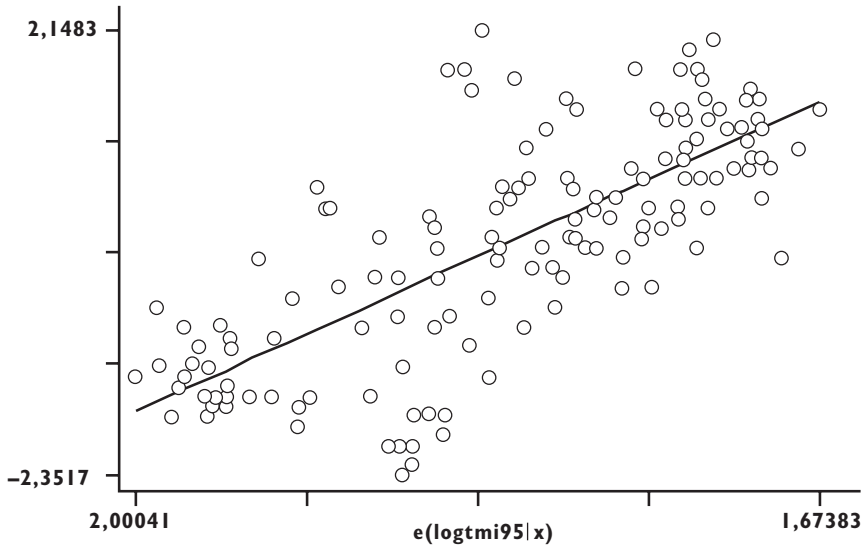
Figure 3. RELATION ENTRE LE TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (EN ABCISSE) ET L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (EN ORDONNÉE), DANS 148 PAYS, EN 1995 (diagramme de régression partielle)



La tendance des couples pauvres à avoir de forts taux de fécondité lorsque la mortalité infantile est élevée a quelque chose d'ironique. En effet, les taux de fécondité font plus que compenser la mortalité, ce qui paraît dénoter chez ces ménages une aversion pour le risque. Dans une illustration chiffrée, les ménages dont les enfants ont un taux de survie de 75 pour cent décident d'avoir six enfants dont 4,5 en moyenne survivent. Les ménages dont les enfants ont un taux de survie de 95 pour cent optent pour deux enfants, dont 1,9 en moyenne survit. Les ménages à forte mortalité finissent, peut-être paradoxalement, avec un taux d'accroissement de la population supérieur à celui des ménages à faible mortalité. Quoiqu'il en soit, ce phénomène nous aide en tout cas à comprendre pourquoi les pays qui ont des taux de mortalité infantile élevés ont les plus fortes croissances démographiques du monde, ce qui impose de lourdes contraintes à l'environnement, notamment lorsque des habitants toujours plus nombreux se pressent sur des terres fragiles où ils pratiquent une agriculture de subsistance. La corrélation fortement positive entre le taux de mortalité infantile et le taux global d'accroissement de la population est indiquée à la figure 4. L'abaissement des taux de mortalité infantile tendra, à long terme, à réduire et non à augmenter le taux d'accroissement de la population. Comme on l'a fait observer plus haut, les programmes de lutte contre la maladie doi-

Figure 4. RELATION ENTRE LOG (TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE) ET LE TAUX D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION, DANS 148 PAYS, EN 1995 (diagramme de régression partielle)

coef=0,85216147; se=0,06278833; t=13,57



vent être complétés par des programmes de santé génésique et d'éducation pour que l'abaissement de la mortalité s'accompagne dès que possible d'un abaissement de la fécondité.

Les effets démographiques ne se font pas sentir uniquement au niveau microéconomique des ménages mais aussi au niveau macroéconomique, c'est à dire à l'échelle de toute une économie. Lorsque les taux de mortalité infantile diminuent, suivis des taux de fécondité, l'accroissement global de la population tend à ralentir et l'âge moyen de la population à augmenter. Le taux de dépendance des jeunes (nombre de jeunes par rapport au nombre d'adultes) tend aussi à s'abaisser. Ces changements démographiques font augmenter le PNB par habitant et accélèrent la croissance économique (voir Bloom et Canning 2001). Une plus forte proportion de la population en âge de travailler a un effet direct sur l'augmentation du PNB par habitant.⁶⁰ La tranche de population dont l'âge correspond à des taux d'épargne élevés s'accroît, de sorte que le taux d'épargne global de l'économie tend à augmenter. L'allongement de l'espérance de vie de chaque individu tend aussi à augmenter le taux d'épargne corrigé de l'âge. Ces effets, comme d'autres que nous examinons aussi, sont évidents au vu des tendances inter pays de l'épargne, mais en raison du nombre de variables confondantes, il est difficile d'en estimer l'ampleur avec précision.

La maladie et ses retombées sociétales

La maladie impose à la société des coûts qui vont au-delà de ce qu'encourent les individus et les familles directement concernés. C'est ainsi qu'une forte charge de morbidité crée une importante rotation de la main-d'œuvre et réduit la rentabilité des entreprises dans une mesure très supérieure à la somme des effets directs sur la productivité des travailleurs.⁶¹ Des maladies telles que le paludisme constituent un risque pour quiconque pénètre dans la zone où elles sévissent, ce qui nuit au tourisme, décourage des investissements prometteurs ou empêche d'exploiter dans des conditions rentables des terres arables et d'autres ressources naturelles. De nombreuses autres maladies parasitaires (par exemple, l'onchocercose, la schistosomiase et la trypanosomiase) rendent aussi certaines régions tropicales invivables ou très peu attrayantes pour certaines formes d'implantation ou d'agriculture. Une morbidité élevée chez les travailleurs d'une entreprise entraîne également de très forts taux de renouvellement du personnel et d'absentéisme, ce qui réduit les profits dans une mesure supérieure à la simple somme des effets de chaque épisode morbide. Les entreprises doivent généralement recruter et former plus d'un travailleur pour chaque poste afin de compenser les taux de renouvellement. De nombreuses sociétés ont, par ailleurs, réduit leurs investissements en Afrique australe en raison de la forte prévalence du SIDA qui leur fait craindre un taux de renouvellement du personnel particulièrement élevé.

La construction du Canal de Panama et l'exemple classique d'une entreprise gigantesque paralysée par la maladie. On estime que dix à vingt mille personnes sont mortes, principalement du paludisme et de la fièvre jaune, pendant les premières années du projet entre 1882 et 1888, et c'est peut-être là le principal obstacle qui a empêché Ferdinand de Lesseps de rééditer dans les Amériques son triomphe de Suez. Cet échec a coûté environ 30 millions de dollars et a retardé de plusieurs décennies la construction du Canal. L'expérience acquise par William Gorgas dans le traitement de ces maladies à la Havane a été appliquée à Panama et a été l'un des principaux facteurs de la réussite des Etats-Unis qui ont achevé le percement du Canal en 1914 (Jones, 1990). Des problèmes similaires de lutte contre les maladies continuent de faire obstacle à des projets d'investissement dans l'industrie minière, le tourisme et l'agriculture. Certains indices permettent de penser que le recul spectaculaire du paludisme dans plusieurs régions à climat subtropical dans les années 40 et 50 (notamment en Espagne, en Grèce, en Italie et au Portugal) a donné un coup de fouet à la croissance économique en favorisant le tourisme et des investissements massifs de l'étranger.⁶² De

tels gains dépassaient largement les coûts direct de la maladie comme l'aurait indiqué une étude sur le coût de la morbidité.

Les risques auxquels sont exposées les entreprises d'Afrique australe semblent aussi être extrêmement préjudiciables aux investissements consentis dans la région. La productivité d'une entreprise résulte en partie du travail d'équipe rendu possible par des relations de travail stables entre les responsables. Face au renouvellement constant de leur personnel du fait du SIDA, les sociétés sont constamment sous la menace d'un éclatement des équipes et de lourdes dépenses pour la réaffectation et le recyclage du personnel. Ces coûts nuisent à la rentabilité de l'entreprise et s'ajoutent aux effets sur la productivité individuelle. C'est ainsi que l'*Economist* donne des exemples de multinationales en Afrique du Sud qui recrutent trois personnes pour chaque poste d'ouvrier qualifié afin de s'assurer que des remplaçants seront disponibles en cas de décès du titulaire.⁶³ Nombreux sont les rapports anecdotiques sur des entreprises ayant dû réduire leurs investissements en Afrique australe en raison du SIDA.

De même, lorsqu'une proportion notable d'individus dans une communauté tombent malades, toute la communauté en subit les retombées. Le budget local peut devoir être réaffecté au traitement des malades, ce qui réduit d'autant les fonds disponibles pour les autres services sociaux. La confiance dans cette communauté risque d'en pâtir, notamment si la maladie est interprétée comme une malédiction, un empoisonnement ou un acte de sorcellerie à l'instar du SIDA dans certaines régions d'Afrique. Les travailleurs qualifiés peuvent fuir ou décéder, ce qui laisse la communauté sans les techniciens ou entrepreneurs dont elle a besoin. Son moral va alors se détériorer. Les réseaux de soutien social risquent d'être débordés par les nombreux orphelins du SIDA. Le taux d'épargne des ménages chutera sans doute, de même que le taux d'accumulation du capital à l'échelle de la communauté. Même le temps et l'argent directement consacrés aux fréquentes veillées mortuaires et funérailles risquent d'avoir un effet défavorable sur l'économie locale, phénomène clairement visible dans certains pays d'Afrique australe lourdement frappés par le VIH/SIDA.

Une forte charge de morbidité déséquilibre le budget national de la même manière que les budget familiaux. Le système de soins de santé est débordé et requiert un surcroît de ressources, y compris parfois des dons de bailleurs de fonds qui devaient peut-être servir à satisfaire d'autres besoins. Les recettes fiscales de l'Etat diminuent dans la même mesure que l'activité économique (par exemple lorsque le tourisme régresse ou lorsque la production des entreprises est désorganisée pour toute autre raison). La conjonction

de dépenses budgétaires accrues et d'une réduction des recettes peut entraîner de graves déficits budgétaires qui vont déstabiliser la macroéconomie, ce dont l'économie du pays souffrira encore davantage.

EPIDÉMIOLOGIE DE LA MALADIE DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU

Les rapports de ces dernières décennies sur la santé des populations des pays en développement contiennent une bonne et une mauvaise nouvelle, mais aussi hélas une nouvelle catastrophique. La bonne nouvelle est que dans la plupart des régions du monde en développement, on a assisté dans la deuxième moitié du vingtième siècle à une amélioration sans précédent de la santé publique en général. Entre 1960 et 1995, l'espérance de vie dans les pays du monde à faible revenu a fait un bond de 22 ans, contre 8 ans seulement dans les pays développés. A l'échelle du monde, le taux moyen de mortalité des moins de cinq ans est passé de 150 décès pour 1.000 naissances vivantes dans les années 50 à 40 décès pour 1.000 naissances vivantes dans les années 90, avec de fortes baisses au cours de chaque décennie. Toutefois, ces progrès ne se sont pas produits spontanément, comme de simples retombées naturelles du développement économique. Ils reflètent en fait l'efficacité des soins de santé et des investissements consentis dans ce domaine. Au cours des trente dernières années, diverses campagnes de vaccination et stratégies axées sur la survie de l'enfant ont protégé des millions d'autres enfants contre les ravages des infections infantiles courantes. La mortalité des adultes non fumeurs a aussi diminué. De tels résultats ont été facilités par d'autres facteurs, notamment les progrès de l'éducation, mais ils n'en sont pas moins la preuve de l'efficacité d'investissements sanitaires bien ciblés et une indication de ce qui peut encore être accompli.

La mauvaise nouvelle est qu'en dépit de ces brillants résultats, la charge globale de la morbidité évitable dans les pays en développement demeure à un niveau terriblement élevé et ses coûts humains et économiques sont énormes. Comme l'indique le tableau 1, l'espérance de vie dans les 48 pays les moins développés ne dépasse pas 51 ans, contre 78 ans dans les pays à revenu élevé.⁶⁴ Quant aux taux de mortalité infantile, ils sont de 100 décès pour 1.000 naissances vivantes dans les pays les moins développés et de 6 décès seulement dans les plus riches. Selon les estimations de l'OMS pour 1998, les maladies infectieuses ont été la principale cause de mortalité dans le monde chez les enfants et les adultes. Elles furent responsables de 13,3 millions de décès sur un total mondial de près de 54 millions. On pense qu'en 1998, jusqu'à 45 pour cent des décès en Afrique et en Asie du Sud-Est ont été dus à une maladie infectieuse, et 48 pour cent des décès prématurés dans le monde (chez les moins de 45 ans) ont eu une étiologie infectieuse.

Dans l'ensemble des pays à faible ou à moyen revenu, près d'un tiers des décès ont été imputables à des manifestations évitables et/ou soignables de maladies transmissibles, d'affections maternelles ou périnatales et de carences nutritionnelles. Le bilan pour une seule année est effarant : 16 millions de décès, dont la majeure partie est due à quelques maladies seulement. Il existe des interventions efficaces pour réduire la mortalité associée à chacune de ces maladies, mais on ne peut pas garantir qu'elles atteignent les centaines de millions de personnes qui en ont besoin. Prenons le cas des maladies évitables par la vaccination : l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) estime que 2,9 millions de décès dans le monde sont dus à des maladies aisément maîtrisables par la vaccination, la vaste majorité dans des pays en développement.⁶⁵

La nouvelle catastrophe est qu'à lui seul un seul nouveau virus, celui de l'immunodéficiência humaine (VIH) responsable du SIDA, a au cours d'une génération précipité une grande partie de l'Afrique subsaharienne et certaines autres régions du monde dans la pandémie la plus dévastatrice des temps modernes. Les premiers cas de VIH ont été identifiés au début des années 1980, sans doute après la mutation d'un virus animal qui s'était transmis à l'homme sous cette nouvelle forme quelques dizaines d'années auparavant. En à peine 20 ans, le VIH/SIDA a provoqué un total estimatif de 22 millions de décès (dont 2,8 millions pour la seule année 1999), infligé une somme incalculable de souffrances humaines et infecté un total de 58 millions de personnes, dont 36 millions sont encore en vie. (Le tableau 6 dont les données concernent la fin de 1999, donne 34,3 millions de

Tableau 6. ÉPIDÉMIE DE SIDA, PAR RÉGION, À LA FIN DE 1999 (en milliers)

Région	Personnes vivant avec le VIH/SIDA fin 1999	Décès par SIDA, 1999	Orphelins par SIDA, fin 1999	Prévalence chez les adultes fin 1999 (%)
Monde	34 300	2 800	13 200	1,07
Afrique Subsaharienne	24 500	2 200	12 100	8,57
Asie orientale et Pacifique	530	18	5	0,06
Asie méridionale et du Sud-Est	5 600	460	850	0,54
Europe orientale et Asie centrale	420	8	15	0,21
Afrique du Nord et Moyen-Orient	220	13	15	0,12
Europe occidentale	520	7	9	0,23
Amérique du Nord	900	20	70	0,58
Caraïbes	360	30	85	2,11

Source : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000*

personnes infectées). La plupart de ces malades sont condamnés à mourir prématurément d'une des complications du SIDA mais une telle issue peut être nettement retardée par les protocoles thérapeutiques actuels, voire évitée si des technologies efficaces voient le jour dans les années à venir. Dans certaines sociétés, notamment en Afrique orientale et australe, la pandémie a atteint un stade inquiétant car un quart ou plus de la population adulte est atteint. Dans de nombreuses autres régions du monde, notamment dans des parties densément peuplées de l'Asie, cette pandémie n'en est encore qu'à ses débuts, de sorte que des dizaines de millions d'autres décès sont à craindre au cours de ces prochaines années si les stratégies de lutte efficaces déjà mises au point ne sont pas appliquées de façon intensive sur une bien plus grande échelle.

Les perspectives sanitaires du milliard de personnes les plus pauvres seraient radicalement améliorées si l'on visait un groupe relativement réduit de maladies et états morbides. Les principales cibles sont les suivantes :

VIH/SIDA

Paludisme

Tuberculose

Affections maternelles et périnatales

Causes courantes de mortalité infantile, notamment la rougeole, le tétanos, la diphtérie, les infections aiguës des voies respiratoires et les maladies diarrhéiques

La malnutrition qui exacerbe ces maladies

Les autres maladies évitables par la vaccination

Les maladies dues au tabac

Ces maladies ne sont pas les seuls problèmes de santé des pauvres : ceux-ci contractent en effet les maladies de tout un chacun en plus de celles qui les touchent plus particulièrement. Mais elles sont responsables chez eux d'une forte proportion des décès évitables, la mortalité évitable étant déterminée en comparant les taux de mortalité corrigés de l'âge dans les pays pauvres avec ces mêmes taux chez les non-fumeurs dans les pays les plus riches.⁶⁶ Nous prenons donc les maladies associées à la plus forte surmortalité dans les pays pauvres par rapport aux pays riches et constatons qu'elles touchent plus spécialement les pauvres dans les pays à faible revenu.

En décomposant les résultats selon trois groupes d'âge, l'étude a permis d'observer que les décès évitables représentent environ 87 pour cent du risque total de décès chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans les pays à revenu faible ou moyen. Chez les sujets de sexe masculin âgés de 5 à 29 ans, on a calculé que 60 pour cent de la mortalité totale était évitable, alors que chez les sujets de sexe masculin dans la même cohorte, ce chiffre était de

82 pour cent, la différence étant due en grande partie aux risques associés à la grossesse et à l'accouchement. Chez les femmes de 30 à 69 ans, 51 pour cent des décès étaient évitables et c'est seulement chez les hommes de ce groupe d'âge que la mortalité évitable, soit 43 pour cent, était inférieure à la moitié de la mortalité globale.

Il convient de noter qu'il n'est évidemment pas possible d'éviter à court terme tous les décès considérés comme évitables dans ce raisonnement car pour y parvenir, il faudrait immédiatement élever les normes de l'environnement et des systèmes de santé au niveau de celles des pays développés ; certes, ce processus peut sans doute être accéléré au-delà de ce que d'aucuns imaginent, mais on ne peut pas l'abrégier arbitrairement. Il n'est cependant pas déraisonnable de faire de ce niveau de soins une finalité souhaitable.

FAIRE FACE À LA CHARGE DE LA MALADIE

Il existe déjà des interventions efficaces pour réduire la mortalité associée à chacune de ces maladies, mais pour nombre d'entre elles, il importe de mettre au point de meilleures méthodes de traitement et de prévention. Certaines pourraient même être éliminées; toutes peuvent de toute façon être endiguées dans une certaine—et souvent très large—mesure. Les progrès dans ce domaine ne sont limités ni par un éventail trop étendu d'options, ni par une réelle ignorance de ce qu'il convient de faire. Les problèmes complexes et imbriqués inhérents à la pauvreté sont tous d'ordre pratique: les pauvres peuvent ne pas avoir les connaissances nécessaires pour se protéger efficacement ou faire appel aux services nécessaires; ils peuvent aussi ne pas être en mesure de défendre leurs droits ; ils peuvent enfin ne pas avoir les moyens financiers requis pour accéder aux services. La meilleure façon de progresser est de s'engager sur deux fronts. Premièrement, en investissant dans le système de santé pour qu'il soit suffisamment solide, convenablement financé et axé sur les vraies priorités afin d'exécuter un nombre relativement restreint d'interventions essentielles. Deuxièmement, en adoptant des mesures complémentaires dans les domaines de l'éducation et de l'amélioration des institutions en général, notamment celles qui assure une plus grande participation de la communauté, afin que les pauvres aient effectivement accès à ces interventions essentielles et soient suffisamment motivés pour chercher à en bénéficier.

Des progrès remarquables sont possibles et ont été effectivement réalisés dans la plupart des régions du monde à l'égard de nombreuses catégories de maladies. Particulièrement notable est la possibilité qui nous est offerte, dans une mesure sans précédent, de passer de la simple lutte contre certaines maladies à leur élimination ou leur éradication.⁶⁷ Avec la conquête de la

lune, l'éradication de la variole est l'exploit des temps modernes. Il est utile de rappeler aux sceptiques d'aujourd'hui que nombreux étaient ceux qui la jugeaient alors impossible: la décision d'entreprendre l'éradication de la variole n'a été en effet adoptée en 1966 par l'Assemblée mondiale de la Santé qu'avec deux voix d'avance!⁶⁸ La poliomyélite, déjà tellement amoindrie que sa contribution à la charge de morbidité mondiale est minime, devrait elle-aussi être éradiquée dans un proche avenir. Ces éradications ne constituent pas seulement de véritables prouesses des services de santé publique: elles peuvent aussi entraîner des économies à long terme dans la mesure où il n'est plus nécessaire de vacciner contre les maladies ainsi éliminées.⁶⁹ De même, l'élimination de la rougeole, qui a encore provoqué 800.000 décès en 1998, est désormais du domaine du possible dans de vastes régions. On pourrait même envisager une éradication mondiale s'il était possible d'augmenter la couverture vaccinale à l'échelle du globe. Le Malawi, l'un des pays les plus pauvres du monde où 20 pour cent de la population n'a pas accès aux services de santé et où moins de 50 pour cent dispose d'eau potable, s'est récemment engagé à réaliser des taux élevés de vaccination systématique contre la rougeole et à entreprendre des campagnes pour repérer les sujets encore non vaccinés. En 1999, aucun cas de décès d'enfant par rougeole n'a été signalé au Malawi et seuls deux cas confirmés ont été vus dans tout le pays. Outre les programmes visant à éliminer la poliomyélite et la rougeole, l'OMS dirige actuellement des initiatives, largement soutenues par des dons de l'industrie pharmaceutique et appuyées par des organisations non gouvernementales, qui ont pour objet l'éradication ou l'élimination mondiales de sept autres maladies dont la plupart touchent tout spécialement les communautés pauvres, à savoir : la maladie de Chagas, la maladie du ver de Guinée (dracunculose), la lèpre, la filariose lymphatique, le tétanos néonatal, les troubles dus à une carence en iode et le trachome cécitant.

La vaccination n'est pas la seule voie du succès. Partout où il est appliqué contre la tuberculose, le traitement de brève durée sous surveillance directe permet d'obtenir d'excellents taux de guérison.⁷⁰ Contre le paludisme, les insecticides modernes et une meilleure prise en charge des cas (par exemple, administration d'antipaludiques aux malades) peuvent avoir des effets notables—dans une grande partie de l'Asie et de l'Amérique latine, on a pu réduire de façon spectaculaire la mortalité due à cette maladie. La récente résurgence de la maladie, bien qu'inquiétante, n'a jamais menacé ces pays des hécatombes qu'ils ont subies dans le passé. En Afrique, des projets pilotes basés sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont très efficacement réduit les taux de mortalité lorsque l'emploi de ces moustiquaires était largement répandu. La promotion à grande échelle de la thé-

rapie de réhydratation orale, associée à un meilleur assainissement, permet de lutter contre les maladies diarrhéiques. Ces interventions ont permis de réduire nettement les décès d'enfants dus à cette maladie: dans l'ensemble du monde, la mortalité par maladie diarrhéique est passée de 4,6 millions par an en 1980 à 3,3 millions en 1990 et à 1,5 million en 1999.

Certaines études de cas mettant en évidence les succès de la lutte contre ces maladies ont été récemment compilées par les principales organisations internationales qui traitent de la santé afin de montrer que dans de nombreux pays du monde entier, des résultats encourageants sont obtenus sur le terrain.⁷¹ On citera à cet égard les exemples suivants :

VIH/SIDA

- Chute de la prévalence du VIH chez les conscrits thaïlandais
- Usage accru du préservatif par les travailleurs du sexe et baisse de la prévalence des MST en Thaïlande
- Réduction de la prévalence du VIH chez les 13-19 ans en Ouganda

Tuberculose

- Réduction, grâce à la TSD, du nombre de cas de tuberculose au Pérou
- Réduction, grâce à la TSD, des taux de mortalité par tuberculose en Chine, en Inde et au Népal

Paludisme

- Nette réduction du nombre de décès par paludisme au Viêt-nam grâce à une meilleure prise en charge des cas et à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Réduction de l'incidence du paludisme en Azerbaïdjan grâce aux pulvérisations d'insecticide, à la chimioprophylaxie, à l'application de larvicides et à une meilleure prise en charge des cas
- Réduction de l'incidence du paludisme sur le littoral kenyan grâce à la mise en place de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Maladies de l'enfance

- Réduction du taux de mortalité infantile au Mexique grâce à la thérapie de réhydratation orale
- Recul des décès par infection respiratoire au Pakistan
- Chute spectaculaire, grâce à la vaccination, des cas de rougeole et des décès dus à cette maladie au Malawi
- Baisse des cas d'anémie sévère en République-Unie de Tanzanie, grâce au vermifugeage scolaire
- Nette réduction des taux de mortalité infantile au Brésil grâce à des programmes à assise communautaire

Affections maternelles et infantiles

Réduction du nombre de décès maternels à Sri Lanka par
l'utilisation d'accoucheuses qualifiées

Réduction de la transmission mère-enfant du VIH grâce aux antiré-
troviraux

Réduction du nombre de décès de mères et de nourrissons au
Bangladesh, grâce à la vaccination à l'anatoxine tétanique

Maladies liées au tabagisme

Chute des ventes de cigarettes et augmentation des recettes fiscales
grâce à l'augmentation des taxes sur les cigarettes en Afrique
du Sud

Interdiction complète de la promotion et de la publicité du tabac en
Afrique du Sud, en Pologne et en Thaïlande

Aussi remarquables que soient ces résultats, ils sont au mieux le fruit d'un travail inachevé. S'il faut admirer l'exploit que constitue le passage du taux moyen de mortalité infantile dans le monde de 150 décès pour mille naissances vivantes à 40 pour mille, on ne saurait oublier pour autant qu'en Afrique, ce taux est encore de 150 pour mille et qu'en raison du VIH/SIDA, loin de baisser, il augmente dans certains pays du continent africain. Il n'est hélas pas question ici de travail inachevé mais bien plutôt d'une rechute imminente. Les progrès de la santé publique ralentissent dans le monde entier, mais dans les régions où la prévalence du VIH/SIDA est élevée, on observe un recul. Alors que la mortalité infantile s'est abaissée dans le monde au cours de chaque décennie depuis les années 1950, ce mouvement a été beaucoup plus rapide dans les années 70 et 80 que dans les années 90.

Dans certains des pays les plus pauvres du monde, la couverture de nombreuses interventions de base diminue au lieu de s'étendre, et dans un grand nombre d'entre eux, le pourcentage de mères qui accouchent en présence d'une sage-femme qualifiée ou d'un médecin est en baisse. Malgré l'importance du vaccin pour la survie des enfants, les taux de vaccination infantile ont stagné ou chuté dans maint pays pauvre dans les années 90, de sorte que des dizaines de millions d'enfants n'y sont pas vaccinés. C'est pourquoi la rougeole, le tétanos et la coqueluche, largement éliminés dans les pays à revenu élevé, provoquent encore 1,6 millions de décès dans les pays pauvres. Une meilleure couverture des services de vaccination pourrait réduire énormément ce chiffre, comme on l'a constaté dans de nombreux pays où une vigoureuse offensive a été lancée avec succès contre la rougeole. La couverture d'autres vaccins utiles et efficaces largement utilisés dans le monde développé est encore plus réduite. Nombre d'entre eux qui sont systématiquement utilisés dans les pays riches (par exemple contre l'hé-

patite B et *Haemophilus influenzae* type b ou Hib) sont à peine introduits dans certains pays à faible revenu. On estime qu'environ un quart des 1,8 million d'enfants qui meurent chaque année d'une infection aiguë des voies respiratoires inférieures sont victimes d'*Haemophilus influenzae* type b et une proportion sans doute équivalente d'une pneumonie à streptocoque contre laquelle on utilise depuis peu un nouveau vaccin dans les pays à revenu élevé.

L'une des démarches sanitaires les plus importantes consiste à accorder une attention accrue à la santé génésique, non seulement pour freiner la transmission des maladies sexuellement transmissibles (MST) telles que le VIH/SIDA, mais aussi pour limiter la fécondité au moyen de la planification familiale, y compris la contraception.⁷² Un grand nombre des régions du monde les plus frappées par la maladie ont de très forts taux d'accroissement de la population, ce qui constitue un énorme handicap pour ces sociétés et pour leurs perspectives de développement.⁷³ Si les pays à haut revenu ont des taux annuels d'accroissement de la population inférieurs à 1 pour cent (0,7 pour cent entre 1990 et 1998), ces taux atteignent environ 2 pour cent dans les pays les plus pauvres (2,0 pour cent entre 1990 et 1998), voire 2,6 pour cent si l'on exclut la Chine et l'Inde. Nous n'avons pas fait nous-mêmes d'estimation du coût des services de planification familiale et de fourniture de préservatifs dont le besoin se fait de plus en plus sentir, mais il est évident que les contributions des bailleurs de fonds vont devoir augmenter, encore qu'elles représentent seulement une faible partie de la totalité des besoins de financement.⁷⁴

Bien des gens se demandent si en réduisant les taux de mortalité dans les pays à bas revenu, on ne risquerait pas d'exacerber les pressions qui s'exercent sur leurs population en aggravant les maux dont elles souffrent du fait de la faim, de la rareté des terres arables et de la chute de la production par habitant. Une telle préoccupation n'est pas injustifiée: si les interventions sanitaires sauvent plus de personnes, quelle va être leur vie ? Fort heureusement, l'optimisme est ici de rigueur: des interventions sanitaires bien gérées contribueront à ralentir et non à accélérer l'accroissement de la population mais il importe pour cela de faire aussi des efforts accrus pour offrir des services de planification familiale et un meilleur accès à la contraception. Nous avons déjà noté que les ménages pauvres choisiront d'avoir moins d'enfants (et d'investir davantage dans l'éducation et la santé de chacun d'eux) s'ils sont persuadés que ceux-ci vont survivre et s'ils disposent de services de planification familiale et de contraception. Grâce à des services de planification familiale efficaces, on pourra nettement réduire, voire supprimer, le décalage dans le temps entre la baisse des taux de mortalité chez

l'enfant et celle des taux de natalité. Le Bangladesh et plusieurs états de l'Inde méridionale offrent l'exemple de régions où ce décalage a été éliminé et où l'on peut, de ce fait, profiter à la fois d'une amélioration de la santé et d'une baisse de l'accroissement de la population.⁷⁵

LA PANDÉMIE DE SIDA

Parmi tous les problèmes de santé auxquels doivent faire face les populations les plus pauvres du globe, la pandémie de SIDA est incontestablement le plus dramatique. Cette pandémie a atteint tous les pays du monde et dans nombre d'entre eux, elle s'aggrave rapidement. En Afrique australe et orientale, l'infection est à un niveau encore jamais atteint par une maladie aussi constamment létale. Les dommages déjà infligés à ces régions et le risque qu'elles courent de devoir subir dans la prochaine décennie un nombre de décès sans commune mesure avec ce que toute autre pandémie a pu causer dans le passé font du VIH/SIDA un problème unique à l'échelle du globe. Trois millions de personnes ont succombé au SIDA en 2000, dont 2,4 millions en Afrique subsaharienne. Douze millions de petits africains ont déjà été rendus orphelins par cette maladie, et ce chiffre pourrait atteindre le total vertigineux de 40 millions d'ici à la fin de la décennie en l'absence de mesures plus efficaces. S'il n'est pas maîtrisé, le SIDA va ruiner la société africaine et paralyser le développement économique en Afrique et dans d'autres régions où sa prévalence est élevée.

Si la pandémie de VIH/SIDA est un problème mondial, elle ne revêt pas partout le même aspect. Près des trois-quarts des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont en Afrique subsaharienne. En Afrique orientale et australe, la maladie s'est répandue largement et rapidement dans toute la population. La prévalence du VIH chez les femmes vues dans les dispensaires prénatals a doublé au Botswana entre 1994 et 1999 (de 18 à 35 pour cent) et en Afrique du Sud, elle est passée de 3 à 20 pour cent au cours de la même période. En Afrique centrale et occidentale, 2 à 10 pour cent des adultes sont infectés. La transmission hétérosexuelle est la principale source de cas nouveaux en Afrique subsaharienne, et la maladie frappe plus de femmes que d'hommes. Une véritable explosion de nouvelles infections à VIH s'observe dans les pays de l'ex-Union soviétique où la transmission s'effectue surtout entre consommateurs de drogue par voie intraveineuse. Tous les pays d'Asie méridionale et orientale où sévit une grave épidémie de SIDA, à l'exception du Cambodge, ont été aussi le théâtre d'une transmission initiale spectaculaire chez des personnes qui s'injectent de la drogue. En outre, le Cambodge, l'Inde, le Myanmar et la Thaïlande subissent d'importantes épidémies basées sur une transmission hétérosexuelle. Dans les Caraïbes, l'épidémie

est aussi essentiellement hétérosexuelle et les taux d'infection y sont parmi les plus élevés au monde en dehors de l'Afrique subsaharienne. Dans toute l'Amérique du Sud, les prévalences nationales du VIH sont généralement égales ou inférieures à 1 pour cent et la transmission s'opère principalement à la faveur de relations sexuelles entre hommes et de la consommation de drogues par voie intraveineuse. En dehors de l'Afrique subsaharienne, plus d'hommes que de femmes vivent avec le VIH/SIDA.

Les raisons des variations de la prévalence entre pays ne sont pas très claires. Le temps écoulé depuis l'apparition de l'épidémie joue certainement un rôle, de même que les formes de mobilité et d'activité sexuelle et peut-être aussi les variations des sous-types viraux.⁷⁶ Il semblerait que l'Afrique australe et orientale ait des caractéristiques spécifiques qui sont le très grand nombre de travailleurs migrants de sexe masculin et de ménages désunis, hérité de l'apartheid, la violence régionale et les conditions de travail de l'industrie minière. Il est très probable que ces caractéristiques favorisent un taux élevé de contact sexuels avec des professionnelles du sexe. La forte incidence des ulcères des organes génitaux et la rareté de la circoncision masculine peuvent aussi aider à comprendre pourquoi la maladie sévit beaucoup plus en Afrique australe et orientale qu'en Afrique occidentale. Mais l'épidémie n'épargne aucun pays. Riches ou pauvres, tous sont atteints et à l'intérieur d'un même pays, la maladie touche autant les riches que les pauvres.

Si certains pays ont déjà de très forts taux de prévalence, d'autres, tels que l'Inde ou la Chine, n'ont pas dépassé la phase initiale de la pandémie, de sorte que si l'on y prend suffisamment tôt des mesures de lutte appropriées, il sera possible d'éviter une explosion de la transmission. Les données encore incomplètes dont on dispose font craindre une progression spectaculaire des infections tant en Chine qu'en Inde, c'est à dire dans les deux pays les plus peuplés du monde. Ne pas agir dans ces pays pourrait signifier la perte de dizaines de millions de vies humaines que l'on peut encore sauver en adoptant dès à présent des mesures d'urgence.

Pour freiner et, finalement, faire reculer la pandémie de VIH/SIDA, il faut absolument stopper la transmission du virus. A l'égard de la transmission sexuelle du virus, qui est le mode de transmission principal, on a le choix entre deux stratégies: réduire le nombre de partenaires sexuels des personnes déjà infectées, grâce en partie à des services de conseil et des tests volontaires pour ces personnes ; et réduire le risque de maladie lors de relations sexuelles entre une personne infectée et une personne indemne, par exemple en favorisant l'usage de préservatifs. Pour lutter contre la transmission par le sang, il est essentiel de réduire les partages de seringues entre personnes qui s'injectent de la drogue, de contrôler le sang destiné

aux transfusions sanguines et de stériliser le matériel d'inoculation utilisé à cet effet ou pour tout autre acte médical. En ce qui concerne enfin la transmission prénatale et périnatale mère-enfant, les thérapies antirétrovirales se sont révélées efficaces. Il va de soi que la prévention serait énormément facilitée par le développement d'un vaccin anti-SIDA : même des vaccins relativement peu efficaces pourrait nettement infléchir la dynamique de la pandémie. La mise au point de vaccins efficaces est donc la priorité numéro un de la recherche dans le domaine du VIH/SIDA, mais même en l'absence d'un vaccin, on peut encore faire beaucoup pour prévenir la propagation de la maladie.

Les mesures préventives les plus manifestement efficaces contre le VIH visent à abaisser les taux de transmission à l'intérieur des groupes où, du fait d'une forte rotation des partenaires sexuels, d'une vulnérabilité accrue à l'infection, ou des deux, le risque de contracter le virus et de le transmettre à d'autres est le plus élevé. Les professionnel(le)s du sexe sont, à cet égard, un groupe très important. Les programmes visant à encourager l'usage du préservatif chez ces personnes, grâce essentiellement à une éducation par les pairs, ont donné des résultats encourageants dans le monde entier. D'abord en Thaïlande et maintenant au Cambodge, les efforts qui ont été faits pour repérer les zones où se pratique la prostitution, puis assurer une éducation par les pairs et le traitement des MST, ont entraîné un recul spectaculaire du VIH, non seulement chez les travailleurs du sexe vulnérables mais aussi dans la population générale. Dans l'état indien du Tamil Nadu, on semble être sur le point d'obtenir un succès similaire. Les interventions auprès des travailleurs du sexe peuvent s'accompagner d'une meilleure prise en charge des autres infections à transmission sexuelle qui peuvent rendre plus vulnérable au VIH. Ce traitement amélioré devrait être très utile dans la lutte contre le VIH, encore que des constatations divergentes sur ce sujet montrent que des recherches plus poussées s'imposent. Le traitement des MST peut aussi constituer un moyen de contacter les clients des travailleurs du sexe et les autres hommes qui ont de nombreuses expériences sexuelles. Les études de modélisation faites par la Commission montrent qu'en associant des programmes d'éducation par les pairs visant les travailleurs du sexe et leurs clients à des services de lutte contre les MST, on pourrait réduire de plusieurs dizaines de millions le nombre de morts que le SIDA va inévitablement provoquer en Inde.

Il est également tout à fait urgent de mettre en place des programmes destinés aux adolescents, groupe particulièrement vulnérable. On n'a que peu d'informations fiables sur l'efficacité des interventions conçues pour ce groupe, mais une étude conduite en Namibie (Shanton et al. 1998) conclut

que des programmes scolaires bien conçus pourrait aider à convaincre les jeunes de reporter à plus tard leurs expériences sexuelles et d'utiliser davantage le préservatif. Chez les adultes, une éducation par les pairs sur le lieu de travail pourrait aussi sensiblement modifier les comportements: un essai randomisé de ce type d'intervention au Zimbabwe a permis d'observer une réduction de 30 pour cent de l'incidence du VIH-1 (Machekano 1998).

S'il existe de nombreux projets pilotes de prévention du VIH bien documentés qui ont donné de bons résultats, très rares sont les exemples d'une politique ayant réussi à modifier les comportements à l'échelle nationale. Dans les cas de réussites nationales, comme la réduction du taux de prévalence du VIH en Ouganda et son maintien à un niveau modeste au Sénégal, une autorité nationale s'exprimant sans détours et avec une grande franchise a joué un rôle important. Hélas, nombreux sont les politiciens qui ont fui leurs responsabilités au lieu de mobiliser les énergies contre le VIH/SIDA. Ils craignent de porter à la connaissance de tous un problème que leur budget ne leur permet pas de résoudre. Un soutien accru des donateurs pour le traitement de la maladie permettrait aux politiciens de parler beaucoup plus ouvertement de prévention. En outre, la transmission du virus touche à la sexualité humaine et aux comportements les plus intimes ainsi qu'à des pratiques fortement stigmatisées comme l'injection de drogues et l'homosexualité. Les dirigeants politiques répugnent à prendre la parole en public sur de tels sujets ou à cautionner des politiques qui, bien que très efficaces, risquent d'être perçues par le grand public comme encourageant des comportements socialement déviants (par exemple, la promotion du préservatif auprès des professionnel(le)s du sexe ou des seringues stériles auprès des consommateurs de drogues par voie intraveineuse).

Autre raison de l'échec des programmes nationaux : la pénurie de ressources humaines dans les organismes d'Etat et les ONG pour la mise en œuvre d'un programme très lourd, complexe et d'une grande diversité, parfois imposé par les bailleurs de fonds et par la communauté internationale. En essayant d'en faire trop avec trop peu de personnel, on risque de nuire à la qualité des prestations et d'exécuter incomplètement nombre d'initiatives. Des ressources financières additionnelles sont de la plus haute importance pour accroître les moyens d'action, y compris en matière de formation. Dans l'immédiat, les choix et leur hiérarchisation ainsi que le financement du passage à l'échelle supérieure sont indispensables pour garantir la couverture, la qualité et l'impact de ces interventions.

Parallèlement à l'effort de prévention, nous devons offrir un traitement efficace aux 36 millions de personnes qui vivent aujourd'hui avec l'infection, dont 95 pour cent dans des pays en développement. Si elles n'ont pas

accès à des soins médicaux appropriés qui peuvent augmenter sensiblement leur survie, ces personnes sont condamnées à une mort prématurée et douloureuse. En l'absence d'un traitement, elles vont laisser derrière elles des familles endeuillées, des dizaines de millions d'orphelins et, dans les régions les plus touchées, un système social et une économie en ruine. Le traitement n'est pas seulement une nécessité morale: c'est l'élément indispensable de la stabilisation économique et du retour à un développement économique normal dans les régions du monde à forte prévalence. D'ailleurs, la chute des prix des médicaments l'a rendu beaucoup plus abordable. Le coût total d'un traitement annuel, incluant les médicaments et les services médicaux, se situe maintenant aux alentours de \$500 à \$1.000 par an en Afrique subsaharienne, ce qui correspond probablement au revenu annuel moyen des travailleurs à la fleur de l'âge frappés par la maladie et fait qu'un tel traitement est rentable en termes d'économie globale, comme on l'a vu plus haut, même s'il demeure encore hors de portée des intéressés eux-mêmes.⁷⁷

Depuis 1985 environ, des traitements existent pour certaines des infections opportunistes qui contribuent à la mortalité due au VIH/SIDA et certains se sont révélés rentables dans des régions du monde en développement (tout particulièrement des antibiotiques efficaces contre la tuberculose). A partir de 1996, on a appliqué une thérapie antirétrovirale hautement active (TAHA) qui agit directement sur le virus et allonge de façon spectaculaire l'espérance de vie des personnes traitées. On notera à cet égard que le traitement des infections opportunistes ne prolonge sensiblement la survie que s'il est utilisé en association avec la TAHA. Hélas, le coût d'un tel traitement est tel que seule une proportion négligeable de ceux qui en auraient besoin dans les pays à faible revenu y ont accès. On estime que sur les 25 millions d'Africains infectés par le VIH et les 4 millions parvenus chaque année à un stade avancé d'une maladie liée au VIH, seuls 10.000 à 30.000 environ reçoivent une thérapie antirétrovirale, laquelle est sans doute souvent inefficace car il ne peuvent se procurer les médicaments nécessaires qu'irrégulièrement. L'ONUSIDA et l'OMS estiment qu'il sera possible d'étendre la couverture de manière à traiter, d'ici à la fin de 2006, environ 5 millions de personnes dans des régions à bas revenu, dont une bonne partie en Afrique.

Etant donné la forte tendance du VIH à muter, la large application de la TAHA entraînera à coup sûr l'apparition d'un nombre accru de souches de VIH résistantes aux médicaments. Il est donc essentiel de gérer avec le plus grand soin les interventions basées sur la TAHA et les méthodes de santé publique afin de limiter le plus possible cette évolution. On a proposé d'appliquer à la TAHA l'approche du traitement de brève durée

sous surveillance directe utilisée contre la tuberculose mais il existe une différence qualitative du fait que la TAHA doit être maintenue pendant toute l'existence. Heureusement, il est possible de réduire sensiblement la complexité de la TAHA, notamment en conditionnant toute l'association médicamenteuse en un comprimé unique à prendre deux fois par jour (par exemple, le Trizivir). Étant donné qu'une aggravation de la résistance aux médicaments est pratiquement inévitable, l'utilisation permanente de la TAHA obligera à introduire ultérieurement de nouveaux médicaments qui soient de préférence toujours plus faciles à administrer. En raison des inquiétudes que suscite ce risque de résistance, mais plus généralement, parce que la TAHA reste un traitement complexe destiné à une maladie également complexe, l'introduction de cette thérapie dans des régions à faible revenu devra s'accompagner de recherches opérationnelles poussées visant à éprouver l'efficacité d'autres méthodes et traitements. Nous estimons qu'il faut réserver à cette recherche au moins 5 pour cent, et peut-être plus, du budget total du traitement du VIH/SIDA.

Les pays à bas revenu qui adoptent un traitement ne doivent certainement pas perdre de vue la nécessité de mettre aussi l'accent sur la prévention. Si le traitement doit être envisagé d'un point de vue essentiellement médical (pour prolonger la vie du malade) plutôt que sous l'angle de la santé publique (pour interrompre la transmission du virus), les programmes de traitement doivent être conçus de manière à faciliter aussi l'action préventive. Il serait ainsi logique que des programmes soutenus par des donateurs ne proposent de financer le traitement qu'à condition qu'il soit associé à des programmes de prévention active car les deux sont nécessaires pour combattre la pandémie. Par ailleurs, l'existence d'un traitement va largement augmenter le nombre de personnes se présentant pour des conseils et tests volontaires (CTV), car celles-ci sauront qu'en cas de séropositivité, elles peuvent se faire soigner. On estime qu'aujourd'hui, seuls 5 pour cent environ des Africains infectés par le VIH sont conscients de leur état. Un meilleur accès au traitement pourrait relever très nettement ce chiffre. Des CTV efficaces rendraient alors possible un changement de comportement chez ceux qui sont infectés mais qui l'ignorent encore. Il faut évidemment relativiser ces conclusions optimistes: en effet, on court le risque qu'en ayant accès à un traitement (et en croyant naïvement que traitement est synonyme de cure) les malades et ceux qui sont encore indemnes adoptent un comportement sexuel encore plus dangereux. Enfin, il est possible, mais pas encore prouvé, que des individus sous traitement (et s'y conformant rigoureusement) deviennent eux-mêmes moins infectieux en raison de la réduction du nombre de virus dans leur organisme (réduction de la « charge virale »).

Prévention et traitement sont coûteux. Le traitement des infections opportuniste nécessite des ressources substantielles, du même ordre de grandeur que la thérapie antirétrovirale. Nous estimons que les coûts globaux des soins aux malades du SIDA pourraient atteindre \$14 milliards d'ici à 2007 et environ \$22 milliards d'ici à 2015, à raison d'un tiers chacun pour la prévention, le traitement des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale (voir le tableau A2.2). Ce niveau de dépenses permettrait d'administrer, selon les besoins, un traitement contre les infections opportunistes et une thérapie antirétrovirale aux deux tiers environ des personnes infectées par le VIH dans les pays à faible revenu (voir le tableau 7). Toutefois, le nombre de personnes effectivement traitées à un moment donné serait très inférieur à ces deux tiers, car la thérapie antirétrovirale ne serait indiquée que

Tableau 7. OBJECTIFS DE COUVERTURE POUR LE PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE
(et couvertures estimatives pour 2002)

	2002	2007	2015
Tuberculose	44%	60%	70%
Paludisme			
Traitement	31%	60%	70%
Prévention	2%	50%	70%
VIH			
Prévention (hors du système de santé)	10–20%	70%	80%
Prévention (dans le système de santé)	< 1%–10%	40%	70%
Traitement des IO	6%–10%	40%	70%
TAHA	< 1%	45%	65%
Vaccination*			
BCG/DTC/VPO	75%	90%	90%
HepB/HIB**			
Rougeole	68%	80%	80%
IMCI			
IRA	59%	70%	80%
Diarrhée	52%	70%	80%
Soins maternels			
ANC	65%	80%	90%
Accouchement en présence d'un personnel qualifié	45%	80%	90%
Politiques de lutte contre le tabagisme (taxation supérieure à 80%, interdiction de la publicité et de la promotion du tabac, information des consommateurs)	20%	80%	80%

*y-compris la fourniture de vitamine A; **HepB/HIB ne sont pas inclus dans la couverture pour 2002

pour les sujets dont le statut immunologique (par exemple la charge virale et le nombre de CD4) dépasse un certain seuil clinique, et le traitement des infections opportunistes dépendrait aussi de l'état du malade. Nous supposons que le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme paierait une partie, mais pas la totalité, des opérations anti-VIH dans les pays à bas revenu. Concrètement, nous avons recommandé que le Fonds mondial paie environ \$8 milliards par an d'ici 2007 et \$12 milliards d'ici 2015, et que le reste des besoins soit financé par d'autres programmes bilatéraux et multilatéraux ainsi que par des ressources internes des pays bénéficiaires.

NIVEAU DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU

Les interventions essentielles requises pour éliminer une grande partie de la mortalité évitable dans les pays à bas revenu ne sont pas particulièrement coûteuses, mais elles ne sont pas non plus gratuites. Une partie essentielle du travail de la Commission a consisté à évaluer le coût du passage à l'échelle supérieure pour les interventions critiques dans le monde à bas revenu, défini à cette fin comme toute l'Afrique subsaharienne plus tous les autres pays dont le revenu est égal ou inférieur à \$1.200 par personne et par an (voir la liste complète des pays et groupes de pays au tableau A2.B). Nous avons aussi établi les coûts estimatifs par sous-groupes de pays classés d'après la région et le revenu. La gamme d'interventions et les taux de couverture cibles pour ces interventions sont indiqués au tableau 7. C'est ainsi qu'on suppose que la couverture du TSD pour le traitement de la tuberculose va passer d'un niveau initial estimatif de 44 pour cent des tuberculeux à 60 pour cent d'ici 2007, puis à 70 pour cent d'ici 2015. Ces taux de couverture peuvent paraître bas à certains mais nous avons fait une estimation prudente de ce qu'il est possible de faire en nous basant sur les infrastructures et les personnels qualifiés actuellement en place et sur l'hypothèse d'investissements ambitieux mais réalistes de la part du secteur public avec des augmentations progressives. La description détaillée de la gamme d'interventions est présentée dans le rapport de synthèse du groupe de travail N° 5. Il convient de noter que ces estimations visent à couvrir le coût économique complet des interventions sanitaires, y compris les coûts direct des médicaments et des services de santé, les immobilisations de capitaux, l'appui gestionnaire et institutionnel complémentaire et le coût de la formation du personnel nouveau.

Pour atteindre les taux de couverture accrus d'ici 2007, il faudrait \$14 de plus par personne et par an (prix de 2002 en dollars des Etats-Unis) dans les pays à faible revenu, et \$22 de plus par personne et par an dans

les pays les moins avancés, par rapport au niveau des dépenses de 2002. Les ressources internes s'élevant actuellement à environ \$21 par personne dans les pays à faible revenu (et à \$13 à peine par personne dans les pays les moins avancés), les dépenses totales par personne s'élèveraient d'ici 2007 à environ \$34 par personne et par an dans les pays à faible revenu et à \$38 par personne et par an d'ici 2015. Nous pourrions considérer ce montant comme étant très approximativement le minimum requis par habitant pour les interventions sanitaires essentielles. C'est manifestement une somme assez modeste si on la compare, par exemple, aux dépenses moyennes dans un pays à haut revenu, soit plus de \$2.000 par personne et par an. Mais par rapport aux dépenses actuelles et, comme nous le soulignons, à la capacité de paiement des pays à bas revenu et plus particulièrement des pays les moins avancés, cette somme est élevée. Les besoins de financement varieront évidemment d'un pays et d'une région à l'autre, selon l'épidémiologie de la maladie (par exemple, l'incidence et la prévalence du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose) et les conditions économiques locales (ils seront beaucoup plus élevés dans les pays à revenu moyen de l'Afrique subsaharienne où sévit le VIH/SIDA). La majeure partie des \$30 à \$45 devra provenir de fonds publics pour deux raisons: afin de financer des biens publics (par exemple la lutte contre des maladies infectieuses) lorsque les individus ne sont pas suffisamment incités à prendre eux-mêmes les mesures de protection nécessaires, et pour garantir l'accès des pauvres qui n'ont pas dans leur ménage de ressources suffisantes.

Il convient de noter que notre estimation des coûts des services essentiels par habitant est conforme, d'une manière générale, aux conclusions d'autres études qui ont abordé cette question d'un point de vue quelque peu différent. C'est ainsi que David Evans, Chris Murray et leurs collègues de l'OMS ont estimé que des services de santé efficaces nécessitent environ \$80 par personne et par an en dollars corrigés de la parité de pouvoir d'achat (Evans et al.2001). Compte tenu de l'estimation de l'OMS selon laquelle chaque dollar dépensé dans un pays à faible revenu est égal à environ \$2 à \$3 sur la base d'un dollar corrigé de la PPA, le seuil de \$80 correspond à un seuil de \$33 à \$40 en dollars courants (et non corrigés de la PPA), ce qui est conforme à nos propres estimations. Une estimation des coûts d'un secteur hospitalier de haute qualité géré par des missions au Ghana, à l'aide d'une démarche totalement différente, conclut aussi que le passage à l'échelle supérieure imposerait une dépense annuelle, par personne desservie, d'environ \$45 en dollars courants, compte non tenu des investissements initiaux pour l'infrastructure matérielle (Arkin-Tenkorang et Buckle 2001). Une étude récemment entreprise au Fonds monétaire international indique

qu'une couverture sanitaire effective nécessiterait environ 12% du PNB des pays à bas revenu pour que ces pays atteignent les objectifs de développement de la communauté internationale concernant la réduction de la mortalité infantile.⁷⁸ Pour les pays les moins avancés dont le PNB annuel se situe aux environs de \$300 par personne, la dépense serait de l'ordre de \$36 par personne et par an, de sorte que nos estimations se situent plutôt vers le bas.

Nous devons cependant souligner qu'avec \$30 à \$45 par personne, on ne peut pas acheter beaucoup de services de santé de qualité, et en tout cas pas le type de soins complets disponibles dans les pays à haut revenu où les dépenses sont actuellement de \$2.000 ou plus par personne et par an !⁷⁹ Nos estimations portent sur un système de santé plutôt minimal qui puisse traiter les principales maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales qui sont responsables d'une proportion substantielle des décès évitables dans les pays à bas revenu. Nos estimations des coûts ne tiennent pas compte de certaines catégories clés qui devront faire partie de tout système de santé opérationnel, comme les services de traumatologie et d'urgence (pour les fractures osseuses et les appendicectomies par exemple), les hôpitaux tertiaires et la planification familiale (y compris la distribution de préservatifs) au-delà de la première année après la naissance. Nous considérons que ces estimations donnent une idée assez exacte mais minimaliste de ce qui est nécessaire pour obtenir une baisse décisive des décès évitables dus aux maladies sur lesquelles nous portons plus particulièrement notre attention. En exécutant efficacement ces interventions, les services de santé locaux seront cependant mieux à même de répondre aussi aux besoins quotidiens en soins de santé, condition préalable importante pour que les ménages pauvres utilisent davantage les services de santé faisant l'objet d'un financement public.

La plupart des pays à bas revenu ne parviennent même pas à atteindre ce niveau de service minimum acceptable ni à engager les dépenses par habitant nécessaires à cet effet. Dans les 48 pays les moins avancés (tableau 8) la moyenne non pondérée des dépenses de santé s'établissait à \$11 par habitant en 1997, dont \$6 provenaient de crédits budgétaires et le reste essentiellement de paiements directs. Dans les autres pays à bas revenu, les dépenses moyennes s'élevaient à \$23 par habitant en 1997, ce qui est encore inférieur au seuil minimum, dont environ \$13 provenaient de crédits budgétaires. Ces sommes incluent les dépenses de santé financées par des donateurs, mais le soutien actuel des donateurs est extrêmement bas et n'a pas dépassé \$2,29 par habitant dans les pays les moins avancés en 1997-1999, et \$0,94 par personne dans les autres pays à faible revenu.

Tableau 8. DÉPENSES INTERNES ET AIDE DES DONATEURS POUR LA SANTÉ, 1997-1999

	Dépenses publiques de santé (par personne, 1997, US\$)	Total des dépenses de santé (par personne, 1997, US\$)	Aide de donateurs pour la santé (par personne, moyenne annuelle 1997-1999)	Aide de donateurs pour la santé, moyenne annuelle (millions de US\$ 1997-1999)
Pays les moins avancés	6	11	2,29	1.473
Autres pays à faible revenu	13	23	0,94	1.666
Pays en développement à revenu moyen inférieur	51	93	0,61	1.300
Pays en développement à revenu moyen supérieur	125	241	1,08	610
Pays à revenu élevé	1.356	1.907	0,00	2
Ensemble des pays			0,85	5.052

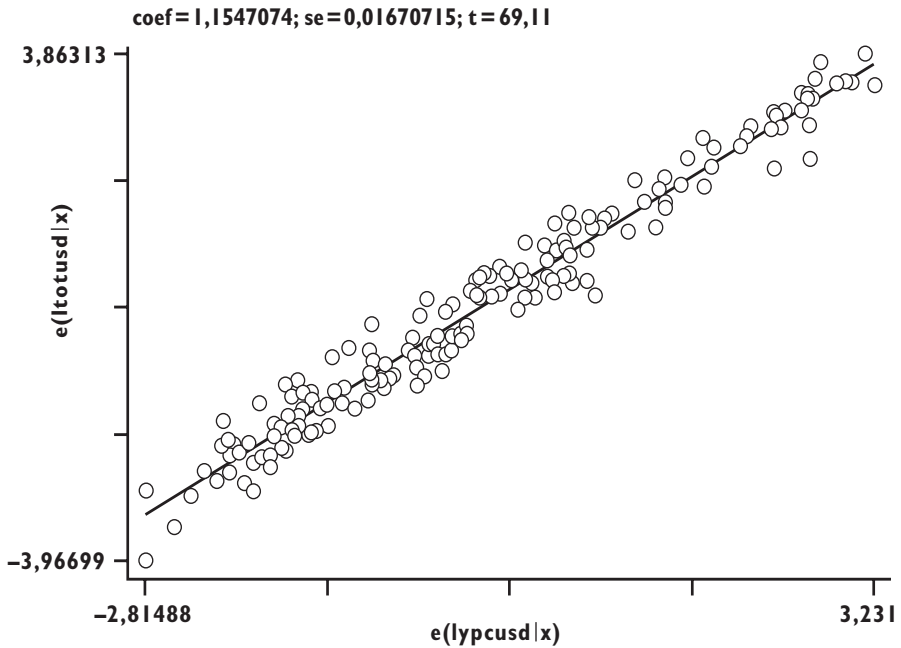
Note : moyennes non pondérées des pays des différentes catégories. Sont seuls pris en compte les pays dont la population était égale ou supérieure à 500.000 habitants en 1997.

MOBILISATION DE RESSOURCES INTERNES ACCRUES POUR LA SANTÉ

L'insuffisance des dépenses de santé est, d'abord et surtout, le reflet d'une arithmétique élémentaire de la pauvreté. Lorsqu'un pays a un PNB annuel par habitant qui ne dépasse pas \$500, des dépenses de santé égales à 5 pour cent du PNB n'atteignent que \$25 par personne et par an. Or, 1,8 milliards de personnes vivent dans un pays dont le revenu par habitant est inférieur à \$500, et tous sauf 35 millions dans un pays où la moyenne des dépenses de santé est inférieure à \$25 par personne et par an (les exceptions sont les habitants du Kenya et du Nicaragua). Aucun des pays dont le revenu est égal ou inférieur à \$500 par an (soit 44 des pays de notre échantillon) n'est parvenu à dépenser pour la santé \$30 par personne et par an, et pas un seul des gouvernements de ces pays n'a pu mobiliser ne serait-ce que \$20 par personne et par an pour les dépenses publiques de santé.

Comme l'indique la figure 5, les dépenses de santé de 167 pays pour 1997 ont été principalement déterminées par le revenu national.⁸⁰ Chaque augmentation de 1 pour cent du revenu entraîne une augmentation des dépenses de santé légèrement supérieure à 1 pour cent.⁸¹ La misère des pays les plus pauvres est choquante au regard du niveau de vie des pays à haut revenu et la modicité de leurs dépenses de santé l'est tout autant. Même si ces pays pauvres allouaient davantage de leurs ressources internes à la santé, cela ne résoudrait pas un problème fondamental: les pays pauvres n'ont pas les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires les plus essentiels de leur population. A raison de \$30 à \$40 par personne pour les interventions de base, ces coûts représenteraient plus de

Figure 5. GRAPHIQUE DE LOG (PNB PAR HABITANT, 1997) PAR RAPPORT À LOG (DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, 1997) (diagramme de régression partielle)



10 pour cent du PNB des pays les moins avancés, ce qui est très au-dessus de ce que ces pays peuvent prélever sur leurs ressources internes.

Néanmoins, la Commission a soigneusement examiné dans quelle mesure il serait possible de mobiliser dans les pays à bas revenu un surcroît de ressources internes, notamment de ressources budgétaires, pour les dépenses de santé. S'agissant des ressources du secteur public, la possibilité d'obtenir un supplément de recettes pour la santé varie évidemment selon le pays et dépend de la structure économique, de la capacité de recouvrement de l'impôt, du service de la dette intérieure et extérieure qui grève le budget et de nombreux autres facteurs. D'une manière générale, comme l'indique le tableau 9, les pays les plus pauvres mobilisent une part plus réduite de leur PNB sous forme de recettes fiscales: 14 pour cent en moyenne contre 31 pour cent pour les pays à haut revenu. En outre, compte tenu des limites de prélèvements fiscaux à large assiette comme l'impôt sur le revenu ou la taxe à la valeur ajoutée, les recettes fiscales tendent à porter sur le commerce international et sur des produits bien définis, ce qui entraîne d'importantes distorsions et réduit la possibilité de financer les augmentations des dépenses publiques.

Tableau 9. LA TAXATION EN POURCENTAGE DU PIB

Pays à revenu	Recettes fiscales totales	Taxes sur le commerce international	Impôts indirects	Taxes générales sur les ventes	Sécurité sociale
Faible (31) — moins de \$760 par habitant	14,0	4,5	1,6	2,7	1,1
Moyen inférieur (36) — \$761–\$3.030 par habitant	19,4	4,2	2,3	4,8	4,0
Moyen supérieur (27) — \$3.631–\$9.360 par habitant	22,3	3,7	2,0	5,7	5,6
Elevé (23) — plus de \$9360 par habitant	30,9	0,3	3,1	6,2	8,8

Source : Statistiques de finances publiques, FMI. La classification des revenus nationaux est conforme à celle qui était jointe à la liste des bénéficiaires d'aide du DAC au 1^{er} janvier 2000. Les nombres de pays sont donnés entre parenthèses.

Il existe toutefois des cas où les dépenses publiques de santé sont très inférieures à ce qu'il serait normalement possible de mobiliser, mais c'est la volonté politique qui fait alors défaut. Quand des sociétés sont nettement divisées, par exemple sur une base géographique ou ethnique, les gouvernements peuvent axer les dépenses publiques sur une petite minorité de favorisés plutôt que sur l'ensemble de la population. Par ailleurs, lorsqu'une discrimination existe à l'égard des femmes qui sont généralement chargées des soins de santé au sein de la famille, on accorde souvent moins d'attention aux besoins sanitaires des pauvres en général et des femmes en particulier.

Il est vrai aussi que de maigres ressources sont fréquemment gaspillées, notamment lors des paiements directs effectués par les pauvres pour des traitements de mauvaise qualité ou inappropriés. En Chine et en Inde, par exemple, les pauvres des régions rurales dépensent en paiements directs environ 85 pour cent de la totalité du coût des services de santé qu'ils reçoivent, et une grande partie de ces sommes sert à payer des médicaments inutiles ou inadéquats qui leur sont vendus par des dispensaires dont le financement dépend de la vente de produits pharmaceutiques, ou bien est versée à des praticiens non qualifiés qui exercent sans autorisation.⁸² Les coûts de la santé, qui sont élevés et vont croissant, interdisent à une proportion notable de pauvres l'accès à des services essentiels et un très grand nombre de familles sont condamnées à la misère par des dépenses de santé.⁸³ En Afrique, nombreux sont les ménages qui consacrent d'énormes sommes à des soins traditionnels en dehors du système formel, et leur santé en pâtit sérieusement. Il va de soi que certaines dépenses privées vont néanmoins à

de bons traitements dispensés par le secteur privé ou des ONG. D'ailleurs, les fonds publics peuvent eux-même être gaspillés ou employés à mauvais escient, comme dans les cas où un financement excessif est attribué à des services curatifs dont profitent les élites urbaines des capitales, ce qui ne laisse plus assez d'argent pour des mesures indispensables de lutte contre les maladies transmissibles dans les campagnes déshéritées ou pour les services curatifs et des soins de santé maternelle et infantiles répondant aux besoins essentiels des pauvres en général.

Etant donné que les pays à bas revenu ne peuvent mobiliser que des ressources publiques limitées, et que ces ressources sont déjà fortement sollicitées pour l'administration publique, les infrastructures, l'agriculture, la police, la défense, l'éducation et le service de la dette qui sont en concurrence avec la santé, c'est sans doute faire preuve de trop d'optimisme que de croire les pays à bas revenu capables d'allouer ne serait-ce que 4 pour cent de leur PNB aux dépenses publiques de santé. En fait, un tel niveau d'investissements publics pour la santé n'a été atteint par aucun pays dont le revenu par habitant est inférieur à \$600 par an.⁸⁴ Bien que la plupart des pays soient en mesure de mobiliser davantage de fonds publics pour la santé, on peut raisonnablement supposer que l'accroissement des recettes ne dépasseraient pas 1 à 2 pour cent du PNB dans les pays à bas revenu. Afin de disposer de valeurs indicatives pour nos estimations des coûts, nous avons supposé qu'en moyenne, les pays à bas revenu augmenteraient leurs dépenses budgétaires de santé à raison de 1 pour cent du PNB d'ici 2007 et de 2 pour cent du PNB d'ici 2015. Pour un pays dont le revenu par habitant est de \$500, l'augmentation serait de \$5 par personne et par an en 2007 et de \$10 par personne et par an en 2015, ce qui ne suffirait pas à combler le fossé entre les coûts des services essentiels et les ressources disponibles. On pourrait aussi chercher à remédier à certaines lacunes du secteur de la santé concernant à la fois l'allocation des ressources et la technologie utilisée, mais il est peu probable que les économies qui en résulteront puissent dépasser 20 pour cent des dépenses actuelles (Henscher 2001). Seule, une aide accrue des bailleurs de fonds peut compléter le financement dans les pays à bas revenu.

Outre l'insuffisance des dépenses globales, deux autres problèmes se posent dans les pays à bas revenu pour le financement de la santé. Premièrement, la proportion des dépenses totales de santé provenant du budget national est aussi relativement faible (55 pour cent), très au-dessous de ce qui se fait dans les pays à revenu élevé (71 pour cent). Etant donné que le secteur public doit investir dans la santé en vue de fournir des biens publics essentiels (tels que la lutte contre les épidémies) et dégager suffi-

samment de ressources pour permettre aux pauvres d'accéder aux services de santé, la modicité des dépenses publiques exacerbe le problème posé par l'insuffisance générale des ressources. Deuxièmement, les dépenses privées se font généralement sous la forme de paiements directs plutôt que de prépaiements, de sorte que l'élément assurance (partage des risques) en est pratiquement absent, contrairement là encore à la situation dans les pays à haut revenu où la couverture de l'assurance maladie est beaucoup plus étendue. En outre, ces dépenses privées sont souvent inefficaces dans la mesure où elles servent à payer des substances pharmaceutiques coûteuses ainsi que des praticiens peu qualifiés.

La Commission recommande d'orienter progressivement les dépenses directes dans les communautés pauvres vers des systèmes de financement communautaires pour aider à couvrir le coût de prestations sanitaires à assise communautaire. L'idée est de proposer aux communautés locales un système d'incitation consistant à faire majorer par l'Etat, avec l'appui financier de donateurs et à raison d'un certain taux de co-financement, chaque dollar collecté dans la communauté pour une couverture sanitaire prépayée. Ces prépaiements de la communauté financeraient principalement des services curatifs de base autres que ceux qui figurent dans la liste des interventions essentielles (lesquelles doivent être financées par le budget, avec l'appui de donateurs). La communauté locale serait ainsi encouragée à mettre ses ressources en commun et à assurer un certain contrôle des prestations sanitaires. Cette méthode assure un certain degré de répartition des risques et éviterait aux ménages de devoir faire face à une véritable catastrophe financière dans le cas où les problèmes de santé d'un membre ponctionneraient les ressources familiales de façon excessive. Les pouvoirs publics seraient aussi en mesure d'aider à contrôler la qualité des services dispensés au niveau local. Les systèmes de financement communautaire ne sont pas la panacée et ont souvent échoué, mais en bien des régions, ils semblent constituer une solution souple et prometteuse qui peut souvent être adaptée aux besoins locaux.

Les prépaiements au sein d'un système de financement communautaire ne doivent pas être confondus avec une autre méthode parfois utilisée: les paiements directs par les usagers. Ces derniers, selon la définition classique, sont des versements destinés à rémunérer des services de santé au moment de la maladie, souvent pour des interventions essentielles. L'expérience montre fréquemment que cette forme de paiement finit par priver les pauvres de prestations sanitaires essentielles tout en ne permettant de récupérer qu'une infime partie des coûts.⁸⁵ La méthode du financement communautaire diffère

donc des paiements par les usagers sur deux points essentiels : premièrement, elle repose sur des prépaiements et non sur des paiements directs par l'utilisateur et deuxièmement, les contributions n'ont pas à être utilisées pour financer des services essentiels, car ceux-ci feraient l'objet d'un financement public s'ajoutant intégralement aux contributions communautaires.

Il existe un autre moyen d'obtenir davantage de ressources pour la santé dans les pays à faible revenu : c'est un allègement supplémentaire de la dette permettant d'allouer au secteur de la santé les économies ainsi réalisées. L'Initiative en faveur des pays pauvres fortement endettés (PPFE) réduira le service de la dette d'environ 2 pour cent du PNB pour quelque 30 pays pauvres lourdement endettés, et un quart environ de ce montant pourrait être alloué directement au secteur de la santé. La dette sera réduite des deux-tiers environ de son montant actuel ce qui permettra de combiner les formes traditionnelles de réduction de la dette avec l'allègement supplémentaire préconisé par l'Initiative. On pourrait encore élargir cette excellente initiative de deux manières: en l'étendant à davantage de pays et en augmentant le montant de l'allègement proposé. Etant donné que lors de la première phase, l'affectation des économies à des dépenses sociales a donné d'excellents résultats, il semble que d'autres initiatives mériteraient d'être aussi adoptées, mais il faudrait alors qu'un appui financier bilatéral accru renforce l'Initiative en faveur des pays pauvres fortement endettés.⁸⁶ On notera que les économies ainsi réalisées ne représenteraient évidemment qu'une petite partie du surcroît d'aide requis de la part des donateurs.

Pour réformer le financement de la santé dans les pays à bas revenu, la Commission recommande une stratégie de base comportant les six étapes suivantes: 1) mobilisation de recettes fiscales accrues pour la santé, à raison de 1 pour cent du PNB d'ici 2007 et de 2 pour cent du PNB d'ici 2015 ; 2) accroissement du soutien des donateurs pour financer la fourniture de biens publics et garantir l'accès des pauvres aux services essentiels; 3) remplacement de la formule actuelle des paiements directs par un système de prépaiement s'appuyant sur un programme de financement communautaire complété, dans la mesure du possible, par un apport de fonds publics ; 4) élargissement de l'Initiative en faveur des PPFE par l'augmentation du nombre de pays bénéficiaires et de l'allègement de la dette (avec un appui de la communauté des donateurs bilatéraux) ; 5) mesures tendant à remédier à l'inefficacité actuelle de l'allocation et de l'utilisation des fonds publics dans le secteur de la santé ; et 6) d'une manière générale, réallocation de fonds publics jusqu'ici consacrés à des dépenses et des subventions improductives à des programmes du secteur social axés sur les pauvres.

Les problèmes de financement qui se posent dans les pays à revenu moyen sont quelque peu différents. Les dépenses globales de santé y sont suffisantes pour garantir un accès universel aux services de santé essentiels mais deux difficultés majeures demeurent. Premièrement, bien des ménages pauvres dans les pays à revenu moyen n'ont toujours pas accès aux services de santé, car ils sont trop pauvres pour financer les soins dont ils ont besoin et l'aide financière que leur accorde l'État est insuffisante. Nous recommandons fermement aux pays à revenu moyen de mobiliser le financement public nécessaire pour étendre la couverture sanitaire aux cohortes et régions les plus déshéritées. Deuxièmement, la demande d'extension de la couverture à des interventions qui vont au-delà des services essentiels, notamment dans le domaine des maladies non transmissibles, impose au système de santé des contraintes financières croissantes. Si le financement de cette gamme de services toujours plus étendue se fait par des paiements directs, des ménages risquent d'être ruinés par une maladie grave au traitement coûteux, et si ce financement repose sur des fonds publics, la hausse constante des coûts des programmes de santé va poser un problème majeur. En outre, le mode de transaction entre prestataires et usagers (par exemple, paiements directs par les usagers ou accès universel par l'assurance maladie) crée également des différences. La formule des paiements directs favorise l'escalade des coûts, car les prestataires sont alors tentés de prescrire des tests et des interventions inutiles.

L'expérience des pays à haut revenu semble indiquer que la tendance de nombreux gouvernements de pays à revenu moyen à transférer le financement des services cliniques dans le secteur privé, en privilégiant notamment les paiements directs, risque d'entraîner une escalade catastrophique des coûts et d'empêcher, pour des raisons financières, une partie importante de leur population d'accéder aux services au moment où le besoin s'en fait sentir. L'adoption de la couverture universelle dans les pays de l'OCDE a eu constamment pour effet, contrairement aux prévisions, de stabiliser le taux d'accroissement des dépenses de santé en pourcentage du PIB au cours des 10 à 15 dernières années (Preker 1998; Thompson et Huber 2001).⁸⁷ Preker suggère les raisons suivantes : 1) meilleure maîtrise des dépenses par les pouvoirs publics ; 2) élimination de la tendance à l'augmentation des dépenses créée par l'assurance maladie privée ; et 3) dans certains pays, couverture quasi-universelle déjà réalisée avant son instauration par la législation.

Presque tous les pays à revenu moyen consacrent globalement suffisamment de ressources au secteur de la santé pour assurer un accès universel aux services essentiels.⁸⁸ Pourtant, cet objectif n'est pas encore atteint dans la plupart de ces pays, pour deux grandes raisons. Premièrement, il existe au

sein de la société d'importantes disparités des revenus correspondant souvent à des divisions géographiques ou ethniques, ou aux deux, et généralement associées à l'absence d'une volonté politique d'utiliser les fonds publics en vue de garantir l'accès des pauvres aux services de santé. Dans des régions telles que le Nord-Est rural du Brésil et les régions rurales de Chine occidentale subsistent des poches de profonde misère et les populations déshéritées qui y habitent n'ont souvent pas accès à des interventions essentielles, ce qui a des effets sociaux et économiques catastrophiques. Deuxièmement, nombre de pays à revenu moyen n'ont pas instauré d'assurance pour leurs travailleurs du secteur informel. Ceux-ci paient les services de santé de leur poche et la survenue d'une maladie grave risque de les ruiner.⁸⁹ La Commission estime que dans le cadre de la stratégie de développement économique de tout pays à revenu moyen, des fonds publics devraient être utilisés pour garantir un accès universel aux interventions essentielles et qu'à cet effet, il pourrait être nécessaire de transférer des ressources budgétaires vers les régions pauvres en les affectant à la santé. Un financement public pourrait aussi inciter les travailleurs du secteur informel à adhérer à un mécanisme de partage des risques. L'expérience des pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies montre clairement qu'en agissant sur la budgétisation, les modes de paiement, les transactions et la maîtrise des coûts, on peut améliorer l'équité et l'efficacité.

Mais même dans les cas où une telle redistribution des ressources est possible à long terme, bien des pays à revenu moyen vont être à court d'argent dans l'immédiat. La Banque mondiale et les banques régionales de développement, en étroite collaboration avec les pays et l'Organisation mondiale de la Santé, devraient mettre au point un système de prêts à long terme et un appui technique pour aider ces pays à passer à l'échelle supérieure dans leurs interventions en faveur des pauvres. Même si ces prêts se font en principe aux conditions du marché, ils offriraient aux pays bénéficiaires de meilleures possibilités pour le financement de leurs services de santé que les marchés financiers.⁹⁰ Les prêts ciblés consentis par la Banque mondiale à des pays à revenu moyen tels que le Brésil, la Chine et la Thaïlande pour lutter contre le SIDA et la tuberculose ont montré l'efficacité d'une telle démarche.

ELIMINATION DES CONTRAINTES AUTRES QUE FINANCIÈRES QUI S'EXERCENT SUR LES SERVICES DE SANTÉ

Les contraintes qui privent des centaines de millions de pauvres dans le monde des services de santé dont ils ont besoin vont bien au-delà du financement immédiat. La plus grande partie du milliard des gens les plus pauvres n'a pas accès à un système de santé capable de mener à bien la tâche

qui lui est confiée. Les circuits empruntés par les fonds et les matériels sont trop étroits, bloqués ou pas assez étanches; ils peuvent ne pas mener là où il faudrait ou ne pas être sous la responsabilité du secteur de la santé. Il se peut aussi qu'il n'y ait pas de circuit du tout. Une telle situation—absence d'un système de prestations sanitaires compétent et efficace - limite tous les efforts visant à accroître le nombre d'interventions efficaces. Il est des cas où ces problèmes systémiques deviennent des contraintes majeures si l'on augmente rapidement les dépenses et réduisent à néant les avantages marginaux des investissements en matériel ou en personnel. Dans certaines régions de pays en développement, il en est déjà ainsi et les dysfonctionnements des systèmes obligent des travailleurs à rester les bras croisés.

L'élimination des contraintes structurelles et la mise en place de nouveaux moyens seront généralement nécessaires pour le passage à l'échelle supérieure. Nombre d'obstacles peuvent être surmontés avec des ressources financières accrues à condition qu'elles soient bien utilisées, et les donateurs devraient investir généreusement—en partenariat avec le pays receveur—dans un processus audacieux de renforcement du système de santé. Tout ceci prendra du temps, et il faut donc se préparer dès maintenant à atteindre les objectifs du futur, par exemple en construisant une nouvelle infrastructure matérielle, en augmentant les effectifs du personnel de santé et en améliorant sa formation, et en renforçant les systèmes et moyens de gestion. Les plus hautes priorités pour ce passage à l'échelle supérieure se situent au niveau communautaire, c'est à dire là où les services de santé sont effectivement dispensés. Cette partie du système de santé est dite *proche des usagers* ou de proximité. A ce niveau, le passage à l'échelle supérieure suppose un important renforcement de la dotation en personnel local, un approvisionnement suffisant en médicaments et un minimum de moyens de transport. Il concerne aussi à la fois la partie matérielle du secteur de la santé (bâtiments, matériel diagnostique, interconnexion des centres de proximité par téléphone ou par courrier électronique) et les aspects non matériels comme de meilleurs systèmes de gestion et de contrôle et une plus grande transparence vis à vis des usagers grâce à des contrôles sur place dans les unités de proximité. Sans un ferme engagement des communautés et leur confiance absolue dans ce système de proximité, il est peu probable que l'on parvienne à étendre efficacement la couverture des services de santé chez les pauvres.

L'Etat a un quadruple rôle à jouer dans un système de prestations sanitaires basé sur des unités de proximité. Premièrement, il doit (conjointement avec les institutions de la société civile) définir en la justifiant la gamme d'interventions essentielles, eu égard aux conditions épidémiologiques locales.

Deuxièmement, il lui faut garantir un financement public suffisant (compte tenu de l'aide des donateurs) pour un accès universel à la gamme d'interventions essentielles. Troisièmement, il va exercer à la fois les fonctions de prestataire (dans les dispensaires et hôpitaux publics) et d'adjudicateur de services (à des prestataires privés). Quatrièmement, il cherchera à garantir la qualité des prestations sanitaires. En bref, il est l'autorité de tutelle de la santé publique mais pas, dans la plupart des cas, le seul prestataire de services. La Commission reconnaît que ce rôle accru de l'Etat dans le secteur de la santé devra être assumé à un moment où les gouvernements, notamment ceux des pays les plus pauvres, ne disposent que de moyens limités, et sont souvent en butte à des problèmes administratifs et gestionnaires. Régler ces problèmes sera nécessairement l'un des défis que les pays et les donateurs devront relever s'ils veulent alléger la charge de la maladie.

Sur le plan de l'organisation, nous concevons le système de proximité comme un réseau d'hôpitaux assez sommaires (pas forcément capables de tout ce que l'on peut attendre d'un grand hôpital urbain ou d'un CHU), de centres de santé et dans certains cas, de postes de santé plus petits. Divers services périphériques rattachés à ces unités interviendront directement au sein des communautés. Une surveillance médicale sera évidemment nécessaire, mais un grand nombre des activités de ces structures de proximité peuvent être menées à bien par des non médecins: infirmières et personnels paramédicaux ayant reçu divers degrés de formation, y compris des sages-femmes. Le tableau 10 montre sous une forme schématique le type d'organisation auquel nous songeons pour dispenser les services essentiels. Pour chaque intervention, nous indiquons la structure qui serait le principal prestataire.

Les hôpitaux du système de proximité devront avoir un personnel composé d'au moins un médecin et une équipe de paramédicaux, et devraient généralement pouvoir héberger et soigner au moins 100 personnes à la fois. Ils auraient pour vocation de traiter les cas aigus particulièrement graves ou compliqués. Dans le domaine de la santé maternelle, ils seraient les établissements d'orientation-recours pour l'éclampsie, les hémorragies de la délivrance, la septicémie puerpérale et les complications associées à une mauvaise manœuvre abortive. Ils constitueraient le cadre approprié pour une certaine prise en charge des cas graves de maladies de l'enfance et de paludisme, ainsi que pour le traitement des cas de tuberculose avec complications. C'est sans doute à ce niveau qu'il serait préférable d'entreprendre le traitement antirétroviral des malades du SIDA. Ces hôpitaux devront être dotés de certains moyens de laboratoire et d'au moins une salle d'opération, d'un matériel d'anesthésie et de radiologie, et d'une pharmacie générale.

Tableau 10. EXEMPLES DE PRESTATIONS PAR NIVEAU DE SOINS

Niveau de soins	Tuberculose	Paludisme	VIH/SIDA	Maladies de l'enfance	Maladies maternelles/ Périnatales	Tabagisme
Hôpital	TSD pour tuberculoses compliquées	Tt des paludismes compliqués	Transfusions pour VIH/SIDA TAHA Tt. des IO graves Soins palliatifs	PIME-cas graves	Soins obstétricaux d'urgence	
Centre de santé/poste de santé	TSD	Tt du paludisme sans complication Traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte	Antirétroviraux — substituts du lait maternel pour prévenir la transmission mère-enfant Prévention des IO et Tt des OI sans complication CTV Tt des MST	PIME Vaccination Tt de l'anémie sévère	Accouchements en présence d'un personnel qualifié Soins pré- et post-natals	Conseils pour le sevrage Thérapies pharmacologiques contre tabagisme
Services périphériques		Planification et mise en œuvre de la lutte contre l'épidémie Pulvérisations à effet rémanent dans les habitations	Education par les pairs pour les groupes vulnérables ; Echanges de seringues	Campagnes de vaccination ciblées Services périphériques de PIME — Prise en charge de la fièvre à domicile Micronutriments et vermifugation en périphérie		

Tableau 10, suite

Niveau de soins	Tuberculose	Paludisme	VIH/SIDA	Maladies de l'enfance	Maladies maternelles/périnatales	Tabagisme
Hors secteur santé ou sans prestation directe		Marketing social des moustiquaires	Marketing social du préservatif Programmes scolaires sur le VIH pour les jeunes	Amélioration de la qualité chez les détaillants privés de médicaments Vermifugation et micronutriments à l'école Politiques contre la pollution de l'air dans les habitations, information, réglementation Lois sur la supplémentation des aliments en iode, fer, folate, éventuellement zinc		Augmentation des taxes sur le tabac, interdiction de la publicité et de la promotion, lois sur la pureté de l'air, contre-publicité

Abréviations : IO : infections opportunistes ; PIME : prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ; MST : maladies sexuellement transmissibles ; Tt : traitement ; CTV : conseils et tests volontaires

Note : Les interventions sont attribuées au niveau qui sera le principal prestataire du service ; les autres niveaux assureront aussi souvent des prestations spécifiques (par ex. accouchements en présence d'un personnel qualifié).

Un système de santé de proximité devra, pour bien fonctionner, comporter au moins un et de préférence deux types de structure autres que l'hôpital. La principale condition est la mise en place d'un réseau de centres de santé avec un personnel composé principalement d'infirmières et de personnels paramédicaux qualifiés. C'est dans ces centres de santé que devront s'effectuer dans la plupart des cas, le traitement de brève durée de la tuberculose sous surveillance directe, le diagnostic et le traitement des maladies de l'enfance sans complication ainsi que le diagnostic et la réorientation des cas graves. C'est aussi le cadre le plus indiqué pour le traitement de la plupart des MST, le traitement et la prophylaxie de la plupart des infections opportunistes dans les cas de VIH/SIDA, et les tests du SIDA avec les services de conseil qui y sont associés. Les avis sur le sevrage tabagique et les interventions pharmacologiques contre l'accoutumance au tabac pourraient aussi se situer à ce niveau. Les centres de santé devraient être le lieu approprié pour les accouchements sans complication et pour l'administration de névirapine ou autre antirétroviral en vue de prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Dans certaines situations, par exemple lorsque l'habitat est très dispersé, il peut être recommandé de prévoir un autre niveau que nous appelons *poste de santé*. Celui-ci sera le cadre qui convient pour des services tels que les vaccinations systématiques, les soins prénatals et postnatals, et les traitements aux antipaludiques.

Toutefois, en cas de forte densité de la population, ces services courants pourront être assurés par les centres de santé, et en zone rurale, par des unités mobiles. Un système de proximité comportera aussi de nombreux services périphériques rattachés aux installations fixes: dans le cas, par exemple, de la santé maternelle et infantile, il s'agira de visites prénatales, de campagnes de vaccination, de programmes de supplémentation en micronutriments, de vermifugations présomptives et de formations à la prise en charge à domicile de la fièvre et de la diarrhée par réhydratation orale. Dans le cas du paludisme, ces activités périphériques peuvent comprendre le pulvérisations d'insecticide à l'intérieur des habitations et la planification de la lutte contre les épidémies. Certaines interventions doivent aussi avoir lieu en dehors du secteur de la santé. Dans le domaine du VIH/SIDA, celles-ci sont indispensables pour atteindre les groupes vulnérables au moyen d'une éducation par les pairs qui est l'élément clé de la lutte dans les zones à faible prévalence. Le marketing social peut aussi servir à encourager l'usage du préservatif et des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Des programmes d'éducation sanitaire à l'école peuvent porter sur des affections particulières telles que les parasitoses, ou sur la sexualité afin de réduire le risque de transmission du VIH/SIDA. On peut améliorer la qualité des médicaments achetées au

détail, notamment par la formation de vendeurs et le marketing social des médicaments, et par diverses mesures telles que le préconditionnement et la diffusion de conseils faciles à comprendre sur les traitements.

Jusqu'ici, l'une des manières d'éviter les problèmes posés par le manque de moyens dans les systèmes de santé a consisté à adopter une approche verticale ou catégorique d'une maladie donnée, comme le paludisme, ou d'un groupe d'interventions, comme la vaccination des enfants. Ce type de démarche suscite un intérêt considérable chez de nombreux donateurs extérieurs qui apprécient l'organisation technique et financière centralisée caractéristique du système et sa facilité d'évaluation. De nombreux programmes de ce genre ont été couronnés de succès, tant dans les pays que parfois même dans le reste du monde. Nous recommandons vivement de ne pas renoncer à cette approche catégorique car le regroupement des compétences et des efforts qui la caractérisent est du plus haut intérêt, et nous sommes d'avis que les pays à bas revenu doivent conserver ou instaurer des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et éventuellement d'autres maladies bien déterminées, alors même qu'ils mettent en place des systèmes de proximité.

La nécessité d'une telle concentration des compétences pour guider ou compléter les systèmes de proximité est évidente, même lorsque ces derniers fonctionnent correctement. Il est cependant tout aussi important de veiller à ce que ces approches catégoriques complètent mais ne remplacent pas un service de santé élargi. Etant donné en outre que nous préconisons une extension considérable de la couverture d'un nombre important d'interventions, il est manifestement plus rationnel de renforcer le service de santé proprement dit que de chercher à construire tout autour un enchevêtrement de dérivations. Les programmes catégoriques peuvent apporter une aide technique au niveau de proximité, proposer des protocoles de traitement types et une assurance de la qualité des médicaments, et exercer une surveillance et une évaluation axées sur des issues déterminées ; ils peuvent enfin aider à obtenir un large soutien politique. Souvent, les infrastructures mises en place dans le cadre de ces démarches catégoriques sont utilisées contre d'autres maladies hautement prioritaires. Un grand nombre des initiatives mondiales soutenues par l'industrie auxquelles nous faisons allusion plus haut et qui se fondent sur la distribution de médicaments et autres articles à d'importantes populations ont renforcé les structures nationales requises pour les interventions du système de proximité.

La plupart des pays à bas revenu vont devoir déployer des efforts considérables pour passer à l'échelle supérieure, notamment lors de la mise en place du système de proximité et de son soutien gestionnaire. Nous avons

examiné en détail les obstacles qui devront être surmontés au cours de ce processus,⁹¹ et les avons classés (tableau 11) en cinq catégories selon le niveau auquel ils se présentent, à savoir: communauté et ménages; prestation des services de santé; politique sectorielle de la santé et direction stratégique; problèmes généraux de politique publique; et caractéristiques de l'environnement. L'un des objectifs est de repérer les domaines où ces

Tableau 11. CATÉGORIES DE CONTRAINTES

Niveaux	Contraintes
Communautés et ménages	Défaut de demande d'interventions efficaces Obstacles à l'utilisation d'interventions efficaces : physiques, financiers et sociaux
Prestation des services de santé	Pénurie de personnel suffisamment qualifié et mauvaise répartition des effectifs Orientation technique, gestion des programmes et supervision laissant à désirer Insuffisance des médicaments et des fournitures médicales Manque de matériels et d'infrastructures (y compris laboratoires et moyens de communication) et mauvaise accessibilité des services de santé
Politique sectorielle de la santé et direction stratégique	Systèmes de planification et de gestion inefficaces et trop centralisés Politiques pharmaceutiques et systèmes d'approvisionnement en médicaments déficients Réglementation insuffisante du secteur pharmaceutique et du privé et mauvaises pratiques industrielles Absence d'action intersectorielle et de partenariat pour la santé entre l'Etat et la société civile Faibles incitations à utiliser les ressources efficacement et à répondre aux besoins et aux desiderata des usagers Recours excessif aux donateurs qui réduit la marge de manœuvre et le sentiment d'appropriation ; pratiques des donateurs qui nuisent à l'application des politiques nationales
Politiques publiques transsectorielles	Bureaucratie excessive à l'échelon central Infrastructure des communications et des transports peu accessible
Caractéristiques de l'environnement	<i>A. Gouvernance et politique générale</i> Corruption, inefficacité du gouvernement, de l'application de la loi et du respect des contrats Instabilité politique et insécurité Faible priorité attribuée aux secteurs sociaux Système public de responsabilisation insuffisant Pas de liberté de la presse <i>B. Environnement Physique</i> Prédisposition climatique et géographique à la maladie Environnement physique défavorable à la prestation des services

Source : Hanson et al.

obstacles peuvent être assez facilement levés grâce à un appui financier accru et ceux où l'insuffisance du financement n'est pas le problème le plus essentiel. Les domaines où la solution passe davantage par un surcroît d'aide financière se situent dans les deux premières catégories : il s'agit de facteurs qui s'exercent au niveau de la communauté et du système de prestation des services de santé communautaires. Les obstacles des trois autres niveaux concernent plus spécialement la gouvernance et la performance des institutions et moins le financement proprement dit. En outre, si une capacité de gestion insuffisante pose un problème à tous les niveaux, certaines solutions sont plus faciles et plus rapides à mettre en œuvre au niveau local, et constituent donc une priorité pour l'immédiat, alors que la réforme et le renforcement des administrations centrales supposent une action suivie dans le long terme.

Pour évaluer les obstacles actuels pays par pays, nous avons attribué à chaque pays à bas revenu une note en fonction d'un certain nombre d'indicateurs indirects, parmi lesquels figuraient le taux d'alphabétisation des femmes, le nombre d'infirmières pour 100.000 habitants, la couverture vaccinale actuelle par le DTC3, une mesure UNICEF de l'accès aux services de santé, des mesures de la Banque mondiale applicables à la lutte contre la corruption et à l'efficacité des pouvoirs publics et enfin, une mesure de la proportion de la population qui se trouve en zone tropicale mise au point par le Harvard Center for International Development. L'analyse des résultats a révélé d'importantes variations. On a ainsi constaté que dans ces pays à bas revenu, le nombre d'infirmières pour 100.000 habitants oscille entre 5 et 874, et la proportion des personnes considérées comme ayant accès aux services de santé, entre 18 et 95 pour cent.

Il est important de noter que les deux pays où vit la majorité du milliard de personnes les plus pauvres, à savoir l'Inde et la Chine, l'un à bas revenu et l'autre à revenu moyen inférieur, se situent très nettement dans le quartile le moins soumis à des contraintes. À l'autre extrémité du spectre, on trouve dans le quartile en butte aux pires contraintes l'Angola, le Burundi, le Cambodge, l'Erythrée, la Guinée-Bissau, Haïti, le Libéria, la Mauritanie, le Niger, le Nigeria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Tchad et le Yémen. La plupart de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne et nombre d'entre eux sont aux prises avec un conflit armé (interne ou extérieur) ou l'ont été récemment. Beaucoup souffrent de graves lacunes administratives. Nous observons une différence qualitative entre ces pays et ceux qui figurent dans les quartiles supérieurs, car dans ces derniers, les divers indicateurs de contraintes sont bien moins fortement corrélés entre eux.

Les pays les plus en butte à des obstacles sont ceux où les interventions posent le plus de problèmes. Leurs indicateurs sanitaires sont nettement inférieurs à ceux de l'ensemble des pays à bas revenu: un tiers seulement du nombre d'infirmières pour 100.000 habitants, près du double de la mortalité infantile et plus du double de la mortalité maternelle. La proportion d'habitants vivant avec moins de 1 dollar par jour y est deux fois plus élevée que dans les autres pays à bas revenu. Toutefois, il convient d'observer qu'en valeurs absolues, ces pays ne représentent qu'une part relativement modeste de l'ensemble du problème. Ce sont le plus souvent des petits pays (plus de la moitié ont moins de 10 millions d'habitants) et leurs populations réunies ne dépassent pas environ 250 millions de personnes. Bien que les taux de pauvreté y soient élevés, on n'y trouve que 13 pour cent de l'ensemble des personnes qui vivent avec moins de 1 dollar par jour dans les pays à bas revenu. Autrement dit, 87 pour cent des personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour n'habitent pas dans un des pays soumis aux pires contraintes.

Cette analyse approximative laisse de côté certains pays du bas du classement où s'exercent de fortes contraintes. Mais ce que nous voulions démontrer, c'est qu'il est faux de dire, comme certains, que l'on ne peut rien faire pour le milliard de personnes les plus démunies sous prétexte qu'elles vivent dans des pays où l'administration est trop inefficace, la société civile trop impuissante, le degré d'instruction trop bas et les investissements en infrastructure trop insignifiants pour qu'une assistance extérieure puisse déboucher sur une amélioration durable. S'il existe effectivement des endroits où les contraintes sont telles que la situation semble désespérée, la plupart des pauvres n'y habitent pas et sont dans des pays nettement plus favorisés. Mais pour que l'aide financière soit utilisée efficacement, il faut investir largement dans le développement du potentiel afin de s'attaquer aux contraintes, même dans des pays situés bien au-dessus du quartile inférieur.

On peut d'ailleurs affirmer qu'un climat défavorable au développement en général: pouvoirs publics inefficaces, faiblesse économique, corruption généralisée, etc., font un peu moins obstacle à des programmes de santé bien ciblés qu'à d'autres formes d'aide au développement. L'éradication de la variole a nécessité des interventions efficaces dans tous les pays, indépendamment des contraintes auxquelles ils étaient soumis; plus récemment, le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) a obtenu d'intéressants résultats en dépit de lourdes contraintes, comme dans la lutte contre la lèpre, la dracunculose, la maladie de Chagas et d'autres initiatives menées énergiquement. La leçon à en tirer est que pour surmonter des obstacles

internes, il a fallu des programmes internationaux sous la forme de biens publics mondiaux. Il arrive que des interventions sanitaires entreprises à une échelle internationale permettent de remédier aux insuffisances d'un système politique national faible.

Il faut encore noter que de pesantes contraintes peuvent n'être que transitoires. Si notre analyse avait été faite quelques années auparavant, des pays comme l'Ouganda et le Mozambique auraient probablement figuré parmi les plus en butte à des contraintes. Aujourd'hui, ils peuvent se targuer de remarquables succès. Dans bien des cas, ce que nous appelons des pays soumis à de lourdes contraintes pourraient être considérés par d'autres comme placés dans une situation d'urgence complexe où les fortes contraintes sont dues à des circonstances exceptionnelles. Les situations d'urgence complexes créent un environnement qui n'est pas favorable aux interventions sanitaires mais qui nécessite néanmoins de telles interventions, notamment pour lutter contre les épidémies, le paludisme et autres crises sanitaires. Lorsque les conditions administratives s'améliorent, l'argent consacré en pareil cas à des programmes de santé catégoriques peut engendrer des moyens institutionnels utiles pour une amélioration plus générale du système de santé.

Toutefois, une administration nationale caractérisée par la corruption et un désintéret de tout développement durable nuira aussi bien au secteur de la santé qu'au reste de l'économie. Un pays aux prises avec un violent conflit, ou qui réprime des minorités ethniques ou raciales, aura des difficultés à améliorer durablement le potentiel de son secteur de la santé, ou sera même dans l'impossibilité d'y parvenir. Les pays où le pouvoir est confisqué par des institutions autoritaires et où les communautés locales sont privées du droit de participer à la gestion de leurs propres affaires, y compris leur santé, resteront aussi très en deçà de tous les résultats potentiels. Il est difficile de préciser la proportion de pays qui se classent dans cette catégorie. Tout ce que l'on peut dire est qu'ils existent et sont hélas nombreux. L'effort global de passage à l'échelle supérieure serait sûrement compromis si les donateurs investissaient de larges sommes dans ces pays pour constater ensuite que le seul résultat en a été un gaspillage de ressources et une perte de confiance chez leurs propres contribuables.

De brèves crises macroéconomiques de courte durée peuvent gravement compromettre l'accès aux services de santé et nuire au passage à l'échelle supérieure à moins que le secteur soit bien protégé contre les chocs de courte durée. Les organismes donateurs et les institutions multilatérales doivent, de concert avec les responsables nationaux, veiller particulièrement à préserver les interventions sanitaires essentielles des effets des politiques d'austérité que peut susciter une crise macroéconomique passagère. Le sou-

tien des donateurs peut jouer un rôle vital dans le maintien des services de santé essentiels pendant une période de récession économique. Il est aussi indispensable d'élaborer à l'avance des plans d'aide sociale qui permettront, dans une telle situation, de secourir les pauvres. Si des ménages sombrent dans la misère, le simple maintien des services de santé essentiels au niveau qui était le leur avant la crise économique ne peut pas éviter les effets défavorables sur la santé.

REPLACER LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS UN CONTEXTE PLUS LARGE DE PROMOTION SANITAIRE

Une politique de santé efficace suppose une connaissance détaillée des conditions locales—écologiques, sociales, démographiques, économiques et politiques—qui ont toutes un effet sur la santé et qui doivent être prises en compte dans une stratégie de la santé publique. Des investissements et des changements de comportement considérables sont nécessaires dans de nombreux domaines clés autres que le secteur de la santé (du moins dans son acception courante). Les estimations économétriques des issues sanitaires établies pour le présent Rapport (notamment l'espérance de vie des individus de sexe féminin dans un échantillon de pays, de 1975 à 1990) confirment les multiples rôles de la santé et des services de santé (dont la mesure est donnée par le nombre de médecins pour 100.000 habitants), du revenu des ménages (donné par le PNB par habitant) et les conditions écologiques (zones tropicales défavorables à la santé, zones côtières favorables à la santé).⁹² Outre la réforme du secteur de la santé, la politique sanitaire doit concerner au moins quatre domaines.

1) Infrastructure et technologie pour la santé

Avant même l'avènement de certaines des interventions sanitaires les plus efficaces du 20^{ème} siècle, comme les vaccinations et les antibiotiques, l'espérance de vie a commencé à augmenter et la morbidité à décliner en Europe occidentale et en Amérique du Nord. Ces gains ont été obtenus par l'amélioration de ce que Fogel appelle « l'infrastructure sanitaire », expression qui recouvre l'accès à une eau saine, les services urbains d'évacuation des eaux usées et des déchets, la pasteurisation du lait et autres précautions pour la préparation et la conservation des aliments, l'apport en nutriments, notamment à la suite des progrès des techniques et de la productivité agricole, et la baisse des coûts du transport des denrées alimentaires dans les centres urbains. Soulignons ici que le terme infrastructure ne concerne pas seulement des bâtiments mais aussi un savoir-faire. Des investissements sont absolument nécessaires pour faire progresser la technologie, non seule-

ment dans le domaine biomédical mais aussi en agriculture (cultures plus riches en nutriments, ou d'un meilleur rendement), dans l'aménagement de l'environnement et dans d'autres secteurs.

2) Conditions écologiques

De nombreuses maladies sont fortement influencées par l'écologie du pays. Elles dépendent de la température, de la pluviométrie, de l'existence de réserves d'eau potable, de la présence de certains vecteurs de maladie comme les moustiques (laquelle est elle-même influencée par le climat, les hasards de l'histoire et la biogéographie), de la densité de l'habitat (ou le surpeuplement), de l'exposition à des risques de l'environnement tels que la pollution de l'air dans les habitations où l'insalubrité de l'eau, etc. Les îles diffèrent des continents,⁹³ les zones tempérées des zones tropicales, les régions humides des déserts et les côtes de l'intérieur des terres. Il n'est pas surprenant que le paludisme ait été vaincu dans la plupart des régions tempérées mais pas dans une grande partie des tropiques, ni que l'Afrique subisse la transmission paludique la plus intensive, ce qui est dû en partie au fait qu'on y trouve le plus pernicieux (ou le plus « compétent ») des moustiques vecteurs, *Anopheles gambiae*. Les régions et saisons chaudes sont beaucoup plus favorables aux maladies diarrhéiques provoquées par des bactéries que les climats plus frais. Les coûts et les stratégies peuvent varier nettement en fonction de l'écologie, et les stratégies d'intervention doivent être adaptées aux conditions de l'environnement.⁹⁴ Dans certaines régions, les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont parfois la meilleure forme de lutte contre les vecteurs du paludisme; dans d'autres, il peut être plus efficace de procéder à des pulvérisations dans les habitations ou à des épandages de larvicide sur les gîtes larvaires.

3) Conditions sociales, y compris l'éducation et l'égalité entre les sexes

Les conditions sociales ont une énorme importance. Le taux d'alphabétisation, par exemple, notamment chez les femmes, contribue largement à une bonne santé. Certaines sociétés alphabétisent largement, d'autres excluent les filles et d'autres encore négligent d'instruire des minorités ethniques ou des groupes situés au bas de l'échelle sociale. C'est ainsi que les divisions ethniques, la stratification sociale et le sexisme peuvent largement contribuer au succès ou à l'échec de la lutte contre les maladies. Le statut social des femmes est l'un des principaux déterminants des issues sanitaires. Dans de nombreuses sociétés, on constate que les femmes investissent les maigres ressources du ménage dans la santé et l'éducation de leurs enfants plus que ne le font les hommes. Le taux d'alphabétisation de la mère est

essentiel pour la presque totalité des interventions sanitaires, qu'il s'agisse de faire adopter des comportements personnels ou d'améliorer l'accès au système officiel de soins de santé. Là encore, les sociétés qui limitent l'accès des filles à l'éducation en paient le prix sous la forme d'une moins bonne santé et, partant, d'un ralentissement de la croissance économique. Il est donc important de veiller à ce que les femmes et les fillettes pauvres aient un accès équitable à l'information, aux services et aux médicaments. Elles doivent aussi jouer un rôle important dans l'implication de la communauté et de la société civile que nous recommandons ici. En bref, les recommandations du Sommet du Millénaire concernant l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes—ce qui comprend, sans s'y limiter, l'égalité des chances d'éducation—doivent être appliquées si l'on veut atteindre les objectifs de développement pour le millénaire et mener à bien l'initiative proposée ici.

Les pratiques sexuelles peuvent fortement influencer les modes de propagation des maladies sexuellement transmissibles. Nous avons noté que la forte prévalence du SIDA en Afrique résulte en partie de réseaux de transmission sexuelle constitués par des groupes assez nombreux d'individus à haut risque comme les travailleurs migrants de sexe masculin (par exemple des mineurs) qui fréquentent des prostituées. La situation est encore aggravée par le fait que les femmes n'ont guère de pouvoir de décision dans les relations sexuelles en Afrique et dans certaines régions d'Asie. Il est un autre facteur d'origine culturelle: c'est la circoncision masculine (particulièrement répandue dans les sociétés musulmanes en Afrique) qui pourrait exercer une protection contre la transmission du VIH, comme semblent en témoigner les taux de prévalence plus faibles enregistrés dans les pays d'Afrique de l'Ouest où l'Islam prédomine.

4) *Mondialisation*

La mondialisation comporte, d'une manière générale, des avantages sanitaires potentiels pour l'ensemble du monde (Feachem 2001). Une meilleure intégration du marché mondial peut, par exemple, accélérer l'innovation et la diffusion du progrès technologique (par exemple, à l'occasion d'échanges de services de santé), ce qui ne peut que profiter à l'ensemble de l'humanité. Toutefois, les pays à bas revenu ont à affronter au moins quatre problèmes de gouvernement du fait de la mondialisation. Premièrement, la mondialisation aggrave sans doute l'exode des cerveaux qui sévit dans les pays les plus pauvres. On estime que dans les 20 pays africains suivants : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Maroc, Mauritanie, Nigéria,

Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo et Tunisie, plus de 35 pour cent des nationaux ayant fait des études universitaires habitent maintenant à l'étranger (Organisation internationale des migrations, 2001). Alors que l'Afrique est aux prises avec l'exode de ses médecins, des pays comme le Canada et les Etats-Unis recrutent activement ces mêmes médecins en organisant des campagnes de publicité et en leur offrant divers avantages, tels qu'un traitement préférentiel pour la délivrance des visas. Deuxièmement, la mobilité internationale des capitaux donnant lieu à une concurrence accrue, de nombreux gouvernements se voient obligés d'abaisser leurs taux d'imposition pour attirer les investissements. Ces baisses peuvent finalement favoriser la croissance économique, mais ces pays ont alors plus de difficulté à financer leurs dépenses publiques de santé. Certains pays comme la Chine obligent les centres de santé locaux à financer une part croissante de leur budget au moyen de leurs propres recettes, ce qui exclut les pauvres de l'accès à des services essentiels (et incite ces centres à encourager une surconsommation des médicaments et services qui leur servent à couvrir leurs frais). Troisièmement, la mondialisation accélère sans doute la propagation des maladies d'un pays à l'autre. Des études théoriques donnent à penser que des augmentations même modestes des relations internationales entre populations (par exemple, du fait du tourisme, des migrations ou des voyages d'affaires) peut augmenter de façon substantielle le taux de transmission des maladies infectieuses.⁹⁵ Quatrièmement, la mondialisation conduit à l'abandon de nombreuses caractéristiques culturelles locales, ayant trait par exemple au régime alimentaire et à l'usage des drogues. Nous observons un rapide progrès de pratiques malsaines comme la consommation d'aliments riches en graisses et un usage accru du tabac et de drogues illicites (qui peuvent aussi constituer d'importantes voies de transmission du SIDA, de l'hépatite C, et d'autres maladies transmises par le sang).

PRODUCTION DE SAVOIRS À L'ÉCHELLE MONDIALE POUR LUTTER CONTRE LA MALADIE

Les biens publics, pris dans leur acception la plus large, sont des types d'activités économiques et de produits que le marché n'offre pas en quantités suffisantes et qui doivent donc être fournis ou financés par le secteur public. Lorsque des biens publics sont locaux (comme la police et les pompiers) ils relèvent principalement des collectivités locales et lorsqu'ils sont nationaux (comme la défense), c'est à l'Etat qu'il incombe au premier chef de les fournir. Les biens publics mondiaux (BPM) sont des biens publics dont la fourniture ne peut pas être entièrement assurée par les collectivités

locales et les gouvernements car les avantages qui en découlent vont au-delà des frontières d'un pays. La lutte contre la maladie nécessite des investissements importants en BPM qui dépassent les moyens ou les intentions d'un seul Etat et sont supérieurs à la somme des programmes de pays.

Parmi les types de biens publics les plus importants figurent ceux qui impliquent la production de savoirs nouveaux, notamment par des investissements dans la recherche-développement (R&D). Etant donné que ces savoirs sont des biens non exclusifs, ce qui signifie que leur utilisation par quiconque n'entame en rien leur disponibilité pour les autres, il est logique qu'une société veuille à ce que les nouvelles connaissances soient largement disponibles et effectivement utilisées. Pourtant, si les fruits de la R&D sont mis gratuitement à la portée de tous, les entreprises qui recherchent un profit maximum risquent de ne pas être tentées au départ d'investir dans cette activité. Pour établir un équilibre entre le libre accès aux savoirs et l'incitation des entreprises privées à financer la R&D, la démarche la plus pragmatique consiste à associer deux politiques : le financement public de la R&D et la protection par des brevets des sociétés privées qui investissent dans la R&D. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, la recherche biomédicale financée par le Gouvernement fédéral et soutenue par les National Institutes of Health (NIH) joue un rôle essentiel dans le développement de nouveaux médicaments en alimentant les activités de R&D de l'industrie pharmaceutique privée dont les fruits sont protégés par des brevets.

La répartition des tâches de R&D entre les secteurs public et privé est liée, du moins en principe, à la nature des connaissances que l'on cherche à acquérir. Concrètement, il n'est pas souhaitable qu'un pays accorde des droits de brevet pour les résultats de recherches fondamentales, étant donné que toute la société profite d'un usage et d'une diffusion aussi larges que possible des notions de science pure.⁹⁶ Il est donc absolument essentiel que les travaux de R&D qui relèvent de la recherche fondamentale fassent l'objet d'un financement public. Même au royaume de la libre concurrence que sont les Etats-Unis d'Amérique, ce type d'investissement public est approuvé par les deux grands partis politiques du pays.⁹⁷ Toutefois, dans le cas d'applications particulières de notions scientifiques générales, l'octroi de brevets est une incitation à produire et tester des produits, opérations à la fois risquées et coûteuses. Etant donné que ces brevets portent sur des applications et non sur des connaissances fondamentales, la concurrence entre les détenteurs de brevets est préservée par la multiplicité des applications auxquelles donne lieu le même savoir mis gratuitement à la disposition de tous. Si l'innovation technologique est considérée comme un processus qui va de la recherche fondamentale aux essais du produit final, le finan-

cement public devrait couvrir une grande partie des étapes initiales et la protection assurée par les brevets devrait inciter à mener l'opération à son terme. Mais s'agissant de la R&D axée sur les maladies propres aux pays pauvres, les mécanismes d'incitation sont inopérants aux deux extrémités du processus. Les gouvernements des pays pauvres n'ont pas les moyens de subventionner la R&D, et la protection conférée par les brevets n'a guère de sens lorsqu'il n'y a pas de débouché commercial substantiel au moment de la mise sur le marché. Il en résulte que la R&D relative aux maladies des pays pauvres—telles que le paludisme et autres parasitoses tropicales—est très insuffisamment financée. Les pays pauvres profitent surtout de la R&D lorsque des pays riches sont victimes des mêmes maladies qu'eux !⁹⁸

Il est utile d'établir une distinction entre trois types de maladies. Les *maladies du type I* sévissent à la fois dans les pays riches et pauvres, et ces deux catégories de pays ont une nombreuse population vulnérable. Parmi les maladies transmissibles de ce type on peut citer la rougeole, l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type b (Hib); quant aux maladies non transmissibles, elles abondent (diabète, maladies cardiovasculaires et maladies liées au tabac, par exemple). Dans le cas de ces maladies du type I, des incitations à la R&D existent sur les marchés des pays riches (financement public de la recherche fondamentale et octroi de brevets lors du développement des produits). Dès lors, des produits sont mis au point et le principal problème qui se pose aux pays pauvres est celui de l'accès à ces produits, généralement chers et protégés par des brevets. De nombreux vaccins ont été développés ces 20 dernières années contre des maladies du type I, mais en raison de leur coût, ils n'ont pas été largement utilisés dans les pays pauvres. Les *maladies du type II* sévissent à la fois dans les pays riches et pauvres, mais avec une majorité substantielle de cas dans les pays pauvres. Des incitations à la R&D sont donc offertes par les marchés des pays riches, mais le niveau des investissements mondiaux dans la R&D n'est pas à la mesure de la charge de morbidité. Le VIH/SIDA et la tuberculose sont des exemples de ces pathologies: elles sont toutes deux présentes dans les pays riches et pauvres, mais plus de 90 pour cent des cas se trouvent dans des pays pauvres. D'importants travaux de R&D sont en cours pour la mise au point de vaccins anti-VIH/SIDA en raison des possibilités de commercialisation dans les pays riches, mais ils ne sont pas à la hauteur des besoins mondiaux ni adaptés aux manifestations particulières de la maladie dans les pays pauvres. Dans le cas de la tuberculose, la situation est encore pire car les travaux de R&D entrepris pour la mise au point de nouveaux traitements plus efficaces sont insignifiants. Les *maladies du type III* sont celles qui sévissent essentiellement ou exclusivement dans des pays en déve-

loppement comme la maladie du sommeil africaine (trypanosomiase) et la cécité des rivières africaine (onchocercose). La R&D consacrée à ces maladies est très limitée et elles ne font l'objet d'aucune activité industrielle de R&D dans les pays riches. Lorsque de nouvelles technologies apparaissent, elles sont généralement le fruit du hasard : c'est ainsi qu'un médicament vétérinaire développé par Merck (l'ivermectine) s'est révélé efficace contre l'onchocercose chez l'homme.

Certaines maladies sont à cheval sur deux catégories, notamment si le traitement et/ou la prévention sont fonctions de souches particulières aux pays riches ou pauvres. C'est ainsi que le SIDA se situe entre les types I et II et le paludisme entre les types II et III.⁹⁹ L'expérience fait alors clairement ressortir un principe de base: la R&D tend à diminuer par rapport à la charge de morbidité à mesure que l'on passe du type I au type III. Les maladies du type II sont souvent appelées des *maladies négligées* et celles du type III des *maladies très négligées*.

Une mesure de cette négligence est donnée par le rapport entre les dépenses totales consacrées à une maladie et la charge mondiale de morbidité (obtenu en calculant, par exemple, le montant des dépenses de R&D par AVCI¹⁰⁰). Prenons le cas du paludisme. Cette maladie représente environ 3 pour cent du total de la charge mondiale de morbidité en années de vies corrigées de l'incapacité (45 millions d'AVCI sur un total mondial de 1,4 milliard d'AVCI), et 99 pour cent de cette charge de morbidité se situe dans le monde en développement. On estime à environ \$60 milliards par an le coût total de la recherche biomédicale dans les secteurs public et privé, soit \$42 par AVCI, et à \$100 millions peut-être les sommes consacrées à la recherche sur le paludisme, soit \$2,2 par AVCI.¹⁰¹ Le coût par AVCI de la R&D dans le domaine du paludisme ne représente donc qu'un vingtième de la moyenne mondiale. On notera avec regret que le principal partenariat public-privé pour la mise au point de nouveaux antipaludiques, le Malaria Medicines Venture (MMV), dépense actuellement moins de \$10 millions par an en frais de financement, et que ses fonds sont si limités qu'il s'est fixé pour 2004 un objectif de \$30 millions par an seulement. L'OMS, travaillant en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, a récemment constaté que l'effort de R&D consenti par l'industrie privée pour plusieurs maladies importantes est des plus réduit, malgré les percées que laisse entrevoir la science dans la recherche de médicaments, de vaccins et d'épreuves diagnostiques nouveaux. Parmi ces domaines négligés figurent le paludisme, la tuberculose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la leishmaniose, la schistosomiase, la trypanosomiase africaine et la maladie de Chagas.¹⁰²

Ce déséquilibre de la recherche entre les maladies des pauvres (maladies du type II et surtout du type III) et celles des riches est reconnu et documenté depuis plus de dix ans. Un rapport publié en 1990 et largement diffusé de la Commission sur la recherche-développement en santé notait ce que l'on a appelé depuis le *déséquilibre 90/10*, à savoir que 10 pour cent seulement des dépenses de R&D est consacré aux problèmes de santé de 90 pour cent de la population mondiale. Le rapport original fixait d'ailleurs ce déséquilibre à 95/5, ce qui est probablement plus près de la réalité.¹⁰³ Ce rapport a conduit à la création, en 1996, du Forum mondial de la recherche en santé qui continue à documenter les graves lacunes de la recherche sur les maladies des pauvres. De nombreuses initiatives ont été lancées ou poursuivies pour remédier à ce déséquilibre, mais leur financement demeure très insuffisant. Le programme phare de l'OMS, du PNUD et de la Banque mondiale pour la recherche sur les maladies tropicales (TDR), qui a pourtant obtenu des résultats remarquables dans la lutte contre ces maladies tropicales, a un budget annuel ne dépassant pas quelque \$30 millions pour combattre huit maladies tropicales majeures.¹⁰⁴ L'Initiative pour la recherche sur les vaccins (IRV), programme qui met en commun tous les moyens de recherche-développement sur les vaccins de l'OMS et de l'ONUSIDA, ne dispose que d'environ \$8 millions par an pour accélérer le développement et la diffusion de vaccins dirigés contre 13 maladies, sans parler des technologies génériques destinées à améliorer la vaccination.¹⁰⁵ Une entreprise pluriinstitutionnelle similaire pour la santé génésique, intitulée Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) a un budget d'environ \$20 millions par an (ou \$40 millions par exercice biennal). Plus récemment, on a créé plusieurs partenariats public-privé, souvent à l'initiative des Fondations Gates et Rockefeller, pour la R&D dans les domaines du paludisme, du SIDA et de la tuberculose. Les montants consacrés à ces initiatives restent très modestes mais représentent un net progrès par rapport aux années antérieures.

L'Organisation mondiale de la Santé et le Forum mondial pour la recherche en santé devrait se pencher de façon suivie avec les bailleurs de fonds et les communautés de chercheurs sur les aspects hautement prioritaires de la R&D relatifs aux maladies des pays pauvres qui sont négligées par le secteur pharmaceutique international. Il s'agit notamment de la mise au point de vaccins contre le paludisme, la tuberculose et le SIDA, de microbicides contre le SIDA, de nouveaux pesticides pour lutter contre les maladies transmises par un vecteur et de thérapies d'association contre le paludisme destinées à retarder l'apparition d'une résistance aux antipaludiques.¹⁰⁶

Parmi les maladies très négligées figurent la filariose lymphatique, la leishmaniose, la schistosomiase, la trypanosomiase et la maladie de Chagas. Une évaluation détaillée des priorités de la R&D et de la faisabilité de nouveaux médicaments, entreprise par la Table ronde de l’OMS et de la FIIM, est résumé au tableau 12. L’un des problèmes constants de ces maladies et d’autres pathologies tropicales vient de ce que même si des traitements efficaces ont existé dans le passé, la propagation d’une pharmacorésistance rend les méthodes classiques inefficaces, et les traitements de remplacement peu coûteux sont rares ou inexistantes. Il est donc constamment nécessaire de développer des médicaments améliorés et des médicaments de remplacement. Pour certaines maladies bactériennes, comme la dysenterie, la pharmacorésistance est devenue un obstacle majeur au traitement. Il convient de noter que le tableau 12 n’indique pas les affections pour lesquelles on risque d’avoir plus besoin d’un vaccin que d’un médicament, comme la shigellose, l’encéphalite japonaise et la dengue qui sont toutes visées par l’Initiative OMS/ONUSIDA pour la recherche sur les vaccins.

Nous estimons qu’au moins \$3,0 milliards devraient être alloués chaque année aux activités de R&D axées sur les priorités sanitaires des pauvres dans le monde. Sur ce total, 1,5 milliard par an serait consacré à une R&D ciblée sur des médicaments, vaccins, épreuves diagnostiques et stratégies d’intervention nouveaux utilisables contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies prioritaires des pauvres, ainsi qu’en santé génésique. En ce qui concerne par exemple le SIDA, ces activités incluraient des recherches sur l’utilisation d’antirétroviraux dans des pays à bas revenu, sur des vaccins dirigés contre les sous-types viraux qui sont répandus dans les pays à bas revenu et sur des microbicides destinés à bloquer la transmission du virus. Il sera absolument essentiel d’assurer un financement constant de la R&D car des percées ne seront possibles dans ces domaines qu’après des années d’investigations et d’essais cliniques poussés. Tant l’OMS que le Forum mondial pour la recherche en santé ont un rôle important à jouer en veillant à la bonne répartition de ce financement accru.

Outre cette R&D ciblée, une recherche scientifique fondamentale très intensifiée s’impose dans les domaines de la santé (sur des sujets tels que l’épidémiologie, l’économie de la santé, les systèmes de santé et la politique de santé) et des sciences biomédicales (virologie par exemple) qui intéressent particulièrement les pays pauvres. La Commission propose de consacrer \$1,5 milliard par an à un nouveau Fonds mondial de la recherche en santé (FMRS). Ce fonds jouerait dans le domaine de la recherche sanitaire et biomédical un rôle similaire à celui du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI) dans le domaine de l’agriculture. Le FMRS

Tableau 12. PRIORITÉS DE LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT AXÉE SUR DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS POUR LES MALADIES DES PAYS PAUVRES

Maladies	Mortalité annuelle	Problèmes posés par les médicaments actuels	Nouveaux médicaments requis; faisabilité scientifique	Engagement actuel de l'industrie dans la R&D
Paludisme	1-2 millions	Résistance acquise aux traitements actuels, et coût élevé des nouveaux traitements	Oui ; haute faisabilité	Faible, en dehors du partenariat public-privé
Tuberculose	2 millions	Résistance acquise aux médicaments, problèmes d'observance (durée et complexité)	Oui ; haute faisabilité, mais après une longue période de développement	Faible
Filariose lymphatique et onchocercose	Peu de décès, mais coûts sociaux moyens à élevés	Les médicaments ne tuent pas tous les stades du parasite ; rapide réinfection	Oui ; haute faisabilité	Faible
Leishmaniose	57.000	Résistance acquise aux médicaments, faible observance	Oui ; haute faisabilité	Faible (sauf en partenariat avec TDR)
Schistosomiase	14.000	Résistance acquise aux médicaments	Oui ; l'OMS est optimiste quant à la faisabilité, mais l'industrie l'est moins	Aucun
Trypanosomiase africaine	66.000	Résistance acquise aux médicaments, le traitement n'est pas actif contre tous les stades de la maladie	Oui ; l'OMS est optimiste quant à la faisabilité, mais l'industrie l'est moins	Aucun
Maladie de Chagas	21.000	Pas actifs contre tous les stades de la maladie	Oui ; haute faisabilité pour les infections chroniques	Faible, voir nul

Note : ce tableau concerne le développement de médicaments plutôt que celui de vaccins et laisse de côté des maladies telles que la shigellose, l'encéphalite japonaise et la dengue sur lesquelles un vaccin aurait probablement plus d'effet qu'un médicament.

Source : Table ronde OMS-FIIM (Tableau 11: maladies infectieuses prioritaires pour lesquelles une R&D additionnelle est requise).

appuierait des travaux de recherche scientifique soumis à une évaluation collégiale en utilisant à cet effet une version internationale nouvellement créée des National Institutes of Health (NIH) des Etats-Unis d'Amérique et/ou des Conseils de la recherche médicale (CRM) d'autres pays. Les NIH et les CRM des pays de l'OCDE, et les CRM de pays tels que l'Afrique du Sud, le Brésil, et la Malaisie ont acquis une grande expérience du financement de bons travaux de recherche ainsi que du maintien de la qualité, de la transparence et de la responsabilisation. Ce capital doit être pleinement exploité lors de la conception et de la création de ce nouveau NIH/CRM international. Les leçons de TDR, de l'IRV et de HRP doivent aussi être prises en considération, et il pourrait éventuellement s'avérer souhaitable d'intégrer ces entités dans la nouvelle structure. L'actuel Forum mondial de la recherche en santé pourrait jouer un rôle utile dans la création, et peut-être même la gestion, du Fonds mondial de la recherche en santé (FMRS).

L'un des objectifs clés du FMRS serait la mise en place dans les pays en développement eux-mêmes d'un potentiel de recherche à long terme. Il apporterait un financement vital à des groupes de recherche dans les pays à bas revenu. Toutefois, pour que le développement du potentiel de recherche découle de cette intervention, il faudrait que les gouvernements des pays à bas revenu reconnaissent l'importance d'un renforcement des universités et autres institutions basées sur la recherche. Outre le financement par le FMRS, une complète transformation des modes de pensée s'impose pour résoudre les éternels problèmes posés par les bas salaires, les lacunes institutionnelles, l'absence d'évaluation par les pairs et l'exode des cerveaux les plus brillants vers l'Europe et l'Amérique du Nord. Enfin, l'OMS doit travailler de concert avec l'industrie pharmaceutique mondiale dont l'activité est basée sur la recherche pour que le transfert de technologies vers les pays pauvres fonctionne efficacement. Toutes les grandes sociétés pharmaceutiques qui font de la recherche doivent être incitées à former durablement des partenariats de recherche et de formation dans le monde en développement, en suivant l'exemple de Pfizer qui s'est récemment engagé à créer une Alliance universitaire pour le traitement et la prévention du SIDA à l'Université Makerere en Ouganda en vue de former des médecins africains à l'utilisation des médicaments anti-SIDA.

Outre les fonds nécessaires à ces diverses dépenses, il va falloir obtenir un financement pour la recherche opérationnelle à mesure que le traitement des malades passera à l'échelle supérieure dans les pays à bas revenu. La recherche opérationnelle portera sur les interventions sanitaires au niveau du praticien, et notamment sur des questions telles que l'acceptabilité des traitements et leur observance, leur toxicité, leurs dosages, leurs modes

d'administration et leur coût. L'objectif est de les adapter au maximum aux conditions locales, et de déterminer comment les intégrer le mieux possible dans les services existants. Cette question de la recherche opérationnelle est généralement négligée dans les programmes des pays. La Commission prie instamment les organismes bilatéraux, la Banque mondiale et le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme de veiller à ce qu'une part convenable de leur aide aux projets de pays soit consacrée au développement du potentiel de recherche et à l'exécution de recherches opérationnelles sur des sujets appropriés. Nous proposons qu'un minimum de 5 pour cent de l'aide aux projets soit réservé à la recherche sur des questions en rapport avec le projet considéré. C'est ainsi que le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devrait fermement soutenir des recherches dans les pays visant à évaluer et améliorer les interventions contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qu'il va financer. Le second exemple concerne la Banque mondiale. La plupart des prêts à taux préférentiels de la Banque comportent des lignes de crédit pour une recherche opérationnelle sur le projet financé ou sur la préparation d'un projet suivant. En général, cet argent est soit mal dépensé soit sous-utilisé, voire les deux. La Commission engage la Banque à veiller à la bonne utilisation de ces ressources pour la recherche afin que les recherches opérationnelles nécessaires aient bien lieu et pour que le potentiel de recherche local soit soutenu et renforcé.

La Commission approuve en outre les récentes discussions qui se sont déroulées aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe au sujet d'une modification des lois actuelles sur les médicaments orphelins qui donnerait un coup de fouet aux activités de R&D dans des domaines prioritaires. La législation sur les médicaments orphelins prévoit actuellement des incitations pour stimuler les activités de R&D du secteur privé relatives aux maladies « rares »¹⁰⁷ qui ne frappent qu'un petit nombre de personnes de sorte que les ventes des médicaments issus de ces activités risqueraient sans cela de ne pas être profitables. Ces lois ont remarquablement réussi à attirer le secteur privé dans des domaines qu'il avait précédemment ignorés, et l'on a de bonnes raisons de penser que des mécanismes similaires auraient de bons résultats avec les maladies des pauvres. Les modifications de la législation actuelle doivent mettre l'accent sur les maladies qui sévissent exclusivement dans les pays tropicaux pauvres, en adaptant à cet effet un choix d'incitations comprenant des dégrèvements d'impôts, des aides à la recherche et des droits de brevet élargis.

De même que les pays riches comptent à la fois sur les aides à la R&D et sur le libre jeu du marché (encore que celui-ci soit limité par les

brevets) pour que les nouvelles connaissances suivent tout le processus de la recherche fondamentale au développement du produit, il faut associer un soutien financier accru de la R&D aux jeu des forces du marché pour que les percées scientifiques sortent du laboratoire et parviennent jusqu'aux dispensaires. La méthode la plus proche de l'octroi de brevets serait un mécanisme garantissant au fabricant d'un nouveau produit qu'il existe un marché suffisamment important pour que le développement du produit (y compris les essais cliniques) soit rentable. Aucun mécanisme institutionnel simple ne peut être conçu à cet effet, mais la Commission accueillera favorablement toute formule novatrice permettant d'obtenir que les bailleurs de fonds s'engagent à l'avance à acheter les nouveaux traitements et vaccins efficaces à des prix justifiant les investissements consentis pour leur développement. Ainsi, la nouvelle Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, qui finance des achats de vaccins, pourrait s'engager à l'avance à dépenser \$10 par dose d'un vaccin efficace contre le paludisme, la tuberculose ou le SIDA.¹⁰⁸ Cet engagement anticipé, associé à un financement substantiel de la R&D par les donateurs, pourrait persuader l'industrie pharmaceutique d'investir beaucoup plus dans le développement du produit. De même, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pourrait annoncer son engagement à acheter les nouveaux médicaments contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose à des prix suffisamment élevés pour stimuler le développement de ces produits dans le secteur privé. Une autre solution consisterait à étendre la législation actuelle des pays riches sur les médicaments orphelins, laquelle prévoit des incitations financières accrues (sous forme de dégrèvements d'impôts ou de dispositions favorables en matière de propriété intellectuelle) pour la R&D concernant les maladies à faible incidence telles que les troubles génétiques rares, aux maladies qui ont une forte incidence dans les pays pauvres et une faible incidence dans les pays riches.

Nous devons aussi utiliser à cet effet les nouvelles technologies de l'information. Internet permet maintenant de diffuser des articles de revues médicales et scientifiques et d'autres informations rapidement et à bas prix partout où l'on dispose d'un minimum de matériel et de branchements convenables. La mise en place d'un tel équipement devrait constituer l'un des éléments importants de tout plan d'amélioration des soins de santé pour qu'il soit basé sur une information moderne et reçoive l'appui des donateurs. Les possibilités offertes par Internet peuvent aider à résoudre un problème récurrent de la recherche médicale: la difficulté à faire parvenir l'information aux habitants des pays pauvres et aux personnes qui ne sont pas en relation avec les institutions de pays riches. Si de nombreuses revues diffusent main-

tenant leur contenu sous forme électronique, ce n'est que récemment que quelques-unes ont commencé à autoriser la libre utilisation de leurs articles (moyennant, en général, un délai de 6 mois à 2 ans à compter de leur date de publication) et à les mettre gratuitement à la disposition des pays les plus pauvres. La récente annonce, par six grandes maisons d'édition, de telles mesures coordonnées par l'OMS et l'ONU est la bienvenue mais on est encore loin de pouvoir satisfaire les immenses besoins de nombreux pays légèrement ou nettement plus riches, et de nombreuses revues importantes ne participent pas à cette initiative. A plus longue échéance, la Commission recommande quelques objectifs importants et réalisables : mise en place de vastes archives électroniques où des millions d'articles pourront être stockés, consultés et aisément recherchés à l'aide de nombreux mots clés ; transformation du mode de financement de la plupart des revues, de manière que les coûts soient assumés par les pays avancés et que la diffusion soit gratuite, instantanée et mondiale par Internet ; engagement par toutes les revues à autoriser gratuitement la diffusion, l'archivage, et la consultation de leur contenu dans les 6 mois qui suivent sa publication, même si elles conservent leur mode de publication traditionnel.

En additionnant les composantes de la R&D, la Commission recommande donc six grandes mesures pour l'intensifier : 1) un financement annuel de \$1,5 million grâce à un nouveau Fonds mondial de la recherche en santé (FMRS) pour la recherche fondamentale en sciences biomédicales et en santé ; 2) un financement annuel de 1,5 million pour les institutions actuelles qui visent à développer de nouveaux vaccins et médicaments, telles que TDR, l'IRV et HRP (tous à l'OMS) et pour les partenariats public-privé ayant pour objet la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies des pauvres ; 3) un financement accru de la recherche opérationnelle au niveau des pays associée à un développement des interventions essentielles, d'un montant égal à 5 pour cent au moins du financement des programmes de pays ; 4) une diffusion plus large de l'information scientifique gratuite sur Internet et des mesures soutenues par des donateurs pour accroître les moyens de connexion dans les universités et autres établissements de recherche des pays à bas revenu ; 5) un amendement de la législation sur les médicaments orphelins dans les pays à haut revenu pour y inclure les maladies des pauvres ; et 6) des engagements préalables à acheter les technologies recherchées (par exemple, vaccins contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose) à titre d'incitation commerciale, notamment aux derniers stades de développement du produit.

Outre la R&D, d'autres types d'activités concernant des biens publics en rapport avec la santé nécessitent des subventions de l'État, comme la

définition des normes de santé publique, la surveillance des maladies et la promotion des meilleures pratiques pour les interventions sanitaires. Dans les pays riches, ces activités sont du ressort d'institutions publiques telles que la Food and Drug Administration et les Centers for Disease Control aux Etats-Unis. Dans les pays pauvres, elles sont souvent très mal financées, voire inexistantes. En ce qui concerne les problèmes de santé transfrontaliers, l'Organisation mondiale de la Santé joue un rôle unique en fixant des normes internationales,¹⁰⁹ en recueillant et en analysant des données du monde entier, en surveillant les maladies à l'échelle du globe et en favorisant l'adoption des meilleures pratiques de santé publique par la diffusion de ce qui se fait de mieux sur le plan international. Il n'en demeure pas moins que dans ces domaines, tout comme pour la R&D axée sur les maladies des pauvres, le montant du financement international n'est pas à la hauteur des besoins mondiaux.

Il n'est pas facile de se faire une idée complète de ce que l'OMS et les autres organismes des Nations Unies dépensent actuellement pour des biens publics mondiaux. Le budget de l'OMS, qui a atteint en moyenne \$864 millions par an entre 1997 et 1999, se répartit à peu près également entre le budget principal ou ordinaire et les fonds extrabudgétaires. D'autres institutions internationales (UNICEF, FNUAP, PNUD, Banque mondiale) fournissent aussi des biens publics mondiaux pour la santé en dehors des projets de pays, mais la délimitation entre les BPM et les programmes de pays n'est pas très claire. Vu l'urgence du passage à l'échelle supérieure, pour les biens publics mondiaux, dans plusieurs domaines: surveillance de la morbidité, bases de référence épidémiologiques, analyse et diffusion des meilleures pratiques et formation au niveau mondial, nous proposons une augmentation échelonnée des dépenses consacrées à ces biens publics mondiaux autres que la R&D de l'ordre de \$1 milliard par an d'ici 2007 et de 2 milliards par an d'ici 2015, pour appuyer l'action des institutions susmentionnées et autres organismes du même type dans le cadre de l'initiative proposée ici.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ESSENTIELS

Les pauvres n'accèdent pas aux médicaments essentiels pour bien des raisons qui doivent toutes être traitées à fond. La principale est, de loin, la pauvreté elle-même qui fait que ni les pauvres ni leurs gouvernements n'ont les moyens d'acheter les médicaments essentiels ou de veiller à ce qu'ils soient correctement utilisés dans un système de santé convenablement géré. En outre, les pauvres peuvent ignorer l'existence de certains moyens de sauver des vies parce que la communauté est mal desservie par le système

de santé. Leur accès aux médicaments est également limité par la grave pénurie de médecins et autres agents de santé formés à la sélection, la prescription et l'utilisation efficaces des médicaments disponibles. Certains obstacles sont auto-imposés. De nombreux pays à bas revenu perçoivent en effet des droits à l'importation et des taxes internes sur des médicaments essentiels. Certains gouvernements peuvent aussi créer des obstacles en instaurant des formalités d'achat astreignantes et des réglementations qui retardent indûment l'utilisation des médicaments nécessaires.¹¹⁰

Il en est d'ailleurs ainsi que les médicaments en question soit ou non protégés par un brevet. De nombreux médicaments antirétroviraux pour le traitement du VIH/SIDA ne sont pas protégés en Afrique subsaharienne¹¹¹ et beaucoup peuvent maintenant être obtenus pour un prix modique, soit auprès de fabricants du produit générique, soit auprès de détenteurs de brevets aux Etats-Unis et en Europe qui les proposent à prix coûtant. Certains sont même fournis gratuitement, comme la névirapine offerte par Boehringer Ingelheim pour réduire la transmission mère-enfant du VIH/SIDA. Il n'empêche qu'en l'absence d'une aide massive des donateurs, les pays pauvres de l'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH/SIDA est élevée n'ont pas été réellement en mesure de profiter de ces tarifs préférentiels. Les mêmes problèmes se posent pour l'accès aux médicaments contre la tuberculose, même ceux qui ne sont plus brevetés, et aux nombreux vaccins qui sans être sous la protection d'un brevet sont cependant encore trop chers pour être utilisés dans les pays à bas revenu sans un financement approprié de la part des donateurs.

Lorsqu'un tel financement existe, les prix pratiqués par les laboratoires pharmaceutiques, notamment pour les médicaments protégés par brevet, peuvent constituer un sérieux obstacle.¹¹² Certains médicaments essentiels sont encore brevetés et d'autres qui ne le sont plus ne sont distribués que par un petit nombre de fabricants. En pareil cas, les fabricants tendent à maintenir des marges bénéficiaires élevées en pratiquant des prix très supérieur au coût de production, notamment sur les marchés des pays riches. Ces marges bénéficiaires sont le mécanisme de base qui permet de récupérer les coûts de la R&D et doivent donc être considérées comme faisant partie intégrante d'un processus d'innovation normal. Mais pour que l'accès aux médicaments soit possible dans les pays pauvres, il faut que les prix soient l'équivalent ou presque des coûts de production car les pauvres, et les donateurs agissant en leur nom, ne peuvent pas payer les prix de produits brevetés.¹¹³ Le risque d'une protection par brevet de médicaments essentiels va augmenter à partir de 2005, date à laquelle tous les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce seront tenus d'appliquer un système

de brevets harmonisé incluant les produits pharmaceutiques.¹¹⁴ En outre, si le financement accordé par des donateurs à des pays à bas revenu venait à augmenter de façon substantielle, des sociétés pharmaceutique précédemment disposées à ne pas faire breveter leurs produits pourraient changer d'attitude en ce qui concerne leurs nouveaux médicaments pour disposer d'un pouvoir de négociation avec les donateurs. Ceci dit, nous devons reconnaître que l'élargissement des droits de propriété intellectuelle peut renforcer les industries pharmaceutiques basées sur la recherche en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine et en Inde, ce qui constituerait un avantage manifeste dans le cas où cet effort de R&D accru dans le monde en développement prendrait particulièrement en compte les besoins des pauvres.

Les fabricants de produits brevetés devraient en principe être disposés à faire une distinction, en fixant leurs prix, entre les marchés riches et les autres pour permettre aux consommateurs des deux catégories de pays de s'approvisionner. Dans la pratique, cependant, les laboratoires pharmaceutiques sont souvent peu disposés à casser leurs prix dans les pays à bas revenu pour les raisons suivantes : 1) ils craignent que ces différences n'entraînent une baisse des prix dans les pays riches (soit parce que les médicaments vendus à prix réduit seraient réexportés, soit en raison d'une réaction défavorable des consommateurs et des responsables politiques dans les pays à haut revenu) ; 2) ils constatent que les réductions accordées aux pays pauvres ne produisent que peu de bénéfices, voire aucun ; et 3) les bénéfices obtenus dans certains pays à bas revenu peuvent en fait être plus élevés si l'on y vend un produit cher à quelques riches consommateurs que si l'on y distribue largement ce même produit à un prix proche du coût de production.

Le mieux serait que la communauté mondiale fixe des prix différenciés pour les pays à bas revenu et que cette différenciation soit la règle, et non l'exception.¹¹⁵ L'industrie pharmaceutique semble de plus en plus disposée à adopter une telle approche si elle est suffisamment persuadée que les réductions consenties aux pays pauvres n'auront pas de répercussions défavorables sur les prix et la protection assurée par les brevets dans les pays riches. De grandes sociétés pharmaceutiques détentrices de brevets pour des antirétroviraux contre le VIH/SIDA ont consenti à distribuer leurs produits à prix coûtant. Récemment, un grand laboratoire a annoncé son intention de concéder des licences gratuites pour ses médicaments antirétroviraux.¹¹⁶ Plusieurs sociétés de premier plan ont pris des mesures institutionnelles en réponse à l'appel lancé en mai 2000 par l'UNESCO et l'OMS pour un meilleur accès aux antirétroviraux dans le cadre de l'Initiative Accélérer l'Accès.¹¹⁷ Ces sociétés ont également été stimulées par les militants anti-

SIDA, par la concurrence notoire des fabricants de produits génériques, et par l'attitude du Brésil et autres pays à revenu moyen qui menacent de leur imposer des licences obligatoires pour avoir le droit d'exploiter leurs brevets en fabricant eux-mêmes les antirétroviraux.¹¹⁸ Une action internationale, menée par l'OMS et ses partenaires, a permis d'obtenir des réductions de prix atteignant, dans certains cas, plus de 90 pour cent sur des médicaments pour le traitement de la tuberculose polypharmacorésistante. A ces exemples s'ajoutent, à la faveur d'une nouvelle série de partenariats public-privé, de nombreux cas spectaculaires de dons de médicaments aux pays pauvres par de grands laboratoires pharmaceutiques pour lutter contre des maladies telles que la trypanosomiase africaine, l'onchocercose et le paludisme, ainsi que pour l'élimination mondiale de la lèpre, de la filariose lymphatique et du trachome cécitant.¹¹⁹ Des efforts d'élimination limités dans le temps se sont révélés particulièrement efficaces, ces dernières années, pour attirer des dons.

L'industrie pharmaceutique et la communauté mondiale devraient maintenant s'entendre sur un plan d'action plus général. Les sociétés soulignent à juste titre que le prix des médicaments n'est pas le seul obstacle à leur accessibilité. Un plan d'action international complet devrait donc porter sur l'ensemble des problèmes, y compris le financement accordé par des donateurs pour l'achat et la bonne utilisation des médicaments, la fixation des prix par l'industrie pharmaceutique, l'engagement des pays bénéficiaires à mettre en place une réglementation appropriée de l'utilisation des médicaments, des garanties contre les contrefaçons ou les réexportations au marché noir de médicaments ayant fait l'objet d'une remise ou d'un don, et l'engagement des gouvernements des pays à haut revenu à ne pas invoquer les réductions de prix accordées aux pays à bas revenu pour réclamer un traitement de faveur.

Nous pensons que l'OMS, l'industrie pharmaceutique (tant les détenteurs de brevets que les fabricants de médicaments génériques) et les pays à bas revenu devraient maintenant s'entendre sur des directives régissant la fixation des prix et l'octroi de licences de fabrication sur les marchés à bas revenu. Ces directives définiraient des mécanismes transparents de fixation de prix différenciés à l'intention des pays à bas revenu et établiraient une liste de médicaments et vaccins essentiels (par exemple contre le SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies respiratoires et diarrhéiques et les maladies évitables par la vaccination) qui seraient vendus aux pays à bas revenu au « plus bas prix commercial viable. »¹²⁰ L'industrie accepterait de concéder des licences pour ses technologies à des fabricants de médicaments génériques de haute qualité utilisables dans les pays à bas revenu

lorsqu'elle décide de ne pas approvisionner ces marchés elle-même ou lorsque les fabricants de produits génériques peuvent montrer qu'ils sont capables de produire des médicaments d'excellente qualité à des prix nettement plus bas (assez bas, par rapport aux détenteurs des brevets, pour permettre le paiement d'une modeste redevance à ces derniers). Les pays à bas revenu s'engageraient de leur côté : 1) à empêcher la réexportation des médicaments à prix réduit vers des pays à haut revenu, soit légalement, soit au marché noir ; 2) à éliminer les autres obstacles à l'accès des consommateurs aux médicaments essentiels, tels que droits de douanes et quotas d'importation; 3) à assurer, par une réglementation et une coopération avec la communauté des donateurs, une utilisation convenable des médicaments pour éviter le plus possible l'apparition d'une pharmacorésistance ou autres conséquences défavorables d'une mauvaise administration des traitements. De son côté, la communauté des donateurs garantirait un financement suffisant pour l'achat, le contrôle et la surveillance de l'emploi des médicaments.

L'un des mécanismes spécifiques de cette opération serait un système d'appel d'offres international avec adjudication au moins disant organisé par les donateurs au nom des pays à bas revenu. Seraient invités à soumissionner tous les fournisseurs en concurrence, y compris le détenteur du brevet et les fabricants de produits génériques préalablement agréés (l'agrément étant basé sur la capacité à fournir les quantités voulues d'un produit de haute qualité dans les délais fixés). Dans le cas où le détenteur du brevet ne remporterait pas le marché, il accepterait d'en céder la licence à l'adjudicataire, renoncerait dans ce cas particulier à intenter une action en justice pour violation des droits de propriété intellectuelle, ou alignerait son offre sur celle de l'adjudicataire. Quoi qu'il en soit, le fabricant de produits génériques qui remporterait un tel marché devrait s'engager à verser une redevance raisonnable au détenteur du brevet, de sorte que son avantage de coût devra couvrir le montant de ladite redevance. Une telle procédure pourrait s'inscrire dans les directives sur la fixation volontaire des prix pour les pays à bas revenu, avec les obligations des donateurs et des pays bénéficiaires.

De toutes façons, ces dispositions volontaires doivent être assorties de clauses de sauvegarde au cas où elles se révéleraient difficiles à appliquer. Ces clauses de sauvegarde sont évidemment encore plus indispensables dans le cas improbable où l'accord ne pourrait se faire sur aucune disposition volontaire. Dans l'hypothèse où le détenteur d'un brevet n'accepterait pas de fournir un médicament essentiel à prix coûtant, ni d'en concéder la licence à un fabricant de produits génériques, le pays à bas revenu devrait trouver un autre moyen de se procurer le produit à un prix modique. Les disposi-

tions qui régissent actuellement les droits de propriété intellectuelle dans le système commercial mondial, connues sous le nom de ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) envisagent en pareil cas une licence obligatoire. L'autorité nationale concède alors à un industriel local le droit de fabriquer un produit breveté sous réserve du paiement d'une redevance raisonnable au détenteur du brevet. Ce mécanisme de la licence obligatoire est utile pour le petit groupe de pays en développement (dont font partie l'Afrique du Sud, le Brésil et l'Inde) dotés d'un secteur de production de génériques de haute qualité avec le savoir-faire¹²¹ et la capacité nécessaires pour approvisionner le marché intérieur.

En revanche, pour les pays à bas revenu qui n'ont pas les moyens de satisfaire eux-mêmes leurs besoins, la licence obligatoire n'a en soi qu'une utilité pratique limitée.¹²² La Commission recommande donc en ce qui les concerne une large interprétation de la notion de licence obligatoire qui s'étendrait aux importations de produits fabriqués à bas prix dans un pays tiers. Des pays d'Afrique subsaharienne à bas revenu, par exemple, pourraient en cas d'urgence (et en l'absence de dispositions volontaires) invoquer la clause de la licence obligatoire pour permettre à un pays tiers de leur livrer des médicaments essentiels fabriqués, par exemple, en Afrique du Sud ou en Inde, même si le fabricant ne détient pas le brevet et doit se conformer aux restrictions imposées par ce brevet dans son propre pays. Comme toujours, le fabricant devra payer une redevance raisonnable au détenteur du brevet et la production ne devra être utilisée que dans le pays ayant invoqué la clause de licence obligatoire, lequel sera tenu de n'autoriser aucun détournement vers les marchés internationaux.

Les propositions que nous formulons ici peuvent être associées à des méthodes plus classiques pour permettre une adjudication. Ces méthodes comprennent la centralisation des achats, la transparence des prix (y compris l'affichage des prix de médicaments clés que l'industrie a commencé à annoncer dans le cas des antirétroviraux) et des négociations ponctuelles pour l'octroi de licences concernant des produits particuliers. La Commission estime qu'un mécanisme volontaire de fixation des prix et de concession de licences, complété par une protection efficace des droits de propriété intellectuelle sur les marchés à haut revenu pour préserver les incitations à la R&D ainsi que par des sauvegardes et autres méthodes classiques d'adjudication, pourrait s'avérer commode et utile pour tous les principaux intéressés. Dans de telles circonstances, nous avons de bonnes raisons d'espérer que des sauvegardes telles que les licences obligatoires seraient peu utilisées dans la pratique. Dans le cas toutefois où un tel mécanisme volontaire ne pourrait pas être mis au point, la Commission est d'avis qu'il y aurait lieu d'appliquer

les règles du commerce international concernant l'accès aux médicaments essentiels de manière à donner la priorité aux besoins sanitaires des pauvres. Il pourrait en résulter un recours très coûteux aux licences obligatoires par les pays en développement afin de favoriser une concurrence active entre les fabricants de produits génériques de haute qualité, voire des reports de l'application des ADPIC au-delà de 2005–2006 dans les pays à bas revenu en l'absence de meilleure solution de rechange.

La conclusion est claire: la meilleure solution est un mécanisme volontaire de coopération qui protège au maximum les droits de propriété intellectuelle tout en permettant aux pauvres de se procurer les médicaments essentiels au plus bas prix possible grâce à divers procédés de modulation des prix.

Ampleur de l'aide des donateurs

Pour estimer les besoins mondiaux en aide des donateurs, nous avons commencé par fixer des cibles pour étendre la couverture des interventions essentielles, puis nous avons estimé les coûts progressifs du passage des taux de couverture actuels aux taux visés dans chaque pays. La méthodologie utilisée et les résultats sont résumés à l'appendice 2 et détaillés dans le document de base sur les coûts préparé par le Groupe de travail N° 5. En additionnant toutes les interventions et en incluant les coûts du renforcement du système (au moyen par exemple d'un net relèvement du niveau de formation, de gestion et de supervision) et ceux d'une amélioration de la qualité (notamment par des augmentations des salaires des agents de santé pour mieux les motiver et accroître leur rendement), nous avons obtenu un coût total par pays. Etant donné que le passage à l'échelle supérieure est un processus qui devrait prendre du temps, nous avons estimé les augmentations de coûts en 2007 et 2015. Nous avons ensuite estimé l'accroissement de la mobilisation des ressources internes pouvant être obtenu par chaque pays en supposant que chacun allouerait à la santé un supplément de recettes budgétaires correspondant à 1 point de pourcentage du PNB d'ici à 2007 et à 2 points de pourcentage du PNB d'ici à 2015. Nous avons alors calculé la différence entre les coûts et les augmentations de recettes ce qui donne le « déficit de financement net » devant être comblé par une aide des donateurs au niveau des pays. Ce montant s'applique aux programmes de pays. Il y a d'autres dépenses afférentes à des biens publics mondiaux, en particulier la R&D, et aux opérations des institutions sanitaires internationales, principalement l'OMS.

Le déficit estimatif pour l'ensemble des programmes de pays, indiqué au tableau A2.6, est estimé à environ \$22 milliards par an d'ici 2007 (dont

\$14 milliards pour les pays les moins avancés, \$6 milliards pour les autres pays à bas revenu et \$2 milliards pour les pays à revenu moyen inférieur). Il faudra encore \$3 milliards environ pour accroître les dépenses de R&D consacrées à la recherche biomédicale et sanitaire axée sur les pays à bas revenu et \$2 milliards pour la fourniture d'autres biens publics mondiaux. Le total de l'aide des donateurs s'établirait alors à \$27 milliards par an d'ici 2007, et elle devrait passer à \$38 milliards en 2015 pour tenir compte de l'extension de la couverture des services et plus particulièrement du nombre croissant de personnes recevant un traitement anti-SIDA. L'aide publique au développement dans le domaine de la santé atteindrait environ 0,1 pour cent du PNB des donateurs, soit un cent par tranche de \$10 du PNB des donateurs. Ces calculs reposent évidemment sur l'hypothèse que les pays receveurs vont prendre des mesures internes énergiques afin de justifier et d'utiliser efficacement l'importante augmentation de l'aide des donateurs. A défaut de telles mesures, les montants effectifs de l'aide seraient inférieurs à ceux qu'indique le tableau.

Il en résulte que pour obtenir une large couverture des interventions sanitaires essentielles, les donateurs devront considérablement augmenter le volume de leur financement. Les montants nécessaires, quoique importants en valeur absolue, restent raisonnables. Le PNB global des pays donateurs s'élève à environ \$25 billions par an (2001). Le total de l'aide publique au développement (APD) est d'environ \$53 milliards, soit 0,2 pour cent du PNB des pays donateurs (tableau 13). Cinq pays donateurs se conforment à la norme internationale de 0,7 pour cent du PNB, et l'Irlande et le Royaume-Uni se sont engagés à porter le montant de leur APD à ce niveau. Les chefs de secrétariat de la Banque mondiale, du FMI et de nombreuses autres institutions donatrices ont récemment réitéré leur approbation de cette norme. Si tous les donateurs élevaient le montant de leur APD à 0,7 pour cent de leur PNB, le total de l'APD serait d'environ \$175 milliards par an aujourd'hui et \$200 milliards d'ici 2007.¹²³ Ces sommes seraient manifestement suffisantes pour permettre une aide à la santé d'environ \$27 milliards et d'importantes augmentations tout à fait justifiées dans d'autres domaines de l'APD, notamment l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'aménagement de l'environnement, etc., où des mesures urgentes s'imposent pour réduire la pauvreté et accélérer la croissance économique. Si nous insistons sur ce point, c'est parce que nous ne pensons pas que l'APD pour la santé doive se faire aux dépens de l'APD dans d'autres secteurs critiques tels que l'éducation. Il convient d'ailleurs de souligner que les autres formes prioritaires d'investissements sociaux (éducation, aménagement de l'environnement) devraient aussi faire l'objet d'une augmentation de l'APD. Un

Tableau 13. AIDE ACCORDÉE À TOUS LES PAYS RECEVEURS ET AUX PAYS LES MOINS AVANCÉS, EN 1999 (POURCENTAGE DU PNB DES PAYS DONATEURS)

Pays	Aide à l'ensemble des pays receveurs, pourcentage du PNB	Aide aux pays les moins avancés, pourcentage du PNB
Allemagne	0,26	0,05
Australie	0,26	0,05
Autriche	0,25	0,04
Belgique	0,30	0,07
Canada	0,28	0,05
Danemark	1,00	0,32
Espagne	0,23	0,03
Etats-Unis d'Amérique	0,10	0,02
Finlande	0,33	0,08
France	0,39	0,06
Grèce	0,16	0,00
Irlande	0,32	0,12
Italie	0,15	0,03
Japon	0,34	0,06
Luxembourg	0,66	0,16
Norvège	0,91	0,30
Nouvelle Zélande	0,27	0,06
Pays-Bas	0,79	0,16
Portugal	0,26	0,12
Royaume-Uni	0,23	0,05
Suède	0,70	0,17
Suisse	0,35	0,10
Ensemble des donateurs	0,24	0,05

Source: Calculé à partir des tableaux 31 et 39 du Rapport sur la coopération au développement, 2000, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris

accroissement substantiel de l'APD destinée au secteur de la santé ne doit pas porter préjudice aux autres demandes justifiées d'aide accrue, et n'a d'ailleurs pas à le faire. Ce que nous voulons, c'est mettre en évidence le besoin urgent d'une APD pour la santé et non substituer la santé à d'autres cibles de l'aide.

Il importe de bien saisir la modicité du financement de la santé par les donateurs comparativement à la taille de leurs économies et aux besoins des pays receveurs. Le tableau 14 montre les flux annuels moyens d'aide bilatérale des donateurs pour la santé de 1997 à 1999. Le total des flux bilatéraux a atteint en moyenne \$2,55 milliards, ce qui représente tout juste

Tableau 14. AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT POUR LA SANTÉ ET LES PROGRAMMES DE POPULATION, SOURCES BILATÉRALES, PAR ORGANISME NATIONAL (MILLIONS DE USD) (Moyenne 1997-1999)

Pays	Santé	Population	Total	% du PNB
Etats-Unis d'Amérique ¹	535,8	385,0	920,8	0,012
Japon	338,6	21,2	359,9	0,009
Royaume-Uni ²	267,0	19,3	286,3	0,023
France	184,4	1,5	185,9	0,013
Allemagne	118,6	65,7	184,3	0,009
Pays-Bas	80,0	21,5	101,4	0,026
Australie	64,8	14,9	79,6	0,021
Suède	58,7	20,4	79,1	0,035
Espagne	72,9	1,9	74,8	0,014
Belgique	58,8	1,7	60,5	0,024
Norvège	41,3	15,1	56,4	0,037
Danemark	48,1	0,9	49,0	0,028
Autriche	48,9	0,1	49,0	0,023
Canada	22,6	6,1	28,7	0,005
Italie	20,6	1,0	21,6	0,002
Suisse	17,2	0,7	17,9	0,006
Finlande	16,0	1,2	17,2	0,014
Luxembourg	16,2	0,5	16,7	0,089
Irlande	10,4	—	10,4	0,015
Portugal	8,6	0,1	8,7	0,008
Grèce	5,8	—	5,8	0,005
Nouvelle-Zélande	3,1	0,2	3,3	0,006
Total ³	1.982,4	577,5	2,559,8	0,011

Notes: 1) Source: base de données de l'USAID : concerne tous les comptes

2) Source : Base de données du DFID

3) Toutes les autres sources bilatérales figurant sur la base de données en ligne du CAD

0,01 pour cent du PNB des donateurs, soit un cent par tranche de \$100 du PNB des donateurs ! Quant au tableau 15, il donne le détail de l'aide au développement destinée à la lutte contre certaines maladies. Les programmes anti-SIDA ont fait l'objet d'engagements ne dépassant pas \$287 millions par an en moyenne, dont moins de la moitié pour l'Afrique.¹²⁴ Le financement du paludisme s'est élevé à \$87 millions et celui de la tuberculose à \$81 millions seulement. Etant donné que ces chiffres correspondent aux montants spécialement affectés à ces maladies, il est probable que d'autres fonds sans affectation spéciale ont été aussi utilisés pour les combattre. On

Tableau 15. AIDE AU DÉVELOPPEMENT POUR LA SANTÉ DESTINÉE À LA LUTTE CONTRE CERTAINES MALADIES: ENGAGEMENTS ANNUELS MOYENS, 1997-1999, DE DIVERSES INSTITUTIONS BILATÉRALES ET MULTILATÉRALES (millions de US\$)

	TCtal	Banque mondiale	BID	BaFD	OMS	UNICEF	DFID	USAID
Total	1.743	504	23	2	0	322	209	209
SIDA	287	145	n.disp.	0	0	25	7	17
Maladies de l'enfance évitables par la vaccination	251	17	n.disp.		0	104	110	0
Paludisme	87	62	n.disp.		0	25	0	0
Tuberculose	81	58	n.disp.		0	17	1	5

Source: Données communiquées par la BaFD, la BID, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le DFID et l'USAID

ne peut cependant manquer de conclure que l'aide des donateurs a été très modeste si on la compare à la fois aux possibilités de ces donateurs et à l'ampleur des besoins.

La philanthropie privée, qu'elle soit le fait d'individus, de fondations ou de sociétés commerciales, peut aussi jouer un rôle accru. La plus forte contribution de ces dernières années à la santé dans le monde a été un don personnel de plus de \$20 millions par Bill et Melinda Gates pour la création de la Fondation Gates. Cette Fondation apporte actuellement une contribution annuelle de près de \$1 milliard au financement de projets sanitaires dans le monde. Au XXe siècle, la Fondation Rockefeller a joué un rôle similaire et essentiel pour la santé publique mondiale. Une philanthropie d'entreprise est également nécessaire. Comme nous l'avons noté plus haut, plusieurs sociétés pharmaceutiques ont fait des dons de médicaments à des pays à bas revenu, et ces dons sont devenus l'élément principal d'importants partenariats mondiaux public-privé pour la lutte contre la maladie dans des domaines tels que la filariose lymphatique, la trypanosomiase africaine, la lèpre, le paludisme, l'onchocercose, le trachome, la transmission mère-enfant du SIDA, les mycoses associées au VIH/SIDA, le tétanos et la dracunculose.

Enfin, il convient de souligner que l'estimation de \$27 milliards par an est basée sur un objectif normatif de l'augmentation des interventions sanitaires. Nous pensons qu'un programme international audacieux peut inciter et aider les pays à se joindre à cette entreprise. Dans certains pays, cependant, les lacunes de la gouvernance ou des moyens d'exécution peuvent faire manquer l'occasion d'améliorer les services rendre les propositions peu convaincantes. La capacité d'utiliser efficacement l'APD en est

alors diminuée. Nous considérons par conséquent les \$27 milliards par an comme la limite supérieure de ce qui pourra sans doute être utilisé au cours des prochaines années. Les montants ainsi disponibles doivent permettre à la plupart des pays à bas revenu de s'organiser eux-mêmes pour utiliser efficacement une aide de grande ampleur: en effet, l'insuffisance de l'aide des donateurs ne doit pas, comme trop souvent dans le passé, constituer un obstacle au passage à l'échelle supérieure. Il est cependant peu probable que tous ces fonds soit effectivement utilisés.

Les pays à revenu moyen ont en général la possibilité d'assurer une couverture universelle des interventions essentielles en faisant uniquement appel à leurs ressources nationales, exception faite de quelques pays où la prévalence du VIH/SIDA est très élevée. Toutefois, pour élargir la couverture de leurs services de santé, de nombreux pays à revenu moyen auront intérêt à obtenir un financement international sous forme de prêts ainsi que des services consultatifs. Nous recommandons que le Banque mondiale et les banques régionales de développement se préparent à proposer à ces pays, pour leur secteur de la santé, des prêts suffisants à des conditions non libérales. De tels prêts accordés par la Banque internationale de reconstruction et de développement (BIRD) aux taux du marché ne sont pas considérés comme de l'APD.

En dépit des difficultés éventuelles, nous pensons que les ressources nécessaires peuvent réellement être mobilisées. La Commission a noté les signes d'une augmentation, ces dernières années, de l'aide des donateurs pour la santé, tant en valeur absolue que relativement à l'ensemble de l'aide au développement. Les gouvernements et les citoyens sont de plus en plus conscients de la menace universelle que font peser les maladies infectieuses et de l'impossibilité d'empêcher ces maladies, y compris les formes pharmacorésistantes, et les vecteurs de maladie de franchir leurs frontières. Le développement de la mobilité et des interconnexions étend considérablement la menace potentielle d'une poussée ou d'une épidémie. En outre, les graves problèmes internationaux de santé publique, notamment la pandémie de VIH/SIDA et la résurgence de la tuberculose et du paludisme, préoccupent davantage les responsables politiques de tous niveaux et sont de plus en plus débattus dans les médias et la presse grand public. On s'accorde toujours davantage à reconnaître le caractère essentiel des objectifs sanitaires pour le développement local, national et mondial, et des idées et ressources nouvelles sont introduites dans le secteur de la santé par des philanthropes et des entreprises privées. L'accent qui est mis dans le présent rapport sur la capacité d'exécution doit donner l'assurance que les fonds ne seront pas affectés à des postes où ils ne sont pas nécessaires (compte tenu cependant

de la nécessité de ne pas abandonner des pays qui font face à des situations d'urgence complexes ou autres crises). Les débats actuels sur les coûts et avantages de la mondialisation accentuent encore ces préoccupations concernant la santé et conduisent à insister sur l'application de la notion de BPM au domaine de la santé. Les progrès de l'allègement de la dette ont aussi attiré davantage l'attention des instances nationales et internationales sur la possibilité d'améliorer le fonctionnement du secteur de la santé.

Nouvelles approches des relations donateurs-bénéficiaires

Les habitants des pays riches seront infiniment plus disposés à approuver une importante augmentation du financement de la santé par les donateurs s'ils sont persuadés que les programmes sont viables. L'impression d'une absence d'efficacité est certainement la principale cause de désaffection pour les projets d'assistance. Il faut donc faire des efforts particuliers pour améliorer l'utilisation des fonds des donateurs et pour montrer les réussites et les échecs des programmes financés par eux. Les conditions suivantes nous paraissent donc la clé d'une augmentation de l'aide des donateurs :

Cibles claires et quantifiables pour la couverture des interventions sanitaires et pour les issues sanitaires.

Choix des bénéficiaires parmi les pays qui s'aident eux-mêmes.

Transparence dans la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes.

Recrutement d'experts dûment accrédités pour les programmes soutenus par des donateurs.

Evaluation indépendante et suppression du financement accordé à des gouvernements qui ne respectent pas leurs engagements.

Il est heureux qu'un nouveau modèle de relations donateur-bénéficiaire soit déjà mis en place dans le cadre de l'appui accru accordé aux stratégies de lutte contre la pauvreté appliquées par les pays. Pour les pays à bas revenu, ce modèle est exposé dans le document sur la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Pour atteindre ces objectifs, la bonne volonté des donateurs et des bénéficiaires ne suffira pas: il faut aussi mettre au point de nouvelles modalités pour mettre effectivement le financement à la disposition des bénéficiaires. Nous pensons que les récentes innovations concernant l'appui des donateurs à la santé dans le monde sont prometteuses et méritent d'être généralisées. Les Approches sectorielles (APS) du passage à l'échelle supérieure dans le secteur de la santé offrent aux pays donateurs et bénéficiaires un nouvel outil pour des mesures hardies et bien coordonnées. Le Programme multinational de la Banque mondiale contre le SIDA a permis une augmentation

substantielle, en 2001, du financement de la lutte contre le SIDA en Afrique à des conditions libérales, et il n'y a aucune raison pour que la Banque n'augmente pas encore largement son financement pour la santé, surtout si son Conseil d'administration accepte que les fonds soient alloués sous forme de subventions et non de prêts, mesure que nous recommandons respectueusement car elle nous semble réaliste au vu des besoins des pays bénéficiaires. La nouvelle Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), appuyée par un don substantiel de la Fondation Bill et Melinda Gates, montre comment la mise en commun de fonds internationaux peut pousser les autorités nationales à intensifier des interventions sanitaires (en l'occurrence, des vaccinations).

Les APS ont été conçues au milieu des années 90 pour l'exécution de nombreux programmes financés par des donateurs. Le principe de base en est le suivant: les donateurs travaillent de concert avec les autorités nationales, conviennent avec elles de stratégies d'aide et recherchent comment mettre en commun leurs moyens pour aider à exécuter une stratégie conçue et appliquée par le pays. L'appui est négocié au niveau du pays (généralement dans le cadre des travaux d'un groupe consultatif des donateurs). Le succès des APS dans les pays dépend de la mesure dans laquelle les gouvernements nationaux et les donateurs sont capables d'approuver, de soutenir et d'utiliser de façon suivie un mécanisme de collaboration pour l'aide apportée au secteur de la santé. Il conviendrait le mieux aux pays qui se sont engagés à exécuter des programmes de santé axés sur les pauvres et qui sont au moins modérément en mesure de le faire. Si certains commentateurs ont argué que les APS n'ont pas permis de faire adopter de nouvelles méthodes, telles que la mise en commun des ressources, dans la plupart des pays, ceux qui travaillent au niveau national signalent de nombreux cas où elles ont amélioré la synergie et l'efficacité de l'aide au développement pour la santé. Le recours aux APS a limité la tendance inévitable des bailleurs de fonds à vouloir décider de l'utilisation des fonds et à s'en attribuer le mérite.

Le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) peut mobiliser ainsi un financement international substantiel. Nous approuvons les principes de base qui sous-tendent la conception du Fonds: processus conduit par les pays, résultats mesurables et financement public et privé.¹²⁵ D'autres masses de fonds complémentaires seront nécessaire au niveau des pays pour d'autres secteurs de la santé ainsi que pour renforcer l'ensemble du système de santé. Si, comme nous le croyons, la GAVI et le FMSTP répondront aux grands espoirs qu'ils ont suscités, il sera possible de mobiliser d'autres masses de fonds en provenance de donateurs pour renforcer le secteur de la santé, lutter contre les maladies

de l'enfance et œuvrer dans d'autres domaines où une intensification des activités s'impose en priorité. Une solution réaliste consisterait à étendre le champ d'application du FMSTP à ces autres domaines.

De l'avis de la Commission, le FMSTP devrait travailler conformément aux grands principes suivants:

N'accorder un financement important qu'aux pays ayant élaboré des stratégies viables.

Proposer au départ des petites subventions pour permettre aux institutions compétentes à l'intérieur de chaque pays de préparer les propositions qu'elles vont lui soumettre.

Encourager les auteurs de ces propositions des pays à y refléter les conclusions d'un dialogue national sur les prestations sanitaires engageant toutes les principales parties prenantes, éventuellement dans le cadre de la commission nationale macroéconomie et santé que nous préconisons.

Axer son aide financière sur les pays qui ont un déficit de financement. Les flux principaux doivent donc être dirigés vers les pays à bas revenu, notamment les pays les moins avancés, et revêtir la forme de subventions plutôt que de prêts.¹²⁶ Les pays à revenu moyen (à l'exception de quelques pays où la prévalence du VIH/SIDA est élevée) devraient solliciter un financement extérieur auprès de la Banque mondiale et des banques régionales de développement plutôt que du FMSTP.

Encourager un effort financier manifeste de la part des pays bénéficiaires, conformément aux recommandations du présent Rapport.

Opérer en fonction de normes de performance basées sur les résultats, dans la transparence et sous réserve d'audits et d'évaluations a posteriori. Les pays n'ayant pas respecté des engagements antérieurs n'auraient plus qu'un accès restreint à l'aide des donateurs.

Adopter une ligne dure au sujet des malversations auxquelles peut donner lieu l'usage des fonds des donateurs; de telles pratiques doivent compromettre l'obtention par le pays d'un financement futur.

Opérer sur la base d'évaluations des propositions de pays par des experts indépendants qui tiendront compte des besoins épidémiologiques, de la faisabilité, du rapport coût-efficacité et des possibilités de contrôle en cours d'exécution. Des budgets réalistes adoptés à ces fins devront être incorporés dans la mise en œuvre des projets soutenus par les donateurs.

Consacrer à la recherche opérationnelle une part substantielle des financements accordés chaque année, disons 5 pour cent des fonds versés à chaque pays.

Ces principes et approches recommandés pour le Fonds mondial sont en fait ceux qu'applique la GAVI, très important partenariat public-privé pour l'extension de la couverture vaccinale dans les pays pauvres essentiellement financé par la Fondation Gates.¹²⁷ La GAVI est un bon modèle pratique pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Parmi les principales caractéristiques des opérations de la GAVI il convient de noter: le choix des pays bénéficiaires basé sur un plan pluriannuel cohérent présenté par les candidats; l'examen externe des propositions confié à des experts indépendants; des critères de performance précis et contrôlables (par exemple, le nombre de vaccinations effectuées); et des mécanismes d'incitations financières (par exemple, la moitié des fonds de la GAVI sont versés au départ et l'autre moitié lorsqu'il est prouvé que les vaccinations ont bien été faites.

Les institutions multilatérales mondiales, notamment l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale, doivent assumer dans cette nouvelle organisation des responsabilités particulières. L'OMS compte cent quatre-vingt onze Etats Membres: conformément au mandat que ces derniers lui ont confié, le Secrétariat est l'autorité intergouvernementale légitime pour tout ce qui concerne la santé dans le monde. De généreux versements volontaires complètent les contributions des Etats Membres au budget de l'OMS et ont permis à l'Organisation de mettre en place un vaste réseau comprenant plus de 100 équipes de pays, six bureaux régionaux, des centres collaborateurs et un Siège à Genève. Cet ensemble de moyens s'est développé au fil des ans pour devenir une source respectée d'informations dignes de foi sur les méthodes de lutte contre la maladie, la mise en place de systèmes de santé répondant équitablement aux besoins prioritaires des populations, et la promotion de la santé publique. L'OMS est, plus que toute autre organisation multilatérale, celle qui peut mobiliser des compétences à l'échelle mondiale en faisant appel à des spécialistes des institutions nationales des pays donateurs (comme les NIH aux Etats-Unis d'Amérique) ou des pays receveurs (comme le Centre de recherche sur la santé et la population au Bangladesh), à des universitaires de haut niveau, au secteur privé et aux responsables de la prestation des services de santé. Elle doit assurer le secrétariat technique du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et renforcer le potentiel de ses équipes dans les pays pour qu'elles soient mieux en mesure de soutenir l'application de l'approche sectorielle aux interventions sanitaires nationales ou locales.

L'implication de l'OMS confèrera à cette nouvelle entreprise le professionnalisme et les compétences nécessaires au succès des programmes financés par les donateurs. L'OMS aura aussi un rôle particulier à jouer dans la mise en place de la base de données factuelles sur laquelle s'appuiera le passage à l'échelle supérieure pour la lutte contre les maladies, y compris les informations épidémiologiques indispensables pour une intensification effective de l'action sanitaire dans chaque pays.

Ce renforcement du rôle de l'OMS suppose des réformes et des améliorations. Les Etats membres devront notamment permettre à son Secrétariat d'établir des partenariats plus souples avec d'autres institutions (les réserves de certains membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée de l'OMS qui craignent les conflits d'intérêts ont limité le recours à cette forme de collaboration plus libre). Il convient d'améliorer la gestion et la transparence des opérations menées au niveau des régions et des pays. Compte tenu des restrictions budgétaires, il faudra mieux hiérarchiser et cibler les objectifs, mais il serait bon de relâcher aussi quelque peu les politiques d'austérité en fonction de l'augmentation générale de la fourniture de biens publics mondiaux.

La Banque mondiale est la plus à même d'associer le secteur de la santé au programme général de développement. Comme nous l'avons souligné, la santé est un élément essentiel de ce programme mais ne constitue qu'une partie d'une entreprise beaucoup plus vaste. La Banque mondiale est l'institution universelle la plus qualifiée pour aider les pays et la communauté internationale à lier les interventions sanitaires aux autres aspects du développement. Au cours de ces dernières années, elle a été une source majeure d'aide au développement pour la santé mais ses propres efforts dans le domaine de la santé publique sont maintenant entravés par sa relative incapacité à octroyer des subventions plutôt que des prêts pour des projets en rapports avec la santé dans les pays à bas revenu.¹²⁸ Nous sommes donc favorable à un remplacement progressif des prêts par des subventions pour les pays à bas revenu. Parallèlement, les pays développés doivent accroître le montant de leurs engagements et de leurs contributions à long terme à l'aide internationale au développement pour permettre à la banque d'intensifier son programme de subventions selon les besoins.¹²⁹ En outre, la BIRD et les banques régionales de développement doivent accroître le volume de l'aide offerte aux Etats membres à revenu moyen à des conditions non libérales. La Banque mondiale devrait enfin envisager un développement des biens publics mondiaux en rapport avec la santé, tels que les subventions à TDR, à l'IRV et à HRP, en intensifiant ses partenariats dans le domaine de la santé grâce à son dispositif de subventions pour le développement.

Absorption d'un flux d'aide accru

On peut se demander si une large augmentation du soutien accordé par les donateurs au secteur de la santé ne risque pas de le déstabiliser, sur le plan macroéconomique ou au niveau sectoriel. On cite parfois à cet égard le « mal néerlandais », phénomène au cours duquel une augmentation soudaine des ressources dans un pays (généralement par suite de la découverte de gisements d'un produit de base ou de la hausse mondiale du prix d'un tel produit) provoque dans ce pays une inflation interne, une surévaluation de la devise nationale, et une baisse des exportations traditionnelles. Ces effets pourraient-ils résulter d'une injection massive dans le secteur de la santé de fonds émanant des donateurs ?

A notre avis, les incidences macroéconomiques de cette assistance n'ont généralement rien d'inquiétant, mais dans les cas où elle représente une forte proportion du PNB, il faut veiller à bien intégrer les augmentations dans l'ensemble de la politique macroéconomique. Pour les pays les moins avancés, l'augmentation de l'aide des donateurs serait de l'ordre de 6 pour cent du PNB, mais elle atteindrait 8 pour cent dans les pays à bas revenu de l'Afrique subsaharienne. Dans les autres pays à bas revenu, la part du PNB serait beaucoup plus faible (peut-être 1 pour cent). Loin d'entraîner une augmentation soudaine des ressources, l'aide progresserait régulièrement pour se stabiliser ensuite pendant une décennie ou davantage. En outre, la moitié de son volume ou plus consisterait en des biens négociables, surtout des médicaments et des matériels diagnostiques, et n'accroîtraient donc pas exagérément ou brusquement la demande de biens sur le marché intérieur. On peut donc supposer que l'augmentation de la demande de produits non négociables dans le secteur de la santé serait probablement de l'ordre de 3 pour cent du PNB. Etant donné que tous ces produits seraient financés de l'extérieur, il n'y aurait aucun problème d'augmentation du déficit budgétaire ou de création monétaire. Il convient de noter que pour de nombreux pays en développement pauvres, l'aide des donateurs est très supérieure, en pourcentage du PNB, aux sommes dont nous parlons ici. En 1999, l'aide publique au développement nette a atteint 24,6 pour cent du PNB au Malawi, 9,2 pour cent du PNB en Ouganda, 11,3 pour cent du PNB en République-Unie de Tanzanie et 11,2 pour cent du PNB au Sénégal. Tous ces pays étaient macroéconomiquement stables avec une croissance économique pour le moins modeste et un taux d'inflation assez bas.

Le principal problème est, de loin, celui de la capacité du secteur de la santé lui-même à absorber l'augmentation des flux d'aide. Par rapport à la production intérieure, la valeur ajoutée émanant du secteur de la santé passerait de 2 pour cent environ du produit intérieur brut (PIB) à, disons, 6

pour cent ou davantage.¹³⁰ Comme on l'a vu plus haut, le problème qui se pose alors dans de nombreux pays est celui de la qualité de l'administration publique et de la gouvernance. Dans tous les pays, il faudra considérablement développer la capacité d'exécution en mettant en place des systèmes de gestion et des compétences gestionnaires accrues au niveau local, ainsi que dans de nombreux cas de nouveaux systèmes de responsabilisation obligeant à rendre des comptes à la fois en aval à la communauté et en amont à l'autorité centrale. En outre, nous supposons que les traitements des agents de santé du secteur public seront nettement augmentés pour attirer et retenir le personnel et garantir un haut degré de motivation et de performance. Cette dernière condition pourrait se révéler difficile à satisfaire en raison des demandes d'augmentations qui en résulteraient sans doute dans d'autres parties du secteur public. Pourtant une hausse des salaires est nécessaire pour ralentir, et à fortiori inverser, l'exode des professionnels de la santé qui est un véritable fléau dans les pays à bas revenu, et pour que les employés des échelons inférieurs aient des salaires qui leur permettent de vivre, mais elle nécessite une grande habileté politique.¹³¹ On devra ménager une période de transition appropriée et s'employer énergiquement à former de nouveaux agents de santé ainsi qu'à confier un maximum de tâches à un personnel paramédical plus rapidement formé et moins mobile sur le plan international. Il est possible de prendre des mesures pour aider à remédier au manque de souplesse des barèmes de traitement et des conditions d'emploi régis par les statuts et règlements de l'administration centrale. On peut par exemple décentraliser la gestion des affaires publiques en la confiant à des unités dotées d'une plus grande autonomie, augmenter les indemnités et autres avantages plutôt que les traitements proprement dits et recourir davantage au secteur privé et à des ONG. En d'autres termes, il y aura des problèmes, mais ils seront atténués par une programme à moyen terme de passage à l'échelle supérieure dans lequel un grand nombre des problèmes à venir sont prévus.

AVANTAGES MACROÉCONOMIQUES DU PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE
 Une augmentation massive du volume des interventions sanitaires essentielles doit entraîner, dans les pays à bas revenu, une réduction significative de la charge de morbidité. L'estimation la plus réaliste des effets combinés des interventions que nous recommandons est une réduction du total des décès provoqués dans le monde en développement, par les maladies infectieuses et les affections maternelles d'environ 8 millions par an à l'horizon 2015, associée à une réduction d'environ 330 millions d'AVCI perdues. On obtient la réduction des décès en comparant les tableaux 16a (données

de base) et 16b (situation après le passage à l'échelle supérieure), et la réduction connexe des AVCI perdues en comparant les tableaux 17a (données de base) et 17b (situation après le passage à l'échelle supérieure).

La plupart, mais pas la totalité, de ces décès seraient évités dans les pays à bas revenu et certains seraient évités dans les pays à revenu moyen. Nous ne pouvons pas, à ce stade, faire des estimations épidémiologiques distinctes pour les deux groupes car nous ne disposons pas des données épidémiologiques de base pour chaque pays. Nos estimations devront d'ailleurs être considérablement affinées à l'avenir à l'aide de données et de modèles épidémiologiques plus détaillés.

Se fondant l'hypothèse basse, à savoir une AVCI d'une valeur égale à un an de revenu moyen par habitant et un revenu par habitant d'environ \$563 d'ici à 2015 dans les pays à bas revenu (pour une croissance annuelle de 2 pour cent entre 2000 et 2015), une estimation extrêmement prudente des économies qui en résulteraient directement donne 330 millions d'AVCI x \$563 / AVCI, soit \$186 milliards par an à l'horizon 2015. Plus simplement, la valeur de chaque AVCI serait représentée par un multiple du revenu annuel, disons trois fois le revenu actuel, auquel cas les avantages directs dépasseraient \$500 milliards par an. Même dans cette hypothèse extrêmement prudente, les avantages directs atteignent près du triple du coût du passage à l'échelle supérieure dans les pays à bas revenu que nous évaluons à environ \$66 milliards.

Les avantages effectifs pourraient être encore beaucoup plus élevés si l'amélioration de la santé a pour effet de stimuler la croissance économique, comme nous l'escomptons. L'allongement de l'espérance de vie et la réduction de la charge de morbidité tendraient à accélérer la croissance pour les raisons que nous avons déjà évoquées: accélération de la transition démographique (vers des taux de fécondité plus faibles), accroissement des investissements en capital humain, progression de l'épargne des ménages, augmentation des investissements étrangers et meilleure stabilité sociale et macroéconomique. Faute de données épidémiologiques de base appropriées, nous ne pouvons pas convertir exactement les vies sauvées en années d'espérance de vie supplémentaires, mais il est possible de donner un exemple chiffré. Si des issues sanitaires améliorées augmente l'espérance de vie dans les pays à bas revenu à raison de la moitié de l'écart actuel de 19 ans par rapport aux pays à haut revenu, en la faisant passer par exemple de 59 à 68 ans, l'effet sur la croissance économique serait d'environ 0,5 pour cent par an. D'autres retombées en termes de croissance résulteraient de la baisse des charges de morbidité dues au paludisme et au VIH/SIDA qui font directement obstacle aux investissements étrangers. En se basant seu-

Tableau 16a. MORTALITÉ ANNUELLE CHEZ LES MOINS DE 60 ANS DUE À DES CAUSES DU GROUPE I, DU GROUPE II ET DU GROUPE III, SANS INTERVENTIONS, RÉGIONS OMS EN VOIE DE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
Groupe I*	13.956.966	13.547.795	13.255.530	12.963.265	12.671.000
Maladies infectieuses et caren- ces nutritionnelles	9.073.058	8.974.403	8.903.935	8.833.468	8.763.000
Affections maternelles	491.185	415.081	360.720	306.360	252.000
Infections respiratoires	2.290.921	2.223.810	2.175.873	2.127.937	2.080.000
Affections périnatales	2.101.802	1.934.502	1.815.001	1.695.501	1.576.000
Groupe II*	7.809.835	9.347.660	10.446.107	11.544.553	12.643.000
Néoplasmes malins	2.242.159	2.814.836	3.223.890	3.632.945	4.042.000
Maladies cardiovasculaires	2.975.450	3.547.716	3.956.477	4.365.239	4.774.000
Divers	2.592.226	2.985.109	3.265.739	3.546.370	3.827.000
Groupe III*	4.578.256	5.044.311	5.377.207	5.710.104	6.043.000

* Les groupes I, II et III sont définis de façon détaillée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, tableau 4 de l'annexe, pp. 192-19

Tableau 16b. MORTALITÉ ANNUELLE CHEZ LES MOINS DE 60 ANS DUE À DES CAUSES DU GROUPE I, DU GROUPE II ET DU GROUPE III, AVEC INTERVENTIONS, RÉGIONS OMS EN VOIE DE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
Groupe I*	13.956.966	9.868.714	5.155.625	4.727.703	4.593.479
Maladies infectieuses et caren- ces nutritionnelles	9.073.058	6.489.866	2.849.259	2.826.710	2.804.160
Affections maternelles	491.185	234.334	203.645	106.253	87.400
Infections respiratoires	2.290.921	1.664.462	718.038	702.219	686.400
Affections périnatales	2.101.802	1.475.851	1.384.682	1.092.521	1.015.519
Groupe II*	7.809.835	8.132.367	9.088.004	9.293.184	10.177.417
Néoplasmes malins	2.242.159	2.198.138	2.517.573	2.439.041	2.713.667
Maladies cardiovasculaires	2.975.450	2.984.297	3.328.143	3.325.363	3.636.750
Divers	2.592.226	2.949.932	3.242.288	3.528.780	3.827.000
Groupe III*	4.578.256	5.044.311	5.377.207	5.710.104	6.043.000

* Les groupes I, II et III sont définis de façon détaillée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, tableau 4 de l'annexe, pp.192-197

Tableau 17a. AVCI PERDUES ANNUELLEMENT CHEZ LES MOINS DE 60 ANS DU FAIT DE CAUSES DU GROUPE I, DU GROUPE II ET DU GROUPE III, SANS INTERVENTIONS, RÉGIONS OMS EN VOIE DE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
Groupe I*	458.011.800	460.221.000	461.799.000	463.377.000	464.955.000
Maladies infectieuses et carences nutritionnelles	296.833.900	303.295.250	307.910.500	312.525.750	317.141.000
Affections maternelles	15.111.100	15.142.250	15.164.500	15.186.750	15.209.000
Infections respiratoires	78.881.900	76.813.750	75.336.500	73.859.250	72.382.000
Affections périnatales	67.184.900	64.969.750	63.387.500	61.805.250	60.223.000
Groupe II*	376.217.100	432.577.250	472.834.500	513.091.750	553.349.000
Néoplasmes malins	43.768.600	54.984.000	62.995.000	71.006.000	79.017.000
Maladies cardiovasculaires	64.775.300	77.738.250	86.997.500	96.256.750	105.516.000
Divers	267.673.200	299.855.000	322.842.000	345.829.000	368.816.000
Groupe III*	197.612.600	216.174.500	229.433.000	242.691.500	255.950.000

* Les Groupes I, II et III sont définis de façon détaillée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, tableau 4 de l'annexe, pp.192-197.

Tableau 17b. AVCI PERDUES ANNUELLEMENT CHEZ LES MOINS DE 60 ANS DU FAIT DE CAUSES DU GROUPE I, DU GROUPE II ET DU GROUPE III, AVEC INTERVENTIONS, RÉGIONS OMS EN VOIE DE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
Groupe I*	458.011.800	335.241.967	124.980.732	125.580567	126.474.099
Maladies infectieuses et carences nutritionnelles	296.833.900	219.328.853	98.531.360	100.008.240	101.485.120
Affections maternelles	15.111.100	8.548.561	203.645	106.253	87.400
Infections respiratoires	78.881.900	57.493.044	24.861.045	24.373.553	23.886.060
Affections périnatales	67.184.900	49.566.073	1.384.682	1.092.521	1.015.519
Groupe II*	376.217.100	376.337.684	411.361.070	413.030.810	445.437.265
Néoplasmes malins	43.768.600	42.937.640	49.193.522	47.671.107	53.049.431
Maladies cardiovasculaires	64.775.300	65.392.513	73.181.286	73.326.715	80.380.250
Divers	267.673.200	268.007.531	288.986.261	292.032.988	312.007.584
Groupe III*	197.612.600	216.174.500	229.433.000	242.691.500	255.950.000

* Les groupes I, II et III sont définis de façon détaillée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, tableau 4 de l'annexe, pp. 192-197.

lement sur cette estimation de 0,5 pour cent, on obtient une augmentation du revenu par habitant dans les pays à bas revenu de 10 pour cent après 20 ans par rapport à une situation sans interventions. Etant donné que le PIB des pays à bas revenu serait d'environ \$1,8 billions en 2020, ce gain de 10 pour cent correspondrait à un total de \$180 milliards par an d'ici 2020.¹³² On peut dire, très approximativement, que les gains annuels entraînés par l'augmentation du taux de croissance par habitant seraient du même ordre de grandeur que ceux résultant d'une longévité accrue (réduction du nombre d'AVCI perdues). En ajoutant la valeur des vies sauvées aux effets de l'accélération de la croissance économique, on obtient des avantages économiques d'une valeur au moins égale à \$360 milliards par an entre 2015 et 2020, et peut être très au-dessus.

PROCHAINES ÉTAPES

Nous exhortons le monde entier à s'engager dans une expansion audacieuse des services de santé essentiels. Le nouveau processus de lutte contre la pauvreté se met en place et nous devons nous en servir d'urgence pour nous acquitter de nos engagements mondiaux dans ce domaine. Les pays à bas revenu, les pays donateurs et les institutions multilatérales doivent prendre des mesures coordonnées.

Pays à bas revenu

La Commission recommande que chaque pays en développement commence à tracer la voie d'un accès universel aux services de santé essentiels. Le point de départ sera l'identification par le gouvernement et la société civile de chaque pays des services essentiels à universaliser, sur la base d'une analyse épidémiologique et économique et en fonction des priorités telles qu'elles sont perçues par les communautés. Nous recommandons que dans le cadre du processus de lutte contre la pauvreté, chaque pays crée en 2002 une Commission nationale Macroéconomie et Santé (CNMS), présidée par les ministres des finances et de la santé et composée de représentants de premier plan de la société civile, à laquelle cette tâche sera confiée.¹³³ Au cours de nos propres travaux, nous avons constaté à quel point il est essentiel de conjuguer les énergies, les compétences et les pouvoirs des dirigeants des finances et de la santé. Le CNMS doit avoir un mandat limité dans le temps afin d'achever ses travaux d'ici à la fin de 2003.

Les tâches suivantes seront assignées au CNMS: 1) déterminer les domaines prioritaires pour les interventions sanitaires ainsi que les stratégies de financement qui permettront de répondre à ces priorités; 2) désigner

un ensemble d'interventions essentielles à mettre à la disposition de toute la population au moyen d'un financement public (avec l'aide requise de la part des donateurs) ; 3) entreprendre un programme pluriannuel de renforcement du système de santé axé sur la prestation des services au niveau local et comprenant la formation du personnel, la construction et l'entretien de l'infrastructure, et le développement de la capacité de gestion pour permettre au secteur de la santé de réaliser une couverture universelle des interventions essentielles ; 4) fixer des objectifs quantifiés pour les réductions de la charge de morbidité sur la base de bonnes modélisations épidémiologiques ; 5) répertorier les principaux effets de synergie entre la santé et d'autres secteurs (par exemple, l'éducation, etc.) ; et 6) veiller à ce que la stratégie soit en accord avec l'ensemble du cadre macroéconomique. Le CNMS travaillera en étroite collaboration avec l'OMS et la Banque mondiale pour l'exécution de ces tâches. L'OMS aidera chaque pays à recueillir les données épidémiologiques de base, à identifier les interventions essentielles et à fixer des objectifs quantitatifs. La Banque mondiale aidera plus particulièrement à planifier la stratégie pluriannuelle du passage à l'échelle supérieure, y compris la conception d'une stratégie de financement à moyen terme basée sur les ressources nationales et sur les engagements des donateurs.

Pays donateurs

Les pays donateurs commenceront à mobiliser l'aide annuelle qu'ils se sont engagés à verser pour la santé jusqu'à concurrence d'environ 0,1 pour cent du PNB global de ces pays, soit approximativement \$27 milliards par an d'ici 2007, cette contribution augmentant au fur et à mesure de l'extension des programmes de pays et de l'accroissement des apports de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé. Les versements effectifs dépendront évidemment de la mise au point, par les pays à bas revenus, de stratégies bien conçues, crédibles et contrôlables pour le développement des interventions sanitaires essentielles. L'OMS et la Banque mondiale, épaulées par un comité directeur de pays donateurs et receveurs, pourraient se charger de coordonner l'augmentation massive et pluriannuelle de l'aide des donateurs ainsi que de contrôler les engagements et les versements de ces donateurs. Les réunions de hautes instances internationales (telles que les sessions conjointes du FMI et de la Banque mondiale, l'Assemblée mondiale de la Santé, la Conférence des Nations Unies sur le financement du développement et les réunions des groupes consultatifs parrainés par la Banque mondiale) devraient être, pour les donateurs, l'occasion de s'engager à augmenter leur aide pour la santé.

Institutions internationales

La stratégie mondiale va obliger à stimuler les opérations d'institutions internationales existantes telles que l'OMS ainsi qu'à créer de nouveaux organes comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Fonds mondial pour la recherche en santé. L'OMS a un rôle crucial à jouer dans plusieurs domaines, notamment en conseillant les gouvernements membres sur les stratégies sanitaires appropriées. A cet effet, il lui faudra renforcer ses moyens de terrain dans les pays concernés. En outre, elle mettra en place dans chaque pays et au niveau mondial des bases de données épidémiologiques qui apporteront une contribution vitale aux efforts mondiaux de lutte contre la maladie. L'OMS et la Banque mondiale sont co-responsables de l'analyse et de la diffusion des meilleures pratiques pour la réforme des systèmes de santé, ainsi que de l'appui fourni pour l'adoption de nouvelles orientations destinées à remédier au déséquilibre actuel des ressources dans le secteur de la santé. Enfin le FMI aura lui aussi un rôle utile car il aidera les pays donateurs et bénéficiaires à tenir compte du passage à l'échelle supérieure dans la politique macroéconomique des pays à bas revenu, notamment pour faciliter l'absorption du financement international supplémentaire. Outre l'OMS et la Banque mondiale, le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui doit être opérationnel en 2002, devra disposer d'un financement suffisant pour favoriser une augmentation massive des interventions dirigées contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Ce financement, fixé au départ à plusieurs milliards de dollars par an, devrait atteindre \$8 milliards par an d'ici 2007.

La lutte contre la maladie donnera vraiment la mesure de notre aptitude à forger une véritable communauté mondiale. Rien ne saurait excuser, dans le monde d'aujourd'hui, le scandale de ces millions de gens qui souffrent et meurent chaque jour parce que l'on ne dispose pas des \$34 qui seraient nécessaires pour assurer à chacun d'eux les services essentiels. Un monde juste et clairvoyant ne peut laisser une telle tragédie se perpétuer. Les dirigeants vont donner suite aux engagements pris ces dernières années en adoptant les mesures nécessaires pour rendre leur dignité et leurs raisons d'espérer, en un mot la vie, aux gens les plus pauvres et les plus vulnérables de notre planète. Nous savons qu'ils en ont le moyens et sommes persuadés qu'au cours de l'année qui vient de commencer, le monde va consacrer toutes ses énergies à cette noble tâche dont la réussite est vitale.

NOTES

1. Les classifications sont celles du Comité d'aide au développement de l'OCDE. Il y a cinq catégories : les pays les moins avancés (PMA), à savoir les 48 pays les moins développés selon les critères des Nations Unies ; les autres pays à faible revenu (PFR) (pays avec un PNB inférieur à \$755 par habitant en 1999 qui ne sont pas des PMA) ; les pays à revenu moyen inférieur ; les pays à revenu moyen supérieur ; et les pays à revenu élevé. Aux fins de l'estimation des coûts, nous nous référons à ces pays dans le tableau A2.B.
2. Dans une grande partie des pays à faible revenu, les taux de mortalité par âge pour de nombreuses maladies non transmissibles régressent alors que les chiffres absolus augmentent en raison du vieillissement de la population. Toutefois, la morbidité et la mortalité associées au tabac progressent, et même les taux par âge.
3. A titre d'exemple, de nouveaux mécanismes destinés à faciliter l'accès aux médicaments essentiels pour les maladies transmissibles commencent à être étendus à des maladies non transmissibles clés comme le diabète, certains cancers, des troubles mentaux, l'hypertension, etc., mais il reste encore beaucoup à faire pour les deux catégories de maladies.
4. Programme de développement des Nations Unies, tableau 8.
5. Programme de développement des Nations Unies, 2001, dossier 1.3.
6. Dans de nombreux pays à revenu moyen, notre recommandation tendant à consacrer à la santé un montant additionnel égal à 1 pour cent du PNB d'ici 2007 et à 2 pour cent d'ici 2015 serait plus que suffisante pour garantir un accès universel aux interventions essentielles. Ces pays pourront donc décider soit de mobiliser pour la santé un montant additionnel inférieur à ces chiffres, soit, ce qui serait plus judicieux, d'étendre la couverture au-delà des interventions essentielles visées dans le présent Rapport pour y inclure diverses maladies non transmissibles dont la charge se fait de plus en plus sentir en raison du vieillissement des populations.
7. La recherche opérationnelle comporte des investigations sur les interventions sanitaires pratiquées, y compris sur des questions telles que l'observance des traitements, la toxicité, les posologies et les modes d'administration ainsi que leur coût. L'objectif est d'adapter au mieux le traitement aux conditions locales et de déterminer le meilleur moyen de l'intégrer aux services existants. La recherche opérationnelle est généralement négligée dans les programmes de pays. On distingue deux types. La recherche clinique porte sur des questions en rapport avec le traitement comme les posologies et la toxicité. La recherche opérationnelle autre que clinique concerne la logistique, la gestion financière, les aspects culturels des traitements et autres dimensions non cliniques de la prestation des services de santé.
8. Dans la suite du Rapport, nous distinguons trois types de maladies : le type I, dont l'incidence est élevée (ou du moins potentiellement) dans les pays riches et pauvres ; le type II, qui touche surtout les pays pauvres mais qui a aussi une inci-

dence significative dans les pays riches ; et le type III, surtout ou exclusivement présent dans les pays pauvres. C'est surtout pour les maladies des types II et III qu'il importe particulièrement de stimuler la R&D.

9. Une partie de la surveillance est consacrée au suivi des épidémies en temps réel dans le cadre du réseau mondial OMS d'alerte et de réaction aux épidémies qui regroupe et relie entre eux 72 réseaux préexistants. Toutefois, l'absence dans de nombreux pays à bas revenu des moyens de laboratoire et des compétences épidémiologiques nécessaires est un obstacle auquel il va falloir remédier sans délai.
10. Les bailleurs de fonds ont invité les pays à bas revenu à préparer un document sur la lutte contre la pauvreté qui doit servir de base à une offensive soutenue et de grande ampleur contre la pauvreté que les donateurs soutiendront en la finançant et en annulant la dette.
11. Ces résultats sont résumés dans un document du FMI d'août 2001 intitulé : « Debt Relief for Poor Countries (HIPC) : What Has Been Achieved », <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.
12. En outre, il importe de mettre l'accent sur les approches et technologies appropriées dans ces domaines apparentés. C'est ainsi que privilégier l'éducation des filles a un effet particulièrement sensible sur la santé des pauvres. De même, les fourneaux économes en combustible sont une technologie appropriée qui peut prévenir les décès dus à la pollution de l'air intérieur des locaux et économise de l'énergie.
13. Lorsqu'un groupe à peu près équivalent est déjà en place et si sa composition est suffisamment diversifiée on peut, au lieu d'en créer un autre, se contenter de modifier sa structure pour lui permettre d'exécuter les tâches nécessaires. Il convient cependant de souligner les avantages d'une direction assurée conjointement par les ministres des finances et de la santé : c'est l'une des clés de la réussite pour le passage des services de santé à l'échelle supérieure.
14. On éviterait aussi des millions d'autres décès chaque année en réduisant radicalement la consommation de cigarettes.
15. Toutes les chiffres en dollars du présent rapport se réfèrent au dollar des Etats-Unis. Toutes les projections de coûts sont en dollars des Etats-Unis constants sur la base de 2002.
16. Si les pays d'Afrique subsaharienne à revenu moyen sont inclus, c'est surtout en raison de la forte prévalence du VIH/SIDA et, par conséquent, du coût élevé des interventions sanitaires essentielles dans ces pays.
17. Ce qui représente un montant supplémentaire égal à 1 pour cent du PNB en 2007 et à 2 pour cent du PNB en 2015, encore que dans certains pays, un montant inférieur suffirait à couvrir le coût du passage à l'échelle supérieure.

18. Les bailleurs de fonds sont censés combler la différence qui peut encore subsister après la mobilisation d'au moins 1 pour cent du PNB en 2007 et 2 pour cent du PNB en 2015. Si ces montants sont suffisants (ou plus que suffisants) pour couvrir la totalité des coûts du passage à l'échelle supérieure, nous supposons que les donateurs n'apporteront aucune contribution.
19. Nous estimons le total actuel de l'aide publique au développement (APD) pour la santé à environ \$6 milliards par an, y compris \$5 milliards pour les programmes de pays dans des pays à revenu faible ou moyen et environ \$1 milliards pour des biens publics mondiaux dans le domaine de la santé. Dans ces \$6 milliards, nous incluons l'appui au système de santé et à des programmes de lutte contre certaines maladies, mais pas la planification familiale qui, si elle était comptée, obligerait à ajouter \$600 millions environ au total. Malgré les efforts méritoires de la Commission et du groupe de travail N°6, il n'a pas été possible de faire un compte précis de l'aide actuelle des donateurs pour la santé car les fonds sont dépensés très diversement et les comptes- rendus présentent inévitablement des décalages dans le temps, des différences de couverture et de définitions d'un donateur à l'autre et d'importantes disparités entre les engagements et les dépenses effectives. Outre l'APD qui comprend des subventions et des prêts à des conditions favorables, des prêts pour la santé sont aussi consentis à des conditions non libérales (aux taux du marché), principalement par la Banque mondiale à des pays en développement à revenu moyen, à raison approximativement de \$0,5 milliard par an et des dépenses de R&D concernant des maladies des pauvres sont financées en dehors des budgets de l'APD (leur montant est probablement très inférieur à \$0,5 milliard).
20. Si nous sommes raisonnablement sûrs de l'ordre de grandeur de nos estimations des coûts, nous invitons cependant le lecteur à ne pas les extrapoler pour en déduire des chiffres détaillés par région ou par maladie. Le calcul des coûts exacts du passage à l'échelle supérieure par pays et par catégorie de maladie devra attendre une estimation pays par pays beaucoup plus détaillée que celle que la Commission a pu entreprendre par elle-même.
21. Lorsqu'un individu meurt jeune ou à la fleur de l'âge, son décès est associé à la perte de nombreuses années de vie. En outre, la maladie peut entraîner une incapacité pendant des années avant le décès. C'est pourquoi le chiffre des AVCI perdues chaque année est un multiple de celui des décès annuels.
22. Le revenu par habitant dans les pays à bas revenu se situait en 1999 aux alentours de \$410 par personne et par an. A raison d'un accroissement de 2 pour cent par an, ce revenu devrait atteindre \$563 par an en 2015. Dès lors, 330 millions d'AVCI correspondraient à un gain de \$186 milliards. Toutefois, on a de bonnes raisons de penser que chaque AVCI est un multiple du revenu par habitant, de sorte que les avantages directs pourraient atteindre le double de ce chiffre ou plus. En outre, ces calculs ne prennent pas en compte les effets d'une meilleure santé sur la croissance économique qu'elle accélère.

23. Notre analyse permet de penser que la plupart des pays à revenu moyen sont en mesure de financer leurs services essentiels au moyen de leurs propres ressources internes, à condition d'en avoir la volonté politique. L'aide des donateurs doit aller presque exclusivement aux pays à bas revenu, à l'exception d'un certain montant destiné à des pays à revenu moyen où la prévalence du VIH/SIDA est très élevée et qui, sans cet apport extérieur, ne pourraient pas financer une lutte de grande ampleur contre cette maladie.
24. Nombreux sont ceux qui ont demandé à la Commission ce qu'il convenait de faire en l'absence d'une contribution des bailleurs de fonds, ou plus simplement comment opérer un tri quand l'argent fait défaut. Ce que l'on nous demande ici, c'est d'établir une sélection parmi des millions de décès annuels évitables, étant donné que nous avons déjà limité nos priorités à un petit nombre de maladies qui représentent une énorme charge sociale et pour lesquelles des interventions peu coûteuses sont au moins partiellement efficaces. Non seulement ce type de sélection nous paraît indésirable pour des raisons politiques et éthiques, mais en outre, il serait extrêmement difficile de faire un choix judicieux. Ceux qui espèrent que nous allons leur suggérer une solution simple, par exemple donner la priorité aux interventions bon marché (vaccinations) en renvoyant à une date ultérieure les interventions coûteuses (programmes de prévention plus chers et thérapie antirétrovirale nécessaire pour lutter contre le SIDA) évaluent mal les problèmes pratiques auxquels nous faisons face. Si elle n'est pas endiguée, la pandémie de SIDA va stopper le développement économique de l'Afrique ; lutter contre la rougeole et pas contre le SIDA ne permettra même pas de commencer à satisfaire les besoins humains et économiques de l'Afrique. Mais on aurait tort aussi de passer à l'autre extrême en privilégiant la lutte contre le SIDA, qui est une préoccupation légitime, aux dépens d'interventions meilleur marché : c'est pourquoi nous préconisons les deux formes d'action. Par ailleurs, l'infrastructure mise en place contre le SIDA renforcera le dispositif de lutte contre la rougeole, notamment si cette complémentarité est clairement affirmée dans la stratégie anti-SIDA. Il est infiniment plus utile de concevoir et financer un programme complet qui répond à de nombreux besoins sanitaires essentiels que de choisir et retenir uniquement les éléments qui paraissent peu coûteux.
25. Présenté par l'ONUSIDA et l'OMS à la Réunion internationale consultative de l'OMS sur la thérapie antirétrovirale, Genève, mai 2001.
26. L'établissement de prix différenciés désigne la fixation de prix différents pour des marchés différents qui sont tenus séparés par des barrières physiques et réglementaires. Dans ce cas, l'établissement de prix différenciés consiste à faire payer le plus bas prix commercialement viable dans les pays à faible revenu et des prix plus élevés (souvent garantis par un brevet) dans les pays à haut revenu.
27. Les participants et les mandats de ces groupes de travail figurent à l'appendice 1.

28. Sen souligne que certaines libertés fondamentales (droit de participation à la politique ou droit de recevoir une éducation de base) font partie intégrante du développement (dont elles constituent essentiellement les objectifs ultimes) et contribuent au progrès économique. Voir Sen (1999), *Development as Freedom*, notamment l'introduction et le chapitre 1.
29. Voir Amir Attaran, « Health as a Human Right », CMH Policy Memorandum N°3, <http://www.cid.harvard.edu>.
30. La santé du corps est une richesse (proverbe hausa); La santé vaut toutes les richesses du monde (proverbe anglais) ; sans la santé, de richesse (proverbe serbe) ; La santé passe avant la nécessité de gagner sa vie (proverbe yiddish). Wolfgang Meider, *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*, New York : Prentice Hall, Inc.
31. L'expression santé des populations signifie ici l'état de santé de populations entières exprimé de façon synthétique par des mesures démographiques telles que l'espérance de vie, la mortalité infantile et juvénile et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). La croissance économique est une augmentation continue du revenu par habitant d'un pays (généralement exprimée sous la forme du produit national brut (PNB) par habitant corrigé de la parité de pouvoir d'achat). On entend par développement économique une augmentation générale et soutenue de la situation matérielle d'une société dont témoigne non seulement le PNB par habitant mais aussi plusieurs dimensions de la vie matérielle (logement, consommation, diversité des biens et services, etc.)
32. Nous saluons les efforts de plusieurs analystes qui ont souligné, dans de précédents ouvrages, l'importance des liens entre la santé et le développement. Un exemple notable est l'étude d'Abel-Smith et Leiserson intitulée : *Poverty, Development and Health Policy* (1978, notamment les pp. 27-34) dans laquelle les auteurs notent des liens entre la santé et le développement similaires à ceux que nous décrivons : effets défavorables de maladies telles que le paludisme, l'onchocercose, la schistosomiase et la trypanosomiase sur l'exploitation de terres tropicales arables, sur l'élevage du bétail, sur les migrations et le commerce, sur la transition vers une diminution de la fécondité, sur la réceptivité de la société aux nouvelles méthodes de culture et sur la production de denrées alimentaires en période d'épidémie. Nous ne pouvons qu'approuver la conclusion selon laquelle « il faudrait une approche unifiée du développement qui aide des millions de pauvres à sortir du cercle vicieux de la pauvreté, de l'ignorance et de la mauvaise santé dans lequel ils sont enfermés et qui tend à se perpétuer de génération en génération au cours des siècles » (p. 32).
33. R.W. Fogel, « New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality : Some Implications for Population Theory » in M.R. Rosenzweig et O. Stark (eds), *Handbook of Population and Family Economics*, vol. 1a, Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433-481.

34. D.R. Gwatkin, "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2000, 78 (1) ; et Gwatkin et al., « Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population » (série de rapports sur 44 pays en développement), Banque mondiale, 2001. Voir aussi S. Gupta, M. Verhoeven et E. Tiongson, « Public Spending on Health Care and the Poor », document de travail du FMI, 2001, tableau 1, pour une compilation de données sur les 44 études de pays du projet de la Banque mondiale.
35. Il est également vrai, d'une manière générale, que pour un TMI donné, un pays pauvre a un taux de croissance supérieur à celui d'un pays plus riche, phénomène connu en matière de développement international sous le nom de convergence conditionnelle. La convergence conditionnelle reflète le fait que, dans le cas de deux pays placés dans des situations similaires, le plus pauvre est en mesure d'absorber davantage de capital et de technologie en provenance des chefs de file mondiaux et va donc pouvoir se développer plus rapidement que le plus riche. Toutefois, les pays pauvres peuvent avoir des caractères qualitatifs plus défavorables (par exemple un TMI plus élevé) ou des politiques moins judicieuses, de sorte que la tendance à la convergence est « conditionnée » par ces autres facteurs et non absolue.
36. Normalement, le taux de croissance annuel dans ces modèles s'exprime sous la forme d'une fonction linéaire de plusieurs variables, y compris le logarithme naturel de EVN. Le coefficient estimatif affecté à EVN est généralement de l'ordre de 3,5. Etant donné que $\ln(77) = 4,34$ et que $\ln(49) = 3,89$, la différence de croissance est donnée par $3,5 \times (4,34 - 3,89)$, soit environ 1,6 pour cent par an.
37. Toutes les études mentionnées plus haut s'attachent à séparer les effets directs de la santé des problèmes touchant aux institutions, à la politique générale et à la gouvernance en général, mais nous pensons que d'autres recherches basées sur des données plus fines—au niveau du ménage, du village ou de la région d'un pays—permettraient de mieux distinguer les effets de la santé de ceux d'autres conditions sociales pouvant être corrélées avec la santé.
38. Les dollars corrigés de la parité de pouvoir d'achat sont des dollars des Etats-Unis ajustés sur la différence des prix des biens en dollars entre les pays pauvres (où ces prix sont généralement plus bas) et les Etats-Unis d'Amérique.
39. FMI, OCDE, Nations Unies, Banque mondiale, 2000. Progress Towards the International Development Goals : 2000 A Better World for All, Washington, DC.
40. L'objectif de base de la lutte contre la pauvreté est la réduction de moitié, entre 1990 et 2015, de la proportion de gens qui vivent dans une pauvreté extrême. La pauvreté extrême est définie comme étant la situation de ceux qui vivent avec moins de \$1 par jour (dollar des Etats-Unis de 1993 corrigé de la parité de pouvoir d'achat). Un objectif connexe est la réduction de moitié du nombre de personnes souffrant de la faim entre 1990 et 2015.

41. « Faire reculer le paludisme », entreprise commune de l'OMS, du PNUD, de l'UNICEF et de la Banque mondiale, vise à réduire de moitié d'ici à 2010 le nombre de décès dus au paludisme. « Halte à la tuberculose », partenariat mondial regroupant l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF, vise à réduire de moitié en 2010, par rapport à 2000, la charge de morbidité et de mortalité.
42. L'étude a été menée par la « State Failure Task Force », créée en 1994 par la Central Intelligence Agency des Etats-Unis d'Amérique. Ce groupe d'étude a donné une définition officielle de la défaillance de l'Etat (cas de guerre révolutionnaire, de guerre ethnique, de génocide, de mort des institutions politiques ou de changement de régime dommageable ou déstabilisateur) et compté tous les cas survenus entre 1957 et 1994 dans des pays de 500.000 habitants ou plus. Cent treize cas de défaillance de l'Etat ont été ainsi répertoriés. Parmi toutes les variables explicatives examinées, trois ont été jugées particulièrement significatives : les taux de mortalité infantile ; l'ouverture de l'économie, car des liens économiques étroits avec le reste du monde réduisent le risque de défaillance de l'Etat ; et la démocratie, car les pays démocratiques se révèlent moins exposés à une défaillance de l'Etat que les régimes autoritaires. Voir « State Failure Task Force Report : Phase II Findings », in Environmental Change and Security Project Report du Woodrow Wilson Center, numéro 5, Été 1999, 49–72
43. « Tous les cas ou presque d'intervention militaire des Etats-Unis à l'étranger depuis 1960 se sont produits dans un pays en développement qui avait précédemment subi une défaillance de l'Etat » (J. Sachs, « The Strategic Significance of Global Inequality », The Washington Quarterly, Été 2001, p. 191).
44. Voir National Intelligence Council, « The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States », (Washington, DC, janvier 2000), site: <http://www.cia.gov/>. Ce rapport fait l'observation suivante: « Plaque tournante mondiale des voyages, de l'immigration et du commerce, avec des activités très diversifiées et une forte présence civile et militaire à l'étranger, les Etats-Unis d'Amérique et leurs intérêts à l'étranger sont menacés par les maladies infectieuses ». Il note en outre que « les maladies infectieuses risquent de ralentir le développement socioéconomique dans les pays en développement et les ex-pays et régions communistes les plus touchés, ce qui nuirait aux progrès de la démocratie et pourrait contribuer à provoquer des situations d'urgence humanitaires et des conflits civils ». Voir aussi National Intelligence Council Report, « Global Trends 2015 : A dialogue with Non-Governmental Experts », décembre 2000, site : <http://www.cia.gov/>.
45. B. Korber et al., Science 288, 1789 (2000).
46. Ainsi que Laver et Garman l'ont écrit récemment, « Une épidémie mondiale (pandémie) de grippe type A peut survenir à tout moment. Un tel événement sera causé par un « nouveau » virus contre lequel la population humaine n'est pas immunisée, et l'expérience incite à penser que ce nouveau virus apparaîtra sans doute en Chine. Avec la surpopulation et la rapidité des transports qui caractérisent notre époque, l'épidémie devrait atteindre l'ensemble du globe. Des millions de gens

- seront atteints et beaucoup mourront ». Graeme Laver et Elspeth Garman, « The Origin and Control of Pandemic Influenza », *Science*, vol. 293, 7 septembre 2001, 1776–1777.
47. On peut citer parmi de nombreux exemples le cas de 416 réfugiés tibétains arrivés au Canada en 1999 : 5 avaient une tuberculose. Bonnie Henry et al., « M. Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada », présenté à la 5^{ème} Réunion annuelle de l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, Région nord-américaine, Vancouver, février 2000, (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>).
 48. Voir Chris F. Curtis, « The mass effect of widespread use of insecticide-treated bed-nets in a community », CMH Policy Memorandum, <http://www.cid.harvard.edu>.
 49. Human Development Report 2001, p. 23. De même, 48 pour cent de la population du monde en développement habite dans des pays en retard, très en retard ou en recul par rapport aux objectifs de mortalité maternelle.
 50. Maladie évitable, dans cette analyse de la Commission, se réfère à la surmortalité et la surmorbidité dans une société par rapport aux taux de morbidité et de mortalité d'une société de référence. Concrètement, nous calculons la surcharge d'une maladie dans les pays à bas revenu par comparaison avec la morbidité et la mortalité provoquées par cette même maladie chez les non-fumeurs des pays à haut revenu.
 51. Dans le jargon économique, on dit qu'une mauvaise santé réduit l'« utilité » d'un individu, même si aucun changement n'intervient dans son niveau de consommation des biens et services ou dans sa durée de vie.
 52. Des valeurs aussi élevées ont été récemment utilisées dans la littérature économique. Voir par exemple Cutler et Richardson (1997) ; Topel et Murphy (1999) ; Philipson et Soares (2001) ; et Becker, Philipson et Soares (2001).
 53. 34,6 AVCI multiplié par 2,1 millions de décès égale 72 millions d'AVCI.
 54. Théoriquement, le modèle économétrique de Gallup et Sachs (2001) suppose que le taux de croissance d'une économie $d(\ln y)/dt$ est égal à $-a M - b \ln y + cZ$, où $\ln y$ est le logarithme naturel du PNB par habitant, M indique la proportion de la population vulnérable au paludisme (entre 0 et 1,0), et Z désigne les autres déterminants de la croissance. Des estimations empiriques donnent environ 1,3 pour le coefficient a et environ 2,0 pour le coefficient b . Il en résulte que l'effet à court terme du paludisme sur la croissance est de $-1,3$ pour cent par an, et l'effet à long terme est une réduction du montant du revenu par habitant de $\exp(-a/b) = \exp(-0,65) = 0,52$. En d'autres termes, le revenu par habitant dans un pays impaludé n'atteint que 52 pour cent du revenu par habitant dans un pays indemne de paludisme.
 55. Gertler et Gruber (2001) estiment que 35 pour cent des coûts des maladies graves ne sont pas assurés par d'autres sources à la disposition des ménages (dans une étude basée sur des données indonésiennes) ; ils constatent en outre que plus la

maladie est grave, moins le ménage est en mesure de s'assurer. Les ménages peuvent s'assurer à 100 pour cent contre les risques économiques liés à des maladies qui n'influent pas sur leurs fonctions physiques, à 71 pour cent pour les maladies qui limitent modérément les capacités physiques de l'individu, mais à 38 pour cent seulement pour les maladies qui réduisent sévèrement ces capacités. Leurs conclusions font apparaître que l'économie indonésienne supporte des coûts non négligeable en l'absence d'une couverture complète du risque de maladie par une assurance, même dans le cas d'événements sanitaires aussi extrêmes.

56. Selon l'Hypothèse de Barker, le retard de croissance intra-utérine est associé à des maladies à l'âge adulte, y compris des affections cardiovasculaires.
57. Rapport sur la santé dans le monde 1999.
58. L'ISF est, grosso modo, le nombre moyen d'enfants dont une femme accouche au cours de sa période de reproduction, calculé sur la base des taux de fécondité par âge dans le pays à un moment donné. Le TMI est le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'1 an pour 1.000 naissances vivantes.
59. Les taux de fécondité tendent à être plus bas en zone urbaine pour plusieurs raisons : les enfants ne sont pas en ville l'atout économique qu'ils constituent pour une exploitation agricole ; le logement y est plus cher ; le coût d'opportunité du temps consacré par la mère à ses enfants peut être plus élevé ; enfin, les enfants y seront plus probablement scolarisés, ce qui entraîne des frais (fournitures scolaires, droits d'inscription, uniformes, etc.).
60. Du fait de l'accroissement de la proportion de travailleurs dans la population, le PNB par personne tend à augmenter alors que le PNB par travailleur demeure inchangé.
61. Même si les nouvelles recrues sont aussi productives que les anciennes, l'entreprise doit dépenser des sommes substantielles pour sélectionner les nouveaux employés.
62. Gallup et Sachs, 2001 (*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Supplément spécial). Le démarrage de la croissance en Europe méridionale a suivi de peu l'élimination du paludisme après la guerre. Au cours des décennies précédentes, cette région s'était développée moins vite que l'Europe du Nord.
63. *Economist* (2001) : The worst way to lose talent. 8 février.
64. La liste des pays les moins avancés figure au tableau A2.B.
65. Ce sont (avec les nombres estimatifs de décès par an entre parenthèses) : la poliomyélite (720), la diphtérie (5.000), la coqueluche (346.000), la rougeole (888.000), le tétanos, y compris le tétanos néonatal (410.000), *Haemophilus influenzae b*, ou Hib (400.000), l'hépatite B (900.000) et la fièvre jaune (30.000). Voir <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>.
66. En comparant la mortalité chez les fumeurs et les non fumeurs dans les pays en développement à la mortalité chez les seuls non fumeurs dans les pays riches, cette analyse peut sembler exagérer la mortalité évitable. Il existe cependant des inter-

ventions connues pour réduire notablement le tabagisme et l'on est donc fondé à utiliser les non fumeurs comme base de départ pour tenter de définir l'amélioration maximum concevable. Ce choix a d'ailleurs peu d'effet sur les estimations présentées ici car nous ne considérons la réduction de la mortalité que jusqu'en 2015 et les réductions importantes de la morbidité liée au tabac interviendront nécessairement beaucoup plus tard.

67. L'éradication est la complète élimination d'une maladie sur toute la surface du globe. L'élimination est un arrêt de la transmission d'un microorganisme infectieux dans une zone bien définie. Après une élimination, le risque d'une réintroduction à partir d'une autre région demeure. (Voir Basch 1999, p. 456).
68. Pour une récente chronique de ces événements, voir Jonathan Tucker, Scourge, New-York : Atlantic Monthly Press, 2001.
69. La vaccination antivariolique n'est plus pratiquée. Il se pourrait que l'on fasse de même pour la poliomyélite mais la question est encore à l'étude.
70. Le traitement de brève durée sous observation directe (TSD) est un mode de traitement de la tuberculose qui consiste à observer directement un malade prenant des antituberculeux pendant les 2 premiers mois au moins de la thérapie en vue d'améliorer l'observance. Brève durée se réfère à un schéma thérapeutique de 6 à 8 mois basé sur une association d'antituberculeux.
71. OMS, UNICEF, ONUSIDA, Banque mondiale, UNESCO et FNUAP, *Health A Key to Prosperity : Success Stories in Developing Countries*, 2000, publié par l'Organisation mondiale de la Santé.
72. L'expérience montre en outre que les services de planification familiale donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils s'inscrivent dans des programmes généraux de santé génésique comprenant la planification familiale, la grossesse et l'accouchement sans risque, ainsi que la prévention et le traitement des infections des voies génitales et des maladies sexuellement transmissibles.
73. L'accroissement rapide de la population a des effets multiples et complexes sur le développement économique. Au niveau des ménages, les montants par enfant des investissements consacrés à l'éducation et à la santé sont plus faibles en cas de familles nombreuses, c'est à dire lorsque les taux de fécondité sont élevés. Au niveau de la société, l'accroissement rapide de la population rurale, notamment, impose de très lourdes contraintes à l'environnement (par exemple, la déforestation lorsque des arbres sont abattus pour obtenir du bois de chauffage et défricher de nouvelles terres arables) et sur la productivité de denrées alimentaires à mesure que le rapport entre les surfaces arables disponibles et les effectifs de la main-d'oeuvre agricole diminue. Des paysans désespérément pauvres vont alors se presser dans les villes augmentant considérablement les taux d'urbanisation, ce qui aggrave la congestion et limite les équipements urbains disponibles par personne (services de maintien de l'ordre, eau et assainissement, etc.).

74. Le rapport *Contraceptive Practices and the Donor Gap*, élaboré par l'Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security, estime que le déficit de l'apport des donateurs pour les préservatifs et la logistique sera de l'ordre de \$210 millions d'ici 2015 et d'environ \$100 millions d'ici 2007 (voir la figure 9, p.9 de ce rapport). L'IWG est une entreprise commune de John Snow, Inc., de Population Action International, du Programme de technologies appropriées en santé et du Wallace Global Fund.
75. Au Bangladesh où le taux de mortalité infantile est passé d'environ 140 décès pour 1.000 naissances vivantes en 1995 à environ 70 décès pour 1.000 naissances vivantes en 1995, l'indice synthétique de fécondité a chuté brusquement, passant de 7,0 en 1970 à 3,4 en 1990 et à 3,1 en 1995. De ce fait, l'accroissement de la population a nettement ralenti : d'environ 2,5 pour cent par an en 1970, il est tombé à 1,5 pour cent par an en 1995. Le gouvernement a fortement investi dans la planification familiale et d'importantes organisations non gouvernementales, comme la Banque Grameen et BRAC, ont contribué à améliorer la situation sociale des femmes pauvres, ce qui a ensuite favorisé une baisse des taux de fécondité. Les changements économiques, notamment le processus d'urbanisation en cours et plus spécialement l'accroissement spectaculaire du nombre de jeunes femmes employées dans l'industrie du prêt-à-porter orientée vers l'exportation, ont retardé le mariage des femmes et réduit les taux de fécondité dans le mariage.
76. S'il n'existe qu'une seule classe de virus, le VIH, qui provoque le SIDA, on observe un degré appréciable de variation génétique du virus au sein d'une même population, et plus encore d'une région à l'autre. Ces sous-types ou clades pourraient avoir des transmissibilités différentes, encore que cette question demeure mal élucidée. Certains virologistes ont suggéré que le VIH1 clade C, qui se trouve surtout en Afrique australe et orientale et dans la corne de l'Afrique pourrait être plus transmissible et, partant, plus à même d'entraîner de forts taux de prévalence chez l'adulte.
77. Il va de soi que les retombées sociales du traitement vont très au-delà du niveau de revenu des malades si l'on tient compte des avantages qui en découlent pour les enfants auxquels il évite de devenir orphelins et des nombreux autres inconvénients sociaux de la maladie.
78. Sanjeev Gupta, Marijn Verhoeven et Erwin Tiongson, « Public Spending on Health Care and the Poor » Document de travail du FMI, 2001.
79. En raison du niveau inférieur des prix et des salaires afférents à des biens et services destinés à la consommation intérieure, y compris les salaires du secteur de la santé, \$30 à \$45 par personne dans un pays à bas revenu équivaut sans doute à \$60 à \$90 par an dans un pays à haut revenu. Ainsi, à parité de pouvoir d'achat (comme dans certaines analyses) le coût minimum des interventions essentielles serait probablement supérieur à \$80 par personne et par an, ainsi que nous l'avons noté dans le texte.

80. Le graphique est à coordonnées logarithmiques avec, en abscisse, le logarithme naturel du revenu par habitant en dollars des Etats-Unis et, en ordonnée, le logarithme naturel des dépenses de santé totales en dollars des Etats-Unis.
81. L'estimation du graphique est la suivante : à chaque augmentation de revenu de 1 pour cent correspond une augmentation des dépenses de santé de 1,15 pour cent, ce qui veut dire que proportionnellement au revenu, les dépenses de santé sont légèrement plus élevées dans les pays riches que dans les pays pauvres. Dans les 44 pays les plus pauvres dont le revenu par habitant est égal ou inférieur à \$500 par an, les dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 4,0 pour cent du revenu, et dans les 21 pays les plus riches, dont le revenu par habitant est égal ou supérieur à \$20.000 par an, les dépenses de santé atteignent en moyenne 6,5 pour cent du PNB.
82. Voir Fang Jing et Xiongfen, « Financial Reform and Its Impact on Health Services in Poor Rural China », présenté à la Conférence sur la réforme du secteur financier en Chine, Université Harvard, septembre 2001. On y lit : « En raison de sérieuses difficultés financières, les structures sanitaires dans les pays pauvres doivent compter sur les services cliniques pour gagner de quoi payer leur personnel, et les soins préventifs sont largement ignorés...Un autre résultat de l'accent mis sur les services curatifs est l'augmentation rapide des dépenses médicales et de l'abus des médicaments » (pp. 13-14). Misra, Chatterjee et Rao (2001) décrivent la multiplication des praticiens ruraux non qualifiés. « On estime qu'un million de praticiens illicites assurent 50 à 70 pour cent des consultations primaires... » Ils notent que « la qualité technique des soins dispensés dans le secteur privé est souvent médiocre. Les problèmes vont d'infrastructures inadaptées où sont pratiquées des méthodes de traitement injustifiées et contraires à l'éthique à une offre excessive de services d'un coût exorbitant ».
83. Voir Yuanli Liu et William Hsiao, « China's Poor and Poor Policy : The Case for Rural Health Insurance », présenté à la Conférence sur la réforme du secteur financier en Chine, Université Harvard, 13 septembre 2001. En se basant sur les données de l'Enquête nationale chinoise de 1998 sur les services de santé, Liu et Hsiao ont constaté que 44,3 pour cent de tous les foyers ruraux vivant dans la misère cette année là avaient été paupérisés par des dépenses médicales.
84. Sans vouloir apporter de fausses précisions sur un sujet si complexe, il serait plausible d'imaginer qu'en bon gestionnaire, le gouvernement d'un pays à bas revenu répartirait à peu près comme suit la totalité de ses recettes : recettes totales = 16 pour cent du PNB alloués aux postes suivants : santé, 4 pour cent ; éducation, 5 pour cent ; administration publique, 2 pour cent ; police et défense, 2 pour cent ; investissements publics (infrastructure), 2 pour cent ; et service de la dette, 1 pour cent. Il va de soi que dans la réalité, les dépenses ne se conforment guère à ce schéma et que les paiements au titre du service de la dette sont très au-dessus de ces chiffres tout comme, dans certains pays, les dépenses militaires. Quant aux dépenses d'éducation et de santé, elles sont très inférieures.

85. Un résumé de la volumineuse littérature sur les paiements par les usagers, avec de nombreuses preuves du fait que les pauvres ne sont souvent pas financièrement en mesure d'accéder aux services essentiels, est présenté par Dyna Ahrin-Tenkorang dans *Mobilizing Resources for Health : The Case for User Fees Revisited*, CMH Paper N° WG3 : 6, 2000. Un récent document, « *The Bitterest Pill of All : The Collapse of Africa's Health Care System* », Save the Children UK, mai 2001, présente des données et des références qui conduisent à la même conclusion.
86. Pour les 22 premiers pays de l'Initiative en faveur des pays fortement endettés, les économies réalisées sur les services de la dette grâce aux allègements de dette classiques et à ceux résultant de l'Initiative s'élèveront à environ 1,9 pour cent du PNB par an (p. 8, FMI 2001). Dans ces pays, à peu près 40 pour cent des économies iront à l'éducation et 25 pour cent au secteur de la santé (p. 10, FMI 2001). Les dépenses sociales devraient augmenter de presque le double des économies réalisées dans le cadre de l'Initiative, ce qui permet de penser que les pays consacrent aussi des ressources internes nouvelles aux secteurs sociaux (p. 10, FMI 2001). La dette sera réduite des deux tiers environ par rapport au montant initial (p. 6, FMI 2001). Voir FMI, « *Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative : Status of Implementation* », 25 mai 2001, disponible sur <http://www.imf.org/>.
87. Thompson et Huber (2001), « *Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970–1998* », HCFA Review.
88. Les dépenses de santé s'élèvent en moyenne à \$90 par personne et par an dans les pays à bas revenu et à \$240 par personne et par an dans les pays à revenu moyen. Ces sommes sont suffisantes pour garantir un accès universel à un ensemble d'interventions de base.
89. Il existe d'autres raisons. Une proportion excessive des ressources est consacrée à des services tertiaires de pointe destinés aux élites urbaines au détriment des interventions essentielles dont les pauvres ont besoin. En outre, des pertes considérables sont imputables aux gaspillages et à une mauvaise administration..
90. Des prêts sont consentis aux taux du marché par l'organisme de prêts non concessionnels du Groupe de la Banque mondiale (Banque internationale pour la reconstruction et le développement) et par les banques régionales de développement qui prélèvent une commission modique pour les frais administratifs. Les conditions de ces prêts (taux d'intérêt et délais de remboursement) sont beaucoup plus favorables que celles accordées par les marchés financiers privés aux pays à revenu moyen.
91. Voir Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira, A. Mills, « *Constraints to Scaling-Up Health Interventions: A Conceptuel Framework and Empirical Analysis* » CMH Working Paper Series N° WG5: 14, 2001, disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>

92. Voir D. Jamison et J. Wang, “Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975–90”, policy memorandum for the CMH (<http://www.cid.harvard.edu>). Les auteurs observent un effet frappant du nombre de médecins sur l’allongement de l’espérance de vie ainsi que d’importants effets géographiques des tropiques (défavorables) et de la proximité du littoral (favorables).
93. Une importante différence est qu’un pays insulaire peut éliminer un vecteur de maladie tandis qu’un pays continental risque en permanence une réintroduction du vecteur à sa frontière avec un autre pays où ce vecteur n’a pas été maîtrisé.
94. L’état indien du Kerala, en zone tropicale humide, a une telle abondance de ressources en eau que les habitants ont toujours été en mesure de se baigner et de laver les aliments à grande eau ainsi que de bouillir de grandes quantités d’eau. C’est peut-être ce qui a aidé le Kerala à obtenir ses excellents résultats dans le domaine de la santé. Dans les régions privées d’eau, ces comportements hygiéniques sont généralement beaucoup plus coûteux et les gens doivent se contenter de quelques points d’eau disponibles qui risquent d’être contaminés par des agents pathogènes en raison de l’usage intensif qui en est fait par l’homme.
95. Toutefois, la mondialisation réduit probablement le phénomène des épidémies dans les terres vierges résultant de l’introduction d’un nouvel agent pathogène dans une population préalablement indemne par une population migrante exposée de longue date à la maladie. Les effets sur la population « vierge » sont souvent dévastateurs. Il en a été ainsi lors de l’introduction par les Européens de la variole, de la rougeole et autres maladies dans le Nouveau Monde et dans les îles du Pacifique après 1500 ; les populations indigènes furent alors littéralement décimées.
96. La distinction entre découvertes brevetables et non brevetables fait actuellement l’objet d’un débat passionné qui revêt une grande importance pour l’avenir de la recherche scientifique. D’une manière générale, nous sommes favorables à une plus large diffusion des progrès de la science fondamentale parmi la communauté scientifique du monde entier.
97. Il y a un consensus chez les deux principaux partis des Etats-Unis pour un doublement du financement annuel du NIH qui le fera passer de \$13 milliards en 1998 à 27 milliards en 2003. Le budget pour l’exercice 2001 s’élève à \$20,3 milliards.
98. Nombreux sont les analystes qui font depuis peu une importante distinction entre les maladies communes aux pays riches et pauvres—objet, dans les pays riches, d’une R&D dont profitent les pauvres—et les maladies qui sévissent essentiellement dans les pays pauvres, telles que les maladies parasitaires, et qui ne suscitent que très peu d’efforts de R&D. Voir Lanjouw (2001) pour une intéressante analyse qui va dans ce sens.
99. L’ambiguïté du cas du paludisme qui est à cheval entre les types II et III ne découle pas de son incidence mais du fait que les quelques débouchés qui existent dans les pays riches pour les prophylaxies et traitements destinés aux voyageurs et aux militaires y crée un modeste intérêt pour la R&D sur le paludisme.

100. Les AVCI, ou années de vie corrigées de l'incapacité, associées à une maladie sont le nombre d'années de vie perdues en raison d'un décès prématuré auquel s'ajoute le nombre d'équivalents d'années de vie perdus par suite d'une incapacité chronique. Les années passées avec une incapacité chronique sont converties en équivalents d'années de vie perdus à l'aide d'un coefficient de conversion qui reflète la gravité de l'incapacité. A titre d'exemple, le décès d'un homme de 30 ans est noté 29,6 AVCI dans l'étude sur la charge mondiale de la maladie (1996, p. 17).
101. Voir Anderson, M. Maclean et C. Davies, 1996. *Malaria Research : An Audit of International Activity*. Londres: Wellcome Trust.
102. Voir le tableau 10 du présent Rapport. Une utile distinction est faite ici entre les maladies qui touchent à la fois les pays à haut revenu et les pays à bas revenus et celles qui concernent essentiellement les pays à bas revenu. La première catégorie va généralement susciter des travaux de R&D de grande ampleur dans les pays riches. Les pays à bas revenu peuvent souvent profiter des technologies nouvelles élaborées pour les pays riches à condition d'être financièrement en mesure de s'en servir au moment où elles leur parviennent. Parmi les maladies qui touchent à la fois les pays riches et pauvres figurent la rougeole, les pneumococcies et l'hépatite B, tandis que les maladies qui sévissent surtout dans les pays pauvres sont le paludisme et les autres maladies tropicales. La seconde catégorie est la plus négligée car ni les gouvernements des pays riches, ni les sociétés pharmaceutiques axées sur le profit ne sont incités à investir dans les activités de R&D qui seraient nécessaires.
103. Une répartition 90/10 permettrait de consacrer jusqu'à \$6 milliards aux maladies des pauvres, mais si l'on additionne les montants que l'on sait disponibles pour le paludisme, la tuberculose, les autres maladies tropicales et les autres maladies meurtrières dans les pays pauvres, il est peu probable que l'on parvienne à un total mondial qui approche tant soit peu cette somme. La Commission sur la recherche en santé pour le développement estime qu'en 1986, \$1,6 milliard sur les \$30 milliards consacrés à la R&D dans le monde sont allés à des travaux sur les problèmes du monde en développement. Une étude similaire entreprise en 1995 à l'Université Harvard indique qu'en 1992, sur un total mondial de \$56 milliards consacrés à la recherche en santé, \$2 milliards ont financé des travaux sur les problèmes du monde en développement. Pour plus d'informations générales et de détails, voir le rapport du Forum mondial de la recherche en santé, 1999.
104. TDR désigne le Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Les huit maladies cibles (avec, entre parenthèses, leur part des dépenses prévues pour 1994-1997) sont: le paludisme (50 pour cent), l'onchocercose (5 pour cent), la maladie de Chagas (6 pour cent), la schistosomiase (10 pour cent), la lèpre (4 pour cent), la trypanosomiase africaine (6 pour cent), la filariose (8 pour cent) et la leishmaniose (11 pour cent). Les activités de TDR sont guidées par des comités d'orientation composés d'experts scientifiques indépendants de haut niveau recrutés sur le plan international. Parmi les récentes réalisations du Programme figurent la mise en évidence de l'ef-

ficacité du médicament artemether contre les schistosomiasés, et la preuve qu'une association médicamenteuse utilisée contre le paludisme améliore notablement les taux globaux de guérison. Pour plus de détails, voir <http://www.who.int/tdr>.

105. L'Initiative OMS/ONUSIDA pour la recherche sur les vaccins (IRV) facilite le développement et l'introduction de vaccins contre le VIH, le paludisme, la tuberculose, le pneumocoque, le rotavirus, Shigella et autres agents diarrhéiques, les sérotypes A et B du méningocoque, le papillomavirus humain, la dengue, l'encéphalite japonaise, la schistosomiasé et la leishmaniose, et elle favorise la mise au point de technologies permettant de simplifier et de sécuriser la vaccination.
106. Une récente étude de la Table ronde OMS/FIIM (Fédération internationale de l'industrie du médicament) examine la question des priorités à assigner à la R&D sur les maladies des pays pauvres. Les domaines dans lesquels l'étude recommande une intensification de la R&D sont le paludisme, la tuberculose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la leishmaniose, la schistosomiasé, la trypanosomiasé africaine, la maladie de Chagas, les diarrhées non spécifiques et les infestations par des nématodes gastro-intestinaux. Les recherches sur le paludisme et la tuberculose ont des objectifs scientifiquement réalisables qui justifient un accroissement substantiel de la R&D. Pour la trypanosomiasé africaine, la maladie de Chagas et la leishmaniose, les traitements actuels sont difficiles à administrer et ont de graves effets secondaires ; en outre, ils sont rendus de plus en plus inopérants par une résistance acquise.
107. La loi des Etats-Unis sur les médicaments orphelins (1983) définit comme « rare » toute maladie qui frappe moins de 200.000 personnes aux Etats-Unis.
108. Pour un examen détaillé, voir le document de synthèse du Groupe de travail N°2 et Kremer, M. Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases, CMH, juillet 2001.
109. La santé dans le monde exige de plus en plus de normes et critères mondiaux. Citons, à titre d'exemples, le Règlement sanitaire international, le Codex Alimentarius (Commission OMS/FAO sur la salubrité des aliments), la Convention cadre sur la lutte contre le tabagisme, le Code OMS/UNICEF de l'alimentation des nourrissons, etc.
110. Voir l'excellente analyse de ces questions qui figure dans Roy Widdus, « Public-Private Partnerships for Health », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, vol. 79, N° 8, 2001, 713-720.
111. Voir Amir Attaran et Lee Gillespie-White (2001 p. 286). Les auteurs ont constaté que c'est seulement en Afrique du Sud que de nombreux antirétroviraux (ARV) sont brevetés (10 sur 15), principalement par Glaxo Wellcome qui a breveté ses produits dans une majorité de pays (37 sur 53). Dans la plupart des pays, les ARV sont le plus souvent dans le domaine public. Sur un maximum théorique de 795 brevets (15 ARV dans 53 pays), 172 seulement ont été déposés, soit 26 pour cent du total potentiel. Dans presque tous les pays, on peut obtenir au moins une trithérapie (combinaison de trois antirétroviraux) standard sans qu'un seul des

médicaments soit protégé par un brevet, et dans la plupart des régions, plusieurs combinaisons standards sont disponibles sans droits de brevet. Toutefois, quelques combinaisons utiles sont protégées par un brevet ce qui pose un problème si l'on veut intensifier le traitement.

112. Des militants font remarquer à juste titre que la fixation des prix des médicaments constitue un obstacle, quel que soit le financement accordé par les donateurs, car dans tous les pays à bas revenu, il y aura toujours des gens n'ayant pas accès aux médicaments essentiels tant que leur prix demeure au-dessus du « plus bas prix commercial viable ». Ce que nous voulons dire, c'est que pour donner largement accès aux médicaments à ceux qui en ont besoin, il faut un financement de grande ampleur par les bailleurs de fonds.
113. Il en est ainsi même lorsque des donateurs dont les crédits sont limités, et non les pays à bas revenu eux-mêmes, achètent les médicaments pour le compte des pauvres.
114. On peut arguer que de nombreux produits nouveaux n'étant pas actuellement protégés par un brevet dans la plupart des pays à bas revenu, les débuts de l'application de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ne changeront pas grand chose. Nous ne partageons pas cette opinion. Etant donné que l'augmentation de l'aide des donateurs va élargir le marché, les sociétés pharmaceutiques risquent davantage de déposer automatiquement des brevets à moins qu'elles ne se soient préalablement engagées à ne pas le faire dans le cadre d'accords internationaux.
115. Cette conclusion a été aussi largement approuvée lors de l'Atelier sur la tarification différenciée et le financement des médicaments essentiels, organisé par l'OMS et l'OMC du 8 au 11 avril 2001 à Høsbjør, Norvège. Le résumé du rapport de la réunion l'exprime en ces termes : « il semble que de nombreux participants s'accordent sur deux points essentiels : premièrement, la tarification différenciée peut et doit contribuer notablement à garantir l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable, notamment dans les pays pauvres, tout en permettant au système des brevets de continuer à jouer son rôle qui est d'encourager la recherche et le développement de nouveaux médicaments ; et deuxièmement, s'il est important de fixer des prix abordables, il faudra, pour que les médicaments brevetés ou génériques parviennent effectivement à ceux qui en ont besoin, consentir un effort financier majeur, tant pour acheter les médicaments que pour renforcer les systèmes de prestation des soins de santé, et la plus grande partie du financement additionnel nécessaire à ces pays devra venir de la communauté internationale ». Voir http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html.
116. GlaxoSmithKline Plc a octroyé une licence volontaire à Aspen Pharmacare, principal fabricant de génériques d'Afrique du Sud, pour la production de ses antirétroviraux AZT et 3TC ainsi que Combivir qui associe les deux médicaments dans un seul comprimé. « RPT-Glaxo renonce à ses droits sur ses médicaments anti-SIDA en Afrique du Sud », Ben Hirschler, Reuters, 8 octobre 2001.

117. Voir http://www.unaids.org/acc_access/index.html. Les cinq premières sociétés engagées dans l'Initiative sont Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co., et Hoffman-LaRoche.
118. La société civile internationale, y compris des groupes tels que CPTech et Health Gap (Etats-Unis), Médecins sans Frontières et Oxfam (Europe), Treatment Access Campaign (Afrique du Sud) et Drug Study Group (Thaïlande), a attiré l'attention du public sur l'urgence de la question des prix et a largement contribué aux progrès récents de la baisse des prix des médicaments essentiels dans les pays à bas revenu.
119. Plusieurs partenariats internationaux pour la lutte contre les maladies se sont organisés autour des programmes de dons de médicaments de certaines sociétés pharmaceutiques. Ils concernent : la filariose lymphatique (albendazole, GlaxoSmithKline) ; la trypanosomiase africaine (éflornithine, Aventis) ; la lèpre (polypharmacothérapie antilépreuse, Novartis) ; le paludisme (atovaquone et proguanil, GlaxoSmithKline) ; l'onchocercose (ivermectine, Merck) ; le trachome (azithromycine, Pfizer) ; la transmission mère-enfant du VIH (névaripine, Boehringer Ingelheim) ; les mycoses des malades du SIDA (fluconazole, Pfizer). Ont fait aussi l'objet de dons le vaccin antipoliomyélitique oral (Aventis Pasteur), le vaccin Hib (Wyeth Lederle Vaccines) et le vaccin anti-hépatite B (Merck), ainsi que d'autres produits sanitaires comme des seringues qui s'autodétruisent pour la vaccination contre le tétanos (Becton Dickenson) et des filtres en nylon pour la protection contre le ver de Guinée (DuPont). En outre, des dons ont été accordés pour la formation et l'infrastructure dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA (Merck et Bristol-Myers Squibb). Voir l'Initiative sur les partenariats public-privé pour la santé (IPPPS), info@ippph.org.
120. Le plus bas prix commercial viable est le prix le plus bas auquel le produit reste commercialement viable pour alimenter en permanence un marché en expansion. C'est en général son prix de revient marginal augmenté des frais de manutention.
On peut s'attendre à ce que les pays à revenu moyen paient plus que les pays à bas revenu mais moins que les pays riches. Sur ces marchés, les prix seront sans doute négociés par les fournisseurs et les acheteurs (par exemple, des organismes publics), avec la garantie, pour les pays à revenu moyen, de pouvoir bénéficier de licences obligatoires. De telles dispositions ont récemment permis de négocier des rabais non négligeables, par rapport aux prix payés dans les pays à haut revenu, pour les antirétroviraux au Brésil et dans certains autres pays à revenu moyen.
121. Une licence obligatoire n'impose pas au détenteur du brevet de montrer au producteur local comment fabriquer le produit. Dès lors, cette démarche n'est utile que si le produit a été préalablement « décortiqué » avec succès.
122. L'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) a calculé qu'environ un tiers des pays en développement importent la totalité des médicaments qu'ils consomment et qu'un autre tiers a une capacité de production très limitée.

123. Dans l'hypothèse d'une croissance économique d'environ 2,3 pour cent par an (2 pour cent par habitant, compte tenu d'un accroissement démographique de 0,3 pour cent) dans les pays à haut revenu, la somme des PNB des donateurs devrait atteindre approximativement \$29 billions en 2007 et \$35 billions en 2015.
124. Le principal bénéficiaire du financement de la lutte anti-SIDA par la Banque mondiale entre 1997 et 1999 a été l'Inde qui a reçu un prêt concessionnel de \$191 millions pour la période 1999–2004.
125. Rapport sur les dispositions transitoires de la réunion sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), Bruxelles, 12–13 juillet 2001.
126. Des petites sommes devraient être attribuées à des pays à revenu moyen qui, pour une raison ou une autre (par exemple incidence anormale d'une maladie ou forte résistance d'importantes poches de pauvreté dans le pays), sont incapables de satisfaire leurs besoins sanitaires à l'aide de leurs seules ressources nationales. C'est ainsi qu'en raison de la pandémie de SIDA, l'Afrique du Sud devrait recevoir un financement pour lutter contre cette maladie.
127. <http://www.vaccinealliance.org>. La GAVI reçoit un financement d'environ \$1 milliard dont 750 millions de la Fondation Gates et \$250 millions de pays donateurs.
128. La Banque contracte maintenant chaque année des engagements nouveaux d'un montant d'environ \$1,3 milliard qui se décomposent en prêts au titre de l'APD (concessionnels) et en prêts de la BIRD (non concessionnels). Actuellement, elle a engagé près de \$10 milliards dans des projets du secteur de la santé. Curieusement, les fonds de l'APD sont souvent incomplètement dépensés, ce qui reflète la réticence de nombreux pays paupérisés à s'endetter encore davantage (au lieu de recevoir des subventions) pour financer l'extension de la couverture sanitaire, ainsi que la nécessité d'un plan pluriannuel plus clair pour le passage à l'échelle supérieure dans lequel le financement de l'APD joue un rôle important, durable et prévisible.
129. Nous notons que la simple transformation des prêts de l'APD en subventions n'augmenterait en rien le montant net des transferts de ressources de la Banque vers les pays à bas revenu considérés dans leur ensemble (mais pourrait améliorer la situation de certains pays du groupe des bénéficiaires potentiels de l'APD). Actuellement la Banque rétrocède à des conditions libérales les montants perçus au titre du remboursement des prêts de l'APD. Il est facile de voir que la valeur actuelle nette des transferts de ressources effectués par la Banque au titre de l'APD reste la même, qu'il s'agisse de prêts non récurrents ou d'une série de prêts concessionnels dans laquelle chaque nouveau prêt est accordé en fonction du remboursement des anciens. Dans les deux cas, la valeur actuelle nette des transferts de ressources au titre de l'APD est simplement égale au montant des contributions initiales à l'APD des donateurs qui cautionnent les subventions ou prêts. Le seul moyen d'augmenter les montants nets des transferts de ressources au titre de l'APD consiste à obtenir d'abord des donateurs qu'ils augmentent leurs contributions à l'APD, démarche que nous appuyons ici.

130. Il convient d'observer que dans ce cas, nous parlons de production nationale de services de santé et non d'importation de ces services. Dès lors, même si le total des dépenses de santé atteint 12 pour cent du PNB, dans la mesure où la moitié de ces dépenses va à des importations, la valeur ajoutée émanant du secteur de la santé ne dépassera pas 6 pour cent du PNB.
131. L'exode des cerveaux pose un problème aigu. Au Ghana, par exemple, entre 1998 et 2000, l'effectif des médecins du secteur public est passé de 1.400 à 1.115 et celui des infirmières du secteur public de 17.000 à 12.600, l'exode des cerveaux et le passage au secteur privé ghanéen jouant un rôle important dans cette diminution des effectifs. D'une manière générale, les traitements des médecins et infirmières du secteur public dans les pays à bas revenu sont souvent inférieurs au tiers de ces mêmes revenus dans le secteur privé et n'atteignent sans doute que le dixième ou moins des traitements offerts sur le marché international si le médecin ou l'infirmière décide d'aller travailler dans un pays riche.
132. La somme des PNB des pays à bas revenu s'élève aujourd'hui à environ \$1 billion. Dans l'hypothèse d'un accroissement de population de 1 pour cent par an et d'une augmentation des PNB par habitant de 2 pour cent par an, cette somme augmentera d'environ 3 pur cent par an. Vingt années à raison de 3 pour cent de croissance par an produiront un PNB global de \$1,8 billions.
133. L'expérience de nos deux années de travail au sein de la Commission nous a convaincus à maintes reprises de l'intérêt de replacer les questions sanitaires dans le contexte du budget national et des objectifs sociaux du pays. Le passage à l'échelle supérieure dans le secteur de la santé nécessite donc une étroite collaboration des ministres de la santé et des finances ainsi que leur collaboration avec des groupes de premier plan de la société civile. Doivent participer à cette consultation avec la société civile des organisations représentant ceux qui ont les pires problèmes, y compris les femmes et les groupes ethniques ou autres marginalisés. Une Commission nationale Macroéconomie et Santé (CMS) peut constituer un cadre utile pour une telle coordination des activités. Certains pays peuvent avoir déjà institué une commission sanitaire nationale dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, auquel cas celle-ci pourrait assumer les fonctions proposées pour la CMS, mais nous insistons sur l'importance d'une participation conjointe des ministres de la santé et des finances à ce processus.

APPENDICE I : PARTICIPANTS, RAPPORTS ET DOCUMENTS DE TRAVAIL DE LA COMMISSION MACROÉCONOMIE ET SANTÉ

PARTICIPANTS

Membres de la Commission

Professeur Jeffrey D. Sachs (Président)

Galen L. Stone Professor of International Trade Harvard University, et
Director, Center for International Development at Harvard University,
Cambridge, Etats-Unis d'Amérique

Dr Isher Judge Ahluwalia

Director, Indian Centre for Research in International Economic Relations, Indian
Centre for Research in International Economic Relations, New Delhi, Inde

Dr K. Y. Amoako

Secrétaire exécutif de la Commission économique de l'ONU pour l'Afrique
Commission économique de l'ONU pour l'Afrique, Addis-Abéba, Ethiopie

Dr Eduardo Aninat

(Ex Ministre des Finances du Chili) Directeur général adjoint du Fonds moné-
taire international
International Monetary Fund, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Daniel Cohen

Professeur d'économie
Ecole Normale Supérieure, Paris, France

M. Zéphirin Diabre

(Ex Ministre des Finances, de l'Economie et du Plan du Burkina Faso)
Administrateur associé, Programme des Nations Unies pour le développement
New York, Etats-Unis d'Amérique

Dr Eduardo Doryan

(Ex Ministre de l'Éducation du Costa Rica) Représentant spécial de la Banque mondiale auprès de l'ONU New York, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Richard Feachem

(Former Dean, London School of Hygiene and Tropical Medicine)
Director, Institute of Global Health
University of California at San Francisco/University of California at Berkeley,
San Francisco, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Robert W. Fogel

Professor of Economics, Center for Population Economics
University of Chicago, Chicago, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Dean Jamison

Director, Center for Pacific Rim Studies
University of California, Los Angeles, Etats-Unis d'Amérique

M. Takatoshi Kato

Conseiller principal, Bank of Tokyo-Mitsubischi Ltd,
Bank of Tokyo-Mitsubishi Ltd., Tokyo, Japon

Dr Nora Lustig

President, Universidad de las Américas-Puebla
Universidad de la Américas-Puebla, Cholula, Mexique

Professeur Anne Mills

Head, Health Economics and Financing Program
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Dr Thorvald Moe

(Ex Conseiller économique principal et Secrétaire permanent adjoint au
Ministère norvégien des Finances)
Secrétaire général adjoint de l'Organisation de coopération et de développe-
ment économiques
Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, France

Dr Manmohan Singh

(Ex-Ministre des Finances de l'Inde)
Member of Rajya Sabha
Government of India, New Delhi, Inde

Dr Supachai Panitchpakdi

(Ex-Ministre adjoint du Commerce de la Thaïlande)
Directeur général désigné
Organisation mondiale du Commerce

Professeur Laura Tyson

Dean, The Walter A. Haas School of Business
University of California at Berkeley, Berkeley, CA, Etats-Unis d'Amérique

Dr Harold Varmus

President, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, Etats-Unis
d'Amérique
Equipe du Président

Dr Dyna Arhin-Tenkorang

Economiste principal de la CMS & Assistant du Président de la CMS
Center for International Development at Harvard University, Boston, Etats-
Unis d'Amérique/London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres,
Royaume-Uni
Secrétariat

Dr Sergio Spinaci

Secrétaire exécutif de la CMS
Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse

GT1—SANTÉ, CROISSANCE ÉCONOMIQUE ET REcul DE LA PAUVRETÉ

Ce groupe de travail a étudié l'impact des investissements sanitaires sur le recul de la pauvreté et la croissance économique.

Co-Présidents

Sir George A. O. Alleyne, *Directeur, Organisation panaméricaine de la Santé, Etats-Unis d'Amérique*

Professeur Daniel Cohen, *Professeur d'économie, Ecole normale supérieure, France*

Membres

- Dr Dyna Arhin-Tenkorang**, Economiste principal et assistant du Président de la CMS, Center for International Development at Harvard University, Etats-Unis/London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni
- Dr Alok Bhargava**, Department of Economics, University of Houston, Etats-Unis d'Amérique
- Dr David E. Bloom**, Professor of Economics and Demography, Department of Population and International Health, Harvard University, Etats-Unis d'Amérique
- Dr David Canning**, Professor of Economics, Queens University, Belfast, Irlande du Nord
- Dr Juan A. Casas**, Directeur de la Division de la santé et du développement humain, Organisation panaméricaine de la Santé, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Angus Deaton**, Professor of Economics and Public Affairs, Princeton University, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur Dean T. Jamison**, Director, Program on International Health and Education, University of California, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Gerald Keusch**, Associate Director for International Research, National Institutes of Health for International Research; Director of the Fogarty International Center, Professor of Medicine, Tufts University of Medicine, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Felicia Knaul**, Directeur, Centre d'analyse sociale et économique de la Fondation mexicaine de la santé, Mexique
- Dr Juan Luis Londoño**, Economiste, Revista Dinero, Colombie
- Dr Nora Lustig**, Senior Advisor and Chief, Poverty and Inequality Unit of the Inter-American Development Bank, et Directeur, Rapport sur le développement dans le monde, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Mead Over**, Economiste principal, Groupe de recherche sur le développement, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur Jeffrey D. Sachs**, Professor of Economics et Director, Center for International Development at Harvard University, Etats-Unis d'Amérique
- Dr William Savedoff**, Senior Economist, Financial Development Division, Stop W0502, Banque interaméricaine de développement, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur Paul Schultz**, Department of Economics, Yale University, Etats-Unis d'Amérique

Professeur Duncan Thomas, Department of Economics, University of California, (UCLA), Etats-Unis d'Amérique

Mme Eva Wallstam, Directeur, Initiative Société civile, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

GT₂ — BIENS PUBLICS MONDIAUX POUR LA SANTÉ

Ce groupe de travail a passé en revue les « biens publics mondiaux pour la santé » c'est à dire les politiques, programmes et initiatives plurinationales ayant une incidence positive sur la santé dans plusieurs pays (par exemple, les recherches collectives internationales sur la santé, l'éradication de la variole, etc.). Composé de seize représentants du monde universitaire, de l'industrie, d'organisations non gouvernementales et d'institutions internationales, ce groupe de travail a fait rédiger plus de vingt articles scientifiques sur trois grands domaines : la recherche, la R&D des produits négligés, et le développement du potentiel de recherche dans les pays en développement ; les aspects mondiaux de la lutte contre les maladies transmissibles, y compris la prévention ; l'information et la diffusion des meilleures pratiques.

Co-Présidents

Professeur Richard Feachem, *Director, Institute for Global Health, University of California, Etats-Unis d'Amérique*

Professeur Jeffrey D. Sachs, *Professor of Economics et Director, Center for International Development, Harvard University, Etats-Unis d'Amérique*

Directeur de programme/ Chercheur principal

Dr Carol Medlin, *Institute for Global Health, University of California, Etats-Unis d'Amérique*

Membres

Dr Christian Baeza, Directeur régional, Programme STEP pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Organisation internationale du Travail, Etats-Unis

Dr John Barton, George E. Osbourne Professor of Law, Stanford Law School, Etats-Unis d'Amérique

Dr Seth Berkley, President and CEO, International Aids Vaccine Initiative, Etats-Unis d'Amérique

- Dr Win Gutteridge**, Coordonnateur régional: Recherche et développement des produits, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, Suisse
- Professeur Dean T. Jamison**, Director, Program on International Health and Education, University of California, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Inge Kaul**, Directeur, Bureau d'études sur le développement, Programme des Nations Unies pour le Développement, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Gerald Keusch**, Associate Director for International Research, National Institutes of Health, Director of the Fogarty International Center, Professor of Medicine, Tufts University of Medicine, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Ariel Pablo-Mendez**, Associate Director, Health Equity, The Rockefeller Foundation, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Geoffrey Lamb**, Directeur, Mobilisation des finances et des ressources, Département du développement international, Banque mondiale, Royaume-Uni
- Dr Adetokunbo O. Lucas**, Adjunct Professor, Harvard University, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Bernard Pécoul**, Directeur, Accès aux médicaments essentiels, Médecins sans Frontières
- Dr Sally Stansfield**, Global Health Program Officer, Gates Foundation, Etats-Unis d'Amérique
- Dr David Webber**, Directeur de la Politique économique et Membre de la Fédération internationale de l'industrie du médicament, Suisse
- Dr Roy Widdus**, Administrateur, Initiative des partenariats public-privé pour la santé, Forum mondial de la recherche en santé, Suisse

GT₃ — MOBILISATION DE RESSOURCES NATIONALES POUR LA SANTÉ

Ce groupe de travail a évalué les conséquences économiques de nouvelles approches de la mobilisation au plan national de ressources pour les systèmes de santé et les interventions sanitaires. Les travaux ont été menés en collaboration avec le Fonds monétaire international et d'autres institutions. Leur objet était de déterminer les meilleurs moyens de financer les systèmes de santé au niveau des pays, y compris par la redistribution de crédits du secteur public et par l'élargissement du rôle du secteur non gouvernemental. Les travaux en cours dans le Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques (EIP) ont apporté de précieux enseignements à ce groupe de travail.

Co-Présidents

Professeur Kwesi Botchwey, *Director of Africa Research and Programs, Harvard Institute for International Development et Center for International Development, Etats-Unis d'Amérique*

Professeur Alan Tait, *Honorary Professor at the University of Kent at Canterbury, et honorary Fellow of Trinity College, Dublin ; ex-Directeur adjoint du Département des Finances publiques, Fonds monétaire international et ex-Directeur du Bureau du FMI à Genève, Suisse*

Membres

Dr Dyna Arhin-Tenkorang, *Economiste principal et assistant du Président de la CMS, Center for International Development at Harvard University, Etats-Unis d'Amérique/London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni*

Professeur Mukul Govindji Asher, *Public Policy Program, National University of Singapore, Singapour*

Dr Guido Carrin, *Economiste sanitaire principal, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse*

M. Sanjeev Gupta, *Chef de la Division des Politiques de dépenses, Département des Finances publiques, Fonds monétaire international, Etats-Unis d'Amérique*

M. Peter S. Heller, *Directeur adjoint, Département des Finances publiques, Fonds monétaire international, Etats-Unis d'Amérique*

Professeur William Hsiao, *K.T. Li Professor of Economics, Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Etats-Unis d'Amérique*

Mme Rima Khalef Hunaidi, *Sous-Secrétaire général / Directeur du Bureau régional pour les Etats Arabes, Programme de développement des Nations Unies, Etats-Unis d'Amérique*

Professeur Dean T. Jamison, *Director, Program on International Health and Education, University of California, Etats-Unis d'Amérique*

Dr Juan Luis Londoño, *Economist, Revista Dinero, Colombie*

M. Rajiv Misra, *Former Secretary, Ministry of Health, Gurgaon, Inde*

Dr Alexander S. Preker, *Chef Economiste, Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique*

M. George Schieber, *Directeur de secteur, Santé et Protection sociale, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique*

GT4—SANTÉ ET ÉCONOMIE INTERNATIONALE

Ce groupe a examiné les échanges de services de santé, de produits sanitaires et d'assurances maladie ; les brevets protégeant des médicaments et les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS) ; les mouvements internationaux des facteurs de risque ; les migrations internationales d'agents de santé ; les conditions sanitaires et les politiques de financement de la santé qui justifient une protection ; et les autres formes d'impact du commerce sur le secteur de la santé. Les travaux en cours à l'OMS et à l'OIC ont été largement exploités par ce groupe de travail.

Président

Dr Isher Judge Ahluwalia, *Director et Chief Executive, Indian Council for Research on International Economic Relations, Inde*

Membres

Dr Harvey Bale, Directeur général, Fédération internationale de l'industrie du médicament, Suisse

Dr John Barton, Professor of Law, Stanford Law School, Etats-Unis d'Amérique

Dr Tony Culyer, Professeur d'économie, University d'York, Université de Toronto, Canada

Mme Ellen 't Hoen, LL.M., Campagne Accès aux médicaments essentiels, Médecins sans Frontières

Dr Calestous Juma, Director, Science and Technology and Innovation Program, Center for International Development, Harvard University ; Research Fellow, Belfast Center for Science and International Affairs, Harvard University, Etats-Unis d'Amérique

Dr Keith E. Maskus, Economiste principal, DECRG, Banque mondiale, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique

Dr Supachai Panitchpakdi, Directeur général désigné de l'Organisation mondiale du Commerce, ex-Premier Ministre adjoint et Ministre du Commerce, Thaïlande

Dr Arvind Panagariya, Professor and Co-Director, Center for International Economics, Department of Economics, University of Maryland, Etats-Unis d'Amérique

Dr John Sbarbaro, Professor of Medicine and Preventive Medicine, University of Colorado, Etats-Unis d'Amérique

Dr Jacques van der Gaag, Professeur d'économie du développement, Doyen de la Faculté d'économie et d'économétrie, Université d'Amsterdam, Pays-Bas

Dr Richard Wilder, Director, Powell, Goldstein, Frazer and Murphy, Washington, Etats-Unis d'Amérique

M. B. K. Zutshi, Former Ambassador and PR of India to GATT, et Advisor, Indian Council for Research on International Economic Relations, Inde

GT5 — AMÉLIORATION DES ISSUES SANITAIRES CHEZ LES PAUVRES

Ce groupe a examiné les options techniques, les contraintes et les coûts d'un effort mondial de grande envergure visant à améliorer radicalement la santé des pauvres d'ici 2015. Il a analysé la mortalité évitable, recensé les interventions disponibles pour en combattre les principales causes, examiné des données sur les moyens d'atténuer les contraintes et estimé les coûts du passage à l'échelle supérieure pour les interventions clés et du renforcement du système qu'impose une telle évolution. Pour ce travail, il a largement exploité les activités en cours de l'OMS, de la Banque mondiale et des écoles internationales de santé publique.

Co-Présidents

Professeur Anne Mills, *Head of Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni, et Membre de la CMS*

Dr Prabat Jha, *Spécialiste scientifique principal, Organisation mondiale de la Santé, Suisse*

Membres

Dr Mushtaque Chowdhury, Deputy Executive Director et Director of Research, BRAC, Bangladesh

Dr Jorge Jimenez de la Jara, Professeur, Département de la santé publique, Université catholique du Chili, Chili

Dr Peter Kilima, Regional Co-ordinator for Anglophone Africa, International Trachoma Initiative, Tanzanie

Dr Jeffrey Koplan, Director, Centers for Disease Control, Etats-Unis d'Amérique

Dr Ayanda Ntsaluba, Director-General of Health Services, National Department of Health, Afrique du Sud

M. Ram Ramasundaram, Joint Secretary, Department of Commerce, Inde

Dr Sally Stansfield, Senior Program Officer, Bill and Melinda Gates Foundation, Etats-Unis d'Amérique

Dr Jaime Galvez Tan, Professor, University of the Philippines College of Medicine, and President, Health Futures Foundation Inc., Philippines

Professeur Marcel Tanner, Institut tropical suisse, Suisse

GT6—AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ

Ce groupe de travail a examiné les incidences sanitaires des politiques d'aide au développement, y compris les modalités d'allégement de la dette. Il a passé en revue les politiques et méthodes des organismes internationaux de développement et s'est notamment intéressé à l'équilibre souhaitable entre les activités propres à un pays et le soutien d'activités concernant la fourniture internationale de biens publics mondiaux. Le groupe s'est inspiré des travaux en cours à l'OMS, à la Banque mondiale, dans les écoles internationales de santé publique et dans les unités de recherche d'organismes d'aide.

Co-Présidents

M. Zéphirin Diabre, *Administrateur associé, Programme des Nations Unies pour le développement, Etats-Unis d'Amérique*

M. Christopher Lovelace, *Directeur, Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique*

Mme Carin Norberg, *Directeur, Démocratie et développement social, Agence suédoise pour la coopération au développement international, Stockholm, Suède*

Membres

Dr Dyna Arhin-Tenkorang, Economiste principal et Assistant du Président de la CMS, Center for International Development at Harvard University, Etats-Unis d'Amérique / London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Ingar Bruggerman, Directeur, Fédération internationale pour la planification familiale, Royaume-Uni

Dr Andrew Cassels, Directeur, Développement durable et milieux favorables à la santé, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

Dr Nick Drager, Département Santé et Développement, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

M. Björn Ekman, Economiste, Département Démocratie et Développement social, Agence suédoise pour la Coopération au développement international, Suède

- Dr Tim Evans**, Director, Health Sciences, Rockefeller Foundation, Etats-Unis d'Amérique
- M. Paul Isenman**, Chef de la Division de la Gestion stratégique de la coopération au développement, Direction de la coopération au développement, OCDE, France
- Dr Inge Kaul**, Directeur, Bureau d'Etudes sur le développement, Programme des Nations Unies pour le développement, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Julian Lob-Levyt**, Chief Health and Population Advisor, Department for International Development, Royaume-Uni
- Dr Anders Nordstrom**, Agence suédoise pour la coopération au développement international, Suède
- M. Ingvar Theo Olsen**, Agence norvégienne pour la coopération au développement, Norvège
- Dr Susan Stout**, Spécialiste principal de la mise en œuvre, Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique
- Dr H. Sudarshan**, Director, VGKK (Fondation sanitaire pour les populations autochtones du Karnataka), Inde
- Dr A. Issaka-Tinorgah**, Former Ag. Director of Medical Services, Ministry of Health, Ghana
- Mme Eva Wallstam**, Directeur, Initiative Société civile, Organisation mondiale de la Santé, Suisse

NOTICES BIOGRAPHIQUES

Isher Judge Ahluwalia

Isher Judge Ahluwalia est Directeur du Conseil indien de la Recherche sur les Relations économiques internationales (ICRIER) à New Delhi. Diplômée de l'Ecole d'Economie de Delhi et du Massachusetts Institute of Technology, Mme Ahluwalia se consacre depuis 15 ans à écrire des ouvrages sur l'économie indienne et des articles dans des revues spécialisées. Son livre *Industrial Growth in India: Stagnation since the Mid-Sixties* (OUP, 1985) a reçu le Bathaja Memorial Award du meilleur livre sur l'économie indienne en 1987. Dernièrement, Mme Ahluwalia a cosigné avec le Professeur I. M. D. Little de l'Université d'Oxford, le volume « India's Economic Reforms and Development: Essays for Manmohan Singh » (OUP, 1998).

Mme Ahluwalia a occupé plusieurs postes importants n'impliquant pas de fonctions gestionnaires au Conseil d'administration de plusieurs entreprises publiques, d'instituts de recherche et d'institutions financières. Elle est actuellement Non Executive Director du Board of Steel Authority of India Ltd. (SAIL), membre du Conseil de direction du National Institute of Public Finance & Policy (NIPFP) et membre du Conseil de direction de l'Institute of Economic Growth. Mme Ahluwalia est membre du Conseil de Planification du Pendjab ainsi que de comités consultatifs auprès des principaux ministres de l'Andhra Pradesh, du Rajasthan et de Chattisgarh.

K. Y. Amoako

K. Y. Amoako a été Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique, organisation régionale des Nations Unies en Afrique, occupant le rang de Secrétaire général adjoint à l'ONU depuis 1995.

Avant de prendre ses fonctions à la CEA, il avait travaillé pour la Banque mondiale pendant plusieurs années, notamment les dernières années à des postes de responsabilité en tant que Directeur du Département Education et Politique sociale chargé d'assurer la direction stratégique des programmes de la Banque en matière de réduction de la pauvreté et de développement des ressources humaines (1993–1995) ; Chef de la Division des Opérations Ressources humaines pour le Brésil, le Venezuela et le Pérou

(1990–1992) ; et Chef de la Division des Opérations de Pays pour six pays d’Afrique orientale (1985–1990).

K. Y Amoako a obtenu sa licence en économie (B.A.) (Hons) à l’Université du Ghana à Legon puis une maîtrise et un doctorat en économie à l’Université de Californie à Berkeley.

Eduardo Aninat

M. Eduardo Aninat est Directeur général adjoint du Fonds monétaire international. Avant cela, il a été Ministre des Finances du Chili. Il a également présidé le Conseil des Gouverneurs du FMI et de la Banque mondiale en 1995–1996 et a siégé pendant trois ans au Comité de Développement de la Banque mondiale et du FMI, où il représentait le Chili, l’Argentine, la Bolivie, le Pérou, l’Uruguay et le Paraguay. M. Aninat avait auparavant occupé différents postes économiques au Gouvernement chilien, notamment celui de négociateur en chef de l’Accord commercial bilatéral entre le Canada et le Chili et négociateur en chef pour la dette et Conseiller principal à la Banque centrale du Chili et au Ministère des Finances. Il a également été consultant pour des institutions internationales comme la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de Développement et Conseiller pour plusieurs gouvernements pour des questions allant de la politique fiscale à la restructuration de la dette. Il a par ailleurs été membre du Conseil des Directeurs de l’Institut des Amériques et a figuré parmi les rédacteurs de son magazine officiel. M. Aninat est actuellement Président du Forum pour l’équité sociale (SEF). Il a enseigné les finances publiques et le développement économique à la Pontificia Universidad Católica du Chili et a été Professeur assistant d’économie à l’Université de Boston. Il est titulaire d’une maîtrise et d’un doctorat en économie de Harvard.

Daniel Cohen

Daniel Cohen est Professeur d’économie à l’Université de Paris (Panthéon-Sorbonne) et à l’Ecole normale supérieure de Paris. Il est également membre du Conseil d’Analyse économique du Premier Ministre français et chroniqueur au journal Le Monde. M. Cohen est membre de l’Association française de Sciences économiques depuis 1987 et a été nommé « économiste de l’année » en 1997 par Le Nouvel Economiste. De 1991 à 1998, il a codirigé le programme international de macroéconomie au Center for Economic Policy Research (CEPR). Avant cela, M. Cohen a été consultant pour la Banque mondiale de 1984 à 1997. Il a également été conseiller auprès du Gouvernement bolivien (avec Jeffrey Sachs) et « visiting scholar » à Harvard, de 1981 à 1982. Il a publié plusieurs ouvrages,

notamment *Private lending to Sovereign States, Nos temps modernes et Richesse du monde, pauvreté des nations*, traduit en 15 langues.

Zéphirin Diabre

Zéphirin Diabre, ressortissant du Burkina Faso, est administrateur associé du PNUD depuis 1999. Avant d'entrer aux Nations Unies, il a occupé plusieurs postes importants dans la fonction publique de son pays, notamment comme Conseiller auprès du Président du Burkina Faso (1998), Président du Conseil économique et social national (1996–1997), Ministre de l'Économie, des Finances et du Plan (1994–1996) et Ministre du Commerce, de l'Industrie et des Mines (1992–1994). Fondateur de l'Association de Gestion du Burkina Faso et de l'Association Burkina-France des Affaires, M. Diabre a également l'expérience du secteur privé, puisqu'il a occupé le poste de directeur des ressources humaines de la Société des Brasseries du Burkina. M. Diabre a été « visiting scholar » à l'Harvard Institute for International Development et « Fellow » du Weatherhead Center for International Affairs en 1997.

Eduardo A. Doryan

Eduardo A. Doryan, Vice-Président de la Banque mondiale après avoir dirigé le Réseau Développement humain (santé, nutrition, population, éducation et protection sociale); est actuellement représentant spécial à l'ONU à New York. Avant cela, il a été Ministre adjoint de la Science et de la Technologie, puis Ministre de l'Éducation du Costa Rica. Il a enseigné à l'Université du Costa Rica et à l'Institut centraméricain d'Administration des Affaires (INCAE). Il est titulaire d'un doctorat en économie politique et économie publique de Harvard.

Richard G. A. Feachem

Richard G. A. Feachem est Directeur fondateur de l'Institute for Global Health, créé conjointement par l'Université de Californie à San Francisco et l'Université de Californie à Berkeley. Il est également Professeur de santé internationale dans ces deux universités. Auparavant, le Dr Feachem a été Directeur de la Division Santé, nutrition et population à la Banque mondiale (1995–1999) et doyen de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (1989–1995). Le Dr Feachem a également travaillé pour les Universités de Nouvelles Galles du Sud et Birmingham et pour l'Organisation mondiale de la Santé. Il a siégé à de nombreux conseils et comités. Il est actuellement membre du Council of Voluntary Service Overseas, du Health Advisory Committee of the British Council, du Board of the

International AIDS Vaccine Initiative et du Board on Global Health de l'Institut de Médecine des Etats-Unis d'Amérique. Il est également Président du Conseil consultatif de l'initiative sur les partenariats public-privé pour la santé et Président du Conseil de la Fondation du Forum mondial de la Recherche en Santé. Depuis 1999, le Professeur Feachem est rédacteur en chef du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. Le Professeur Feachem s'intéresse surtout à la santé et au développement internationaux. Il a beaucoup publié dans ces domaines comme dans d'autres et est titulaire des titres suivants : CBE, FREng, BSc, PhD, DSc(Med), FICE, FIWEM, HonFFPHM .

Robert William Fogel

Robert William Fogel a obtenu sa licence (B.A.) à l'Université Cornell, sa maîtrise à l'Université Columbia et son doctorat en économie à l'Université Johns Hopkins. Il a enseigné à l'Université de Rochester, à l'Université de Cambridge et à Harvard. Il est actuellement Charles R. Walgreen Distinguished Service Professor of American Institutions à la Graduate School of Business, Directeur du Center for Population Economics et membre du Département d'Economie et du Committee on Social Thought de l'Université de Chicago. Il est également Codirecteur du programme sur les études de cohorte au National Bureau of Economic Research. Il a reçu le Prix Nobel d'économie en 1993 (avec Douglass C. North). Depuis la rédaction de sa thèse sous la direction de Simon Kuznets, il s'intéresse à l'étude conjointe de l'économie et de l'histoire pour tenter de mieux comprendre l'évolution technologique et institutionnelle sur la durée. Depuis la fin des années 80, il a principalement axé ses recherches sur l'explication de la baisse de la mortalité dans le temps et sur les caractéristiques du vieillissement et leur évolution temporelle aux Etats-Unis d'Amérique. Les conclusions de cette étude devraient être publiées en 2002 dans un ouvrage intitulé *The Escape from Hunger and Premature Death 1700–2100: Europe, America, and the Third World*. Il se consacre également en ce moment à une étude sur les économies asiatiques les plus performantes, à des recherches sur la nutrition et la longévité et à une étude historique sur l'évolution de l'économie au XX^e siècle.

Dean T. Jamison

Dean T. Jamison est Professeur à l'Université de Californie à Los Angeles depuis 1988. Il dirige le programme de cette université consacré à la santé et à l'éducation dans le monde et enseigne l'économie sanitaire internationale et l'économie de l'éducation. M. Jamison avait auparavant travaillé de

nombreuses années à la Banque mondiale, où il a été économiste principal au Département de la Recherche, responsable d'un projet sanitaire pour la Chine et la Gambie, Chef de la division des politiques en matière d'éducation et Chef de la division Population, santé et nutrition. En 1992–1993, il a de nouveau travaillé temporairement pour la Banque mondiale pour figurer parmi l'un des principaux auteurs du Rapport sur le développement dans le monde 1993, *Investir dans la santé*. En 1998–2000, M. Jamison, en congé partiel de l'Université de Californie à Los Angeles, a dirigé le Service de conseil économique de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève. Actuellement, outre son poste à l'Université de Californie à Los Angeles, M. Jamison est Fellow de la Fondation Bill et Melinda Gates et Senior Fellow du Fogarty International Center des National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique. M. Jamison a fait ses études à Stanford (A.B., Philosophy ; M.S., Engineering Sciences) et à Harvard (Ph.D. en Economie, sous la direction du Prix Nobel K. J. Arrow). En 1994, il a été élu membre de l'Institut de Médecine de l'Académie nationale des Sciences des Etats-Unis.

Takatoshi Kato

Takatoshi Kato est actuellement Conseiller auprès du Président de la Banque de Tokyo-Mitsubishi. Il est aussi Professeur invité, Etudes Asie-Pacifique, à l'Université Waseda. Pendant l'année scolaire 1998/99, il a été Weinberg Visiting Professor à la Woodrow Wilson School de Princeton University. De 1995 à 1997, M. Kato a été représentant adjoint du Japon au G7 en tant que Vice-Ministre des Finances chargé des affaires internationales. En 34 ans de service public au Gouvernement japonais, il a occupé diverses fonctions, y compris celle de Directeur général du Bureau financier international et Directeur exécutif de la Banque asiatique de Développement. M. Kato est diplômé de l'Université de Tokyo (L.L.B) et a obtenu le titre de M.P.A. à la Woodrow Wilson School, Princeton University.

Nora Lustig

Nora Lustig a été nommée Président de l'Université des Amériques-Puebla (Mexique) en octobre 2001. Avant d'occuper ce poste, elle était Conseiller principal et Chef de l'unité Pauvreté et Inégalité à la Banque interaméricaine de Développement. Mme Lustig a été « senior Fellow » du programme d'études de politique étrangère de la Brookings Institution de 1989 à 1997, et y est toujours « senior Fellow » non résident. Avant cela, Mme Lustig était Professeur d'économie au Centre d'Etudes économiques du Colegio de México, à Mexico, de 1975 à 1991. Elle a également codirigé la rédaction

du Rapport sur le développement dans le monde de la Banque mondiale 2000/1 intitulé *Combattre la pauvreté*. Mme Lustig a réalisé des travaux de recherche importants en matière d'économie du développement, et plus particulièrement sur les déterminants de la pauvreté et de l'inégalité, le marché du travail et les niveaux de vie, les crises économiques, les coûts d'ajustement et les filets de sécurité, et les politiques publiques de lutte contre la pauvreté. Elle a également mené des recherches sur l'intégration économique et les répercussions de l'ALENA. Elle est l'auteur des publications suivantes : *Mexico: The Remaking of An Economy* (Brookings Institution, 1998) et a dirigé la rédaction de *Shielding the Poor: Social Protection in the Developing World* (Brooking et BID), entre autres ouvrages et articles.

Anne Mills

Anne Mills est Professeur de Politique et d'Economie de la Santé à la London School of Hygiene and Tropical Medicine et Chef du Programme de Financement et Economie de la Santé, qui, en collaboration avec de nombreux partenaires de recherche, met en oeuvre un important programme de recherche axé sur l'équité et sur l'efficacité des systèmes de santé dans les pays à revenu faible et moyen. Elle a près de 30 ans d'expérience de la recherche liée à l'économie de la santé dans ces pays et a beaucoup publié dans les domaines de la politique et de l'économie de la santé. Actuellement, Anne Mills s'intéresse plus particulièrement à l'organisation et au financement des systèmes de santé et à l'analyse économique des activités de lutte contre la maladie, le paludisme en particulier. Elle a beaucoup contribué à soutenir le développement des capacités en économie sanitaire dans les pays à revenu faible et moyen et a été conseiller pour de nombreux organismes bilatéraux et multilatéraux.

Thorvald Moe

Thorvald Moe est l'un des quatre Secrétaires généraux adjoints de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), basée à Paris. A l'OCDE, il est notamment chargé de superviser les travaux concernant l'éducation, l'emploi, l'environnement et un grand programme de travail sur le développement durable auquel collaborent la plupart des Directions de l'OCDE. Avant de prendre ses fonctions actuelles en 1998, M. Moe était Conseiller économique en Chef et Secrétaire permanent adjoint au Ministère norvégien des Finances depuis 1989. De 1986 à 1989, il a été Ambassadeur de Norvège auprès de l'OCDE. De 1973 à 1986, M. Moe a travaillé au Ministère des Finances en tant que Directeur général adjoint,

puis Directeur général du Département de Politique économique, après avoir travaillé un certain temps au Département du Budget. Il est l'auteur ou le co-auteur de plusieurs ouvrages et a rédigé de nombreux articles sur des questions comme les politiques macroéconomiques, les politiques de l'emploi, les effets de la démographie sur la croissance économique, ou encore la planification et la budgétisation publiques, l'économie des changements climatiques et la relation entre politiques environnementales et emploi. Il a été membre de nombreux conseils, commissions et comités en Norvège comme au niveau international, y compris la Commission de Politique économique de l'OCDE. M. Moe est titulaire d'une licence en économie (B.A.) de l'Université de Californie à Los Angeles et d'un doctorat en économie de Stanford University.

Jeffrey Sachs

Jeffrey Sachs est Directeur du Center for International Development de Harvard University, Galen L. Stone Professor of International Trade à Harvard, ancien Directeur du Harvard Institute for International Development et Research Associate au National Bureau of Economic Research. Il est conseiller économique de différents gouvernements d'Amérique latine, d'Europe orientale, d'ex-Union soviétique, d'Afrique et d'Asie. Il a été désigné par le *New York Times Magazine* comme « probablement le plus important économiste au monde » et, dans un numéro de *Time Magazine* consacré à 50 jeunes responsables de talent, « l'économiste le plus connu au monde ». Sachs s'est vu décerner de nombreux honneurs et distinctions; il est membre de la Harvard Society of Fellows, de l'American Academy of Arts and Sciences et de la Société mondiale d'Econométrie. Il a par ailleurs reçu des titres honoraires de l'Université de Saint-Gall, en Suisse, et du Lingnan College de Hong Kong. En septembre 1991, il a reçu le Prix Frank E. Seidman d'Economie politique. Il a été invité à donner des conférences aussi prestigieuses que les Lionel Robbins Memorial Lectures de la London School of Economics, les John Hicks Lectures à l'Université d'Oxford, les David Horowitz Lectures à Tel-Aviv, les Frank D. Graham Lectures à Princeton University et les Tanner Lectures à l'Université de l'Utah. M. Sachs a obtenu sa licence (B.A.) *summa cum laude*, au Harvard College en 1976, puis sa maîtrise et son doctorat à Harvard en 1978 et 1980, respectivement. Il est Professeur assistant à Harvard depuis 1980 et a été promu Professeur associé en 1982, puis Professeur en 1983.

Manmohan Singh

Manmohan Singh est actuellement chef de l'opposition au Parlement indien (Conseil des Etats). Tout au long de son illustre carrière, il a occupé de nombreux postes de haut rang au Gouvernement indien et dans des organisations internationales. De 1991 à 1996, il a été Ministre des Finances de l'Inde ; de 1990 à 1991, Conseiller auprès du Premier Ministre indien pour les Affaires économiques ; il a siégé au Conseil de la Commission du Plan, été Conseiller économique au Ministère des Finances de l'Inde, Conseiller économique au Ministère du Commerce extérieur et Chef de la Section du Financement des Echanges commerciaux à la CNUCED, au Secrétariat de l'ONU à New York. Il a soutenu sa thèse de doctorat au Nuffield College, Université d'Oxford, sur le thème « Tendances des exportations indiennes et perspectives de croissance auto-entretenu », après avoir obtenu sa licence en économie (Tripos) à l'Université de Cambridge et une maîtrise d'économie à l'Université du Pendjab. Il a par ailleurs reçu de nombreux titres honoraires et distinctions prestigieuses d'universités du monde entier, notamment l'Asiamoney Award, le titre de Ministre des Finances de l'Année (en 1994 et 1993), l'Euromoney Award et le Padma Vibhushan Award, décerné par le Président indien. Il est l'auteur de plusieurs publications, dont *India's Export Trends and Prospects for Self-Sustained Growth*.

Supachai Panitchpakdi

Supachai Panitchpakdi est actuellement Directeur général désigné de l'Organisation mondiale du Commerce. Il a commencé sa carrière parlementaire en tant que Ministre des Finances adjoint en 1986 et il a alors aidé à mettre en place un ensemble de mesures fiscales strictes ayant débouché sur une série continue d'excédents budgétaires qui ont permis à la Thaïlande d'atteindre un taux de croissance économique élevé et de le maintenir pendant de nombreuses années.

Après la dissolution du Parlement en 1988, M. Supachai a été nommé Directeur et Conseiller, puis Président de la Banque militaire thaïe. De retour à la politique en 1992, M. Supachai est devenu Premier Ministre adjoint et s'est vu confier la responsabilité majeure de diriger l'élaboration de toute la politique économique et commerciale du pays. Il a dirigé des services économiques clefs comme le Bureau du Budget, le Conseil national du Développement économique et social, le Ministère du Commerce, le Ministère de l'Industrie et le Ministère de l'Agriculture et des Coopératives. Il a alors défini des directives en matière de gestion macroéconomique. Il a occupé le poste de Premier Ministre adjoint jusqu'en 1995. A ce titre, il a joué un rôle de pivot sur la scène internationale, principalement dans le

cadre des efforts de l'Association de Coopération économique Asie-Pacifique (APEC) et de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) pour libéraliser les échanges dans la région à travers ce qui est ensuite devenu l'Association asiatique de Libre-Echange (AFTA). En tant que Président de la Commission de Politique économique internationale de Thaïlande, M. Supachai a largement contribué à définir les politiques commerciales et économiques internationales du pays afin de mieux faire face à l'évolution rapide du monde. M. Supachai a d'abord proposé la formation de l'ASEM au Forum économique d'Asie orientale à Singapour en 1992. Il a également été à l'origine du groupe consultatif BIMST-EC, qui rassemble des pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, à savoir le Bangladesh, l'Inde, le Myanmar, Sri Lanka et la Thaïlande. Il est cofondateur du groupe de travail Japon-ANASE avec l'ancien Premier Ministre Ryotaro Hashimoto du Japon.

A la suite du changement de gouvernement de novembre 1997 à l'issue de la crise financière thaïlandaise, M. Supachai a été nommé Premier Ministre adjoint chargé des politiques économiques et Ministre du Commerce.

M. Supachai est titulaire d'une maîtrise d'économétrie et de planification du développement et d'un doctorat en planification économique et développement de l'Ecole d'Economie des Pays-Bas (actuellement Université Erasmus) à Rotterdam.

Laura Tyson

Mme Laura Tyson est actuellement Doyen de la Walter A. Haas School of Business de l'Université de Californie à Berkeley et deviendra en décembre 2001 Doyen de la London School of Business. Mme Tyson enseigne à l'Université de Berkeley depuis 1977 et est actuellement titulaire de la Chaire d'Economie et d'Administration des Affaires, Classe 1939. En congé de Berkeley en 1993, elle a été nommée par le Président Clinton Président du Conseil économique de la Maison-Blanche. Elle était alors la première femme à occuper ce poste. En 1995, Mme Tyson a succédé à Robert Rubin comme Conseiller en Economie nationale. En acceptant ce poste, elle devenait la femme occupant le poste de plus haut rang à la Maison-Blanche. Elle est l'auteur de *Who's Bashing Whom? Trade Conflicts in High-Technology Industries* (Institute for International Economics, 1992) et de nombreux autres travaux sur la compétitivité économique. Mme Tyson a récemment été nommée membre de la Commission nationale bipartite sur l'avenir de Medicare, figurant parmi les quatre personnes désignées par la Maison-Blanche. Elle est l'un des responsables du Law & Economics Consulting Group et membre du conseil d'administration d'Ameritech Corporation, du Council on Foreign Policy, de l'Eastman Kodak

Company, de l'Institute for International Economics, de la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur, et de Morgan Stanley, Dean Witter, Discover & Co. Avant ses différentes nominations à Washington, Mme Tyson a été Directeur de Recherche de la Berkeley Roundtable on the International Economy (BRIE) et Directeur de l'Institute of International Studies. Elle a obtenu sa licence (B.A.) en économie, *summa cum laude*, en 1969 au Smith College du Massachusetts et son doctorat en économie en 1974 au Massachusetts Institute of Technology.

Harold Varmus

Harold Varmus est Président Directeur général du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York depuis janvier 2000.

Le Dr Varmus a mené une grande partie de ses travaux scientifiques depuis 23 ans comme membre du corps enseignant de l'Université de Californie à San Francisco, où, avec le Dr J. Michael Bishop et d'autres collègues, il a mis en évidence les origines cellulaires de l'oncogène d'un rétrovirus aviaire. Cette découverte a conduit à l'isolement de nombreux gènes cellulaires qui contrôlent normalement la croissance et le développement, et que l'on retrouve mutés dans les cancers humains. Pour ces travaux, Bishop et Varmus ont reçu de nombreuses distinctions, y compris le Prix Nobel de Physiologie ou de Médecine en 1989. Varmus est également largement reconnu pour les études qu'il a menées sur les cycles de réplication des rétrovirus et des virus de l'hépatite B, les fonctions des gènes impliqués dans les cancers et la mise au point de modèles murins de cancer humain (au centre de nombre de ses travaux en cours au laboratoire du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center).

En 1993, le Dr Varmus a été nommé par le Président Clinton Directeur des National Institutes of Health, poste qu'il a occupé jusqu'à fin 1999. Pendant son mandat à la tête des NIH, il a amorcé de nombreux changements dans la conduite des programmes de recherche internes et externes, recruté de nombreux responsables pour la plupart des postes importants des NIH, planifié l'aménagement de trois bâtiments sur le campus des NIH et aidé à accroître le budget de ceux-ci, qui est passé de moins de US \$11 milliards à pratiquement US \$18 milliards.

Auteur de plus de 300 articles scientifiques et quatre livres, il a en outre rédigé une introduction à la génétique du cancer destinée au grand public, et servi de conseiller auprès du Gouvernement fédéral, de sociétés pharmaceutiques et de biotechnologie, et de nombreuses universités. Il est membre de l'Académie nationale des Sciences des Etats-Unis d'Amérique depuis 1984 et de l'Institut de Médecine depuis 1991.

Le Dr Varmus est titulaire d'une maîtrise d'anglais de Harvard et diplômé du Columbia University's College of Physicians and Surgeons. Il a commencé sa formation scientifique en tant que médecin du Service public aux NIH, où il a étudié l'expression des gènes bactériens.

RAPPORTS ET DOCUMENTS DE TRAVAIL

TITRES DES RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA CMS

Santé, croissance économique et recul de la pauvreté : rapport du Groupe de travail N° 1 de la Commission macroéconomie et santé

Biens publics mondiaux pour la santé : Nouvelles stratégies pour le XXI^e siècle : rapport du Groupe de travail N° 2 de la Commission macroéconomie et santé

Mobilisation de ressources internes pour la santé : rapport du Groupe de travail N° 3 de la Commission macroéconomie et santé

Santé et économie internationale : rapport du Groupe de travail N° 4 de la Commission macroéconomie et santé

Amélioration des issues sanitaires chez les pauvres : rapport du Groupe de travail N° 5 de la Commission macroéconomie et santé

Aide internationale au développement et santé : rapport du Groupe de travail N° 6 de la Commission macroéconomie et santé

SÉRIE DE DOCUMENTS DE TRAVAIL

Documents présentés et disponibles sur le site www.cid.harvard.edu

Groupe de travail N° 1

Document 1 : Le VIH/SIDA dans les Caraïbes : problèmes et impact économiques et financement de la lutte (**Theodore K**)

Document 2 : Modélisation des effets de l'état de santé et de l'infrastructure éducative sur le développement cognitif des écoliers tanzaniens (**Bhargava A**)

Document 3 : Santé, inégalités et développement économique (**Deaton A**)

Document 4 : Variations inter pays de la baisse de la mortalité, 1962–1987 : rôle des progrès techniques dans certains pays (**Jamison DT, Sandbu M**)

Document 5 : Pauvreté et santé (**Wagstaff A**)

Document 6 : Santé mentale et marché du travail dans les pays en développement (**Frank RG**)

Document 7 : Santé, nutrition et prospérité économique : perspective microéconomique (**Thomas D**)

Document 8 : Santé, capital humain et croissance économique (**Bloom DE, Canning D**)

Document 9 : Santé, longévité et gains au cours du cycle vital (**Bloom DE, Canning D**)

Document 10 : Charge économique du paludisme (**Gallup JL, Sachs JD**)

Document 11 : Effets des interventions nutritionnelles précoces sur la formation du capital humain, Institut de la Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (**INCAP**)

Document 12 : Lutte contre les effets des maladies mentales (**Whiteford H, Teeson M, Scheurer R, Jamison D**)

Document 13 : Impact de l'épidémie de SIDA sur la prospérité économique en Afrique subsaharienne (**Wang J**)

Document 14 : Nutrition, santé et développement économique : quelques orientations prioritaires (**Bhargava A**)

Document 15 : SIDA et économie (**Bloom DE, Mahal A, Sevilla J, River Path Associates**)

Groupe de travail N° 2

Document 1 : Cadre conceptuel pour une meilleure compréhension des biens publics mondiaux et transnationaux pour la santé (**Sandler T, Arce D**)

Document 2 : Collaboration internationale à la recherche en santé (**Lucas AO**)

Document 3 : Développement du potentiel scientifique pour améliorer la santé des populations : le savoir considéré comme un bien public mondial (**Freeman P, Miller M**)

Document 4 : L'éthique dans la recherche sur les problèmes de santé internationaux: point de vue du monde en développement (**Bhutta ZA**)

Document 5 : Formes de conduite éthique en matière de recherche : proposition pour un progrès des recherches collectives internationales (**Lavery JV**)

Document 6 : Rôle de la propriété intellectuelle et de l'octroi de licences dans la promotion de la recherche sur les problèmes de santé internationaux : point de vue d'un organisme de recherche biomédicale du secteur public (**Keusch GT, Nugent RA**)

Document 7 : Politiques publiques visant à stimuler la mise au point de vaccins et médicaments pour les maladies négligées (**Kremer M**)

Document 8 : Lois sur les médicaments orphelins en Europe et aux États-Unis d'Amérique : incitations à la recherche et au développement de médicaments pour les maladies de la pauvreté (**Milne C, Kaiten K, Ronchi E**)

Document 9 : Prix différenciés pour les substances pharmaceutiques : comment concilier les exigences en matière d'accès, de R&D et de propriété intellectuelle (**Danzon P**)

Document 10 : Proposition de brevet pour les maladies mondiales (**Lanjouw JO**)

Document 11 : Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et incitations à la R&D dans le secteur pharmaceutique (**Correa C**)

Document 12 : Brevets en génomique et en recherche fondamentale : questions intéressant la santé dans le monde (**Barton J**)

Document 13 : Coopération scientifique internationale : enseignements tirés de précédentes expériences (**Barton J, Heumueller D**)

Document 14 : Bases épidémiologiques de la lutte contre les maladies transmissibles relativement aux biens publics mondiaux pour la santé (**Bradley D**)

Document 15 : Coordination internationale de la lutte contre les maladies transmissibles (**St. John R, Plant A**)

Document 16 : Réactions mondiales à la menace croissante d'une résistance aux antibiotiques (**Smith RD, Coast J**)

Document 17 : Droit international et lutte mondiale contre les maladies infectieuses (**Fidler D**)

Document 18 : Besoins mondiaux d'information pour la santé (**Musgrove P**)

Document 20 : Partenariats public-privé pour promouvoir les activités de R&D (**Kettler H, Towse A**)

Document 21 : Méthodes novatrices de financement des biens publics mondiaux pour la santé (**Stansfield S, Harper M, Lamb G, Lob-Levyt J**)

Groupe de travail N° 3

Document 1 : Mobilisation de ressources pour la santé : faut-il revoir la notion de paiement par l'utilisateur ? (**Arhin-Tenkorang DC**)

Document 2 : Une assurance maladie pour le secteur informel en Afrique : conception, protection des risques et mobilisation de ressources (**Arhin-Tenkorang DC**)

- Document 3* : Initiative pour un allègement de la dette et dépenses de santé publique dans les pays pauvres fortement endettés (PPFE) (Gupta S, Clements B, Guin-Siu MT, Leruth L)
- Document 4* : Effet du degré de partage des risques dans le financement de la santé sur les résultats du système de santé (Carrin G, Zeramdini R, Musgrove P, Poullier J-P, Valentine N, Xu, K)
- Document 5* : Financement des systèmes de santé grâce à des gains d'efficacité (Hensher M)
- Document 6* : Besoins sanitaires non satisfaits de deux milliards de personnes : le financement communautaire est-il une solution ? (Hsiao WC)
- Document 8* : Problèmes stratégiques du financement de la santé dans les pays à revenu moyen ou élevé (Jamison D)
- Document 9* : Participation communautaire au financement des soins de santé : impact, avantages et inconvénients : aperçu de la littérature (Jakab M, Krishnan C)
- Document 10* : Insertion sociale et protection financière par le financement communautaire : résultats initiaux de cinq enquêtes auprès des ménages (Jakab M, Preker AS, Krishnan C, Schneider P, Diop F, Jutting J, Gumber A, Ranson K, Supakankunti S)
- Document 11* : Description sommaire du financement de la santé dans les Etats membres de l'OMS (Musgrove P, Zeramdini R)
- Document 12* : Rapport de synthèse sur le rôle de la communauté dans la mobilisation des ressources et le partage des risques (Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D)
- Document 13* : Insuffisance des dépenses mondiales pour garantir aux pauvres la protection financière et l'accès aux soins de santé (Preker AS, Langenbrunner J, Suzuki E)
- Document 14* : Mobilisation de ressources internes pour la santé par l'impôt : enquête sommaire (Tait AA)

Groupe de travail N° 4

- Document 1* : Options post-ADPIC pour l'accès aux médicaments brevetés dans les pays en développement (Scherer FM, Watal J)
- Document 2* : Prix différenciés pour les produits brevetés (Barton JH)
- Document 3* : Consommation et commerce de médicaments génériques (Bale H)
- Document 4* : Protection de la médecine traditionnelle (Wilder R)
- Document 5* : Echanges de services de santé (Chanda R)

Document 6 : Mondialisation et santé : enquête sur les perspectives et les risques pour les pauvres dans les pays en développement (**Diaz-Bonilla E, Babinard J, Pinstrup-Andersen P**)

Document 7 : Libéralisation des échanges dans le domaine de l'assurance maladie : perspectives et défis pour les pays à revenu moyen ou faible (**Sbarbaro J**)

Document 8 : Rôle des techniques d'information dans la conception des échanges de soins de santé (**Mathur A**) (en préparation)

Notes d'information de l'OMS

Note d'information 1 : obstacles aux échanges et prix des intrants essentiels du secteur de la santé (**Woodward D**)

Note d'information 2 : Mondialisation et santé : cadre d'analyse et d'action (**Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson DJ**)

Note d'information 3 : Comment faire face à l'épidémie de tabagisme en période de libéralisation des échanges (**Bettcher D, Subramanian C, Guindon E, Perucic A-M, Soll L, Grabman G, Joosens L, Taylor A**)

Note d'information 4 : L'Accord général sur le commerce des services (GATS) et les échanges de services d'assurance maladie (**Lipson DJ**)

Groupe de travail N° 5

Document 1 : Mortalité évitable en Inde (**Jha P, Nguyen S**)

Document 2 : Justification des interventions visant à prévenir l'infection à VIH dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (**Jha P, Vaz LME, Plummer F, Nagelkerke N, Willbond B, Ngugi E, Prasado Rao JVR, Moses S, John G, Nduati R, MacDonald KS, Berkley S**)

Document 3 : Justification des interventions de prise en charge du SIDA dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (**Willbond B, Plummer FA**)

Document 4 : Modélisation de l'épidémie de VIH/SIDA en Inde et au Botswana : effet des interventions (**Nagelkerke N, Jha P, de Vlas S, Korenromp E, Moses S, Blanchard J, Plummer F**)

Document 5 : Mortalité maternelle et néonatale dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (**Gelband H**)

Document 6 : Justification des interventions visant à réduire la mortalité due au paludisme dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (**Meek S, Hill J, Webster J**)

- Document 7* : Justification des interventions visant à réduire la mortalité liée au tabagisme dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (Chaloupka FJ, Jha P, Corrao MA, Costa e Silva V, Ross H, Czart C, Yach D)
- Document 8* : Justification des interventions visant à réduire la mortalité due à la tuberculose dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen : efficacité, rentabilité et obstacles au passage à l'échelle supérieure (Borgdorff MW, Floyd K, Broekmans JF)
- Document 9* : Justification des interventions visant à réduire la mortalité chez les moins de cinq ans dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (Gelband H, Stansfield S, Nemer L, Jha P)
- Document 10* : Justification des interventions visant à réduire la mortalité due à des maladies évitables par la vaccination dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (England S, Loevinsohn B, Megaard B, Kou U, Jha P)
- Document 11* : Justification des interventions visant à réduire la malnutrition chez les moins de cinq ans et chez les enfants d'âge scolaire dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (Nemer L, Gelband H, Stansfield S, Jha P)
- Document 12* : Lutte contre les effets sur la santé des pauvres des sources d'énergie domestiques et de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations – incidences sur les politiques et les interventions (Von Schirnding Y, Bruce N, Smith K, Ballard-Tremeer G, Ezzati M, Lvovsky K)
- Document 13* : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires: cadre conceptuel et analyse empirique (Hanson K, Ranson MK, Oliveira Cruz V, Mills A)
- Document 14* : Résolution des problèmes des systèmes de santé au niveau périphérique : exposé des faits (Olivera Cruz V, Hanson K, Mills A)
- Document 15* : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires: étude de cas en Inde (Rao Seshadri S)
- Document 16* : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires: étude de cas en Tanzanie (Munishi G)
- Document 17* : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires: étude de cas au Tchad (Wyss K, Moto DD, Callewaert B)
- Document 18* : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires dans les pays à faible revenu et dans certains pays à revenu moyen : méthodologie et estimations (Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L)

Document 19 : Etude des coûts du passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires dans les régions pauvres d'Amérique latine : rapport final (Bertozzi S, Zurita V, Cahuana L, Corcho A, Rely K, Aracena B)

Document 20 : Estimations indirectes de la mortalité évitable dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (Nguyen S, Jha P, Yu S, Paccaud F)

Document 21 : Note sur l'impact sanitaire des services de l'eau et de l'assainissement (Vaz LME, Jha P)

Document 22 : Obstacles au passage à l'échelle supérieure pour les interventions sanitaires: factorisation de la qualité de la gouvernance et cadre d'action (Vergin H)

Document 23 : Lutte contre le VIH/SIDA en Inde – leçons du Tamil Nadu (Ramasundaram S, Allaudin K, Charles B, Gopal K, Krishnamurthy P, Poornalingham R, Warren D)

Document 24 : Estimations préliminaires du coût de l'extension des activités de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne (Kumaranayake L, Conteh L, Kurowski C, Watts C)

Document 25 : Justification des interventions de prise en charge du SIDA dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen (Willbond B, Thottingal P, Kimani J, Vaz LME, Plummer F)

Groupe de travail N° 6

Document 1 : Aide au développement pour la santé (ADS) : moyenne des engagements en 1997–1999 (Michaud C)

Document 2 : Perspectives d'amélioration de la santé dans les pays pauvres : évaluation qualitative des opinions et comportements des institutions multilatérales (Nelson J)

Document 3 : Les idées donnent de meilleurs résultats que l'argent pour les réformes, mais comment ? Evaluation de l'efficacité de l'aide suédoise au développement au Vietnam (Jerve AM)

Document 4 : Evaluation qualitative des opinions et comportements des institutions bilatérales : interrogatoires de non-spécialistes de la santé (Ojermark M)

Document 5 : Initiatives sanitaires mondiales et programmes de santé nationaux : comment assurer leur compatibilité et leur renforcement réciproque (Forsberg BC)

Document 6 : Ajustement structurel et santé : examen de la littérature sur le débat, ses acteurs, et les preuves empiriques avancées (**Breman A, Shelton C**)

Document 7 : Etude de cas sur la contribution de la Commission européenne à l'aide au développement pour la santé (ADS) (**Daniels D**)

Document 8 : Examen des projets bénéficiant d'une aide extérieure dans le contexte de leur intégration dans le système de prestations sanitaires du Karnataka (**Narayan R**)

Document 9 : Notes sur l'ADS et son efficacité : intérêts des pays bénéficiaires (**Issaka-Tinorgah A**)

Document 10 : Tendances récentes de l'aide au développement pour la santé (OCDE)

APPENDICE 2 : ANALYSE DES COÛTS DU PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE POUR LES INTERVENTIONS SANITAIRES PRIORITAIRES DANS LES PAYS À BAS REVENU ET DANS CERTAINS PAYS À REVENU MOYEN¹

OBJET

Nous nous proposons de présenter dans cet appendice une brève description de la méthodologie et une analyse des coûts estimatifs du passage à l'échelle supérieure pour les interventions prioritaires. Cette analyse se fonde sur l'analyse des coûts entreprise pour le Groupe de travail N° 5 et un examen plus détaillé de la méthodologie utilisée pour déterminer le coût, au niveau des services de proximité, du groupe d'interventions prioritaires figure dans le document d'information sur l'établissement des coûts.² L'appendice 2 comporte deux sections. Dans la première, on a estimé les dépenses de santé totales requises pour réaliser les couvertures cibles, le montant de ressources internes pouvant être mobilisé pour la santé, et le déficit financier net. Dans la seconde, on a entrepris une analyse par région.

ANALYSE D'APRÈS UNE CLASSIFICATION DES REVENUS BASÉE SUR CELLE DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET LA CLASSIFICATION DES MALADIES

Analyse des coûts marginaux (principale analyse pour le rapport du GT5) : coûts, au niveau des services de proximité, d'une gamme d'interventions prioritaires

L'analyse évalue le coût de l'extension de la couverture de 49 interventions sanitaires prioritaires (et de 65 formes de traitement) au niveau des services de proximité dans 83 pays pauvres. Ces interventions, qui ont été jugées essentielles pour traiter les principales maladies des pauvres, sont

décrites au tableau A2.A). Le développement de ces activités est basé sur la différence entre les couvertures cibles fixées pour 2007 et 2015 et une estimation des couvertures de l'année 2002. L'analyse des coûts marginaux est axée sur un choix d'interventions au niveau des services de proximité et n'inclut donc pas tous les services requis pour développer la totalité du système de santé de proximité. Elle évalue l'ensemble des coûts économiques des services. Ces coûts comprennent les investissements en capital, y compris les dépenses connexes pour le surcroît de soutien gestionnaire et institutionnel, et les montants à investir pour former un personnel nouveau et développer les installations afin d'être en mesure d'atteindre les taux de couverture visés.

L'analyse des coûts doit permettre d'estimer le volume de ressources additionnelles ou marginales requis pour un développement à grande échelle des activités par rapport aux niveaux actuels. Le coût de l'extension des activités est présenté comme un supplément aux montants actuels des dépenses de santé. Dès lors, ces estimations de coûts reflètent des dépenses additionnelles qui s'ajoutent aux dépenses actuelles.

Les coûts de l'extension des services varient d'un pays à l'autre selon l'étendue et le type de maladie et en fonction de facteurs démographiques et socio-économiques. Les coûts du passage à l'échelle supérieure doivent donc être modélisés pays par pays pour chaque intervention, compte tenu de la complémentarité des interventions. Les pays pauvres sont définis comme ceux qui ont un PNB par habitant inférieur à US\$ 1.200 (US\$ de 1999). Compte tenu de la charge substantielle de maladie que subissent les pays d'Afrique subsaharienne, tous les pays de cette région ont été inclus dans l'analyse, indépendamment de leurs performances économiques.³

Les coûts de l'extension des services ont été calculés pour deux scénarios (voir le document de synthèse du Groupe de travail N° 5) sur la base du niveau des investissements et de la capacité d'extension des services, compte tenu de diverses hypothèses relatives au calendrier, aux investissements dans le développement du potentiel et l'infrastructure, et aux taux de couverture réalistes requis pour obtenir des avantages sanitaires. Le scénario présenté ici pour 2007 suppose que le passage à l'échelle supérieure se situe dans un contexte d'investissements à grande échelle, tant au niveau périphérique qu'au niveau de l'hôpital local, mais se limite à ce qui peut être investi dans un délai de 5 ans. La Commission a fait de ce scénario la base de ses recommandations. Le scénario pour 2015 suppose un passage à l'échelle supérieure dans un contexte d'investissements à grande échelle sur une période de 13 ans de manière à atteindre des taux de couverture élevés pour toutes les interventions.

Un modèle a été utilisé pour estimer le coût de la mise en œuvre des interventions, les nouveaux investissements à consentir pour la formation du personnel et les installations, et enfin, le coût de l'appui gestionnaire et institutionnel nécessaire. Pour estimer le coût du passage à l'échelle supérieure, on s'est d'abord fondé sur les données démographiques, comportementales et épidémiologiques disponibles en vue de déterminer la taille des groupes cibles sur lesquels doivent porter les interventions de soins et de prévention, c'est à dire de la population en difficulté (PED), et l'on a ensuite évalué les taux de couverture actuels de ces interventions. On a également fixé les taux de couverture cibles de ces interventions (voir le tableau 7 du texte). Enfin, on a rapporté des données sur les coûts tirés d'une série d'interventions à la taille de la PED afin de disposer d'estimations nationales pour chaque pays. Etant donné que notre estimation des coûts est spécifique à chaque pays, il nous a fallu, pour rendre les résultats comparables, corriger de la parité des pouvoirs d'achat les éléments de coût concernant des articles ou services qui ne font pas l'objet d'échanges internationaux. La nécessité des services et les coûts des différentes interventions étant impossibles à déterminer avec certitude, on a estimé un éventail de coûts plausibles. Les montants des investissements nécessaires pour la formation et les installations ont été calculés en fonction de la taille de la PED pour chaque scénario, compte tenu du temps passé avec le personnel des services de santé et de l'usage des établissements d'hospitalisation ou de consultations externes. La composante appui gestionnaire et institutionnel comprend les fonctions administratives, les contrôles et la surveillance et le renforcement des institutions au niveau des services de proximité. Ces coûts ont été aussi basés sur la taille de la PED.

Les estimations des coûts marginaux donnent le coût annuel moyen de l'exécution de ces activités en US\$ constants de 2002.⁴ Ces estimations ont été également converties en prévisions de dépenses budgétaires sur une base annuelle.

L'estimation de la nécessité d'un service donné pour la population en difficulté d'un pays repose essentiellement sur deux paramètres : la taille de la population et l'incidence ou la prévalence d'une maladie ou d'un risque. On possède des estimations sur la taille actuelle des populations et des prévisions sur son évolution ultérieure, mais les informations par pays sur la morbidité et les risques actuels sont rares. En raison de cette sérieuse pénurie de données, on a supposé que l'incidence et la prévalence des maladies et des risques était constante. Un tel parti-pris conduit à ignorer les changements potentiels de prévalence ou d'incidence et tout effet de l'extension de la couverture des services sur le tableau de la morbidité. Si cet inconvénient n'a

que peu d'importance pour des problèmes tels que les dystocies, il est plus gênant dans le cas des maladies transmissibles, notamment le VIH/SIDA et la tuberculose pour lesquels on doit s'attendre à un certain effet. L'incidence ou la prévalence de ces maladies peut aussi augmenter avec le temps, de sorte que l'on ne peut pas déterminer avec précision dans quel sens ira le biais attribuable à l'hypothèse d'une incidence ou d'une prévalence constantes.

Le tableau A2.1 présente les estimations du coût marginal global pour tous les groupes de maladies et de problèmes de santé, en montants totaux en dollars, en montants par habitant et en pourcentage du PNB. Les chiffres par habitant ont été calculés sur la base de projections démographiques pour 2007 et 2015.⁵ On a en outre fondé les chiffres du PNB sur l'hypothèse d'une croissance annuelle du PNB par habitant de 1 à 5 pour cent.⁶ Les résultats figurant dans le tableau sont la moyenne de l'éventail des coûts mentionné plus haut.

Analyse par problème de santé

Les interventions choisies ont été classées approximativement d'après le type de maladie ou de problème de santé (voir le tableau A2.A) mais en réalité, la nature des prestations sanitaires donne lieu à certains chevauchements. C'est ainsi que la prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte peut être incluse dans la prévention du paludisme ou dans les interventions en rapport avec la maternité. On a choisi la deuxième solution car elle était plus conforme à la nature du mécanisme de prestation. L'analyse du tableau A2.2 indique la répartition des coûts marginaux par problème de santé.

S'il existe des méthodes permettant d'attribuer la charge de morbidité à tel problème de santé, on ne peut pas dissocier dans un système de santé la mise en œuvre pratique de la plupart des programmes applicables au problème. Pour assurer une large couverture de ces programmes clés, il faudra considérablement renforcer et améliorer l'ensemble du système et provoquer ainsi des retombées favorables pour des affections non prioritaires. Il est théoriquement possible de calculer séparément le coût de chaque intervention clé mais en pratique, l'exécution de chaque programme doit être considérée et chiffrée dans le contexte général du système de santé.

D'autres ajustements ont été apportés aux coûts marginaux pour répercuter le coût du processus de passage à l'échelle supérieure (tableau A2.3). Ces montants additionnels ont été calculés en fonction du système de santé de chaque pays et il serait donc illusoire de chercher à appliquer les ajustements en question à des maladies déterminées. Les tableaux ci-après présentent donc des totaux pour l'ensemble des interventions.

Tableau A2.1. COÛTS MARGINAUX ANNUELS (US\$ 2002) D'APRÈS LA CLASSIFICATION DES REVENUS DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAL EN DOLLARS (milliards de dollars)		
Ensemble des pays	26	46
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	19	33
Pays les moins avancés	8	15
Autres pays à bas revenu	11	18
Pays à revenu moyen inférieur	5	11
Pays à revenu moyen supérieur	1	2
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	6	10
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	7	10
Pays les moins avancés	11	16
Autres pays à bas revenu	5	8
Pays à revenu moyen inférieur	4	7
Pays à revenu moyen supérieur	26	44
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	0,7	0,9
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	1,3	1,6
Pays les moins avancés	3,4	4,5
Autres pays à bas revenu	0,9	1,1
Pays à revenu moyen inférieur	0,3	0,4
Pays à revenu moyen supérieur	0,6	0,9

Ajustements destinés à refléter le coût du processus de passage à l'échelle supérieure

Outre les coûts du passage à l'échelle supérieure au niveau des services de proximité, il faut prendre en compte le coût du processus lui-même qui, pour être efficace, nécessite toute une série d'autres formes d'appui. Quatre ajustements ont été faits pour refléter les dépenses additionnelles s'ajoutant au coût marginal du passage à l'échelle supérieure pour les interventions considérées.

Premièrement, on a évalué, sur la base du total des coûts marginaux, un coût de la gestion en amont des services de proximité pour tenir compte de la contribution d'institutions situées à ce niveau (par exemple le Ministère de la Santé) à la mise en œuvre des interventions ayant fait l'objet du passage à l'échelle supérieure. Il a été jugé que les coûts de la gestion en amont des

Tableau A2.2. COÛTS MARGINAUX ANNUELS (US\$ 2002) PAR PROBLÈME DE SANTÉ

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAL EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des interventions	26	46
Traitement de la tuberculose	0,5	1
Prévention du paludisme	2	3
Traitement du paludisme	0,5	1
Prévention du VIH	6	8
Soins pour le VIH	3	6
Traitement du VIH (TAHA)	5	8
Maladies de l'enfance – traitement	4	11
Maladies de l'enfance – vaccination	1	1
Maladies liées à la maternité	4	5
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des interventions	5,9	9,5
Traitement de la tuberculose	0,1	0,2
Prévention du paludisme	0,5	0,7
Traitement du paludisme	0,1	0,2
Prévention du VIH	1,5	1,7
Soins pour le VIH	0,6	1,3
Traitement du VIH (TAHA)	1,2	1,7
Maladies de l'enfance – traitement	0,9	2,2
Maladies de l'enfance – vaccination	0,2	0,3
Maladies liées à la maternité	0,8	1,1
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des interventions	0,71	0,88
Traitement de la tuberculose	0,02	0,02
Prévention du paludisme	0,06	0,07
Traitement du paludisme	0,01	0,02
Prévention du VIH	0,18	0,16
Soins pour le VIH	0,08	0,12
Traitement du VIH (TAHA)	0,14	0,15
Maladies de l'enfance – traitement	0,10	0,21
Maladies de l'enfance – vaccination	0,03	0,02
Maladies liées à la maternité	0,10	0,11

Note : les politiques de lutte contre le tabagisme sont incluses mais devraient être autofinancées

services de proximité représenteraient environ 15 pour cent du total des coûts marginaux.

Deuxièmement, on a supposé qu'il faudrait 15 pour cent de plus pour améliorer la capacité d'absorption en raison de l'ampleur des ressources nécessaires pour le passage à l'échelle supérieure. Ce montant couvrirait la mise en place de systèmes financiers et de contrôles appropriés au niveau du district et au-dessus.

Tableau A2.3. COÛTS MARGINAUX ANNUELS AJUSTÉS POUR TENIR COMPTE DU PROCESSUS DE PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE (US\$ 2002), D'APRÈS LA CLASSIFICATION DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des pays	57	94
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	40	66
Pays les moins avancés	17	29
Autres pays à bas revenu	23	37
Pays à revenu moyen inférieur	14	24
Pays à revenu moyen supérieur	3	4
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	13	20
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	14	21
Pays les moins avancés	22	32
Autres pays à bas revenu	12	17
Pays à revenu moyen inférieur	9	15
Pays à revenu moyen supérieur	57	91
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	1,6	1,8
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	2,7	3,3
Pays les moins avancés	6,9	8,8
Autres pays à bas revenu	1,9	2,2
Pays à revenu moyen inférieur	0,7	0,8
Pays à revenu moyen supérieur	1,3	1,8

Troisièmement, les chiffres du tableau A2.1. supposent que les taux actuels de couverture sont constants et suffisants. En réalité, la couverture existante est de qualité très variable. Nous avons donc ajusté ces coûts afin de tenir compte de la nécessité de dépenses supplémentaires pour améliorer la qualité des taux actuels de couverture (par exemple en assurant un approvisionnement convenable en médicaments). A cet effet, nous avons multiplié les prévisions de dépenses afférentes au choix d'interventions pour 2002 par un coefficient d'ajustement pour la qualité. Ce coefficient oscille entre 10 pour cent et 25 pour cent des prévisions pour 2002, selon le niveau de revenu du pays. Quatrièmement, les traitements dans le secteur public sont généralement trop bas pour attirer le personnel et garantir de bonnes performances, ainsi qu'en témoignent les nombreux départs (par exemple vers le secteur privé) et l'absence de motivation. En outre, le passage à l'échelle supérieure va obliger à recruter un personnel supplémentaire dans

le secteur de la santé. Pour élever les traitements à un niveau permettant d'attirer et de retenir le personnel, on a pris en compte une augmentation de salaire de 100 pour cent pour tous les personnels. Cet ajustement des salaires a été fait pour tous les personnels de santé et pas seulement pour le personnel additionnel requis en vue du passage à l'échelle supérieure. Le tableau A2.3 donne les estimations des coûts ainsi ajustés en indiquant les totaux en dollars, les montants par habitant et les pourcentages du PNB.

Total des dépenses de santé nécessaires

Pour estimer le total des dépenses de santé nécessaires, on a fait une distinction entre les dépenses de santé internes et les dépenses des donateurs au titre de l'APD. On disposait de données sur l'APD consacrée à la santé au cours de la période 1997–1999 et l'on a supposé que cela correspondait à la moyenne pour 1998.⁷ On a également supposé qu'entre 1998 et 2002, l'APD a augmenté dans le secteur de la santé à un rythme annuel de 5 pour cent. Le total des dépenses de santé pour 1999 a été calculé sur la base de leur pourcentage du PNB.⁸ En déduisant la composante APD de ce total, on a estimé le total des ressources internes consacrées à la santé en 1999. On a ensuite calculé le total des dépenses de santé pour 2002 en additionnant le montant estimatif de l'APD en 2002 et celui des apports internes pour cette même année. Ce dernier montant a été calculé en prenant la proportion du PNB de 1999 que représente la part des ressources internes en 1999 et en la multipliant par le PNB de 2002.

On a alors estimé le total des dépenses de santé nécessaires en 2007 et 2015 en additionnant le total des dépenses de santé en 2002 aux coûts ajustés pour tenir compte du passage à l'échelle supérieure qui figurent au tableau A2.3. Le tableau A2.4 indique le total des dépenses de santé requises chaque année pour atteindre les taux de couverture visés en 2007 et 2015.

Analyse du déficit de financement net pour une mobilisation accrue de ressources internes

On calcule le déficit de financement net pour couvrir le coût du passage des interventions prioritaires à l'échelle supérieure. Dans cette analyse, on suppose que les dépenses de santé vont augmenter d'1 point de pourcentage du PNB grâce à une mobilisation accrue de ressources internes en 2007. Il est également supposé que d'ici 2015, cette augmentation sera de 2 points de pourcentage du PNB. Le niveau estimatif de la mobilisation de ressources internes est indiqué au tableau A2.5 pour les années 2002,

Tableau A2.4. TOTAL ANNUEL DES DÉPENSES DE SANTÉ REQUISE, D'APRÈS LA CLASSIFICATION DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

	Base de référence : 2002	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)			
Ensemble des pays	106,1	162,8	200,3
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	53,3	93,5	119,3
Pays les moins avancés	8,5	25,3	37,2
Autres pays à bas revenu	44,8	68,2	82,1
Pays à revenu moyen inférieur	41,1	55,0	65,1
Pays à revenu moyen supérieur	11,7	14,3	16,0
PAR HABITANT (\$)			
Ensemble des pays	26	38	42
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	21	34	38
Pays les moins avancés	13	34	41
Autres pays à bas revenu	24	34	37
Pays à revenu moyen inférieur	28	36	40
Pays à revenu moyen supérieur	266	315	339
POURCENTAGE DU PIB			
Ensemble des pays	3,7	4,5	3,9
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	4,4	6,3	5,9
Pays les moins avancés	4,3	10,4	11,4
Autres pays à bas revenu	4,4	5,5	4,9
Pays à revenu moyen inférieur	2,8	2,9	2,2
Pays à revenu moyen supérieur	6,8	7,3	6,8

2007 et 2015. Des estimations du déficit de financement net figurent au tableau A2.6. Cette analyse est entreprise pour chaque pays et les résultats sont agrégés pour chaque catégorie de revenu. Si les propres ressources internes d'un pays sont supérieures au total des dépenses de santé, nous supposons que le déficit de financement est exactement égal à 0. Si les ressources internes du pays sont inférieures au total des dépenses de santé, le déficit de financement est la différence entre les deux. Après avoir calculé les déficits financiers pays par pays, on les agrège pour les répartir entre les catégories du CAD dans le tableau A2.6. En raison de cette méthode de calcul, les chiffres du tableau A2.6 ne sont pas égaux à la différence entre les chiffres du tableau A2.4 et ceux du tableau A2.5. Il n'en serait ainsi que si tous les pays de la catégorie du CAD avaient un déficit de financement net positif.

ANALYSE DES COÛTS ESTIMATIFS PAR RÉGION

La présente section présente des données en fonction d'une classification régionale. Le tableau A2.C de l'Appendice donne le classement des pays par région. Les tableaux A2.7 et A2.8 montrent les coûts marginaux et les coûts ajustés en fonction du passage à l'échelle supérieure, par région. Le tableau A2.8 analyse la mobilisation de ressources internes, conformément aux scénarios du tableau A2.4. Quant aux tableaux A2.9 et A2.10, ils indiquent le total des dépenses de santé par région et le déficit de financement net par région.

Tableau A2.5. MOBILISATION POTENTIELLE DE RESSOURCES INTERNES (US\$ 2002), D'APRÈS LA CLASSIFICATION DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

	Base de référence : 2002	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)			
Ensemble des pays	102,8	163,6	283,5
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	50,5	76,5	124,0
Pays les moins avancés	7,1	11,1	18,2
Autres pays à bas revenu	43,4	65,5	105,8
Pays à revenu moyen inférieur	40,6	71,9	138,7
Pays à revenu moyen supérieur	11,7	15,2	20,7
PAR HABITANT (\$)			
Ensemble des pays	25	38	59
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	20	28	40
Pays les moins avancés	11	15	20
Autres pays à bas revenu	23	32	47
Pays à revenu moyen inférieur	28	47	86
Pays à revenu moyen supérieur	265	335	441
POURCENTAGE DU PIB			
Ensemble des pays	3,6	4,6	5,5
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	4,1	5,1	6,1
Pays les moins avancés	3,5	4,6	5,6
Autres pays à bas revenu	4,3	5,3	6,3
Pays à revenu moyen inférieur	2,8	3,8	4,7
Pays à revenu moyen supérieur	6,8	7,8	8,8

Note : Dans l'hypothèse d'une augmentation des ressources internes pour la santé égale à 1 pour cent du PNB en 2007 et à 2 pour cent du PNB en 20015, par rapport à la base de référence de 2002. Si cette augmentation est supérieure au montant nécessaire pour le passage à l'échelle supérieure, on suppose alors que le pays mobilise le montant effectivement requis

Tableau A2.6. DÉFICIT DE FINANCEMENT ANNUEL NET (US\$ 2002), D'APRÈS LA CLASSIFICATION DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des pays	22,1	30,7
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	20,5	28,4
Pays les moins avancés	14,3	20,8
Autres pays à bas revenu	6,2	7,5
Pays à revenu moyen inférieur	1,5	2,3
Pays à revenu moyen supérieur	0,04	0
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	5	6
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	7	4
Pays les moins avancés	19	23
Autres pays à bas revenu	3	3
Pays à revenu moyen inférieur	1	1
Pays à revenu moyen supérieur	1	0
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	0,6	0,6
Tous les pays à bas revenu (pays les moins avancés + autres pays à bas revenu)	1,4	1,4
Pays les moins avancés	5,9	6,4
Autres pays à bas revenu	0,5	0,4
Pays à revenu moyen inférieur	0,1	0,1
Pays à revenu moyen supérieur	0,02	0

Note : Cette analyse a d'abord été faite pays par pays, puis les résultats agrégés ont été répartis entre les groupes de pays du CAD. Les pays dont les ressources internes sont supérieures à leurs besoins en dépenses de santé ont été considérés comme ayant un déficit de financement net égal à 0. Lorsque les besoins en dépenses de santé étaient supérieurs aux ressources internes, la différence a été incluse sous la forme d'un déficit de financement net pour le pays. Dès lors, les chiffres du tableau A2.6 ne sont pas égaux à la différence entre les chiffres du tableau A2.4 et ceux du tableau A2.5, car tous les pays figurant dans la catégorie du CAD ne présentaient pas un déficit de financement net positif.

Tableau A2.7. COÛTS MARGINAUX ANNUELS (US\$ 2002) PAR RÉGION

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des pays	26	46
Afrique subsaharienne – bas revenus	10	18
Afrique subsaharienne – revenus moyens	2	3
Asie orientale et Pacifique	6	11
Asie méridionale	7	11
Europe orientale et Asie centrale	0,4	0,8
Amérique latine	0,4	0,8
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	6	10
Afrique subsaharienne – bas revenus	14	21
Afrique subsaharienne – revenus moyens	26	46
Asie orientale et Pacifique	3	5
Asie méridionale	5	7
Europe orientale et Asie centrale	4	7
Amérique latine	9	16
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	0,7	0,9
Afrique subsaharienne – bas revenus	4,0	5,5
Afrique subsaharienne – revenus moyens	0,8	1,2
Asie orientale et Pacifique	0,3	0,3
Asie méridionale	0,8	0,9
Europe orientale et Asie centrale	0,4	0,7
Amérique latine	0,9	1,3

Tableau A2.8. COÛTS MARGINAUX ANNUELS AJUSTÉS EN FONCTION DU PASSAGE À L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE (US\$ 2002), PAR RÉGION

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des pays	57	94
Afrique subsaharienne – bas revenus	20	35
Afrique subsaharienne – revenus moyens	4	7
Asie orientale et Pacifique	15	25
Asie méridionale	15	24
Europe orientale et Asie centrale	1	2
Amérique latine	1	2
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	13	20
Afrique subsaharienne – bas revenus	28	41
Afrique subsaharienne – revenus moyens	56	91
Asie orientale et Pacifique	8	13
Asie méridionale	10	14
Europe orientale et Asie centrale	9	14
Amérique latine	21	33
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	1,6	1,8
Afrique subsaharienne – bas revenus	8,1	10,7
Afrique subsaharienne – revenus moyens	1,7	2,5
Asie orientale et Pacifique	0,7	0,8
Asie méridionale	1,7	1,9
Europe orientale et Asie centrale	1,0	1,4
Amérique latine	2,0	2,8

Tableau A2.9. TOTAL DES DÉPENSES ANNUELLES DE SANTÉ NÉCESSAIRES (US\$ 2002),
PAR RÉGION

	Base de référence : 2002	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)			
Ensemble des pays	106,1	162,8	200,3
Afrique subsaharienne – bas revenus	8,3	28,6	43,7
Afrique subsaharienne – revenus moyens	12,6	16,4	19,5
Asie orientale et Pacifique	42,3	57,4	67,1
Asie méridionale	36,0	51,4	59,8
Europe orientale et Asie centrale	4,5	5,5	6,2
Amérique latine	2,5	3,4	4,1
PAR HABITANT (\$)			
Ensemble des pays	26	38	42
Afrique subsaharienne – bas revenus	13	40	50
Afrique subsaharienne – revenus moyens	192	237	259
Asie orientale et Pacifique	24	31	34
Asie méridionale	25	34	35
Europe orientale et Asie centrale	39	47	50
Amérique latine	60	76	82
POURCENTAGE DU PNB			
Ensemble des pays	3,7	4,5	3,9
Afrique subsaharienne – bas revenus	3,9	11,4	13,2
Afrique subsaharienne – revenus moyens	6,4	7,3	7,0
Asie orientale et Pacifique	2,7	2,8	2,1
Asie méridionale	4,9	5,7	4,8
Europe orientale et Asie centrale	5,0	5,5	5,0
Amérique latine	6,3	7,4	6,9

Tableau A2.10. MOBILISATION ANNUELLE DE RESSOURCES INTERNES (US\$ 2002), PAR RÉGION

	Base de référence : 2002	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)			
Ensemble des pays	102,8	163,6	283,5
Afrique subsaharienne – bas revenus	7,0	10,8	17,5
Afrique subsaharienne – revenus moyens	12,5	16,5	22,9
Asie orientale et Pacifique	41,8	75,0	145,3
Asie méridionale	34,9	52,3	84,8
Europe orientale et Asie centrale	4,4	5,9	8,4
Amérique latine	2,2	3,0	4,5
PAR HABITANT (\$)			
Ensemble des pays	25	38	59
Afrique subsaharienne – bas revenus	11	15	20
Afrique subsaharienne – revenus moyens	191	238	305
Asie orientale et Pacifique	24	40	74
Asie méridionale	25	34	50
Europe orientale et Asie centrale	38	51	69
Amérique latine	53	68	89
POURCENTAGE DU PNB			
Ensemble des pays	3,6	4,6	5,5
Afrique subsaharienne – bas revenus	3,3	4,3	5,3
Afrique subsaharienne – revenus moyens	6,3	7,3	8,2
Asie orientale et Pacifique	2,6	3,6	4,6
Asie méridionale	4,8	5,8	6,8
Europe orientale et Asie centrale	4,9	5,9	6,9
Amérique latine	5,6	6,6	7,6

Tableau A2.11. DÉFICIT DE FINANCEMENT ANNUEL NET (US 2002), PAR RÉGION

	Estimations moyennes pour 2007	Estimations moyennes pour 2015
TOTAUX EN DOLLARS (milliards)		
Ensemble des pays	22,1	30,7
Afrique subsaharienne – bas revenus	17,8	26,2
Afrique subsaharienne – revenus moyens	0,9	1,3
Asie orientale et Pacifique	1,0	1,3
Asie méridionale	1,7	1,4
Europe orientale et Asie centrale	0,2	0,2
Amérique latine	0,5	0,2
PAR HABITANT (\$)		
Ensemble des pays	5	6
Afrique subsaharienne – bas revenus	25	30
Afrique subsaharienne – revenus moyens	12	17
Asie orientale et Pacifique	1	1
Asie méridionale	1	1
Europe orientale et Asie centrale	2	2
Amérique latine	12	5
POURCENTAGE DU PNB		
Ensemble des pays	0,6	0,6
Afrique subsaharienne – bas revenus	7,1	7,9
Afrique subsaharienne – revenus moyens	0,4	0,5
Asie orientale et Pacifique	0,05	0,04
Asie méridionale	0,2	0,1
Europe orientale et Asie centrale	0,2	0,2
Amérique latine	1,1	0,4

Note : Cette analyse a d'abord été faite pour chaque pays, puis on a agrégé les résultats par région. Les pays dont les ressources internes sont supérieures à leurs besoins en dépenses de santé ont été considérés comme ayant un déficit de financement égal à 0. Lorsque les besoins en dépenses de santé étaient supérieurs aux ressources internes, la différence a été incluse sous la forme d'un déficit de financement net pour le pays. Dès lors, les chiffres du tableau A2.11 ne sont pas égaux à la différence entre les chiffres du tableau A2.9 et ceux du tableau A2.10, car tous les pays de la région ne présentaient pas un déficit de financement net positif.

Tableau A2.A. CHOIX D'INTERVENTIONS

Traitement de la tuberculose	Traitement de brève durée sous surveillance directe pour les patients dont les frottis sont positifs Traitement de brève durée sous surveillance directe pour les patients dont les frottis sont négatifs
Prévention du paludisme	Moustiquaires imprégnées d'insecticide Pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations
Traitement du paludisme	Traitement des épisodes cliniques de paludisme
Prévention du VIH/SIDA	Interventions axées sur les jeunes Interventions auprès des professionnels du sexe et de leurs clients Marketing social et distribution de préservatifs Interventions sur le lieu de travail Renforcement de la sécurité transfusionnelle Conseil et tests volontaires Prévention de la transmission mère-enfant Campagnes dans les médias Traitement des maladies sexuellement transmissibles
Soins pour le VIH/SIDA	Soins palliatifs Prise en charge clinique des affections opportunistes Prévention des affections opportunistes Soins à domicile
TAHA pour le VIH/SIDA	Mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale hautement active
Interventions concernant des maladies de l'enfance—traitements	Traitement de diverses affections (infections respiratoires aiguës, diarrhée, causes de fièvre, malnutrition, anémie)
Interventions concernant des maladies de l'enfance—vaccinations	Vaccinations (BCG, VPO, DTC, rougeole, hépatite B, HiB)
Interventions liées à la maternité	Soins prénatals Traitement des complications de la grossesse Accouchements en présence d'un personnel qualifié Soins obstétricaux d'urgence Soins du post-partum (y compris la planification familiale)

Note : Toutes les interventions n'ont pas fait l'objet d'un passage à l'échelle supérieure dans chaque pays. Les coûts du passage à l'échelle supérieure ne concernent donc que les interventions justifiées dans un pays du point de vue épidémiologique. C'est ainsi que les mesures de lutte contre le paludisme ne sont pas incluses dans le cas de pays où cette maladie ne contribue pas de façon importante à la charge de morbidité.

Source : Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L. (2001). Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries. Document d'information pour le Groupe de travail N° 5 – Améliorer les issues sanitaires chez les pauvres, Commission Macroéconomie et Santé.

Tableau A2.B. CLASSIFICATION DES PAYS EN CATÉGORIES BASÉES SUR CELLES DU COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT¹

Pays	Pays
Pays les moins avancés	Côte d'Ivoire
Afghanistan	Géorgie
Angola	Ghana
Bangladesh	Inde
Bénin	Indonésie
Bhoutan	Kenya
Burkina Faso	Kirghizistan
Burundi	Mongolie
Cambodge	Nicaragua
Comores	Nigéria
Erythrée	Ouzbékistan
Ethiopie	Pakistan
Gambie	République de Moldova
Guinée	Sénégal
Guinée-Bissau	Tadjikistan
Haïti	Turkménistan
Lesotho	Ukraine
Libéria	Viet Nam
Madagascar	Zimbabwe
Malawi	
Mali	Pays à revenu moyen inférieur
Mauritanie	Albanie
Mozambique	Bolivie
Myanmar	Cap-Vert
Népal	Chine (à l'exclusion de HongKong)
Niger	Cuba
Ouganda	Djibouti
République centrafricaine	Guinée équatoriale
République démocratique du Congo	Guyana
République démocratique populaire lao	Honduras
République-Unie de Tanzanie	Iles Salomon
Rwanda	Maldives
Sierra Leone	Namibie
Somalie	Papouasie-Nouvelle-Guinée
Soudan	Philippines
Tchad	République arabe syrienne
Togo	Samoa
Yémen	Sri Lanka
Zambie	Swaziland
	Vanuatu
Autres pays à bas revenu	Pays à revenu moyen supérieur
Arménie	Afrique du Sud
Azerbaïdjan	Botswana
Cameroun	Gabon
Congo	

1. Les pays ne figurant pas sur cette liste n'ont pas été comptés.

Tableau A2.C. CLASSEMENT DES PAYS PAR RÉGION

Afrique subsaharienne* – bas revenus

Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Yémen, Zambie, Zimbabwe

Afrique subsaharienne* – revenus moyens

Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Djibouti, Gabon, Guinée équatoriale, Namibie, République arabe syrienne, Swaziland

Asie orientale et Pacifique

Cambodge, Chine (à l'exclusion de Hong Kong et Macao), Iles Salomon, Indonésie, Mongolie, Myanmar, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Samoa, Vanuatu, Viet Nam

Asie méridionale

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka

Europe orientale et Asie centrale

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine

Amérique latine

Bolivie, Cuba, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua

* Nous avons classé deux pays du Moyen-Orient, la République arabe syrienne et le Yémen, dans le groupe de l'Afrique subsaharienne.

NOTES

1. Préparé par Lilani Kumaranayake, Christoph Kurowski et Lesong Conteh, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
2. Kumaranayake, L., C. Kurowski et L. Conteh (2001). Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries. Document de base du Groupe de travail N° 5 – Améliorer les issues sanitaires chez les pauvres, Commission Macroéconomie et Santé.
3. Ces chiffres reflètent les coûts estimatifs d'une amélioration de la couverture des activités du programme à l'échelle nationale, agrégés sur la base des critères de 1997 du CAD de l'OCDE pour la classification des pays : pays les moins avancés, autres pays à faible revenu, pays à revenu moyen inférieur, et pays à revenu moyen supérieur. Ces critères figurent dans le Rapport sur l'aide au développement (revue du CAD) de 2000. Lorsque l'on compare la classification des pays à celle du plus récent Rapport sur le Développement dans le Monde de la Banque mondiale, on constate quelques différences car ce dernier Rapport présente une classification des pays à revenu faible ou moyen basée sur les chiffres du PNB pour 1999. Nous avons donc révisé la classification de 1997 du CAD pour tenir compte de ces changements, et adopté la liste de pays figurant au tableau A2.B.
4. On a utilisé un taux annuel moyen d'inflation de 3,2 pour cent pour obtenir des dollars des Etats-Unis constants sur la base des prix de 2002.
5. Les projections démographiques sont tirées de *The World Population Prospects, 1998 Revision*, publié par l'ONU, Département des Questions sociales et économiques, Division de la Population.
6. Les données sur le PNB sont tirées du *World Development Report 2000 /2001* publié par la Banque mondiale. Noter que les chiffres du PNB de la République populaire démocratique de Corée n'étaient pas disponibles. Pour la Chine, on a supposé un taux annuel d'accroissement du PNB par habitant de 5 pour cent. Un taux annuel d'accroissement du PNB par habitant de 3 pour cent a été retenu pour le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, l'Indonésie, la République démocratique populaire lao, Sri Lanka et le Viet Nam et un taux de 2 pour cent pour l'Afrique du Sud, l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Bolivie, le Botswana, le Cambodge, le Cameroun, le Cap-Vert, le Congo, la Côte d'Ivoire, Cuba, le Gabon, la Géorgie, le Ghana, le Guyana, le Honduras, les Iles Salomon, le Kirghizistan, les Maldives, la Mongolie, le Népal, le Nicaragua, l'Ouzbékistan, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République arabe syrienne, la République de Moldova, Samoa, le Tadjikistan, le Turkménistan, l'Ukraine et Vanuatu. Enfin, un taux annuel d'accroissement du PNB par habitant de 1 pour cent a été pris dans le cas des autres pays.
7. DAC Report 2000 publié par l'OCDE.
8. Données tirées du Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 publié par l'Organisation mondiale de la Santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abel-Smith, B. et A. Leiserson. *Poverty, Development, and Health Policy*. Genève: Organisation mondiale de la Santé (Albany, N.Y. : Vendu par le Centre de Publications de l'OMS).
- Accelerated Access Initiative. Voir http://www.unaids.org/acc_access/index.html
- Agence suédoise pour le Développement international. 2001. « Global Health Initiatives and Poverty Reduction : Guiding Principles for Maximum Country-Level Impact », 10 avril.
- Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. 2001. « Global Immunization Challenges ». Disponible sur <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmunizationchallenges.html>
- Anderson, J., M. Maclean, et C. Davies. 1996. *Malaria Research : An Audit of International Activity*, Londres: Wellcome Trust.
- Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing Resources for Health: The case for User Fees Revisited*, Document de la CMS N° WG3: 6, 2000.
- Arhin-Tenkorang, D. et G. Buckle, 2001. "Cost of Scaling up Provision of Primary and Secondary Health Care Services in Ghana," Non publié.
- Atelier sur l'établissement des prix différenciés et le financement des médicaments essentiels, organisé par l'OMS et l'OMC, 8–11 avril 2001, Høsbjør, Norvège
- Attaran, A. et L. Gillepsie-White. 2001. "Do Patents Constrain Access to AIDS Treatment in Poor Countries: Antiretroviral Drugs in Africa" *Journal of the American Medical Association*, 2001: 286.
- Barro, R. et X. Sala-I-Martin. 1995. *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Basch, P.F. 1999. *Textbook of International Health*, 2nd edition. Oxford University Press, New York.
- Becker, G., T. Philipson, et R. Soares. 2001. "Growth and Mortality in Less Developed Nations". Manuscrit non publié, University of Chicago.
- Bhargava, A. et J. Yu. 1997. "A Longitudinal Analysis of Infant and Child Mortality Rates in Developing Countries", *Indian Economic Review* 32: 141–151. Bhargava, A., T. Dean, L.J. Jamison, et C.J.L. Murray. 2001. "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *Journal of Health Economics* 20 (2001) 423–440.

- Bloom, David E., D. Canning, et B. Graham. 2001. "Health, Longevity, and Economic Growth in Africa". *Brooking Papers on Economic Activity* 2: 207–295. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Culter, D.M. et E. Richardson. 1997. "Measuring the Health of the U.S. Population" *Brooking Papers: Microeconomics*, pp. 217–271.
- Curtis, C.F. 2001. « The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community », CMH Policy Memorandum. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Economist. 2001. "The Worst Way to Lose Talent", *The Economist*, 8 février.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge, Massachusetts et Londres, Angleterre: Harvard University Press.
- Evans, D., A. Tandon, C.J.L. Murray, et J.A. Lauer. 2001. « Comparative Efficiency of National Health Systems : Cross National Econometric Analysis », *British Medical Journal* 323 (11 août 2001).
- Fang J. et Q. Xiong. 2001. « Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China », document présenté à la Conférence sur la réforme du secteur financier en Chine, Harvard University, septembre 2001.
- Feachem, R. 2001. "Globalization : From Rhetoric to Evidence." *Editorial du Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, septembre 2001.
- FIIM, Rapport sur les débats de la Table ronde OMS/FIIM, 3 novembre 1999, Deuxième Table ronde OMS/FIIM, Siège de l'OMS, Genève. Disponible sur <http://www.ifpma.org>
- FMI. 2001a. "Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation", 25 mai. Disponible sur <http://www.imf.org/>
- FMI. 2001b. "Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved", août. Disponible sur <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>
- FMI. 2001c. *A Manual of Government Finance Statistics*. Washington, DC: Fonds monétaire international.
- FMI, OCDE, ONU, Banque mondiale. 2000. *Progress Towards the International Development Goals : 2000 A Better World for All*. Washington, DC.
- Fogel, R.W. 1991. "New Sources and New Techniques for the Study of Secular trends in Nutritional Status, Health, Mortality and the Process of Aging". *National Bureau of Economic Research Working Paper Series as Historical Factors and Long Run Growth*, N° 26.
- Fogel, R.W. 1997. "New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory" in M.R. Rosenzweig et O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Vol. 1a. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 433–481.
- Fogel, R.W. 2000. *The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism*. Chicago et Londres: The University of Chicago Press.

- Forum mondial de la recherche en santé. 1999. "The 10/90 Report on Health Research." Genève: Forum mondial de la recherche en santé.
- Département des Questions sociales et économiques de l'Organisation des Nations Unies, Division de la Population. 1998. *The World Population Prospects, 1998 Revision*. New York: Département des Questions sociales et économiques de l'ONU.
- Gallup, J.L. et J.D. Sachs. 2001. "The Economic Burden of Malaria", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene Special Supplement*, Juin.
- Gertler, P. et J. Gruber; 2001. "Insuring Consumption Against Illness." A paraître dans *The American Economic Review*.
- Groupe de la Banque mondiale. 2000. *World Development Report 2000/2001 : Attacking Poverty*. New York: Oxford University Press.
- Groupe de travail N° 2 de la Commission Macroéconomie et Santé. 2001. "Global Public Goods for Health: New Strategies for the 21st Century," Document de synthèse. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>
- Groupe de travail N° 5 de la Commission Macroéconomie et Santé. 2001. « Interventions, Constraints and Costs in Improving Health Outcomes of the Poor » Rapport de synthèse. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>
- Gupta, S., M.Verhoeven, et E. Tiongson. 2001. « Public Spending on Health Care and the Poor, » Document de travail du FMI N° 01/127.
- Gwatkin, D. 2000a. "Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap", in D. Leon et G. Walt, (eds.), *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 217-246.
- Gwatkin, D.R. 2000b. "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78 (1).
- Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, et A. Wagstaff. 2001. « Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population » (série de rapports sur 44 pays en voie de développement). Washington, DC : Banque mondiale.
- Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira et A. Mills. 2001. "Constraints to Scaling-Up Health Interventions : A Conceptual Framework and Empirical Analysis," Série de documents de travail de la CMS N° WG5: 14. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>
- Henry, B., S. Pollock, B. Kawa, B. Yaffe, F. Jamieson, E. Rea et M. Avendano. 2000. « Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada, » présenté à la 5^{ème} réunion annuelle de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Région de l'Amérique du Nord, Vancouver, février 2000. Disponible sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>.

- Hensher, M. 2001. « Financing Health Systems Through Efficiency Gains, » Série de documents de travail de la CMS N° WG3 : 2. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>
- Hirschler, B. 2001. « RPT-Glaxo Gives Up Rights to AIDS Drugs in South Africa, » Reuters, 8 octobre.
- Huber, M. 1999. "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970–1997," Health Care Financing Review 21(2).
- Initiative sur les partenariats public-privé pour la santé (IPPPS), info@ippph.org
- Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security. 2001. "Contraceptive Projections and the Donor Gap," Washington, DC: Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security.
- Jones, T. 1990. "The Panama Canal: A Brief History." Disponible sur <http://www.ilovelanguages.com/Tyler/>
- Korber, B., M. Muldoon, J. Theiler, F. Gao, R. Gupta, A. Lapedes, B.H. Hahn, S. Wolinsky, et T. Bhattacharya. 2000. "Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains," Science 288: 1789–1796.
- Kremer, M. et T. Miguel. 1999. « The Educational Impact of De-Worming in Kenya, » document présenté à la Conférence sur le Développement des universités du Nord-Est des Etats-Unis qui s'est tenue à l'Université Harvard les 8 et 9 octobre.
- Kremer, M. 2001. « Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases, » CMS, juillet.
- Kumaranayake L., C. Kurowski, et L. Conteh. 2001. Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>
- Lanjouw, J. 2001. « A Patent Policy Proposal for Global Diseases, » Brooking Policy Brief, juin.
- Laver, G. et E. Garman. 2001. « The Origin and Control of Pandemic Influenza, » Science 293 (7 septembre) : 1776–1777.
- Lewis, P.D., R. Balazs, A.J. Patel et T.C. Jordan. 1986. « Undernutrition and Brain Development, » in Falkner et J.M. Tanner, (eds.). Human Growth, 2ème édition. New York: Plenum Press, pp. 415–473.
- Liu, Y. et W. Hsiao. 2001. « China's Poor and Poor Policy : The Case for Rural Health Insurance, » présenté à la Conférence sur la réforme du secteur financier en Chine, Harvard University, 13 septembre.
- Machekano, R., W. McFarland, V. Mzeweza, S. Ray, S. Mbizvo, M. Basset, A. Latif, P. Mason, L. Gwanzura, L. Moses, C. Ley et B. Brown. 1998. "Peer Education Reduces HIV Infection among Factory Workers in Harare, Zimbabwe." Abstract N° 15, 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois.

- Misra, R., R. Chatterjee et S. Rao. 2001. "Changing th Indian Health Sysytem : Current Issues, Future Directions." Non publié.
- Murray, C.J.L. et A.D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease and Injury Series. Vol. 1: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge, Massachussets: publié par la Harvard School of Public Health pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale, Harvard University Press.
- National Intelligence Council. 2000. « The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States, » Washington DC, janvier 2000. Disponible sur <http://www.cia.gov/>
- National Intelligence Council Report. 2000. « Global Trends 2015 : A Dialogue with Non-Governmental Experts, » décembre 2000. Disponible sur <http://www.cia.gov/>.
- OCDE. 2000. *Rapport sur la coopération pour le développement (revue du CAD).* Paris : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- Organisation internationale pour les Migrations. 2001. *World Migration Report 2000.* Genève: Publications des Nations Unies.
- Organisation des Nations Unies. 2000. *We the peoples : The Role of the United Nations in the Twenty-First Century. The Millenium Report, 2000.* New York: Organisation des Nations Unies.
- Organisation mondiale de la Santé. 1999. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999 : Pour un réel changement.* Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. 2000. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant.* Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Philipson, T. et R. Soares. 2001. "Human Capital, Longevity and Economic Growth : A Quantitative Assessment of Full Income Measures." Document de travail, Washington DC: Banque mondiale.
- Pollitt, E. 2001. "The Developmental and Probabilistic Nature of the Functional Consequences of Iron-Deficiency Anemia in Children," *The Journal of Nutrition.* 131: 669S-675S.
- Pollitt, E. 1997. "Iron deficiency and Educational Deficiency," *Nutritional reviews* 55(4): 133-140.
- Preker, A. 1998. "The Introduction of Universal Access to Health Care in OECD: Lessons for Developing Countries," in S.S. Nitayarumphong et A. Mills, (eds.). *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries.* Bangkok, Thaïlande: Ministère de la Santé publique, Bureau de la réforme des soins de santé.
- Preston, S.H. et M.R. Haines. 1991. *Fatal Years : Child Mortality in Late Nineteen-Century America.* Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- Programme des Nations Unies pour le Développement. 1990. Human Development Report, 1990 : Concept and Measurement of Human Development. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Programme des Nations Unies pour le Développement. 1990. Human Development Report, 2001 : Making Technology Work for Human Development. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Sachs, J. 2001. "The Strategic Significance of Global Inequality," *The Washington Quaterly*, été: 191.
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Simms, C., M. Rowson et S. Peattie. 2001. "The Bitterest Pill of All : The Collapse of Africa's Health Care System," Londres: Save the Children UK.
- Stanton, B.F., X. Li, J. Kahihuata, A.M. Fitzgerald, S. Neumbo, G. Kanduumbe, I.B. Ricardo, J.S. Galbraith, N. Terreri, I. Guevara, H. Shipena, J. Stijdom, R. Clemens et R.F. Zimba. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-Reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study," *AIDS* 12: 2473-2480.
- State Failure Task Force, 1999. "State Failure Task Force Report: Phase II Findings," in *Environmental Change and Security Project Report du Woodrow Wilson Center*, N° 5, été: 49-72.
- Strauss, J., et Thomas. 1998. "Health, Nutrition and Economic Development," *Journal of Economic Literature*. 36: 766-817.
- Thomas, D. et J. Strauss. 1997. « Health and Wages : Evidence on Men and Women in Urban Brazil, » *Journal of Econometrics* 77: 159-185.
- Topel, R. et K. Murphy, 1997. « Unemployment and Nonemployment, » *American Economic Review* 87 (mai): 295-300.
- "Transitional Arrangements" Report, réunion sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), Bruxelles, 12-13 juillet 2001.
- Tucker, J. 2001. *Scourge*. New York: Atlantic Monthly Press.
- Wagstaff, A. 2000. *Research on Equity, Poverty and Health Outcomes: Lessons from the Developing World*. Washington, DC: Groupe de recherche sur le développement et Réseau pour le développement humain, Banque mondiale.
- Widdus, R. 2001. « Public-Private Partnerships for Health, » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 79(8): 713-720.
- Wolfgang, M. 1997. *Prentice-Hall Encyclopedia of World Poverbs*. New York: Prentice Hall.

SOURCES DE DONNÉES

Base de données de l'USAID

Base de données du DFID

Base de données en ligne du CAD

Données communiquées par la BAfD, la BID, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le DFID, et l'USAID

Données sur le financement par des donateurs communiquées par la BAfD, la BASD, la BID, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le DFID, l'USAID, et base de données de l'OCDE/SNPC pour toutes les autres institutions bilatérales

MÉMORANDUMS D'ORIENTATION

Attaran, A. 2001. « Health as Human Right, » Mémoire d'orientation N° 3 du CMS. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>

Curtis, C.F. 2001. « The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community, » Mémoire d'orientation N° 4 du CMS. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu/>.

Jamison, D. et J. Wang. 2001. « Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975-90, » Mémoire d'orientation du CMS. Disponible sur <http://www.cid.harvard.edu>.

GLOSSAIRE

ADS : Aide au développement pour la santé : aide financière accordée aux pays en développement pour soutenir leurs activités sanitaires.

Année de vie en bonne santé : année de vie au cours de laquelle une personne n'a aucun problème de santé.

APD : Aide publique au développement : aide au développement dont 25 pour cent au moins doit consister en une subvention ou une autre forme de don. Son objectif principal doit être la promotion du développement économique ou de l'action sociale. Elle doit être destinée à un pays en développement conformément à la définition du CAD.

APFR : Autres pays à faible revenu : pays autres que les PMA dont le PNB par habitant était inférieur à \$765 en 1995, selon la liste des bénéficiaires d'aide du CAD pour les années 1997–1999.

Approche verticale : approche catégorique de la lutte contre une maladie donnée.

APS : Approche sectorielle : stratégie d'aide au développement dans laquelle un groupe de pays donateurs et un pays bénéficiaire planifient conjointement et s'engagent à mettre en œuvre un ensemble d'investissements dans un secteur donné (tel que le secteur de la santé). Dans certains cas, on constitue un fonds commun pour l'ensemble des investissements, avec les contributions de tous les donateurs participants, à l'aide duquel les pays bénéficiaires financent leurs dépenses. Cette approche facilite l'intégration des projets des donateurs dans les plans de développement des pays bénéficiaires, améliore la coordination de l'aide des donateurs, favorise le développement du potentiel, et peut accroître le niveau des investissements dans des domaines jusque là négligés à l'intérieur d'un secteur donné.

AVCI : Années de vie corrigées de l'incapacité : mesure de la charge d'une maladie dans une population en termes d'années de vie perdues, corrigée de l'effet de cette maladie sur la santé de ceux qui en sont atteints. L'objet de cette pondération est de prendre en compte les aspects qualitatifs et subjectifs de la maladie et de la santé, et d'attribuer une valeur aux jugements de la population sur l'importance relative des divers aspects de la morbidité.

BafD : Banque africaine de développement : banque régionale pour le développement multilatéral. Propriété de 77 nations, elle favorise le développement économique et le progrès social dans les pays membres de sa région en faisant des prêts et des investissements en capital, en apportant une aide technique à la préparation et l'exécution de projets et de programmes de développement, en encourageant l'investissement de capitaux publics et privés aux fins de développement et en répondant à des demandes d'assistance pour la coordination des politiques et plans de développement de ses pays membres. La banque est aussi appelée à accorder une attention particulière aux projets et programmes nationaux et multinationaux destinés à promouvoir l'intégration régionale. Voir <http://www.afdb.org>

Banque mondiale : organisme de financement international qui est la propriété de 183 pays. Le Groupe de la Banque mondiale est l'une des principales sources d'aide au développement dans le monde : il a accordé un total de \$17,3 milliards de prêts au cours de l'exercice 2001. Voir <http://www.worldbank.org>

BasD : Banque asiatique de développement : institution pour le financement du développement multilatéral. Propriété de 59 états-membres, elle se consacre à la lutte contre la pauvreté en Asie et dans le Pacifique. Voir <http://www.adb.org>

BCG : Bacille de Calmette et Guérin : souche spéciale de bacille tuberculeux utilisé comme vaccin contre la tuberculose.

BID : Banque interaméricaine de développement : institution régionale pour le développement multilatéral comprenant 46 états-membres. La BID a été créée en décembre 1959 pour aider à accélérer le développement économique et social en Amérique latine et dans les Caraïbes. Voir <http://www.iadb.org>

Bien public : un bien public se caractérise par la non-exclusion et la non-concurrence. On entend par non-exclusion l'impossibilité, lorsqu'un tel bien est offert, de priver des individus ou des groupes de ses avantages directs ou indirects pour des raisons financières. L'élimination de la variole, par exemple, profite maintenant à l'ensemble de la communauté mondiale et aucune population ni aucun pays ne peuvent être privés de ses avantages parce qu'ils sont incapables d'en payer le prix. Non-concurrence signifie que la jouissance des avantages d'un bien ou d'un service par un individu, un groupe ou un pays ne réduit nullement la possibilité qu'ont les autres d'en profiter.

BIRD : Banque internationale pour la reconstruction et le développement : institution de la Banque mondiale qui propose des prêts et une aide au

développement à des pays à revenu moyen et à des pays pauvres solvables. Voir <http://www.worldbank.org/ibrd/>

BPM : Biens publics mondiaux : biens dont le caractère public (absence de concurrence pour leur consommation—principe de non-concurrence; et impossibilité d'empêcher qui que ce soit de jouir des avantages—principe de non-exclusion) s'étend à plus d'un groupe de pays ou à plus d'une région géographique.

CAD : Comité d'aide au développement de l'OCDE : principal organe par lequel l'OCDE traite de questions concernant la coopération avec les pays en développement. Le CAD étudie comment la coopération au développement international aide les pays en développement à s'intégrer à l'économie mondiale et aide les gens à surmonter la pauvreté et à participer pleinement à la vie de leur société.

Charge de la maladie : mesure de la dimension d'un problème de santé dans une zone donnée. La connaissance de la charge d'une maladie peut aider à déterminer les cibles des investissements sanitaires.

CNMS : Commission nationale Macroéconomie et Santé : organisme officiel provisoire mis en place dans un pays en développement conformément à la recommandation de la Commission Macroéconomie et Santé pour y assurer le passage des interventions sanitaires à l'échelle supérieure. La CNMS, ou son équivalent, sera présidée conjointement par les ministres de la santé et des finances et comprendra des représentants clés de la société civile. Elle évaluera les priorités sanitaires nationales, définira une stratégie pluriannuelle pour étendre la couverture des services de santé essentiels, tiendra compte des synergies avec d'autres secteurs qui contribuent de façon importante à la santé et veillera à la conformité des mesures prévues avec une politique macroéconomique bien conçue. Le plan reposera sur une aide internationale très élargie. La Commission nationale collaborera avec l'OMS et la Banque mondiale à la préparation d'une base de référence épidémiologique, de cibles opérationnelles quantifiées et d'un plan de financement à moyen terme.

CTV : Conseil et tests volontaires.

DFID : Department for International Development, Royaume-Uni: service du Gouvernement britannique chargé de promouvoir le développement et de faire reculer la pauvreté. Il s'attache surtout à atteindre l'objectif, adopté sur le plan international, d'une réduction de moitié, d'ici 2015, de la proportion des gens vivant dans une pauvreté extrême. Parmi les cibles connexes figure la fourniture de soins de santé de base et l'accès universel à l'enseignement primaire pour cette même date. Voir <http://www.dfid.gov.uk/>

DSLSP : Document sur la stratégie de lutte contre la pauvreté : ce document sert de base à l'aide accordée par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international ainsi qu'aux allègements de la dette consentis dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays fortement endettés. Le DSLP doit être axé sur le pays, de portée générale, orienté vers le partenariat et participatif. Un pays n'a besoin de préparer un DSLP que tous les 3 ans. Il peut toutefois y apporter des amendements au moyen d'un Rapport d'activité annuel.

DTC : vaccins associés protégeant à la fois contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Dans de nombreux pays en développement, la vaccination complète contre ces trois maladies nécessite trois doses appelées en général DTC1, DTC2 et DTC3.

EVN : Espérance de vie à la naissance : nombre d'années que les nouveaux nés devraient vivre en moyenne si les conditions sanitaires ne changent pas. Cet indicateur reflète les conditions de l'environnement dans le pays considéré, la santé de ses habitants, la qualité des soins qu'ils reçoivent lorsqu'ils sont malades et leurs conditions de vie.

Etude sur le coût de la maladie : étude qui détaille, évalue et additionne les coûts d'un problème de santé pour donner une idée de sa charge économique.

Exode des cerveaux : Exode de personnels qualifiés d'un pays où les indicateurs socioéconomiques sont en général défavorables vers un autre où leur situation économique et leur statut social seront améliorés.

FEM : Fonds pour l'environnement mondial : Fonds créé en 1991 pour forger une coopération internationale et financer des mesures dirigées contre quatre menaces majeures pour l'environnement mondial : la diminution de la diversité biologique, le changement climatique, la dégradation des eaux internationales et l'appauvrissement de la couche d'ozone. Voir <http://www.gefweb.org>

FIIM : Fédération internationale de l'industrie du médicament : organisation non gouvernementale sans but lucratif dont les membres sont des associations régionales et nationales représentant des sociétés pharmaceutiques et autres fabricants de médicaments vendus sous ordonnance dont les activités sont basées sur la recherche. Elle a pour mission de traiter de questions d'intérêt commun (dans les domaines, par exemple, de la législation sanitaire, des sciences ou de la recherche) pour faire progresser la santé et le bien-être des peuples du monde, de promouvoir et soutenir une application permanente, dans toute l'industrie pharmaceutique, de principes et de pratiques éthiques, d'offrir les services d'experts aux organismes nationaux, internationaux, gouver-

nementaux et non gouvernementaux qui ont les mêmes objectifs et de collaborer avec eux et enfin, de coordonner les efforts de ses Membres pour atteindre ces objectifs. Voir <http://www.ifpma.org>

Filariose : la filariose est provoquée par des nématodes (vers ronds) qui séjournent dans les tissus lymphatiques et sous-cutanés. Les principales formes sont la filariose lymphatique, aussi appelée éléphantiasis (due à *Wuchereria bancrofti* et à *Brugia malayi*) et l'onchocercose, connue aussi sous le nom de cécité des rivières et causée par *Onchocerca volvulus*). Transmise par le moustique, la filariose lymphatique touche un total estimatif de 120 millions de personnes sous les tropiques et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la classe au second rang des causes d'incapacité permanente dans le monde. Les nématodes responsables de l'onchocercose sont transportés par une simule (mouche noire) qui vit dans les vallées fertiles et ces régions sont souvent désertées par les populations qui fuient le risque de cécité. L'onchocercose est un sérieux obstacle au développement économique.

Filariose lymphatique : aussi connue sous le nom d'éléphantiasis. Voir filariose.

FMSTP : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme : fonds créé à l'issue de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de juin 2001. Il doit servir à mobiliser, gérer et dépenser les ressources nouvelles et additionnelles requises pour faire face aux problèmes créés les sévères épidémies de tuberculose et de paludisme et à la grave menace que fait peser le VIH/SIDA.

FMRS : Fonds mondial de la recherche en santé : nouveau fonds pour la recherche en santé dont la création est préconisée par la Commission Macroéconomie et Santé. C'est l'un des principaux moyens recommandés par la Commission pour accroître la R&D consacrée à la santé en y investissant environ \$ 1,5 milliards par an. Ce fonds soutiendrait la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et autres sciences de la santé axée sur les problèmes de santé des pauvres dans le monde ainsi que sur les systèmes de santé et les politiques nécessaires pour résoudre ces problèmes. L'un des objectifs clés du FMRS sera de mettre en place un potentiel de recherche à long terme dans les pays eux-mêmes en accordant un financement essentiel à des groupes de recherche dans les pays à bas revenu.

GATT : Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce : prédécesseur de l'OMC, le GATT avait été créé à titre provisoire après la Seconde Guerre mondiale à la suite d'autres institutions multilatérales

nouvelles destinées à favoriser la coopération économique internationale, notamment les institutions de Bretton Woods aujourd'hui appelées Banque mondiale et Fonds monétaire international. Il a servi de base au système d'échanges multilatéraux de 1947 au 1^{er} janvier 1995, date de la création de l'OMC.

GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination : alliance d'institutions multilatérales, d'organismes bilatéraux, de fondations, de l'industrie pharmaceutique, d'ONG et de programmes nationaux de santé formée en 1999 pour raviver l'intérêt et accroître le soutien accordés à la vaccination.

GCRAI : Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale : association qui soutient la recherche agricole et d'autres activités en rapport avec des biens publics internationaux. Le GCRAI comprend seize centres de recherche autonomes et il est co-parrainé par la Banque mondiale, la FAO et le PNUD. Voir <http://www.cgiar.org>

Groupes religieux : organisations qui assurent des services caritatifs au titre de la disposition relative à l'option caritative du « Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act » de 1996, laquelle impose au gouvernement fédéral des Etats-Unis de respecter le caractère religieux de toute organisation dispensant des services à caractère social. Aux termes de cette loi, de tels organismes religieux conservent leur indépendance vis à vis de toutes les administrations. C'est ainsi que ces groupes religieux sont autorisés à pratiquer une discrimination basée sur la religion.

Hépatite B : l'hépatite est une « inflammation du foie » qui peut avoir de nombreuses causes (virus, infection bactérienne, traumatisme, réaction indésirable à un médicament, alcoolisme, etc.). Elle est transmise essentiellement par le sang, à l'occasion de relations sexuelles sans protection ou d'un partage de seringues, et d'une mère infectée à son enfant pendant l'accouchement.

HIB/HiB : *Haemophilus influenzae* B : cause fréquente d'infection bactérienne (par exemple méningite, bactériémie, pneumonie ou arthrite) chez le nourrisson et le jeune enfant.

HRP : Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Ce programme est une entreprise commune du PNUD, du FNUAP, de l'OMS et de la Banque mondiale lancée en 1972 par l'OMS. Il continue à exister sous la forme d'une entité du département Santé et recherche génésiques à l'OMS.

IAVR : Infection aiguë des voies respiratoires

IDA : Association internationale de développement : branche de la

Banque mondiale qui prête à des conditions très favorables en proposant aux plus pauvres des pays en développement des prêts de longue durée sans intérêt, moyennant des frais d'administration modiques.

L'IDA a pour mission d'appuyer des programmes efficaces et efficaces qui réduisent la pauvreté et améliorent la qualité de vie dans les pays membres les plus pauvres. Voir <http://www.worldbank.org/ida/>

Initiative PPF : Initiative en faveur des pays pauvres fortement endettés :

programme de la Banque mondiale dont le principal objectif est de ramener dans les pays la charge de la dette à un niveau supportable, sous réserve d'une gouvernance satisfaisante, afin que les ajustements et les efforts de réforme ne soient pas compromis par une dette constamment élevée et un service de la dette trop lourd. L'Initiative implique l'engagement des créanciers officiels à aider les pays les plus lourdement endettés à obtenir un allègement de leur dette.

Institution bilatérale : organisation gouvernementale d'un pays développé

travaillant directement avec des organisations nationales de pays en développement, généralement pour apporter une aide dans des domaines tels que la santé et l'éducation. La United States Agency for International Development (USAID), le Department for International Development du Royaume-Uni (DFID), l'Agence suédoise pour la coopération au développement international et l'Agence canadienne de développement international (ACDI) en sont quelques exemples.

Institution multilatérale : organisme réunissant plus de deux pays ou parties. Parmi les organismes de crédit multilatéraux figurent la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, et la Banque interaméricaine de développement.**IO : Infection opportuniste :** type de maladie potentiellement mortelle que peuvent contracter les malades du SIDA. Les personnes dont le système immunitaire est sain ne sont pas menacées par ces maladies, même si la plupart d'entre elles hébergent déjà dans leur organisme les agents pathogènes responsables de ces infections. Ce n'est que lorsque les défenses immunitaires sont affaiblies que ces agents peuvent profiter de cette « opportunité » pour causer des dommages.**IRV : Initiative pour la recherche sur les vaccins :** initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA conçue pour conjuguer les divers efforts de recherche sur les vaccins de l'OMS et de l'ONUSIDA afin de rationaliser ces activités, de maximiser les synergies et de mieux les cibler. Elle vise à guider, catalyser et faciliter le développement et l'évaluation clinique de vaccins sans danger, efficaces et d'un coût abordable contre

les maladies infectieuses qui posent un problème de santé publique, notamment dans les pays en développement, et à rendre ces vaccins accessibles dans le monde entier.

IST : Infections sexuellement transmissibles : infections qui se transmettent d'une personne à l'autre à l'occasion d'un contact sexuel qui peut avoir lieu à l'occasion ou en dehors de véritables rapports sexuels. Dans certains cas, un simple contact intime avec la peau d'une personne infectée est suffisant pour qu'il y ait transmission. Parmi les IST on peut citer le VIH, les infections à Chlamydia, la blennorragie, la trichomonase, le virus du papillome humain (VPH) et le virus de l'herpès.

Leishmaniose : ce terme désigne plusieurs maladies dues à un protozoaire (être vivant unicellulaire). Les types de protozoaires qui provoquent la leishmaniose sont véhiculés par des phlébotomes hématophages. L'évolution de la maladie dépend du type de protozoaire et du type de réaction que le protozoaire suscite de la part du système immunitaire du patient. Environ 20 millions de personnes sont atteintes de leishmaniose dans le monde.

Lèpre : maladie chronique due à un bacille acido-résistant du genre *Mycobacterium* (*M. leprae*). Elle se caractérise par la formation de nodules à la surface du corps, notamment sur la face, ou par l'apparition de macules tuberculoïdes sur la peau accompagnée d'une perte de la sensibilité. En l'absence de traitement, on observe une atteinte nerveuse évoluant vers la paralysie, une atrophie musculaire ainsi que des déformations et des mutilations. En 2000, il y avait 680.000 cas enregistrés et un total estimatif de 1,6 millions de cas de lèpre dans le monde.²

Licence obligatoire : la licence obligatoire est une disposition de l'Accord TRIPS (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) qui permet à des pays en développement de se procurer des médicaments sous licence. Elle autorise un tiers, sous certaines conditions qu'elle énumère, à fabriquer, utiliser ou vendre une invention brevetée sans l'accord du détenteur du brevet.

Lutte antivectorielle : élimination ou limitation des effectifs d'un animal (insecte par exemple) qui transmet un agent pathogène (bactérie ou virus) d'un organisme à l'autre.

Maladie de Chagas : infection provoquée par le parasite *Trypanosoma cruzi* transporté par des insectes appelés triatomes. Ces insectes sont très répandus en Amérique centrale et en Amérique du Sud où ils séjournent dans les habitations rudimentaires. La maladie endommage les nerfs qui desservent le cœur, le système digestif et autres organes ce

qui entraîne des lésions de ces organes. La maladie de Chagas atteint plus de 15 millions de personnes dans le monde et en tue 50.000 par an. Les chercheurs pensent que le parasite responsable de cette maladie ne se trouve que dans les Amériques.

Maladie du sommeil africaine : voir à trypanosomiase.

Médicaments essentiels : médicaments qui répondent aux besoins sanitaires de la majorité de la population, et qui doivent donc être disponibles à tout moment en quantités suffisantes, sous une forme pharmaceutique appropriée et à un prix accessible pour les individus et la communauté. Nombre d'entre eux sont trop chers pour le monde en développement. D'autres traitements de survie n'y sont pas disponibles parce que les fabricants ont abandonné une production qu'ils jugeaient insuffisamment rentable.

MEV : Maladie évitable par la vaccination.

MLA : Médicaments pour la lutte antipaludique : partenariat public-privé associant des organismes mondiaux de santé publique, l'industrie pharmaceutique, des ministères nationaux, des institutions de recherche et des fondations cherchant à mettre au point de nouveaux antipaludiques efficaces et d'un coût abordable.

MNT : Maladies non transmissibles : maladies qui ne se transmettent pas d'un sujet à l'autre (l'asthme par exemple).

Moustiquaires imprégnées d'insecticide : des études ont montré que dans les zones où le paludisme est endémique, l'utilisation régulière de moustiquaires imprégnées d'insecticide pouvait réduire la mortalité infantile de 20 pour cent ou davantage. Les formes sévères de la maladie peuvent être diminuées de moitié.

MRC : Medical Research Council : organisme de recherche basé au Royaume-Uni qui vise à améliorer la santé en favorisant la recherche dans tous les domaines des sciences médicales et des disciplines apparentées. Son soutien à la recherche médicale revêt trois formes principales : les activités de ses propres établissements de recherche ; des subventions accordées à des spécialistes scientifiques ; des bourses destinées à de jeunes chercheurs. Voir <http://www.mrc.ac.uk/>

NIH : National Institutes of Health : l'une des sept composantes des Services de santé publique du Department of Health and Human Services des Etats-Unis d'Amérique. Cet organisme conduit et soutient des recherches, forme des chercheurs et communique une information médicale. Voir <http://www.nih.gov>

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques : Organisation internationale, composée principalement de pays

à revenu élevé, qui aide les gouvernements à faire face aux problèmes économiques, sociaux et de gouvernance d'une économie mondialisée.

OCP : Programme de lutte contre l'onchocercose : programme de l'OMS qui a pour but d'endiguer l'onchocercose (cécité des rivières) en Afrique de l'Ouest. Voir <http://www.who.int/ocp/>

ODM : Objectifs de développement pour le millénaire : objectifs énoncés dans la Déclaration sur le millénaire à l'Assemblée générale des Nations Unies de septembre 2000. Ils portent sur sept domaines : lutte contre la pauvreté, sécurité alimentaire et nutrition, santé et mortalité, santé génésique, éducation, égalité des sexes et émancipation des femmes, et environnement.

Onchocercose : aussi connue sous le nom de cécité des rivières, l'onchocercose est l'une des formes de la filariose (voir à filariose).

ONG : Organisation non gouvernementale : organisation privée à but non lucratif dont les activités visent à atténuer les souffrances, promouvoir les intérêts des pauvres, protéger l'environnement, assurer des services sociaux de base ou entreprendre un développement communautaire. Les ONG diffèrent souvent des autres organisations dans la mesure où elles tendent à opérer indépendamment des gouvernements, où elles sont basées sur certaines valeurs et où elles sont guidées par des principes d'altruisme et de bénévolat.

ONU : Organisation des Nations Unies : organisation internationale créée en 1945 pour préserver la paix, résoudre les problèmes internationaux et promouvoir les droits de la personne par une coopération internationale et le maintien de la sécurité collective. Voir <http://www.un.org>

OMC : Organisation mondiale du Commerce : seule organisation internationale qui traite des règles internationales régissant les échanges commerciaux entre les nations. Sa principale fonction est de veiller à ce que ces échanges s'effectuent aussi librement, harmonieusement et de façon aussi prévisible que possible. Voir <http://www.org>

OMS : Organisation mondiale de la Santé : institution spécialisée des Nations Unies qui s'occupe des problèmes de santé de ses 191 Etats Membres. Elle fournit une coopération technique pour la santé, met en œuvre des programmes de lutte contre les maladies et d'éradication et s'attache à améliorer la qualité de la vie humaine.

Orphan drug law : loi des Etats-Unis d'Amérique sur les médicaments orphelins. Les médicaments orphelins sont ceux qui sont développés conformément à l'Orphan Drug Act (1983) des Etats-Unis pour traiter une maladie qui touche moins de 200.000 personnes dans ce pays.

Elle offre des exemptions d'impôts et un monopole de vente de 7 ans pour inciter des sociétés pharmaceutiques à mettre au point et fabriquer de tels médicaments, ce qui en raison de l'étroitesse du marché potentiel, ne serait pas rentable sans ces incitations.

Paludisme : Maladie parasitaire tropicale plus meurtrière que toute autre maladie transmissible à l'exception de la tuberculose. Le paludisme est transmis par la morsure d'un moustique du genre anophèle et, s'il est rapidement diagnostiqué et convenablement traité, il peut être guéri.

Les symptômes sont une forte fièvre, de grands frissons, une splénomégalie, des vomissements fréquents, une anémie et une jaunisse.

PED : Population en difficulté : personnes visées par un programme de prévention ou de soins.

PEV : Programme élargi de vaccination : Programme lancé en 1974 par l'OMS en vue de vacciner les enfants du monde entier contre six maladies cibles : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose.

PFR : Pays à faible revenu (ou à bas revenu) : pays dont le revenu annuel par habitant était inférieur à \$765 en 1995 selon la liste des bénéficiaires d'aide du CAD pour les années 1997–1999. Dans la classification du CAD, les PFR comprennent à la fois les PMA et les APFR.

PHR : Pays à haut revenu (ou à revenu élevé) : pays dont le PNB par habitant était supérieur en 1995 à \$9.385 et qui figure sur la liste des bénéficiaires d'aide établie par le CAD pour les années 1997–1999.

Piège de la pauvreté : pauvreté persistante

PIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance : stratégie mise au point par l'OMS et l'UNICEF, la PIME est une approche intégrée des maladies de l'enfance qui recherche le bien-être de l'enfant pris dans sa globalité. Elle vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités ainsi qu'à promouvoir l'amélioration de la croissance et du développement chez les enfants de moins de 5 ans. La PIME comporte des soins préventifs et curatifs dispensés par les familles et les communautés ainsi que des structures sanitaires. Voir <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

PMA : Pays les moins avancés : en 1997, l'Organisation des Nations Unies et la liste des bénéficiaires d'aide du CAD ont désigné 48 pays comme étant les moins avancés (PMA). Le Conseil économique et social de l'ONU revoit cette liste tous les 3 ans. Pour y figurer, un pays doit satisfaire à trois critères d'inclusion : un bas revenu en termes de produit national brut par habitant (PNB) (en 2001, il fallait un PNB inférieur à \$800 pour accéder au statut de PMA) ; de faibles

ressources humaines mesurées par un indice composite de la qualité de vie basé sur les indicateurs suivants : espérance de vie à la naissance, apport calorique par habitant, effectif global des élèves du primaire et du secondaire, et alphabétisation des adultes ; un faible degré de diversification économique mesuré par un indice composite (indice de diversification économique) basé sur la part des industries manufacturières dans le PNB, la proportion de la main-d'œuvre employée dans l'industrie, la consommation énergétique commerciale par an et par habitant, et l'indice de concentration des exportations commerciales de la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement.

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement : principal conseiller, promoteur et source de subventions des Nations Unies en matière de développement. Voir <http://www.undp.org>

PPP : Partenariat public-privé.

Prix différenciés : prix d'un même produit qui diffèrent selon l'acheteur.

PRMI : Pays à revenu moyen inférieur : ces pays ont un PNB par habitant supérieur à \$756 et inférieur à \$2.995 (1999). Le niveau de vie y est plus élevé que dans les pays à faible revenu et les gens y ont accès à plus de biens et de services, mais beaucoup ne peuvent pas encore satisfaire leurs besoins essentiels.

PRMS : Pays à revenu moyen supérieur : Pays dont le PNB par habitant se situe entre US\$ 2.996 et US\$9.265.

PNB : Produit national brut : valeur de la production finale des biens et services dans un pays au cours d'une année. On peut calculer le PNB en additionnant les sommes dépensées pour la production finale des biens et services dans le pays ou en faisant le total des revenus de tous les habitants du pays, y compris les revenus tirés de facteurs de production utilisés à l'étranger.

Pulvérisation d'insecticide à effet rémanent : principale méthode de lutte contre les moustiques adultes dans les habitations consistant à pulvériser sur les surfaces internes des murs et du toit ou du plafond un insecticide à effet rémanent. On s'attend à ce que les moustiques se posent sur les dépôts d'insecticide et y demeurent assez longtemps pour absorber une dose létale.

R&D : Recherche et développement.

ROR : vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Schistosomiase : aussi connue sous le nom de bilharziose, la schistosomiase est une maladie parasitaire essentiellement tropicale due aux larves d'un ou plusieurs des cinq types de vers Trématodes du genre

Schistosoma. Les cinq espèces de schistosomes sont répandues dans différentes régions du monde et provoquent des symptômes quelque peu différents. La schistosomiase intestinale, due à *Schistosoma japonicum*, *S. mekongi*, *S. mansoni* et *S. intercalatum* peut entraîner de graves complications au niveau du foie et de la rate. La schistosomiase urinaire est due à *S. haematobium*. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 200 millions de personnes sont infectées et 120 millions présentent des symptômes. Un risque d'infection existe pour 600 millions d'autres personnes.

SPN : Soins prénatals : soins dispensés au cours de la période qui va de la conception à la naissance.

SRC : Syndrome de rubéole congénitale : Passage du virus de la rubéole d'une mère enceinte infectée à son bébé, ce qui provoque chez ce dernier des incapacités physiques et mentales.

Système de financement communautaire : dispositif par lequel une communauté met en commun les fonds et partage les risques, composé de bénéficiaires et de décideurs/gestionnaires.

Système de proximité (proche de l'utilisateur) : partie du système de santé—comprenant des hôpitaux de base, des centres de santé et des postes de santé—où des soins sont dispensés à la communauté.

TAHA : Thérapie antirétrovirale hautement active : traitement antirétroviral utilisant une association de médicaments antirétroviraux pour le traitement du SIDA dont on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'il ramène la charge virale à <50c/ml chez les malades non encore traités.

TAR : Thérapie antirétrovirale—traitement aux antirétroviraux. Les antirétroviraux sont des médicaments qui préviennent la reproduction d'un type de virus appelé antirétrovirus. Ils sont utilisés pour traiter le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) parce que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui provoque la maladie est un rétrovirus. Les antirétroviraux ne guérissent pas les infections à VIH mais ils peuvent fortement atténuer des affections causées par le virus, comme les infections opportunistes, qui sans eux seraient rapidement mortelles.

Taux de fécondité (indice synthétique) : Nombre moyen d'enfants qu'une femme aura pendant sa vie. Dans les pays en développement, ce taux se situe en général entre deux et sept ; dans les pays industrialisés, il est le plus souvent inférieur à deux.

Taux de mortalité : taux de mortalité pour 10.000 habitants dans une population donnée. (Voir aussi TMI, Taux de mortalité maternelle et taux de mortalité périnatale).

Taux de mortalité infantile : nombre de bébés, sur 1.000 nés au cours d'une année donnée, qui décèdent avant d'atteindre l'âge de 1 an. Plus ce taux est bas, moins il y a de décès de nourrissons et, en général, plus le niveau des soins de santé disponibles dans le pays est élevé.

Taux de mortalité maternelle : nombre de décès maternels pour 100.000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

Taux de mortalité périnatale : nombre de décès intra-utérins après 28 semaines de gestation augmenté du nombre de décès au cours de la première semaine de vie et divisé par le total des naissances. Ce taux est généralement calculé sur 1 an.

TDR : Programme spécial de recherche et de formation à la recherche concernant les maladies tropicales : programme mondial indépendant de collaboration scientifique. Créé en 1975 et co-parrainé par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il aide à coordonner, soutenir et influencer les efforts déployés dans le monde pour combattre dix grandes maladies des pauvres et des déshérités.

Transition démographique : théorie qui rapporte les changements démographiques au niveau de développement économique et considère que les populations passent, sous l'effet d'une amélioration de leur niveau de vie, d'une situation caractérisée par des taux de natalité et de mortalité élevés à une autre caractérisée par de faibles taux de natalité et de mortalité. Dans la phase intermédiaire de cette transition, lorsque les taux de mortalité sont faibles et les taux de natalité encore élevés, l'effectif de la population peut s'accroître rapidement pendant plusieurs décennies, voire plus longtemps.

TRIP : Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce : Dans le cadre du stade final (négociations d'Uruguay) de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) en avril 1994, 123 pays ont signé l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. Il vise à aplanir les différences entre les diverses formes de protection des « droits de propriété intellectuelle » (octroyés aux créateurs pour leur permettre d'empêcher des tiers d'utiliser leurs inventions, dessins et modèles ou autres créations) pratiquées dans le monde. L'Accord TRIP oblige tous les signataires à accorder des droits de brevet conférant une protection de 20 ans aux inventions nouvelles et non évidentes dans tous les domaines de la technologie, y compris celui des substances pharmaceutiques. La mise en œuvre des résolutions découlant de cet accord est du ressort de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC).

TRO : Thérapie de réhydratation orale : traitement de la diarrhée consistant à administrer au patient une solution spéciale de sels et de glucose destinée à compenser les pertes occasionnées par des selles liquides.

Trypanosomiase : maladie due à un protozoaire parasite, le trypanosome. L'infection par des trypanosomes provoque des altérations neurologiques qui entraînent une léthargie chronique (d'où l'autre nom de maladie du sommeil africaine qui lui est aussi donné). En l'absence de traitement, l'évolution est toujours mortelle. La maladie est transmise à l'homme par la morsure de la tsé-tsé, mouche du genre *Glossina*. La maladie du sommeil est une menace quotidienne pour plus de 60 millions d'hommes, de femmes et d'enfants dans 36 pays de l'Afrique subsaharienne, dont 22 figurent parmi les pays les moins avancés du monde. Elle a un énorme impact sur le développement de régions entières où elle décime la main-d'œuvre, freine la production et réduit la capacité de travail.

TSD : Traitement de brève durée sous surveillance directe : stratégie utilisée pour le traitement de la tuberculose et consistant à faire observer directement le malade par l'agent de santé au moment de la prise de la médication prescrite, au moins pendant les deux premiers mois. On s'assure ainsi que les bonnes associations de médicaments sont prises aux doses requises afin de lutter contre la polypharmacorésistance. Grâce au TSD, on espère éviter 80 pour cent des décès attribués à la tuberculose dans le monde.

Tuberculose : infection bactérienne chronique ou aiguë qui s'attaque principalement aux poumons mais qui peut aussi atteindre les reins, les os, les ganglions lymphatiques et le cerveau. La maladie est due à *Mycobacterium tuberculosis*, bactérie en forme de bâtonnet (bacille). La moitié de tous les cas non traités ont une issue fatale. La tuberculose provoque 2 millions de décès par an. L'OMS prévoit qu'entre 2000 et 2020, près d'1 milliards de personnes seront infectées par le bacille de la tuberculose et 35 millions succomberont à la maladie.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance : institution des Nations Unies chargée de défendre les droits des enfants et d'aider à satisfaire leurs besoins. Voir <http://www.unicef.org>

ONUDI : Organisation des Nations Unies pour le développement industriel : institution des Nations Unies qui s'attache à faire reculer la pauvreté en favorisant une meilleure productivité dans les pays en développement et les pays à économie en transition. Voir <http://www.unido.org>

Paiement direct par l'utilisateur : paiement effectué par l'utilisateur au moment où il utilise les services de santé.

USAID : United States Agency for International Development : administration fédérale indépendante qui œuvre pour une croissance économique durable et équitable et qui favorise les objectifs de politique étrangère des Etats-Unis en favorisant la croissance économique et le développement agricole, la santé dans le monde , la prévention des conflits et l'aide au développement. Voir <http://www.usaid.gov>

US\$ PPA : Dollars des Etats-Unis à parité de pouvoir d'achat : mode d'indication d'un coût qui tient compte des pouvoirs d'achat relatifs des différentes monnaies nationales pour l'acquisition des mêmes biens et services. Ceux-ci étant plus chers dans certains pays que dans d'autres, la méthode permet de mieux comparer les niveaux de vie entre pays. Les estimations PPA comparent les prix d'articles comparables, mais étant donné que ceux-ci ne sont pas exactement les mêmes dans tous les pays et à tout moment, ces estimations ne sont pas toujours parfaitement fiables.

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise : rétrovirus isolé et reconnu comme l'agent étiologique (c'est à dire la cause ou l'une des causes) du SIDA. Le SIDA est la manifestation la plus grave de l'infection à VIH. Les personnes qui vivent avec le SIDA ont souvent des infections du poumon, du cerveau, des yeux et d'autres organes, et elles souffrent souvent de pertes de poids débilantes, de diarrhée et d'un type de cancer appelé sarcome de Kaposi.

VPO : Vaccin antipoliomyélitique oral.