
Briser l'impact de l'épidémie du sida dans les pays du Sud

Entretien réalisé par Claude Gamel

Michel Kazatchkine



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/330>

DOI : [10.4000/economiepublique.330](https://doi.org/10.4000/economiepublique.330)

ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 janvier 2004

ISBN : 2-8041-3945-X

ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Michel Kazatchkine, « Briser l'impact de l'épidémie du sida dans les pays du Sud », *Économie publique/ Public economics* [En ligne], 12 | 2003/1, mis en ligne le 03 janvier 2006, consulté le 12 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/330> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.330>

public economics
économie publique

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 12 – 2003/1



Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web: <http://www.deboeck.com>

© De Boeck & Larcier s.a., 2003
Éditions De Boeck Université
Rue des Minimes, 39 B-1000 Bruxelles

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

D 2003/0074/278

ISSN 1373-8496
ISBN 2-8041-3945-X

économiepublique sur internet : www.economie-publique.fr

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496

Michel Kazatchkine*

directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS)

Briser l'impact de l'épidémie du sida dans les pays du Sud

Michel Kazatchkine est médecin et toujours, malgré ses responsabilités nationales et internationales, chef du département d'immunologie de l'hôpital Georges Pompidou. Il est, en outre, président du Conseil scientifique du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et la malaria.

Le constat

Claude Gamel : Ce n'est pas la première fois que l'on connaît une épidémie aussi importante que celle du sida dans l'histoire de l'humanité. Qu'est-ce qui la singularise dans les pays en développement ? Est-ce l'ampleur mondiale de cette maladie inégalement répartie – elle se développe essentiellement dans les pays du sud alors que les traitements et les médicaments sont l'apanage des pays industrialisés –, la remise en cause des structures économiques et sociales des pays en développement – impact négatif sur la croissance annuelle de – 0,3 à – 1,5% dans les états africains les plus touchés –, ou encore l'idée dérangeante selon laquelle il faut d'abord lutter contre la propagation de la maladie pour espérer renouer avec une croissance plus soutenue, alors qu'en général c'est plutôt l'inverse – la prospérité économique d'un pays détermine la qualité de son système de santé – ?

Michel Kazatchkine : Ce qui est singulier, c'est l'ampleur et l'impact potentiel de cette épidémie, la plus importante que l'humanité ait jamais connue : 42 millions de personnes infectées dans le monde, 6 millions d'infections nouvelles par an, 25 millions de personnes décédées depuis l'apparition de la maladie, 20 millions d'orphelins et d'après les prévisions vraisemblablement sous-estimées d'Onusida, 70 millions de morts à l'horizon 2015 dans les 45 pays les plus touchés par l'épidémie. Il s'agit d'une maladie transmissible sexuellement, elle concerne donc tous les individus, d'une pandémie, elle touche tous les pays du monde même de manière inégale entre les pays du Nord et du Sud et selon une distribution qui pourrait évoluer : l'Afrique est actuellement le continent le plus touché mais l'Asie la dépassera avant 2015 si les choses ne changent pas.

* Entretien réalisé par Claude Gamel, ancien rédacteur en chef de la revue « Économie publique », retranscrit et mis en forme par Yves Doazan, assistant de rédaction.

L'impact est à la fois humain pour les individus et leurs familles mais aussi démographique et social : entre aujourd'hui et 2005, pour la seule cause du sida, l'espérance de vie aura reculé de 30 ans au Botswana, 17 ans en Ouganda, 11 ans en Côte-d'Ivoire. L'impact est également économique : l'expansion du sida affecte le circuit productif. Le développement de la maladie affecte également la sécurité et la cohésion des pays concernés : il n'y a plus d'enseignants, de journalistes, de policiers. On assiste à un effondrement du tissu social comme on le voit actuellement en Afrique australe.

Par ailleurs, cette maladie s'est développée dans un contexte particulier : elle a bénéficié d'une circulation de l'information et de la mobilisation de l'opinion publique dans les pays du Nord qui ont eu des répercussions dans le sud.

Les fondements de l'intervention

C.G. : Du point de vue de la légitimation de l'assistance et du traitement de la maladie, il semble que l'analyse économique n'est pas prioritaire. Le problème est davantage traité d'un point de vue politique. Ainsi, lorsque le président Bush décide de débloquer 15 milliards de dollars sur une période de 5 ans pour l'aide au traitement de l'épidémie dans les pays du Sud, le choix est avant tout d'ordre politique ; il correspond à un moment donné et résulte d'influences diverses. Quels arguments économiques peuvent plaider en faveur d'un traitement du sida et emporter l'adhésion politique ?

Deux arguments seraient susceptibles d'aller dans ce sens mais ils méritent d'être questionnés.

Premièrement, la notion de bien collectif global présentée par Joseph Stiglitz, à Marseille, lors du workshop¹ organisé par l'Institut d'économie publique (IDEP) et l'ANRS, le 27 mai 2003. Les fondements théoriques de la notion de bien public comportent deux caractéristiques : les consommateurs ne sont pas en rivalité vis-à-vis du bien public et on ne peut les exclure de la mise à disposition collective de ce bien. Étendu au niveau global, le bien public concerne, par exemple, le réchauffement de la planète ou la protection de la couche d'ozone. Les deux critères énoncés s'appliquent sans difficulté à ces situations. Dans le domaine de la santé publique mondiale, peut-on dire que cette maladie affecte n'importe quel individu dans le monde entier de la même manière en raison de la dissymétrie entre le

¹ Le workshop « Economic Issues related to Access to HIV/AIDS care in developing countries » (Marseille, 27 mai 2003) a eu pour but d'apporter une nouvelle contribution au débat sur la question de l'accès aux traitements du sida dans les pays du Sud en sollicitant la réflexion d'économistes de renommée internationale (Kenneth Arrow, Joseph E. Stiglitz, Alan Kirman et José Scheinkman), en mobilisant leurs connaissances et en les confrontant à des économistes spécialistes du sida, des représentants des organisations internationales, des pays concernés par le développement de la maladie (Afrique du Sud, Sénégal, Mali, etc.), de fondations et d'ONG.

développement de la maladie et l'accès aux soins ? Est-ce que cette notion peut s'appliquer au traitement du sida ?

Deuxièmement, selon la théorie de la justice sociale du philosophe John Rawls, l'idée essentielle est que les inégalités économiques et sociales doivent profiter à tout le monde à l'intérieur d'un pays y compris aux plus défavorisés parce qu'elles sont nécessaires à la prospérité économique. Dans un ouvrage paru en 1999, *The Law of Peoples*, il tente d'étendre sa réflexion au niveau international, en cherchant à définir un dénominateur commun à partir de la question suivante : quels principes communs seraient à l'unanimité acceptés par les représentants de différentes sociétés humaines qui ont chacune leur définition de la justice ? On trouve ainsi le devoir de non-agression ou le respect des accords bi- ou multilatéraux. Du point de vue de la redistribution des richesses, il évoque le devoir d'assistance aux peuples vivant dans des conditions défavorables qui les empêchent de jouir d'un régime politique et social juste ou décent, principe d'assistance mutuelle qu'il propose d'appliquer à titre d'exemple aux cas de famine et de sécheresse. Ce principe éthique d'assistance mutuelle entre peuples lors de crises économiques et sociales extrêmes peut-il, selon vous, être également utile à la question du traitement du sida ?

M.K. : Dans le contexte général de la mobilisation contre le sida dans le monde et contre l'inégalité que représente l'accès ou non aux traitements selon le pays où l'on vit, l'opinion publique internationale, celle qui réagit à l'arrestation de Pinochet, à une catastrophe naturelle, se nourrit d'une philosophie, elle est sensible à ce que vous appelez le devoir d'assistance, elle estime que le droit à la santé doit exister. Mais il faut être pragmatique. Pourquoi le monde s'est soudain mobilisé à partir des années 1999-2000 sur le problème du sida dans le monde en développement alors qu'on connaissait la situation – les premiers cas de sida hétérosexuels, en Afrique, ont été observés en 1985 –, que l'on était informé de la progression rapide de l'épidémie dans ce continent ?

La communauté internationale s'est réellement mise à bouger à la suite de l'appel de Kofi Annan en 2001, à New York, et de la réunion de l'assemblée générale des Nations-Unies la même année. En fait, cela a commencé avec la réunion du Conseil de sécurité de l'ONU en 2000. C'était la première fois, apparemment, que le Conseil de sécurité se réunissait sur un sujet d'ordre de santé publique et non d'ordre militaire. Cela n'est pas innocent. Le rapport des conseillers de sécurité du Président Clinton avait clairement laissé entendre que cette épidémie pour les raisons évoquées précédemment menaçait la stabilité des équilibres Sud-Sud et de l'équilibre Nord-Sud. La stabilité des nations paraissant remise en question, la stabilité des échanges économiques était menacée.

On peut résumer cela ainsi : alerte sur la stabilité, sur l'avenir des échanges économiques au moment de la mondialisation, prise de conscience de l'ampleur des dégâts de l'épidémie du sida, pressions de l'opinion publique internationale contre

les inégalités. Tout cela peut expliquer les motivations actuelles du Président Bush à dégager des sommes financières sans commune mesure avec ce que les autres pays ont pu mettre et à vouloir s'approprier cette action salvatrice auprès des populations, l'ensemble étant sous-tendu par des raisons de politique extérieure – la menace sur la stabilité, sur les échanges économiques et sur le développement des échanges avec l'Afrique – et de politique intérieure vis-à-vis de la communauté noire aux USA et des activistes du sida qui ont un poids important dans ce pays. Il convient d'ajouter à cela la personnalité de Bush et son administration qui se sentent investis d'une mission messianique que l'on peut interpréter comme la justification par la promotion du Bien à combattre les Forces du Mal. Cela mélange des valeurs humanistes et d'autres, morales, étroites et réductionnistes. C'est, à mon avis, dans la direction de ces impératifs politiques qu'il faut chercher les motifs de l'action contre le sida plutôt que dans des réflexions théoriques. Quant aux arguments d'ordre économique, je ne suis pas le mieux placé pour les évoquer.

Maintenant que l'on tourne le dos à la façon traditionnelle de penser le développement durable reposant sur la primauté de la construction des infrastructures puis de l'éducation pour que les gens aient accès à la santé, la tendance actuelle consiste à penser soit la simultanéité de la santé et du développement soit la nécessité de l'investissement en matière de santé pour permettre le développement. Dans ce cadre, le droit à la santé intervient non pas comme une valeur morale mais comme un élément indispensable du développement. Ce droit à la santé doit être construit même de manière dissymétrique. Il existe non seulement des dissymétries Nord-Sud mais également Sud-Sud. Certains pays ont été politiquement plus actifs que d'autres, ils ont mieux négocié le prix des médicaments, osé parlé de la maladie et retenu l'intérêt des investisseurs : dans les conférences sur le sida, on vous parlera toujours de la Thaïlande, de l'Ouganda, du Sénégal et jamais du Congo dit démocratique, du Lesotho ou même du Cameroun.

La motivation à lutter contre le sida n'est pas en faveur de l'assistance au développement – pour emprunter le terme que vous avez utilisé et qui me gêne – mais il s'agit d'une intervention pour casser l'impact d'une épidémie. L'épidémie n'est pas un fait chronique et on ne peut élaborer à son sujet des théories à l'instar du développement.

C.G. : Cela signifie-t-il que l'on s'est habitué, à propos du sida, à l'idée de limiter les dégâts par le traitement des trithérapies en Europe. . .

M.K. : Non, on ne s'y est pas habitué. Il est vrai que, dans les pays industrialisés, la perception du danger est moindre, les enquêtes montrent que les connaissances sur la maladie le sont également et témoignent d'un relâchement en matière de prévention, mais on n'est pas dans un climat de reprise épidémique majeur dans les pays du Nord. La même opinion publique capable de banaliser la maladie dans le Nord est très consciente de son impact catastrophique dans le Sud. On sait, depuis 1982, que le sida se transmet par voie sexuelle et que l'on n'a pas de

moyen d'intervenir véritablement sur cette maladie sauf par des interventions qui ont pour objet de changer les comportements mais ont leurs limites dans l'attente de la découverte d'un vaccin. Le mot « assistance » ne me convient pas, il s'agit davantage d'une double intervention de prévention pour freiner l'extension de la maladie et de traitement pour remettre dans le circuit économique, productif, social, familial des gens qui mourront au cours des quatre prochaines années si l'on n'intervient pas alors que l'on sait que l'on dispose des moyens potentiels de les soigner.

La répartition des moyens

C.G. : Un des arguments opposés aux traitements des malades du sida dans les pays du Sud tient au fait qu'ils risquent d'amenuiser les moyens donnés à la prévention. . .

M.K. : C'est un argument académique parce qu'on a vu que, dans les pays du Nord, ce que les chercheurs en sciences humaines et sociales appellent « l'optimisme thérapeutique » – c'est-à-dire la tendance qui consiste à considérer, du fait de l'existence de certains traitements, le sida comme une maladie moins grave qu'au-paravant – est l'un des facteurs de relâchement de la prévention. Cela concerne des populations assez ciblées : dans notre pays, la communauté homosexuelle et, singulièrement, les hommes de plus de 40 ans ou les plus jeunes mais pour des raisons d'accès à l'information, essentiellement. On n'a pas affaire à un relâchement de prévention dans la population générale lié au fait qu'on a maintenant des traitements efficaces. On ne sait pas ce que l'arrivée des traitements fera dans les pays du Sud, un des objets de la recherche sera de suivre ce qui s'y passe. Mais il ne faut pas non plus dire que le développement de la recherche est nécessaire parce que dans le Nord, les traitements ont un impact négatif sur la prévention. C'est un raccourci qui n'est pas exact.

C.G. : Peut-on échapper dans le débat sur la répartition des moyens – parce que les budgets sont limités par rapport à l'ampleur des besoins, notamment dans les pays du Sud – à ce que l'on appelle en économie, le critère utilitariste, c'est-à-dire la recherche du plus grand bonheur pour le plus grand nombre (le sacrifice d'une minorité étant éventuellement nécessaire à cette maximisation du bonheur collectif) sachant qu'en l'absence d'un choix pensé et maîtrisé, on obtiendra un résultat inefficace ou injuste (par le développement des passe-droits) dans un contexte de pénurie, que je serais tenté de comparer à un état de guerre ? Faut-il, si l'on s'inscrit dans la durée, privilégier la prévention avant le traitement ?

M.K. : L'investissement doit se situer dans la prévention, dans le traitement et dans la recherche. Je ne hiérarchise pas parce que l'un ne peut précéder ou suivre l'autre. Tout le monde commence à prendre conscience de la justesse de ce message :

prévention et traitement doivent avancer en même temps et l'investissement doit concerner ces deux pôles. J'y ajoute la recherche parce qu'il faut apprendre, non pas avant de commencer à faire mais en même temps que l'on agit.

Les deux arguments les plus convaincants, sur la question de la prévention et du traitement, reposent sur un fait d'observation. Les pays qui se sont lancés le plus tôt dans le traitement sont aussi ceux dans lesquels les succès de la prévention ont été les plus importants bien que le lien de causalité ne soit pas aussi simple à établir. Ce sont aussi les pays qui ont été les plus motivés et ont, de cette manière, créé un biais positif.

Il faut ajouter un autre fait d'observation : lorsque l'on intervient dans un pays, avec un espoir d'intervention thérapeutique, même si elle n'est pas accessible à tous, on mobilise les gens sur la prévention et, notamment, sur l'accès aux tests de dépistage. Cela a été démontré par les travaux de l'équipe de Jean-Paul Moatti² en Côte d'Ivoire.

Pour moi, le débat de la hiérarchisation de la prévention *versus* le traitement est un débat quasiment clos et même s'il subsiste encore dans certaines sphères de l'arène politique, il n'existe plus au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. Toutes les subventions qui y ont été accordées ont été réparties équitablement entre la prévention et le traitement. Mais il faut se garder de l'idée que l'argent de la prévention est toujours « coût efficace » sous prétexte que vendre un préservatif n'est pas cher. Cela suffit peut-être à sauver une vie dans le quartier du Marais, à Paris, mais il faudra peut-être en avoir diffusé 5 000 dans un autre endroit de la planète pour obtenir le même résultat. Il faut donc intégrer le coût de la diffusion et se défaire de cette idée préconçue selon laquelle les interventions de prévention sont toujours forcément moins chères et plus rentables que les interventions thérapeutiques.

C.G. : Cette notion de « cost effectiveness » vous paraît-elle évidente ?

M.K. : Pour nous, médecins, elle est une réalité parce que les choix de santé publique s'effectuent sur la « cost effectiveness ». Le « coût efficacité » en médecine, correspond à une intervention médicale qui, pour la collectivité, apportera un bénéfice tel qu'elle peut se permettre, dans les contraintes qu'elle a par ailleurs, d'investir dedans. On a connu, dans les années soixante-dix, la fascination des grandes nouveautés médicales et on a alors pensé que tout le monde devrait avoir le droit d'avoir accès à la chirurgie cardiaque la plus sophistiquée ou aux greffes d'organes alors qu'en terme de santé publique, l'essentiel est de prévenir le risque vasculaire. C'est la raison pour laquelle ont été développées des interventions comme le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle. Il a été montré clairement, aux USA, que cela a un impact colossal : les hémipariés ou les accidents vasculaires cérébraux ont considérablement diminué depuis 30 ans. Cela est lié à des interven-

² Professeur à l'Université de la Méditerranée, INSERM U 379 et membre de l'IDEP, il coordonne le programme Etapsud financé par l'ANRS.

tions diététiques, médicamenteuses et préventives qui sont manifestement « coût efficaces » c'est-à-dire que le coût investi diminue la morbidité dans la population et permet de remettre ces personnes dans le circuit économique.

C.G. : Cela vous paraît-il être une variante de l'utilitarisme ?

M.K. : Cela peut en être une car il y a manifestement un choix guidé par des impératifs de santé publique qui privilégie donc l'intérêt collectif. Ce choix de santé publique, que l'on peut appeler l'éthique collective, est évidemment en conflit avec l'éthique individuelle, celle qui prévaut pour le médecin préoccupé par la personne qu'il soigne, à l'exception des médecins de santé publique.

Pour reprendre la question de l'urgence et des ressources limitées pour y faire face, et ainsi revenir au critère utilitariste, j'observe qu'on a sacrément raté le train parce que l'urgence est présente depuis le début des années quatre-vingt-dix voire le milieu des années quatre-vingts. On a donc près de 20 ans de retard accumulés sur l'urgence. Il ne faut non plus se culpabiliser de ne pouvoir apporter, dès demain, les traitements à tout le monde alors que l'on n'a pas été capable de réfléchir prospectivement à ce que l'on aurait pu modéliser depuis longtemps, sur la croissance, l'impact de cette épidémie et l'effet des interventions. Si l'on avait débuté la réflexion sur le recours aux antirétroviraux dans les pays du Sud au moment où l'on a eu connaissance des succès de la trithérapie dans le Nord, le slogan de la conférence sur le sida, à Vancouver en 1996, consacrée à l'efficacité des trithérapies (« One world, one hope ») est resté vain parce qu'il ne s'est rien passé entre 1996 et 2000.

L'urgence est dépassée et, du fait de la carence des ressources, non seulement financières, mais en infrastructures et surtout en ressources humaines pour dispenser les traitements, on ne peut que parler d'une démarche progressive de l'accès aux traitements. La question est alors : « par qui commence-t-on ? ». Il y a des « choix » qui n'en sont pas mais qui s'imposent, à savoir que les patients, dans de grandes métropoles comme Abidjan, ont plus de chances d'accéder aux traitements, à l'information, aux médicaments, aux hôpitaux que les habitants de la frontière du Burkina-Faso. Mais il y a aussi des choix et l'approche sur laquelle existe un consensus en terme de priorité, c'est l'approche du programme PMTCT Plus (prévention de la transmission de la mère à l'enfant) qui consiste à commencer par le dépistage chez la femme enceinte, à mettre en place le traitement pour empêcher qu'elle transmette le sida à son enfant puis à ne pas abandonner cette femme. Cette démarche va au-delà de la relation mère-enfant. Elle consiste à utiliser cette entrée dans la maladie pour diffuser les traitements à une population plus large. L'objectif, par le traitement de la mère est de l'intégrer dans un circuit de soins qui consiste à traiter le partenaire, le mari, le père, la fratrie et l'enfant infecté s'il y en a un. Les premières interventions africaines d'ampleur ont été effectuées de cette manière : à partir de la cellule familiale et plus particulièrement des femmes enceintes,

notamment parce qu'elles sont un des moyens les mieux acceptés d'accès au dépistage.

C.G. : En économie de la santé existent les Qalys (*Quality Adjusted Life Years*, un indicateur d'efficacité qui pondère chaque année de vie gagnée par sa « qualité », NDR). Ont-ils un lien avec la notion de « cost effectiveness » ?

M.K. : Oui, par rapport à la façon dont la maladie affecte la qualité et l'espérance de vie. Autrement dit, est-ce que les coûts qui permettraient de revenir sur cette perte d'années et de qualité de vie peuvent être investis par la collectivité ou l'investissement est-il tellement disproportionné par rapport aux gains qu'on en retirerait ?

C.G. : Au-delà de l'entrée dans la cellule familiale par le dépistage de la femme enceinte, de tels programmes se heurtent à des difficultés importantes. Les individus atteints du sida se déclarent souvent très tardivement, voire lorsqu'ils sont en phase terminale, dans les pays du Sud.

M.K. : En Europe aussi, la plupart des personnes qui découvrent leur séropositivité arrive à un stade tardif de la maladie lorsque apparaissent des symptômes. L'ampleur du problème est tellement grande que si on essayait de l'appréhender rationnellement, cela paraîtrait insurmontable. Il faut se résigner au fait qu'on n'arrivera pas à traiter, en 3 ans, les 6 à 9 millions de personnes qui risquent de mourir dans ce laps de temps si elles n'ont pas de traitement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait affiché lors de la conférence de Barcelone, en 2002, un objectif de 3 millions de personnes traitées en 2005. Je ne suis malheureusement pas certain que cet objectif sera atteint. Dans l'état actuel des financements engagés, c'est tout au plus un million de personnes qui seront traitées à cette date, mais ce serait déjà un progrès par rapport à la situation actuelle.

Quand bien même, on disposerait, gratuitement, des médicaments nécessaires pour soigner cette population de 6 à 9 millions de personnes, ce n'est pas pour autant qu'on arriverait à les traiter. Il est cependant aussi inacceptable qu'on reste, en matière de traitement, à la microéchelle expérimentale. Toutefois le processus de montée en puissance ne peut être que progressif. S'il se met réellement en place de cette manière, je suis assez confiant sur l'obtention des ressources qui l'accompagneront parce que je ne doute pas que le résultat sera spectaculaire. Quand les États verront ce que les trithérapies peuvent faire en terme de diminution de la mortalité et de la morbidité, ces ressources viendront parce qu'elles sont, de toute manière, de moindre importance que celles dégagées pour d'autres choix politiques conscients.

Le financement de l'intervention

C.G. : Arrêtons-nous sur le financement du traitement du sida dans les pays du Sud. Parallèlement au développement de la maladie, il y a eu, de manière totalement déconnectée, la négociation de l'OMC sur l'extension du respect de la législation relative à la propriété intellectuelle, appliquée aux pays du Nord, aux pays en voie de développement. On assiste à un choc frontal entre une logique économique propre au développement des pays industrialisés et la situation que connaissent les pays du Sud. Comment gérer cette situation ? Une première solution consiste à demander au secteur privé de renoncer à la rémunération de ses brevets d'invention et d'abaisser ainsi sensiblement le prix de la trithérapie dans les pays en développement. Mais alors, pourquoi et comment faire supporter ce financement par le secteur privé alors qu'il s'agit d'un bien public ? Ne risque-t-on pas de casser la dynamique des brevets qui ne fonctionne pas si mal comme a eu l'occasion de le souligner Kenneth Arrow à Marseille ? Autrement dit, dans le cas du sida, parce qu'il y avait aux USA une demande de malades solvables, on a fini par produire des médicaments alors que dans l'exemple de la malaria cité par Arrow, en l'absence de demande solvable, le secteur privé n'est pas attiré par une perspective de rémunération et il n'existe pas de médicaments.

M.K. : Il est clair que le financement du traitement du sida dans les pays du sud ne se réduit pas à la question de la négociation de l'application de la législation des brevets. Cela a une ampleur davantage symbolique et les retombées concrètes à court terme ne seront pas patentes. Si, demain, tous les pays pouvaient avoir des licences obligatoires ou se placer dans ce cadre et que personne ne s'opposait au fait qu'un pays produise des médicaments, il faudrait se rendre à l'évidence : peu de pays concernés par le développement de l'épidémie du sida seraient capables de produire ces médicaments à l'exception de pays comme l'Afrique du Sud, l'Inde, la Chine et éventuellement le Nigéria. Pour des pays non-producteurs de médicaments comme le Congo, le Cameroun ou le Mali, le fait que lors du sommet de l'OMC, à Cancun, en septembre 2003, on négocie la possibilité pour l'Afrique du Sud de produire des médicaments ne changera pas grand-chose à leur situation.³

Il faut aussi se dire qu'indépendamment des négociations de ce prochain sommet sur la question des brevets, le prix des traitements continue de baisser. On n'en voit pas encore les résultats mais cela devrait apparaître lorsque le prochain observatoire des prix des médicaments anti VIH/sida dont l'ANRS et l'Onusida sont à l'initiative sera opérationnel, en Afrique de l'Ouest. Ainsi, le Burkina Faso se rend compte d'ores et déjà qu'entre le moment où il a sollicité l'aide du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria et le versement de ce financement, il pourra acheter davantage de médicaments qu'il ne pouvait le faire il y a encore quatre mois. A la veille de la conférence de Durban, les cinq firmes qui avaient

³ L'entretien a eu lieu en juillet 2003

passé un accord avec l'Onusida affirmaient qu'il n'était pas envisageable d'aller au-delà d'une baisse de 50% du prix des médicaments. Six mois plus tard, leur déclaration était invalidée et l'on constatait une diminution de 90% des prix dans les pays les plus avancés dans la négociation. Cela prouve l'existence de fissures dans l'édifice construit par ces grandes firmes pharmaceutiques qui commencent à entrer en compétition les unes avec les autres, notamment parce qu'on commence à solvabiliser la demande.

Mais le fait majeur est ailleurs. Ces firmes ont du accepter l'idée de prix différenciés entre le Nord et le Sud en raison de la concurrence des génériques qui va encore gagner du terrain. On peut s'interroger sur la fiabilité du discours des grandes firmes des pays industrialisés lorsqu'elles affirment que si elles doivent produire des médicaments et les vendre à prix coûtant, elles ne pourront plus investir en recherche-développement (R&D). Dans les trois prochaines années, interviendra le passage dans le domaine public des molécules qui sont arrivées sur le marché, entre 1986 et 1992. Ensuite, ces firmes ont fait des profits colossaux mais aussi des investissements importants en R&D à partir du seul marché des pays du Nord et ce seul marché va continuer d'exister puisque la caractéristique des médicaments antirétroviraux est qu'ils n'éradiquent pas le virus.

Nous, scientifiques, sommes malheureusement convaincus que nous n'arriverons pas de sitôt à venir à bout de ce virus et, dans l'attente, la survenue de résistances est inévitable. La nécessité d'avoir des médicaments mieux tolérés, plus faciles à prendre, entraîne la concurrence entre les firmes. De plus, le besoin de traitements qui contournent les résistances est une nécessité pour toutes les firmes. Cela crée une émulation interfirmes qui a suscité, pour chacune d'elles, des investissements importants en R&D et ne les a pas empêchées de faire du profit. Je ne vois pas pourquoi cette incitation prendrait fin alors que le nombre de patients résistant au traitement croît et que l'on devient plus exigeant sur les effets secondaires des médicaments.

L'intérêt des firmes serait de différencier les prix parce que cela permettrait de répartir les coûts d'amortissement des dépenses de R&D entre le Nord et le Sud. Certaines commencent à le comprendre. Le problème est qu'elles préfèrent servir cette partie de la courbe de demande qui se situe au-delà du coût marginal plutôt que de s'en rapprocher pour servir tout le monde. Et cela n'a pas grand chose à voir avec les droits de propriété intellectuelle.

Du fait de l'évolution des quelques firmes qui perçoivent qu'il n'y a pas de contradiction entre le fait de se rapprocher du coût marginal et leur possibilité de maintenir des profits substantiels d'une part, et le développement de la concurrence générique, de plus en plus présente (même les médecins les plus corrompus, parfois conseillers de ministres dans les pays en voie de développement, commencent à en être convaincus) d'autre part, nous observons des changements très rapides et les prix continuent de descendre spectaculairement.

C.G. : La question du financement du traitement du sida dans les pays du Sud nous amène à évoquer celui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria (budget annuel d'1,5 milliard de dollars).

M.K. : Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) est financé par les gouvernements, et dans une moindre mesure, par le secteur privé – on observe, en parallèle au Fonds, des formes originales de participation comme par exemple la Compagnie générale d'électricité en Côte d'Ivoire, où a été mise en place une forme de mutualisation pour permettre aux employés atteints du sida d'accéder au traitement – et également une aide publique bilatérale ou multilatérale. L'aide publique bilatérale prend des formes diverses (initiative américaine consistant à débloquer 15 milliards de dollars ou française assortissant l'annulation négociée de la dette à l'investissement de cette somme dans l'éducation et la santé et, plus particulièrement, en ce domaine, dans le traitement des malades du sida). L'aide multilatérale consiste en une pérennisation des moyens du Fonds : une telle crise de santé globale nécessite une réponse globale de l'aide internationale. Cela présente également l'avantage de sortir du cadre des expériences pilote et de confronter l'ensemble des pays du monde aux succès et aux obstacles du « scale up » (passage à l'échelle supérieure) qui nous sortira du micromanagement du traitement.

Le Fonds n'est pas « onusien » parce que les États-Unis ne l'ont pas voulu, pas plus que le Japon, qui souhaitent connaître la destination de leurs dollars et de leurs yen et expliquer à leurs opinions publiques que le placement de cet argent produit un retour sur investissement. Le Fonds est géré par un conseil d'administration de 18 membres dont 9 représentants des pays donateurs (7 représentants d'entités politiques et 2 représentants du secteur privé), l'un pour les grandes fondations, l'autre pour les firmes (il s'agit du Pdg de McKenzie) et 9 représentants des receveurs (7 représentants des 7 régions définies par l'OMS et 2 représentants du monde associatif et des personnes atteintes pour le Nord et le Sud). Ce conseil d'administration prend les décisions de gestion qu'applique un directeur exécutif. Le conseil d'administration décide en dernier recours ce qu'il choisit de financer parmi les propositions du conseil scientifique du Fonds après examen de la qualité et de la pertinence des propositions en réponse aux appels d'offres.

C.G. : L'organisation de l'intervention en faveur de l'aide aux traitements du sida dans les pays du Sud révèle certaines situations pour le moins surprenantes : certains pays profitent de l'aide octroyée pour réduire le budget consacré à la santé. Ne faut-il pas privilégier une aide en nature plutôt qu'en espèces afin de contrer ce comportement opportuniste ?

M.K. : L'aide en espèces a deux justifications : elle ne porte pas uniquement sur l'achat des médicaments mais elle doit aussi servir à renforcer ou construire des infrastructures, financer un système de santé, des personnes (les ressources humaines constituent une limite à la capacité d'intervention) et, par ailleurs, il me

semble absolument naturel de responsabiliser les gens. C'est aux États ou comme le fait le Fonds mondial, à des collectivités (les CCM, des collectifs du gouvernement, de la société civile et de la société civile) d'assumer ces responsabilités.

C.G. : Vous ne pouvez feindre d'ignorer la corruption qui existe dans certains pays. . .

M.K. : Bien sûr, mais si on ne participe pas d'une responsabilisation dès le début, on ne s'en sortira jamais. On a autant d'exemples de fongibilité négative (des pays dans lesquels les fonds sont détournés à d'autres fins que celles auxquelles ils étaient destinés) que de fongibilité positive. Le Brésil en est un bon exemple. Les Brésiliens expliquent qu'à l'époque où la Banque mondiale refusait que les crédits sida qui leur étaient octroyés – très importants, par ailleurs – soient affectés aux traitements, ils ont utilisé l'argent de la Banque mondiale pour financer des programmes de prévention et cela a permis de libérer des ressources du ministère de la Santé qui ont pu ainsi être affectées aux traitements.

C.G. : Qu'attendez-vous aujourd'hui des économistes sur la question du sida ?

M.K. : Jusqu'à une période très récente, certains arguments économiques ont plutôt servi de prétexte à justifier l'immobilisme en matière d'accès aux traitements dans le Sud. Lors de la Conférence de l'International AIDS Society qui a eu lieu à Paris en juillet 2003 devant plusieurs milliers de spécialistes du Sida, du Nord comme du Sud, la présentation des résultats de recherches, notamment celles des économistes du programme ETAPSUD de l'ANRS, a contribué à renverser la perspective : le retard dans l'accès aux traitements apparaît désormais non seulement comme un scandale moral et une erreur de santé publique mais aussi comme un choix erroné de politique économique. Les économistes, et les recherches soutenues par l'ANRS dans ce domaine s'y emploient, doivent plutôt contribuer à évaluer l'expérience des pays en développement en matière d'accès au traitement pour aider à en définir les modalités les plus appropriées (les plus coût-efficaces entre autres). Les travaux sur l'impact macro-économique de l'épidémie sur le développement, qui a été fortement sous-estimé jusqu'à présent, devraient aussi contribuer à convaincre les décideurs d'investir plus massivement dans la lutte contre la maladie.