Fiche thématique n°6

Club parlementaire sur
l'économie de la santé
présidé par
Gérard BAPT
Député de la Haute-Garonne
Jean-Pierre DOOR
Député du Loiret
Alain VASSELLE
Sénateur de l'Oise

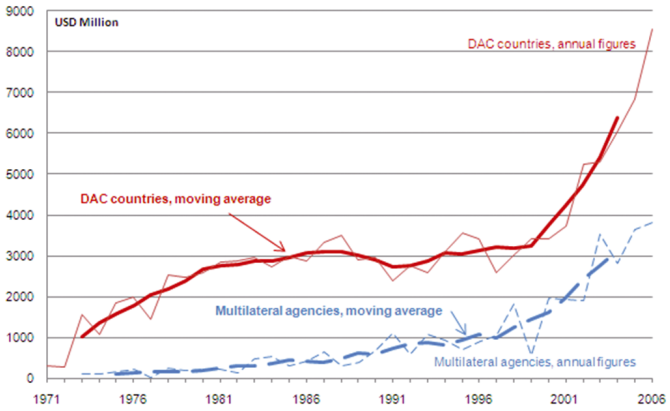
Santé et développement : traiter les maladies ou soigner les systèmes ?

Note rédigée par Jean Paul Moatti, UFR de Sciences Economiques & Gestion, Université de la Méditerranée
Directeur de l'UMR INSERM/IRD SE4S (Sciences Economiques & Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés)
Conseiller pour les Affaires Internationales (Agence Nationale de recherches sur le Sida et les Hépatites, ANRS)

L'aide au développement ciblée sur la santé a connu depuis le début du nouveau siècle, grâce notamment à la mobilisation internationale dans la lutte contre le Sida, un accroissement sans précédent en valeur absolue et a été source d'importantes innovations. Selon l'OCDE, le montant total de cette aide, qu'elle passe par le canal bilatéral ou multilatéral du système des Nations-Unies, a atteint 15,6 milliards de dollars pour la seule année 2007 soit une augmentation moyenne de 17% par an depuis 2000. Il faut néanmoins souligner :

- que la part relative de la santé dans le total de l'aide publique internationale est demeurée stable, qu'elle n'a donc fait que bénéficier du mouvement général de rattrapage de l'aide qui s'était effondrée dans les années 1990 après la fin de la coexistence pacifique avec l'ex-Union Soviétique,
- que l'apport de l'aide reste marginal puisque les financements qu'elle apporte aux pays en développement constituent moins de 1,5% du total de leurs dépenses de santé, et moins de 10% en Afrique sub-saharienne,
- et que l'objectif maintes fois affirmé par les pays riches de consacrer au moins 0,7% de leur PIB à l'aide en général est toujours loin d'être atteint.

Evolution de l'Aide Publique Au Développement Santé (milliards US$/ Source= OCDE/DAC)



Cette croissance de l'aide santé a été indéniablement tirée par l'augmentation des ressources dédiées à la lutte contre le Sida qui ont connu une progression très rapide, à partir de l'engagement onusien de 2001 d'atteindre l'accès universel à la prévention et au traitement de cette pathologie. D'autres domaines, comme celui de la santé reproductive, n'ont pas, en tout cas directement, bénéficié de cette manne (en partie pour des raisons idéologiques).

Au-delà des masses financières, les grands programmes ciblés sur la lutte contre les maladies infectieuses majeures du Tiers-Monde ont suscité la mise en place de mécanismes innovants comme la taxe sur les billets d'avion pour financer les médicaments essentiels adoptée à la suite de la France par 37 pays et gérée par UNITAID, la Facilité Internationale de Financement qui émet des obligations garanties sur les marchés financiers pour drainer des fonds au profit des programmes de vaccination, ou le mécanisme original de subvention internationale des combinaisons antipaludéennes avec artémisinine (l'AMFm) incluant les circuits de distribution privés voire informels, suggéré par le Prix Nobel d'Economie Ken Arrow, qui vient de démarrer et que j'ai eu la chance de contribuer à mettre en place. Ils se sont accompagnés de la création d'institutions multilatérales nouvelles comme le Fonds Global pour les Vaccinations en 2000 et le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, en 2002 devenus en des laps de temps brefs des partenaires majeurs du financement de l'aide internationale.

En huit ans, le Fonds Mondial a engagé plus de 19 milliards de dollars dans 144 pays et constitue le premier canal de financement de l'aide internationale

pour le Sida avec le programme PEPfar de l'administration américaine, et le premier pour la tuberculose et la malaria. Il expérimente un modèle de gestion des programmes fondé sur une évaluation scientifique des projets et une continuation des financements subordonnée à des indicateurs de performance d'une part, et d'autre part, un modèle de gouvernance qui contrairement aux organisations onusiennes classiques donne un pouvoir égal aux pays récipiendaires de l'aide qu'aux donateurs et réserve une place institutionnelle aux représentants de la société civile.

Ce que je voudrais discuter dans la suite de cet exposé c'est en quoi la lutte contre les maladies infectieuses a cristallisé un certain nombre de changements majeurs dans les paradigmes économiques qui président aux politiques publiques en faveur de la santé dans les PED. Une configuration nouvelle est née de la rencontre entre le débat croissant sur les formes actuelles de la mondialisation, la lutte contre les grandes pandémies et enfin des avancées théoriques et méthodologiques en économie du développement. Elle a conduit à remettre en cause les principes qui inspiraient jusqu'à présent l'action internationale dans le domaine de la santé globale.

Le montant total de l'aide au développement ciblée sur la santé a atteint 15,6 milliards de dollars pour la seule année 2007, soit une augmentation moyenne de 17% par an depuis 2000.

1- A l'idée que l'amélioration de l'état de la santé de la population découlerait mécaniquement du processus macroéconomique de croissance, s'oppose désormais la compréhension que l'investissement dans la santé, comme auparavant dans l'éducation, constitue désormais un pré-requis indispensable pour initier un cercle vertueux de développement.

2- A l'idée, issue de l'Initiative de Bamako du début des années 1980, que le recouvrement des coûts auprès des usagers constituait une solution à la crise de financement des systèmes publics de santé, est désormais venue se substituer une priorité à l'instauration de mécanismes de pré-paiement et d'assurance du risque-maladie.

3- Au mouvement qui prétendait garantir un flux continu d'innovations biomédicales au travers du renforcement continu des droits de propriété intellectuelle, est venu s'opposer le souci d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les pays du Sud et d'introduire les flexibilités nécessaires dans la législation internationale sur la protection de la propriété intellectuelle de l'Organisation Mondiale du Commerce.

4- Enfin, à l'insistance sur les soins primaires qui inspirait la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS, il y a plus de trente ans, qui prétendait instaurer la santé pour tous en l'an 2000 est venu se substituer une priorité aux programmes ciblés sur les maladies comme le Sida désormais censés servir de levier pour un renforcement global des systèmes de santé.

Comme les précédents qu'ils sont venus remplacer, et par rapport auxquels ils ont constitué des avancées, ces nouveaux paradigmes présentent des risques, des dérapages et des limites qu'il est de la responsabilité des recherches en économie de souligner et d'aider à surmonter.

1. Le lien bi-directionnel santé-croissance économique

En économie du développement, la forte corrélation entre mesures de revenu et mesures de santé est un des résultats les plus robustes.

Pendant longtemps, dans la lignée des modèles de croissance introduits en 1956 par Solow, le lien causal était supposé aller du revenu vers la santé, un revenu plus élevé facilitant à la fois l'accès à des modes de vie et à des biens et services améliorant la nutrition et la santé, et à une amélioration de l'éducation elle-même favorable à de meilleurs comportements d'hygiène et de santé ; de plus, un revenu croissant constitue une protection contre les chocs exogènes y compris sanitaires comme les épidémies. La possibilité d'un lien causal inverse a été fortement suggérée dès l'ouvrage du prix Nobel 1993 Robert Fogel (The Escape from Hunger and Premature Health) qui estimait que l'amélioration du régime nutritionnel explique environ la moitié de la croissance britannique entre 1680 et 1980, ces progrès alimentaires pouvant s'interpréter aussi bien comme un effet de revenu que comme un effet de santé. Le rapport de la Commission Macroéconomie & Santé de l'OMS, présidé par Jeffrey Sachs, considérait en 2001, comme définitivement établie une relation bi-directionnelle entre l'amélioration de l'état de santé de la population et la croissance.
Le premier mécanisme par lequel la santé peut être source de croissance tient bien sûr aux pertes de productivité liés à la morbidité et à la mortalité

prématurées et au fait trivial que des travailleurs en bonne santé sont plus productifs et génèrent des revenus plus élevés. Au plan micro-économique, il est aisé d'accumuler de l'évidence empirique démontrant qu'un traitement médical efficace permet de restaurer la productivité affectée par la maladie, comme de multiples travaux l'ont montré en matière de traitement antirétroviral du Sida ou de prise en charge de la malaria.

Pour autant, ce mécanisme ne sera pas forcément suffisant pour entraîner des effets macro-économiques significatifs. Dans le cas du Sida, en dépit d'effets démographiques avérés qui dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne les plus touchés ont quasi-annulé les progrès d'espérance de vie obtenus après les indépendances, les premiers modèles macroéconomiques prédisaient un impact somme toute limité de l'épidémie de l'ordre de la perte annuelle d'un point de croissance du PNB (c'est-à-dire pas plus que ce que les conséquences des attentats du 11 Septembre 2001 ont eu en termes de contraction des économies africaines). C'est que dans le modèle néoclassique de base, les pertes de production dues à la maladie sont en tout ou partie compensées par un effet mécanique d'augmentation de la productivité du travail : il suffit pour cela qu'existe une importante main d'œuvre inoccupée (comme dans la quasi-totalité des PED) et que par exemple la disparition prématurée de 10% d'une génération productive pour cause de maladie se traduise par une réduction proportionnellement moindre de l'output (par exemple de l'ordre de 5%) pour que la productivité par tête augmente et pour que les effets macroéconomiques agrégés de la mauvaise santé demeurent limités.

Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS considère comme définitivement établie une relation entre l'amélioration de l'état de santé de la population et la croissance économique.

Les modèles de croissance endogène introduits par Romer et Lucas au milieu des années 1980, qui cherchent à intégrer le progrès technique et les choix intertemporels des agents pour expliquer la croissance de long terme, sont mieux à même de capturer d'autres mécanismes au travers desquels la santé n'est plus un bien de consommation comme les autres mais un investissement générant des bénéfices significatifs pour la croissance. Ces modèles ont mis en lumière le rôle décisif de la transmission du capital humain dans la croissance de long terme, capital humain dont l'article pionnier de l'AER 1992 de Mankiw, Romer et Weil soulignait déjà qu'il concernait non seulement l'éducation mais aussi le capital santé. L'analyse de l'expérience des pays émergents d'Asie du Sud-Est, et d'autres succès de sortie du sous-développement (le Sri Lanka et l'Etat du Kerala en Inde souvent cités en exemple par Amartya Sen, le Botswana et le Lesotho ou la Tunisie en Afrique) insistent sur les mécanismes par lesquels un début d' augmentation de l'espérance de vie en allongeant l'horizon temporel des ménages favorise une demande plus forte d'éducation et des comportements d'épargne, deux facteurs susceptibles de booster l'investissement productif. A cela vient s'ajouter ce que Dean Jamison qualifie de " dividende démographique " : en règle générale une baisse de la mortalité précoce s'accompagne d'une baisse du taux de fertilité, les deux phénomènes concourant à augmenter la part relative des tranches d'âge productives (les 15/60 ans) dans la population totale et par conséquent à augmenter le revenu par tête.

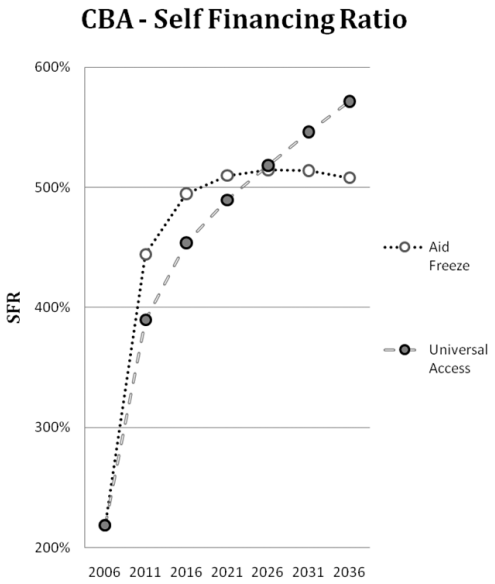
IMPACT DE DIFFERENTES POLITIQUES EN 2015
ETUDE FMI (panel data-120 PED, 1975-2000) *(Baldacci et al., 2004)*

	↓Mortalité avant 5 ans /1000 naissances	↑PNB/tête (en %)
+ 1% PNB → Dép. Santé	**- 11**	**+ 0,4%**
+ 1% PNB → Dép. Education	**- 6**	**+1,4%**
Gouvernance > Moyenne mondiale	**- 5,5**	**+1,5%**

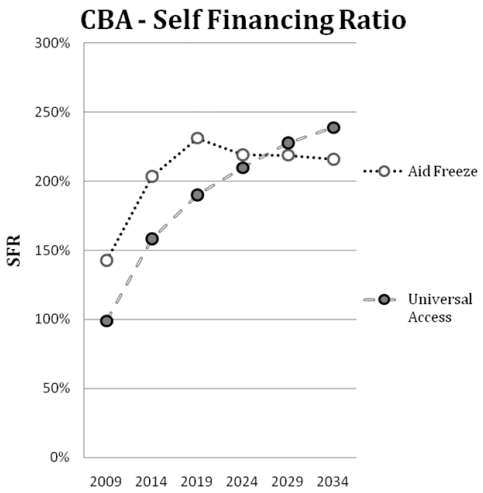
Lorsqu'on applique au cas du Sida, des modèles de croissance endogène, comme nous l'avons fait avec l'équipe de Bruno Ventelou, on comprend mieux en quoi cette épidémie peut entraîner certaines économies dans une véritable trappe épidémiologique mettant en danger leur régime de croissance de long terme. Dans un travail encore plus récent pour ONUSIDA, nous montrons que certes un gel de l'accès au traitement du Sida à son niveau actuel (autour de 5 millions de

Comparaison macro-économique horizon 2036: accès universel vs gel des programmes ART (Ventelou, Moatti et al. 2010)

SWAZILAND



CAMEROUN



personnes) pour de nouveaux patients se traduirait mécaniquement par des économies budgétaires à court terme mais à moyen et long terme, quand on prend en compte les effets sur le capital humain, c'est la poursuite de l'objectif de l'accès universel (soit 15 millions de personnes selon les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS) qui produit le maximum de bénéfices nets pour l'économie des pays concernés.

Il faut néanmoins prendre garde à ce que le nouveau paradigme qui fait de l'amélioration de la santé une condition nécessaire à la croissance ne débouche sur la croyance, à mon goût trop agitée par Jeffrey Sachs, qu'il suffit d'augmenter les sommes et l'aide consacrées aux dépenses de santé.

Si le lien meilleure santé/croissance est désormais bien établi, l'évidence est moindre quant à la relation entre augmentation des dépenses de santé et amélioration de l'état de santé, même si elle peut être retrouvée dès lors que les dépenses ciblent effectivement les secteurs les plus pauvres de la population. La médiation entre dépenses de santé et amélioration de la santé des populations passe en effet par des systèmes de santé qui continuent d'être affectés par des rendements décroissants et de fortes inefficiences. Les différences de productivité souvent constatées entre centres de soins d'un même pays sont loin de s'expliquer par les seuls rendements d'échelle et démontrent que d'importants gains de productivité sont possibles en matière d'allocation et de gestion des ressources.

Si le lien meilleure santé/croissance est établi, l'évidence est moindre quant à la relation entre l'augmentation des dépenses de santé et l'amélioration de l'état de santé.

Au plan macro-économique, l'investissement dans la santé soulève d'autres interrogations légitimes pour les décideurs publics. Le risque d'accroissement de la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure peut très vite s'avérer élevée dans le cas de programmes ciblés (dans la plupart des pays d'Afrique Sub-Saharienne, les dépenses consacrées au Sida ont dû leur rapide augmentation au fait d'être subventionnées pour plus des 2/3 par l'aide internationale). Les risques de déséquilibres macro-économiques ne peuvent être négligés (les nécessaires améliorations salariales à consentir aux professionnels de santé pour les retenir et faire face à la crise des ressources humaines dans les systèmes publics de santé pouvant entraîner par exemple un effet de contagion sur l'ensemble de la fonction publique et dès lors alourdir excessivement le déficit public). Enfin, les arbitrages demeurent loin d'être évidents entre investissements dans les systèmes de santé et usages alternatifs des fonds pour d'autres dépenses sociales. Dans une étude de bonne qualité du FMI, les effets de l'investissement éducatif ou d'amélioration de la gouvernance sur la croissance continuent d'apparaître plus prononcés que ceux d'une augmentation similaire des dépenses de santé. Il est possible que cela tienne pour partie aux difficultés de notre appareillage économétrique à bien saisir les effets croisés de la santé et de l'éducation sur le capital humain et nous devons nous employer à les améliorer. Il reste néanmoins beaucoup de pain sur la planche pour affiner la contribution de ces travaux aux arbitrages précis à l'intérieur de l'ensemble des dépenses sociales et entre ce qu'Amartya Sen appelle l'inévitable tension entre le conservatisme financier (c'est-à-dire le souci des contraintes et des équilibres macroéconomiques) d'une part et la responsabilité sociale des États d'autre part.

2. Financement des dépenses de santé : vers l'assurance-maladie universelle ?

En matière de financement, l'Initiative de Bamako et les politiques introduites dans la foulée au cours des années 1980 prétendait que le recouvrement des coûts auprès des usagers permettrait de faire face à la crise des budgets publics. Cette crise se perpétue aujourd'hui puisque la promesse du sommet d'Abuja de consacrer au moins 15% du total des dépenses publiques à la santé est loin d'être atteinte dans les pays Africains. Le recouvrement des coûts était censé créer une opportunité pour que la voix des consommateurs puisse se faire mieux entendre et incite les structures de soins à offrir des prestations de meilleure qualité sans trop menacer l'équité d'accès, l'élasticité de la demande par rapport au prix étant censée demeurer faible pour un bien essentiel comme les services de santé de base. On sait ce qu'il en est advenu. Nous avions montré avec Boubou Cissé, un de mes étudiants du Mali, que les études économétriques princeps qui étaient venus justifier le recouvrement des coûts pêchaient par de nombreux aspects à commencer par leur négligence à contrôler les élasticités croisées prix/revenu.

Les paiements directs des ménages au point de consommation des soins représentent plus de la moitié du total des dépenses dans les pays à bas revenus (inférieurs à 3000 dollars par an et par tête) et plus du tiers dans les pays à revenu intermédiaire (compris entre 3 et 9000 dollars). L'OMS a montré que ces paiements directs des soins font chaque année basculer des millions de foyers sous le seuil de pauvreté absolue et imposent à un nombre plus important encore des dépenses de santé qualifiées de catastrophiques parce que mobilisant plus de 40% des revenus du ménage. Il faut certes continuer de porter un regard critique sur de telles notions.

Des travaux montrent que le concept de dépenses dites catastrophiques ne peut pas, sous peine de contresens, être assimilé à une mesure de pauvreté dès lors que les dépenses de santé peuvent correspondre à la fois à des biens de première nécessité au bas de l'échelle des revenus et à des biens de luxe aux échelles élevées. Il n'en reste pas moins que comme nous l'avons montré dans 4 capitales africaines, le financement par paiement direct est profondément régressif, le quintile de revenu le plus faible contribuant au total des dépenses de santé dans une proportion significativement plus importante que sa part des revenus totaux (et vice versa pour les plus riches).

Un consensus s'est établi au plan international sous l'impulsion de l'OIT, et de la résolution de 2005 du Comité Exécutif de l'OMS pour souhaiter une réduction progressive de la part du financement reposant sur le paiement direct et une promotion des mécanismes de mutualisation du risque et d'assurance, incluant les systèmes d'assurance maladie universelle. Des expériences pratiques sont promues avec des succès tangibles en matière d'amélioration de l'équité d'accès aux soins comme ici au Rwanda avec le soutien du Fonds Mondial. La France a fait de cette idée, notamment en promouvant avec l'OIT et l'Allemagne, l'initiative P4Health, un de ses axes majeurs de coopération internationale en santé mais il reste beaucoup à faire pour qu'elle se traduise par des initiatives concrètes au niveau du G8, du G20 et des organisations internationales.

Ce nouveau paradigme assurantiel ne suffira pas cependant à couvrir la totalité des besoins de financement s'il ne s'accompagne pas d'un renforcement des contributions publiques reposant sur l'impôt et la capacité d'élargir la base fiscale des Etats. Les extrapolations linéaires montrent en effet, même avec des scénarios de croissance plutôt optimistes en dépit de la crise, que les dépenses de santé par tête ne dépasseront toujours pas 100 dollars par tête d'ici 2030 dans les pays d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud-Est. Sa faisabilité est complexe à mettre en œuvre dès lors qu'une harmonisation dans le temps doit être établie entre introduction croissante de financements assurantiels et réforme des services de soins qui garantissent aux assurés une offre sanitaire adéquate.

Projections 2030 des dépenses de santé par tête
(Van der Gaag et al., 2009)

REGIONS	Population 2005 (en millions habitants)	Population 2030 (en millions habitants)	Dépenses santé par tête 2005 (US $)	Dépenses santé par tête 2030 (US $)
Am. Latine/ Caraïbes	541	710	286	**506**
Afr. Nord/ Moyen-Orient	305	438	170	**292**
Asie Sud-Est	**1.450**	**1.924**	**26**	**99**
Afr sub-Sahara	**731**	**1.119**	**35**	**97**
Pays Hauts Revenus	959	998	3.304	**5.666**
Total Monde	6.263	7.782	578	**952**

3. Propriété intellectuelle, innovation et accès aux médicaments et biens médicaux essentiels

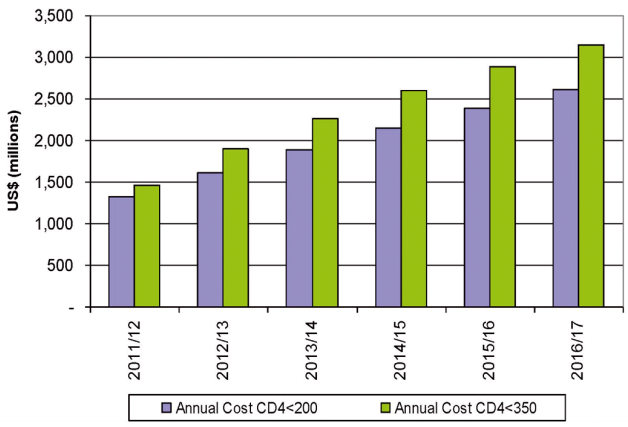
La théorie économique de l'innovation a toujours prêché une recherche d'équilibre entre deux nécessités, d'une part celle d'une protection des droits de propriété intellectuelle qui garantisse une rente d'innovation suffisante pour rentabiliser les efforts et la prise de risque de R&D par les firmes privées, d'autre part celle de maintenir le caractère de bien public de la connaissance de base susceptible d'alimenter un faisceau d'innovations. Comme l'a montré le remarquable ouvrage " Intellectual Property Rights, An Intellectual History " de Susan Sell de George Washington University, cet équilibre a été rompu dans les années 1980, des intérêts puissants, au premier rang desquels les firmes pharmaceutiques, ayant réussi à imposer à l'OMC que le renforcement de la protection des brevets et la standardisation internationale de cette protection constituait une priorité absolue pour l'innovation. Outre que ce mouvement historique n'a en rien résolu le problème du fossé 10% / 90% (10% seulement de la R & D pharmaceutique est consacrée aux pathologies, notamment infectieuses, qui affectent 90% de la population du globe), le résultat a été, comme le souligne Claude Henry la multiplication de brevets dont le champ d'application est " significativement plus étendu que ce qui paraît raisonnable au regard du droit et de l'analyse microéconomique ".

> ***Un mécanisme de prix différentiel vertueux au profit du Sud implique que les consommateurs des marchés du Nord puissent assurer l'amortissement des coûts réels de R & D.***

La structure oligopolistique de la majorité de l'offre de médicaments fait courir le risque d'accaparement de rentes excessives au profit des firmes et entretient des prix élevés des molécules innovantes y compris sur les marchés du Sud créant une barrière qui, jusqu'à la lutte contre le Sida, pouvait paraître insurmontable pour l'accès aux médicaments les plus performants dans les PED. En théorie, la discrimination par les prix en fonction des élasticités variables de la demande peut correspondre à un comportement rationnel de la part des firmes disposant de produits protégés par un brevet. En pratique, les firmes pharmaceutiques ont tendance dans les PED à opter plutôt pour une stratégie de segmentation qui privilégie une offre étroite ciblée sur la part de la demande la plus solvable et la moins élastique au détriment de volumes de ventes plus massifs. C'est d'ailleurs de cette façon en s'efforçant de maintenir des prix élevés, en différenciant leur produit et en jouant sur les conditionnements et la réputation de marque qu'elles réagissent le plus souvent dans les pays développés à l'introduction de génériques qui suit l'expiration des vingt ans de protection par brevet.

On sait que la mobilisation de l'opinion internationale, de certains gouvernements, notamment le Brésil, la Thaïlande et l'Equateur, et d'organisations internationales a permis de maintenir certaines flexibilités dans les accords OMC et de promouvoir un mécanisme de prix différentiel pour les antirétroviraux du Sida. Ceci s'est traduit par une disponibilité des médicaments de première ligne du Sida à des coûts qui mettent le traitement à moins de un dollar par jour dans les pays à plus bas revenus. Les travaux de l'Action Coordonnée ETAPSUD de l'ANRS ont montré le rôle clé de la concurrence générique dans cette baisse des prix et l'importance d'un cadre institutionnel permettant des clauses d'exception aux règles internationales de la propriété intellectuelle, notamment la possibilité de recours à des licences obligatoires, pour garantir cette concurrence. En dépit de la reconnaissance des nécessaires flexibilités des ADPIC en 2003 à Doha, la protection par brevet continue de constituer un goulot d'étranglement qui menace de redevenir majeur au fur et à mesure que les patients infectés par le VIH doivent changer de traitement pour passer à des molécules dites de seconde ligne plus récentes et coûteuses qui en l'absence d'alternatives génériques peuvent multiplier les coûts unitaires de traitement d'un facteur 16 à 48.

Projections des coûts du traitement antirétroviral en Afrique du Sud (2011-2017) (S Cleary et al., Capetown University)



Cela peut conduire à des choix tragiques pour les programmes d'accès : poursuivre le traitement de patients qui doivent passer de la première à la seconde ligne ou initier le traitement de nouveaux patients. D'ores et déjà, comme l'ont bien montré les travaux de l'ANRS en partenariat avec les équipes brésiliennes, les programmes les plus avancés comme celui du Brésil se trouvent de nouveau dans une forte situation de dépendance pour leur approvisionnement d'autant que les droits de propriété s'exercent aussi désormais sur les principes actifs, la matière première du médicament (produits pour l'essentiel par la Chine et l'Inde).

En particulier, nous avons besoin d'explorer des alternatives institutionnelles à la protection classique des droits de propriété intellectuelle (pools de brevets comme celui récemment promu par UNITAID, coopérations open-source entre innovateurs, partenariats public/privé incitant à la recherche vaccinale ou sur les maladies " négligées ", transferts de technologies Nord/Sud et Sud/Sud). Là encore, le refus du politiquement correct implique de reconnaître qu'un mécanisme de prix différentiel vertueux au profit du Sud implique que les consommateurs des marchés du Nord puissent assurer l'amortissement des coûts réels de R & D ce qui n'est pas sans poser de contradiction potentielle par rapport aux politiques de maitrise des dépenses de médicament dans nos pays.

4. Programmes ciblés sur les maladies et renforcement des systèmes de santé

La capacité des programmes ciblés sur les grandes pandémies et des programmes élargis de vaccinations de mobiliser des ressources sans commune mesure en comparaison de ce qui avait pu l'être auparavant au profit des soins primaires est un fait historique et politique indiscutables. Ces programmes commencent à avoir une traduction épidémiologique démontrée en termes de baisse significative de l'incidence de la malaria, ou de ralentissement, quoique très insuffisant, de la progression de l'épidémie de Sida. On commence à documenter une baisse significative de la mortalité spécifique reliée à ces pathologies voire, dans les zones les plus affectées par elle, de la mortalité globale.

Pour autant, les faiblesses structurelles des systèmes de santé, en particulier en Afrique, constituent l'obstacle principal à l'efficience de ces programmes ciblés. Comme le montre l'exemple de l'émergence inquiétante au Sud de formes de tuberculose multi-résistante qui est avant tout imputable à la qualité insuffisante du diagnostic et de la prise en charge des tuberculeux.

> ***Les faiblesses structurelles des systèmes de santé, en particulier en Afrique, constituent l'obstacle principal à l'efficience de programme ciblés sur les grandes pandémies.***

Comme le montre la crise des ressources humaines en matière de personnels de santé qui se concentre justement dans les pays les plus pauvres et les plus touchés par les pandémies.

De nombreux exemples de recherche opérationnelle (dont l'évaluation approfondie par l'ANRS du programme camerounais d'accès aux traitements du Sida) montrent que les programmes ciblés sur Sida, tuberculose et malaria ont su être particulièrement innovants en matière de décentralisation des services de santé et de mise en place de nouvelles formes efficaces de division du travail entre professionnels de santé, travailleurs communautaires et associations (ce que l'OMS appelle la délégation des tâches).

L'OMS a conduit un exercice, auquel mon équipe a contribué, de synthèse des données objectives sur le sujet de l'impact global de ces programmes sur les systèmes de santé dans leur ensemble. Il a permis d'en finir avec les affrontements idéologiques a priori entre tenants de l'approche horizontale des soins de base et défenseurs des programmes de lutte contre les principales pathologies infectieuses. Il a conclu que " quoique variable, l'impact des programmes ciblés sur le sida s'est avéré plutôt positif dans l'ensemble, et a notamment permis d'attirer l'attention sur les déficiences des systèmes de santé des pays concernés ".

Il est urgent de dépasser l'opposition stérile entre une approche trop verticale des programmes ciblés qui ne cherche pas à identifier les moyens d'en faire une occasion de renforcer les systèmes de santé et les politiques de santé publique et de lutte contre la pauvreté dans leur ensemble ; et une approche basiste qui recyclerait les arguments qui avaient longtemps conduit la majorité des experts anglo-saxons à refuser d'envisager dans les PED l'accès à des traitements essentiels comme ceux du Sida. Il s'agit bien de réconcilier les deux approches, dans ce que certains à l'OMS commencent à appeler l'approche diagonale, mais sans angélisme en évaluant rigoureusement les retombées positives et négatives des différentes stratégies de renforcement des systèmes de santé mises en œuvre.

En guise de conclusion

Parmi les 8 objectifs dits " du Millénaire ", ratifiés par l'ONU en 2000 pour l'horizon 2015, trois concernent directement la santé en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de lutte contre les grandes maladies infectieuses et les 5 autres, à commencer par le premier (éradiquer la pauvreté extrême et la malnutrition), ont une forte interaction avec la santé.

Il est malheureusement admis, qu'il y a peu de chances que ces objectifs soient atteints d'ici 2015 en particulier en Afrique Sub-saharienne. Même si la situation semble évoluer favorablement pour la santé maternelle (baisse de 30% entre 1990 et 2008), ce rythme est insuffisant pour atteindre l'objectif fixé de réduction de 75% (il faudrait un rythme deux fois plus rapide).

La crise financière que nous venons de traverser peut aisément venir justifier le renoncement à dégager les besoins de financement pour tenir ces objectifs. Mais il s'agit d'un choix politique ce qui explique que je remercie particulièrement le Club Hippocrate de m'avoir donné la possibilité de dialoguer sur ces sujets avec des parlementaires éminents.

Quatre-vingt sept parlementaires déjà membres d'Hippocrate...

Soixante-treize Députés

Gérard BAPT, Haute-Garonne
Jean-Pierre DOOR, Loiret

Abdoulatifou ALY, Mayotte
Edwige ANTIER, Paris
Jean-Paul BACQUET, Puy-de-Dôme
Jean BARDET, Val-d'Oise
Jean-Claude BEAULIEU, Charente-Maritime
Marc BERNIER, Mayenne
Philippe BOENNEC, Loire-Atlantique
Loïc BOUVARD, Morbihan
Valérie BOYER, Bouches-du-Rhône
Xavier BRETON, Ain
Yves BUR, Bas-Rhin
Martine CARRILLON-COUVREUR, Nièvre
Gérard CHERPION, Vosges
Jean-François CHOSSY, Loire
Georges COLOMBIER, Isère
Catherine COUTELLE, Vienne
Pascale CROZON, Rhône
Marie-Christine DALLOZ, Jura
Patrice DEBRAY, Haute-Saône
Bernard DEBRE, Paris
Jean-Pierre DECOOL, Nord
Rémi DELATTE, Côte-d'Or
Sophie DELONG, Haute-Marne
Michel DIEFENBACHER, Lot-et-Garonne
Jacques DOMERGUE, Hérault
Cécile DUMOULIN, Yvelines
Philippe FOLLIOT, Tarn
Cécile GALLEZ, Nord
Sauveur GANDOLFI-SCHEIT, Haute-Corse
Bernard GATIGNOL, Manche
Catherine GENISSON, Pas-de-Calais
Louis GUEDON, Vendée
Michel HUNAULT, Loire-Atlantique
Michel ISSINDOU, Isère
Denis JACQUAT, Moselle
Olivier JARDÉ, Somme
Marguerite LAMOUR, Finistère
Pierre LASBORDES, Essonne
Guy LEFRAND, Eure
Michel LEJEUNE, Seine-Maritime
Claude LETEURTRE, Calvados
Céleste LETT, Moselle
Martine LIGNIERES-CASSOU, Pyrénées-Atlantiques
Lionnel LUCA, Alpes-Maritimes
Guy MALHERBE, Essonne
Richard MALLIE, Bouches-du-Rhône
Alain MARC, Aveyron
Philippe-Armand MARTIN, Marne
Jean-Claude MATHIS, Aube
Pierre MEHAIGNERIE, Ille-et-Vilaine
Pierre MORANGE, Yvelines
Alain MOYNE-BRESSAND, Isère
Dominique ORLIAC, Lot
Bernard PERRUT, Rhône
Bérangère POLETTI, Ardennes
Jean-Luc PREEL, Vendée
Christophe PRIOU, Loire-Atlantique
Jean PRORIOL, Haute-Loire
Didier QUENTIN, Charente-Maritime
Arnaud ROBINET, Marne
Jean-Marie ROLLAND, Yonne
Valérie ROSSO-DEBORD, Meurthe-et-Moselle
Jean-Marc ROUBAUD, Gard
Pascal TERRASSE, Ardèche
Dominique TIAN, Bouches-du-Rhône
Jean-Louis TOURAINE, Rhône
Philippe TOURTELIER, Ille-et-Vilaine
Georges TRONC, Essonne
Philippe VIGIER, Eure-et-Loir
Jean-Claude VIOLLET, Charente
André WOJCIECHOWSKI, Moselle

Quatorze Sénateurs

Alain VASSELLE, Oise

Gilbert BARBIER, Jura
Bernard CAZEAU, Dordogne
Yves DAUDIGNY, Aisne
Sylvie DESMARESCAUX, Nord
Muguette DINI, Rhône
Françoise HENNERON, Pas-de-Calais
Alain HOUPERT, Côte-d'Or
Annie JARRAUD-VERGNOLLE, Pyrénées-Atlantiques
Jean-Jacques JEGOU, Val-de-Marne
Dominique LECLERC, Indre-et-Loire
Jean-Pierre LELEUX, Alpes-Maritimes
Jean-Louis LORRAIN, Haut-Rhin
Isabelle PASQUET, Bouches-du-Rhône

AGORA europe
Secrétariat général : 01 41 14 99 00 / secretariat@club-hippocrate.fr

Collège des Economistes de la Santé
Conseil scientifique

Secrétariat général du club Hippocrate : 3, rue des caves du Roi 92310 Sèvres - France
Tel : 01 41 14 99 00 ; mail : secretariat@club-hippocrate.fr