

DROIT À LA SANTE ET COOPERATION INTERNATIONALE : les déficiences institutionnelles

par

Dr Jean Paul ILUNGA MULAJA

*Chef de Travaux, Apprenant en DES, Faculté des Sciences Sociales,
Université de Kinshasa*

Résumé

Cet article s'intéresse aux limites de la mise en œuvre du droit à la santé à l'échelle internationale. Nous utilisons, en l'adaptant à la santé, une typologie proposée par Kaul, Grunberg et Stern (2002) dans le but de définir les limites actuelles de la coopération internationale dans la fourniture de biens publics mondiaux. Dans le cadre de la santé, cette étude conclue que ces limites peuvent être comprises comme un déficit plus généralement relatif aux institutions.

Mots-clés : *Biens publics mondiaux, Santé, Institutions, coopération internationale*

Abstract

This article focuses on the limits of the implementation of the right to health on an international scale. We use, by adapting it to health, a typology proposed by Kaul, Grunberg and Stern (2002) with the aim of defining the current limits of international cooperation in the provision of global public goods. In the context of health, this study concludes that these limits can be understood as a deficit more generally relating to institutions.

Keywords : *Global public goods, Health, Institutions, international cooperation*

INTRODUCTION

Sous l'influence conjointe de certains acteurs internationaux (Programme des Nations Unies pour le développement, organisations non gouvernementales actives dans le domaine des droits de l'homme et des besoins essentiels), et d'auteurs influents (A. Sen en économie), l'idée de "droits humains fondamentaux" (santé, alimentation, sécurité...) a pris, ou repris, de l'ampleur au cours des dix dernières années.

La santé serait ainsi un problème mondial au sens où elle concernerait un vaste groupe de pays et un ensemble important de la population mondiale, et où elle aurait des effets intergénérationnels importants. Sa place a été confortée au sein de ces droits humains essentiels, comme en témoigne sa prise en compte dans presque tous les indicateurs de développement humain élaborés depuis une quinzaine d'années (l'indice de développement humain du PNUD en premier lieu, mais également un ensemble d'autres indicateurs plus récemment proposés - voir Sharpe, 1999 ; Booyesen, 2002).

La conférence de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) à Doha en fut témoin en 2001, marquant un premier pas vers la prise en compte de la situation des pays pauvres en termes de santé et de pauvreté. Ces préoccupations croissantes pour la santé se sont également traduites par l'apparition du concept de santé comme "bien public mondial" voir, par exemple, Mills, 2002 ¹⁶⁴.

Pour étayer cette thèse, nous utiliserons, en l'adaptant à la santé, une typologie proposée par Kaul, Grunberg et Stern (2002) dans le but de comprendre les limites actuelles de la coopération internationale pour la régulation et la fourniture de biens publics mondiaux. Deux déficiences seront en particulier soulignées : d'une part, une méconnaissance des logiques poursuivies par les différentes institutions en présence dans le domaine de la santé ; d'autre part, une déficience de contrôle des initiatives et des programmes menés par ces institutions.

Cet article s'organise autour de trois points. Le premier présente la grille d'analyse qui nous a permis de mettre en évidence les lacunes de la coopération internationale en matière de santé (i). Nous confrontons alors chacun des trois déficits, contenus dans cette grille, au cas de la santé (ii). Enfin, nous tirons de l'analyse précédente, les implications relatives aux déficiences institutionnelles de la coopération internationale pour la santé¹⁶⁵ (iii). Une brève conclusion en met un terme.

¹⁶⁴ Dans le champ de la santé, le concept de bien public mondial semble faire son chemin. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) justifie l'usage de ce terme en reprenant la distinction entre les biens publics locaux (police, défense...) et les biens publics globaux. Ces derniers ne peuvent être suffisamment pris en charge par les Pouvoirs publics locaux, et font l'objet d'externalités positives (ou négatives) au-delà des frontières.

¹⁶⁵ La notion de bien public est issue de la théorie standard des biens publics (Samuelson, 1954). Elle est en ce sens connotée d'un point de vue théorique, ce qui explique les réticences ou les critiques plus vives de certains analystes à son encontre.

I. GRILLE D'ANALYSE DES DÉFICIENCES DANS LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Ces préoccupations croissantes pour la santé se sont également traduites par l'apparition du concept de santé comme "bien public mondial" (voir, par exemple, Mills, 2002). La santé serait ainsi un problème mondial au sens où elle concernerait un vaste groupe de pays et un ensemble important de la population mondiale, et où elle aurait des effets intergénérationnels importants. Si ce concept de santé comme bien public mondial, n'est pas sans poser problème (Boidin, 2005), son influence croissante vient renforcer l'idée que la santé occupe aujourd'hui une place centrale au sein des droits humains reconnus comme essentiels à l'échelle internationale.

Cependant, bien qu'étant un principe de plus en plus reconnu dans les discours et les annonces à l'échelle internationale, le droit universel à la santé se heurte à un déficit de structures et d'institutions susceptibles de le traduire en amélioration significative de l'état de santé des populations des pays en développement (PED).¹⁶⁶ Nous confrontons alors chacun des trois déficits, contenus dans cette grille, au cas de la santé¹⁶⁷. Enfin, nous tirons de l'analyse précédente les implications relatives aux déficiences institutionnelles de la coopération internationale pour la santé¹⁶⁸.

L'action sur la santé à l'échelle mondiale connaît une diversification des pôles d'influence. Alors que les états ont longtemps dominé les initiatives au niveau du public mondial appliqué à la santé est repris par des acteurs ou des analystes dans un sens différent, celui de bien commun prioritaire dont la gestion.

La dimension éthique tend, dans ce cas, à supplanter les critères économiques. On peut, à cet égard, constater une relation avec la notion de droit humain fondamental.

Selon Kaul, Grunberg et Stern (2002, 36-38), trois critères peuvent être retenus pour définir les biens publics mondiaux :

- ils ne concernent pas seulement un groupe de pays (leurs effets dépassent, par exemple, les blocs commerciaux ou les pays de même niveau de richesse) ;
- leurs effets atteignent non seulement un large spectre de pays, mais également un large spectre de la population mondiale ;
- leurs effets concernent les générations futures (les auteurs rattachent ce point au concept de "durabilité", en particulier dans l'esprit d'un impact intergénérationnel).

Matière, avec l'aide de l'OMS comme organe international spécialisé dans l'intervention sur la santé publique mondiale, les deux dernières décennies du vingtième siècle ont initié un mouvement de déplacement des pouvoirs¹⁶⁹. Ce phénomène se manifeste par une régulation moins verticale de l'action (celle-ci était gérée par des institutions officielles), au profit des interventions de type horizontal, faisant intervenir, à côté des acteurs publics nationaux et internationaux, des acteurs de la sphère privée (entreprises, ONG...).

Ces nouvelles formes de régulation ne sont pas toujours prises en compte dans les réflexions sur l'action internationale pour la santé.

Par exemple, commentant certaines propositions intéressantes de réforme des organismes internationaux intervenant dans le domaine de la santé, Chen et alii (2002, 147) estiment que ces analyses ne prennent pas en compte le pluralisme des acteurs de la santé. Ils ajoutent que, parallèlement à la montée en puissance des acteurs privés, la diversité des organisations internationales s'est également accrue, ce qui témoigne d'un intérêt croissant pour la santé mondiale, mais rend également plus difficile la compréhension des mécanismes de régulation¹⁷⁰.

Cette seconde question est traitée sous l'angle des difficultés de la coopération à l'échelle internationale. Un cadre général des difficultés de mise en œuvre de la coopération internationale en termes de biens publics mondiaux est proposé par Kaul, Grunberg et Stern (2002, 195-261)¹⁷¹.

¹⁶⁶ CLERSE, Université Lille

¹⁶⁷ Dans le champ de la santé, le concept de bien public mondial semble faire son chemin.

¹⁶⁸ BOIDIN B. (2005) La santé comme bien public mondial : un contenu ambigu et incertain, communication aux XIXèmes journées de l'Association Tiers-Monde, 2003, à paraître dans Brot J., Froger G., Gérardin H., Mainguy C., Quels acteurs pour quel développement ?, Paris, Karthala.

¹⁶⁹ BOIDIN B. (2002) Libéralisation et accès des pays pauvres à la santé. Quelle responsabilité des droits de propriété intellectuelle et des firmes ?, Mondes en développement, n°120, 63-74.

¹⁷⁰ BOIDIN B. (2001) Les infrastructures sanitaires publiques et la santé en Afrique subsaharienne : le problème de l'information, in Brot J. et Gérardin H., Infrastructures et développement, Paris, L'Harmattan.

¹⁷¹ CHEN L.C., EVANS T. G., CASH R. A. (2002) La santé comme bien public mondial, in Kaul et alii

La santé étant un enjeu international, on peut légitimement s'interroger sur les difficultés d'une coopération mondiale dans ce domaine.

Kaul et alii proposent de distinguer trois "déficits" dans la fourniture des biens publics mondiaux :

- un déficit de juridiction : décalage entre les frontières des biens publics mondiaux et les frontières d'élaboration des politiques, ces dernières étant bien plus étroites lorsqu'elles s'arrêtent aux États-nations ;
- un déficit de participation : absence d'instances réellement représentatives des bénéficiaires finaux du bien public ;
- un déficit d'incitations : insuffisance des mécanismes incitant les acteurs à rendre effectives les intentions annoncées. Cette étude examine comment cette grille trouve un terrain d'application dans le domaine de la santé.

II. LES PROBLÈMES DE RÉGULATION-COORDINATION

Les trois "déficits" présentés par Kaul et Alii ne sont pas indépendants. Dans le domaine de la santé, le déficit de juridiction et le déficit d'incitation par exemple, sont particulièrement liés.

2.1 Le déficit de juridiction

Prenons le cas des droits de propriété intellectuelle et de leurs relations avec l'accès des pays en développement aux traitements. Il ne s'agit pas là du seul domaine d'application du déficit de juridiction, cependant les négociations internationales lancées depuis le "cycle de l'Uruguay" (Uruguay round) du GATT, portent largement sur ces questions. Après l'échec des négociations de l'OMC à Seattle (1999), la conférence de l'OMC à Doha (2001) a abouti à une déclaration commune, qui stipule que l'ADPIC "peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments". Une telle formulation traduit une prise de conscience (à laquelle n'est pas étrangère la pression des pays en développement et de certaines ONG), mais demeure particulièrement floue et laisse ouverte la porte à d'autres négociations plus difficiles.

Le système des brevets se trouve donc au centre des analyses sur l'accès des pays pauvres aux traitements¹⁷².

Cet échec de la coopération internationale pour la santé peut être examiné sous trois angles : d'abord, le renforcement des DPI résulte essentiellement de la pression d'un groupe particulier de pays, en l'occurrence les pays riches. Ensuite, la difficulté de trouver un terrain de coopération est accentuée par l'hétérogénéité des pays en développement. Enfin, l'assouplissement des DPI pour les pays pauvres est partiellement remis en cause dans le cadre des accords commerciaux bilatéraux signés entre des pays riches et des pays en développement.

Une pression qui émane des pays riches

Dans un travail antérieur (Boidin, 2002), nous avons souligné l'insuffisance des analyses théoriques portant sur le rôle des droits de propriété intellectuelle dans l'accès des pays pauvres aux médicaments essentiels. Les approches empiriques ne permettent pas non plus, à l'heure actuelle, de trancher clairement sur les conséquences précises des droits de propriété, à court et à long terme.

Les études les plus récentes en termes d'impact actuel des grandes maladies, en particulier le SIDA, insistent sur l'urgence des actions en faveur de l'accès des pays pauvres aux soins. L'assouplissement des clauses relatives aux droits de propriété intellectuelle pour les pays pauvres constitue un levier important de ces actions. Paradoxalement, la lenteur des négociations menées à l'échelle internationale sur la question de l'aide à apporter aux pays pauvres tranche avec la situation dramatique des populations. En quoi existe-t-il un premier déficit de juridiction dans ce domaine ? Si on reprend la définition d'un tel déficit (décalage entre les frontières des biens publics et les frontières d'élaboration des politiques), on constate que les politiques et les réglementations sont principalement insufflées par les pays riches, dans une optique de protection et de développement des industries pharmaceutiques¹⁷³.

En particulier, le renforcement des droits de propriété intellectuelle, constaté depuis une dizaine d'années (voir supra), est essentiellement dû à la pression des pays industrialisés. De façon individuelle (Chine, Taïwan, Argentine...), ou sous forme d'accords régionaux dont l'objectif est plus large (Accord de

¹⁷²C RAIG D., P ORTER D. (2003) Poverty reduction strategy papers : a new convergence, World Development, vol. 31, n°1, 53-69.

¹⁷³DUMOULIN J., FLORI Y.A., VINARD P., BOREL T. (2003) Les stratégies sur le marché mondial des médicaments contre le Sida, communication aux XXVIèmes Journées des économistes français de la santé, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.

libre-échange nord-américain - ALENA), les pays en développement sont poussés à renforcer les clauses de respect de la propriété intellectuelle. Une des raisons de cette pression des pays industrialisés tient aux pratiques de copie de la part des "pays en développement", pour les produits fabriqués par des firmes émanant des pays riches. La résistance de certains pays industrialisés, et des firmes pharmaceutiques, à assouplir les conditions d'accès des pays pauvres aux médicaments, est donc liée à des préoccupations économiques¹⁷⁴.

L'hétérogénéité des pays en développement

La difficulté de trouver un terrain d'entente est renforcée par l'hétérogénéité des pays en développement. En effet, les pays pauvres ne disposent d'aucune capacité à découvrir et à fabriquer des produits pharmaceutiques en réponse à leurs besoins, alors que certains pays mieux nantis (à revenu intermédiaire) parviennent à prendre des mesures particulières pour concilier l'accès des populations aux médicaments et le respect des accords sur la propriété intellectuelle. Ainsi Mfuka (2002) montre de quelle façon des pays tels que le Brésil, l'Afrique du Sud ou la Thaïlande ont pu constituer une base nationale de produits génériques ou recourir aux importations parallèles. Depuis, les membres de l'OMC sont parvenus (en août 2003) à une entente sur l'application des accords de Doha (2001) relatifs à la propriété intellectuelle.

Ce nouvel accord permet à tout pays membre de l'OMC d'importer des produits pharmaceutiques fabriqués dans le cadre de "licences obligatoires" à des conditions spécifiées dans le texte¹⁷⁵.

Les exceptions aux DPI remises en cause par les accords commerciaux bilatéraux ?

Les évolutions récentes, apparemment favorables aux PED, promettent-elles une prise en compte effective de ces pays dans les négociations sur la santé ?

L'accord du 30 août 2003 traduit plutôt une concession faite aux PED dans un cadre plus général de réglementation visant à protéger les détenteurs du savoir et de la production, à savoir les pays riches et quelques pays intermédiaires. Il reste donc aujourd'hui bien difficile d'ouvrir ces règles internationales à l'intérêt des pays en développement. Ce constat est confirmé en observant les négociations commerciales bilatérales lancées par les États-Unis avec certains pays producteurs de médicaments. Ces accords de libre-échange tendent à restreindre le champ d'application des accords de Doha, plutôt que de les élargir. Les pays concernés (Chili, Singapour, Thaïlande...) se trouvent confrontés à un choix simple : soit ils acceptent ces accords avec les États-Unis pour garder leur marché d'exportation, tout en renonçant à produire des génériques concurrents avec les produits fabriqués par l'industrie pharmaceutique américaine, soit ils refusent les accords tels qu'ils sont proposés pour préserver leur capacité à produire des médicaments bon marché, mais ils perdent un partenaire commercial de premier plan.

La licence obligatoire est une autorisation de mise sur le marché accordé à un tiers sans le consentement du détenteur du brevet. Les importations désormais autorisées dans l'accord d'août 2003 concernent les produits ou les procédés pharmaceutiques brevetés qui permettent de traiter les problèmes de santé publique reconnus comme graves dans la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme).

2.2 Le déficit de participation

Le déficit de participation est un problème crucial dans le domaine de la santé.

La santé est d'abord un état individuel, avant de faire l'objet de mesures macroéconomiques et de programmes sur des groupes de populations. Nous insisterons sur le problème de la représentativité des instances qui prennent les décisions et pèsent sur les orientations des actions internationales ou nationales. Gabas et Hugon (2001, 8) soulignent la nécessité de dépasser les relations inter-Etats pour construire une coopération entre tous les acteurs impliqués : ONG, syndicats, partis politiques, entreprises... Les auteurs évoquent également les difficultés actuelles à construire un espace institutionnel international capable de gérer les biens publics mondiaux¹⁷⁶.

Des pays et des populations sous-représentés

Concernant les pays pauvres, il est intéressant d'examiner la place occupée par ces derniers au sein des instances de décisions internationales. Ce travail a été réalisé par Guillaumont et Guillaumont-Jeanneney (2002) dans une étude sur la place des "pays les moins avancés" (PMA) au sein de la gouvernance mondiale.

¹⁷⁴ G ABAS J.J., HUGON P. (2001) Les biens publics mondiaux et la coopération internationale, l'Economie politique, n°12, 4ème trimestre, 19-31

¹⁷⁵ G ABAS J.J., HUGON P. (2001) Les biens publics mondiaux et la coopération internationale, l'Economie politique, n°12, 4ème trimestre, 19-31.

¹⁷⁶ G AURI V. (2004) Social rights and economics: claims to health care and education in developing countries", World development, vol. 32, n°3, 465-477

Si on s'en tient à la place des PMA au sein des Nations unies, on observe avec les auteurs que cette dernière organisation semble donner aux PMA une représentation supérieure à leur poids démographique et économique (ils représentent 30% des voix, alors que leurs poids démographique et économique par rapport au monde sont respectivement de 11% et 0,5% en produit intérieur brut), mais qu'ils sont en réalité groupés avec les autres pays en développement, ce qui réduit leur influence, puisque ce sont les PED les plus "puissants" qui comptent le plus lors des prises de décisions.¹³

Au sein de l'OMS, on peut considérer que le fonctionnement est relativement démocratique, puisque l'Assemblée mondiale de la santé regroupe l'ensemble des ministres de la santé. Néanmoins cette démocratie est relative car les pays industrialisés continuent d'y détenir le principal poids financier. Si on examine la situation des populations elles-mêmes, on observe que leur poids dans les décisions nationales ou internationales est faible. Ceci est en partie lié aux stratégies menées par les instances internationales de planification de la santé. Pendant longtemps a été privilégiée une logique de développement d'infrastructures (même si les fonds n'ont pas réellement suivi), alors que la connaissance des logiques des populations n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante. En conséquence, la méconnaissance de la demande de santé dans les PED s'est traduite par des erreurs concernant, notamment, les prévisions d'augmentation du recours aux structures publiques, la sensibilité de la demande aux prix, la place des pratiques traditionnelles (voir par exemple Boidin, 2001). S'ajoute à cette difficulté l'impact important du niveau général d'éducation sur les comportements favorables à la santé : face à cet enjeu, les "nouvelles" politiques éducatives (années 1970 et 1980), en principe tournées vers l'éducation primaire, n'ont en réalité pas porté leurs fruits car l'accès à l'éducation primaire n'a pas atteint les niveaux attendus¹⁷⁷.

Vers des logiques plus participatives ?

Malgré ces larges insuffisances dans la prise en compte de la demande et des populations, on avance parfois que la montée en puissance des ONG, et plus généralement de la "société civile"¹⁷⁸, vont permettre une amélioration de cette prise en compte. Certaines organisations internationales tendent, par ailleurs, à se rapprocher d'une telle position, tant au sein des organisations "onusiennes" que du côté des institutions de Bretton Woods, en particulier la Banque mondiale. Cette tendance conduit à rapprocher les positions de l'OMS et de la Banque mondiale concernant la gestion des systèmes de santé et l'allocation des budgets. Mais si l'importance de la participation est reconnue comme un élément clé des programmes relatifs à la santé, le terme de participation reste sujet à plusieurs interprétations¹⁷⁹.

L'organisation estime (2001) que le développement des services "proches du client" (close to client) doit être renforcé à travers le rôle des acteurs privés. L'OMS insiste, en outre, sur les problèmes de gouvernance qui, largement stigmatisés en général dans le champ du développement, sont également présents dans celui de la santé, y compris dans la dimension de la volonté politique au sein des pouvoirs publics nationaux. De son côté, l'ONUSIDA se fait souvent le relais des positions de la société civile (Dumoulin et Alii, 2003, 7), par exemple en ce qui concerne la gratuité des soins. La Banque mondiale et le FMI accordent une place centrale à la participation des populations dans le cadre de l'initiative "pays pauvres très endettés" (PPTE).

La mise en œuvre de processus participatifs doit réunir les bailleurs de fonds et les représentants des différents acteurs sociaux autour du premier objectif, celui de la réduction de la pauvreté. Pourquoi faire reposer l'initiative PPTE sur un tel processus ? Du point de vue des institutions de Bretton Woods, il s'agit de répondre aux lacunes des politiques antérieures, et en particulier au manque d'appropriation par les pays dans lesquels ces dernières étaient mises en œuvre (World Bank, 2002). En réalité, la notion d'appropriation ne signifie pas, pour la Banque mondiale et le FMI, que les populations et les acteurs locaux détiennent les clés de leur développement, et que ces clés auraient été négligées dans les politiques précédentes. Il est encore difficile de savoir dans quelle mesure ce terme constitue un objectif en soi, un processus démocratique ou un concept instrumentalisé par les organisations internationales pour servir une stratégie déjà élaborée en amont.

La société civile est entendue au sens large comme l'ensemble des acteurs privés. Dans le domaine de la santé on y trouve notamment les ONG, les mutuelles de santé, les dispensaires religieux, mais également les entreprises pharmaceutiques¹⁸⁰.

¹⁷⁷ KAUL I., GRUNBERG I. et S TERN M.A. (2002) Les biens publics mondiaux, Paris, Economica (traduit de Global public goods: international cooperation in the 21st century, New York: PNUD, Oxford University Press, 1999).

¹⁷⁸ KOLACINSKI D. (2003) Analyse économique des droits de l'homme, Presses universitaires de Rennes, Rennes.

¹⁷⁹ MARTIN L. (2002) L'économie politique de la coopération internationale, in Kaul et Alii

¹⁸⁰ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) (2001) Fatal imbalance, the crisis in research and development for drugs for neglected diseases, DND Working Group, MSF, Septembre

Cette initiative, lancée conjointement par la Banque mondiale et le FMI et renforcée en 1999, est présentée par ces deux institutions comme un tournant dans leur approche des politiques de développement.

On peut, en particulier, s'interroger sur l'utilisation qui est faite des enquêtes "participatives" auprès des pauvres. Il apparaît paradoxal que ces enquêtes n'aient donné lieu qu'à une exploitation partielle, centrée précisément sur les facteurs ou les manifestations internes de la pauvreté, plutôt que sur les aspects internationaux.

2.3 Le déficit d'incitations

Le problème des incitations Le problème des incitations peut également être illustré à travers l'exemple de l'accès des pays pauvres aux médicaments antirétroviraux. Comment inciter les entreprises à fournir aux pays pauvres des médicaments qui nécessitent de nombreuses années d'investissement, et qui sont protégés par des brevets ? On peut imaginer deux scénarios. L'un, plutôt privilégié ces dernières années, repose sur des outils d'incitations dirigés vers les entreprises, tout en laissant le marché fonctionner. Examinons les difficultés rencontrées par chacun de ces scénarios¹⁸¹.

Les deux modalités possibles de coordination et leurs limites

Dans le cas d'un marché complété par des incitations, on peut reprendre la typologie, proposée par certains acteurs, des outils nécessaires à l'amélioration de l'accès aux services et traitements adéquats. Ces outils sont (MSF, 2001 ; Global Forum for Health Research, 2001) :

- les interventions de type "pull" : incitations économiques à destination des industries, visant à rendre les marchés plus attractifs. On cite souvent le "Pot of gold", qui consiste à créer des fonds de garantie pour certaines recherches, afin de leur assurer un débouché minimum financé par des fonds publics lors du lancement du produit.
- les interventions de type "push", incitatives également, qui visent à réduire le coût et le risque pour les entreprises qui effectuent des recherches pour une maladie peu investie.
- enfin, les "partenariats" public/privé, qui visent à utiliser les forces de chaque secteur de façon innovante.

Parmi ces différentes actions, des concertations ont abouti à des points de consensus entre les différents acteurs. Ainsi l'atelier OMS/OMC sur les prix et le financement des médicaments essentiels (avril 2001) groupait des représentants d'entreprises, de gouvernements, d'ONG, de consommateurs, d'organisations internationales et d'universités. Les conclusions de l'atelier ont porté sur la possibilité d'offrir des prix différenciés en faveur des pays les plus pauvres, tout en laissant aux brevets le soin d'assurer les incitations nécessaires à la recherche.

Cependant l'efficacité finale de ces mécanismes pour permettre aux pays pauvres d'accéder aux médicaments repose sur au moins deux conditions :

- que des mesures puissent être mises en œuvre contre le retour "informel", vers les pays riches, des médicaments vendus initialement dans les pays pauvres ;
- qu'en diminuant le prix proposé aux PED, celui-ci devienne effectivement adapté aux capacités d'achat des pays concernés.

En supposant que les incitations fonctionnent (ce qui n'est pas garanti, compte tenu de la première condition ci-dessus), il reste le problème de la solvabilité de la demande. En réalité, la différenciation des prix, comme d'ailleurs l'ensemble des actions évoquées et des outils utilisés (partenariats, subventions aux recherches, prix différenciés), ne pourra prendre en charge toutes les maladies touchant les pays pauvres¹⁸².

Dans le second scénario, celui d'une mise hors marché des médicaments, on cherche à donner pleinement à la production du traitement un caractère de bien public, et à en tirer les conséquences en termes de régulation mondiale.

III. RENFORCEMENT DE L'ANALYSE DES INSTITUTIONS

L'examen des trois déficits dans le domaine de la santé soulève deux questions incontournables si on veut approfondir l'analyse de l'accès des pays pauvres à la santé. Ces questions nous amènent à relier entre eux les trois déficits pour dégager les lacunes actuelles de la régulation internationale de la santé.

En premier lieu, il ressort des trois déficits abordés dans cet article que les visions, les logiques et les stratégies des différents acteurs ne concordent pas, pour un certain nombre d'entre eux.

¹⁸¹ GABAS J.J., HUGON P. (2001) Les biens publics mondiaux et la coopération internationale, *l'Economie politique*, n°12, 4ème trimestre, 19-31

¹⁸² CHIFFOLEAU S. (2001) Systèmes de santé et pauvreté au Sud. En quête d'un bien public équitablement mondial, Colloque "Les biens publics mondiaux", AFSP, Pau, 25 et 26 octobre

Certes, cette remarque s'apparente à un lieu commun, mais elle nous semble présenter une incidence particulière dans le domaine du droit à la santé. En effet, nous avons relevé supra que la montée en puissance du droit à la santé comme droit humain essentiel semblait faire son chemin, en tout cas dans les discours, mais qu'elle restait largement subordonnée à des priorités économiques et commerciales. Concurrément, le concept de bien public mondial santé, apparu récemment dans les déclarations et les analyses, témoigne d'une apparente prise de conscience, mais sans qu'à ce jour une amélioration réelle ne puisse être observée dans les PED¹⁸³.

Peut-on, par exemple, considérer sur un même plan les initiatives des Pouvoirs publics visant à protéger les frontières nationales des épidémies extérieures, et celles qui chercheraient à financer des capacités de recherche dans des pays pauvres, pour des maladies n'impliquant aucun risque dans le pays à l'origine de l'aide ?

Dans le premier cas, on peut parler d'une vision sécuritaire, actuellement en développement au sein des pays industrialisés ; dans le second cas, on trouve des initiatives qui souvent combinent des fondements philanthropiques et des intérêts commerciaux. Construire une typologie des actions permettrait donc d'éclairer les fondements de ces dernières, et, plus généralement, de mieux comprendre les logiques suivies par les différents acteurs.¹⁸⁴

CONCLUSION

La typologie des limites de la coopération internationale en matière de santé proposée se fonde sur les trois déficits mis en exergue par Kaul, Grunberg et Stern. Pour chacun d'eux, le cas de la santé recèle des enseignements importants relatifs à la difficulté de construction d'un cadre international de régulation.

- Le déficit de juridiction trouve, dans l'élaboration des droits de propriété intellectuelle, un cadre d'étude révélateur des intérêts divergents des différents acteurs, et de la difficulté à élaborer des règles qui fassent apparaître clairement la priorité donnée soit aux principes éthiques (chercher à améliorer l'équité dans l'accès aux soins et le niveau de santé dans les pays en développement), soit aux principes économiques (favoriser les initiatives de recherche et le développement des relations commerciales dans le domaine de la santé). Au regard de nos développements, il apparaît que les négociations issues du processus de Doha ont d'abord tranché en faveur de la sphère économique.

Le droit à la santé reste, dans les faits, subordonné aux négociations commerciales :

- Le déficit de participation des pays pauvres à la régulation de la santé à l'échelle mondiale est également révélateur des priorités actuelles. On pourrait penser que cette participation des pays pauvres est amenée à s'accroître, par le levier des partenariats entre les acteurs, qui permettraient d'agir dans un cadre décentralisé (coopération décentralisée, partenariats entreprises - Pouvoirs publics...).

Cependant, ce mouvement se heurte à des freins internes (les priorités des dirigeants ne semblent pas encore tournées vers des investissements massifs dans le domaine de la santé) et externes (le caractère éparpillé des partenariats et la nébulosité de leurs objectifs).

- Le déficit d'incitations nous amène à souligner un problème crucial et récurrent : sans marché solvable, les incitations ne constituent pas de solutions satisfaisantes face aux maladies les plus répandues dans les PED. Les propositions en vue d'une mise hors marché de certains traitements constituent une alternative qui, pour séduisante qu'elle soit, n'est pas exempte de risques.

Cette analyse suggère d'approfondir l'examen des déficiences institutionnelles dans le domaine de la santé à l'échelle internationale. En particulier, deux questions complémentaires mériteraient une étude détaillée : d'une part, préciser les valeurs et les objectifs des institutions existantes, qu'elles soient publiques ou privées ; d'autre part, spécifier les modalités de contrôle et de coordination des actions menées conjointement par ces institutions dans le cadre d'une logique de régulation devenue horizontale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1G AURI V. (2004) Social rights and economics: claims to health care and education in developing countries", *World development*, vol. 32, n°3, 465-477.

¹⁸³ DUMOULIN J., FLORI Y.A., VINARD P., BOREL T. (2003) Les stratégies sur le marché mondial des médicaments contre le Sida, communication aux *XXVIèmes Journées des économistes français de la santé*, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.

¹⁸⁴ Cité par Mills 2002 : Waddington C. (2001), "Don't be distracted from good routine immunization", revue GAVI Immunisation Focus, mars.

- BOIDIN B. (2001) Les infrastructures sanitaires publiques et la santé en Afrique subsaharienne : le problème de l'information, in Brot J. et Gérardin H., *Infrastructures et développement*, Paris, L'Harmattan.
- BOIDIN B. (2002) Libéralisation et accès des pays pauvres à la santé. Quelle responsabilité des droits de propriété intellectuelle et des firmes ?, *Mondes en développement*, n°120, 63-74.
- BOIDIN B. (2005) La santé comme bien public mondial : un contenu ambigu et incertain, communication aux XIXèmes journées de l'Association Tiers-Monde, 2003, à paraître dans Brot J., Froger G., Gérardin H., Mainguy C., *Quels acteurs pour quel développement ?*, Paris, Karthala.
- CHEN L.C., EVANS T. G., CASH R. A. (2002) La santé comme bien public mondial, in Kaul et alii.
- CHIFFOLEAU S. (2001) Systèmes de santé et pauvreté au Sud. En quête d'un bien public équitablement mondial, Colloque "Les biens publics mondiaux", AFSP, Pau, 25 et 26 octobre.
- CRAIG D., PORTER D. (2003) Poverty reduction strategy papers : a new convergence, *World Development*, vol. 31, n°1, 53-69.
- CLERSE, Université Lille
- DUMOULIN J., FLORE Y.A., VINARD P., BOREL T. (2003) Les stratégies sur le marché mondial des médicaments contre le Sida, communication aux XXVIèmes Journées des économistes français de la santé, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
- GABAS J.J., HUGON P. (2001) Les biens publics mondiaux et la coopération internationale, *l'Economie politique*, n°12, 4ème trimestre, 19-31.
- GUILLAUMONT P., GUILLAUMONT-J EANNENEY S. (2002) Les PMA et la gouvernance mondiale, in Conseil d'Analyse Economique, *Gouvernance mondiale, Rapport de synthèse*, La documentation française.
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH (2001) Initiative on public-private partnerships for health, www.globalforumhealth.org
- GUENNIF S., MFUKA C. (2004) Promesse et risque du renforcement du brevet au Sud.
- KAUL I., GRUNBERG I. et STERN M.A. (2002) *Les biens publics mondiaux*, Paris, Economica (traduit de *Global public goods: international cooperation in the 21st century*, New York : PNUD, Oxford University Press, 1999).
- KOLACINSKI D. (2003) *Analyse économique des droits de l'homme*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- MARTIN L. (2002) L'économie politique de la coopération internationale, in Kaul et alii .
- MFUKA C. (2002) « Accords ADPIC et brevets pharmaceutiques, le difficile accès des pays en développement aux médicaments antisida », in *Revue d'économie industrielle*, n° 99, 2ème trimestre, 191-214.
- MILLS A. (2002) La science et la technologie en tant que biens publics mondiaux : s'attaquer aux maladies prioritaires des pays pauvres, *Revue d'économie du développement*, n°1-2, juin, 117-139.