

# SANTÉ INTERNATIONALE

Les enjeux de santé au Sud

Sous la direction de  
**Dominique Kerouedan**



**SciencesPo.** |  
Les Presses

## LE PENDULE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ : DE LA GRATUITÉ AU RECOUVREMENT DES COÛTS

Joseph Brunet-Jailly\*

\* Doyen honoraire de la Faculté des sciences économiques d'Aix-en-Provence et directeur de recherche émérite à l'Institut de recherche pour le développement

*Les années récentes ont été marquées par des argumentations de plus en plus pressantes et de moins en moins honnêtes en faveur de la gratuité des soins. C'est que les « généreux donateurs » disposaient de moyens anormalement abondants, qui provenaient des habiles montages proposés par leurs financiers : pour l'essentiel, il s'agissait de se montrer généreux aujourd'hui et de faire payer la note par les générations à venir. Il s'agissait aussi d'ignorer les graves inconvénients de l'aide, et notamment de l'aide massive concentrée sur des programmes conçus au Nord et servant d'abord ses intérêts. La crise nous a ramenés brutalement à la réalité, et tout compte fait, la gratuité n'est pas de ce monde.*

De nos jours, les experts de santé internationale semblent faire de leur mieux pour embrouiller les décideurs : malgré les pressions politiques auxquelles ils sont inévitablement soumis, ceux qui travaillent pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) engagent les pays à « résister à la tentation de recourir au recouvrement des coûts » [OMS, 2008a] alors que, pour d'autres experts, non moins éminents bien entendu, « le consensus de la communauté scientifique serait que le recouvrement des coûts a des effets désastreux sur l'utilisation des soins de santé et sur les budgets familiaux, spécialement pour les plus pauvres » [James *et al.*, 2006]. Faut-il comprendre que désormais il n'y aurait plus

d'expertise scientifique à Genève? Ou bien faut-il comprendre que la communauté scientifique nous annonce une nouveauté extraordinaire lorsqu'elle écrit que payer les soins affecte les budgets familiaux, surtout lorsque ces soins sont imprévisibles et coûteux? Comme ces deux hypothèses sont visiblement erronées, il faut admettre que les experts des grandes institutions sont désormais mêlés sans retenue aux joutes politiques, et qu'ils adoptent non seulement le ton pathétique qui est celui sur lequel on s'adresse aux foules pour obtenir leurs suffrages, mais encore le style d'argumentation démagogique qui sert ces fins.

En effet, au-delà d'une évidence que personne ne contestera, à savoir que la gratuité est préférable à la cherté, nous observons à la fois le déploiement d'argumentations mensongères ou naïves pour forcer la décision politique en faveur de la gratuité dans plusieurs domaines de la santé, mais aussi l'énoncé de théories aussi hardies que surprenantes, alors que peut-être un simple coup d'œil à la conjoncture financière des années récentes permettrait de comprendre cette soudaine et fugace animation.

### 1. Les arguments courants

La lutte contre le VIH/sida a permis aux associations et ONG de faire la démonstration de leur professionnalisme en matière de communication, par l'appel incessant à l'opinion publique [Dodier, 2003]. Utilisant à fond les caractéristiques

dramatiques de la menace représentée par cette maladie, elles ont manœuvré l'opinion et pesé sur les autorités politiques jusqu'à obtenir d'elles un statut d'exception pour cette maladie et ses malades. Ainsi les interventions au Sud des associations de malades du Nord ont été conçues comme le moyen d'influencer les États du Sud et les institutions internationales parce que « [ces] États et les institutions internationales dans lesquelles [ces] États dominant détiennent la clef d'une distribution massive et immédiate des antirétroviraux dans les pays pauvres, financièrement (en subventionnant leur achat), juridiquement (en cassant la propriété industrielle exclusive que revendiquent les multinationales pharmaceutiques) » [Grelet et Mangeot, 2002]. Elles ont en particulier provoqué une mobilisation sans précédent de ressources financières publiques et privées. Elles ont revendiqué et obtenu l'accès universel aux traitements et leur gratuité, de sorte que chacun a pu penser que cette solution ne pouvait qu'être généralisée de proche en proche à l'ensemble des services de santé. Pourtant, ces résultats reposent sur des argumentations très souvent malhonnêtes, qui semblent devenir la règle lorsque l'on fait appel à l'émotion plus qu'à la raison.

### 1.1 Le recouvrement des coûts, cause de tous les maux

L'exemple le plus parfait d'argumentation frauduleuse en faveur de la gratuité est donné par le rapport de la commission internationale du Conseil national du sida [République française, 2007]. En simplifiant à peine, ce document présente son argumentation de la façon suivante.

L'objectif d'accès universel a déjà été fixé par les instances internationales. En effet, « en 2005, à l'issue du Sommet du groupe des pays les plus industrialisés (G8) de Gleneagles et lors de l'Assemblée générale des Nations unies de 2006, les pays se sont engagés en faveur d'un accès universel à la prévention de l'infection par le VIH, au traitement, aux soins et aux services d'appui pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à l'horizon de 2010. Cette orientation est soutenue par l'Union africaine qui rassemble les pays de la région la plus touchée par l'épidémie, avec 24 millions des personnes

vivant avec le VIH sur les 38 millions vivant dans le monde. » [République française, 2007, p. 7]. Et de citer encore la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation [République française, 2007, p. 8 et 28], le Forum de haut niveau sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, etc. Les autorités politiques se sont prononcées, les instances internationales sont mobilisées, les experts s'en félicitent *in petto*, et n'ont rien à ajouter ! À vrai dire, pourquoi se sont-ils donc réunis ?

Pour atteindre cet objectif d'accès universel, il suffirait d'instaurer la gratuité. L'effet de l'abolition du tout paiement sur le lieu de délivrance des soins aurait pour conséquence, dans le cas du sida, que « le risque de mortalité des personnes à un an [soit] divisé par quatre par rapport aux programmes où une participation (financière) est demandée. » [République française, 2007, p. 18]. Malheureusement, la référence donnée ne contient pas une conclusion aussi affirmative : non seulement on devrait tenir compte de la largeur inhabituelle des intervalles de confiance, mais en outre les auteurs reconnaissent que d'autres aspects de la délivrance des soins peuvent jouer le rôle de facteurs confondants [The Antiretroviral Therapy, 2006]. D'ailleurs la suite du rapport est sensiblement plus nuancée : « L'analyse comparée des résultats de 18 programmes de prise en charge en Afrique, Asie et en Amérique du Sud montre que la mortalité des personnes mises sous traitement est *moindre* quand elles disposent d'un accès gratuit aux médicaments. » [République française, 2007, p. 23].

L'analyse du recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB) est erronée. Voici ce qu'on lit : « Pour les États, l'intérêt de l'IB réside dans l'opportunité de désengagement financier qu'il représente en reportant cette charge sur les gestionnaires des centres de soins. Dans les années qui suivent sa mise en place, au vu des premiers résultats, le médicament a vu sa fonction de source de financement amplifiée. D'un moyen de financement partiel des unités de santé, le recouvrement des coûts sur le médicament est devenu le support des finances des hôpitaux. L'attachement des gouvernements à l'IB peut donc s'expliquer en partie par ce choix de mode de financement du secteur

hospitalier. Cet attachement résulte également de la promotion de ce mécanisme par les organisations internationales dans un contexte global d'ajustement structurel » [République française, 2007, p. 13]. Il y a au moins trois erreurs dans ces quelques lignes : 1) comme on le montrera plus loin, le désengagement de l'État est antérieur à l'instauration du recouvrement des coûts ; 2) le médicament ne finance pas les hôpitaux, tout au contraire le financement public s'est replié sur ce niveau de la pyramide sanitaire, haut-lieu du pouvoir médical, et le médicament ne finance que le fonctionnement courant des formations sanitaires de premier niveau et parfois le seul réapprovisionnement en médicaments ; 3) la fréquentation des services publics et communautaires s'est maintenue, malgré le fait que celle des services privés à but lucratif, encore plus coûteux, a explosé.

À propos du recouvrement des coûts aussi, le compte rendu des travaux scientifiques cités est volontiers fallacieux. Ainsi pour expliquer que tous les résultats des travaux économétriques ne concluent pas à un effet négatif puissant du prix payé : « Les divergences entre les premières études réalisées dans le temps peuvent s'expliquer par des choix méthodologiques différents. Mais par la suite, les travaux s'appuient sur un modèle identique » [République française, 2007, p. 13]. Or la référence citée explique exactement le contraire : « Autant la divergence des résultats des études pionnières pouvait découler de choix théoriques différents, autant les études suivantes sont restées contradictoires, alors même qu'elles se réclament toutes de semblables fondements théoriques [...] Dès lors la variabilité des résultats empiriques *ne peut être attribuée qu'à une variabilité réelle des comportements* dans des groupes de population divers, ou à des choix *méthodologiques* dans l'application, notamment économétrique, du modèle de référence. » [Cisse *et al.*, 2004].

## 1.2 L'Initiative de Bamako, cible favorite

D'une façon plus générale, à moins de verser dans la contrefaçon intellectuelle ou de reconstruire l'histoire [Ridde, 2004], il faut admettre que l'Initiative de Bamako précisait ce qui était implicite dans la conférence d'Alma-Ata, lorsqu'il y était question

de « soins essentiels [...] à un coût abordable pour la communauté et pour le pays » [OMS, 1978]. Elle le faisait en liant participation financière et participation aux décisions concernant tant la nature des prestations fournies que la gestion des ressources mobilisées : le principe du financement communautaire est au quatrième rang, après trois principes relatifs à l'accessibilité, à la décentralisation de la gestion des soins de santé primaires et à la décentralisation de la gestion financière ; elle n'oublie pas de formuler un principe d'exonération et de subventions pour permettre aux plus pauvres d'accéder aux soins, non plus que de rappeler aux États qu'ils ont à apporter une contribution substantielle aux services de santé, et à introduire les médicaments essentiels<sup>1</sup> [Ridde, 2004]. Si l'idée d'un recouvrement des coûts est bel et bien affirmée, elle est clairement encadrée, et située dans un ensemble de réformes qui concernent la gestion des prestations fournies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut relever en particulier que rien dans ces principes n'indique que le recouvrement des coûts ne devrait s'appliquer qu'au médicament. Mais c'est probablement dans ces réformes très profondes de l'organisation traditionnelle des systèmes de santé, dans l'instauration d'une alternative au pouvoir de décision et de gestion des seuls professionnels, que tout s'est joué [Ridde, 2004, p. 25].

Les évaluations de l'Initiative de Bamako ne sont pas, elles non plus, exemptes d'arguments reformulés de façon inacceptable. Ainsi peut-on lire :

1 Les huit principes de l'Initiative de Bamako sont : 1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ; 2. Ils doivent décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ; 3. Ils doivent décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées ; 4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ; 5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux ; 6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ; 7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé ; 8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

« Dans les quartiers défavorisés de Bamako, 45 % des malades ne sont pas en mesure d'accéder aux services de santé et se retrouvent dans l'obligation de se soigner à la maison (automédication) [Juillet, 2000]. » [Ridde, 2004, p. 19]. Le ton pourrait suffire à mettre la puce à l'oreille du lecteur attentif. S'il se reporte alors à la thèse citée, il apprend d'une part qu'elle ne porte pas sur les quartiers défavorisés de Bamako, mais sur un échantillon représentatif de la population de la ville entière, et d'autre part que l'auteur ne démontre pas que l'importance de l'automédication serait liée à une impossibilité économique d'accéder aux services de santé. En réalité, si la fréquence de l'automédication est considérable, elle ne l'est pas significativement plus dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers favorisés [Juillet, 1998, p. 133]. De nombreux auteurs ont d'ailleurs montré que, dans le contexte du Mali au moins, les malades recourent systématiquement à l'automédication [Berche, 1998; Diakite *et al.*, 1993; Diakite *et al.*, 2007].

Elles ne sont pas exemptes non plus de naïvetés ! Est-ce une grande découverte que de conclure que « les prestataires de soins semblent être plus motivés par la maximisation de leur revenu que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins » [Ridde, 2004, p. 27] ? Est-ce une grande découverte ou une pétition de principe que d'affirmer : « Le rôle de l'État demeure crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins » [Ridde, 2004, p. 28], alors que rien ne prouve qu'il ait jamais joué ce rôle ou même qu'il ait l'intention – non pas de le proclamer, c'est un thème électoral toujours excellent – de le faire ? Ne pourrait-on pas imaginer tout au contraire que la revendication d'accès universel aux soins, comme toute revendication de droit à la santé, serve essentiellement à défendre des intérêts professionnels dans certaines circonstances, lorsque la marche normale des affaires, qui limite les soins payants à ceux qui peuvent les payer, ne suffit pas à nourrir les professionnels aussi bien qu'ils le souhaitent ? Qui est cet État ? Quels intérêts représente-t-il et sert-il ? Un État autoritaire peut-il servir les intérêts du peuple qui n'a pas accès aux soins ? Ne préférera-t-il pas servir les intérêts des gardes et milices qui le protègent de tout mouvement social ?

### 1.3 La gratuité, une panacée

Pourtant une mode se développe. On a d'abord remis à l'honneur les exemptions en faveur de ceux qui ne peuvent pas payer, et puis on s'est ravisé : pourquoi des exemptions, alors que la gratuité pour tous serait politiquement bien plus profitable, et techniquement bien plus simple ? Au passage, on a oublié la question : « Pourquoi des exemptions, alors qu'elles ne sont pas efficaces contre la pauvreté » [Ridde et Morestin, 2009, p. 1] ? Mais le geste d'instaurer la gratuité est si beau qu'il est trop tentant : plusieurs pays « ont franchi le pas » [Cholet *et al.*, 2008], avec le soutien de diverses coopérations bilatérales (Royaume-Uni, Danemark, etc.), puis la bénédiction d'institutions internationales (dont la Banque mondiale). On a beau constater que la décision est généralement prise de façon soudaine, et par la plus haute autorité de l'État, que la mesure ne concerne souvent que quelques prestations ou quelques catégories de bénéficiaires, qu'elle ne s'applique d'ordinaire qu'au secteur public (sans considération de la taille et du rôle effectif du secteur privé), on a beau constater l'improvisation de la mise en œuvre, l'apparition très rapide (par exemple dans les deux ans) de sérieux problèmes de financement des prestations gratuites, rien dans cet amateurisme ne semble intriguer les observateurs [Ridde et Morestin, 2009]. Personne ne semble se demander non plus pourquoi les ministères des Finances jouent subitement le premier rôle (au détriment du ministère de la Santé) dans la gestion des financements fournis à cette fin par les bailleurs ; ni encore pourquoi les salaires du personnel ont été augmentés dans le même temps.

Personne non plus ne semble se demander pourquoi une recension soignée de la littérature publiée sur les deux dernières décennies ne parvient à repérer qu'une vingtaine de publications répondant à des critères scientifiques minimum, autrement dit pour l'essentiel pratiquant la révision des articles soumis par des pairs, et ne portant que sur cinq pays (Ouganda, Ghana, Afrique du Sud, Kenya et Madagascar). N'y a-t-il rien à conclure du fait que, vingt ans après les premières décisions de gratuité (au Kenya en 1990), on en soit réduit aux seules conclusions suivantes concernant leurs effets : « Cette recension met au jour la faiblesse de

la qualité des données probantes disponibles. Très peu d'études utilisent des données populationnelles pour évaluer les effets de l'abolition des frais aux usagers, et celles qui ont analysé les données d'utilisation des services se limitent à des échelles temporelles courtes. » [Ridde et Morestin, 2009, p. 10] ? Ne faut-il pas comprendre que la question de savoir si la gratuité est un moyen de favoriser l'accès aux soins n'intéresse pas plus les autorités politiques que les professionnels de la santé ? Ne faut-il pas comprendre que personne ne veut savoir aujourd'hui à qui exactement profiterait la décision de gratuité, si facile à prendre ? Serait-ce que les résultats des études sur l'incidence des dépenses publiques de santé seraient encore dans tous les esprits [Castro-Leal *et al.*, 1999 ; Castro-Leal *et al.*, 2000] ? On rappelle que ces études montraient toutes, sans exception, que le financement public bénéficie essentiellement non pas aux plus pauvres mais bien aux catégories sociales de niveau économique moyen et supérieur : faut-il admettre que ces préoccupations n'ont plus cours ?

La gratuité est donc redevenue le slogan à la mode dans les ONG et dans les institutions qui gèrent de grands programmes de santé internationaux, financés grâce aux décisions prises par les autorités politiques mises sous pression au cours des deux dernières décennies [Ridde, 2009]. Ces décisions ont été justifiées, suprême ornement, par d'habiles théoriciens.

## 2. Les théorisations *ad hoc*

Il y a tout de même quelque chose d'étrange dans cette vague de fond de la gratuité, et c'est ce qui a attiré les plus astucieux des experts, les théoriciens. Quelle facilité y a-t-il eu à revendiquer, puis à obtenir, la gratuité de certaines prestations, au moins à l'égard de certaines catégories de malades ? Comment se fait-il que les arguments terre à terre des économistes ordinaires – du genre : il faudra bien trouver quelqu'un pour payer – aient été si facilement balayés ? Comment se fait-il que les sommes nécessaires aient été rendues disponibles alors que le secteur de la santé souffrait depuis des décennies d'une cruelle insuffisance des ressources ? Il y fallait certainement plus que l'habileté

des communicateurs, et même que la mobilisation des malades eux-mêmes. C'est pour répondre à ces interrogations que deux théories ont été formulées ; deux interprétations générales permettant à chacun d'éprouver la satisfaction de comprendre cette réalité si nouvelle et si surprenante.

### 2.1 La théorie de l'urgence humanitaire

Cette première interprétation de la situation de la santé dans les pays pauvres explique le recours à la gratuité par l'urgence, et derrière l'urgence par une irrépessible « impulsion humanitaire » [Ooms, 2006]. Voici son fondement : « Soyons du petit nombre de ceux qui croient, en esprit et en vérité, qu'un seul homme, quelle que soit sa race, a une valeur infinie » [Mauriac, 2000] ; ou encore : « Les professionnels de santé ont le devoir de porter assistance aux individus et aux populations en détresse. C'est l'un de leurs impératifs éthiques les plus forts, ce n'est pas une question d'économie. » [Boelaert *et al.*, 2002]. Il suffit d'un pas de plus pour retrouver un principe de la déontologie médicale encore affirmé dans les pays riches, sans y être appliqué, selon lequel le médecin doit mettre à la disposition de chaque malade *toutes* les ressources de l'art médical. En voici la formule définitivement bien frappée, de qui fait carrière dans le spectacle politique : « Moralement, peut-on se résoudre à passer par pertes et profits les 30 millions d'humains que tue le VIH au seul motif qu'ils sont impécunieux, peu éduqués et que notre argent serait mieux placé ailleurs ? » [Kouchner, 1998].

Il peut y avoir quelques divergences sur la façon de motiver la stratégie qui traduit cette inspiration. Certains seront plus explicites, formulant la motivation en termes déontologiques : « Les malades doivent être traités parce que c'est leur droit, non parce que c'est coût-efficace. » [Boelaert *et al.*, 2002]. Cette formulation suppose résolue la question de savoir comment se traduit un droit inapplicable, alors que désormais le principe de la valeur infinie de la vie est inapplicable, étant donné que les techniques médicales dont nous disposons ont un coût qui dépasse de loin les ressources disponibles, même dans les pays développés. Ce problème est posé depuis plus de vingt ans aux États-Unis, non seulement dans les milieux spécialisés mais



aussi dans la grande presse [Berenson *et al.*, 2008 ; Kolata *et al.*, 2008]. D'autres se montreront plus simples et plus touchants : « Les organisations de secours d'urgence ne sont pas animées par des approches en termes de développement sanitaire (telles que celles qui défendent la santé comme un droit humain, ou qui cherchent à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, ou qui pensent promouvoir la croissance économique par l'investissement dans la santé). Au contraire, elles sont mues par une impulsion humanitaire : il y a des besoins immenses et il y a une obligation à répondre à ces besoins » [Ooms, 2006, p. 1205].

Que cela tienne à l'impulsion humanitaire ou à l'immensité des besoins, cette perspective conduit ses tenants à condamner comme irréaliste toute perspective dans laquelle on chercherait à promouvoir un développement sanitaire durable, c'est-à-dire une évolution favorable du système de santé dans la durée, c'est-à-dire encore, selon la conception que prônent certains bailleurs, une évolution favorable en partie financée par des ressources intérieures. « Toutes les approches bien informées du développement soulignent que des soins de santé durables – définis comme indépendants de l'aide internationale – sont une illusion dans les pays les plus pauvres de la planète. » [Ooms, 2006, p. 1202]. Ainsi donc, au lieu de poursuivre une chimère, il faut faire face à l'urgence qui est devant nous : inondations, malnutrition, pandémie de sida, populations sortant d'un conflit, etc., tout doit être considéré comme urgence, et doit donc être traité comme telle. Dans ce contexte, bien évidemment, la gratuité va de soi. Il convient même de tourner en dérision ceux qui prétendraient que la solution pour obtenir un développement sanitaire durable serait dans l'assurance maladie, et que la gratuité des soins, serait-elle temporaire, réduirait l'incitation à adhérer à une assurance.

Le principal argument en faveur de cette thèse est tiré des travaux de la fameuse commission Macroéconomie et santé. D'après les travaux de cette Commission, le budget minimum qui serait nécessaire pour financer des soins de santé convenables dans les pays pauvres serait de 35 dollars par personne et par an [Commission on Macroeconomics

and Health, 2001 ; OMS, 2008b]. Or les dépenses du gouvernement pour la santé sont très inférieures à ce montant dans de nombreux pays puisque, par exemple en 2004, 33 pays d'Afrique au Sud du Sahara consacrent moins de 15 dollars par personne et par an à la santé [OMS, 2008c], et que seuls quatre pays du continent ont atteint l'objectif d'allouer 15 % de leur budget d'État au secteur de la santé, objectif sur lequel s'étaient solennellement engagés les chefs d'État africains eux-mêmes, réunis à Abuja en 2001 [OMS, 2007].

Un second argument est tiré de l'importance même des montants d'aide qui sont chiffrés par les institutions spécialisées [Ooms, 2006, p. 1204]. Les bailleurs qui invoquent unanimement les Objectifs du Millénaire pour le développement, comme ceux qui soutiennent les positions du Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels [Commission des Nations unies pour les droits humains, 2010], savent parfaitement quels montants d'aide internationale sont nécessaires pour parvenir aux résultats annoncés, et n'ignorent pas que les pays pauvres sont incapables non seulement de fournir ces sommes mais même de les gérer : les pays du Nord entretiennent donc consciemment une illusion, ils jouent un jeu parfaitement hypocrite en évitant de dire que toute idée de développement sanitaire autofinancé est fallacieuse, car ce sont ces formes diplomatiques qui permettent de masquer la réalité de l'injustice croissante et scandaleuse qui règne entre les États.

De là à plaider l'ingérence humanitaire, il n'y a évidemment qu'un pas, allègrement franchi par beaucoup : les *French doctors* sont là, laissez-les faire, n'entravez surtout pas leur action, eux seuls vous sauveront et sauront le faire savoir. Remarquons aussi que le déni de tout développement sanitaire autonome est présenté comme un choix parfaitement assumé : « Les avocats du développement sanitaire ne devraient pas blâmer les avocats de l'urgence sanitaire en leur reprochant d'oublier de se préoccuper de viabilité. Les actions des agences d'urgence sanitaire n'ont rien à voir avec l'ignorance, elles résultent d'un choix délibéré » [Ooms, 2006, p. 1205]. Ce choix est cohérent avec une certaine forme d'universalisme : celle qui prétend que ce qui est universel est ce qui

a été mis au point en France (ou en Europe, ou dans les pays développés...) au fil des siècles. Il est incompatible avec toute approche selon laquelle le développement suppose d'abord l'affirmation de la dignité de celui qui doit se développer, c'est-à-dire de son droit à décider lui-même de toute question le concernant.

## 2.2 La théorie de la modification des préférences

Une autre approche a été proposée par des économistes particulièrement distingués, qui ont en outre été engagés dans la lutte contre le sida. Selon leurs propres termes, leur contribution peut-être résumée de la façon suivante : « [...] le sida et tous les problèmes qui y sont associés ont été systématiquement portés à l'attention du public, et par là à l'attention des gouvernements, grâce à une campagne bien organisée. À la différence de beaucoup de problèmes qui affectent essentiellement les pays pauvres, le sida a eu aussi des conséquences radicales pour les habitants des pays industrialisés. Ceci a conduit à l'apparition d'un lobby puissant et capable dont l'objectif était de mettre les problèmes du sida sous les yeux du public. Une réaction à cela serait de dire que cette action ne devrait pas empêcher de considérer l'efficacité pour son coût des traitements du sida de la même manière qu'on le fait pour les traitements des autres affections. Mais cela ne serait pas correct en termes économiques. En effet, ce qui s'est produit, c'est que les préférences de la société ont été, que ce soit bien ou mal, influencées par les informations reçues sur le sida. Il existe donc une volonté de payer pour le sida qui est plus élevée que pour d'autres maladies. Ainsi, si on considère le bénéfice de la dépense d'un dollar pour un traitement contre le sida, il faut tenir compte du fait que cette dépense n'aurait été que de 30 cents si cet argent avait été consacré par exemple à un problème d'approvisionnement en eau potable. [...] Le bénéfice social du traitement du sida a été modifié, plus précisément accru, par l'information qui a été rendue disponible, et pour cette raison une analyse simple et mécanique des coûts et bénéfices ne serait pas appropriée » [Kirman *et al.*, 2003].

Une première version de cette théorie prend donc en considération une modification des préférences

de chacun, comme effet des campagnes de communication qui ont été menées par les activistes et soutenues par des artistes tout heureux de combiner une fois encore bonnes affaires et bons sentiments. Quelles sont exactement les conséquences de cette évolution des préférences? Les individus seraient prêts à dépenser 100 pour un programme de traitement du sida lorsqu'ils ne seraient disposés à dépenser que 30 pour un programme d'eau potable? Admettons que l'exemple – et notamment ce rapport de 10 à 3 – ne soit qu'illustratif. Mais la théorie fournit-elle un moyen de vérifier ces prévisions? On ne le trouve absolument pas dans cet article, même si de nombreuses illustrations sont données de la sous-estimation des bénéfices de la lutte contre le sida dans les pays développés (ou dans les secteurs modernes des économies des pays pauvres, mais pas dans ces économies d'une façon générale). L'argument, selon lequel le seul fait que de grandes entreprises des pays pauvres fournissent le traitement à leurs agents suggérerait que l'efficacité de ce traitement pour son coût serait plus grande qu'on ne le dit généralement, est, à l'évidence, très faible : ces grandes entreprises peuvent avoir de multiples raisons de s'écarter des décisions qui ne reposeraient que sur le critère de coût-efficacité.

Cependant il apparaît, dans la conclusion de l'article, une tout autre version de la théorie : là en effet il est question de « la volonté de la communauté internationale de financer le traitement du sida » [Kirman *et al.*, 2003, p. 146]. Cette version est encore moins explicite que la précédente, mais on ne peut pas manquer de relever que l'emploi de « *willingness to fund* » semble fait pour rappeler « *willingness to pay* » (la « disposition à payer » chère aux théoriciens de la micro-économie, et qui serait ici transposée par simple analogie à la macro-économie). Les économistes savent qu'il n'y a pas beaucoup de théories capables de raccorder les phénomènes macro-économiques aux comportements micro-économiques, mais ce n'est certainement pas par l'analogie qu'on y parviendra.

Le seul fait de portée générale qui semble invoqué dans cet article est donc la différence entre le coût social du sida et son coût implicite tel qu'il peut être déduit des comportements individuels. Alors



même qu'à l'époque (en 2001) le coût d'un traitement efficace du sida par antirétroviraux dans les pays pauvres est estimé à 1 100 dollars, soit le coût de dix années de scolarisation primaire, ou le coût d'autres traitements qui permettraient de sauver 25 fois plus d'années de vie corrigées de l'invalidité, « il semble exister une large approbation du fait que le traitement [du sida] devrait être rendu disponible » [Kirman *et al.*, 2003, p. 139]. Voilà ce qu'il aurait fallu expliquer. Mais c'est vers tout autre chose que se tournent alors les auteurs, en entreprenant une analyse de tous les facteurs susceptibles de diminuer le coût du traitement. Bref, le seul argument théorique de l'article tient à la différence entre ce qui paraît justifié par les instruments habituels de l'analyse économique et ce que les institutions internationales décident d'entreprendre. Or sur ce point, l'article se termine sans avoir répondu à la curiosité bien légitime du lecteur : « La dernière question qui reste posée est celle de savoir pourquoi l'épidémie de sida semble avoir tellement attiré l'attention qu'elle occupe une place spéciale dans la fonction d'utilité globale. Ici, de nombreuses considérations politiques et sociales entrent en jeu. Étant donné que le sida est près de devenir la première cause de mortalité dans les pays pauvres, le risque de déstabilisation économique et sociale, résultant de la fragilité de leur réseau social, est maintenant important. Le coût de passer trop de temps à des évaluations précises des programmes au lieu de les mettre en pratique est aussi, par conséquent, probablement élevé » [Kirman *et al.*, 2003, p. 147].

En bref, les économistes peuvent contribuer à l'analyse des coûts de traitements et participer à la bataille menée pour l'abaissement des prix des médicaments, mais leur interprétation des décisions publiques tourne visiblement court. Peut-être eut-il été utile de regarder par-dessus la barrière entre les domaines de spécialisation, et de se demander par exemple dans quelle mesure les décisions des États, de leurs chefs, et des institutions internationales reflètent les préférences des individus. Or, enquêtant sur les campagnes publiques organisées dans quelques pays européens à propos des Objectifs du Millénaire, pour le Centre de développement de l'OCDE, Eurobaromètre constate que la lutte contre la pauvreté est placée

en première priorité par les opinions publiques de ces pays, mais le sida vient en seconde position et l'environnement en troisième lieu [OCDE, 2008a]. Il est remarquable que ce classement soit pratiquement le même dans les pays où les campagnes ont été organisées et dans les pays où il n'y en a pas eu. Cependant, comme la plupart des campagnes insistaient sur la lutte contre la pauvreté, la sélection du sida (et de l'environnement) « est très probablement due au débat public de plus en plus insistant sur le climat et à la publicité menée en matière de sida par les célébrités » [OCDE, 2008a].

Ainsi, le divorce apparent entre les préférences individuelles et les préférences collectives devrait amener à s'interroger sur la façon dont les décisions des États et des institutions internationales ont été prises. En matière de sida, le processus commence à être connu [Over, 2008]. La maladie a frappé d'abord des homosexuels, aux États-Unis et dans les pays riches, et ce groupe social s'est montré extraordinairement habile dans les campagnes qui ont permis de faire connaître les souffrances liées à ce mal inexorable et de mobiliser les médias pour faire pression sur les pouvoirs publics. En France, le scandale du sang contaminé a ajouté à l'horreur et exercé une pression très forte sur le personnel politique. Les institutions internationales ont rapidement pris le relais (programme spécial, puis programme mondial de l'OMS, puis Onusida), et ont embauché des spécialistes chargés de faire campagne pour cette seule maladie. Et le corps médical n'a pas été en reste, capable lui aussi de créer le scandale autour de la découverte du virus ! C'est certainement « une force politique du sida que d'avoir créé autour de lui un monde d'interdépendances mêlées entre des acteurs très hétérogènes » [Dodier, 2003, p. 34], mais l'essentiel de l'effort a porté sur les rapports entre les arènes médiatiques et les arènes plus spécialisées [Dodier, 2003], et les citoyens n'ont jamais été consultés sur l'effort qu'ils accepteraient de consentir à la lutte contre cette maladie.

Bref, les théories de circonstance ne sont pas d'un grand secours pour comprendre ni la soudaine abondance de l'aide, ni les formes qu'elle prend au tournant du siècle.

### 3. Les faits

Il reste donc évidemment à comprendre pourquoi les décisions relatives à la gratuité sont visiblement si faciles à prendre. Car les soins de santé, seraient-ils des soins de base, sont coûteux, et les économistes au cœur de pierre rappelleront à temps et à contretemps que ces coûts devront être pris en charge. Il convient donc de se demander d'où peut venir l'argent de la gratuité.

#### 3.1 L'apparente multiplication des formes de financement

La perplexité des décideurs politiques peut provenir de la diversification semble-t-il considérable des formes de financement des soins de santé. Une récente synthèse de la littérature [Lewin *et al.*, 2008] range ces formes dans les catégories suivantes :

*Les paiements par capitation et les tickets modérateurs.* De nombreux travaux ont étudié leur effet sur la consommation de médicaments, sur l'utilisation des services de santé, sur les résultats en termes d'état de santé et sur les coûts. Un effet a été trouvé sur l'utilisation des médicaments et sur le coût mais les réductions de la consommation de médicaments concernent autant les médicaments nécessaires à la survie que les médicaments soignant des maladies chroniques. Bien que les travaux examinant les effets sur l'état de santé soient insuffisants, on peut craindre que la diminution des médicaments nécessaires ait un effet négatif qui se traduira bientôt par un recours accru aux services de santé et donc par une dépense totale plus forte. En revanche, une politique de paiement systématique des médicaments n'aura sans doute pas d'effet négatif si l'approvisionnement se fait exclusivement en médicaments essentiels ou s'il existe des exemptions qui permettent aux patients de recevoir des médicaments essentiels.

*Les tarifs ou honoraires.* Les conclusions de 17 études montrent que l'introduction, la suppression, la modification des prix payés par le malade affectent substantiellement le recours aux soins. La suppression de ces paiements entraîne une demande accrue de services non nécessaires, crée généralement une demande qui ne peut pas être satisfaite,

et démoralise le personnel des services publics, qui a l'habitude d'utiliser ces recettes ou bien pour compléter les salaires ou bien pour contribuer au budget de la formation sanitaire.

*Les allocations sous condition,* qui ont été utilisées notamment dans les programmes préventifs et de nutrition, mais essentiellement en Amérique latine, dans des pays qui ont des systèmes de santé et de sécurité sociale qui fonctionnent relativement bien, sont efficaces bien que les résultats des études qui portent sur les effets en termes de santé soient contradictoires. Ces allocations ont aussi des effets négatifs (par exemple, laisser un enfant malnutri pour ne pas perdre le bénéfice de l'allocation); elles se développent néanmoins désormais en Afrique de l'Ouest, par exemple à Ouagadougou [Aker, 2009], parfois sous la pression des ONG [IRIN, 2009; Werker 2008].

*Les systèmes communautaires d'assurance maladie* (adhésion volontaire, gestion locale... comme les mutuelles en Afrique de l'Ouest) ont apparemment des résultats mitigés. Comparés à une situation sans assurance, ils semblent efficaces pour accroître l'accès au système de santé (niveau primaire et secondaire) pour les consultations prénatales et la vaccination, mais pourraient réduire le nombre de consultations curatives par tête. Toutefois, ces résultats sont d'une qualité médiocre, et portent sur de petits projets, qu'il est difficile d'étendre; et il n'existe aucune évaluation des effets des systèmes obligatoires d'assurance maladie. Bien qu'un effort considérable soit fait par les institutions internationales et par leurs experts pour amener les pays pauvres à généraliser l'assurance maladie, voire à créer un régime d'assurance universelle [Dussault *et al.*, 2006], personne ne se préoccupe vraiment de former les capacités de gestion qui y sont nécessaires, ni de préciser quelles ressources autochtones y seront consacrées; et s'il s'agit, comme dans le cas des fonds d'équité, de donner un nouveau nom à une pure et simple subvention, ces initiatives n'ont à l'évidence qu'un intérêt très limité et un avenir douteux.

Certaines institutions sont en effet soucieuses de montrer qu'elles apportent chaque jour des solutions nouvelles et épatantes : ainsi, par exemple,

les fonds d'équité [OMS, 2007]. Sous ce nom, on désigne un regroupement de bailleurs caritatifs pour financer les soins gratuits des indigents. Dans certains pays, la création des fonds d'équité est devenue une composante du plan de développement sanitaire; elle est donc subventionnée par les bailleurs (tel est le cas au Cambodge, par exemple : Banque mondiale, Banque asiatique de développement, coopérations belge, anglaise, japonaise); les sommes réunies permettent de financer les soins lorsque les bailleurs se substituent aux bénéficiaires pour payer des cotisations; le fonds crée donc un système purement fictif d'assurance qu'on baptisera de communautaire pour faire mode, mais en réalité entièrement alimenté par l'argent de l'aide, et voilà ce qui est épatant dans ce genre d'innovation! Laissons de côté d'autres aspects délicats de cette fiction : qui identifie les indigents? Sur quels critères? Quels arrangements sont passés avec les formations sanitaires? Comment contrôle-t-on la qualité des soins? Comment paie-t-on les soins, à un tarif forfaitaire ou au coût réel? Quelle est la pérennité des efforts de ce genre? etc. Ce qui est sûr, c'est que, en confiant la gestion des fonds d'équité à des ONG locales, on contourne le service public, et on l'oblige à traiter avec des tiers. C'est parfois le seul but de l'opération.

Comme on le voit, c'est une nouvelle fois, semble-t-il, des bailleurs que vient l'innovation, car elle leur sert d'abord à eux dans la concurrence effrénée qui règne entre eux. Soucieux de pouvoir se prévaloir de résultats, ils adoptent toute idée nouvelle, dès que son expérimentation semble donner quelques résultats, et la transforment en une politique nationale richement dotée, quitte à la dénaturer. Il se pourrait que cette généralisation hâtive, déjà observée à propos des centres de santé communautaires, se répète aujourd'hui en ce qui concerne les systèmes mutualistes et l'assurance obligatoire, simplement parce que tel est à un moment donné le canal par lequel les bailleurs peuvent faire passer leur aide. Nous en revenons donc à la question : pourquoi les bailleurs sont-ils si généreux?

### 3.2 L'évolution des attitudes des bailleurs de fonds

Il fut un temps, pas si lointain, où les bailleurs ne finançaient que les investissements, considérant

que le fonctionnement devait rester à la charge pleine et entière des bénéficiaires. Ces investissements étaient définis de façon très précise, dans des projets parfaitement ciblés, éventuellement accompagnés d'assistance technique. Progressivement, les projets ont été amenés à couvrir les dépenses de fonctionnement indispensables à la mise en service effective des équipements qu'ils finançaient, et les administrations des pays bénéficiaires n'y ont vu que des avantages. Puis, à la fois pour éviter la charge de l'assistance technique et pour faire droit aux revendications des pays bénéficiaires, l'approche par les projets a été abandonnée au profit d'une approche par des programmes définis en termes généraux, financés globalement, ces financements étant désormais gérés par l'administration du ministère de la Santé du pays bénéficiaire. De l'approche programme, ou sectorielle – d'où son nom de SWAp, pour Sector Wide Approach programme, largement utilisé dans les conditionnalités des programmes d'ajustement structurel –, on est passé assez rapidement et sans difficulté à l'aide budgétaire sectorielle, puis à l'aide budgétaire globale : là les bailleurs accordent un montant déterminé au ministère des Finances du pays bénéficiaire, qui utilise ce financement comme il l'entend.

Il faut se rappeler aussi que, contrairement à ce que les milieux de la santé se plaisent à répéter, les services publics de santé étaient à l'abandon, au moins en Afrique de l'Ouest, bien avant que ne débute l'ajustement structurel [Brunet-Jailly, 1996]. Les États nouvellement indépendants ne disposaient pas encore d'un puissant corps mandarinal de professeurs de médecine, et ils avaient visiblement d'autres priorités que d'améliorer l'état de santé de leurs populations rurales ou urbaines par les stratégies de santé publique adaptées, mais ils ont apparemment vite compris que la santé était un domaine d'élection de l'aide sous toutes ses formes.

Il fut un temps, pas si lointain, où la Banque mondiale n'intervenait pratiquement pas dans le secteur de la santé. C'est en 1987 seulement que la santé est devenue un de ses secteurs d'intervention parmi d'autres. À partir de là, le développement des activités financées par la Banque mondiale a été très rapide : alors que de 1981 à 1987 elle n'avait financé que 26 projets, à partir de 1989 elle en a

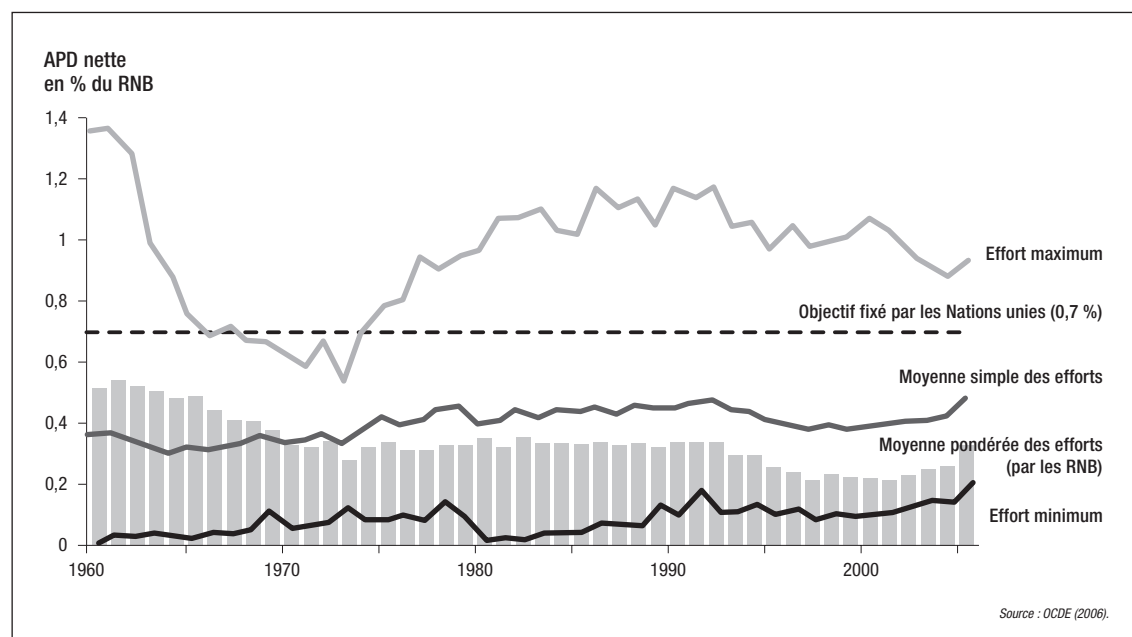
financé en moyenne 10 par an. En moins de dix ans, elle est devenue « le prêteur le plus important au monde dans le domaine de la santé » [Banque mondiale, 1997] après avoir eu, il faut le reconnaître, le souci d'acquiescer patiemment une expérience dans ce domaine nouveau pour elle, et après avoir aussi montré sa capacité à se défaire de ses premières illusions [Brunet-Jailly, 1999]. En outre, la Banque mondiale s'est immédiatement imposée comme partie prenante dans les nouvelles institutions créées, en partie au moins, pour éviter que l'Organisation mondiale de la santé ne soit définitivement dépouillée de son magistère traditionnel. Alors que le Programme mondial sur le sida avait été créé dès 1987 au sein de l'OMS, le Programme conjoint des Nations unies contre le VIH/sida (ou Onusida qui associe 10 agences de l'ONU, dont l'Unicef, l'Unesco, le Fnuap, le PAM, l'OMS, le PNUD, etc. et la Banque mondiale) l'a remplacé dès janvier 1996, avant que ne soit créé en 2002 le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sous la forme d'un partenariat public-privé mondial – même si le privé ne participe qu'à hauteur de 4 à 6 % du total des fonds recueillis –, et avant que ce dernier ne devienne une organisation internationale dont la

gestion est, à partir de janvier 2009, totalement indépendante de l'OMS. Désormais, la Banque mondiale n'est plus qu'un bailleur parmi d'autres, ce qui ne signifie pas que son influence soit devenue négligeable. La multiplication des bailleurs accroît inévitablement la concurrence entre eux, et élargit la marge de manœuvre des pays aidés. Il est clair désormais que tous les bailleurs sont prêts à financer aussi bien les activités sanitaires courantes que les investissements de ce secteur.

### 3.3 L'évolution des moyens des bailleurs

Prenons donc un peu de recul et considérons l'évolution de l'aide au cours des dernières décennies. D'une part et avant tout, il faut souligner que l'aide n'est qu'une goutte d'eau au milieu d'un océan de richesse insolente : tous les discours des chefs d'État n'y font rien, aucun n'est capable d'engager son pays dans une action déterminée de grande ampleur en faveur du développement; les pays nordiques font un peu mieux que les pays latins, les États-Unis ne font que ce qui leur plaît, et les pauvres restent pauvres à la satisfaction de tous. Et les électeurs des pays riches continuent à élire des députés et chefs d'État qui se soucient de l'aide internationale comme d'une guigne.

Graphique 1 : L'effort d'aide des pays du Comité d'aide au développement (CAD), 1960-2005



En second lieu, cette aide si chiche est très variable, volatile et imprévisible. Elle connaît des cycles dont la nature et les lois n'ont jamais été vraiment analysées. Le graphique 1 [Charnoz et Sevrino, 2007, p. 34] montre le comportement de la classe, entre son meilleur élève et le cancre. En tendance, pour les pays du Comité d'aide au développement de l'OCDE, l'effort d'aide (aide publique en % du revenu national brut, moyenne pondérée par les revenus nationaux bruts) a diminué sensiblement de 1960 à 1973 (passant d'environ 0,5 % à 0,3 %) pour rester stable ensuite pendant vingt ans ; après quoi, nouvelle chute de 1994 à 2002, puis rebond à partir de 2003 et surtout 2006.

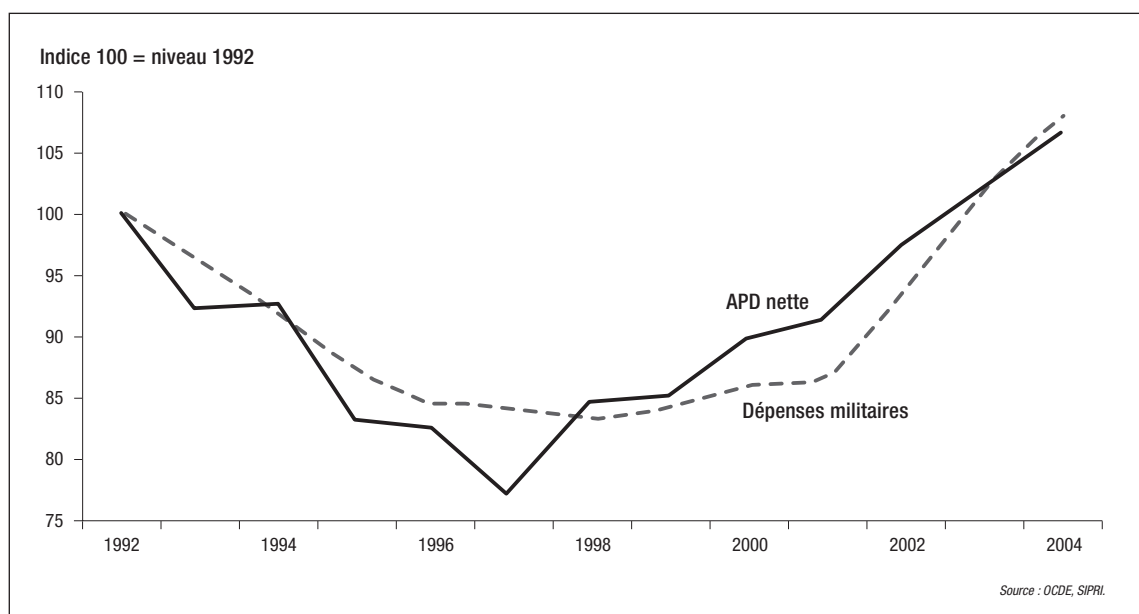
La vanité des décisions des Nations unies saute aux yeux : malgré le consensus des pays membres, et quarante ans après, l'aide reste inférieure à la moitié de ce qu'elle devrait être si chacun avait tenu parole. Et l'on en est toujours à invoquer les restrictions budgétaires ! « L'engagement pris, d'une part, par le G8 de doubler l'aide annuelle allouée à l'Afrique d'ici 2010 et, d'autre part, par 15 pays de l'UE (UE15) de consacrer au moins 0,51 % de leur revenu national brut (RNB) à l'aide publique au développement (APD) d'ici 2010 [...]

requerra [...] un effort conséquent pour la plupart des pays de l'UE15. Ainsi, l'Italie devra tripler son APD entre 2004 et 2010 si elle veut atteindre l'objectif de 0,51 %. De même, plusieurs autres pays de l'UE15, comme l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, la Finlande et la Grèce, devront plus que doubler leur aide au cours de la même période. Cette forte augmentation de l'aide devra intervenir alors que la plupart de ces pays seront confrontés à de sévères restrictions budgétaires » lisait-on juste avant la crise financière [OCDE, 2007, p. 26].

Mais il y a plus : cette aide est une arme, elle sert à se protéger, à renforcer ses alliances, à se créer une clientèle, et d'ailleurs elle se comporte comme les dépenses militaires, le graphique ci-dessous le montre clairement [Charnoz et Sevrino, 2007, p. 42].

Il est naturel et justifié d'interpréter la diminution constatée après 1991 comme la conséquence de la disparition de l'URSS, et donc de l'atténuation de la concurrence entre l'Est et l'Ouest auprès des clients. [Brunel, 2002]. Il est naturel d'interpréter la reprise après 1997 comme la conséquence de nouvelles menaces, avec des guerres locales susceptibles d'atteindre les intérêts vitaux des généreux donateurs.

Graphique 2 : Évolution de l'aide publique au développement (APD) et des dépenses militaires, 1999-2004





Notons encore que le Comité d'aide au développement (CAD) ne représente plus sans doute désormais que la moitié de l'aide publique au développement, du fait de l'intervention de nouveaux donateurs non membres de cette institution. Par exemple i) les pays membres de l'OCDE non membres du CAD (Corée, Mexique, Turquie et plusieurs pays européens) et les nouveaux membres de l'Union européenne non membres de l'OCDE; ii) les pays du Moyen-Orient et les membres de l'OPEP et leurs fonds; et iii) les pays non membres de l'OCDE, non membres de l'Union européenne parmi lesquels figurent les deux « poids lourds » que sont la Chine et l'Inde, le tout formant un groupe très disparate [OCDE, 2007, p. 42]. Comme on pouvait s'y attendre, ces nouveaux donateurs ont leurs propres objectifs, et en conséquence sont très discrets sur le volume réel et l'utilisation effective de leurs dons.

Enfin, il ne faut pas croire que les pays les plus pauvres, et l'Afrique notamment, soient seuls bénéficiaires de cette aide. Ainsi la part de l'APD à destination de l'Afrique serait d'environ 35 % ces dernières années (2005-2006), les pays émergents à revenu intermédiaire en recevant près de 45 % [Madaule, 2008, p. 25 et 62]. Ceci est bien compréhensible : les généreux donateurs ne veulent pas « perdre » leur aide, ils veulent des résultats, et donc ils préfèrent la réserver à des pays qui doivent être soutenus pour des raisons stratégiques ou à ceux qui ont montré qu'ils peuvent tirer profit de cette aide. La liste des principaux bénéficiaires en Afrique au début des années 2000 mérite d'être rappelée : dix pays ont reçu la moitié de l'aide réservée à l'Afrique et ces pays sont la République démocratique du Congo, la Tanzanie, l'Éthiopie, le Mozambique, l'Égypte, le Ghana, l'Ouganda, le Cameroun, la Zambie et Madagascar [OCDE, 2007, p. 27]. Selon quels critères ?

En quoi l'aide publique au développement concerne-t-elle la santé ? Difficile à dire ! Car les statistiques de l'OCDE, pour abondantes et accessibles qu'elles soient, semblent ne répartir que les engagements de l'APD bilatérale totale entre les grands secteurs socio-économiques (dont la santé) [OCDE, 2008b]. À titre indicatif, la part de la santé dans l'APD bilatérale totale de 2007 est de 4,9 % ; si

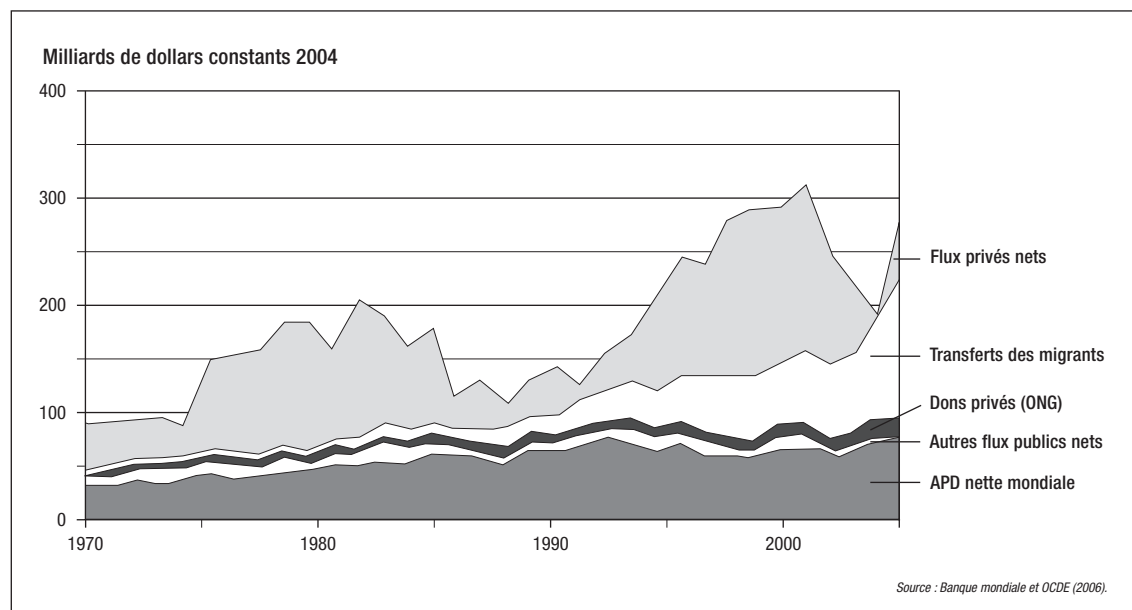
on y ajoute les activités de maîtrise de la croissance de la population et de lutte contre le sida (regroupées par l'OCDE), on atteint au total 11 % de l'APD bilatérale. Autant dire que la santé *stricto sensu* doit se contenter de la portion congrue. À titre d'illustration, la programmation du dixième Fonds européen de développement (FED) accorde environ 3 % de son volume total au secteur de la santé des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique. Entre 1993 et 2003, il apparaît que les dépenses dans le domaine de la santé et de la population ont, à l'exception de celles qui ont porté sur le sida, vu leur part se réduire dans l'aide (comme d'ailleurs les dépenses considérées comme susceptibles de lutter contre la pauvreté) [MacKellar, 2005].

Mais il est un point sur lequel les tendances générales dégagées ci-dessus éclairent d'un coup ce qui s'est passé dans le domaine de la santé : les thèmes liés au recouvrement des coûts et aux soins de santé primaires sont apparus précisément à la fin d'une décennie au cours de laquelle les ressources d'aide tant publiques que privées sont au plus bas (les années 1980). Pendant cette période, la dette essentiellement privée accumulée à la fin des années 1970 et au début des années 1980 était si difficile à supporter que les banques (notamment les banques multilatérales) ont été amenées à accorder dans la dernière décennie du siècle passé des prêts « défensifs », uniquement destinés à permettre aux débiteurs de rembourser les prêteurs.

Et la réapparition du thème de la gratuité se produit dans la fin des années 2000 au moment où les pays dépendants de l'aide font face à un afflux de ressources extérieures, essentiellement privées, ou provenant des partenariats public-privé très à la mode. Voilà en fait ce que la bulle financière de la dernière décennie du xx<sup>e</sup> siècle a entraîné dans le domaine qui nous intéresse ici.

Au cours des années 1990, une lecture attentive des documents circulant entre les bailleurs et les États d'Afrique de l'Ouest confirme que ce qui compte pour les premiers, c'est de placer un volume donné d'aide, justifié par des contraintes macro-économiques de financement, et que le secteur de la santé est l'un de ceux qui bénéficient de ces largesses, parce que personne ne viendra contester

Graphique 3 : Les ressources extérieures des pays en voie de développement (PED), 1970-2004



une aide allouée à la santé [Brunet-Jailly, 1996], alors même qu'on est en pleine période de « fatigue des donateurs ». En effet, les années 1990 ont été marquées par une déception assez générale des bailleurs devant la faiblesse des résultats obtenus grâce à leurs appuis, et par une forme d'hostilité des opinions publiques à l'égard de l'aide [IMF-Banque mondiale 2000].

Le climat est tout différent dans la décennie suivante. L'aide publique au développement atteint pour la première fois en 2005 le montant de 105 milliards de dollars (dont environ 20 d'allègements de dettes), mais on estime alors que la réalisation des OMD d'ici 2015 exigerait au minimum 50 milliards de plus [OCDE, 2007, p. 73]. Ce chiffre correspond au total des montants nécessaires pour la lutte contre les maladies transmissibles (7 à 10 milliards de dollars), pour l'éducation primaire (10 milliards de dollars), pour la réduction de la mortalité infantile et maternelle (12 milliards de dollars) et pour la réduction de moitié de la pauvreté (20 milliards de dollars). Entre 40 et 60 milliards de dollars supplémentaires d'aide publique au développement seraient nécessaires pour atteindre ces objectifs d'ici 2015 [Devarajan *et al.*, 2002]. Visiblement, ce n'est pas vraiment un problème : les flux annuels de l'aide ne sont « qu'une

goutte dans l'océan », admet Robert Zoellick, président de la Banque mondiale [Mold *et al.*, 2008]. L'ambiance est même telle, dans ces années, que l'institution spécialisée des Nations unies n'hésite pas à réévaluer considérablement le coût de ses ambitions : dès 2005 les financements qu'elle réclame désormais pour atteindre les Objectifs du Millénaire dans tous les pays sont estimés à 108 milliards de dollars en 2010 et 189 milliards de dollars en 2015 [UN Millenium Project, 2008, p. 251]. Face à ce vertige des grands chiffres, la générosité suivra-t-elle ? Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme se prépare à mobiliser à lui seul entre 13 et 20 milliards de dollars à la prochaine conférence de reconstitution des ressources de l'institution en octobre 2010. La crise financière, parfaitement évidente fin 2008, n'a pas empêché le Fonds mondial qui « se considère lui-même comme un instrument financier et non comme une agence de mise en œuvre » [OCDE, 2007, p. 84], d'entretenir l'espoir que des ressources financières supplémentaires pourraient être créées en faisant appel à des investisseurs plaçant leur argent selon des formules innovantes [Fonds mondial, 2008].

Dans ce contexte, la gratuité des soins prend un intérêt nouveau, en offrant la possibilité d'utiliser

de grands montants d'aide. Les États-Unis donnent l'exemple avec un programme présidentiel finançant la gratuité du traitement du sida dans quinze pays sur la période 2003-2008; sous la présidence de G. W. Bush, il s'agit de montrer qu'un pays résolument conservateur peut faire preuve de compassion; le US President's Emergency Plan for Aids Relief (Pepfar), lancé en 2003, doté de 15 milliards de dollars, permet aux États-Unis de se présenter comme le premier bailleur de fonds dans la lutte contre le sida. Tout récemment le Congrès américain a approuvé la poursuite de cet effort en votant une enveloppe de 48 milliards de dollars en faveur de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour les cinq prochaines années.

L'engouement pour la gratuité se manifeste ailleurs. On voit le Niger décider de façon inopinée la gratuité des soins aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants jusqu'à 5 ans, sans avoir la moindre idée de ce que cette décision pourrait coûter, ni de la façon de la financer [Brunet-Jailly *et al.*, 2007]. C'est l'Agence française de développement qui, dans l'urgence, y contribuera en partie. On voit le Bénin faire le même genre de beau geste; on voit Médecins sans frontières plaider pour la gratuité des soins aux enfants au Mali, en le justifiant par le but de parvenir à une meilleure prise en charge du paludisme, etc. Peu importe que le Niger ne dispose que de huit formations sanitaires susceptibles de réaliser une simple césarienne, dont la moitié dans la capitale, où la population n'est pas la plus défavorisée du pays! Peu importent les études qui ont montré à quel point la gratuité bénéficie plus aux plus riches qu'aux plus pauvres! [Castro-Leal *et al.*, 1999; Castro-Leal *et al.*, 2000]. Peu importe le caractère temporaire de l'accroissement de fréquentation observé ici et là après l'introduction de la gratuité!

Si les donateurs ont à placer des montants d'aide bien plus importants que ceux qu'ils sont habitués à consacrer à cet emploi, c'est que les spécialistes de finance font assaut d'innovations financières: les uns proposent des taxes (sur les billets d'avion, mécanisme qui finance effectivement Unitaïd, sur les émissions nocives pour l'environnement, sur les opérations de change ou «taxe Tobin» du nom de son créateur, la plus ancienne car datant de 1972,

sur les ventes d'armes...), d'autres l'émission de droits de tirage spéciaux affectés aux Objectifs du Millénaire pour le développement. D'autres encore suggèrent une facilité financière internationale, autrement dit une nouvelle institution financière internationale qui, grâce à des engagements contraignants des États à lui verser des contributions convenues dans les vingt à trente années futures, empruntera sur le marché des capitaux (en émettant des obligations) pour recueillir des fonds qui seront employés «de façon optimale» pour financer les programmes sélectionnés, par exemple GAVI [GAVI, 2008]. Enfin, certains proposent des engagements liés aux annulations de dette, c'est-à-dire pour les créanciers des États endettés d'accepter le report du remboursement de leur créance (ou d'une partie de cette dernière) sous la condition que l'emprunteur investisse une contrepartie déterminée dans un programme agréé par une institution tiers (le Fonds mondial en l'occurrence); cette contrepartie peut être versée en une fois, ou bien correspondre au service de la dette [Fonds mondial, 2008]. Il s'agit tout simplement d'«aider les bailleurs à faire face aux restrictions budgétaires tout en augmentant les recettes d'aide publique au développement» [OCDE, 2007, p. 42] et de favoriser les recettes hors budget. Évidemment, les taxes se heurtent à une législation américaine déclarant illégale la participation des États-Unis à tout système de taxation mondiale [OCDE, 2007, p. 78] et à la difficulté d'entraîner toutes les nations à respecter les dispositions arrêtées d'un commun accord. Quant aux droits de tirage spéciaux, ils sont une forme d'émission monétaire, et une «alternative potentiellement lucrative» aux bons du Trésor américain pour les pays asiatiques dont les banques centrales ont accumulé d'énormes réserves de change [OCDE, 2007, p. 88]; il en va de même pour la facilité financière internationale, «produit d'ingénierie financière (pour ne pas dire de création monétaire)» [OCDE, 2007, p. 74]. Au diable l'avarice, ignorons tous ces inconvénients, en 2007 la crise n'est pas encore visible! Ignorons aussi que ces modalités sont coûteuses: dans le cas d'un recours à des investisseurs, qui ne sont pas des philanthropes, et qui interviennent sur des marchés si risqués, il leur est possible de revendiquer par exemple 15% de marge annuelle pour

le seul risque de défaillance [OCDE, 2007, p. 58] : quel est le surcoût sur quinze ans ?

Ignorons encore que ces modalités sont iniques. Au motif qu'il y a urgence à réaliser les Objectifs du Millénaire à la date fixée, et donc à disposer très rapidement des financements auxquels les États se sont engagés, des modalités sont proposées par les plus habiles financiers de la planète pour reporter sur les budgets futurs des sommes qu'on ne veut pas prendre sur les budgets actuels. Les experts de l'OCDE ne font qu'une allusion timide à ces problèmes, qu'ils nomment constitutionnels<sup>2</sup> [OCDE, 2007, p. 87 et p. 95], sans mentionner que ce sont aussi des problèmes d'équité inter-temporelle : nous qui savons que la charge de nos vieillards va s'alourdir considérablement dans l'avenir, nous décidons aujourd'hui de financer par le crédit l'aide au développement, et nos enfants la paieront ; c'est insensé !

Désormais, comme la crise est là, on mesure mieux les conséquences tragiques de ces comportements absurdes. Mais on ne les mesure peut-être pas encore toutes. Ainsi, le débat est désormais ouvert, au moins aux États-Unis, sur la portée de ces engagements dont les chefs d'État tirent tant de satisfaction. Qu'y apprend-on ? Aujourd'hui, deux millions de personnes sont sous traitement grâce au programme Pefpar [Over, communication personnelle] et la question ne peut plus être éludée de savoir si les engagements qu'ont pris les États-Unis pourront être tenus. Certes, ils constituent un excellent exemple de transfert de revenu entre pays riches et pays pauvres, comme le souhaitent les activistes : mais jusqu'où est-on prêt à aller dans ce transfert ? Et si notre générosité est limitée, était-il légitime d'utiliser les malades comme masse de manœuvre ? Était-il raisonnable de limiter les dépenses de prévention – comme l'a fait avec détermination le Pefpar – tout en prétendant assurer l'accès de tous les malades

au traitement [Over, 2008] ? Était-il justifié de ne déployer aucun effort pour évaluer l'efficacité de la stratégie mise en œuvre en analysant ses effets sur les déterminants de chaque épidémie nationale ? [Institute of Medicine, 2007, p. 133]. Si ces décisions paraissent aujourd'hui si contestables, quels intérêts servaient-elles ? Et quelles seront leurs conséquences ? Par ce programme, les États-Unis se sont engagés moralement auprès de millions de malades, mais le nombre de nouveaux cas continue de croître plus rapidement que le nombre de malades en traitement : pour deux personnes mises sous traitement antirétroviral, cinq nouvelles infections à VIH se produisent. À moins d'un accroissement phénoménal de l'aide, ces engagements déjà pris en matière de traitement rendront inévitablement discrétionnaire (c'est-à-dire menaceront) toute autre forme d'aide, qu'il s'agisse de financer la prévention du sida ou tout autre Objectif du Millénaire pour le développement, et cela dans un avenir proche [Over, 2008]. Quant au dépérissement accéléré du système de santé des pays bénéficiaires, du fait de la concentration de l'aide sur les seuls programmes de lutte contre le sida [Garrett, 2007], quelle catastrophe faudra-t-il pour que les États s'en préoccupent ?

La grande et soudaine générosité des ONG et des institutions internationales, au cours de la dernière décennie, est née du laxisme du crédit qui a donné pendant quelques années aux États (et à toutes les intermédiaires internationaux et nationaux, publics et privés, qui se nourrissent de la gestion de l'aide) des moyens inhabituellement abondants, dont on découvre aujourd'hui que les générations futures devront les payer après que les générations actuelles auront supporté la crise terrible, désormais ouverte, à laquelle ils ont conduit. De la même façon, l'introduction du recouvrement des coûts était intervenue à la fin des années 1980 comme conséquence de l'assèchement des financements publics de la santé, sans qu'il soit justifié d'incriminer l'ajustement structurel. Le pendule du financement de la santé reflète simplement l'abondance ou la rareté des moyens qui peuvent être affectés à l'aide, et les épanchements de générosité des activistes ne sont que naïvetés instrumentalisées.

2 En évitant, au premier endroit, de l'appliquer clairement à la facilité financière internationale, mais de façon explicite au second endroit ; on parle de problèmes constitutionnels parce que certaines constitutions interdisent le report de charges sur les générations futures.

Aujourd'hui, on se préoccupe de limiter les conséquences déjà prévisibles de la diminution de l'aide : Robert Zoellick propose qu'on prélève pour l'aide 0,7 % de tous les financements exceptionnels qui seront mobilisés (donc empruntés) pour lutter contre la crise mondiale [Zoellick, 2009], pendant que Nancy Birdsall estime qu'on pourrait rapidement financer (par emprunt) 1 000 milliards de dollars au profit des pays en voie de développement [Birdsall, 2009]. Les ordres de grandeur donnent le vertige, la crise est toute nouvelle, les risques qu'elle présente sont entièrement inédits. La stratégie qui a consisté à plaider la gratuité pour employer une aide largement disponible au cours de la dernière décennie, dopée par le laxisme du crédit, et en partie elle aussi empruntée sur les marchés, était visiblement une stratégie conçue par des activistes pour qui tout argument était bon pour augmenter les transferts à destination des pays pauvres. Même si ces activistes ne s'en rendent pas compte, cette stratégie entrainait parfaitement dans les vues de ceux pour qui l'essentiel est de forcer tous les pays, mêmes les plus pauvres, à se plier aux conditions de la mondialisation. Alors même que, pendant une vingtaine d'années, les pays émergents, accaparant une partie de la valeur ajoutée des productions livrées sur le marché mondial [Brunet-Jailly, 2005], se sont un peu développés – la Chine a par exemple considérablement réduit la proportion de sa population vivant sous le seuil de pauvreté –, la crise actuelle réduit à rien leurs efforts, pendant que les pays les plus pauvres n'ont pu qu'absorber des produits importés qui leur interdisaient toute industrialisation.

La mondialisation signifie aussi que les décisions dépendent d'un nombre toujours plus réduit de centres de pouvoir, et qu'elles s'inspirent toujours plus étroitement de la façon dont les pays riches conçoivent l'avenir. Ainsi, au motif qu'aujourd'hui il faut sauver l'économie mondiale d'une ruine assurée, on risque fort de perpétuer les inégalités colossales qui sont à l'origine de ce risque. Les dollars gagnés par la Chine, mais obligatoirement placés en bons du Trésor américain, se sont inexorablement dépréciés, et ce n'est probablement pas terminé : qui sera la prochaine victime de ces jeux financiers et monétaires [Dessertine, 2009] ? De même l'ingérence, serait-elle humanitaire ou

thérapeutique, consiste à décider à la place de ceux qu'on prétend secourir : elle sert d'abord, quoi qu'on en dise, les intérêts de ceux qui se présentent comme entièrement désintéressés ; elle méprise la façon de voir de ceux qui sont dans la misère et leur impose les vues des puissants. La théorie de l'urgence le dit clairement, et avec cynisme. Quand les bonnes âmes comprendront-elles qu'il n'y a pas de développement sans que, d'abord et avant tout, les décisions soient prises par ceux qu'elles concernent et pas par des étrangers, si généreux qu'ils se disent et cherchent à le paraître devant les caméras ? Cette façon d'imposer les vues du Nord, par exemple en matière de priorité absolue à la lutte contre le sida, a créé des inégalités monstrueuses au Sud entre les malades qui sont dans un programme financé par les institutions internationales (et les ONG, clientes des précédentes) d'une part, et les malades dont le sort est abandonné à des services de santé qui n'intéressent pas le Nord. Pour ne prendre qu'un exemple, on traite les malades du sida, mais on n'est pas en mesure d'assurer qu'une femme enceinte qui présente une sérologie positive de toxoplasmose puisse se procurer un antibiotique simple, ou on ne peut pas assurer une césarienne à toute femme pour qui cette intervention serait vitale [Brunet-Jailly, 1997]. Les malades du Sud, instrumentalisés par les activistes du Nord, n'auraient-ils été ces dernières décennies que le bouclier humain d'une stratégie du « tout traitement » essentiellement favorable au complexe médico-pharmaceutique ?

La politique de l'émotion, qui est la seule que connaissent les ONG et les politiciens, ne peut conduire qu'à quelques beaux gestes devant les caméras de télévision, sans suite. Elle évite soigneusement d'affronter le vrai problème, qui est celui de l'introduction d'un minimum de justice dans un monde où les inégalités ont cru de façon vertigineuse et deviennent socialement intolérables. La gratuité ne permet pas à l'offre de s'adapter à la demande : elle entraîne soit la réapparition du prix sous la forme d'honoraires illicites, de cadeaux, de passe-droits ; soit l'affectation de l'offre à certaines catégories de bénéficiaires (ceux à qui l'offre est géographiquement accessible par exemple, comme actuellement dans le cas du sida ou de la césarienne) alors que d'autres en sont exclues ; soit



l'effondrement de la qualité des prestations. Telles sont les conséquences inéluctables de la gratuité, telles sont les réalités inéluctables que masquent les discours démagogiques sur la gratuité. Or nous avons la possibilité de faire beaucoup mieux avec les moyens disponibles en matière de santé : les priorités de santé publique ne sont pas celles que revendiquent les institutions qui vivent de l'aide, ce sont celles que révèle l'analyse menée selon les meilleures techniques dont nous disposons, fondées sur la comparaison des gains en années de vie corrigées de l'invalidité pour une dépense de santé donnée [MacKellar, 2005 ; Brunet-Jailly, 2007].

La gratuité n'est pas de ce monde : toute prestation a un coût et aucun donateur n'est démuné d'arrière-pensées. Pire, la gratuité est dangereuse, car il ne peut y avoir de développement sans que se répande une attitude réfléchie par rapport au risque et par rapport aux moyens d'y faire face, cette attitude qui permet de décider par soi-même de tout ce qui vous concerne. Comme les moyens existent désormais d'éclairer la réflexion sur les priorités en tenant compte non seulement du poids de chaque

affection, mais encore de l'efficacité pour un coût donné des techniques préventives et thérapeutiques disponibles, c'est à ces moyens, malgré leurs imperfections, qu'il faut recourir pour éclairer cette réflexion, comme font les médecins qui emploient les traitements aujourd'hui disponibles même s'ils savent qu'ils ne sont pas parfaits. Ce recours aux meilleurs instruments disponibles est le seul moyen d'instaurer un peu de justice dans la distribution des soins comme nous le commentons par ailleurs [Brunet-Jailly et Kerouedan, 2010]. En outre, se dispenser de cet effort et des discussions qu'il suscitera, comme y incite la gratuité apparente et temporaire autorisée par l'aide, ne fait que perpétuer la dépendance et l'incapacité à en sortir.

**Mots clés :** accès universel – aide publique au développement (APD) – éthique – financement de la santé – gratuité – ingérence humanitaire – Initiative de Bamako (IB) – recouvrement des coûts

## Bibliographie

- Aker (Jenny) et Prieto (Cindy), « Cash or Food for Thought: The Debate on Cash versus Food Isn't Over (Yet) », 2009, [http://blogs.cgdev.org/globaldevelopment/2009/03/cash\\_or\\_food\\_for\\_thought\\_the\\_d.php](http://blogs.cgdev.org/globaldevelopment/2009/03/cash_or_food_for_thought_the_d.php)
- Banque mondiale, *Evaluating Health Projects, Lessons From The Literature*, World Bank Discussion Paper, 356, 1997, 118 p.
- Berche (Thierry), 1998 : *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, APAD-Karthala, 1998.
- Berenson (Alex) et Reed (Abelson), « The Cost Of A Look Inside The Heart », *New York Times-Le Monde*, 26 juillet 2008.
- Birdsall (Nancy), « How To Unlock The \$1 Trillion That Developing Countries Urgently Need To Cope With The Crisis », 2009, [www.cgdev.org/content/general/detail/1421143](http://www.cgdev.org/content/general/detail/1421143)
- Boelaert (Marleen), Van Damme (Wim), Meessen (Bruno) et Van Der Stuyft (Patrick), « The AIDS Crisis, Cost-effectiveness And Academic Activism », *Tropical Medicine and International Health*, 7 (12), 2002, p. 1001-1002.
- Brunel (Sylvie), « Les déséquilibres Nord-Sud et l'après guerre froide », *Cahiers français*, 310, septembre-octobre 2002, p. 3-9.
- Brunet-Jailly (Joseph), « La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement structurel » dans J. Coussy et J. Vallin (dir.), *Crise et population en Afrique*, éditions du Ceped, 1996.
- Brunet-Jailly (Joseph), *Le Sida et les choix de stratégie sanitaire, l'exemple de la Côte-d'Ivoire, communication à la X<sup>e</sup> conférence internationale sur les maladies sexuellement transmissibles et le sida en Afrique*, Abidjan, 7-11 décembre 1997, [www.world-bank.org/aids-econ/arv/brunet/arv-let.pdf](http://www.world-bank.org/aids-econ/arv/brunet/arv-let.pdf)
- Brunet-Jailly (Joseph), « La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé? », *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 161, septembre 1999, p. 355-370.
- Brunet-Jailly (Joseph), « La mondialisation, une chance pour les pays pauvres », *Le Monde*, 12 avril 2005, [http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type\\_item=ART\\_ARCH\\_30J&objet\\_id=896660](http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type_item=ART_ARCH_30J&objet_id=896660)
- Brunet-Jailly (Joseph), « Economic and Ethical Aspects of Controlling Infectious Diseases », dans M. Caraël et J. R. Glynn, *HIV*,

- Resurgent Infections And Population Change In Africa*, International Studies in Population, 6, 2007.
- Brunet-Jailly (Joseph), Cisse (B.) et Keita (M.), *Le financement de la gratuité des soins destinés aux mères et aux enfants au Niger*, Rapport pour la Banque mondiale, juillet 2007, 87 p.
- Brunet-Jailly (Joseph) et Kerouedan (Dominique), « Il est temps d'en finir avec l'exceptionnalisme du sida », soumis à la revue *Esprit*, juin 2010.
- Castro-Leal (Florencia), Dayton (Julia), Demery (Lionel) et Mehra (Kalpana), « Public Social Spending In Africa: Do The Poor Benefit? », *World Bank Research Observer*, 14, 1999, p. 49-72.
- Castro-Leal (Florencia), Dayton (Julia), Demery (Lionel) et Mehra (Kalpana), « Public Spending On Health Care In Africa: Do The Poor Benefit? », *Bull World Health Organ*, 78, 2000, p. 66-74.
- Charnoz (Olivier) et Severino (Jean-Michel), *L'Aide publique au développement*, Paris, La Découverte, 2007.
- Cholet (Estelle), Morel (Max), Roger (Hélène) et Stadnichuke (Ekaterina), « La gratuité des soins en débat », 2008, <http://humanitaire.revues.org/index471.html>
- Cisse (Boubou), Luchini (Stéphane) et Moatti (Jean-Paul), « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED », *Revue française d'économie*, 4, 2004, p. 135-136.
- Commission des Nations unies pour les droits humains, *The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Genève, 25 avril-12 mai 2010, [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)
- Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics And Health: Investing In Health For Economic Development*, Genève, OMS, 2001, [www.cid.harvard.edu/archive/cmh](http://www.cid.harvard.edu/archive/cmh)
- Dessertine (Philippe), *Ceci n'est pas une crise (juste la fin d'un monde)*, Paris, Éditions Anne Carrière, 2009, 168 p.
- Devarajan (Shantayanan), Miller (Margaret) et Swanson (Éric), « Development Goals: History, Prospects and Costs », *World Bank Policy Research Working Paper*, Washington DC, Banque mondiale, 2189, avril 2002.
- Diakite (Birman Dian), Diarra (Tiemann) et Traore (Sidy), « Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni », dans J. Brunet-Jailly (dir.), *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala, 1993.
- Diakite (Birman Dian), Diarra (Kafing) et Keita (Moussa), *Les Comptes nationaux de la santé du Mali, 1999-2004*, ministère de la Santé-Institut national de recherche en santé publique, juillet 2007, 93 p.
- Dodier (Nicolas), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2003, 359 p.
- Dussault (Gilles), Fournier (Pierre) et Letourmy (Alain), *L'Assurance maladie en Afrique francophone, améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque mondiale, 2006, 557 p.
- Fonds mondial, « Inside the House of Money, Doha », 1<sup>er</sup> décembre 2008, [www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/stories/?story=story200812](http://www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/stories/?story=story200812)
- Fonds mondial, « Initiative 'Debt2Health' », [www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/debt2health/overview](http://www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/debt2health/overview) et [www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/debt2health/incentives](http://www.theglobalfund.org/fr/innovativefinancing/debt2health/incentives)
- Garrett (Laurie), « The Challenge of Global Health », *Foreign Affairs*, 86 (1), janvier-février 2007, p. 14-38.
- Grelet (Stany) et Mangeot (Philippe), « Sida, plein sud », *Vacarme*, 19, printemps 2002, [www.vacarme.org/article266.html](http://www.vacarme.org/article266.html)
- IMF-Banque mondiale, *Recent Trends In The Transfer Of Resources To Developing Countries*, 24 mars 2000, <http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMINT/Documentation/20126629/DC-2000-03E-Trends.pdf>
- Institute of Medicine, *PEPFAR Implementation: Progress and Promise*. Washington DC, The National Academy Press, mars 2007.
- IRIN, « West Africa, Do High Food Prices Warrant A Cash Response? », 2009, [www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=80154](http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=80154)
- James (Chris), Hanson (Kara), McPake (Barbara), Balabanova (Dina) et Gwatkin (Davidson), « To Retain or Remove User Fees. Reflections on The Current Debate In Low And Middle-income Countries », *Appl Health Econ Health Policy*, 5, 2006, p. 137-153.
- Juillet (Anne), *Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement : Les recours aux services de santé à Bamako*, thèse de doctorat, Paris, Université de Paris-I, 1998.
- Juillet (Anne), *L'Impact des tarifs des services de santé et des revenus sur les décisions de recours aux soins des malades de Bamako, estimation d'un modèle logit emboîté*, manuscrit non publié, 2000.
- Kirman (Alan P.), Luchini (Stéphane) et Moatti (Jean-Paul), « Can Economic Analysis Contribute To The Current Debate On Access To HIV/AIDS Care In Developing Countries? », *Économie publique*, 12 (1), 2003, p. 131-151, <http://economiepublique.revues.org/372>
- Kolata (Gina) et Pollack (Andrew), « Cancer, Drugs And Costs: Too Much For Too Little? », *International Herald Tribune*, 7 juillet 2008.
- Kouchner (Bernard), « Contre le sida, l'ingérence thérapeutique », *Le Monde*, 28 février 1998.
- Lewin (Simon), Lavis (John N.), Oxman (Andrew D.), Bastias (Gabriel), Chopra (Mickey), Ciaponi (Agustin), Flottorp (Signe), Garcia Marti (Sesbastian), Pantoja (Tomas), Rada (Gabriel), Souza (Nathan), Treweek (Shaun), Wiysongue (Charles S.) et Haines (Andy), « Supporting The Delivery of Cost-Effective Interventions in Primary Health-Care Systems in Low-Income and Middle-income Countries: An Overview of Systematic Reviews », *The Lancet*, 372 (9 642), septembre 2008, p. 928-939.
- Mackellar (Landis), « Priorities For Global Assistance For Health, AIDS And Population », *Population and Development Review*, 31 (2), juin 2005, p. 293-312, [www.iiasa.ac.at/docs/HOTP/Nov05/pdr-mackellar.pdf](http://www.iiasa.ac.at/docs/HOTP/Nov05/pdr-mackellar.pdf)
- Madaule (Stéphane), *L'Aide publique au développement, l'abécédaire de la réforme*, Paris, L'Harmattan, 2008, 308 p.
- Mauriac (François), *La Paix des cimes : chroniques 1948-1955*, Paris, Bartillat, 2000.
- MSF, « Mali, refuser la fatalité du paludisme », avril 2008, [www.msf.lu/news-detail/period/1233926500///artikel/181/mali-refus.html](http://www.msf.lu/news-detail/period/1233926500///artikel/181/mali-refus.html)
- Mold (Andrew), Olcer (Dilan) et Prozzon (Analisa), « La crise financière et ses retombées (3), les budgets d'aide seront-ils victimes de la crise du crédit ? », *Repères*, 85, décembre 2008, [www.oecd.org/dataoecd/19/61/41829666.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/19/61/41829666.pdf)
- OCDE, *Financer le développement : aide publique et autres sources*, 2007.
- OCDE, *Public Campaigns About The MDGs Since 2003*, 2008a, [www.oecd.org/document/59/0,3343,en\\_2649\\_33959\\_398696\\_91\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/59/0,3343,en_2649_33959_398696_91_1_1_1_1_1,00.html)
- OCDE, 2008b, [www.oecd.org/dataoecd/40/30/34036257.xls](http://www.oecd.org/dataoecd/40/30/34036257.xls)
- OMS, Déclaration de Alma-Ata, 1978, [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- OMS, *Atteindre les OMD de la santé dans les États ACP*, Document préparatoire à la Première réunion des ministres de la Santé des États ACP, Bruxelles, 24-26 octobre 2007.
- OMS, *Study Of Financial Access To Health Services For The Poor In Cambodia*, 2006, [www.who.int/health\\_financing/countries/cam-healthaccess.pdf](http://www.who.int/health_financing/countries/cam-healthaccess.pdf)
- OMS, *The World Health Report 2008*, 2008a, [www.who.int/whr/2008/en/index.html](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html)

- OMS, « Macroeconomics and Health », 2008b, [www.who.int/macrohealth](http://www.who.int/macrohealth)
- OMS, 2008c, [www.who.int/nha/country/nha\\_ratios\\_and\\_per-capita\\_levels\\_2001-2005.xls](http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_per-capita_levels_2001-2005.xls)
- Ooms (Gorik), « Health Development Versus Medical Relief, The Illusion Versus The Irrelevance Of Sustainability », *PLoS Medicine*, 3 (8), août 2006.
- Over (Mead), *Prevention Failure: The Ballooning Entitlement Burden of U.S. Global AIDS Treatment Spending and What to Do About It*, CGDev Working Paper 144, mai 2008, [www.cgdev.org/content/publications/detail/15973](http://www.cgdev.org/content/publications/detail/15973)
- République française, Conseil national du sida, *Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement, Rapport de la Commission internationale du Conseil national du sida*, version provisoire, 15 février 2007, 69 p.
- Ridde (Valéry), *Présentation*, 2005, [www.idrc.ca/fr/ev\\_70371-201-1\\_Do\\_topic.html](http://www.idrc.ca/fr/ev_70371-201-1_Do_topic.html)
- Ridde (Valéry), *L'Initiative de Bamako, quinze ans après, un agenda inachevé*, Banque mondiale, HNP Discussion Paper, octobre 2004, 40 p., [http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000012009\\_20041228141039&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679](http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000012009_20041228141039&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679)
- Ridde (Valéry) et Morestin (Florence), *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*, Montréal, Université de Montréal, 2009, 27 p.
- The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration, ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups, « Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries », *The Lancet*, 367, 11 mars 2006, p. 817-824.
- The Global Alliance for Vaccines and Immunisation, « GAVI is at The Forefront of Finding New Ways of Raising and Disbursing Money for Immunisation », [www.gavialliance.org/about/in\\_finance/index.php](http://www.gavialliance.org/about/in_finance/index.php)
- UN Millenium Project, *Investing in Development. Chapter 17 Resources Required To Finance The Millenium Development Goals*, p. 237-257, [www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportChapter17-lowres.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportChapter17-lowres.pdf)
- Werker (Éric), « Power To The People », 2008, [http://www.foreign-policy.com/articles/2008/10/15/power\\_to\\_the\\_people](http://www.foreign-policy.com/articles/2008/10/15/power_to_the_people)
- Zoellick (Robert), « A Stimulus Package for The World », 2009, [www.nytimes.com/2009/01/23/opinion/23zoellick.html?\\_r=1&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2009/01/23/opinion/23zoellick.html?_r=1&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all)