



Aide au développement et santé comme droit humain

By/Par

Bruno Boidin

Université Lille 1

Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et Economiques

Bruno.boidin@univ-lille1.fr

RÉSUMÉ

L'assimilation de la santé à un « droit humain » est-elle véritablement associée à un effort international massif d'aide au développement dans ce domaine ? Nous tentons de montrer que l'aide à la santé repose depuis plusieurs années sur une conception sécuritaire, qui constitue une interprétation restrictive de la notion de bien public mondial et oriente les flux vers des maladies dont l'impact mondial est le plus visible au détriment d'autres secteurs de la santé tout aussi importants pour les populations pauvres. Cette conception pose des problèmes d'efficacité dans l'allocation des fonds et d'éthique de la décision, et nous amène à une réflexion critique sur l'usage du critère économique d'efficacité dans ce contexte. Nous proposons enfin quelques pistes pour un cadre théorique renouvelé de l'aide à la santé.

ABSTRACT

As health is more and more recognized as a « human right », we can wonder if this tendency leads to an important increase in foreign aid for health. We try to show that aid has been considered for a few years as a big stake for international security. This approach focused on security issues is a very narrow use of the concept of global public goods. As a consequence, infectious disease is the priority of health assistance and other sub-sectors generally considered pro-poor are losing share in health funding. This evolution raises questions about efficiency and ethics in the fund allocation. We outline a few perspectives for the use of a different theoretical background in the aid for health.

Mots-clés : Aide au développement, santé, droit humain

Key words : Development assistance, health, human right

JEL classification : I19, O15

Aide au développement et santé comme droit humain

La notion de droit humain trouve ses fondations légales dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et, bien avant cela, chez les philosophes antiques et les conceptions religieuses du respect particulier qu'il conviendrait d'accorder à l'espèce humaine. Sous l'influence conjointe de certains acteurs internationaux (Programme des Nations Unies pour le Développement – PNUD-, organisations non gouvernementales actives dans le domaine des droits de l'homme et des besoins essentiels, telles que Médecins sans Frontières – MSF- et Oxfam), et d'auteurs influents (Amartya Sen en économie), l'idée de droits humains fondamentaux tels que la santé, l'alimentation, la sécurité, a pris ou repris de l'ampleur au cours des quinze dernières années. Au sein de la « communauté internationale », la notion de « droits humains » est de plus en plus présente, même si son contenu et son application restent discutés.

La santé a vu sa place confortée au sein des droits humains dits essentiels, comme en témoigne sa prise en compte dans presque tous les indicateurs de développement humain élaborés depuis le début des années 1990 (l'indice de développement humain du PNUD en premier lieu, mais également un ensemble d'autres indicateurs plus récemment proposés - voir Booyesen, 2002). Mais cette prise en compte de la santé comme enjeu international dépasse les débats strictement académiques pour occuper également les négociations internationales. La conférence de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) tenue à Doha en 2001 en fut témoin, marquant un premier pas vers la reconsidération des problèmes de développement et de santé. La pression de l'opinion publique mondiale n'est pas étrangère à ces évolutions, comme le montra également le retrait de la plainte des firmes pharmaceutiques déposée à l'encontre des pays en développement producteurs de médicaments brevetés.¹

On pourrait donc être tenté de considérer que la santé est un droit humain fondamental, et qu'à ce titre elle est irréductible à une analyse économique, traditionnellement centrée sur l'optimisation des ressources. On observe d'ailleurs, si l'on regarde la problématique de l'accès à la santé dans les pays en développement, une certaine concurrence entre l'approche par les droits et l'approche par l'économie : la première considère comme premier le critère des droits inaliénables tandis que la seconde compare les résultats des programmes de santé à leurs coûts. Mais ces deux démarches sont-elles si différentes ? Gauri (2004) montre que si elles diffèrent largement sur certains points, elles ne sont pas pour autant antagoniques. En effet, ces conceptions sont toutes deux sceptiques quant à la capacité des règles de marché à

¹ L'Afrique du Sud a fait l'objet d'une plainte déposée en 2000 par l'Association de l'industrie pharmaceutique d'Afrique du Sud et 39 laboratoires pharmaceutiques internationaux. Les laboratoires lui reprochaient de ne pas respecter le droit international des brevets, en particulier à travers sa politique d'importations parallèles de médicaments antirétroviraux permettant de soigner les séropositifs à un coût plus faible. Les firmes ont finalement retiré leur plainte.

fournir des systèmes de santé efficaces et équitables. Elles se penchent sur la question des réformes nécessaires dans la régulation du système, en particulier celles qui renforcent le pouvoir d'influence des bénéficiaires. Les récentes analyses économiques portant sur les droits de l'homme (Kolacinski, 2003) nous montrent que les droits humains peuvent être un objet d'étude pour l'analyse économique.

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).² 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 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.³

La question posée dans cet article est de savoir si la montée en puissance des discours sur la santé en tant que « droit humain » est véritablement associée à un effort massif de la part de la « communauté internationale » dans ce domaine. La première partie tente d'estimer cet effort à travers les flux d'aide au développement et de mettre en exergue la diversité des déterminants de l'aide. La deuxième partie cherche à montrer que l'approche sous-jacente à l'orientation actuelle des flux d'aide repose sur une conception sécuritaire de la santé, qui constitue une interprétation restrictive de la notion de bien public mondial. Cette conception pose des problèmes d'efficacité dans l'allocation des fonds et d'éthique de la décision, et nous amène dans une troisième partie à nous interroger sur l'usage du critère économique d'efficacité dans ce contexte. La quatrième partie propose des pistes pour un cadre théorique renouvelé de l'aide à la santé.

² L'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 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. En ce sens, la lutte contre les maladies nécessite des investissements importants en biens publics globaux, au-delà de l'action et des moyens isolés des gouvernements.

³ 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. Cependant la notion de bien public mondial appliquée à la santé est reprise par des acteurs ou des analystes dans un cadre différent, celui de bien commun prioritaire dont la gestion devrait être collective et équitable (voir par exemple, en France, les travaux de l'association Survie sur les « biens publics à l'échelle mondiale », ou la position de G. Velásquez : « Les médicaments, un bien public mondial », *Manière de voir* n°73, février – mars 2004, pages 67-70). 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.

1. LES FLUX D'AIDE SUIVENT-ILS LES « DROITS HUMAINS » ? LE CAS DE LA SANTÉ.

De nombreux travaux ont appuyé depuis plusieurs années la thèse selon laquelle la santé constitue un facteur important de croissance et de développement dans les pays pauvres et intermédiaires (WHO, 2001, Hanmer, Lensink, White, 2003, Global Forum for Health Research, 2004...). Les organisations multilatérales en charge du développement et/ou de la santé (Banque mondiale, OMS, ONUSIDA...) ont conjointement insisté sur la nécessité d'augmenter l'effort d'aide internationale pour la santé dans les pays pauvres.

Ce contexte général est renforcé, depuis quelques années, par l'accent mis sur des approches innovantes proposées par les chercheurs et les institutions pour le financement international de la santé. Ainsi des partenariats public-privé, des mécanismes multilatéraux (Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose) ont-ils vu le jour. Cependant la majorité des ressources consacrées à ce domaine continue de provenir des canaux classiques, en particulier l'aide publique au développement (APD). C'est pourquoi nous examinerons les flux d'aide publique au développement afin de cerner l'effort international consacré à la santé.

1.1. La priorité accordée aux maladies infectieuses à impact mondial

Le tableau 1 ci-après concerne la période 1993-2003. Il fait apparaître deux grandes tendances relatives à l'aide publique consacrée à la santé⁴ :

- Les efforts portant sur le VIH/sida ont été sensiblement renforcés, tant en valeur absolue (augmentation annuelle moyenne de 36,7%) qu'en part dans le total de l'APD (de 0,1% à 1,8%).
- Cependant l'aide à la santé hors VIH/sida⁵ a perdu du terrain, augmentant de 5,1% par an en moyenne (contre 5,9% pour le total de l'APD), et voyant sa part dans l'APD diminuer (de 5,4% à 5%).

L'effort important fourni au profit de la lutte contre le VIH/sida ne doit donc pas occulter la diminution (en valeur relative) des dépenses affectées à d'autres domaines de l'aide pour la santé. Cette tendance contredit les discours internationaux sur le caractère crucial de l'amélioration des niveaux de santé dans les pays pauvres.

⁴ Nous utiliserons désormais l'appellation usuelle « santé, sida et population », ou SSP.

⁵ Cette rubrique inclut, outre le contrôle des maladies infectieuses autres que le sida, la catégorie « santé et population » qui recouvre les infrastructures et soins de base, l'éducation à la santé et le développement personnel, la nutrition, la santé reproductive et le planning familial.

Tableau 1**Aide publique au développement consacrée à la santé, au sida et à la population (SSP) en millions de dollars (prix 2002)**

	1993	2003	Taux de croissance annuel
Santé, sida et population (SSP)	3 107	6 719	8,0
Dont sida	77	1 754	36,7
Dont santé et population	3 030	4 965	5,1
Total APD	56 451	99 892	5,9
Part SSP dans l'APD	5,5%	6,7%	
Part sida dans l'APD	0,1%	1,8%	
Part santé et population dans l'APD	5,4%	5,0%	

Source : adapté de MacKellar (2005) à partir des données du Comité d'Aide au Développement.

Le tableau 2 ci-dessous nous éclaire sur une troisième tendance de l'APD consacrée à la santé : les efforts considérés comme favorables aux pauvres (hors VIH/sida) ont également vu leur part diminuer dans l'APD consacrée à la santé. Ces dépenses « pro pauvres » sont en effet :

- les soins et infrastructures de base
- l'éducation à la santé et le développement personnel
- la nutrition de base
- le contrôle des maladies infectieuses hors VIH/sida
- la santé reproductive et le planning familial
- enfin les MST incluant le VIH/sida, qui sont représentées à part dans le tableau.

On constate qu'à l'exception notoire des maladies infectieuses et des MST incluant le VIH/sida, dont la part augmente dans l'APD et dans le secteur SSP, les autres dépenses « pro pauvres » voient leur part diminuer. En conséquence c'est bien l'effort dans la lutte contre le VIH/sida qui permet d'élever la part des dépenses de santé pro pauvres dans l'APD. Sans cet effort, les dépenses en faveur des pauvres verraient au contraire leur part diminuer.

Tableau 2**Part des sous-secteurs SSP dans l'APD, 1993 et 2003 (%)**

	Part du sous-secteur			
	Dans l'APD		Dans le secteur SSP	
	1993	2003	1993	2003
Infrastructures et soins de base	0,8	0,8	14,1	12,2
Education à la santé et développement personnel	0,4	0	6,2	0,8
Nutrition de base	0,6	0,2	10,9	2,8
Contrôle des maladies infectieuses (à l'exclusion du VIH/sida) ⁶	0,2	0,7	3,5	10,2
Santé reproductive et planning familial	1,2	1,1	22,5	16
Total sous-secteurs « pro pauvres » à l'exclusion des MST et du VIH/sida	3,2	2,7	57,2	42
MST incluant VIH/sida	0,1	1,8	2,5	26,1
Total général, sous-secteur SSP « pro pauvres »	3,3	4,5	59,7	68,1

Source : adapté de MacKellar (2005) à partir des données du Comité d'Aide au Développement.

Ces tendances posent deux problèmes. D'abord elles montrent une contradiction apparente entre, d'une part, les discours tenus par les pays riches et les organisations multilatérales concernant la priorité à donner aux besoins des plus pauvres, d'autre part, la réalité des efforts engagés.⁷ Ensuite elles interrogent, comme le souligne également MacKellar (2005), « l'efficacité de l'allocation de l'aide SSP par rapport aux besoins des pauvres ».

Bien entendu, l'augmentation de l'effort fourni contre le VIH/sida nous conduit à nuancer ces commentaires pessimistes, dans la mesure où cette maladie touche très largement les pays les plus pauvres, bénéficiant de l'augmentation des fonds qui lui sont consacrés. Cet effort dans le domaine du VIH/sida est d'ailleurs confirmé *via* d'autres initiatives de natures diverses.⁸ Néanmoins il peut paraître surprenant que des domaines clairement reconnus par

⁶ Paludisme, tuberculose, poliomyélite, etc.

⁷ Ces discours sont accompagnés depuis plusieurs années du lancement d'initiatives annoncées comme ayant pour objectif la réduction puis l'éradication de la pauvreté : « Initiative Pays pauvres très endettés » (IPTE) en 1996 et 1999 ; « Millenium development goals » (MDG) en 2000, Conférence de Monterrey sur le financement du développement en 2002, sans parler des rapports publiés par les organisations multilatérales (par exemple le rapport annuel 2004 sur le développement de la Banque mondiale, consacré à l'accès des pauvres aux services essentiels – Banque mondiale, 2004).

⁸ Le *President's Emergency Program for Aids Relief* (PEPFAR) lancé sous l'égide du Président américain G.W. Bush, la *Global Alliance for Vaccine and Immunization* (GAVI), La *Drugs for*

les institutions compétentes comme prioritaires pour les populations pauvres voient parallèlement l'effort relatif qui leur est consacré diminuer.⁹ Des pistes d'explications sont maintenant abordées.

1.2. Quels sont les critères d'orientation de l'aide ?

Des flux d'aide qui ne sont pas seulement liés au poids des différentes maladies

Une question émerge des tendances dégagées plus haut : la part consacrée aux différents sous-secteurs de l'aide pour la santé reflète-t-elle les besoins des populations auxquelles cette assistance est destinée? Pour y répondre nous disposons notamment d'un outil qui fait aujourd'hui autorité dans le domaine de la santé publique : le calcul des *Disability Adjusted Life Years* (DALYs).¹⁰ Cet outil, qui permet de mesurer la charge de morbidité (ou invalidité) des différentes maladies, est fréquemment cité en termes de hiérarchisation des dépenses (voir par exemple Global Forum for Health Research, 2004). Néanmoins MacKellar (2005) confirme que les priorités de l'APD ne reflètent pas la seule charge de morbidité. L'auteur montre en effet (tableau 3) que, dans les pays à revenu faible et intermédiaire :

- La part des dépenses pour les maladies transmissibles et associées (VIH/sida et MST, santé maternelle et conditions périnatales...) est beaucoup plus élevée que le poids de ces dernières dans la charge mondiale des maladies ;
- Mais cette part élevée est largement due à l'effort particulier porté sur les MST incluant le VIH/sida ;
- Au contraire, les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, santé mentale...) et les blessures reçoivent une part beaucoup plus faible que leur contribution à la morbidité.¹¹

Neglected Disease Initiative (DNDi), le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose...

⁹ Du côté des travaux académiques, la priorité à donner à de tels domaines est également reconnue par plusieurs chercheurs, comme par exemple Bell et Fink (2005, p. 162) qui estiment que « *dans le domaine de la santé, l'aide au développement devrait être allouée de manière à pouvoir prendre des mesures contre les principales causes des maladies des pays pauvres, à savoir les maladies transmissibles, les maladies maternelles et périnatales ainsi que la malnutrition* ».

¹⁰ Terme traduit en français par l'expression « Années de vie corrigées par l'invalidité ». Cet indicateur représente le nombre d'années de vie perdues pour cause d'invalidité. La somme des DALYs peut alors être interprétée comme l'écart entre la situation actuelle en termes d'état de santé et une situation « idéale » où la population vivrait une longue vie sans maladie invalidante. Voir Murray et Lopez (1996) pour les premières estimations.

¹¹ Ces résultats doivent cependant être considérés avec prudence. Ainsi certaines actions ayant une incidence directe sur les blessures ne sont pas classées dans les dépenses de santé, par exemple les dépenses d'infrastructures routières ou de sécurité. Signalons également que des différences subsistent entre pays pauvres et intermédiaires : dans les seuls pays pauvres, la répartition des DALYs donne une place plus importante aux maladies transmissibles, de l'ordre de plus de 50%.

Tableau 3**Charge de la maladie et APD dans les pays à revenu faible et intermédiaire**

Catégorie de maladie	DALYs perdus (2001, milliers)	Part dans la charge totale de la maladie (Global burden of disease)	Part dans l'APD en SSP (2003, en %)	
			Interventions directement attribuables à la maladie	Interventions directement attribuables à la maladie + interventions générales attribuables à la maladie
Maladies infectieuses (sida, tuberc., poliom., etc.) et associées (santé maternelle, conditions périnatales, déficiences nutritionnelles)	552 369	39,8	54,9	72,9
Maladies infectieuses à l'excl des MST et du VIH/sida	327 407	23,6	10,2	20,8
MST et VIH/sida	80 173	5,8	25,9	28,5
Santé maternelle et conditions périnatales	115 494	8,3	16,0	19,8
Déficiences nutritionnelles	29 564	2,8	2,8	3,8
Maladies non transmissibles ¹²	678 842	48,9	0,0	22,1
Blessures	155 945	11,2	0,0	5,1
Total	1 387 426	100,0	54,9	100,0

Source : adapté de MacKellar (2005) à partir des données du Comité d'Aide au Développement.

Ces observations sont confirmées en observant l'APD par DALY. Ce ratio permet en effet de regarder l'effort d'aide fourni au regard d'une année de vie en bonne santé perdue. Le tableau 4 montre que les MST et le VIH/sida reçoivent une aide par DALY bien plus importante que les autres catégories de maladies. On note en particulier que, en dehors des

¹² Cette catégorie inclut par exemples les maladies cardiovasculaires, la haute tension artérielle, les cancers, les maladies mentales.

maladies non transmissibles et des blessures (pour lesquelles la faiblesse des dépenses peut s'expliquer par l'existence d'actions non spécifiquement liées à la politique de santé), les affections qui semblent relativement négligées sont :

- D'un part, les maladies infectieuses hors MST et sida (on peut alors craindre que ceci traduise l'engagement international insuffisant envers les maladies dites « très négligées », notamment celles qui sont spécifiques aux pays pauvres) ;¹³
- D'autre part, les déficiences nutritionnelles, ce qui confirme le faible effort dans ce domaine qui apparaissait déjà dans le tableau 2.

Tableau 4

APD par DALY (dollars 2002)

Catégorie de maladie	APD par DALY pour les interventions directement attribuables à la maladie	APD par DALY incluant les interventions générales attribuables à la maladie
Maladies infectieuses à l'exclusion des MST et du VIH/sida	2,09	4,27
MST et VIH/sida	21,88	24,06
Santé maternelle et conditions périnatales	9,29	11,46
Déficiences nutritionnelles	6,30	8,45
Maladies non transmissibles	0,0	2,18
Blessures	0,0	2,17

Source : adapté de MacKellar (2005) à partir des données du Comité d'Aide au Développement.

Il convient donc de se pencher sur d'autres explications des choix dans l'attribution de l'aide destinée à la santé.

A la recherche d'autres explications

Plusieurs auteurs ont cherché à proposer des critères d'attribution des fonds publics, soit dans un cadre normatif, soit dans une optique compréhensive. Ainsi Creese et *alii* (2002), sur la base du cadre standard proposé par Musgrove (1999), énoncent que les fonds publics doivent aller vers des interventions respectant les critères suivants :

- actions coût-efficaces
- portant sur un bien public
- engendrant des externalités qui « biaisent » l'expression de la demande
- agissant sur des événements non assurables du fait de leurs conséquences dramatiques

¹³ Parmi les maladies très négligées l'on trouve par exemple la « maladie du sommeil », la « leishmaniose » et la maladie de Chagas, dont la particularité est de constituer une très faible menace pour les pays riches et un marché très peu solvable.

- destinées aux pauvres.

De son côté, Shiffman (2005) cherche à identifier les priorités qui se dégagent de l'aide destinée aux maladies infectieuses, et parvient à la conclusion que les différents facteurs suivants jouent un rôle dans les choix d'attribution :

- charge de la maladie (souvent mesurée en DALYs à l'heure actuelle)
- rapidité d'expansion
- capacité des pays pauvres à prendre en charge eux-mêmes la maladie
- existence d'interventions coût-efficaces
- caractéristiques des victimes
- prévalence et risque d'infection dans les pays donateurs
- autres facteurs politiques et économiques.

Au regard de ces critères, on peut comprendre la sur représentation du VIH/sida dans l'aide internationale. Cette maladie répond en effet à tous les critères indiqués : des actions coût-efficaces ont été identifiées pour prendre en charge cette maladie (*cf.* Creese et *alii*, 2002), les conséquences humaines, sociales et économiques ont pu être estimées de grande ampleur, les risques de contagion vers les pays riches sont sérieux, les pays concernés ne sont pas en mesure de prendre en charge à eux seuls cette affection...

Il existerait donc des justifications d'ordre économique, social, éthique aux choix faits par les donateurs publics vis-à-vis de l'aide pour la santé. Ces justifications sont complexes car elles combinent plusieurs critères. En particulier, pour ce qui concerne l'aide à destination de la santé dans les pays pauvres, la concentration des fonds vers le VIH/sida, et dans une moindre mesure vers les maladies infectieuses, pourrait s'expliquer par l'urgence des actions face à l'ampleur et à l'extension de la maladie, à ses conséquences dramatiques sur les populations, à la nécessité de limiter les risques de transmission vers un nombre croissant de pays, etc.

Dans ce faisceau de circonstances orientant l'aide vers tel ou tel sous-secteur de la santé, la montée en puissance de la notion de « bien public mondial » tient une place centrale. En effet la « communauté internationale » reconnaît de plus en plus ce terme comme un critère central de définition des priorités internationales.¹⁴ On peut regrouper deux formes sous lesquelles la santé est considérée, au sein de ces travaux, comme un bien public mondial (Kaul et *alii*, 2002, p. 40 et p. 200):

¹⁴ Trois raisons sont utilisées par des acteurs divers (ONG, organisations multilatérales...) pour justifier le recours, depuis plusieurs années, au concept de bien public mondial dans le cas de la santé. La première raison est d'ordre éthique. Le recours au concept de santé comme bien public mondial contribue à rendre opérationnelle la notion de santé comme droit humain fondamental, et appelle alors à la mobilisation des institutions et des juridictions internationales face aux situations considérées comme violant les droits humains élémentaires. La deuxième raison est d'ordre historique. Même si la santé concerne avant tout la personne, il existe depuis longtemps des programmes internationaux de santé publique. Enfin, la troisième raison concerne les analyses récentes sur la notion de biens publics mondiaux, inspirées de façon plus ou moins directe du terme « bien public ». Ces analyses partent des externalités des actions de santé. Les externalités sont liées aux caractéristiques du bien collectif pur définies par Samuelson (1954).

- la santé peut être conçue comme un bien public mondial final, c'est-à-dire un résultat plutôt qu'un « bien » au sens traditionnel ; on rejoint ici, sans que ce rapprochement ne soit explicite, la définition positive de la santé selon l'OMS¹⁵;
- la santé peut être conçue comme un bien public mondial intermédiaire, par exemple à travers les réglementations relatives à l'accès aux médicaments, ou à travers les médicaments eux-mêmes. A ce titre la connaissance scientifique, déjà considérée comme un bien public (Stiglitz, 1999), produit des médicaments, eux-mêmes biens publics intermédiaires d'un bien public final, la situation de la population en termes de santé.

Ainsi ce sont en particulier les externalités transfrontalières fortes liées aux maladies infectieuses qui pourraient expliquer cet intérêt pour la notion de bien public mondial, comme extension des biens publics et présentant les mêmes caractéristiques économiques que ces derniers. L'importance des externalités transfrontalières à grande échelle occasionnées par le VIH/sida contribuerait alors à orienter prioritairement les financements internationaux vers cette maladie.

Pour intéressantes et précieuses que soient les explications avancées pour mieux comprendre les logiques des dons internationaux, elles nous amènent maintenant à un questionnement sur les effets potentiellement pervers de telles évolutions.

2. UNE ÉTHIQUE « SÉCURITAIRE » DE L'AIDE POUR LA SANTÉ ?

On se penche ici sur les difficultés posées par une approche en termes de bien public mondial lorsqu'elle semble s'appuyer principalement, comme c'est le cas dans le contexte actuel, sur une perspective sécuritaire de la santé.

2.1. L'approche sécuritaire, une conception particulière des biens publics mondiaux

Les experts des maladies infectieuses sont sollicités de façon croissante depuis plusieurs années face à la mondialisation des risques sanitaires. Cette tendance, qui tire sa légitimité des enjeux économiques, sociaux et environnementaux en présence, repose cependant sur une perspective essentiellement sécuritaire qui réduit largement le problème à la protection d'une région contre les risques en provenance de l'extérieur. L'approche sécuritaire des relations internationales, déjà identifiée et analysée par certains anthropologues ou politistes (cf. par exemple Bagayoko-Penone, Hours, 2006), n'est pas nouvelle, même si elle a connu une montée en puissance depuis une dizaine d'années. Dans le domaine des maladies humaines ou animales, la perspective sécuritaire doit être mise en parallèle avec l'apparition et le développement du concept de « biens publics mondiaux », et les externalités positives ou négatives qui lui sont liées. Ainsi, au même titre que les programmes de vaccination

¹⁵ Selon la définition de l'OMS, la santé constitue un état de bien-être physique, mental et social.

pourraient être gérés de façon transnationale afin de prendre en compte leurs externalités positives au-delà des frontières, les épidémies (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, SRAS...) devraient être traitées à l'échelle internationale ou mondiale afin d'assurer une prise en charge commune des contagions transfrontalières et de mieux partager les responsabilités entre pays.

Cependant l'approche sécuritaire constitue une conception particulière et très réductrice des biens publics mondiaux, autocentrée et privilégiant de fait la protection contre les risques émanant de l'extérieur. Plus généralement, l'accent mis sur une perspective sécuritaire explique le recentrage, depuis plusieurs années, des programmes de santé mondiaux vers les maladies infectieuses. Ainsi le programme de lutte contre la pauvreté de la Banque Mondiale est basé dans ce domaine sur des maladies transmissibles (SIDA, tuberculose et paludisme), largement concentrées dans les pays en développement, qui sont de ce fait considérés comme la source principale de risque. La règle du « maillon faible » est alors privilégiée : les pays à risque élevé deviennent une cible d'intervention pour éradiquer le problème à la source et protéger en retour les pays riches. L'Union Européenne a beaucoup insisté, dans son programme de lutte contre la pauvreté 2002-2006, sur les mêmes maladies infectieuses, tout comme l'USAID, dont l'intérêt pour le soutien des réformes des systèmes de santé s'est réduit, au profit du développement des systèmes de surveillance et d'information sur les maladies les plus courantes dans les pays en développement. La position du gouvernement américain constitue une autre illustration marquante de la priorité donnée à la sécurité des pays riches. Ainsi Tubiana et Severino (2002, p. 365) ont expliqué le choix qu'avait exprimé très tôt le président G.W. Bush de « *privilégier la sécurité du territoire et la lutte contre le terrorisme à l'extérieur* ». Dans une logique de bien public mondial, les Etats-Unis se positionnent alors comme des « fournisseurs dominants » (ils cherchent à imposer leurs règles de sécurité à l'extérieur), et développent une lutte contre les « maillons faibles » de la sécurité (le terrorisme, les pays soumis au risque de maladies infectieuses...).

2.2. Point de vue critique

Même si elles peuvent avoir comme effet bénéfique des initiatives innovantes dans le cadre de la lutte contre le Sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies courantes dans les pays pauvres, ces approches du bien public santé vu essentiellement sous l'angle du risque transfrontalier posent trois catégories de problèmes que nous abordons successivement.

En premier lieu, un effet de « vases communicants » entre les différents domaines de l'aide pour la santé est à craindre. Comme nous l'avons constaté *supra* (1), la levée des fonds pour les maladies infectieuses s'est accompagnée d'une réduction du poids de l'aide vers d'autres secteurs tout autant importants pour les populations pauvres (infrastructures de base, éducation à la santé, nutrition de base, planning familial...). Si la médiatisation des maladies infectieuses et des risques mondiaux qu'elles engendrent est d'une certaine façon utile à la levée des fonds internationaux, les chiffres font également apparaître le risque d'un

effet de substitution entre les dépenses, ce qui pourrait annihiler les investissements dans d'autres domaines du développement humain.¹⁶

Un deuxième problème, lié au précédent, a trait au risque de cloisonnement des investissements en santé. L'approche sécuritaire tend à mettre en concurrence des actions qui, pour certaines d'entre elles, nécessitent une approche transversale de la santé parce que les causes des maladies qu'elles traitent sont dans une large mesure complémentaires. Les effets pervers de cette tendance peuvent être décomposés ainsi :

- Une aide massive orientée vers les maladies transmissibles les plus médiatisées (le sida, et dans une moindre mesure le paludisme et la tuberculose) tend à favoriser les **approches verticales de la santé** dont on connaît aujourd'hui les limites (Mathonnat, 2005, Soucat, 2005, England, 2007). L'un des exemples les plus significatifs pourrait être la séparation des activités de lutte contre le sida et de santé reproductive, alors que cette dernière (en particulier à travers les consultations prénatales) permet de contrôler de façon régulière, et pour un coût limité, les populations.
- **Les carences institutionnelles des systèmes de santé**, pourtant profondes (Boidin, Hamdouch, 2005), **sont encore négligées** dans la réflexion sur l'aide internationale. La capacité d'absorption d'une aide massive vers les maladies transmissibles dépend du bon fonctionnement des systèmes de santé, qui par nature occupent une position transversale au sein des déterminants de la santé. L'affectation d'une partie de l'aide à une meilleure performance organisationnelle peut être justifiée dans ce contexte.
- **En outre l'une des raisons majeures de l'échec des politiques d'aide à la lutte contre le sida réside précisément dans la prédominance d'une conception principalement verticale du problème** qui a amené à traiter cette maladie indépendamment du contexte dans lequel vivent les populations touchées. Stillwaggon (2006) souligne à juste titre que l'infection par le VIH est influencée, comme de nombreuses autres maladies infectieuses, par les conditions de vie, l'environnement, l'accès aux services de santé adéquats, etc. Or les facteurs environnementaux et la situation de pauvreté des populations confrontées à l'épidémie ont été occultés au profit d'une interprétation accordant une place essentielle aux comportements à risque des populations. Reconnaître le rôle central de l'environnement et de la pauvreté des conditions de vie devrait conduire à privilégier des approches plus transversales de l'aide à la santé.

Enfin un troisième problème tient aux effets de domination engendrés par l'approche sécuritaire. Les stratégies de protection contre des risques extérieurs sont d'abord engagées

¹⁶ Ces craintes sont partagées par d'autres auteurs. Mathonnat (2005, pp. 170-171) se demande si « l'aide affectée à la lutte contre les maladies transmissibles sera additionnelle ou substituable aux autres ressources extérieures et intérieures ». Soucat (2005, p. 177) estime que « les affections maternelles et périnatales tout comme les carences nutritionnelles ne relèvent pas des stratégies spécifiques de lutte contre les maladies transmissibles mais représentent pourtant une part significative de la charge de maladies supportée ». Elle ajoute que l'argument selon lequel la lutte prioritaire contre le sida et la tuberculose serait justifiée par l'impact de ces maladies sur le capital humain est tout autant valable pour les affections maternelles, les accidents de la route, les décès liés au tabagisme, etc. England (2007, p. 344) rappelle enfin que les interventions de lutte contre le sida ne sont pas aussi coût-efficaces que d'autres actions de santé, telles que par exemple les accidents de circulation, les maladies infantiles, la tuberculose.

par les pays qui ont les moyens d'instaurer des barrières à l'entrée de nature physique, économique (contrôles aux frontières sous toutes leurs formes) ou commerciale (négociations bilatérales avec les pays à risque sur les politiques préventives à mettre en œuvre, avec menace de représailles commerciales en cas de manquement). Cela renforce la stigmatisation dont ces pays « à risque » font l'objet et leur identification comme « maillons faibles » d'un système international de surveillance et de prévention. Pire encore, ces stratégies sous-estiment largement les externalités négatives allant cette fois des pays riches vers les pays pauvres. Les études menées sur la « charge mondiale de la maladie » (*global burden of disease*) (Murray et Lopez, 1996) concluaient dès les années 1990 que, si les maladies contagieuses touchent encore en priorité les pays en développement, les maladies non contagieuses, et liées principalement aux modes de vie des pays riches, frappent à leur tour les pays pauvres et intermédiaires à un rythme inquiétant. Ainsi parmi les affections dont la charge augmentera le plus au début du 21^{ème} siècle figurent celles liées au tabac. Les pays pauvres et en développement ne bénéficient pas du même niveau de vie que les pays riches, mais ils en importent déjà les maladies.

Pour terminer cette réflexion, rappelons que notre analyse ne vise pas à remettre en cause l'augmentation des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida, mais à interroger sur les risques d'une approche qui ferait un usage réducteur des notions de sécurité sanitaire et de biens publics mondiaux. Le risque que nous soulevons est celui d'une concurrence accrue entre les différentes « misères du monde », qui pourrait détourner des financements de certaines affections toujours mortelles dans les pays pauvres, par exemple la nutrition dont la part dans l'aide pour la santé apparaît limitée compte tenu de son poids dans la charge de maladie. Cette concurrence dans la captation des fonds d'aide internationale n'est certes pas un phénomène nouveau, on peut cependant craindre que, dans le domaine de la santé, elle ne conduise à privilégier les acteurs, les pays ou encore les professionnels de santé les mieux organisés. Se pose alors la question du bon usage de l'analyse coût-efficacité, qui se trouve être également au centre des critères d'attribution de l'aide.

3. QUEL USAGE ÉTHIQUE DU CRITÈRE D'EFFICIENCE ?

La lutte contre le sida dans les pays en développement constitue une bonne illustration des débats autour de l'utilisation du critère d'efficacité cher aux économistes. Face à une maladie aux graves conséquences humaines et économiques, des analyses coût-efficacité ont été menées pour déterminer s'il fallait privilégier les dépenses de prévention ou les dépenses curatives. Quels sont les résultats de ces études ? Selon la synthèse de Creese et *alii* (2002), les interventions les plus efficaces pour leur coût sont, de façon générale, les dépenses de prévention. Les débats autour de ces résultats sont animés. Différents acteurs y prennent part (organisations internationales, ONG, Pouvoirs publics, chercheurs...). La question sous-jacente est de savoir s'il est, éthiquement, préférable d'appliquer les résultats de l'analyse coût-efficacité (priorité aux dépenses préventives) ou d'apporter secours aux personnes déjà

touchées par la maladie.¹⁷ On peut dégager deux grandes interprétations des choix éthiques à opérer face à ce dilemme.

D'un côté, on trouve des défenseurs de l'analyse coût-efficacité (ACE), qui estiment que, malgré ses imperfections, cette méthode demeure la seule apte à définir des solutions éthiquement justifiées. Par exemple, Brunet-Jailly (1999, 2004) estime injuste de ne pas fournir une césarienne aux patientes qui en ont besoin dans les pays pauvres, considérant que cette opération est moins coûteuse que les traitements contre le sida, et particulièrement efficace (au sens médical du terme). Il observe que des fonds importants ont été débloqués pour le traitement des personnes infectées par le VIH, avec des résultats incertains, alors que ces fonds auraient pu être utilisés pour augmenter le nombre de césariennes et sauver ainsi de nombreuses vies.

D'autres auteurs estiment au contraire que l'analyse coût-efficacité ne devrait pas être utilisée comme critère ultime de décisions relatives aux programmes de santé dans les pays pauvres. Ainsi Moatti et alii (2003 p. 254) estiment que l'usage de l'analyse coût-efficacité doit être relativisé et ne pas servir de prétexte à un désengagement des gouvernements et des donateurs dans la lutte contre le Sida. Les auteurs prônent plutôt une priorité internationale donnée à l'accès aux antirétroviraux. Ces arguments sont également défendus par un certain nombre d'ONG.

Malgré leur apparente opposition, les deux approches précédentes se rejoignent sur un point : elles considèrent que le critère d'efficacité ne peut être considéré sans lui adjoindre des critères éthiques de décisions collectives. Pour la première approche (celle qui défend l'analyse coût-efficacité comme critère ultime de décisions collectives), le critère d'efficacité contient en lui-même des fondements éthiques particuliers. La spécificité de cette approche est de considérer que les moyens alloués aux programmes de santé sont donnés. En d'autres termes, l'analyse coût-efficacité raisonne ici à budget limité, ou pour le moins considère qu'il ne faut pas attendre une hypothétique augmentation des fonds disponibles pour agir en utilisant les ressources disponibles selon un critère simple. Le droit à la santé y est défini dans les limites des ressources disponibles à un moment donné. Dans la seconde optique, on se rapproche au contraire d'une conception en termes de droit à la santé comme devant d'abord être défini indépendamment des ressources disponibles. C'est une version extensive du droit à la santé. Les droits humains ne devraient pas être considérés en fonction des ressources disponibles, ce sont les ressources qui devraient être adaptées aux besoins pour mettre en œuvre les droits humains. La partie suivante propose quelques pistes face à ces deux approches.

4. PERSPECTIVES : UN CADRE THÉORIQUE POSSIBLE

Sans préjuger de la spécificité des choix à effectuer à l'échelle des pays, il nous semble que l'utilisation de l'analyse coût-efficacité pour définir des priorités à une échelle plus mondiale

¹⁷ Au cœur de ce débat se trouvent les critiques apportées à l'encontre de la Banque mondiale dans les années 1990, cette institution ayant défendu une approche préventive.

ne peut pas faire l'économie d'un débat entre les acteurs internationaux concernés sur la place qui doit être clairement attribuée à ce mode de calcul. Il est possible de distinguer deux conceptions polaires de la place attribuée à l'ACE. D'un côté, si l'on internalise le critère éthique dans l'ACE, alors il conviendra de raisonner à budget donné et de voir si, une fois déterminée la « meilleure » allocation possible des fonds existants pour la santé, des situations particulières (de populations ou groupes de populations) justifient des exceptions ou des actions spécifiques. De l'autre côté, si l'on retient une conception plus extensive des droits humains, alors il est inévitable de chercher à définir, quelle que soit la procédure choisie, un « paquet » de droits parmi lesquels des droits à la santé peuvent être envisagés. Cette seconde approche, fondée sur une méta norme (au sens où elle dépasse le critère d'efficacité), insiste sur la priorité des droits humains pour tous et l'adaptation des ressources nécessaires. Cependant, une telle conception ne considère pas que les moyens sont *de facto* disponibles. Elle n'est envisageable que si l'on peut débloquer les fonds nécessaires et/ou si une volonté existe pour engager ces ressources, ce qui ne semble pas être le cas à l'heure actuelle.¹⁸ Nous illustrons cette approche à travers le concept de seuil de santé que nous proposons comme cadre possible d'une telle conception, puis nous dégagons quelques perspectives offertes par ce cadre pour une procédure normative d'aide internationale à la santé.

4.1. Seuil de santé et priorités de l'aide.

L'approche par les droits, si elle ne règle en aucun cas (ou pas à elle seule) la question des moyens du développement, établit des priorités quant à la mise en œuvre de ce dernier. Si l'on admet que la santé s'inscrit dans la catégorie des droits humains essentiels (ou fondamentaux), alors cette approche signifie que, dans ce cas précis, l'accès de tous à la santé constitue un droit imprescriptible et prioritaire. Mais prioritaire par rapport à quoi ? Pour définir des priorités entre les droits, on peut prendre comme critère le caractère potentiellement irréversible de la dégradation de certains actifs humains. C'est le cas de la santé et de la nutrition. En conséquence, il est possible d'introduire la contrainte d'un seuil minimal en deçà duquel le développement humain ne peut être assuré, même par une compensation avec les autres actifs (éducation, revenu, environnement familial...)

Nous définissons le seuil sanitaire comme le minimum nécessaire pour que la santé et la nutrition permettent à l'individu, quelle que soit sa culture, de contribuer positivement aux capacités (libertés de choix). Le seuil marque la capacité à exercer des choix au-delà des seules décisions de consommation permettant la simple subsistance (Boidin, 2001). L'origine du concept se trouve dans l'approche en termes de capacités de Sen (1985, 2000), qui permet de considérer que la santé est d'abord une fin avant d'être un moyen.

La santé comme droit humain implique donc de considérer comme prioritaire l'atteinte par tous d'un seuil minimum de santé. Si l'on admet le droit imprescriptible à la santé,

¹⁸ Les difficultés rencontrées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose pour lever les fonds annoncés en témoignent.

L'utilisation des critères économiques de choix (ratio coût-efficacité) est utile mais ne peut constituer une méta règle de décision. Il convient de leur adjoindre une définition des droits essentiels, tels que par exemple celui des femmes enceintes de pouvoir disposer d'un suivi minimal que la médecine périnatale est capable de fournir à un coût limité. A l'heure actuelle les priorités semblent plutôt aller vers les maladies dont l'impact est évalué à travers le prisme, certes utile, mais réducteur, des externalités transfrontalières.

4.2. Pistes pour une allocation internationale de l'aide à la santé.

Il peut sembler présomptueux de dégager des perspectives normatives d'allocation de l'aide à la santé, tant ce domaine touche à des considérations éthiques complexes et à des situations individuelles parfois dramatiques. Notre propos final n'est pas, en réalité, de définir une procédure d'allocation absolue, mais plutôt de questionner, au regard des développements précédents, les procédures qui font autorité depuis plusieurs années sur le plan académique. Ces dernières se fondent largement sur les travaux de Collier et Dollar (2001), dont le succès tient pour partie au fait d'avoir intégré une préoccupation majeure des bailleurs de fonds depuis la fin des années 1990, à savoir l'efficacité de l'aide.

Dans la mouvance des approches sur la « bonne gouvernance » dans les pays pauvres, Collier et Dollar proposent ainsi une procédure d'allocation de l'aide qui tient compte de l'effort fourni par le pays aidé en termes d'amélioration de l'environnement institutionnel et politique. Sans entrer dans le détail du modèle de Collier et Dollar, retenons que celui-ci a pour objectif central de favoriser, parmi les pays pauvres, ceux qui appliqueraient les politiques les plus favorables à une « bonne » utilisation de l'aide (en d'autres termes les plus favorables à un bon rapport efficacité-coût de l'aide).

Sans remettre en cause le principe général selon lequel des incitations au bon usage de l'aide pourraient améliorer les résultats obtenus sur le développement humain des populations, on peut néanmoins objecter à cette approche que de nombreuses situations de pauvreté sanitaire ne sont qu'indirectement liées à la « bonne gouvernance » dont feraient preuve les gouvernements. Mettre en exergue la mauvaise gestion des affaires publiques et ses conséquences sur l'état de santé des populations est, certes, pertinent, mais n'épuise pas le débat sur les causes de la stagnation des indicateurs de santé dans les pays pauvres. La santé dépend largement d'un certain nombre de déterminants que l'on peut qualifier de handicaps propres à certains pays ou de circonstances défavorables : pour ne citer que quelques exemples, une économie ne bénéficiant pas d'une spécialisation avantageuse dans les échanges internationaux, des contraintes climatiques et naturelles sévères, une position géographique enclavée, des guerres internes, les conséquences de la colonisation sur la cohésion nationale, constituent autant de caractéristiques difficiles à compenser, même par une politique publique éclairée et responsable.

Comme le soulignent Cogneau et Naudet (2004), si l'approche de Collier et Dollar ne permet pas de traiter avec justice de tels handicaps, à l'inverse, une piste est ouverte par les conceptions *post welfaristes* initiées par John Rawls et prolongées, parfois de façon critique,

par Amartya Sen : ces conceptions considèrent en effet qu'un équilibre est nécessaire entre le principe de récompense naturelle et celui de compensation des inégalités illégitimes, dont font partie les handicaps précédemment cités. Si la récompense de l'effort de « bonne gouvernance » est bien présente dans la procédure de Collier et Dollar, à travers la qualité des institutions et des politiques, en revanche la compensation des handicaps en est absente. Le concept de seuil de santé rejoint l'idée que certaines situations nationales résultent de la malchance et font porter sur les individus une situation de pauvreté dont ils ne sont pas initialement responsables. A l'extrême, on peut imaginer qu'une situation de vulnérabilité généralisée de l'état de santé à l'échelle d'un pays (une part importante de la population proche ou en deçà du seuil) jouera négativement sur la capacité de ce pays à utiliser l'aide de façon efficace, rendant nécessaire de ne pas négliger les inégalités illégitimes dans les critères d'attribution de l'aide à la santé.

CONCLUSION

Cet article s'est attaché à poser un regard critique sur les orientations de l'aide au développement attribuée à la santé. Les efforts portés sur certaines maladies infectieuses, considérées à juste titre comme des préoccupations internationales majeures, contiennent pourtant les germes d'effets pervers que nous avons tenté d'analyser. La réduction de la notion de « bien public mondial » à une perspective principalement sécuritaire, le caractère vertical des actions qui découlent de cette nouvelle manne financière, l'absence de réflexions sur la nécessaire transversalité des programmes et sur les effets de substitution entre les dépenses, enfin l'écart entre les montants alloués et les capacités institutionnelles d'absorption de cette aide constituent des problèmes cruciaux.

Dans la mesure où ces difficultés portent sur la question de l'utilisation rationnelle des ressources, nous avons tenté de souligner la nécessité d'interroger les dimensions éthiques du critère d'efficacité, qui est aujourd'hui l'outil central de l'aide au développement dans le domaine de la santé. L'apparente neutralité éthique de cet instrument n'est que de façade. Les questions d'efficacité de l'aide pour la santé ne peuvent pas être considérées indépendamment d'une réflexion plus générale sur l'éthique de l'aide. Nous avons à cet effet esquissé quelques pistes théoriques de l'allocation de l'aide s'inscrivant dans une conception extensive du droit à la santé.

Au total, si la place des responsabilités nationales, et parfois individuelles, ne peut être niée dans la situation des pays pauvres en termes de santé, le recours à une procédure plus équitable intégrant les handicaps structurels, parmi lesquels l'état de santé des populations, permettrait de donner la place qui leur revient aux théories de la justice dans l'aide internationale.¹⁹

¹⁹ La procédure d'allocation de l'aide proposée par Cogneau et Naudet (2004) va dans ce sens tout en restant dans le cadre de l'aide en général.

BIBLIOGRAPHIE

- Bagayoko-Penone N., Hours B. (dir.) (2006), *Etats, ONG et production de normes sécuritaires dans les pays du Sud*, l'Harmattan, 314 p.
- Banque mondiale (2004), *Des services pour les pauvres, Rapport sur le développement dans le monde*, ESKA-Banque mondiale.
- Banque mondiale (1993), *Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde*, Washington, Banque mondiale.
- Bell C., Fink C. (2005), « Aide et santé », *Revue d'économie du développement*, n°2-3, pp. 135-166.
- Boidin B. (2001), « La santé comme actif du développement humain. Pourquoi et comment prendre en compte l'objectivité située ? », *Cahiers du GRATICE*, n°20, automne.
- Boidin B. (2005), « La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? », revue *Mondes en développement*, n° 131
- Boidin B., Hamdouch A. (dir.) (2005), Dossier « Institutions et santé dans les pays en développement », *Mondes en développement*, n°131
- Booyesen F. (2002) « An overview and evaluation of composite indices of development », *Social Indicators Research*, n°59, pp 115-151.
- Brunet-Jailly J. (1999), « Peut-on faire l'économie du sida ? », in Ch. Becker, J.P. Dozon, Ch. Obbo, M. Touré, *Vivre et penser le sida en Afrique*, IRD éd., Karthala, Codesria, 712 p.
- Brunet-Jailly J. (2004), « Conséquences économiques des maladies infectieuses », papier présenté au Séminaire de l'IUSSP « VIH, maladies ré-émergentes et changement de la population en Afrique », Ouagadougou, 12-14 février.
- Cogneau D., Naudet J.-D. (2004), *Qui mérite l'aide ? Egalité des chances versus sélectivité*. Agence Française de Développement, Paris, 79 p.
- Collier P., Dollar D. (2001), « Can the world cut poverty in half? How policy reform and effective aid can meet international development goals », *World Development*, n°29, pp. 1787-1802.
- Creese A., Floyd K., Alban A., Guinness L. (2002), « Cost-effectiveness of VIH/AIDS Interventions in Africa : a Systematic Review of the Evidence », *Lancet*, 357, may 11, pp. 1635-1642

- England R. (2007), « Are we spending too much on VIH? », *British medical journal*, février, vol. 334, p. 344.
- Gauri V. (2004), « Social rights and economics : claims to health care and education in developing countries », *World development*, vol. 32, n°3, pp 465-477.
- Global Forum for Health Research (2004), *The 10/90 Report on health research 2003-2004*, Global Forum for Health Research, Genève.
- Hanmer L., Lensink R., White H. (2003), « Infant and child mortality in developing countries : analysing the data for robust determinants », *The Journal of Development Studies*, vol. 40, n°1, october, pp. 101-118.
- 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.
- MacKellar L. (2005), « Priorities in global assistance for health, Aids and populations », OECD Development center, Working paper n°244, june, 33 p.
- Mathonnat J. (2005), « Aide et santé : commentaires » (commentaire de Bell C., Fink C., 2005), *Revue d'économie du développement*, n°2-3, pp. 167-174.
- 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, pp. 117-139.
- Moatti J.P., Coriat B., Souteyrand Y., Barnett T., Dumoulin J. Flori Y. A. (2003), *Economics of AIDS and Access to VIH/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*. ANRS, Paris.
- Murray C.J.L, Lopez A.D. (ed.) (1996), *The global burden of disease : a comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Harvard University Press, Cambridge.
- Musgrove P. (1999), « Public spending on health, how are different criteria related? », *Health Policy*, vol. 47, pp. 207-223
- Samuelson P.A. (1954), « The Pure Theory of Public Expenditure », *Review of Economics and Statistics*, vol. 11, pp. 387-389.
- Sen A (2000), *Repenser l'inégalité*, Seuil, 281 p. (Edition originale : *Inequality Reexamined*, Oxford University Press, 1992).

- Sen A. (1985), *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- Shiffman J. (2005), « Donor funding priorities for communicable disease control in developing countries », unpublished working paper, Department of Public Administration, Maxwell School of Public Administration, Syracuse University, New York, 40 p.
- Soucat A. (2005), « Aide et santé : commentaires. Ce que les maladies transmissibles transmettent » (commentaire de Bell C., Fink C., 2005), *Revue d'économie du développement*, n°2-3, pp. 175-183.
- Stiglitz J. (1999), *Knowledge as a Global Public Good*, in Kaul et al., pp. 308-325.
- Stillwaggon E. (2006), *AIDS and the ecology of poverty*, Oxford University Press, 260 p.
- Tubiana L. Severino J.M. (2002), Biens publics globaux, gouvernance mondiale et aide publique au développement, in Conseil d'Analyse Economique, *Gouvernance mondiale*, Rapport de synthèse, La documentation française.
- WHO (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, présidée par J. Sachs, Genève, OMS.