



LE FACTEUR SANITAIRE : UN ASPECT OUBLIE DU DEVELOPPEMENT

Mémoire de géopolitique

Par

Le médecin principal Jean Christophe NOEL

Docteur en médecine

DESS d'économie et gestion des systèmes de santé

DESS certificat d'aptitude à l'administration des entreprises

Spécialiste des techniques d'organisation logistique du Service de Santé des Armées

**Directeur de recherche : Dr. Jean-François DAGUZAN, Maître
de recherche à la Fondation pour la Recherche Stratégique**

MARS 2003

LE FACTEUR SANITAIRE : UN ASPECT OUBLIE DU DEVELOPPEMENT..... 1

1 INTRODUCTION : L'IMPORTANCE DU FACTEUR SANITAIRE DANS LE DEVELOPPEMENT 4

- 1.1 La pauvreté : un déterminisme géographique ?..... 4
- 1.2 Alimentation et santé : facteurs premiers du développement..... 5
 - 1.2.1 L'agriculture : premier facteur de développement 7
 - 1.2.2 La santé : Un facteur capital, mais souvent négligé, du développement..... 8
 - 1.2.2.1 Déterminisme géographique de l'état sanitaire :..... 8
 - 1.2.2.2 La santé : un élément discriminant entre les zones tempérées et intertropicales 9
 - 1.2.2.3 L'aspect sanitaire n'est pas épargné par la mondialisation : 10
- 1.3 Conclusion : la santé, une variable trop souvent méconnue de la sphère géopolitique 11

2 LA PROTECTION SOCIALE ET L'OFFRE DE SANTE DANS LA ZONE INTERTROPICALE : 12

- 2.1 Les aspects généraux de la protection sociale en zone intertropicale: 12
 - 2.1.1 Un secteur marginal dans la dépense publique et privée : 12
 - 2.1.2 Une recherche biomédicale indigente :..... 13
 - 2.1.3 Une influence encore limitée sur le marché du médicament malgré son doublement en valeur dans la dernière décennie :..... 13
- 2.2 Les aspects spécifiques des différentes zones intertropicales : 14
 - 2.2.1 L'Amérique Latine : 14
 - 2.2.2 L'Asie du Sud et de l'Est :..... 14
 - 2.2.3 L'Afrique Subsaharienne : 15
- 2.3 Conclusion : une demande forte mais désolvabilisée par la faiblesse de la protection sociale : ... 15

3 LE FARDEAU DE LA MALADIE SUR LE DEVELOPPEMENT : L'EXEMPLE DU PALUDISME 17

- 3.1 Le paludisme : une maladie ancienne mais toujours d'actualité 17
- 3.2 Le paludisme et la pauvreté : une relation à double sens ?..... 17
 - 3.2.1 Le paludisme:Un impact négatif sur le niveau du PIB 18
 - 3.2.2 Le paludisme : une maladie largement indépendante du niveau de développement :..... 19
 - 3.2.3 Le paludisme, une maladie à déterminisme géo-climatique : 20
 - 3.2.4 Le paludisme, un impact démontré sur la croissance économique :..... 21
- 3.3 Conclusion : la présence de la forme grave du paludisme est une explication crédible à certains aspects du sous développement :..... 22

4 LE FARDEAU DE LA MALADIE SUR LE DEVELOPPEMENT : L'EXEMPLE DU SIDA, ASPECT ACTUEL ET PROSPECTIVE..... 24

- 4.1 Le sida : une maladie nouvelle issue du cœur de la forêt équatoriale 24
- 4.2 Les aspects épidémiologiques du sida : l'irruption de la biologie dans la sphère sociale 24
 - 4.2.1 Le sida : une catastrophe démographique..... 24
 - 4.2.2 Touchant principalement l'Afrique subsaharienne 25
 - 4.2.3 Qui se double d'un drame social et humain :..... 25
 - 4.2.4 Et dont la croissance est en forte progression : 26
 - 4.2.5 Déstabilisant profondément le système de santé :..... 27
- 4.3 Le sida et la croissance économique : un impact multifactoriel..... 28
 - 4.3.1 Le coût des traitements : une charge insupportable pour le tiers-monde. 28
 - 4.3.2 L'impact économique indirect et les mécanismes de la destruction du tissu économique..... 29
 - 4.3.2.1 Le capital humain :..... 29
 - 4.3.2.2 L'aspect financier :..... 30
 - 4.3.3 Les études empiriques : elles valident toutes l'importance de l'impact économique du sida :..... 31
- 4.4 Conclusion : la pandémie de sida apparaît comme un paramètre géopolitique incontournable.. 34

5	CONCLUSION : PAR SON IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT L'ASPECT SANITAIRE DOIT ETRE CONSIDERE COMME UN FACTEUR GEOPOLITIQUE.....	35
6	ANNEXE 1.....	37
7	ANNEXE 2.....	38
8	ANNEXE 3.....	39
9	ANNEXE 4.....	40
10	ANNEXE 5.....	41
11	ANNEXE N° 6.....	42
12	BIBLIOGRAPHIE.....	43

1 INTRODUCTION : L'IMPORTANCE DU FACTEUR SANITAIRE DANS LE DEVELOPPEMENT

Les crises, quels que soient leurs fondements et leur objet, se nourrissent volontiers de la pauvreté et de son cortège de misères, économiques, sociales, sanitaires, éducatives et finalement politiques. Ces crises ne sont pas uniformément réparties dans les différentes aires géographiques mais épousent volontiers des zones de fragilité particulières, les « arcs de crise », majoritairement situés dans les pays en développement pauvres des zones intertropicales. De fait, la principale relation empirique qui se dessine entre les nations riches et les nations pauvres est d'ordre géographique. En effet, on remarque que les pays situés dans la zone intertropicale¹ sont dans leur très large majorité des pays économiquement pauvres, alors que les pays de la zone tempérée font partie généralement des pays les plus avancés économiquement². Dans les 30 pays définis comme les plus riches par la Banque Mondiale en 2000 on ne retrouve que deux pays de la zone intertropicale, Hong Kong et Singapour, encore faut-il souligner le caractère très particulier de la géographie de ces cités états.

Associée à l'enclavement, la situation intertropicale est de fort mauvais pronostic en matière de développement économique et ce sur tous les continents : la Bolivie, le Tchad, le Mali, le Rwanda, le Zimbabwe, le Laos et le Népal en constituent les modèles. De fait on chercherait vainement un contre exemple à cette règle.

Au sein même des pays dont l'étendue associe des zones tempérées et des régions subtropicales ou intertropicales, on constate que ces dernières souffrent toujours d'un déficit de développement économique ou d'un développement retardé par rapport aux régions tempérées. Le Brésil et la Chine constituent un exemple historique de ce fait, bien que la proximité de Hong Kong ait conduit à un développement récent de la zone côtière sud-est dans le cas de la Chine.

1.1 La pauvreté : un déterminisme géographique ?

La banque mondiale, dans son rapport sur le développement dans le monde, compte environ un milliard 200 millions de « très pauvres » ou pauvres « extrêmes » dans le monde³. Trois régions, toutes en zone intertropicale, concentrent la majorité (90%) de ces pauvres :

¹ Définie par la zone comprise entre 23,5° de latitude Nord (tropicque du Cancer) et le 23,5° de latitude sud (tropicque du Capricorne).

² Lorsque ça n'est pas le cas, comme pour les pays de l'ancien bloc soviétique on retrouve une explication circonstanciée, des années de collectivisme en l'occurrence.

³ La pauvreté « extrême » est définie par un revenu inférieur à un dollar par jour pour une personne.

- l'Asie du Sud (plus de 500 millions),
- l'Asie de l'Est (280 millions)
- l'Afrique Subsaharienne (290 millions).

La part des « très pauvres » représente environ 15% de la population totale en Asie de l'Est et près de 50% en Afrique Subsaharienne. En comparaison, le taux de pauvres « extrêmes » dans les pays de la zone tempérée ne dépasse pas les 1 à 2% tous issus des pays les plus pauvres de l'ex bloc soviétique et il est pratiquement négligeable en Europe de l'ouest ou en Amérique du Nord.

Longtemps négligée par les théories économiques, cette apparente proportionnalité du développement économique à la latitude a fait l'objet depuis quelques années d'études restées le plus souvent confidentielles⁴. Ces études ont toutes réexaminées ce sous développement économique intertropical à l'aune de l'écologie générale des zones intertropicales et de ses dynamiques sociétale, bien souvent induites par le milieu physique. Cette approche originale, basée autant sur l'étude historique dynamique que sur l'observation des paramètres économétriques actuels, apporte un certain nombre de réponses relatives au sous développement des zones intertropicales.

1.2 Alimentation et santé : facteurs premiers du développement.

Jeffrey Sachs⁵ envisage 5 hypothèses pouvant expliquer ce sous développement :

- ~ La spécificité écologique de certains états et activités aux premiers rangs desquelles l'agriculture et la santé.
- ~ La productivité supérieure des zones tempérées notamment en matière agricole et sanitaire.
- ~ L'existence d'un « marché » intégré de l'innovation dans les pays tempérés dès le début du XIX^e siècle.
- ~ Une transition démographique et une urbanisation plus précoce dans les zones tempérées.
- ~ Enfin, l'existence de facteurs géopolitiques dominés par une phase de domination ou de contrôle des zones intertropicales par les nations de la zone tempérée et qui sont en quelque sorte une conséquence des facteurs précédents.

⁴ Lee (1957), Karmark (1976), Sokoloff (1997), Sachs (1999 et 2000).

⁵ Jeffrey D. Sachs « Tropical underdevelopment » Center for International Development at Harvard University working paper n°57 December 2000.

Cette approche où le *primum movens* du sous développement prend racine dans la spécificité écologique de l'agriculture et du « capital » santé de la population constitue une innovation majeure et prend le relais de tentatives d'explications politiques⁶, ou sociologiques dont le succès s'est longtemps nourri de la logique des « blocs » et du « tiers mondisme ».

Ces dernières explications souffrent à la fois de leur confrontation avec la réalité historique et socio-économique, autant que de leur aspect peu opératif dans la prise en compte de ce sous développement.

Les limites de l'explication politique, essentiellement fondée sur le fardeau imposé par la période coloniale, sont nombreuses :

- ~ L'Afrique subsaharienne, de loin la région la plus pauvre du monde, n'a été colonisée de façon systématique qu'à l'extrême fin du XIX^e siècle alors que son décrochage économique était déjà patent.
- ~ L'Amérique Latine, indépendante depuis le début du XIX^e siècle, n'a pas connu un développement comparable aux nations des zones tempérées alors que le décollage industriel est essentiellement un produit du XIX^e siècle.
- ~ Enfin, la décolonisation dans la deuxième moitié du siècle dernier n'a pas apporté une évolution franche dans l'essor des économies des « pays en voie de développement » comme on les nomme alors.

Une alternative à cette conception strictement politique du sous développement, est d'ordre sociologique : elle stipule que la forme du développement économique est un concept manipulé par et au profit des pays occidentaux. Défendue notamment par Max Weber dans son interprétation sociologique du développement capitaliste⁷, cette conception souffre néanmoins de contre exemples frappants : le Japon et la Corée plus récemment, pour ne pas être des pays de culture occidentale, n'en adoptent pas moins leur efficacité économique. On remarque au passage que ces deux pays ne sont pas situés dans la zone intertropicale.

On le voit, il n'existe aucune théorie expliquant de façon autonome le retard de développement que connaît de façon générale la région intertropicale et son accélération aux

⁶ Où la colonisation portait à elle seule le principal fardeau du différentiel de développement économique.

⁷ Max Weber pense que le développement économique est indissociable du capitalisme, lui-même indissociable de la culture européenne.

XIX^e et XX^e siècles⁸ alors que les variables physiques (écologiques et climatiques) n'ont pas fondamentalement changé. Ce retard est lui-même facteur de pauvreté et de crises, qu'elles soient d'origine identitaire et culturelle ou bien qu'elles naissent dans diverses tentatives de contrôle des ressources naturelles.

La plupart du temps, l'aspect sanitaire n'est envisagé que comme sous produit nécessaire du sous développement et de la pauvreté. Il est vrai que le pourcentage du PIB consacré à la santé par les pays en voie de développement⁹ incite à négliger voire à nier l'influence de la santé dans le développement humain et économique.

La théorie développée par Jeffrey Sachs au Center for International Development, propose au contraire une lecture productiviste et opérationnelle des différences de développement en portant une attention particulière à l'agriculture et à la santé. Résumée de façon lapidaire, l'agriculture et la santé sont au cœur de cette théorie. Ainsi, la grande différence entre les pays tempérés et les pays intertropicaux résiderait à la fois dans la différence de productivité de l'agriculture et dans l'état sanitaire des populations.

1.2.1 L'agriculture : premier facteur de développement

La faible productivité alimentaire¹⁰ est tout d'abord un facteur défavorable sur le plan de la santé des populations, aspect sur lequel nous reviendrons plus longuement. Elle influe également directement sur d'autres facteurs du développement en particulier sur l'accumulation de capital permettant la croissance d'un secteur industriel et énergétique, lui-même source d'innovations entretenant le cercle vertueux du développement.

La transition démographique et l'urbanisation, elles aussi fortement tributaires de la productivité alimentaire et de l'état sanitaire des populations, ont également fortement pesé sur un taux de développement déjà réduit.

Enfin, dans un dernier temps du processus, cette faiblesse économique s'est transformée en faiblesse géopolitique. L'avantage industriel des pays tempérés, converti en avantage

⁸ En 1820 on estime que le revenu par habitant dans la zone intertropicale se montait à 70% du revenu par habitant de la zone tempérée, en 1992 il n'atteignait que 25% de celui-ci. Source : Jeffrey D. Sachs « Tropical underdevelopment » Center for International Development at Harvard University working paper n°57 December 2000.

⁹ Quelquefois moins d'un pour cent du PIB dans certains pays d'Afrique.

¹⁰ Sans entrer dans les détails, les agronomes invoquent la qualité des sols, les maladies et les parasites, les effets de la température sur la photosynthèse ainsi que les conditions hydro-climatiques.

militaire, a permis la prise de contrôle rapide d'une grande partie la zone intertropicale avec un coût humain et financier faible.

La productivité de l'agriculture constitue ainsi le premier facteur explicatif du sous développement de la zone intertropicale au cours des deux siècles passés. (L'annexe 1 dresse la carte de la famine et de la malnutrition en Afrique)

1.2.2 La santé : Un facteur capital, mais souvent négligé, du développement

1.2.2.1 Déterminisme géographique de l'état sanitaire :

Sur le même plan que l'agriculture, Sachs met en avant, le facteur sanitaire. Celui-ci est éminemment multifactoriel et recouvre des caractéristiques économiques, technologiques, sociales, historiques et génétiques¹¹ propres aux populations étudiées. Il prend également en compte, et de façon importante, le climat et l'écologie ; la géographie est donc, de façon générale, un facteur important du risque sanitaire¹². L'importance de la latitude dans les catastrophes naturelles, par exemple, est écrasante : l'OMS¹³ estime que 95% des victimes résident dans les régions intertropicales. De même, l'aire intertropicale est incontestablement plus pathogène pour l'être humain que les zones tempérées : de nombreuses maladies dites « tropicales », liées au climat, y sévissent, au premier rang desquelles le paludisme¹⁴. Les maladies dites « ubiquitaires », présentes également en zone tempérée, ont un potentiel d'évolution souvent exacerbé dans les zones intertropicales. Les maladies sexuellement transmissibles, au premier rang desquelles le SIDA, mais aussi des maladies infantiles comme la rougeole sont dans ce cas. Une étude comparative ramenée à un PIB par habitant identique à parité de pouvoir d'achat montre une mortalité infantile plus faible de 52% dans les pays tempérés et une espérance de vie inférieure de 8% dans les pays de la zone intertropicale¹⁵.

De façon indirecte les déficits alimentaires influent également sur l'état de santé de la population. En effet la sous alimentation, en dehors des maladies qui lui sont spécifiques¹⁶ induit un déficit immunitaire qui élève la morbidité générale de la population, plus sensible aux maladies infectieuses.

¹¹ Certaines maladies génétiques comme la thalassémie ont une répartition géographique très marquée.

¹² Cet aspect est bien connu des militaires, les pertes durant les conquêtes coloniales ont été essentiellement le fait des maladies beaucoup plus que des combats .

¹³ OMS, Fact Sheet n° 226, décembre 2001.

¹⁴ Le paludisme tue environ deux millions d'africains tous les ans.

¹⁵ Jeffrey D. Sachs « Tropical underdevelopment » Center for International Development at Harvard University working paper n°57 December 2000.

¹⁶ Divers syndromes de carence et kwashiorkor en particuliers.

1.2.2.2 La santé : un élément discriminant entre les zones tempérées et intertropicales

Les autres facteurs de la pauvreté¹⁷ exercent également une influence majeure sur le niveau sanitaire général et alimentent un cercle vicieux dont la conséquence est systématiquement une réduction des capacités physiques et cognitives qui dévalorise en quelque sorte le capital humain des régions intertropicales. Pour illustrer ce propos on rappellera l'impact de la trypanosomiase (ou maladie du sommeil) sur l'économie de l'ancienne Afrique Equatoriale Française avant sa prise en charge, dans les années 1930, par les équipes du médecin colonel Jamot¹⁸.

Cet exemple met également en exergue l'importance des transferts de technologies et de compétences dans la prise en compte de la santé des populations de l'aire intertropicale. Ces transferts sont importants et anciens, ils tendent vers une homogénéisation de l'état de santé des différentes populations mais butent néanmoins sur deux écueils :

- le manque de moyens financiers nécessaires à la mise à disposition de biens médicaux nécessaires mais de plus en plus coûteux.
- le risque de détournements de moyens financiers limités au profit d'infrastructures inadaptées ou dédiées à une minorité au détriment d'opérations de santé publique plus efficaces.

C'est ainsi que, malgré ces transferts, des différences considérables dans la prise en charge d'une même maladie existent entre les différentes zones, et que le facteur santé reste encore un facteur pertinent dans les différences entre les pays intertropicaux et les pays tempérés. Ainsi, en dépit de la vulgarisation de nombreuses techniques médicales, les maladies infectieuses, largement maîtrisées dans les pays de la zone tempérée, demeurent un problème non résolu de santé publique en zone intertropicale¹⁹.

Même s'ils ont été beaucoup plus pesants dans le passé, où un monde beaucoup plus cloisonné ne permettait pas la diffusion de certaines avancées sanitaires, les handicaps des régions intertropicales nous paraissent donc encore patents aujourd'hui. En effet, l'impact de la santé sur la performance économique est multiple : elle peut s'exercer de façon directe par une réduction de la productivité générale de la population ou indirectement par une ponction

¹⁷ Illettrisme, déficit des systèmes de santé, mauvaises conditions de logement etc...

¹⁸ Eugène Jamot, 1879-1937, voir la thèse de Marcel Bebey Eyidi : « Le Vainqueur de la Maladie du Sommeil », Paris, 1950.

¹⁹ Par manque de moyens financiers dans le cas d'antibiotiques classiques et déficit de recherche pour les maladies spécifiquement tropicales déficit du à l'inexistence d'un marché solvable du médicament comme dans le cas du paludisme.

accrue du système de santé²⁰ sur les ressources financières et humaines. Si l'influence directe a longtemps prévalu, les indéniables progrès dans la prise en compte sanitaire des populations font actuellement ressortir la charge que fait peser sur l'économie générale le coût croissant des infrastructures et des biens médicaux.

Le facteur sanitaire, par son aspect multifactoriel²¹, apparaît donc comme un élément important et particulièrement opératif du développement. Son étude permet en effet d'apporter des éléments de compréhension du sous développement et de la pauvreté. Ce sous développement et la pauvreté qui en constitue en quelque sorte le corollaire, même s'ils n'en constituent pas toujours le mobile principal, sont des éléments constants des crises qui sont apparues dans les régions intertropicales depuis la seconde guerre mondiale.

Une question se pose cependant : si l'aspect sanitaire nourrit le sous développement et la crise, à l'inverse la crise et notamment la guerre²² est un facteur souvent important dans la dégradation d'un état sanitaire déjà fragilisé²³. Ainsi, il s'instaure souvent un cercle vicieux : la crise nourrit la crise. Cette constatation, universelle, ne remet cependant pas en cause l'importance première des facteurs générateurs.

1.2.2.3 L'aspect sanitaire n'est pas épargné par la mondialisation :

Dans le monde global qui est le notre en ce début de XXI^e siècle les crises naissant dans la zone intertropicale ont nécessairement des retombées dans les zones tempérées. En mai 2000, la CIA identifiait pour la première fois la pandémie de SIDA, qui est essentiellement une épidémie de la zone intertropicale, comme une menace pour la sécurité nationale des Etats-Unis²⁴. Cette nouvelle approche des défis globaux fait apparaître la notion de « bien public global »²⁵ définissant des entités telles que l'espace et les océans mais également des notions plus abstraites comme la santé voire la sécurité.

Un parallèle entre la santé et le terrorisme peut être tenté : pour prévenir l'extension des maladies contagieuses ou pour empêcher des actes de terrorisme international, tous les pays

²⁰ Système de santé au sens large c'est à dire les structures et les biens médicaux (médicaments).

²¹ En effet il fait intervenir des éléments hydro-climatiques, génétiques, socioculturels et technologiques.

²² Elle réduit les ressources disponibles pour la santé et les populations déplacées sont le meilleur terreau pour les épidémies.

²³ Rashid Mkanje, « Report of the seminary on ONG action », African Medical and Research Foundation Health for All in Africa (Amref), Londres, 1996.

²⁴ Le monde diplomatique, juin 2000.

²⁵ Grunberg I., Stern M.A., Global public goods. International cooperation in the 21th century, Oxford university press, New-York, 1999.

doivent prendre conjointement des mesures prophylactiques. Si tel ou tel pays rompt la chaîne de prévention, les efforts des autres seront vains.

Le coût du « mal global » qui résulterait de cette rupture rend l'aide au maillon le plus faible non seulement nécessaire mais également efficace. De fait, les inégalités croissantes, notamment dans le domaine de la santé, comportent ce que les économistes appellent des « externalités négatives ». En d'autres termes si la pauvreté des uns peut saper la prospérité des autres, de même, une épidémie non maîtrisée en zone intertropicale peut conduire à des difficultés dans le maintien du « capital santé » des pays tempérés.

1.3 Conclusion : la santé, une variable trop souvent méconnue de la sphère géopolitique

L'aspect sanitaire, par son influence sur la croissance, a joué un rôle important -sinon capital- et pourtant largement négligé dans les rapports de développement et donc de puissance qui prévalent aujourd'hui. En ce début de XXI^e siècle, aucun des grands défis de santé publique propres à la zone intertropicale ne sont en voie de règlement. Le paludisme, à l'état endémique, est toujours présent et continue de tuer un à deux millions d'enfants du tiers monde. Phénomène très largement spécifique à la zone intertropicale, l'épidémie de sida est un facteur nouveau dont les conséquences sur le développement et la géopolitique sont encore peu perceptibles. Toutefois, par la rapidité de son extension, par la gravité de son pronostic et son aspect multifactoriel cette maladie est susceptible d'avoir les plus grandes conséquences, non seulement dans les crises qui traversent les zones intertropicales, mais aussi dans la propre sécurité, ne serait-ce que sanitaire, des régions développées de la zone tempérée.

Après avoir brièvement brossé l'état de la protection sociale dans les pays en voie de développement notamment dans le domaine de la prise en charge de la santé, ce travail s'attachera à montrer sur deux exemples, l'un historique, le paludisme et l'autre, plus récent, le syndrome d'immunodéficience acquise, l'importance de la santé dans les facteurs du sous développement de la zone intertropicale. En particulier, l'étude montrera que la pandémie de sida, par son caractère déstructurant sur l'économie et la société de certains pays de la zone est susceptible de modifier les rapports de force au sein des « arcs de crise ».

2 LA PROTECTION SOCIALE ET L'OFFRE DE SANTE DANS LA ZONE INTERTROPICALE :

La protection sociale, autant que le niveau des infrastructures et de l'offre de santé représente un enjeu de développement majeur pour tous les pays en contribuant à améliorer le niveau de vie par un accroissement du « capital santé » et donc, in fine, de la productivité globale des agents productifs. Elle constitue ainsi un levier considérable pour la croissance économique pour autant qu'elles soient cohérentes avec le niveau et le rythme du développement. En effet, dans ce domaine plus que tout autre, les modèles des pays les plus développés ne sont pas transposables en l'état, tant sur le plan des moyens que des méthodes²⁶.

Après avoir brossé une vue d'ensemble sur la question nous exposerons, dans un second temps, les spécificités de chacune des zones les plus pauvres. Cette présentation ne sera pas limitée au cadre de la stricte couverture du risque maladie car il est bien évident que la prise en compte du risque vieillesse ou chômage est un aspect également important dans la détermination du capital santé d'une population, ne serait ce que parce qu'elle permet individuellement de libérer des capacités de financement pour se soigner.

2.1 Les aspects généraux de la protection sociale en zone intertropicale:

2.1.1 Un secteur marginal dans la dépense publique et privée :

Bien que la problématique de la protection sociale et de l'offre de santé revête un caractère contrasté dans les différents pays de la zone intertropicale beaucoup d'aspects communs permettent de caractériser la spécificité de la protection sociale - et l'offre de soins qui en résulte - par rapport aux pays des zones tempérées.

Le faible pourcentage du PIB consacré aux dépenses de protection sociale en est le premier trait caractéristique. L'Amérique du Sud, la zone la plus avancée dans ce domaine, consacrait en 1991 3,9% de son PIB aux dépenses publiques de protection sociale, alors que l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud Est n'y consacraient respectivement que 1,5% et 1,4%²⁷.

²⁶ En alourdissant les coûts de production, la protection peut nuire à la compétitivité des économies. De même, l'utilisation d'une technologie de pointe est souvent inappropriée car elle consomme des ressources rares qui auraient été plus efficacement affectées à des programmes plus extensifs comme la prévention.

²⁷ Source : FMI, 1993.

On observe de plus, dans le cas de l'Amérique du Sud et de l'Afrique Subsaharienne plutôt un recul de la part de ces dépenses dans la dernière décennie²⁸

2.1.2 Une recherche biomédicale indigente :

D'après l'Organisation mondiale de la santé, sur les 50 à 60 milliards de dollars alloués chaque année à la recherche médicale dans le monde, 10 % seulement sont consacrés à des maladies, le plus souvent tropicales, qui touchent 90 % de la population mondiale. Principalement par manque de ressources, les pays en développement ne supportent qu'environ 8 % des dépenses mondiales de recherche-développement. Sur les 1.233 médicaments nouveaux brevetés entre 1975 et 1997, 13 seulement (soit 1 %) étaient des médicaments contre les maladies tropicales. Ces carences sur le plan de la recherche et des dépenses ont des effets catastrophiques : le paludisme, la tuberculose et le sida causent la mort de plus de 5 millions de personnes par an, pour la plupart dans les pays en développement, ce qui représente environ 9 % des décès mondiaux. Même s'il existe des médicaments, bien des pays n'ont pas les moyens de les acheter. Ainsi, alors qu'il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B, cette maladie tue encore environ 92 000 personnes par an et l'hépatite B chronique est à l'origine de 700.000 autres décès par cirrhose et cancer du foie. Environ 350 millions de personnes sont des porteurs chroniques de l'hépatite B et peuvent la transmettre pendant des années²⁹.

2.1.3 Une influence encore limitée sur le marché du médicament malgré son doublement en valeur dans la dernière décennie :

Le marché mondial du médicament se montait à 406 milliards de dollars en 2001. 80% de ce marché est encore accaparé par l'Amérique du Nord, l'Europe et le Japon alors que ces zones ne représentent que 15% de la population mondiale³⁰. Dans ces conditions, les industries pharmaceutiques se désintéressent des segments spécifiquement « tropicaux » des thérapeutiques et préfèrent actuellement concentrer leurs efforts sur les pathologies dégénératives, spécifiques aux pays riches et solvables.

²⁸ Amérique du Sud : 4.1% en 1981, 3.9% en 1991 ; Afrique Subsaharienne : 1.7% en 1981, 1.4% en 1991.

²⁹ Source : Banque Mondiale

³⁰ Source : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique : Chiffres clés, les médicaments en France 2001, édition avril 2002.

2.2 Les aspects spécifiques des différentes zones intertropicales :

Au-delà de ces aspects communs, des différences subsistent sur le plan de l'étendue de la couverture, des modes de financement et de l'institutionnalisation des systèmes. Nous nous bornerons, par grandes zones, à évaluer l'étendue de la couverture, afin de montrer qu'il existe une certaine hiérarchie dans la prise en charge de la protection, notamment dans son aspect sanitaire.

2.2.1 L'Amérique Latine :

Historiquement, l'Amérique Latine est en pointe dans le taux de couverture de la population avec des taux de l'ordre de 10 à 15% pour les pays les moins avancés et jusqu'à des taux pouvant atteindre de 90% des résidents³¹. Cette prise en charge évolue de plus dans un contexte de croissance maîtrisé sur le plan démographique avec une espérance de vie moyenne de 69 ans au début des années 1990³². En revanche, les systèmes apparemment les plus performants comme celui du Brésil, présentent souvent un rapport coût bénéfice faible car les plus favorisés peuvent accaparer des ressources rares au travers de technologies de pointe au détriment d'actions de prévention plus efficaces sur le plan de la santé publique³³.

2.2.2 L'Asie du Sud et de l'Est :

Apparus très tardivement, les régimes de protection sociale en Asie du Sud et de l'Est sont le plus souvent peu développés et laissent souvent de côté le risque maladie³⁴. De ce fait, le taux de couverture de ces régimes ne dépasse pas quelques pour cents de la population.

L'Asie a connu, dans les 20 dernières années, une diminution importante de son taux de croissance démographique³⁵ associé à une augmentation importante de l'espérance de vie qui dépassait 67 ans au début des années 1990³⁶. Par sa rapidité, cette transition démographique

³¹ 10,3% ; 13% et 16% respectivement pour le Honduras, le Guatemala et la Colombie. 50%, 60% et 96% respectivement pour le Venezuela, le Pérou et le Brésil. Source Banque Mondiale (1993).

³² Rappelons qu'en 2001, l'espérance de vie à la naissance était, en Europe, de près de 75 ans pour les hommes et de plus de 81 ans pour les femmes.

³³ Au Brésil les 40% les plus pauvres ne reçoivent que 3% des prestations totales. Source : Banque Mondiale (1994).

³⁴ Cas de l'Indonésie et de la Malaisie mais aussi de Singapour.

³⁵ 1,7% en 1990 contre 2,6% en 1970. Source : Banque Mondiale (1994).

³⁶ Banque Mondiale (1994).

peut néanmoins faire craindre l'émergence de problèmes quant à la prise en charge future d'une population de plus en plus âgée, notamment sur le plan médical³⁷.

2.2.3 L'Afrique Subsaharienne :

En 1990, une étude³⁸ révélait que, sur 44 pays africains, 11 seulement accordaient une protection en matière de soins médicaux. De plus, le taux de couverture est limité à quelques pour cents de citoyens, majoritairement urbains. Le Gabon, pays le plus avancé, bénéficie d'un taux de couverture de près de 15% alors que tous les autres pays de l'Afrique de l'Ouest sont largement au-dessous de 5%³⁹. De plus, la plupart des régimes de protection sociale africains pâtissent d'une gestion financière inadaptée qui est encore fragilisée par l'atonie de la croissance de la zone. En revanche, l'Afrique se caractérise par une profusion de réseaux informels de protection sociale, basés sur la famille élargie, qui offre à ses membres une certaine forme d'assurance mutuelle⁴⁰. Au delà des problèmes administratifs et de gestion financière, les pays d'Afrique subsaharienne doivent également faire face à une évolution démographique mal maîtrisée qui s'accompagne d'une stagnation de l'espérance de vie à un niveau bas, moins de 48 ans en 2001, avec des taux de mortalité infantile qui sont supérieurs à 10% dans bien des pays⁴¹.

2.3 Conclusion : une demande forte mais désolvabilisée par la faiblesse de la protection sociale :

Il apparaît donc que les systèmes de protection sociale sont incapables d'assurer, à la grande majorité des habitants des zones intertropicales, une prise en charge des risques, notamment dans le domaine du risque santé. Que ce soit dans les opérations de prévention ou dans les traitements curatifs, cette absence de prise en charge collective, qui désolvabilise la demande, ne permet pas d'avancée significative vers une amélioration sensible de l'état de santé des populations.

³⁷ La part de la population de plus de 60 ans passerait en effet de 6,7% à 16,3% entre 1990 et 2030. Source Banque Mondiale.

³⁸ Gruat, J.V. , « Le régime de sécurité sociale en Afrique : tendance et problèmes contemporains » Revue internationale du travail, vol. 129, n°4, 1990, Genève.

³⁹ Idem.

⁴⁰ Au Nigeria, la famille est la seule pourvoyeuse de ressources pour 90% des personnes de plus de 60 ans Source BIT (1994).

⁴¹ Source : Rapport sur la santé dans le monde, 1998. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Qu'il s'agisse de maladies infectieuses telles que le syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) ou les fièvres hémorragiques (du type fièvre à virus ébola) ou de l'émergence de maladies dites « civilisationnelles » comme l'hypertension artérielle ou le diabète⁴² l'apparition de nouveaux défis est susceptible d'ébranler le fragile équilibre en place aujourd'hui. Cette situation, est de nature non seulement à pérenniser l'avantage détenu par les pays de la zone tempérée en matière de capital santé mais encore à induire une régression dans l'aire intertropicale, confrontée à des défis insurmontables. Elle indique également qu'il existe un immense potentiel de développement pour certaines maladies infectieuses dans une zone largement incapable de traiter le problème, aussi bien sur le plan technique que sur le plan organisationnel.

Toutefois, au sein même de la zone intertropicale, les différentes régions disposent d'un potentiel d'action contrasté : L'Amérique du sud et l'Asie semblent cumuler moins de handicaps que l'Afrique subsaharienne qui se trouve submergée par l'ampleur des défis à relever et par la faiblesse de ses moyens d'intervention.

⁴² Ces maladies sont la rançon de l'uniformisation des modes de vie et du vieillissement des populations.

3 LE FARDEAU DE LA MALADIE SUR LE DEVELOPPEMENT : L'EXEMPLE DU PALUDISME

3.1 Le paludisme : une maladie ancienne mais toujours d'actualité

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise à l'homme par des moustiques de type anophèles. Quatre types de parasites sont susceptibles d'avoir une action pathogène : *plasmodium malariae*, *plasmodium ovale*, *plasmodium vivax* et *plasmodium falciparum*. Ce dernier, le plus répandu en Afrique subsaharienne est aussi le plus dangereux. Le paludisme est une maladie potentiellement mortelle par destruction des globules rouges du sang lors du cycle de reproduction des parasites. Le contact prolongé avec le *plasmodium* induit une certaine immunité, les groupes à risque sont ainsi constitués par les enfants, les femmes enceintes et les adultes non immunisés comme les touristes. 40% de la population mondiale vit dans des zones impaludées, 700 à 800 millions d'individus sont contaminés et 300 à 400 millions de personnes développent la maladie tous les ans dans les zones tropicales et subtropicales. C'est l'Afrique subsaharienne qui paie le plus lourd tribut à la maladie avec 90% des 1 à 2 millions de morts annuels⁴³ occasionnés par le paludisme. (L'annexe 2 donne les zones d'endémie palustre)

La maîtrise du paludisme se base sur une double action : d'une part sur les vecteurs (par démoustication) d'autre part sur le parasite par une chimiothérapie préventive. Celle-ci est, depuis quelques années, rendue difficile par l'apparition de résistances à la fois des moustiques vis à vis des insecticides classiques, mais aussi des parasites vis à vis des médicaments traditionnels à base de chloroquine⁴⁴.

3.2 Le paludisme et la pauvreté : une relation à double sens ?

Sur les 119 pays les plus pauvres de la planète, 107 sont à des degrés divers touchés par l'infection palustre. A contrario, aucun des 30 pays les plus riches n'est affecté, que le paludisme n'y ait jamais sévi ou qu'il y ait été éradiqué⁴⁵.

Le paludisme et la pauvreté sont intimement liés dans toute la zone subtropicale et intertropicale et les pays les plus pauvres sont souvent les plus impaludés : l'Afrique

⁴³ Compte tenu du polymorphisme des formes cliniques de la maladie, il existe une sous estimation des décès officiellement dus au paludisme.

⁴⁴ La chloroquine, médicament bien toléré et bon marché, est maintenant partout inefficace si on l'emploie seul.

⁴⁵ OMS. « World Malaria Situation in 1994, part 1 » Weekly Epidemiological Record 72, 5 septembre 1997.

subsaharienne dans son ensemble, mais aussi l'Inde en Asie et Haïti au sein de l'aire Caraïbe en sont les exemples. Il est intéressant de constater que Haïti, pays le plus pauvre de la planète est également le plus touché par l'infection.

On retrouve également une relation entre la croissance et la sévérité de la maladie : l'augmentation du PIB par habitant, entre 1965 et 1990, n'a été que de 0,4% par an en moyenne annuelle dans les pays fortement impaludés contre 2,3% en moyenne pour les autres pays. Plus du tiers des pays les plus impaludés connaissaient même une croissance négative pendant cette période⁴⁶.

La question centrale est évidemment de savoir s'il existe une relation causale entre la sévérité du paludisme, la pauvreté et la croissance toutes choses étant égales par ailleurs.

Pour y répondre, nous envisagerons successivement, les effets de la maladie sur le niveau des revenus, ses déterminants géographiques et enfin son impact sur la croissance économique.

(Les annexes 3 et 4 donnent une idée du rapport entre la pauvreté et le coût de la prise en charge du paludisme)

3.2.1 Le paludisme: Un impact négatif sur le niveau du PIB

Diverses études économiques⁴⁷ démontrent une forte implication de la localisation géographique dans le niveau du PIB par habitant. Selon ces études quatre variables principales expliquent la majorité des variations de ce niveau :

- L'accès à la mer
- La distance par rapport aux grands marchés d'exportation (Amérique du Nord, Europe Occidentale et Japon).
- Les ressources naturelles, énergétiques en particulier.
- L'appartenance à la zone intertropicale

Si l'on égalise ces variables, les études citées ci-dessus, déterminent que la présence du paludisme induit une baisse de 70% du PIB par habitant. Par rapport à tous les autres critères, comme le type de gouvernement ou l'aspect historique⁴⁸, pouvant expliquer les variations du PIB, le facteur « paludisme » est prépondérant.

⁴⁶ OMS « World Malaria Situation in 1990, part 2» Weekly Epidemiological Record 67,5 juin 1992.

⁴⁷ Gallup, J.I. Sachs J. d., « Geography and economic development » World Bank annual conference on development economics 1998 Boris Pleskovic and Joseph E. Stiglitz, 1999, Washington DC et Karmarck A.M. The tropics and economic development: a provocative inequity into the poverty of nations World Bank, 1976, Washington DC.

⁴⁸ Et en particulier le statut d'ancienne colonie.

Il est donc clair que le paludisme constitue un lourd fardeau dont la charge est exclusivement supportée par les pays de la zone intertropicale et qui vient en sommation d'autres facteurs géographiques ou historiques défavorables. Par le biais du paludisme, on mesure à sa juste valeur l'implication du facteur sanitaire dans le développement au sens large. Les chiffres avancés par les études précédentes montrent que cette implication est majeure alors même que son impact est généralement sous estimé voire même passé sous silence dans la majorité des explications économiques et géopolitiques du sous développement.

Si le rapport entre une maladie et le développement semble établi, en revanche une attention particulière est nécessaire pour déterminer le sens exact de la relation : la maladie est-elle la cause ou la conséquence du sous développement ?

3.2.2 Le paludisme : une maladie largement indépendante du niveau de développement :

Beaucoup de maladies rencontrées en zone intertropicale⁴⁹ apparaissent clairement comme une conséquence de la pauvreté et du sous développement :

- Les maladies dites « hydriques »⁵⁰ qui sont déterminées par l'absence d'eau potable et de traitement des eaux usées.
- Les maladies à transmission « aérienne »⁵¹ favorisées par la promiscuité dans l'habitat.
- Certaines maladies parasitaires⁵² dont des conditions d'hygiène défectueuses assurent la propagation.
- Toutes les maladies carencielles⁵³ qui sont directement le produit de la pauvreté et de l'insuffisance des rations alimentaires.
- Enfin, beaucoup de maladies souvent bénignes et facilement curables dans les pays développés, sont susceptibles d'évoluer, sans traitement, soit vers la chronicité soit vers une issue fatale dans les pays pauvres⁵⁴.

Le paludisme, par son mode d'infestation, ne peut pas être regardé comme déterminé par le sous développement. Les émirats pétroliers du Golfe Arabo-persique ainsi que le sultanat d'Oman ont été incapables de l'éradiquer alors même que des actions de grande ampleur ont pu être financées pour le combattre. Compte tenu des caractéristiques propres à la maladie,

⁴⁹ Qu'elles soient des maladies strictement tropicales ou des maladies cosmopolites.

⁵⁰ Comme par exemple l'hépatite virale A ou le choléra.

⁵¹ Au premier rang desquelles la tuberculose.

⁵² Comme la gale mais aussi le typhus propagé par les puces.

⁵³ Comme le kwashiorkor.

⁵⁴ Comme les diarrhées chez l'enfant qui sont une des toutes premières causes de mortalité infantile en Afrique.

l'écologie et le climat apparaissent comme les deux facteurs déterminants. La prophylaxie individuelle constitue le troisième facteur déterminant dans la propagation de la maladie, néanmoins, si elle est efficace sur les populations en transit comme les touristes, elle se révèle difficile à mettre en œuvre sur les populations autochtones⁵⁵.

Malgré ces difficultés, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, certaines régions sont cependant parvenues à se débarrasser de la maladie en éliminant de façon définitive son vecteur de l'écosystème.

3.2.3 Le paludisme, une maladie à déterminisme géo-climatique :

Si certaines zones, comme aux Etats-Unis⁵⁶, en Grèce⁵⁷, en Italie⁵⁸, en Espagne et en France, avec la plaine d'Aléria en Corse, ont pu éradiquer le paludisme, on remarque que deux facteurs d'ordre purement géographique les distinguent des autres zones impaludées :

- ces zones n'appartiennent pas à la bande intertropicale.
- ces zones étaient toutes exemptes du moustique *Anopheles gambiae*, qui est le vecteur le plus « efficace » dans la transmission de la maladie. Ce vecteur qui ne se retrouve qu'en Afrique subsaharienne explique ainsi non seulement l'agressivité de la maladie sur ce continent mais aussi la difficulté des politiques d'éradication.

Les résultats décevants d'un essai, financé par l'OMS⁵⁹, dans le district de Garki au Nigeria montrent l'extrême difficulté voire même l'impossibilité de l'éradication en Afrique :

Pendant 7 ans de l'insecticide a été répandu dans les habitations et les environs de 164 villages de ce district. Ces mesures antivectorielles ont été associées à une chimioprophylaxie de la population. Malgré ces moyens importants et coûteux⁶⁰ et bien que le nombre moyen de piqûres des moustiques ait été réduit de 90%, le taux d'impaludés au sein des populations traitées n'avait pas significativement évolué.

⁵⁵ Par l'existence d'effets secondaires lors de la prise de ces substances au long cours et par l'apparition de résistances qui rendent la stratégie thérapeutique aléatoire.

⁵⁶ 135 000 cas de paludisme et 4000 morts en 1935 dans les états du sud des Etats-Unis. Source: Haworth J. Malaria : principes and practice of malariology Churchill Livingstone, Edimbourg 1988.

⁵⁷ Où la plaine de Marathon, pourtant fertile avait été totalement désertée à cause de la malaria.

⁵⁸ 300 000 cas et 20 000 morts par an par le *P. falciparum* avant les campagnes d'éradication des années 1940. Source : Haworth J. Malaria : principes and practice of malariology Churchill Livingstone, Edimbourg 1988.

⁵⁹ Molineaux L. et Gramiccia G. The Garki project: recherche on the epidemiology and control of malaria in the Sudan savanna of West Africa. OMS, Genève, 1980.

⁶⁰ 6 millions de dollars.

3.2.4 Le paludisme, un impact démontré sur la croissance économique :

L'éradication du paludisme dans la deuxième moitié du XX^e siècle s'est systématiquement accompagnée d'une augmentation importante de la productivité et de la richesse des régions concernées. Le sud des Etats-Unis après l'éradication de la maladie a ainsi vu son PIB par habitant décoller de 60 à 68% de la moyenne nationale⁶¹, en Corse, la plaine d'Aléria, vide auparavant, participe aujourd'hui pour près des deux tiers à la production agricole de l'île⁶².

Deux remarques s'imposent à ce point :

- Toutes ces régions ont connu, après l'éradication, un développement accéléré par rapport à leur zone économique respective.
- Aucune des régions ayant réussi cette éradication ne se situe dans la zone intertropicale, mais au contraire dans des régions très limitées de pays tempérés développés ayant connu une forte croissance, indépendamment de cette éradication.

Quelle est donc dans ces conditions l'impact réel du paludisme sur la croissance dans les pays de l'aire intertropicale et quels sont les mécanismes mis en jeu ?

Toutes choses étant égales par ailleurs, une des rares études dans ce domaine⁶³ évalue à 1,3% par an le défaut de croissance induit par la présence d'une impaludation sévère. Selon le même travail, une réduction de 10% de l'indice plasmodique⁶⁴ permettrait un surplus de croissance de 0,3% par an. Afin d'éviter toute influence de la croissance sur la maladie (et confondre ainsi les causes et les conséquences) cette étude prend soin de ne pas retenir la morbidité (qui est dépendante de l'efficacité du système de prévention et de soins) mais la concentration des vecteurs contaminants⁶⁵. Ces données confirment un travail réalisé en 1999 sous l'égide de la Banque Mondiale et qui évalue à 5,8% la perte annuelle de PIB⁶⁶ induite par la mortalité due au paludisme en Afrique subsaharienne⁶⁷.

⁶¹ Haworth J. Malaria : principles and practice of malariology Churchill Livingstone, Edimbourg, 1988.

⁶² Karmarck A.M. The tropics and economic development: a provocative inequity into the poverty of nations World Bank, 1976, Washington DC.

⁶³ Gallup J.L., Sachs J.D. The economic burden of malaria, Working paper n°52, July 2000, Center for International Development at Harvard University.

⁶⁴ L'indice plasmodique détermine le taux d'individus contaminés au sein d'une population.

⁶⁵ C'est à dire les moustiques.

⁶⁶ Revenu moyen annuel multipliés par les années de vie perdues.

⁶⁷ Mc Carthy, Desmond, Holger, Yi Wu Malaria World Bank, Washington DC, 1999.

Sur le plan microéconomique, il semble que la maladie ait un impact sur les revenus des familles fortement impaludés⁶⁸, bien que, sur le plan médical, la présence du parasite soit asymptomatique chez les populations autochtones qui bénéficient d'une immunité partielle.

D'une façon générale, le mécanisme qui relie le paludisme à la productivité individuelle et collective est encore largement inconnu. Certaines tentatives d'explications, non fondées scientifiquement, incriminent le rôle de l'anémie chronique induite par la maladie sur les fonctions cognitives⁶⁹, d'autres mettent en avant l'aspect répulsif des zones à risque sur l'investissement.

3.3 Conclusion : la présence de la forme grave du paludisme est une explication crédible à certains aspects du sous développement :

La présence du paludisme est essentiellement une donnée géographique et n'est pas induite par la pauvreté alors même qu'il sévit presque exclusivement dans des zones pauvres. Son éradication, quand elle a été possible, a entraîné un important regain de croissance. De fait, bien que les mécanismes en soient encore inconnus, son implication dans les phénomènes d'induction de la croissance est considérable et peut être un élément explicatif du retard de développement de certaines zones intertropicales telle que l'Afrique subsaharienne.

Le paludisme constitue ainsi un exemple frappant de l'importance du facteur sanitaire dans le développement économique et joue de ce fait un rôle géopolitique certain bien que rarement mis en avant. Toutefois, en dépit de son coût humain, économique et social, l'épidémie palustre est stable dans son évolution et hormis les individus à risque⁷⁰, elle n'induit pas une importante surmortalité dans la population adulte. De même, la charge financière de sa prise en charge est modique et se limite au mieux à la prévention, destinée aux groupes à risque et au traitement des accès palustres par des médicaments anciens et bon marché⁷¹.

L'épidémie de l'immunodéficience acquise (SIDA), toujours mortelle, apparue au début des années 1980, est un tout autre défi sur le plan humain, économique et social par l'ampleur de sa ponction sur les adultes jeunes et productifs et donc sur la productivité globale. De plus, le

⁶⁸ Audibert M., Mathonnat J, Nzeyimana I. , Henry M-C., « Rôle du capital humain dans l'efficacité technique des producteurs de coton du Nord de la Côte d'Ivoire », Revue d'économie du développement, octobre 2000.

⁶⁹ En particulier chez les enfants par les séquelles neurologiques et par l'absentéisme scolaire induits par la maladie.

⁷⁰ Essentiellement les enfants, les femmes enceintes et les personnes non immunisées comme les touristes.

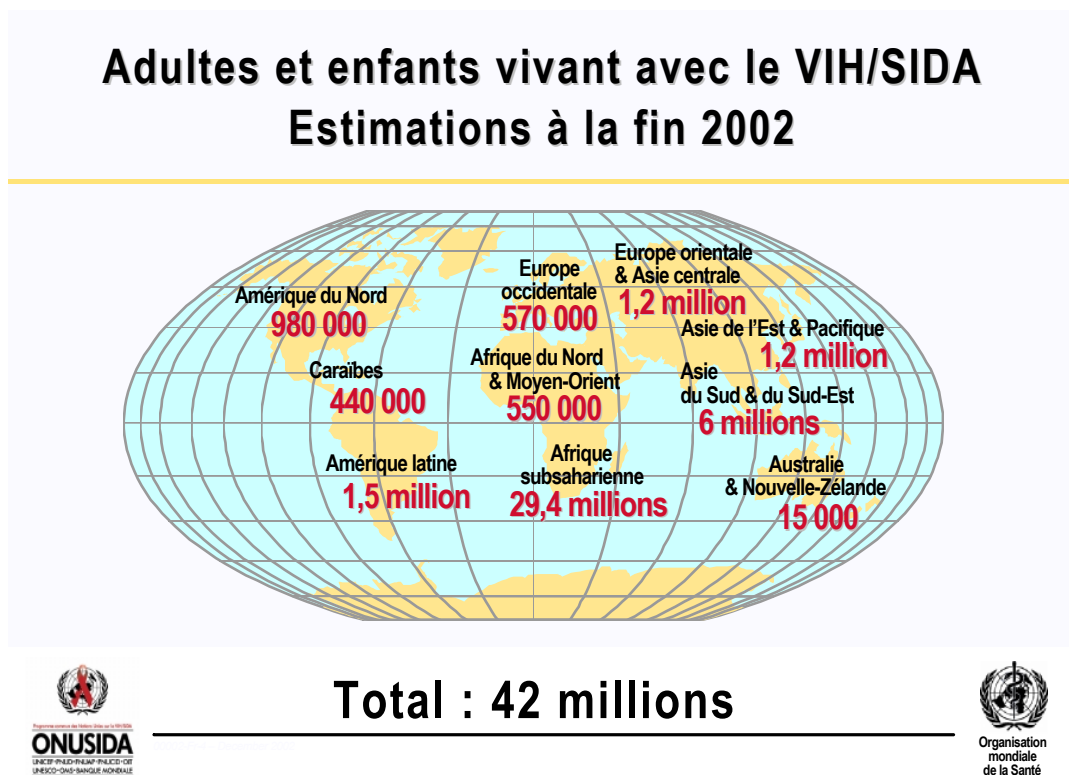
⁷¹ Encore à base de Quinine.

prix des thérapies est tel que la majorité des pays ne peuvent pas envisager de les proposer à leurs malades, hâtant ainsi l'évolution d'une maladie qui ravage le tissu économique et social. Après avoir montré l'importance de l'impact économique d'une maladie ancienne et stable, comme le paludisme, sur le plan épidémiologique, nous nous proposons maintenant de déterminer l'impact actuel et futur du SIDA. Cet impact économique et social, sans commune mesure avec celui du paludisme, se traduira inévitablement par des conséquences géopolitiques qui sont mal mesurées voire complètement occultées aujourd'hui.

4 LE FARDEAU DE LA MALADIE SUR LE DEVELOPPEMENT : L'EXEMPLE DU SIDA, ASPECT ACTUEL ET PROSPECTIVE

4.1 Le sida : une maladie nouvelle issue du cœur de la forêt équatoriale

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est dû à un virus mutant⁷² qui infecte les cellules de l'immunité⁷³ et, non traité, conduit au décès dans la plupart des cas par l'apparition de syndromes infectieux non maîtrisables. Apparu vraisemblablement dans la forêt équatoriale africaine, le virus, qui se transmet par voie sexuelle et sanguine, s'est rapidement propagé à la planète entière avec une incidence très variable selon les zones ainsi que le montre la carte ci-dessous :



4.2 Les aspects épidémiologiques du sida : l'irruption de la biologie dans la sphère sociale

4.2.1 Le sida : une catastrophe démographique

⁷² En fait il existe deux virus de type VIH (virus de l'immunodéficience humaine), le VIH-1 est le plus répandu.

⁷³ Notamment présentes dans le sang et les sécrétions corporelles, ce qui explique le mécanisme de contamination.

Alors que plus de 42 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH (dont 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans), le nombre de décès du au SIDA s'est élevé à 3,1 millions de personnes en 2002. Le cumul des décès depuis l'apparition de la maladie est estimé à près de 22 millions⁷⁴.

4.2.2 Touchant principalement l'Afrique subsaharienne

À elle seule, l'Afrique subsaharienne compte 29 millions 400 000 personnes infectées et a enregistré 2 millions 400 000 décès en 2002. Avec plus de 70% du total des personnes infectées, l'Afrique subsaharienne supporte donc le plus gros fardeau de l'infection à VIH. Un quart des adultes est infecté au Botswana, au Zimbabwe ou en Namibie et plus de 10% le sont dans au moins 10 autres pays africains. Le sida y est désormais la première cause de mortalité: la plupart des personnes infectées mourront dans les dix années à venir et viendront s'ajouter aux 16 millions d'Africains déjà emportés par l'épidémie. Aujourd'hui, la probabilité qu'un enfant né en Zambie ou au Zimbabwe meure du sida dépasse 50%. Selon les projections du Bureau du recensement des États-Unis, dès cette année, le taux de croissance de la population devrait être négatif au Botswana, en Afrique du Sud et au Zimbabwe et devrait stagner dans d'autres pays de la zone, notamment au Malawi, au Swaziland, en Namibie et en Zambie⁷⁵.

4.2.3 Qui se double d'un drame social et humain :

La première conséquence de la pandémie est l'érosion des progrès réalisés depuis plusieurs décennies en matière d'espérance de vie à la naissance et de survie des enfants. Par exemple, au Botswana un des pays les plus touché, l'espérance de vie à la naissance sera divisée par deux au cours des prochaines années pour passer de 65 ans à 33 ans, uniquement du fait du sida. Ceci lui fera perdre, à un rythme rapide, les acquis en matière de développement sanitaire enregistrés dans les 3 ou 4 dernières décennies. La population de l'Afrique du Sud a aujourd'hui une espérance de vie ramenée à 47 ans. Elle serait de 66 ans sans le sida⁷⁶.

Une autre conséquence de la pandémie est spécifique à l'Afrique subsaharienne : infectées en proportion plus importante et de plus en plus jeunes, les femmes sont les premières victimes et représentent plus de la moitié des séropositifs. Elles contaminent leurs enfants nouveaux nés dans un tiers des grossesses et voient leur taux de fécondité baisser significativement.

⁷⁴ Source : « Le point sur l'épidémie de sida » ONUSIDA décembre 2002.

⁷⁵ « AIDS and economic development » African Development forum 2000. UN Economic Commission for Africa décembre 2000.

Ainsi, sur les 10 pays du monde qui comptent le plus d'enfants infectés, 9 se trouvent en Afrique subsaharienne⁷⁷.

Enfin, compte tenu de la mortalité élevée de la maladie, on estime actuellement à plus de 13 millions le nombre d'enfants orphelins du sida et à 40 millions, l'effectif probable en 2010 ; la majorité d'entre eux se trouve en Afrique subsaharienne et représentent dans certains pays, plus de 10% de l'ensemble des enfants. Ces enfants sont soumis à des risques majeurs d'extrême paupérisation, d'exclusion et de marginalisation avec tous les dangers qui y sont liés. Dans de nombreux pays, le sida est à l'origine d'une forte augmentation du nombre des "enfants des rues " avec un renforcement de la criminalité violente et aveugle. En Afrique subsaharienne, indépendamment des différences de cultures et de pays, la famille africaine élargie et la communauté pourvoient traditionnellement aux besoins de ces enfants. L'ampleur sans précédent du problème posé pourrait mettre à mal ce système traditionnel, déjà érodé par le modernisme et ses tendances individualistes et la pression socio-économique de l'urbanisation⁷⁸.

4.2.4 Et dont la croissance est en forte progression :

Les projections à moyen terme prévoient, pour l'année 2010, un nombre total de séropositifs compris entre 60 et 110 millions d'individus⁷⁹. Un pays comme le Nigeria pourrait ainsi compter 10 à 15 millions de malades avec quelque 25% de sa population adulte séropositive. De plus, toutes les études⁸⁰ soulignent que les deux pays les plus peuplés de la planète, la Chine et l'Inde, qui n'ont encore que des taux relativement faibles de séoprévalence, devraient voir celle-ci exploser dans les prochaines années. L'Inde en particulier, qui pourrait suivre un scénario parallèle au scénario africain avec un décalage d'une quinzaine d'années et dont la population représente deux fois la population de l'Afrique subsaharienne, serait ainsi le principal foyer de sida avec des conséquences catastrophiques sur un pays qui aspire au rôle de puissance régionale.

⁷⁶ Agence France Presse, Paris, 30 novembre 2001.

⁷⁷ ONUSIDA, décembre 2002.

⁷⁸ « Les orphelins du sida ; réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique Australe », UNICEF 1999.

⁷⁹ Ces chiffres proviennent des travaux de la Banque Mondiale, de l'OMS et du National Intelligence Council du gouvernement des Etats –Unis d'Amérique relevés dans le Washington Post Washington DC, 1^o octobre 2002.

⁸⁰ Idem.

D'une façon générale, ce sont 51 pays⁸¹, la quasi-totalité situés dans les pays de la zone intertropicale⁸², qui verront leur espérance de vie baisser dans les 20 prochaines années à cause de la maladie.

Il existe ainsi, bien que les effectifs contaminés soient environ dix fois moindre, une similitude entre le paludisme et le sida en zone tropicale en nombre de morts occasionnés par la maladie. En revanche, par son mode de contamination comme par l'âge des populations atteintes, la dynamique des deux maladies est très différente. Autant le paludisme est stable épidémiologiquement, autant le sida, par son extension rapide dans les populations adultes jeunes des pays en voie de développement, laisse pressentir que nous n'entrevoions encore qu'une petite partie de ses conséquences socio-économiques.

Ainsi, par analogie avec l'importance de l'impact du paludisme sur le développement et compte tenu des caractéristiques bien particulières du sida, il est à craindre que cette maladie ne soit susceptible d'engendrer des bouleversements géopolitiques significatifs en pesant de façon décisive dans le développement économique et humain de certains pays.

4.2.5 Déstabilisant profondément le système de santé :

Globalement, cinq points de taux de prévalence⁸³ augmentent de 25 % la demande de soins. De ce fait, le taux spécifique d'occupation des lits hospitaliers par les victimes du sida peut atteindre jusqu'à 50 à 80% (Côte d'Ivoire, Burundi, Zambie, Zimbabwe) alors que, dans le même temps, les décès parmi les personnels soignants ont été multipliés par 13 en 10 ans (Zimbabwe). Le quart (Zimbabwe) - voire les deux tiers (Rwanda) - du budget de la santé arrive ainsi à être consacré au traitement des patients séropositifs, sans compter le coût lié à l'accroissement considérable du nombre de cas de tuberculose, infection la plus souvent associée au sida. Les ressources ainsi consacrées aux soins requis par le sida grèvent considérablement d'autres programmes qui présentent pourtant un bon rapport coût efficacité (comme la prévention des maladies sexuellement transmissibles par exemple). Il est ainsi quasiment devenu impossible d'espérer pouvoir atteindre les objectifs de développement retenus par l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de santé dans les pays les plus touchés⁸⁴, essentiellement dans les zones Subsaharienne et Caraïbe.

⁸¹ Ibid.

⁸² Dans les zones tempérées seule la Russie devrait connaître le même sort.

⁸³ Le taux de prévalence est le nombre de cas d'une maladie rapportés à la totalité de la population.

⁸⁴ Source des chiffres : ONUSISA, « le point sur l'épidémie de SIDA », décembre 2000.

4.3 Le sida et la croissance économique : un impact multifactoriel

Plus que toute autre maladie, le sida, par l'importance des coûts qu'il génère et par son pronostic toujours défavorable, pèse sur l'économie d'une double façon :

- Directement, par les sommes considérables utilisées pour financer des traitements de plus en plus onéreux et qui manquent aux investissements productifs, d'autant plus que les médicaments achetés sont quasiment tous importés.
- Indirectement, par le retentissement sur l'économie générale d'une maladie, frappant essentiellement les adultes jeunes, qui associe une perte de production dans tous les secteurs de l'économie et un défaut de consommation.

4.3.1 Le coût des traitements : une charge insupportable pour le tiers-monde.

Le coût moyen d'une tri thérapie⁸⁵ au prix du marché est estimé à environ 12 000\$ par an et par patient. Ainsi, si l'on voulait traiter tous les malades, une telle mesure coûterait 18 milliards de Dollars au Zimbabwe soit 265% de son PNB ! Elle serait encore de 8,4 milliards de dollars pour la Côte d'Ivoire, soit 85% de son PNB, en revanche, la Suisse qui dépense 144 millions de dollars pour traiter tous ses séropositifs, n'y consacre que 0,06% de son PNB. (L'annexe 5 donne le détail des calculs)

Toutefois, la concurrence générée par les médicaments génériques, ainsi que les accords récemment négociés au sein de l'Organisation Mondiale du Commerce⁸⁶ ont permis d'abaisser les coûts de ces traitements de manière considérable à environ 300 \$ par an et par patient. Ce prix reste toutefois encore trop élevé pour la grande majorité des pays de la zone intertropicale dont le revenu moyen par personne ne dépasse pas quelques dollars par jour⁸⁷. Il faut ajouter que ces traitements à bas prix n'incluent pas certains médicaments dits de « seconde ligne » comme les antiprotéases dont le coût reste prohibitif⁸⁸.

Ainsi, de façon générale, les systèmes de santé des pays en voie de développement restent incapables de faire face aux besoins engendrés par la pandémie due au VIH, et les pays les plus affectés par la maladie sont aussi généralement ceux qui sont les moins capables de

⁸⁵ Le traitement du sida est rendu difficile par la variabilité antigénique du VIH. Les traitements actuels associent habituellement trois médicaments agissant sur la multiplication du virus ; ils doivent être poursuivis à vie.

⁸⁶ Accord qui vise à exempter les pays pauvres de droits de brevets afin de produire des copies de médicaments à bas prix contre certaines maladies comme le sida, la tuberculose et le paludisme.

⁸⁷ En Afrique Subsaharienne les trois quarts de la population doivent survivre avec moins de deux Dollars par jour (ONUSIDA, rapport 2001).

⁸⁸ Le coût du traitement est multiplié par un facteur 10 à 15.

financer les campagnes de prévention, en général d'un meilleur rapport coût efficacité et les frais de traitement de la pandémie.

Le fait que les 10 pays les plus affectés par le sida aient des dépenses de santé par habitant qui s'échelonnent de 3 à 246 \$⁸⁹ par an illustre bien cette impasse. En Afrique où très peu de pays dépensent plus de 100\$ par habitant et par an pour la santé, on voit mal comment les systèmes de santé pourront prendre en compte la maladie sans une ponction plus lourde sur le reste de l'économie. (L'annexe 6 indique le coût de la prise en charge du sida d'ici à 2005 au sein des grandes zones géographiques)

4.3.2 L'impact économique indirect et les mécanismes de la destruction du tissu économique

4.3.2.1 Le capital humain :

L'influence déterminante du VIH sur l'économie se matérialise par le biais de la réduction de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre disponible pour la production. En effet, le VIH entraîne une hausse de la morbidité et de la mortalité dans les tranches d'âge des adultes jeunes ce qui réduit la quantité de main-d'œuvre utilisable avec les autres facteurs de production comme la terre ou le capital. Il existe de plus à la fois une réduction du nombre de personnes aux tranches d'âge qui fournissent l'essentiel de la main-d'œuvre mais aussi une diminution de la qualité de cette main-d'œuvre⁹⁰ qui induit un nouveau rapport entre la main-d'œuvre qualifiée et non qualifiée, avec, dans tous les secteurs de l'économie, une réduction du nombre de travailleurs expérimentés.

On rencontre aujourd'hui, dans beaucoup de pays en développement, un chômage et un sous-emploi important, qui tiennent à une mauvaise adaptation des qualifications et des niveaux d'instruction demandés et ceux offerts par la population active. Cette situation a ainsi toutes les chances d'être pérennisée et pourra même être paradoxalement exacerbée par l'épidémie de VIH. Ainsi, même avec une réduction de la population active, il pourra subsister un chômage et un sous-emploi qui viendront encore réduire la main d'œuvre utilisable.

Les deux exemples ci-dessous illustrent l'impact décisif de la pénurie de main d'œuvre sur certains secteurs clé de l'économie :

⁸⁹ OMS communiqué de presse AIDS/18, 11 juin 2001.

⁹⁰ Les études épidémiologiques indiquent toutes que la population la plus instruite et la mieux formée professionnellement est aussi la plus touchée par la maladie.

Le premier, relatif à l'industrie du cuivre en Zambie, fournit un bon exemple des conséquences d'une diminution de la main d'œuvre qualifiée. Le cuivre représente la quasi-totalité des recettes d'exportation du pays (90 %) et 25 % du PIB. Le taux d'infection est déjà très fort parmi les mineurs dont 60 % environ sont séropositifs⁹¹. Il s'agit essentiellement d'une main-d'œuvre qualifiée, qui constitue un investissement majeur consenti par l'Etat comme par les individus et qui pose d'ores et déjà de très graves problèmes de remplacement dans un pays pauvre en ressources techniques alors que le cuivre est une ressource stratégique pour le pays.

Le deuxième exemple concerne le secteur primaire. En effet, pour beaucoup de pays en développement, dont les structures économiques sont encore relativement élémentaires, les conséquences de l'épidémie pour la production vivrière et pour les cultures d'exportation sont également d'une importance fondamentale⁹². Par un effet d'éviction au profit des secteurs secondaires et tertiaires, le défaut de main d'œuvre est ainsi particulièrement handicapant pour une agriculture à faible rendement et procurant des revenus médiocres.

4.3.2.2 L'aspect financier :

La diminution de l'offre de main d'œuvre, résultat de la forte mortalité caractéristique de la maladie, imposera une adaptation visant à économiser celle-ci :

-Dans un premier temps, en remplaçant la main-d'œuvre qualifiée qui se raréfie par une main-d'œuvre non qualifiée plus abondante, si cela est techniquement possible.

-Dans un second temps, en remplaçant la main-d'œuvre par d'autres facteurs de production tels que le capital, sous réserve des contraintes technologiques et des possibilités de financement.

Tout cela prendra du temps et il est donc tout à fait clair que les économies des pays les plus touchés par le sida présenteront d'importants problèmes d'ajustement structurel :

-Tout d'abord en matière d'épargne, qui est à la fois le facteur critique et le facteur limitatif de la croissance. Il y a tout lieu de penser que, par son effet sur les revenus

⁹¹ Ce taux d'infection est inhérent au fait que ces mineurs sont souvent des travailleurs célibataires ou déplacés fréquentant assidûment les professionnelles du sexe séropositives à 90%.

⁹² Norse D. The potential impact of AIDS on agricultural production, FAO, 1991.

des ménages et leur consommation⁹³, l'épidémie conduira à une réduction de l'épargne totale, et donc de l'investissement puis du taux de croissance.

-Pour maintenir l'investissement, il faudra donc une augmentation des apports nets de capitaux étrangers afin de compenser la baisse de l'épargne intérieure. Ceci semble improbable car, si au cours des deux dernières décennies, les sociétés étrangères ont fortement investi dans plusieurs pays de la zone intertropicale⁹⁴, c'est en raison de l'abondance de la main-d'œuvre et surtout de son faible coût ; or le VIH risque de modifier à la fois ces coûts de main-d'œuvre à la hausse mais aussi la disponibilité et la qualité de cette main d'œuvre.

Ainsi l'investissement d'origine étrangère, qui a été un facteur décisif de la transformation et du développement de certaines économies de la zone intertropicale, pourrait faire défaut avec de graves effets sur la stabilité économique de régions entières. L'Inde, l'Asie du Sud-Est et la Chine du Sud pourraient être particulièrement touchées par cette logique de goulots d'étranglement dans leur croissance future.

En conclusion, tous les secteurs de l'économie subiront l'impact de l'épidémie et encourront inéluctablement des coûts supplémentaires, économiques, sociaux et psychologiques que le calcul économique ne peut pas tous estimer à l'heure actuelle.

De plus, on fait l'hypothèse que le système économique continuera à fonctionner normalement -quoique avec une production plus faible- alors qu'en fait l'épidémie a, sur le système économique et social et aussi probablement le régime politique d'un pays, un impact à la fois économique mais aussi structurel. Ceci peut faire peser une menace sur le fonctionnement de certains pays où la séroprévalence accuse des taux élevés. Il en résulte que les estimations des coûts économiques du VIH restent très partielles et sous-estiment très probablement l'ampleur du problème qui va se poser à de nombreux pays en développement.

4.3.3 Les études empiriques : elles valident toutes l'importance de l'impact économique du sida :

On l'a vu, sur le plan théorique, l'épidémie de sida est susceptible de gripper la croissance de zones entières. Les exemples suivants, basés sur des études récentes des effets du sida sur

⁹³ Médicale essentiellement.

⁹⁴ Essentiellement en Asie.

certaines pays à forte prévalence, mettent en évidence les premiers signes de ralentissement de la croissance.

La première étude est une approche macro-économique⁹⁵ qui consiste à prédire ce qu'aurait été l'évolution des principaux agrégats économiques en Tanzanie, de 1985 à 2010 en l'absence du VIH puis d'estimer l'effet sur ces résultats d'hypothèses quant au niveau de l'infection. Les principaux résultats sont les suivants :

Le taux de croissance du PIB réel diminue d'une moyenne annuelle de 3,8 %, en l'absence de VIH, à 2,8-3,2 % avec le VIH. Il en résulte, sur l'ensemble de la période, un déficit de croissance de 19 à 36 %, selon les hypothèses faites quant à l'épargne et à la productivité. Le taux de croissance du PIB par habitant se situe entre 0,2 et 0,6 % par an en présence du VIH, contre plus de 0,6% en l'absence de l'épidémie. En conclusion, l'économie connaît donc une croissance significativement plus lente, du fait du VIH, avec une réduction de 1 % du PIB réel par an. L'impact est un peu plus réduit sur la croissance du PIB par habitant, étant donné que le ralentissement de la production est en partie compensé par celui de la croissance démographique.

Le même protocole⁹⁶, appliqué à des pays de la zone Caraïbe (Jamaïque, Trinidad et Tobago), donne des résultats encore plus pessimistes avec un impact de l'infection sur le PIB de 3 à 4 points par an en moyenne.

La deuxième étude⁹⁷ utilise une approche un peu différente dans le cas du Cameroun. Les auteurs ont supposé que les effets du VIH sur l'économie provenaient essentiellement d'une réduction de l'offre de main-d'œuvre et de ses conséquences sur les salaires et sur les prix. Cette méthode permet une distinction entre le milieu urbain et rural, qui est d'une grande importance pour estimer les effets du VIH sur des économies africaines largement rurales. L'étude utilise en outre le fait que le VIH a des effets différents selon le niveau de qualification et d'éducation : l'épidémie a tendance à frapper de façon plus marquée les groupes instruits et productifs, ceux précisément qui incorporent un important investissement humain.

⁹⁵ Cuddington, J., *Modelling the Macroeconomic Effects of the AIDS Epidemic in Africa*, Georgetown University, Washington DC, juin 1991.

⁹⁶ Karl Theodore, « HIV-AIDS in the Caribbean: economic issues-impact and investment response », CMH Working Paper Series, Paper N° WG1, Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Mars 2001.

⁹⁷ Kambou G., Devarajan S., and Over M., "The Economic Impact of the AIDS Crisis in Sub-Saharan Africa: Simulations with a Computable General Equilibrium Model", *Journal of African Economies*, vol. 1, No 1, 1992.

Les résultats soulignent l'incidence désastreuse du VIH sur l'économie : les taux de croissance de l'épargne et de l'investissement chutent brutalement, entraînant un très net ralentissement de la croissance du PIB -qui est amputé d'une valeur annuelle, de 4,3 % à 2,1 %- et qui s'accompagne d'une détérioration de la compétitivité de l'économie sur les marchés internationaux.

Cette étude montre également, comme on pouvait le prévoir, que les effets les plus graves sur la performance de l'économie se produisent quand le VIH frappe surtout les travailleurs urbains qualifiés et que « plutôt que le nombre total de cas de sida, c'est la distribution sélective de l'infection par le VIH qui, dans les pays de l'Afrique subsaharienne, a l'effet potentiellement le plus désastreux pour la croissance économique ».

La troisième étude macro-économique⁹⁸ que l'on évoquera ici est relative à la Thaïlande. Ce travail permet en particulier de dissocier les coûts directs (principalement les coûts médicaux) et indirects (entre autre le manque à produire causé par la mortalité due à la maladie).

L'étude confirme qu'il est pratiquement impossible, pour les familles, de couvrir, avec leurs ressources propres, les dépenses entraînées par les soins aux personnes infectées. Même si l'on ne tient pas compte des thérapies les plus coûteuses, les coûts des soins médicaux absorberaient entre 30 et 50 % du revenu moyen des ménages en Thaïlande. Toutefois les coûts indirects sont beaucoup plus lourds encore, puisque, globalement, entre 1991 et 2000, ils se situeraient entre 7,3 milliards et 8,7 milliards de dollars. La perte financière entraînée par chaque décès dû au sida, compte tenu de tous les coûts indirects, serait de 22 000 dollars (soit 17,6 fois le PIB par habitant en 1991). Ainsi, les coûts directs et indirects estimés sont très élevés, puisqu'ils représentent de 16 à 18 fois le PIB annuel par habitant.

Cette étude prouve également, que même en retenant la définition la plus restrictive des coûts économiques du VIH : dépenses de santé augmentées de la perte de production due à une mortalité précoce des adultes, la rentabilité de l'investissement consacré à la prévention de la transmission du virus dépasse considérablement celle des investissements classiques.

Au total, toutes les études macroéconomiques tendent donc à confirmer le retentissement important de la maladie sur la croissance. En outre, il faut bien admettre que nous connaissons très mal les relations structurelles, sans doute décisives, du VIH sur le développement, il faut donc s'attendre à des effets de seuil qui ne transparaissent pas dans les études actuelles. D'une

façon générale, les résultats montrent bien que les coûts de la production perdue sont beaucoup plus élevés que les coûts directs, pourtant énormes, de la maladie et qu'ils représentent le principal tribut que l'épidémie prélève sur les pays touchés.

4.4 Conclusion : la pandémie de sida apparaît comme un paramètre géopolitique incontournable

A peine plus de 20 ans après les premiers cas recensés, l'épidémie de sida dû au virus VIH se révèle comme l'un des plus formidables défis de santé publique de ces derniers siècles. Apparue à une époque où la mondialisation et les facilités des communications brassent des populations toujours plus nombreuses, la maladie est sortie du seul domaine de la santé pour intéresser tous les aspects des activités humaines. L'épidémie, si elle n'est pas maîtrisée, pourrait ainsi transformer complètement le développement de nombreux pays. Par son impact considérable sur le rapport à la mort (et donc sur les comportements sociaux) et sur l'économie, l'épidémie de sida est susceptible, à court terme, de jouer un rôle significatif dans les rapports sociaux et dans les relations entre Etats. Cette intrusion dans le domaine social et politique permet d'affirmer que la maladie se posera comme un des facteurs incontournables de la géopolitique de ces prochaines années. Déjà, un des fondements les plus établis de l'ordre économique mondial, l'intangibilité des brevets industriels, a été remis en cause sur l'insistance des pays pauvres les plus touchés. En effet, les négociations au sein de l'Organisation Mondiale du Commerce⁹⁸ en vue de l'exemption du versement de royalties sur les licences de certains médicaments en faveur des pays les plus pauvres constitue un précédent dans les rapports économiques mondiaux. L'idée de « bien public global » est bien en marche : la perte financière subie par les laboratoires ne constitue en rien un cadeau fait aux pays en développement mais reste bien un outil au service de la géopolitique afin d'éviter tout bouleversement rapide de l'ordre établi à cause des conséquences incontrôlables, épidémiologiques autant qu'économiques de la maladie.

⁹⁸Myers C., Obremsky S.A., et Mechai Viravaidya, *The Economic Impact of AIDS on Thailand*, octobre 1991. (Bloom and Lyons), 1993.

⁹⁹ Lors de la réunion de Doha (Qatar), en décembre 2002, seuls deux pays ont refusé un moratoire complet. Un accord global devrait néanmoins être trouvé début 2003. Il faut ajouter que la plupart des grands laboratoires pharmaceutiques n'ont pas attendu les conclusions de cette réunion pour baisser de façon unilatérale les prix de leurs antirétroviraux, après que de nombreux pays du tiers monde, invoquant l'état de nécessité, aient menacé de produire eux même des médicaments génériques copiés.

5 CONCLUSION : PAR SON IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT L'ASPECT SANITAIRE DOIT ETRE CONSIDERE COMME UN FACTEUR GEOPOLITIQUE

L'exemple du paludisme montre que le fait sanitaire a exercé et continue d'exercer une influence non négligeable sur le développement économique et humain pouvant expliquer les différences importantes qui existent encore entre les zones intertropicales et tempérées. Ces différences dans le rythme du développement a procuré à certains acteurs des avantages décisifs en terme de puissance et a ainsi contribué à dessiner le paysage géopolitique actuel. A quelque exceptions près, les « arcs de crise » se développent dans les zones tropicales et intertropicales défavorisées sur le plan sanitaire. L'émergence du sida vient accentuer ce phénomène et va peser de façon décisive sur le développement de certains pays. Par son caractère destructurant sur l'économie mais également sur le tissu social, le sida, qui reste encore dans une phase épidémique émergente, sera certainement, dans les prochaines années un facteur important sur le plan géopolitique.

Trois grandes tendances peuvent d'ores et déjà être anticipées :

- Le fardeau du sida qui pèse essentiellement sur l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud va encore accentuer le différentiel de développement entre ces zones et le reste du monde avec tous les risques de tensions que ce déséquilibre implique (crises économiques, famines, terrorisme, émigration etc...).
- Au sein même de ces zones des évolutions contrastées de l'impact de la maladie dans des pays voisins peut être de nature à modifier les équilibres géopolitiques actuels sans qu'on puisse encore en mesurer réellement la portée exacte :
 - Quel sera l'impact du sida sur la confrontation Indo-Pakistanaise si la maladie, comme c'est probable, explose en Inde ?
 - Que restera-t-il du leadership régional de l'Afrique du Sud confrontée à des dépenses de santé insurmontables ?
 - Quel sera l'impact économique de la maladie en Asie du Sud-Est et en Chine si le cout des traitements renchérit la main d'œuvre et rend l'investissement

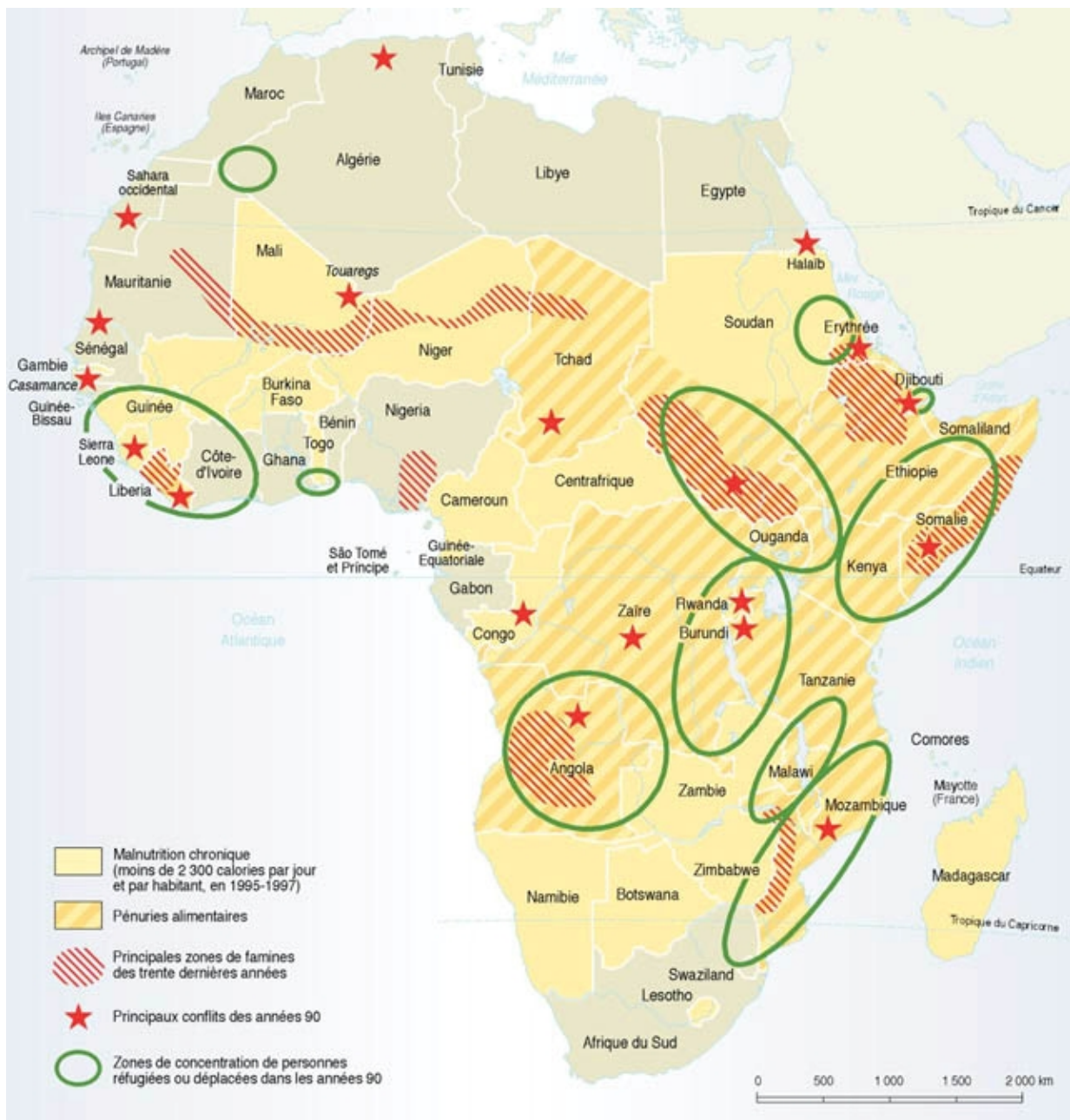
étranger moins profitable ? Où irront s'investir les flux financiers jusqu'alors accaparés par la région ?

- Enfin, on ne peut pas négliger que le caractère global de la menace sanitaire soit de nature à provoquer une intervention décisive des pays tempérés visant à soulager les pays intertropicaux sur la base du concept de « bien public global ». Cette intervention, dérogeant à toutes les règles du commerce international et de la propriété, pourrait être de nature à inaugurer de nouvelles relations internationales sur les aspects globaux que sont la santé, l'environnement et, pourquoi pas, la sécurité.

Incontestablement, l'irruption d'une maladie aussi globale que le sida replace le fait sanitaire dans le domaine de la géopolitique. S'il est encore trop tôt pour apprécier la portée exacte de cette irruption il n'en demeure pas moins qu'elle aura inévitablement des conséquences sur les grands équilibres mondiaux. On peut seulement espérer que la prise de conscience d'un tel défi soit le prélude à un traitement mondial et global des défis qu'ils soient sanitaires, écologiques ou autres.

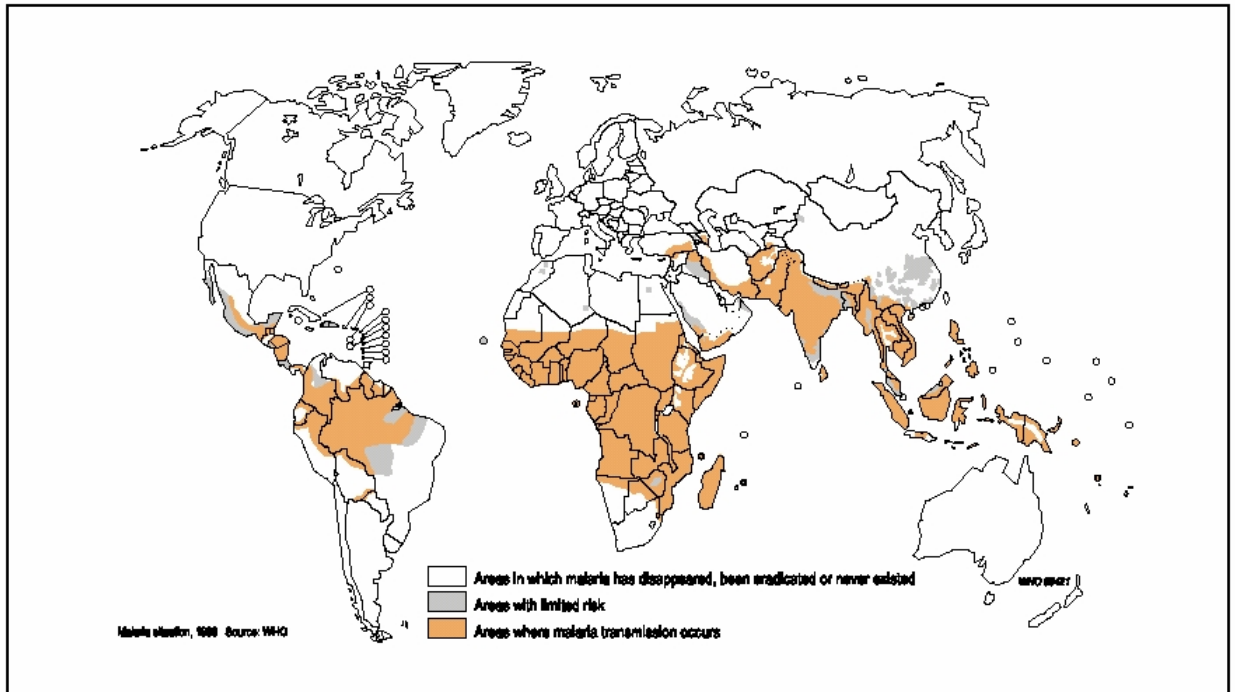
6 ANNEXE N°1

CARTE DE LA FAMINE ET DE LA MALNUTRITION EN AFRIQUE : (source : le Monde Diplomatique 2000)



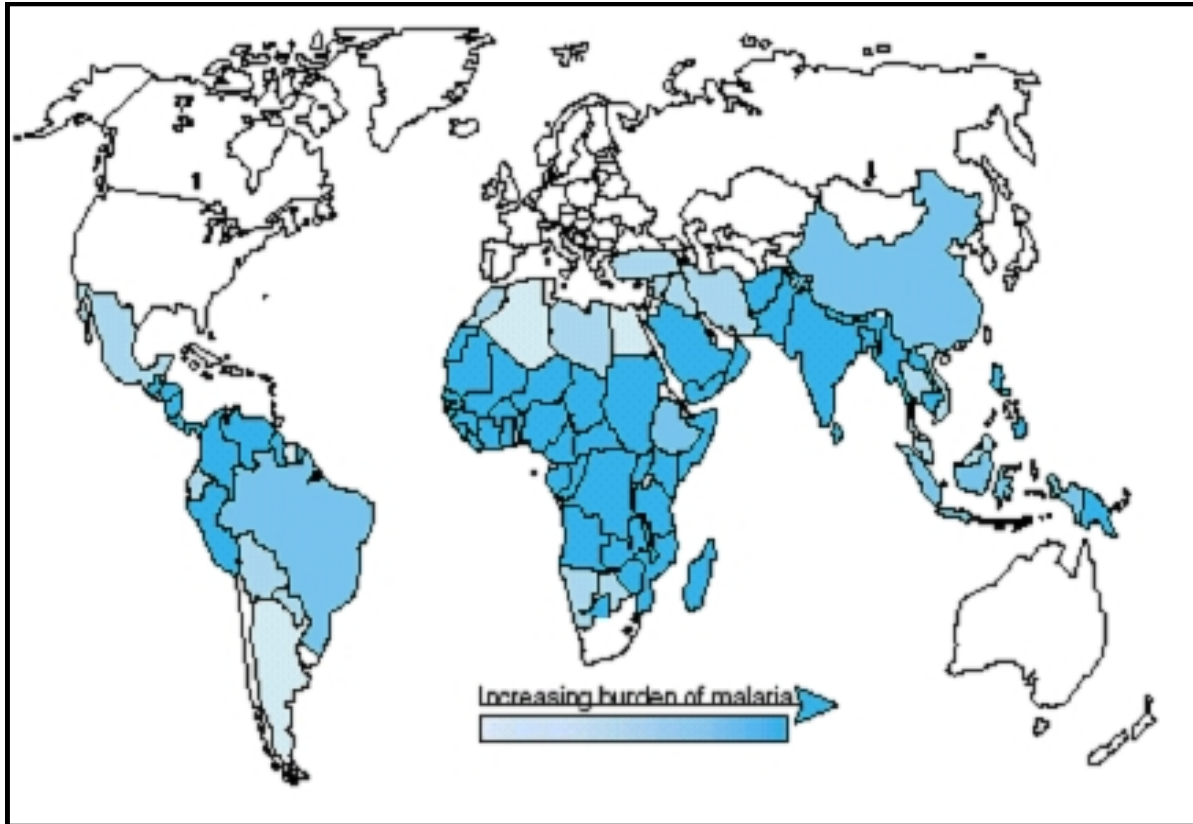
7 ANNEXE N°2

LES ZONES D'ENDEMIE PALUSTRE : (source/ OMS 1999)



9 ANNEXE N°4

IMPORTANCE DES CHARGES ECONOMIQUES INDUITES PAR LE PALUDISME
(source : J.L. Sachs 1999)



10 ANNEXE N°5

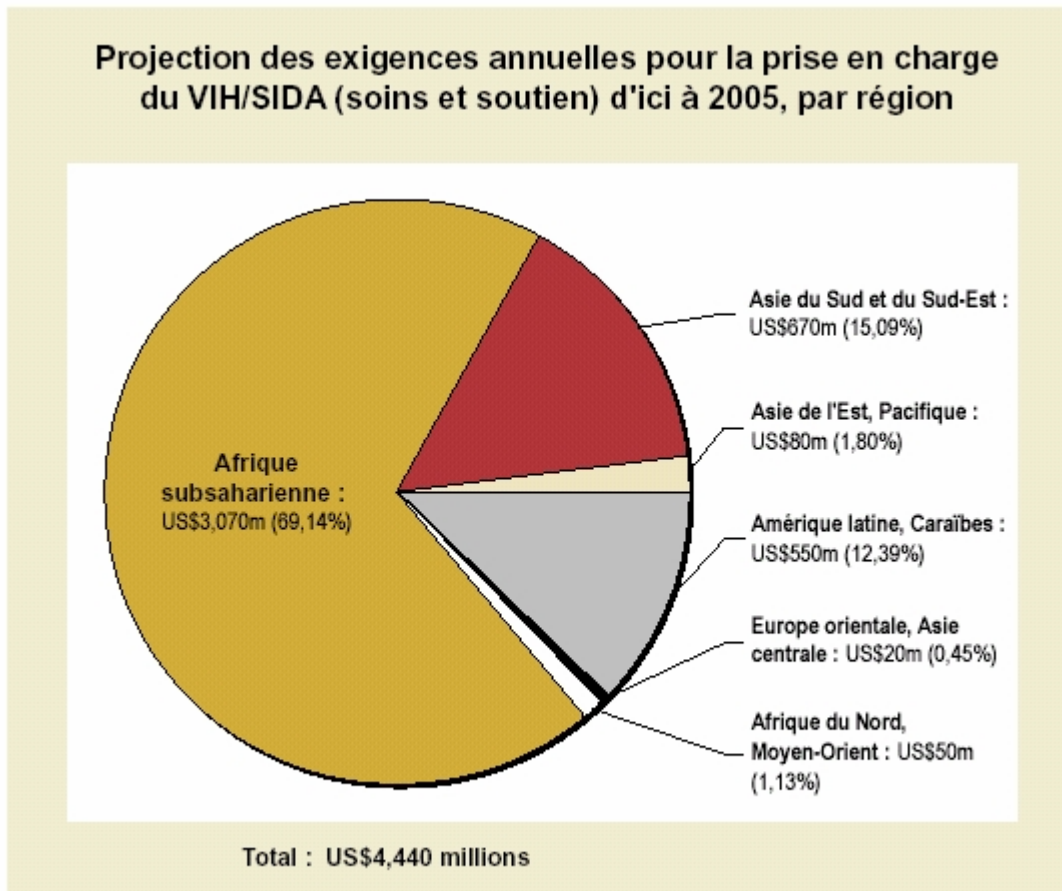
SIDA : LE COUT DES TRAITEMENTS :

	Suisse	Côte d'Ivoire	Ouganda	Zimbabwe
population	7 millions	14 millions	21 millions	12 millions
séropositifs	12 000	700 000	930 000	1.5 millions
Coût total	144 millions	8,4 milliards	11,2 milliards	18 milliards
Coût en % du PNB	0,06	84%	172%	265%
Part des dépenses de santé dans le PNB	7,1%	1,4%	1,8%	3,1%

En dollars, chiffres de 1998, d'après Bernard Hirschel (OMS)

11 ANNEXE N° 6

EVALUATION DU COUT DIRECT DU SIDA PAR REGION



Source : Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS, *Science*

12 BIBLIOGRAPHIE

➤ INTRODUCTION :

Banque Mondiale : Rapports sur le développement dans le monde : 1990 à 2000. Notamment les rapports 1990 (« La pauvreté ») et 1993 (« Investir dans la santé »). Banque Mondiale Washington, DC.

Gallup, J.L., Sachs J. D., “Geography and economic development”, World Bank annual conference on development economics 1998 Boris Pleskovic and Joseph E. Stiglitz, 1999, Washington DC.

Gallup John Luke, Jeffrey D. Sachs, Mellinger Andrew. “Geography and Economic Development,” International Regional Science Review 22, 2, aout 1999.

Carr D. et al. A.: Guide to country-level information about equity, poverty, and health available from multi-country research programs. Washington, DC, The World Bank, 1999.

Chang, Jen-Hu, “The Agricultural Potential of the Humid Tropics”, The Geographic Review vol. 58, n°3, 1968.

Grunberg I., Stern M.A., Global public goods. International cooperation in the 21th century, Oxford university press, New-York, 1999.

Gwatkin D.R., Guillot M., Heuveline P. “The burden of disease among the global poor”. Lancet, 1999, n° 354.

Human Development Network, World Bank Group. Health, nutrition, and population sector strategy. Washington, DC, The World Bank, 1997.

Kamarck, Andrew. The Tropics and Economic Development: A Provocative Inquiry in the Poverty of Nations.: The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1976.

Keller Wolfgang. “Geographic Localization of International Technology Diffusion,” National Bureau of Economic Research Working Paper no. 7509, janvier 2000.

Makinen M. et al. “Inequalities in health care use and expenditures : empirical data from eight developing countries and countries in transition”. Bulletin of the World Health Organization, 78 (1). 2000.

Masters William A. and Margaret S. McMillan. “Climate and Scale in Economic Growth,” Center for International Development, Harvard University, juin 2000.

Organisation mondiale de la Santé, Fact Sheet n° 226, Genève, décembre 2001.

OMS, « les soins de santé primaires ». Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève, Santé pour tous, No 1. 1978.

OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 1995. « Réduire les écarts ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000. « Pour un service de santé plus performant ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain, 1997. Paris, Economica, 1997.

Rashid Mkanje, « Report of the seminary on ONG action », African Medical and Research Foundation Health for All in Africa (Amref), Londres, 1996.

Sachs Jeffrey D. « Tropical underdevelopment » Center for International Development at Harvard University working paper n°57 December 2000.

World Bank. Financing health services in developing countries : an agenda for reform. The World Bank, Washington DC, 1987.

➤ **PROTECTION SOCIALE :**

Bureau International du Travail, Genève.

Bloom David, David Canning, and Pia N. Malaney. “Demographic Change and Economic Growth in Asia,” Center for International Development Working Paper no. 15, mai 1999.

Bloom David and Jeffrey Williamson. “Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia,” World Bank Economic Review, Vol. 12, No. 3, septembre 1998.

Gruat, J.V., « Le régime de sécurité sociale en Afrique : tendance et problèmes contemporains », Revue internationale du travail, vol. 129, n°4, Genève 1990.

Morrisson Christian, « La pauvreté dans le monde », RAMSES 2003, Dunod, Paris, 2002.

Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique : Chiffres clés, les médicaments en France 2001, édition avril 2002.

➤ **PALUDISME :**

Audibert M., Mathonnat J., Nzeyimana I., Henry M-C., « Rôle du capital humain dans l'efficience technique des producteurs de coton du Nord de la Côte d'Ivoire », Revue d'économie du développement, octobre 2000.

Bruce-Chwatt L.J., de Zulueta J., The Rise and Fall of Malaria in Europe: A Historico-Epidemiological Study. Oxford: Oxford University Press, 1980.

Coluzzi M., “The Clay Feet of the Malaria Giant and its African Roots: Hypotheses and Inferences about Origin, Spread and Control of Plasmodium falciparum”. Parasitologia n° 41, 1999.

Gallup, John L. and Jeffrey D. Sachs, "The Economic Burden of Malaria," Center for International Development Working Paper no. 52, Center for International Development at Harvard University, Juillet 2000.

Haworth J., McGregor I.A., Wernsdorfer W.H., Malaria : principles and practice of malariology Churchill Livingstone, Edimbourg 1988.

Kamarck A.M., The Tropics and Economic Development: A Provocative Inquiry into the Poverty of Nations. World Bank, Washington DC, 1976.

Mc Carthy, Desmond, Holger, Yi Wu, Malaria ;World Bank, Washington DC, 1999.

Molineaux L. et Gramiccia G. The Garki project: recherche on the epidemiology and control of malaria in the Sudan savanna of West Africa. OMS, Genève, 1980.

OMS. « World Malaria Situation in 1994, part 1 » Weekly Epidemiological Record 72, 5 septembre 1997.

OMS « World Malaria Situation in 1990, part 2» Weekly Epidemiological Record 67, 5 juin 1992.

Wilks N.E., Turner P.P., Somers K., Markandya O.P., "Chronic Ill-Health from Unrecognized Malaria". East Africa Medical Journal n°42, 1965.

➤ **SIDA :**

Barnett T. et Blaikie P., AIDS in Africa: Its Present and Future Impact, Belhaven Press, Londres, 1992.

Cuddington, J., Modelling the Macroeconomic Effects of the AIDS Epidemic in Africa, Georgetown University, Washington DC, juin 1991.

Desmond G.M., The Impact of AIDS on Economic Development: An Approach to a Case Study in Africa, octobre 1989.

Devereux S. et Eele G., Monitoring the Social and Economic Impact of AIDS in East and Central Africa, Food Studies Group, Oxford University, rapport du PNUD, septembre 1991.

Giraud P., The Economic Impact of HIV/AIDS on the Transport Sector: Development of an Assessment Methodology, PNUD, 1993.

Kambou G., Devarajan S. and Over M., "The Economic Impact of the AIDS Crisis in Sub-Saharan Africa: Simulations with a Computable General Equilibrium Model", Journal of African Economies, vol. 1, No 1, 1992.

Myers C., Obremsky S.A., et Mechai Viravaidya, The Economic Impact of AIDS on Thailand, Bloom and Lyons, Londres, octobre 1993.

Norse D., The Potential Impact of AIDS on Agricultural Production, FAO, 1991.

Theodore Karl, « HIV-AIDS in the Caribbean: economic issues-impact and investment response », CMH Working Paper Series, Paper N° WG1, Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Mars 2001.

UN Economic Commission for Africa : “AIDS and economic development” African Development forum 2000, décembre 2000.

UNAIDS (ONUSIDA) and World health Organization : AIDS Epidemic Update 2000, 2001, 2002, Joint United Nations, Genève.

UNAIDS and World Health Organization, Programme on HIV/AIDS, , Genève, décembre 2001.

UNICEF : Les orphelins du sida ; réponses de la ligne de front en Afrique de l’Est et en Afrique Australe, Paris,1999.

Vandemoortele J., The Sub-Saharan Labour Market, PNUD, février 1991.