



Revue critique  
de l'actualité scientifique internationale  
sur le VIH  
et les virus des hépatites

n°110 - septembre 2003

2e CONFERENCE DE L'IAS

## La raison économique au secours de l'éthique

Mélanie Heard  
PISTES

C'est une idée peut-être répandue que de considérer que l'économie a ses raisons que l'éthique ne connaît point, et qu'en matière de lois du marché, la *Realpolitik* l'emporte sur l'équité humaniste. Les grands noms de l'économie du développement s'attachent pourtant désormais à montrer que la rationalité économique ne peut se passer d'une réflexion approfondie sur la notion de justice sociale au niveau mondial. Dans la lignée d'Amartya Sen et de Joseph Stiglitz<sup>1</sup>, tous deux récents prix Nobel d'économie, les résultats présentés à l'IAS de recherches en économie sur l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) dans les pays du Sud modélisent la façon dont la rationalité économique mondialisée peut se mettre au service de l'éthique. Et montrent que, contrairement à une idée répandue, renoncer à généraliser l'accès aux traitements au Sud ne doit plus seulement être considéré comme un mauvais calcul au plan éthique et au plan de la santé publique, mais également comme un mauvais calcul au plan économique.

Après avoir mis en place en 2001 un programme pour l'évaluation économique de l'accès aux traitements dans les pays du Sud, Etapsud (qui réunit 18 équipes de chercheurs en économie, dont 7 équipes du Sud), l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) a présenté ses résultats à l'IAS, lors de la session d'ouverture puis lors d'un symposium satellite. L'ANRS a également publié à l'occasion de la Conférence un ouvrage de présentation de ces résultats, *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries, Issues and Challenges*<sup>2</sup>.

Le ton de ces résultats a été donné par Jean-Paul Moatti en ouverture de la Conférence : le "*scandale moral*" que constitue la disparité dans l'accès aux traitements entre Nord et Sud ne pourra plus désormais se cacher derrière l'argument économique des évaluations coût-efficacité, jusqu'alors considérées comme irréfutables, qui prônaient pour les pays du Sud des stratégies économiques alternatives du type prévention

primaire ou traitement des maladies opportunistes<sup>3</sup>. Bien au contraire, **c'est dorénavant au service de l'élargissement de l'accès aux traitements au Sud que se mettent les outils et la rationalité économique**, revisités par Jean-Paul Moatti et son équipe selon un "nouveau paradigme" : *"Le traitement par les médicaments antirétroviraux peut être un choix d'investissement économique rationnel dans les pays en développement."*

La démonstration mobilise trois concepts économiques revisités et modélisés par les équipes d'Etapsud : la concurrence sur le marché mondial des médicaments, le facteur humain dans l'évaluation du développement, et, clé de voûte de l'argumentation, la notion de coût-efficacité.

### **Modéliser le jeu de la concurrence**

Le marché mondial des ARV possède trois caractéristiques : *"des coûts élevés pour la recherche et le développement, mais des coûts minimes de production"* ; *"une forte concentration"* avec un nombre limité de firmes en situation de monopole (7 firmes pour 17 produits) ; *"un nombre limité de combinaisons possibles dû aux brevets possédés par les différentes compagnies"*, conséquence des accords TRIPS<sup>4</sup> de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en 1994 sur la propriété intellectuelle. Premier constat de Jean-Paul Moatti, emblématique de sa méthode générale : la réalité du marché des ARV ne correspond pas à ce que les manuels d'économie permettent d'attendre des trois caractéristiques ainsi énoncées, car un marché de ce type devrait, pour bien fonctionner, entraîner de la part des firmes une différenciation des prix de vente en fonction des ressources économiques des acheteurs. Or aucune relation entre les prix et les indicateurs économiques du développement des acheteurs ne peut être observée. Ce constat fait du marché des antirétroviraux un *"marché atypique"*, caractérisé par une *"compétition imparfaite"*<sup>5</sup>. Rappelons que c'est la compétition économique qui, en poussant l'offre à s'adapter à la demande, régit classiquement la baisse des prix. **L'originalité du marché des ARV est que la concurrence y est moins régie par des variables économiques que par la volonté politique** : les modélisations d'Etapsud révèlent en effet que les seuls facteurs de concurrence significatifs sur le marché mondial des ARV sont les programmes internationaux de négociation des prix (Accelerated Access Initiative) et l'introduction des génériques. Deux facteurs qui ont conduit à la baisse des prix des ARV sur le marché mondial pour les pays du Sud ces dernières années, conduisant à un *"marché dual"* avec d'importantes distorsions de prix entre le Nord et le Sud. Une telle observation appelle une mise en garde : que le marché soit contrôlé par la *"philanthropie politique"* des institutions internationales et par leur force de conviction auprès des firmes plutôt que par des lois internes de concurrence ne permet pas de garantir que la baisse des prix soit régulière et constante.

Afin d'élaborer une réflexion conséquente sur les scénarios possibles d'évolution du marché des ARV, l'ANRS s'est donc associée à l'Onusida,

à l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) et à l'Association des centrales d'achat de médicaments essentiels pour mettre en place un "Observatoire des prix des médicaments" qui devra permettre d'analyser et de rendre transparentes les variations des prix, et constituera ainsi un outil politique précieux pour les chercheurs, les gouvernements et les instances internationales.

Car l'analyse des variables économiques est un outil politique et c'est ici que l'on en vient à la discussion sur les accords TRIPS de l'OMC. Pour Benjamin Coriat, qui présentait les résultats d'Etapsud lors du symposium de l'ANRS, le débat doit enfin être tranché<sup>6</sup> : les brevets sur les médicaments poussent les prix à la hausse et sont un obstacle à leur accessibilité au Sud. Par conséquent, *"le seul scénario réaliste si le but est d'éradiquer l'épidémie" est "de renégocier les droits sur la propriété intellectuelle et d'autoriser la reproduction et la circulation d'ARV génériques à bas prix, au moins dans les pays du Sud"*. Telle est notamment *"la condition du succès des initiatives implantées par le Fonds global"*.

### Réévaluer les conséquences de l'épidémie

Le second axe de la réflexion économique présentée à l'IAS concernait l'évaluation des conséquences de l'épidémie sur le développement des pays du Sud. Là encore, la méthode est de partir d'un constat économique simple : pour des pays dits "en développement", le moindre ralentissement de croissance est grave. Par conséquent, l'argument, présent dans de nombreuses publications, qui consiste à montrer que l'épidémie de sida entraîne une baisse de "seulement" 1% de la croissance du PIB national est simplement fallacieux.

Mais le raisonnement poursuit : une telle estimation est de surcroît en elle-même *"par trop optimiste"*. En fait, le modèle économique utilisé est dénoncé comme *"archaïque"* ; l'axiome de départ, dans les évaluations critiquées, étant que si la mortalité est plus importante que la baisse du PIB entraînée par le coût des soins et la diminution de la main d'œuvre disponible, l'épidémie permet à terme un rééquilibrage du PIB par habitant, et un accroissement de la productivité, donc une baisse nette de la croissance relativement minime. Mais selon les chercheurs d'Etapsud, ce modèle d'évaluation de l'impact économique de l'épidémie doit lui-même être revisité, pour permettre la prise en compte, à côté des indicateurs économiques classiques, du capital humain et de l'importance de la transmission intergénérationnelle pour le développement à long terme. Conformément à la philosophie qui gouverne aujourd'hui la réflexion des économistes du développement, l'impact de l'épidémie ne saurait se mesurer à la seule lumière de la croissance nette du PIB. Les indicateurs de développement humain proposés par Amartya Sen et le Programme pour le développement des Nations unies (PNUD) permettent de considérer que *"l'épidémie de sida, en réduisant l'espérance de vie adulte, modifie fortement le calcul des investissements en matière d'éducation supérieure et de développement technique, et ébranle ainsi le processus local d'investissement en capital humain"*. En

outre, l'épidémie affecte "les décisions internationales, en termes d'investissements directs ou de transferts de technologies". "En tuant de jeunes adultes, le sida fait plus que de tuer le capital humain qu'ils incarnent ; il affaiblit surtout l'ensemble des mécanismes grâce auxquels le capital humain est accumulé et transmis de génération en génération", notamment en zone rurale<sup>7</sup>. Ce sont ces conséquences à long terme qu'omettaient les évolutions macroéconomiques classiques, qui donnent "une vue simpliste de la façon dont marche l'économie". Les outils d'évaluation modernisés mis en place par l'équipe de Jean-Paul Moatti permettent de modéliser les conséquences à long terme de l'épidémie sur le développement des pays du Sud, et elles sont beaucoup plus graves que ce que les chercheurs avaient estimé jusqu'à présent. A titre d'exemple, un *working paper* de la Banque mondiale à paraître montre qu'en Afrique du Sud, "si rien n'est fait, un effondrement économique complet est à prévoir d'ici quatre générations, avec le risque que le PIB par habitant retombe au niveau de celui du Kenya".

<b>Comportement sexuel des personnes séropositives pour le VIH en Côte d'Ivoire (janvier 2000)</b>			
	<b>avec ARV n=141</b>	<b>sans ARV n=446</b>	<b>P</b>
a un partenaire régulier	70,9 %	61,9 %	0,1
ne connaît pas le statut VIH de son partenaire régulier	51,4 %	84,1 %	0
a informé au moins un membre de sa famille de sa séropositivité	95 %	55,1 %	0
a eu une activité sexuelle au cours des six derniers mois	53,2 %	41,7 %	0
utilise systématiquement le préservatif avec son partenaire régulier (n=305)	77,5 %	46,9 %	0,009
utilise systématiquement le préservatif avec des partenaires occasionnels (n=115)	63,3 %	46,6 %	0,05

### **Elargir l'accès aux ARV est coût-efficace**

Une fois discutées la marge d'action des pays du Sud sur le marché des ARV, et la nécessité d'agir compte tenu des conséquences économiques

qui sont à prévoir, le raisonnement en vient à l'évaluation des actions possibles. La question concerne le bien-fondé de l'élargissement de l'accès aux traitements dans les pays du Sud, c'est-à-dire, en termes économiques, la balance entre le coût des ARV et leur efficacité potentielle dans les PED<sup>8</sup>.

Un argument doit au préalable être battu en brèche : la position qui consiste à dire que les ARV ne seraient pas efficaces au plan technique et clinique au Sud "*n'est plus tolérable*". L'évaluation des programmes nationaux d'accès aux ARV mis en place au Sénégal, en Côte d'Ivoire, et en Ouganda par l'ANRS et le CDC montre que les résultats cliniques obtenus (résistance virale aux ARV, adhérence, taux de survie) sont comparables à ceux du Nord<sup>9</sup>.

Quant à l'idée que la balance entre les coûts et l'efficacité des ARV pourrait bien être avantageuse, elle peut partir d'une intuition simple : sans un gain net, les entreprises qui financent les traitements de leurs employés sur le continent africain s'abstiendraient<sup>10</sup>. Il s'agit donc de modéliser ce que peut être ce gain net qui rend coût-efficace l'accès aux ARV.

La première piste concerne la façon dont le coût des ARV peut être justifié par les gains nets qu'ils permettent. Dans les pays du Nord, on considère que la balance entre le coût des ARV et les pertes liées à l'hospitalisation des malades, au traitement des maladies opportunistes, et à la perte de productivité liée à la morbidité et à la mortalité, donne l'avantage à l'administration d'ARV aux patients. **Des stratégies alternatives comme l'accent mis sur la prévention ou la prise en charge des seules maladies opportunistes ne seraient en revanche pas avantageuses**, car elles réduiraient moins les pertes mises en balance. L'exemple brésilien, présenté en ouverture de la Conférence par Fernando Henrique Cardoso, est limpide pour montrer qu'il n'en va pas différemment au Sud : le coût d'achat des ARV y a été totalement rentabilisé par les économies nettes faites sur les hospitalisations, de l'ordre de 2,2 milliards de dollars.

Mais cet argument n'est pas suffisant, car on pourra répondre que la balance ne sera pas la même pour un pays où les coûts d'hospitalisations sont moindres.

Le second argument exige d'accepter que des coûts nets pour la santé peuvent être avantageux à terme en apportant des bénéfices indirects. C'est le raisonnement qui prévaut dans les pays de l'OCDE, où l'on considère généralement qu'un investissement de santé est avantageux s'il représente un coût marginal par année de vie gagnée jusqu'à deux fois supérieur au PIB par habitant. L'idée est qu'un tel coût est couvert à terme par les bénéfices indirects qu'il permet en accroissant l'espérance de vie. C'est donc un investissement coût-efficace. Parmi les bénéfices indirects que comporte l'approvisionnement en ARV, on compte notamment, comme l'a développé Tony Barnett lors du symposium de l'ANRS, des effets positifs sur l'incidence, à la fois parce que la perspective de traitement nourrit la responsabilisation individuelle vis-à-vis des prises de risque, et parce que les résultats obtenus dans les programmes pilotes au Sud, en Côte d'Ivoire, au Chili et à Rio, montrent

que les patients séropositifs traités protègent plus leurs partenaires que les non-traités<sup>11</sup>. Inversement, **priver les populations de traitements, c'est les placer dans un "cercle vicieux" de vulnérabilité sanitaire et psychologique qui est, à terme, économiquement désavantageux.**

Le critère d'une évaluation coût-efficace qui prend en compte ces bénéfices indirects est donc que le coût du traitement par année de vie gagnée ne soit pas plus de deux fois supérieur au PIB par habitant. Le raisonnement permet alors d'affirmer nettement que le traitement de la transmission mère enfant est coût-efficace : la névirapine, par exemple, représente un coût par année de vie gagnée de 5\$ ; un accès élargi est donc largement coût-efficace, même dans les 49 pays les moins développés dont le PIB par habitant est d'environ 300\$.

De même, le coût d'un traitement antirétroviral adulte, estimé à 700-1 400\$ par année de vie gagnée, est coût-efficace pour les pays qui ont un PIB par habitant autour de 3000\$ comme le Brésil et l'Afrique du Sud. La baisse du coût des ARV par année de vie gagnée permettra d'élargir l'argument coût-efficace aux pays les plus pauvres. Il reste que la démonstration est désormais faite qu'un tel argument ne saurait plus être mobilisé *"pour légitimer les retards des gouvernements et des donateurs dans l'élargissement des programmes d'accès aux ARV"*.

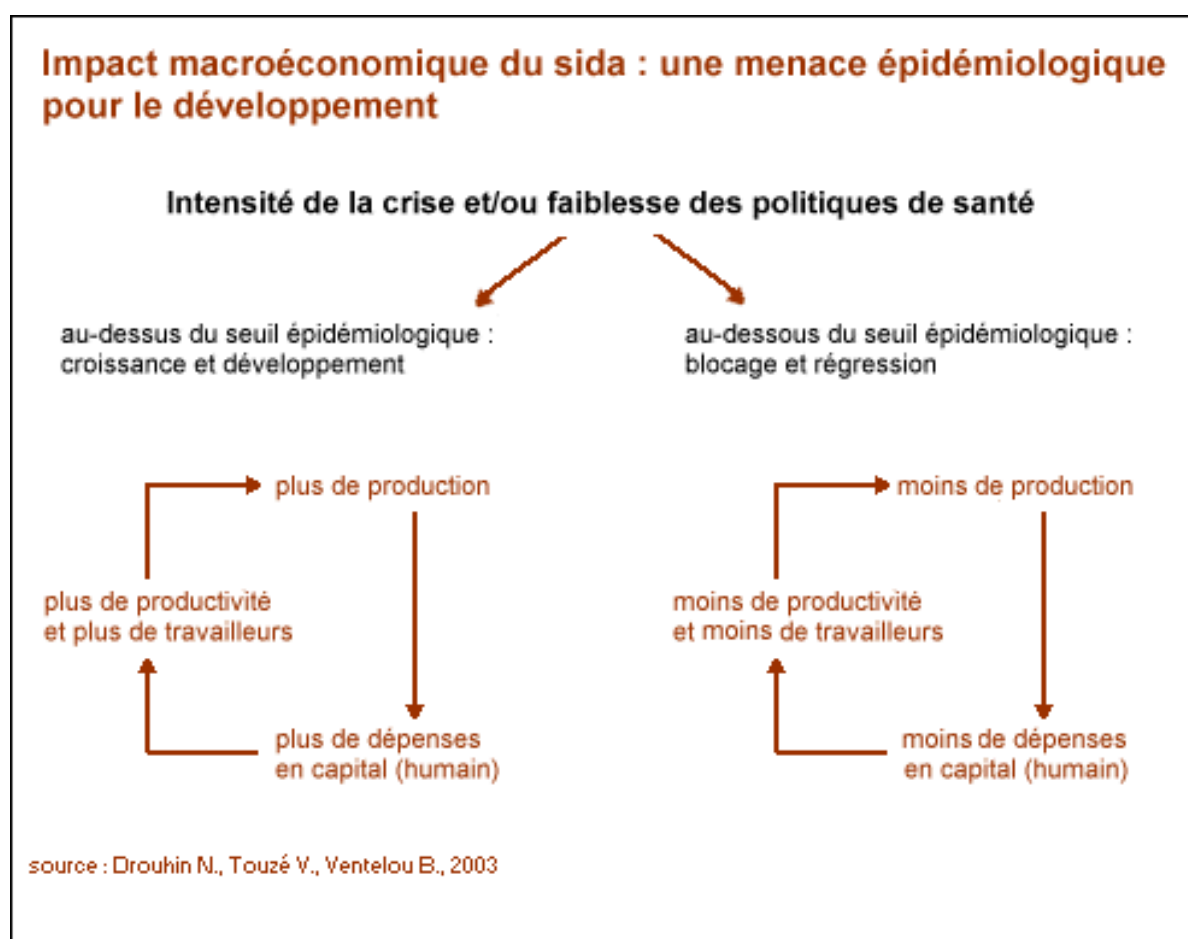
Pour les équipes de recherche dont Jean-Paul Moatti présentait les résultats, la modélisation de la balance coût-efficacité des ARV permet, au contraire, d'appeler avec force les acteurs et les donateurs privés et publics, nationaux et internationaux, à une mobilisation sans frein. Restent quelques questions ouvertes, car *"le fait d'être convaincu qu'il faille investir dans l'élargissement de l'accès aux ARV n'implique pas que des voies opérationnelles de financement soient disponibles"*<sup>12</sup>, et l'on ne saurait nier l'existence d'un certain nombre de *"barrières institutionnelles, financières et politiques"*. Quelques recommandations pratiques s'imposent donc aux acteurs politiques qui auront su être convaincus par les arguments précédents. Ce travail de démonstration concrète est fourni dans l'ouvrage *Economic rationale* par l'approfondissement méthodique des atouts et des limites des différents programmes nationaux d'accès aux ARV au Sud, à partir des exemples du Chili, du Brésil, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, et de l'Afrique du Sud.

Une première discussion concerne l'équilibre qu'il faut rechercher entre aides internationales, fonds privés, fonds publics, et participation des patients. La participation des patients, notamment, peut être appréhendée comme la garantie d'un système équitable, et l'exemple sénégalais (voir *TranscriptaseS* n° 107) est ici riche d'enseignements. Une seconde discussion concerne la capacité logistique des différents pays à rentabiliser les aides, en termes d'infrastructures de santé et de ressources humaines. L'analyse des problèmes rencontrés par les programmes chilien et sud-africain permettent aux équipes d'Etapsud de proposer quelques critères et solutions.

Aborder ces problèmes potentiels sous forme de discussions est déjà emblématique de la méthode que le programme Etapsud et l'ouvrage publié par l'ANRS veulent proposer : la réflexion économique, *"loin de conférer légitimité au déni et à l'inaction, veut jouer un rôle actif pour*

*changer le paradigme de la lutte contre le sida dans les pays en développement*". Et ce changement de paradigme, dont elle se fait l'outil sans doute incontournable, n'est autre que celui qui transforme l'opposition trop vite supposée de l'éthique et de la rationalité politico-économique en alliance.

Si nous ne parvenons pas à approvisionner en ARV ceux qui en ont besoin, c'est au miroir de *"la gratitude que nous devons au courage des personnes infectées qui se battent pour un monde meilleur"* que se mesureront *"notre égoïsme et notre barbarie"*, a conclu Jean-Paul Moatti. Que l'activisme du cœur et la politique de la raison fassent cause commune lorsqu'il est question de sauver des vies n'est assurément pas chose nouvelle. A présent que la démonstration en est faite s'agissant de l'aide aux pays du Sud dans la lutte contre le sida, gageons que le conflit qui, en clôture de la Conférence, opposa activistes et sbires de l'Elysée n'aura été qu'un dernier contresens.



1 - Voir par exemple Sen A,

Un nouveau modèle économique, Développement, justice, liberté, Paris, Odile Jacob, 2000

2 - Moatti J-P, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori Y-A (eds), Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries, Issues and Challenges, Paris, ANRS, 2003

voir aussi AIDS, vol. 17, 3 juillet, n° spécial

3 - Voir Creese A, Floyd K, Alban A, et al.

Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa : a systematic review of the

evidence.

Lancet 2002, 359, 1635-42

4 - Voir "Economics of Aids..."

Moatti et al., p. 27

5 - Ibid, p. 33

6 - Malgré des publications contradictoires, JAMA p. 37

7 - Voir "Economics of Aids..."

Moatti et al., p. 256-257

8 - voir le chapitre dans Economic rationale : Freedberg K, Yazdanpanah Y,  
Cost-effectiveness of HIV Therapies in Resource-Poor Countries, 267-292

9 - Weidle PJ et al.

"Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda : patient's  
response, survival, and drug resistance."

Lancet, 2002, 360, 34-40.

Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I and Taverne B (Eds)

L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses  
économiques, sociales, comportementales et médicales.

Paris : ANRS, Coll. Sciences Sociales & Sida, 2001.

10 - Barnett T, Fantan T, Mbakile B, et al.

The private sector responds to the epidemic : Debswana - a global benchmark.

Geneva : UNAIDS, September 2002.

11 - Moatti JP et al.

Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients  
aware of their serostatus in Côte d'Ivoire.

AIDS in press.

Barroso PF, Schechter M, Cerbino-Neto J et al.

Safer sex after initiation of antiretroviral therapy in a public HIV clinic in Brazil.

Abstract 921, 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston  
MA : February 10-14, 2003.

Sgombich X, Souteyrand Y, Damianovic N et al.

Sexual behaviours and condom use among people living with HIV AIDS in Chile.

Oral communication at the XIVth AIDS Conference, ThOrD1451 Barcelona : July 7-  
12th, 2002.

12 - Ibid, p. 259