



Ethique et aide à la santé pour les pays pauvres

By/Par | **Bruno Boidin**

Clerse, Faculté des sciences économiques et sociales
Université Lille 1

ABSTRACT

In this article we try to show that in spite of the introduction of ethical issues in aid for health, different approaches of aid still coexist. The conception of health as an economic good dominates among those approaches. In a first step we examine the macro level of health aid to put emphasis on the coexistence of two approaches: the human rights approach and the global public goods approach. The weaknesses of the second one are discussed. In a second step we examine the micro and meso level. The donors try to go beyond the limits of the global public goods approach by promoting cooperative mechanisms. This ethics of cooperation is built on a win-win framework. The theoretical and empirical limits of this framework are examined.

Keywords: development aid, health, ethics.

RÉSUMÉ

Cet article cherche à montrer que l'apparente intégration de critères éthiques dans l'aide à la santé cache une diversité d'approches et une prédominance à bien des égards de la conception marchande. Dans un premier temps est abordée l'échelle transnationale et macro pour mettre en évidence la coexistence de deux approches différentes: la conception en termes de droits humains, à dominante éthique, et la conception en termes de biens publics mondiaux, à dominante économique. Les limites de la seconde au regard des objectifs de santé sont ensuite discutées. Dans une seconde section, l'échelle méso et micro est examinée. Elle correspond aux tentatives que les acteurs de l'aide fournissent pour dépasser les limites de l'approche par les biens publics mondiaux, en se tournant vers l'éthique des partenariats et de la coopération entre acteurs. Cette éthique de la coopération s'appuie sur un modèle gagnant-gagnant dont les failles théoriques et empiriques sont peu étudiées par les acteurs de l'aide.

Mots clefs : aide au développement, santé, éthique

JEL Classification: I11

INTRODUCTION

Cet article examine les dimensions éthiques récentes de l'aide internationale dans le domaine de la santé. Si l'aide au développement est depuis longtemps associée à des considérations éthiques, cette dimension est omniprésente dans l'aide à la santé et semble s'être renforcée depuis la fin des années 1990. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement accordent une place importante à la santé et celle-ci est aujourd'hui considérée de façon unanime comme étant à la fois un moyen et une fin du développement. Depuis la fin des années 1990, la hausse importante en volume et en part de l'aide totale consacrée à la santé constitue un indicateur important de la place accordée à celle-ci. Les termes dominants dans le champ de l'aide et de la coopération témoignent également d'un agenda a priori favorable au développement humain : biens communs, biens publics mondiaux et droits humains sont des termes mis en avant dans la rhétorique de l'aide.

Pourtant, l'éthique de l'aide à la santé, entendue ici comme l'ensemble des valeurs sur lesquelles les donateurs fondent leur aide et son allocation, est rarement étudiée en tant que telle. En effet, une confusion est souvent faite entre le caractère « éthique » de l'aide (l'aide comme acte généreux et solidaire) et les valeurs et représentations, en réalité très diverses, qui animent les donateurs dans leur politique d'aide. Cette confusion aboutit alors à considérer l'aide comme un acte par nature éthique et relevant de principes partagés par les différents acteurs. Dans cet article nous cherchons au contraire à montrer que, derrière l'apparent consensus sur les principes et les dispositifs de l'aide à la santé, de nombreuses questions émergent lorsqu'on essaie de décoder l'éthique sous-jacente aux termes clés de l'aide appliquée à la santé.

La démarche retenue est la suivante. Dans une première section nous abordons l'échelle transnationale et macro de l'aide pour mettre en évidence la coexistence de deux approches différentes et pourtant souvent assimilées : la conception en termes de droits humains, à dominante éthique, et la conception en termes de biens publics mondiaux, à dominante économique. Les différences entre ces deux approches sont soulignées et les limites de la seconde au regard des objectifs de santé dans les pays pauvres sont ensuite discutées.

Dans une seconde section, l'échelle méso et micro est abordée. Elle correspond aux tentatives que les acteurs de l'aide fournissent pour dépasser les limites de l'approche par les biens publics mondiaux, en se tournant vers l'éthique des partenariats et de la coopération entre acteurs. Cette éthique de la coopération, fondée sur le principe de responsabilité des acteurs, jouit d'un consensus important parmi les institutions de l'aide. Elle s'appuie sur un modèle gagnant-gagnant dont les failles théoriques et empiriques, bien que réelles, sont pourtant peu abordées par les acteurs de l'aide.

ECHELLE TRANSNATIONALE ET MACRO : DROITS HUMAINS ET BIENS PUBLICS MONDIAUX

Sans nier les relations existant entre le terme de bien public mondial et celui de droits humains, nous nous attachons ici à mettre en évidence que ces deux notions recouvrent des approches théoriques divergentes à plusieurs égards.

L'approche à dominante éthique : biens communs et droits humains

L'approche en termes de « biens communs » met l'accent sur le caractère mondial des problèmes relatifs à l'état de santé des populations. Dans cette conception, on n'insiste pas (ou peu) sur les caractéristiques technico-économiques de la production des soins, mais plutôt sur la nécessité d'une gestion commune, à l'échelle mondiale, de la santé (la santé est un « bien commun », à partager).

Cette acception, adoptée par des acteurs très divers, est particulièrement présente chez certaines organisations non gouvernementales (ONG) actives dans le domaine de la solidarité internationale¹. On la rencontre également au sein des organisations internationales, avec souvent une focalisation sur le caractère nécessairement transnational voire supranational de la gestion des biens publics.² Ce sont des principes d'ordre éthique qui prédominent ici. Si le recours au concept de santé comme bien public mondial n'est pas rare dans cette approche, il y est en réalité souvent assimilé à celui de droit humain fondamental. Il est utilisé pour mobiliser les institutions et les juridictions internationales face aux situations considérées comme violant les droits humains élémentaires.

Si l'on fait abstraction des fondements philosophiques et religieux plus anciens, les combats pour les droits humains sont fondés par la « Déclaration des droits de l'homme et du citoyen » de 1789. La percée de l'approche en termes de droits, visible dans les déclarations et les accords des années 1990 et 2000³, ne reste cependant pas cantonnée au domaine juridique. Elle est beaucoup plus large et d'autres disciplines y contribuent, parmi lesquelles l'analyse économique, en particulier dans l'un de ses domaines de prédilection, le développement. Ainsi Kolacinski (2003, pp. 263-265), s'inspirant de la classification de Marks (2000), distingue six approches des droits liés au développement :

- L'approche holiste, considérant que les politiques de développement doivent reposer sur l'indivisibilité des droits (ainsi les programmes d'accès à la santé doivent s'accompagner

¹ Médecins sans frontières, OXFAM, Survie, etc.

² Gauvrit (2002, p. 84) indique bien comment ce concept est approprié par les institutions internationales dans le sens donné par Badie et Smouts (1999, p. 206) : ces biens publics mondiaux « *appartiennent à l'ensemble de l'humanité et doivent être considérés comme des éléments dont chacun est responsable pour la survie de tous* ».

³ Après la signature, en 1966, de deux pactes séparés pour les droits civiques et politiques d'un côté, les droits économiques et sociaux de l'autre, de nombreux accords et sommets témoignent d'une nouvelle avancée dans les engagements au cours des années 1990 : Sommets de Rio et de Johannesburg sur le développement durable en 1992 et 2002, Sommet social de Copenhague en 1995 et de Genève en 2000... Un nombre croissant de pays signent les conventions de l'ONU.

d'interventions dans des domaines connexes des droits humains : accès à l'éducation sanitaire, à l'eau potable...). Cette approche est adoptée par le PNUD.

- L'approche par les capacités (*capabilities*) de Sen (1985), qui insiste sur l'égalité des chances.
- L'approche par le droit au développement qui instaure comme nécessités la mise en œuvre et le respect de ce droit. Ce droit a été instauré par la « Déclaration sur le droit au développement » adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 1986.
- L'approche par la responsabilité insiste sur les responsabilités de chaque personne et de chaque acteur, en particulier le respect du droit international des droits de l'homme. On se rapproche ici du « principe de responsabilité » de H. Jonas⁴.
- L'approche de l'éducation par les droits de l'homme considère comme central le rôle de l'éducation au sens large dans le développement.
- Enfin, l'approche basée sur les droits (*rights-based approach*) part des droits de l'homme pour définir les moyens et les fins du développement (elle se distingue de l'approche par le droit au développement en ce qu'elle émerge d'un consensus plus large sur la notion de droits de l'homme).

Une différence essentielle existe entre l'approche par les droits et l'approche économique. La première tend à placer les droits humains fondamentaux (santé, éducation, libertés civiques...) comme un pré requis à d'autres droits tels que les droits commerciaux ou les droits de propriété intellectuelle. Cela signifie qu'un choix éthique est opéré en amont de considérations économiques portant, par exemple, sur le caractère efficient d'un programme de développement.

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. La question des droits de propriété intellectuelle, abordée plus loin, illustre bien ce débat dans la mesure où elle semble opposer deux droits importants, celui de la propriété intellectuelle (aujourd'hui représenté par les accords sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle touchant au Commerce – les ADPIC) et celui des individus à la santé, en particulier dans les pays pauvres. 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

⁴ Hans Jonas (1980) s'inspire de la loi morale universelle de Kant (« Agis toujours d'après une maxime que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle », Fondements de la métaphysique des mœurs, 1795). Jonas en tire le « principe de responsabilité » : « Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine ; ou, pour l'exprimer négativement : agis de façon que les effets de ton action ne soient pas destructeurs pour la possibilité future d'une telle vie ; ou simplement : ne compromets pas les conditions pour la survie indéfinie de l'humanité sur terre... ». Ce principe fondera la définition du « développement durable » dans le « rapport Brundtland » (CMED, 1987).

deçà duquel le développement humain ne peut être assuré, même par une compensation avec les autres actifs (éducation, revenu, environnement familial...).

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, l'utilisation des critères économiques de choix (en particulier l'efficacité) est utile mais ne peut constituer une méta règle de décision.

L'approche à dominante économique : biens publics mondiaux

Expliquer la conception de la santé comme bien public mondial nécessite un détour par les biens publics. La notion de bien public, bien que relativement ancienne en économie, est apparue dans le champ de la gestion des besoins essentiels en remettant en cause le modèle des services publics.

La santé, du service public au bien public

Dans de nombreux pays pauvres, les systèmes de santé ont longtemps répondu à une approche de la santé vue comme un service public. La notion de service de santé comme service public tend à s'opposer en théorie à celle d'un bien public⁵. L'organisation du système sanitaire fait alors reposer le financement des prestations sur les contribuables. Les services de santé sont en principe intégralement financés par la subvention publique, et l'Etat a pour finalité annoncée d'assurer l'accès de tous aux soins.

Les années 1980-1990 marquent le passage d'une conception des services de santé comme services publics à une conception comme biens publics. Les programmes d'ajustement structurel (PAS) ne résument pas à eux seuls une telle évolution, mais ils en ont constitué un support essentiel. Les logiques sous-jacentes aux PAS (consensus de Washington) se sont en effet traduites par la « rationalisation » de l'offre de santé publique. Le secteur public de la santé a connu des restructurations importantes, en particulier l'introduction d'un cadre marchand avec la réduction des budgets publics, la « déflation » des personnels médicaux, l'incitation au secteur privé. Le cadre théorique de cette évolution est le passage à une analyse en termes de biens publics plutôt qu'en termes de services publics. On insiste alors sur les externalités fournies par le bien public et requérant l'intervention de l'État dans le seul cas où le marché est déficient⁶. L'offre de santé publique est, dans ce cadre, justifiée non plus comme une prérogative naturelle de l'État, mais plutôt en fonction des effets externes

⁵ L'opposition théorique entre bien public et service public provient du débat entre l'échange volontaire et la contrainte. L'échange volontaire (Wicksell, 1896 ; Lindhal, 1919) considère non pas un service public mais un bien public, dont l'offre, assurée par l'État, serait confrontée à la demande émanant des particuliers. Le payeur du bien public est alors son utilisateur effectif. La contrainte publique (Barrère, 1968), au contraire, dépasserait la rencontre offre-demande pour placer l'État au-dessus des décisions du marché, et serait donc avant tout une théorie du service public plutôt que du bien public.

⁶ Les externalités sont liées aux caractéristiques du bien collectif pur (Samuelson, 1954), à savoir la non-rivalité (la consommation par un individu ne réduit pas les quantités disponibles pour les autres) et l'absence d'exclusion (on ne peut exclure un individu de la consommation sous le prétexte que celui-ci ne peut, ou ne veut, payer).

qu'elle engendre, c'est-à-dire les effets indirects sur la satisfaction des besoins de toute la population.

En réalité, l'offre publique de santé ne vérifie qu'imparfaitement les critères de non-rivalité et d'absence d'exclusion. Cela est lié aux phénomènes d'encombrements auxquels les services de santé sont soumis, accrus par les difficultés économiques et les ajustements macroéconomiques des années 1980-1990. L'appréhension de la santé publique comme un bien collectif mixte (entre le bien privé et le bien collectif pur) apparaît alors dans l'approche de la Banque mondiale, qui préconise la spécialisation des pouvoirs publics dans les prestations à rapport coût-efficacité élevé (Banque mondiale, 1993). La Banque, tout en maintenant le cap des ajustements structurels, reconnaît ainsi l'existence d'externalités positives fortes comme caractéristiques de biens publics, mais considère également l'imperfection des externalités et l'exclusion de certains usagers.

Du bien public au bien public mondial

Dans leur ouvrage de référence sur la notion de bien public mondial, Kaul, Grunberg et Stern (2002, pp. 36-38) retiennent trois critères permettant de définir ce concept :

- les biens publics mondiaux 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 ;
- enfin, leurs effets concernent les générations futures.

La notion de bien public mondial s'est étendue au sein des acteurs et des analystes du développement. Cependant ce concept est ambigu car, issu de l'économie néoclassique (Samuelson, 1954), il a été de plus en plus utilisé par les acteurs de la coopération internationale pour désigner les droits humains fondamentaux et/ou les biens devant faire l'objet d'une coopération voire d'une régulation transnationale (*cf. supra*).

Les analyses récentes de la notion de biens publics mondiaux donnent généralement une place centrale à la santé, en insistant sur les externalités observées dans ce domaine. La santé est alors considérée comme un bien public mondial sous deux formes (Kaul et alii 2002, p. 40 et p. 200) :

- Elle est un bien public mondial final, l'état de santé des uns jouant, positivement ou négativement, sur celui des autres ; l'externalité se traduit alors par des effets en chaîne, vertueux (campagnes de vaccination, prévention...) ou vicieux (épidémies...).
- La santé peut également 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. À 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, le niveau de santé de la population. On connaît les externalités importantes observées dans le domaine des découvertes scientifiques, lorsque la non-rivalité des idées permet leur diffusion à un coût limité.

Cette approche est souvent utilisée pour justifier le statut spécifique de la santé parmi les différentes activités économiques. Mais elle ne s'éloigne pas fondamentalement de la notion de bien public, et continue en particulier de considérer que la gestion « hors marché » est une solution de remplacement permettant de compenser les défaillances du marché. Cette conception se trouve par exemple dans le rapport 2004 de la Banque mondiale sur le développement, consacré à l'accès aux services essentiels dans les pays pauvres. La Banque mondiale y propose une conception standard étendue des services essentiels, fondée sur des dispositifs de quasi marché tels que la contractualisation, la mise en concurrence et le prépaiement. On ne s'éloigne guère de l'approche par les biens publics, technico-économique et fondée sur la substitution mécanique entre marché et Etat.

Les limites de l'approche économique des biens publics mondiaux

Nous abordons ici une double critique de l'approche économique des biens publics mondiaux : d'une part, elle conduit certains acteurs à développer une conception principalement sécuritaire des relations internationales et de la santé ; d'autre part, elle ne permet pas de traiter la question des conflits entre les acteurs. Ces failles nous semblent contribuer à expliquer le recours de plus en plus fréquent à un argumentaire de responsabilisation des acteurs et de coopération, qui est souvent présenté comme une perspective de dépassement de ces limites, en particulier dans la théorie des parties prenantes qui sera abordée dans la section suivante.

Les interprétations sécuritaires

Loin d'être nouvelle, déjà identifiée et analysée par des anthropologues et des politistes (Bagayoko-Penone, Hours, 2006), l'approche sécuritaire des relations internationales a connu une montée en puissance depuis une dizaine d'années. Cet intérêt croissant est lié au développement de la notion de "biens publics mondiaux" et aux externalités positives ou négatives qui lui sont associées. Ces dernières sont mises en avant pour préconiser une prise en compte transnationale des risques épidémiques.

L'approche sécuritaire constitue alors une conception réductrice des biens publics mondiaux et de l'accès aux services essentiels privilégiant, de fait, la protection contre d'éventuels risques extérieurs. Plus généralement, l'accent mis sur une perspective sécuritaire explique le recentrage, depuis les années 1990, des programmes de santé mondiaux vers les maladies infectieuses. La règle du "maillon faible" est privilégiée : les pays à risque élevé deviennent une cible d'intervention pour éradiquer le problème à la source et protéger en retour les pays développés. L'Union européenne a beaucoup insisté, dans son programme de lutte contre la pauvreté 2002-2006, sur les 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.

Même si elles favorisent l'émergence d'initiatives innovantes dans le cadre de la lutte contre le Sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies répandues dans les pays pauvres, ces approches de la santé vue sous l'angle du risque transnational posent problème. En effet, la levée des fonds pour les maladies infectieuses s'est accompagnée d'une réduction du poids

de l'aide vers d'autres secteurs tout aussi importants pour les populations (infrastructures de base, éducation à la santé, nutrition...) (Boidin, 2007, Barry, Boidin, Tizio, 2011).

En fin de compte, 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 apparaître le risque d'un effet de vases communicants qui pourrait annihiler les efforts dans d'autres domaines du développement humain. L'approche sécuritaire tend à mettre en concurrence des actions qui, pour certaines d'entre elles, nécessitent au contraire une approche transversale de la santé car les causes des maladies qu'elles traitent sont, dans une large mesure, complémentaires⁷.

La faible prise en compte des conflits

Les bases théoriques des biens publics mondiaux ont été posées progressivement dans un cadre d'élargissement de l'approche standard (non rivalité, non exclusion) au champ des relations internationales. Ainsi Kindleberger (1986) appréhende les biens publics mondiaux comme « *l'ensemble des biens accessibles à tous les Etats qui n'ont pas forcément un intérêt individuel à les produire* ». L'approche de Kindleberger, bien qu'étant présentée à l'époque de sa publication comme novatrice, demeure limitée à une conception standard qui limite les biens publics à des considérations techniques et à des enjeux d'intérêts stratégiques individuels (les individus étant ici remplacés par des nations).

La conception standard des biens publics mondiaux traite très peu les problèmes liés au caractère hétérogène des intérêts présents dans la production et l'allocation des biens publics internationaux. Selon l'approche néoclassique, le bien public pur est un idéal type qui justifie le recours à l'intervention publique. Mais elle ne dit pas comment assurer la régulation conjointe de différents biens publics intermédiaires (réglementation internationale par exemple) ayant une influence sur un bien public final (air, santé...). En particulier, les rapports de force et les divergences d'intérêts ou de visions entre les acteurs qui interviennent dans la fourniture de ces différents biens ne sont pas ou peu abordés. Rien ne garantit alors qu'une « gouvernance mondiale » puisse voir le jour pour assurer l'accès aux biens publics mondiaux.

Cette difficulté a pour corollaire une insuffisante prise en compte des conflits possibles entre l'approche économique standard et les considérations éthiques.⁸ Par exemple, pour une maladie grave qui touche une part importante des populations à l'échelle mondiale, faut-il privilégier l'équité dans le traitement ou plutôt l'efficacité entendue au sens de l'économie publique ? Si l'on privilégie l'équité, tout malade sera soigné mais avec un coût total élevé et des résultats faibles ou nuls pour les malades ayant atteint un stade avancé de la maladie ou

⁷ Waddington (2001) illustre ainsi les interrogations sur les effets réels de certaines actions partenariales avec le cas de « l'Alliance globale sur les vaccins et la vaccination » (Global Alliance for Vaccine and Immunisation, GAVI). L'auteur craignait que les rares ressources humaines compétentes dans la vaccination traditionnelle (en particulier la rougeole, dont la couverture n'est pas très élevée) ne soient détournées vers des vaccins moins prioritaires.

⁸ Ces conflits sont présentés dans les travaux de John Broome (cf. notamment Broome, 1999) dont le point de départ est le constat selon lequel de nombreux problèmes économiques constituent également des enjeux éthiques. L'auteur aborde dans ce cadre la question du choix entre les dépenses qui améliorent la qualité de vie et celles qui allongent la durée de vie.

étant en fin de vie. Si l'on recourt au principe d'efficacité économique, alors on soignera d'abord les malades pour lesquels l'efficacité du traitement est la plus élevée par rapport à son coût, ce qui revient dans de nombreux cas à sacrifier les malades dont la pathologie engendre des coûts importants pour un résultat moindre. L'efficacité économique fut ainsi préconisée par la Banque mondiale dans les années 1990 face à l'épidémie du HIV Sida. Le coût élevé des traitements disponibles à l'époque, comparé à leur efficacité médicale encore limitée, conduisit à privilégier la prévention au détriment des soins aux malades. Ce conflit entre l'approche d'économie publique et l'approche par les droits pose des problèmes éthiques redoutables. On peut alors s'interroger sur les limites du calcul économique dans le cas de la satisfaction des besoins de base.

Une autre illustration des conflits entre éthique et économie se trouve dans la question de l'accès aux médicaments face aux barrières érigées à travers les brevets. Le régime actuel de la propriété intellectuelle à l'échelle internationale résulte directement de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) signé en 1994 dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). Ce texte renforce l'obligation pour tout pays de respecter la propriété intellectuelle. Il suscite, depuis sa mise en œuvre, de nombreuses inquiétudes concernant l'accès des pays pauvres aux médicaments, et pose conjointement la question de la marge de manœuvre dont disposent les pays émergents producteurs de médicaments et celle des nouveaux enjeux pour les firmes pharmaceutiques des pays riches.

Les ADPIC inscrivent dans les règles juridiques internationales le principe du renforcement de la propriété intellectuelle, en réponse principalement aux revendications des firmes pharmaceutiques des pays riches, qui stigmatisaient la concurrence en provenance des pays intermédiaires producteurs de copies et de médicaments génériques. Le droit de la propriété intellectuelle s'adosse en outre sur des arguments théoriques formalisés par Arrow (1962) et selon lesquels la connaissance ne peut être prise en charge de façon optimale par le marché. En effet, si le coût initial et l'incertitude entourant une nouvelle connaissance sont élevés, sa reproduction est au contraire quasiment gratuite, favorisant des comportements de « passager clandestin » consistant à ne pas s'engager en premier dans les dépenses de recherche développement. Le brevet permettrait alors d'inciter les firmes à investir dans la recherche développement.

Les pays intermédiaires et pauvres, relayés par les organisations de solidarité internationale, ont émis des craintes importantes concernant les risques d'abus de position dominante conduisant à restreindre l'accès des pays en développement aux médicaments. Ces craintes ne sont pas sans fondement dans la mesure où, comme le montre généralement la littérature,⁹ l'effet incitatif des brevets sur la recherche développement est très incertain tandis que les conséquences sur la hausse des prix sont variables selon les situations et les comportements des firmes. De surcroît, le principe même selon lequel ce qui est a priori bon pour les pays riches devrait l'être pour les pays pauvres est contestable.¹⁰ Les mobilisations à l'encontre

⁹ Pour une revue, voir E. Combe, E. Pfister (2004).

¹⁰ Coriat et Orsi (2003) estimaient ainsi qu' « en construisant les nouveaux accords sur l'hypothèse implicite que ce qui a prévalu pour les pays les plus avancés, vaut aussi pour les pays les moins avancés, les promoteurs des ADPIC se sont dispensés de toute réflexion, non seulement sur les

des ADPIC ont alors contribué à assouplir, pour les nations pauvres touchées par de graves problèmes de santé publique, et sous certaines conditions, l'obligation de respecter le droit de propriété sur les brevets pharmaceutiques.¹¹

De telles flexibilités ne sont cependant applicables que dans un cadre fortement contraint et n'ont débouché que sur des initiatives très isolées. Plusieurs raisons expliquent ces difficultés d'application. D'abord, les procédures permettant d'aboutir à une autorisation sont lourdes, réalisées molécule par molécule et pays par pays, rendant peu opérationnel le mécanisme pour des pays aux faibles moyens humains et organisationnels. Ensuite, les « ADPIC plus », qui consistent à négocier de façon bilatérale des accords de libre-échange intégrant un volet de renforcement de la propriété intellectuelle, se sont développés sous l'impulsion des Etats-Unis puis de l'Union européenne, et contribuent à remettre en cause les flexibilités sur les ADPIC.

On peut alors s'interroger sur la façon dont les pays émergents producteurs de médicaments génériques peuvent appréhender ce nouveau cadre réglementaire. Plusieurs études (voir par exemple Guennif et Chaisse, 2007, Coriat et Orsi, 2003, Cassier et Correa, 2010) montrent que certains pays émergents, en particulier le Brésil et l'Inde, ont conduit des politiques ambitieuses d'accès aux médicaments grâce à une utilisation habile des ADPIC et de leurs assouplissements. Ces approches ne sont certes pas exemptes de difficultés et ont été à l'origine d'épreuves de force avec l'industrie pharmaceutique, mais témoignent de la possibilité de concilier une logique volontariste de santé publique et l'adaptation des législations internationales. Cassier et Correa (2010, p. 126) considèrent que les stratégies du Brésil et de l'Inde (relayées par les activistes défenseurs des droits humains) ont contribué à fabriquer le droit des brevets et à organiser l'économie du médicament. En particulier, tandis que les ADPIC s'entendaient initialement comme un renforcement des brevets, les mobilisations ont réintroduit une place pour les copies et la limitation des monopoles. Ces analyses rejoignent la conclusion de Jourdain-Fortier (2006) qui considère que les termes « santé » et « commerce international » ne se trouvent pas systématiquement en opposition, en particulier lorsque les règles du droit du commerce évoluent pour faciliter l'accès des populations aux produits de santé. Pour l'auteur, en cas d'opposition d'intérêts entre acteurs, le droit du commerce international montre dans certains cas sa capacité à faire primer les intérêts non marchands (y compris la santé) face aux intérêts marchands.

dimensions éthiques de la propriété intellectuelle, mais aussi sur les ressorts réels qui relient efficacité et équité, relation au fondement traditionnel de la réflexion sur le bien-être » (p. 162).

¹¹ Ainsi la conférence de l'OMC en 2001 aboutit à la Déclaration de Doha, suivie de la décision du 30 août 2003, et de l'allongement pour deux ans, en décembre 2007, du délai de ratification de l'amendement aux ADPIC au niveau des Etats membres. Ces différentes étapes instaurent les assouplissements suivants :

- En cas d'urgence sanitaire il est possible de lancer une procédure d'octroi de licence obligatoire vis-à-vis du détenteur du brevet ; cette procédure permet d'utiliser légalement le médicament malgré l'existence du brevet ;
- Les « pays les moins avancés » et ceux qui font la démonstration de leur incapacité à produire les médicaments nécessaires peuvent recourir à des « importations parallèles » c'est-à-dire à l'importation de médicaments visés par la licence obligatoire.

Malgré les initiatives de certains pays émergents pour rendre compatibles les dimensions économique et éthique dans le secteur du médicament, il n'en demeure pas moins que ces stratégies demeurent relativement isolées et qu'elles ne remettent pas radicalement en cause l'ensemble du système des brevets. Devant un tel constat, l'introduction de considérations éthiques dans l'économie du médicament passe plutôt aujourd'hui par des pressions exercées sur les acteurs, en particulier les firmes, pour les inciter à prendre en compte la dimension éthique à travers des principes de coopération. Ces logiques s'inscrivent dans un modèle présenté comme coopératif, en opposition au modèle traditionnel de protection des brevets et de non coopération économique. On y trouve en particulier les approches contractuelles et partenariales, que de nombreux acteurs de la santé (OMS, Banque mondiale, Fonds mondial, fondations privées, etc.) présentent comme des modèles prometteurs. Ces modèles de responsabilisation font naturellement descendre les logiques de régulation du niveau macro au niveau méso et micro, dans la mesure où ils s'appuient sur les comportements des - et les interactions entre - les acteurs. Nous abordons ces approches dans la section 2.

ECHELLE MICRO ET MÉSO : APPROCHES CONTRACTUELLES ET PARTENARIALES

Les quinze dernières années ont été marquées par la promotion d'approches partenariales au niveau des acteurs micro, souvent présentées comme des solutions aux limites des conceptions globales et macro.

Le cadre théorique des approches contractuelles

La santé a été traversée, en tant qu'activité économique, par des débats relatifs au mode de régulation pertinent. Les approches étatiques et centralisatrices des années 1960 et 1970 et les conceptions néolibérales des années 1980 et 1990 ont été suivies plus récemment par des tentatives de dépassement de l'opposition entre ces deux modèles. D'une certaine façon, la nouvelle rhétorique internationale autour de la notion ambiguë de « gouvernance » voire de « bonne gouvernance » (cf. Cartier Bresson, 2010) traduit cette recherche de mécanismes nouveaux de coopération entre les acteurs.

Les partenariats multipartites participent à ces dispositifs émergents. Ils peuvent être définis de plusieurs façons. Pour Anne Mills (2002), ils consistent à réunir des fonds, des compétences et de l'expertise en recherche et développement des secteurs privé et public. Ces partenariats sont vus favorablement par l'OMS : selon Buse et Waxman (2001), l'organisation estime « *qu'ils permettent d'encourager les entreprises à assumer leur part de responsabilité dans les domaines du travail, des droits de l'Homme et de l'environnement* ». L'ONU (United Nations Foundation, World Economic Forum, 2004, p. 4) y est également favorable et définit les véritables partenariats public-privé comme comportant « *des objectifs partagés ainsi que des ressources, risques et récompenses combinés. Ce sont des collaborations volontaires qui se construisent sur les forces et les compétences de chacun des partenaires, qui permettent une meilleure allocation des ressources et qui permettent d'atteindre des résultats bénéfiques sur une période durable* ».

La tonalité généralement très positive des positions tenues par les acteurs évoqués *supra* est en partie liée aux réflexions théoriques qui fondent les partenariats multi acteurs. On peut en effet trouver dans deux mouvances de recherche des analyses débouchant sur des préconisations en termes de coopération entre acteurs.

Le premier groupe de travaux réunit des approches assez diverses autour de la notion de « bien commun » (Boidin, Hiez, Rousseau, 2008). Ainsi, dans le domaine spécifique des entreprises du médicament,¹² Cassier et Coriat (2008, p. 201) évoquent la résurgence du thème des « communs » face aux limites des ADPIC en termes d'accès aux médicaments. Ils citent les juristes (en particulier Heller et Eisenberg)¹³ ayant formulé l'hypothèse d'une « tragédie des anticommons » qui naîtrait « *non plus de l'usage sans frein des 'domaines communs', mais de la superposition et de l'enchevêtrement des droits exclusifs sur des parcelles de savoirs et de technologies de plus en plus étroites* ». L'excès de droits exclusifs sur la propriété intellectuelle générerait en effet des difficultés tant de production que de diffusion des idées. Certains juristes, tels que Breesé (2002), proposent alors des « nouveaux types de droits partagés » c'est-à-dire des brevets collectifs qui permettraient de dépasser les freins à l'innovation. Cassier (2006) qualifie ces dispositifs émergents de « communs intellectuels » qui pourraient, dans le domaine de la santé, prendre la forme de consortiums multipartites dans la recherche médicale.

Le second groupe de travaux s'intéresse à la notion de « responsabilité sociale de l'entreprise » (RSE).¹⁴ Capron et Quairel-Lanoizelée (2007, p. 10) définissent la RSE comme « *l'ensemble des discours et des actes concernant l'attention portée par les entreprises à l'égard de leurs impacts sur l'environnement et la société* ». Deux grandes approches de la RSE peuvent alors être distinguées. L'approche anglo-saxonne envisage la RSE comme un engagement volontaire, à partir de l'idée que l'on peut faire confiance au marché pour réguler ces démarches volontaires ; l'approche latine interprète la RSE comme une obligation qui repose sur des réglementations publiques.

On trouve une filiation anglo-saxonne certaine dans les partenariats multi acteurs préconisés par les institutions internationales. Elle se décline à travers les « parties prenantes » de l'entreprise, terme consacré pour désigner « qui ou quoi compte vraiment pour l'entreprise ». Cette conception repose sur un argumentaire « gagnant-gagnant » (chaque acteur aurait intérêt à coopérer), conception devenue dominante pour appréhender les responsabilités des firmes en général, et en particulier celles des firmes pharmaceutiques. Cette thèse est en grande partie inspirée de la théorie des parties prenantes, promue par Freeman (1984), et qui

¹² Les entreprises pharmaceutiques sont en première ligne dans les débats sur l'intérêt des approches partenariales et font l'objet de l'essentiel des développements qui suivent. Cependant les partenariats peuvent concerner des entreprises d'autres secteurs à partir du moment où celles-ci sont impliquées dans des programmes ayant un impact attendu sur la santé.

¹³ M. Heller, R. Eisenberg, « Can patent deter innovation ? The anticommons tragedy in biomedical research », *Science*, 1998, vol. 280, p. 698-701.

¹⁴ Le terme de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) recouvre un phénomène qui peut être défini d'un point de vue positif ou normatif : positif si l'on cherche à analyser la façon dont les acteurs économiques appréhendent leur responsabilité vis-à-vis de l'environnement et de la société, normatif si l'on prescrit des actions ou des méthodes de RSE.

s'appuie sur une conception instrumentale de la RSE. L'intégration des responsabilités sociale, sociétale et environnementale serait une stratégie avantageuse pour l'entreprise qui la met en œuvre. Dans cette vision, la prise en compte des intérêts des parties prenantes¹⁵ de la firme relève donc d'une question de rationalité économique. Les acteurs extérieurs sont privilégiés moins comme éléments de la « morale » de l'entreprise qu'en tant que groupes de pression à prendre en compte, à convaincre, voire à intégrer dans les décisions.

L'approche « gagnant-gagnant » demeure cependant un cadre normatif plus incantatoire que scientifiquement fondé. Elle jouit d'une faveur certaine dans le monde de l'entreprise mais, en dehors des monographies menées sur des cas précis, ne s'appuie pas sur des vérifications empiriques larges. En outre elle présente une vision non conflictuelle des relations entre les entreprises et leurs « parties prenantes », vision qui se heurte à une réalité qui, au contraire, fait apparaître des rapports de force déséquilibrés (*cf.* par exemple Postel, Cazal, Chavy, Sobel, 2011).

Malgré cette fragilité théorique et empirique, l'argumentaire « gagnant-gagnant » est entré dans les discours des organisations internationales dominantes, à travers l'idée d'une amélioration de la « gouvernance » fondée sur la participation de différents acteurs.¹⁶ Pourtant, l'intégration des différents acteurs dans une logique plus coopérative fait encore l'objet de débats intenses. A titre d'exemple, pour le domaine de la cession des brevets pharmaceutiques en faveur des pays pauvres, Cassier et Coriat (2008, p., 207) évoquent les réserves des économistes concernant la viabilité de l'intégration des logiques industrielles (dont l'objectif est l'appropriation d'une rente) et des logiques académiques (œuvrant pour la divulgation des connaissances). Malgré ces réserves, les termes de « biens communs » et de « RSE » ont contribué à initier des logiques coopératives entre les firmes et les acteurs non marchands de la santé. Pour les entreprises, ces logiques de compromis, même si elles sont encore émergentes, relèvent a priori de plusieurs motivations, parmi lesquelles le nécessaire passage à un modèle économique plus coopératif face à la montée en puissance des mobilisations externes (ONG, organisations internationales, pays émergents et en développement) et aux pressions sociétales, devenues un enjeu de pérennité à long terme.

L'éthique des contrats et ses limites

Le développement de logiques *a priori* plus partenariales entre les firmes et les acteurs locaux et internationaux répond-il aux enjeux majeurs de l'accès aux médicaments dans les pays pauvres ? Les contrats se fondent sur une éthique de l'interaction vertueuse entre partenaires, elle-même largement dépendante du caractère supposé « gagnant-gagnant » du contrat. Ce qui est bien pour les partenaires serait bien pour la santé des populations. Pourtant, même si l'on ne peut nier que les partenariats peuvent présenter des résultats

¹⁵ Le terme « stakeholders » regroupe les parties prenantes internes ou externes à l'entreprise. Du côté des parties prenantes internes, on trouve les actionnaires (appelés également « shareholders »), les salariés, les syndicats. Du côté des parties prenantes externes, on regroupe un ensemble d'acteurs hétérogènes (clients, fournisseurs, pouvoirs publics, associations...).

¹⁶ World Bank (1994), Buse, Waxman (2001), United Nations Foundation and World Economic Forum (2004).

chiffrés significatifs en termes de production de médicaments,¹⁷ ils soulèvent un certain nombre de questions concernant leur impact à long terme (Boidin, Lesaffre, 2010). Tout d'abord, ils n'ont pas vocation à traiter les problèmes de déficiences institutionnelles des pays pauvres (organisation du circuit du médicament, manque de personnels de santé et d'infrastructures, etc.). Ensuite, ils demeurent des initiatives dont l'impact sur la santé à long terme est loin d'être garanti. On touche ici à la question de la durabilité de ces initiatives.

Par durabilité des initiatives nous entendons leur impact à long terme sur la santé des populations.¹⁸ **A cet égard deux questions majeures se posent. La première est celle de la réponse aux besoins à long terme.** Les partenariats qui développent des produits génériques et se fondent sur des prix différenciés offrent des avantages sur ce plan, en comparaison des partenariats uniquement basés sur une politique de dons. Il conviendrait cependant d'approfondir l'étude des données permettant de comparer les quantités diffusées aux besoins à long terme. Il serait également judicieux d'estimer les risques de désengagement des firmes impliquées. En effet, l'augmentation de la production dépend en partie de la volonté de la firme, dépendant elle-même de motivations complexes (notion de responsabilité sociale propre à chaque firme, arbitrages financiers en période de crise...). Les nouveaux enjeux économiques rencontrés par les firmes (perçus par elles comme des contraintes nouvelles) sont-ils réellement compatibles avec une montée de la production destinée aux pays pauvres ? Quels relais de production peuvent être mobilisés pour maintenir l'équilibre entre l'intérêt des firmes et celui des populations ?

La seconde question touche aux éventuelles conséquences des partenariats portés par des firmes multinationales sur la limitation d'une production locale. S'agissant des politiques de dons, celles-ci peuvent être un outil de découragement de la production locale ou de la coopération Sud-Sud (Machuron, 2008, p. 29), ce qui est contradictoire avec la politique de l'OMS qui prône la production locale de médicaments bon marché (sur l'exemple du Brésil pour les antirétroviraux) et les coopérations Sud-Sud (le Brésil a ainsi doté le Sénégal d'une usine de fabrication d'ARV génériques).

Cette seconde question soulève plus généralement le problème de l'appropriation du programme sur le long terme par les acteurs endogènes.

En somme, même si les premières initiatives partenariales illustrent les potentialités offertes par les logiques coopératives, les partenariats présentent néanmoins une faible vision de long terme intégrée. Pour une économie à faibles ressources, l'enjeu de l'accès aux médicaments n'est pas seulement quantitatif. Si une plus grande part de la population accède à des traitements, mais que ces derniers sont de qualité douteuse et/ou que leur bonne diffusion n'est pas assurée dans le temps, alors les conditions d'une élévation des indicateurs de santé ne sont pas réunies. Si l'apport de médicaments n'est pas accompagné d'une amélioration des conditions institutionnelles internes aux pays, alors l'efficacité dans le temps des

¹⁷ A titre d'exemples, dans le domaine de la recherche contre le paludisme, on peut citer le partenariat ASAQ entre le groupe pharmaceutique Sanofi-Aventis et la DNDi (*Drugs for Neglected Disease Initiative* ou *Initiative pour le développement de médicaments pour les maladies négligées*) ainsi que le projet Coartem® associant l'Organisation Mondiale de la Santé et la firme Novartis (cf. Boidin, Lesaffre, 2010).

¹⁸ De façon plus générale nous faisons référence à la durabilité du développement social et humain comme objectif à long terme (voir Ballet, Dubois, Mahieu, 2004).

partenariats n'est pas assurée. Malgré les perspectives offertes par les partenariats, ces expériences abordent encore peu ces conditions cruciales.

Ces différents enseignements soulignent en fin de compte que les partenariats n'apportent pas de solution évidente à la faiblesse des acteurs locaux. Sur le plan local, même si, du côté des fabricants de médicaments, se développent des démarches innovantes, la demande de santé, représentée par les acteurs publics locaux dans les pays pauvres, demeure extrêmement fragile et dominée par les logiques des producteurs. Les perspectives d'accroissement de l'efficacité et de la durabilité des partenariats multipartites sont conditionnées par la levée des blocages endogènes. A titre d'exemple, ces derniers peuvent porter sur des politiques nationales de santé déficientes et intégrant peu les partenariats et sur des politiques de ressources humaines de la santé encore balbutiantes. Dans une perspective plus internationale, ces défaillances maintiennent les multinationales en position de force et limitent singulièrement les perspectives de coopération équilibrée.

Sur le plan international, l'absence de vision de long terme intégrée dans les approches dites partenariales peut être en partie reliée à l'adoption d'une conception « gagnant-gagnant », souvent adoptée naïvement par les organisations internationales à travers leur agenda de « gouvernance », et reprise pas les firmes dans une logique d'affichage coopératif parfois opportuniste. Or une somme d'initiatives innovantes ne constitue pas une stratégie nationale ou internationale ambitieuse de santé publique. Pour que ces partenariats puissent être insérés dans un objectif collectif dépassant les intérêts des partenaires porteurs du projet, une mise en cohérence des programmes de santé semble impérative, qui ne peut être portée que par des acteurs publics de régulation nationaux et internationaux.

CONCLUSION

Il existe un paradoxe dans le domaine de l'aide au développement consacrée à la santé. Si l'éthique est implicitement omniprésente et consubstantielle à l'aide à la santé, il est pourtant très difficile de construire une théorie de l'éthique de l'aide à la santé et d'identifier des pratiques qui relèveraient d'une éthique homogène. Certes, les travaux sur les biens publics mondiaux et sur les droits humains fournissent un premier cadre conceptuel. Certains modèles d'aide au développement (Cogneau, Naudet, 2007) ont ainsi pu s'inspirer d'une conception de l'aide fondée sur les droits exprimés en termes de *capabilities* (Sen, 1985, 1999). Ces modèles ne font qu'ébaucher les contours d'une éthique de l'aide. Les critères éthiques de l'aide à la santé demeurent largement ambigus, y compris à travers les notions qui les portent (biens publics mondiaux et droits humains en particulier) et les dispositifs qui s'y rattachent (participation, partenariats), souvent emprunts d'ambiguïté, parfois de naïveté, et susceptibles de reproduire *in fine* les inégalités. L'éthique de l'aide à la santé reste largement à construire.

RÉFÉRENCES

- Arrow, K. (1962). 'Economic welfare and allocation of resources for inventions', in RR. Nelson (ed), The rate and direction of inventive activity. Princeton, p. 165.
- Badie, B., Smouts, M-C (1999). Le retournement du monde. Paris : Presses des Sciences politiques/Dalloz.
- Bagayoko-Penone, N., Hours, B. (2006). Etats, ONG et production de normes sécuritaires dans les pays du Sud. Paris : l'Harmattan
- Ballet, J., Dubois, J.L., Mahieu, F.R. (2004). 'A la recherche du développement socialement durable : concepts fondamentaux et principes de base'. Développement durable et territoires, dossier n°3 : 1-15. <http://developpementdurable.revues.org>.
- Banque mondiale (1993). Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde. Washington : Banque mondiale.
- Banque mondiale (2004). Des services pour les pauvres. Rapport sur le développement dans le monde. Washington : ESKA-Banque mondiale.
- Barrère, A. (1968). 'La cohérence de l'économie publique, le plan et le marché', in Guitton et Margolis (eds), Économie publique. Paris : Éditions du CNRS, p. 449-82
- Barry, M., Boidin, B., Tizio, S. (2011). 'La santé dans les pays en développement : défaillances de l'aide, équité et légitimité', Regions and cohesion, vol. 1, Issue 2, p. 27-44
- Boidin, B. (2007). 'Aide au développement et santé comme droit humain'. Ethique et économique, vol 5, n°1 : 1-21. <http://ethics-economics.net>
- Boidin, B., Hiez, D., Rousseau, S. (2008). 'Bien communs, biens publics mondiaux et propriété', Développement durable et territoires, dossier 10 : 1-13. <http://developpementdurable.revues.org>
- Boidin, B., Lesaffre, L. (2010). 'L'accès des pays pauvres aux médicaments et la propriété intellectuelle : quel apport des partenariats multiacteurs ?.' Revue internationale de droit économique, n°3 : 325-50
- Breesé, P. (2002). Stratégies de propriété industrielle. Paris : Dunod
- Broome, J. (1999). Ethics out of economics. Cambridge: Cambridge University Press
- Buse, K., Waxman, A. (2001). 'Public-private health partnerships: a strategy for WHO'. Bulletin of the World Health Organization, vol. 79, n°8, p. 750
- Capron, M., Quairel-Lanoizelée, F. (2007). La responsabilité sociale d'entreprise. Paris : La découverte
- Cartier-Bresson, J. (2010). Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance. Mondes en développement, n°152: 111-127
- Cassier, M. (2006). 'New enclosures and creation of new commons in the areas of genome and software'. Contemporary history, vol. 15, n°2: 255-71
- Cassier, M., Coriat, B. (2008). Propriété intellectuelle, innovations et marché. Science et devenir de l'Homme, n°57-58 : 199-217

- Cassier, M., Correa, M. (2010)., Brevets de médicament, luttes pour l'accès et intérêt public au Brésil et en Inde., *Innovations*, n°32 : 109-127
- Cogneau, D., Naudet, J.D. (2007). Who Deserves Aid? Equality of Opportunity, *International Aid and Poverty Reduction. World Development*, vol.35, n° 1: 104-120
- Coriat, B., Orsi, P. (2003). Brevets pharmaceutiques, génériques et santé publique. Le cas de l'accès aux traitements antirétroviraux. *Economie publique*, n°12 : 153-177
- Combe, E., Pfister, E. (2004). Brevets et accès aux médicaments dans les pays en développement. *Revue française d'économie*, vol. 19, n°2 : 89-119
- Commission Mondiale pour l'Environnement et le Développement (CMED) (1987). *Notre avenir commun*. Montreal : Ed. du Fleuve
- Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston : Pitman.
- Gauvrit, E. (2002). 'La santé, un bien public mondial ?'. *Cahiers français*, n° 310 : 84-90
- Guennif, S., Chaisse (2007). L'économie politique du brevet au sud : variations indiennes sur le brevet pharmaceutique.. *Revue internationale de droit économique*, n°2 : 185-210
- Jonas, H. (1980). *Le principe de responsabilité*. Paris : Le Cerf
- Jourdain-Fortier, C. (2006). *Santé et commerce international*. Dijon : Université de Bourgogne/Litec
- Kaul, I., Grunberg, I., 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).
- Kindleberger, C. (1986). 'International public goods without international government'. *American Economic Review*, vol. 76, n°1
- Kolacinski, D. (2003). *Analyse économique des droits de l'homme*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes
- Lindhal, E. (1919). 'Just taxation – A Positive Solution', in R.A. Musgrave, A.T. Peacock (eds), *Classics in the Theory of Public Finance*. Londres : Mac Millan, 1958.
- Machuron, L. (2008). *Les partenariats public-privé dans le domaine de la santé*. Clermont-Ferrand : Cerdi
- Marks, S. (2000). 'The Human Rights Framework for Development : Five Approaches'. F.X. Bagnoud Center for Health and Human Rights, Working Paper, n°6, version mise à jour en 2001.
- 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*, vol.16, n°1-2 : 117-39
- Postel, N., Casal, D., Chavy, F., Sobel, R. (dir.) (2011). *La responsabilité sociale de l'entreprise, nouvelle régulation du capitalisme?.* Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion
- Samuelson, P.A. (1954). The Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics*, vol. 11: 387-389
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland.

- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University press.
- Stiglitz, J. (1999). Knowledge as a Global Public Good, in Kaul et *al.*, p. 308-25
- United Nations Foundation, World Economic Forum (2004). *Public-private partnerships: meeting in the middle*.
- Waddington, C. (2001). 'Don't be distracted from good routine immunization'. *GAVI Immunisation Focus*. mars
- Wicksell, K. (1896). «'A New Principle of Just Taxation', in R.A. Musgrave, A.T. Peacock , *Classics in the Theory of Public Finance*, Londres: Mac Millan, 195
- World Bank (1994). *Managing development: the governance dimension*. Washington: World Bank