

# Démographie et différences

*Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# Réflexions sur les facteurs d'inégalité en matière de santé dans les sociétés en développement

---

• Eddy SOUMOY et Evelyne THITGES

Université Catholique de Louvain, Belgique

A l'origine de cette communication se trouve un triple constat. Premier constat : les pays en développement se caractérisent par de fortes inégalités en matière de santé si l'on considère les critères de partition classique des sous-groupes. Par ailleurs, les inégalités traduites par les indicateurs classiques montrent que l'état de santé des classes supérieures des pays en développement reste encore bien inférieur à celui général des populations des pays développés.

Deuxième constat : pour le peu que l'on sache, la double inégalité précitée ne tend à se réduire que très faiblement au cours du temps. Troisième constat : malgré les appels de plus en plus pressants et de plus en plus nombreux à une recherche pluridisciplinaire sur les problèmes de santé dans les pays en développement, on se doit de reconnaître que les recherches menées restent encore le plus souvent confinées dans le champ d'une discipline particulière.

Ce triple constat nous a amenés à nous interroger sur les approches et théories utilisées et à suggérer quelques principes qui devraient, selon nous, présider à l'élaboration de ce que nous appelons un modèle d'analyse utile pour l'action.

## I.- Le constat

Il n'est nul besoin de s'étendre longuement sur les disparités de morbidité et de mortalité au sein des pays en développement. Nous nous bornerons ici à rappeler quelques caractéristiques d'identification ou d'appartenance les plus couramment retenues dans la littérature consacrée au sujet et citerons quelques exemples s'y rattachant.

### 1) La zone d'habitat urbain-rural

Notons par exemple les estimations d'espérance de vie des populations de ces deux zones au Mali (Traore, 1983) qui sont de 46,6 ans et 58,8 ans respectivement en milieu rural et urbain. Des inégalités de même sens sont le plus souvent constatées pour d'autres indicateurs de santé comme les «taux» de mortalité infantile et juvénile (on observe une relation inverse pour la mortalité infantile au Nord-est au Brésil, Oya-Sawyer *et al.*, 1987).

### 2) Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction fait souvent apparaître de profondes inégalités en matière de santé. Les exemples les plus nombreux dans la littérature concernent la mortalité infantile et juvénile pour lesquelles on constate une relation négative avec l'instruction

des mères. Ainsi, par exemple, au Bénin et au Sénégal, la surmortalité des enfants (0-5 ans) de mères illettrées par rapport aux mères « instruites » (au moins 7 ans d'école) est respectivement de 190 et 160% (Akoto et Tabutin, 1987).

### 3) *L'appartenance ethnique*

L'appartenance ethnique fait également apparaître des inégalités. Remarquons au Sénégal la surmortalité des enfants chez les Wolof par rapport aux Peul, dont les quotients de mortalité de 0 à 2 ans sont respectivement de 251 et 184 p. 1000 (Cantrelle *et al.*, 1980).

### 4) *La profession*

Au Cameroun, par exemple, le quotient de mortalité infantile est de 149 p. 1000 pour les agriculteurs, alors qu'il est de 78 p. 1000 pour les cadres et les professions libérales (Akoto, 1985).

## II.- Critique des statistiques disponibles pour l'étude des inégalités en matière de santé

### 1) *La validité des indicateurs utilisés*

Idéalement, la santé devrait être mesurée positivement. L'indicateur utilisé devrait rendre compte du niveau de « bonne santé » et non simplement de la présence de maladies dans la population (Goldberg, 1979). En procédant ainsi, on considérerait non seulement les pathologies mais également leurs séquelles, les handicaps et les déficiences. L'utilisation de ce concept aboutirait très certainement à une image plus fidèle de l'état de santé des groupes d'individus. Un tel objectif, bien que théoriquement souhaitable, reste encore très souvent irréalisable dans les pays développés en raison de l'absence de statistiques. La santé dans ces pays reste le plus souvent abordée en termes incomplets de morbidité. Dans les pays en développement, l'état de santé est le plus souvent mesuré par la mortalité. Cet indicateur reste très imparfait dans la mesure où il n'envisage que les maladies aboutissant au décès et néglige de ce fait toutes les conséquences non fatales qui peuvent affecter grandement les individus. Bien qu'on ne puisse blâmer l'utilisation de cet indicateur, en l'absence de toute autre mesure disponible, on ne pourra manquer de noter les carences des études s'y référant.

### 2) *Disponibilité des indicateurs*

Les statistiques de décès qui sont encore des outils fort grossiers pour l'étude de la santé sont, de plus, fréquemment indisponibles.

A cette absence, on peut déceler plusieurs causes. Tout d'abord, l'enregistrement des décès nécessite un système d'état civil, appareil dont le coût et les exigences sont souvent trop élevés pour les capacités des pays en développement. Les enquêtes qui pourraient pallier les déficiences des systèmes nationaux d'enregistrement restent rares en raison des coûts impliqués par la rareté du phénomène. Par ailleurs, l'intérêt porté à la mortalité infantile et juvénile a souvent relégué à l'arrière-plan l'étude de la mortalité adulte et a défavorisé la collecte des données qui participent à la connaissance statistique plus approfondie du phénomène.

### 3) La fiabilité

La qualité des données de mortalité utilisées pour mesurer la santé reste souvent assez sommaire. L'état civil, lorsqu'il existe dans les pays en développement, est souvent un outil peu performant pour l'étude des inégalités en matière de mortalité. L'enregistrement des décès et des naissances peut souvent varier dans sa qualité et son exhaustivité d'une région à l'autre, d'un group social à l'autre, d'une ethnie à l'autre, pour des raisons propres à l'état civil, mais aussi aux individus constituant ces sous-ensembles. Les recensements et les enquêtes pourraient constituer des alternatives intéressantes; mais, là aussi, des biais bien connus des démographes sont à craindre.

Un risque tout aussi important menace la fiabilité des statistiques. Celui-ci a trait à l'enjeu que constitue le niveau des indicateurs de santé dans l'obtention ou la poursuite de l'aide internationale en matière de santé (Dujardin, 1987; Grodos et De Béthune, 1987).

### III.- Définition de l'inégalité en matière de santé

L'inégalité qualifie une différence, le plus souvent, entre deux groupes d'individus en précisant la position hiérarchique de ceux-ci sur l'échelle fictive d'un critère utilisé. La notion d'inégalité est souvent utilisée pour désigner des groupes d'individus sur des échelles de critères socialement valorisés: revenu, pouvoir, richesse... Rien d'étonnant dès lors à ce que l'inégalité soit l'objet de nombreux débats sociaux et d'analyses.

La santé (pour une synthèse des définitions de la santé, cf. Goldberg *et al.*, 1971) est souvent définie par l'absence de maladies. Ceci tient certainement à la plus grande facilité d'élaboration d'un indicateur axé sur ce critère. Cependant la santé est davantage que cela. L'OMS la définit comme n'étant « pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, mais un état de total bien-être mental et social ». Ceci nous indique la voie à suivre pour une définition plus complète de la santé: un élargissement de la notion de morbidité qui permettrait de prendre en compte toutes les dysfonctions du corps et de l'esprit: handicaps, déficiences, souffrances, permanents ou passagers.

Considérant ces deux définitions, on pourrait donc définir l'inégalité en matière de santé comme étant l'existence de deux groupes d'individus possédant des « états de santé », des « niveaux de santé » différents, c'est-à-dire des fréquences différentes de maladies, de handicaps, de déficiences, de souffrances, permanents ou passagers. Les connaissances génétiques restant – tout au moins actuellement – insuffisantes pour déterminer l'importance des facteurs génétiques, la recherche des inégalités en matière de santé portera sur les déterminants sociaux, politiques ou économiques de ces inégalités.

Le champ de notre réflexion s'étendra aux pays en développement. La situation des pays en développement est certainement très hétérogène (Goussault, 1984), bien que l'on ait tenté très souvent de les présenter comme formant un bloc monolithique. Pour notre part, nous retiendrons les critères classiques de définition (économiques: taux de chômage, faiblesse du PNB...), en admettant donc une définition critiquable, proche du sens commun, car nous estimons que, malgré la grande hétérogénéité qui caractérise le Tiers-Monde, les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé sont relativement communs aux différents pays. Il conviendra cependant d'insister sur l'hétérogénéité des degrés de gravité rencontrés. Ceci ne pourrait être ignoré pour des études plus spécifiques de groupes de pays donnés.

#### IV.- Réflexion sur la littérature se rattachant de près ou de loin au thème traité

L'étude du problème des inégalités en matière de santé dans les sociétés en développement nous a amené à consulter une littérature provenant d'horizons très divers (sociologie, économie, anthropologie, épidémiologie...) et traitant principalement ou simultanément du développement, des pays en voie de développement, de la santé, de la morbidité et de la mortalité dans les pays en développement, des inégalités sociales, soit dans une perspective analytique, descriptive ou même de définition conceptuelle. Dans cette approche, nous n'avons pas négligé la littérature moins apte à répondre aux critères rigoureux de la science, mais apportant néanmoins des renseignements intéressants qu'il nous appartenait d'évaluer au moyen de techniques appropriées.

L'examen de ces nombreux travaux nous a permis de resituer la santé des populations des sociétés en développement dans un contexte plus large, fait de relations multiples, et dans lequel interviennent de nombreux acteurs. Il a également mis en évidence la complémentarité de certaines approches, ainsi que les limitations de leur étude à des zones «causalement» proches du phénomène étudié. Nous avons noté quelques causes parmi d'autres qui pourraient expliquer cette situation. Certaines pourraient être qualifiées d'épistémologiques alors que d'autres sont davantage liées à la spécificité de la situation envisagée. Nous avons ainsi décelé les causes suivantes :

— la tendance générale des disciplines à se contenir dans un champ qu'elles ont souvent dû conquérir de haute lutte et au sein duquel elles produisent un discours reconnu comme légitime;

— la prise de conscience de la situation d'urgence définie par l'existence d'un référent. Celle-ci oriente la discipline vers des stratégies d'action et la détourne des variables et des facteurs plus lointains dans la chaîne causale, car leur modification exigerait souvent des interventions plus soutenues et des résultats moins immédiats bien que plus durables (Van Lerberghe, 1987; Thiébaud, 1986).

#### V.- Les principes de notre approche

L'analyse des inégalités en matière de santé dans les pays en voie de développement exige l'adoption d'un ensemble de principes. A la lumière de la littérature consultée, nous avons tenté de formuler certains principes que nous considérons fondamentaux pour ce type d'étude.

##### 1) *Prise en compte de la spécificité du contexte des pays en voie de développement*

###### a) *Faiblesse des ressources*

Nous ne pourrions développer en quelques lignes le délicat problème de la fragilité de l'économie des pays en développement. Ceci serait cependant utile pour remonter plus sûrement à certains déterminants cruciaux de la santé.

Nous nous contenterons ici de noter la conséquence qu'a presque toujours la situation de fragilité sur la santé. Elle incite très souvent le gouvernement à réduire au minimum des nécessités les ressources destinées à la santé, secteur peu productif à court terme et à les porter bien en deçà de ce minimum dès qu'un événement extérieur aura perturbé un peu plus l'économie : conflits armés, catastrophes naturelles (souvent à mettre

en relation avec l'absence de systèmes et de mesures de protection et donc avec la faiblesse économique) et bien sûr crise économique mondiale (Destexhe, 1987).

La faiblesse économique accroît la dépendance du pays victime à l'égard des créanciers étrangers qui pourront fixer leurs exigences et imposer comme conditions de prêt des contraintes très souvent contraires à la réalisation de politique de santé.

### *b) Instabilité politique*

L'instabilité politique peut avoir des conséquences importantes pour les politiques de santé dans les pays en développement. Les politiques de santé exigent la participation de nombreux acteurs – car elles doivent toucher de nombreux secteurs : habitat, eau, environnement physique, législation du travail et, bien sûr, infrastructure de soins – et une poursuite ininterrompue sur le long terme – car les transformations de contexte demandent des efforts prolongés et soutenus. Malheureusement, l'instabilité politique signifie le renouvellement fréquent des acteurs et l'interruption de la politique antérieurement menée. Soit que les acteurs estiment en toute bonne foi que les mesures antérieurement adoptées sont inefficaces, soit qu'ils tentent de légitimer le nouveau pouvoir par des actions ostentatoires de grande envergure destinées à démontrer le dynamisme et l'efficacité des nouveaux dirigeants.

J. Dumoulin (1987) note les effets négatifs qu'a produit une action éclair en partie destinée, selon lui, à légitimer le pouvoir nouvellement en place au Congo. Menée dans la précipitation – ce qui s'est notamment traduit par l'absence de définition préalable des besoins – cette action très coûteuse n'a eu que des effets ponctuels et a, en fin de compte, entamé dangereusement la crédibilité du secteur santé.

L'instabilité politique des régions dans lesquelles sont situés de nombreux pays du Tiers-Monde peut influencer grandement la santé de la population. Les conflits armés dans lesquels sera entraîné le pays auront vite fait d'accaparer l'essentiel des ressources et de réduire à la portion congrue la part relative à la santé et du secteur social qui la détermine.

### *2) Considération de la multiplicité des acteurs*

La problématique de la santé exige la participation d'une pluralité d'acteurs : tant au niveau de l'élaboration d'une stratégie globale incluant la détermination d'objectifs prioritaires et la mise en place de moyens d'action pour les atteindre (formation du personnel et installation d'infrastructures médico-sanitaires) qu'au niveau des services de soins – préventifs et curatifs – mis à la disposition de la population.

L'urgence des besoins dans les pays en développement (alimentaires, salubrité de l'environnement, éducatifs...) pour une frange importante de la population opposée souvent à la faiblesse des ressources du pays et la nécessité de fixer des affectations prioritaires met en évidence le caractère multidimensionnel de la santé et l'intervention d'un grand nombre d'administrations et de ministères – de la Planification, de l'Agriculture, du Travail... – pour mener une politique visant à améliorer l'état sanitaire des individus. Il importe donc, pour analyser les inégalités en matière de santé, d'identifier tous les acteurs et de dégager leur stratégie, quel que soit leur degré de proximité, c'est-à-dire le rôle plus ou moins lointain qu'ils tiennent dans la chaîne causale conduisant à un état de santé donné. Nous distinguons deux types d'acteurs : les acteurs « lointains » et

les acteurs « proches » – les premiers pouvant influencer par leurs décisions les stratégies des seconds – en fonction de la position qu'ils occupent dans le processus causal conduisant à une situation sanitaire donnée.

#### *a) Les acteurs « lointains »*

Aujourd'hui, à la lumière des échecs des nombreuses tentatives de politiques de développement économique et de la remise en cause de l'autonomie des facteurs économiques et de leur caractère déterminant, on insiste sur la finalité de tout projet de développement d'une société qui se doit d'être l'amélioration du bien-être de la population (Latouche, 1986; Schaffer, 1981). Selon ces principes, la promotion et la protection de la santé sont des objectifs prioritaires (Conférence d'Alma Ata, cf. Van Lerberghe, 1988). Cependant, l'adéquation des contraintes politiques et financières aux objectifs formulés peuvent conduire à une remise en cause des priorités et des choix des pouvoirs publics. Citons, par exemple, le cas de la Tanzanie qui, en raison de son endettement considérable, a réduit ses dépenses publiques – et donc amputé ses dépenses sociales – et a supprimé les subventions alimentaires en 1983 (Ikonicoff, 1984), dans le cadre d'un programme d'ajustement du F.M.I.

Elucider la prise de décision en matière de santé demande de considérer, complémentaiement au rôle des pouvoirs publics, celui d'autres groupes susceptibles de peser dans la fixation de priorités – il s'agit dans notre exemple des crédeturs internationaux – mais aussi d'influencer, par leurs actions ou leurs décisions, la santé des individus. Citons deux exemples mettant en scène des acteurs différents : dans le cadre d'une politique de développement industriel, l'absence de normes en matière de pollution de l'environnement et de législation sociale est avantageuse pour les industries, en réduisant les coûts de production, mais néfaste pour la santé des individus. A un autre niveau, B. Jobert (1982) attribue l'échec partiel du programme des volontaires de santé en Inde à l'influence des partis politiques et aux réticences des administrations locales.

En matière de santé, nous devons considérer le rôle des « donateurs ». Les pays en développement ont recours à l'aide internationale. Au Sénégal, par exemple, les prévisions du plan se fondent sur un apport étranger sept fois égal à l'apport propre du pays (Dujardin, 1987). Justifiées par un esprit de solidarité internationale, ces aides répondent, en raison même des origines différentes des donateurs, à des objectifs différents. L'aide est souvent orientée vers certains groupes de population. Il s'avère donc difficile de les intégrer à une stratégie globale visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population de manière durable.

#### *b) Les acteurs « proches »*

Nous distinguons l'individu et son entourage des « offreurs » de soins. L'état de santé d'un individu dépend de ses conditions de vie – s'il s'agit d'un adulte – mais également d'un ensemble d'attitudes et de comportements à l'égard de l'hygiène, de la prévention de la maladie ou des accidents et du recours aux soins de santé. S'il s'agit de l'état de santé d'un enfant, le rôle de sa mère, de son père et celui de sa famille doivent, en fonction du contexte, être pris en charge dans l'explication.

En ce qui concerne le personnel de santé, nous distinguons :

— le personnel de santé résidant dans le pays et souvent formé selon le modèle occidental; ce dernier peut être employé dans le secteur public. Remarquons qu'il est alors nécessaire de mener une politique de salaires qui n'incite pas les médecins à s'en détourner et à pratiquer une médecine privée réservée à certaines catégories de la population en l'absence de socialisation des dépenses de santé. Ce personnel est souvent inéquitement réparti sur le territoire national, dans les zones urbaines, au détriment des zones rurales. Notons le cas du Sénégal, où le Cap vert regroupe 19 % de la population et 73 % des médecins (Garenne *et al.*, 1985);

— le corps médical ou para-médical en mission ou coopérant pour une durée limitée dans le cadre d'une action ponctuelle. Doté de matériel et de médicaments, le reproche le plus courant qu'on lui fait est de créer des besoins qui ne pourront être satisfaits après son départ (Thébaud, 1986);

— la médecine traditionnelle, à laquelle les individus ont recours parallèlement ou complémentirement à la médecine «moderne». La négligence de cette médecine peut expliquer l'échec de certains programmes.

### 3) *Acceptation d'une approche moins quantitative*

Le démographe et l'économiste travaillent le plus souvent sur des modèles testables. Pour étudier la santé dans les pays en développement dans une perspective d'action efficace, il convient cependant d'abandonner toute idée d'élaboration d'un tel modèle. Sans doute est-il très utile de procéder à de telles analyses quantitatives. Celles-ci ne doivent pourtant pas être considérées comme un aboutissement. Elles sont davantage destinées à estimer l'ampleur et l'évolution du phénomène – encore que de façon relativement imprécise étant donné l'imperfection des statistiques utilisées – et à suggérer des hypothèses. Lorsque l'on veut prendre en compte la spécificité de la situation des pays en développement, notamment l'intervention des multiples acteurs qui pourraient jouer un rôle crucial au niveau de la santé et de ses inégalités ou les relations entre individus-médecine, il ne sera cependant pas possible de procéder à des analyses quantitatives. Un voyage au-delà des chiffres s'impose dès lors.

### 4) *La prise de conscience du référent*

#### a) *Le choix du référent*

La considération des inégalités en matière de santé entre les pays ou au sein d'un même pays présuppose l'existence d'un référent. On opère en effet une comparaison sur la base de la valeur d'un (ou éventuellement plusieurs) indicateur(s) de santé qui conduit à l'établissement d'un classement des pays ou des catégories de population. L'ensemble le mieux placé devient l'élément de référence et sert à définir de manière implicite ou explicite un état de santé optimal. Que la valeur mesurée de l'indicateur dépende de la société et du contexte dans lesquels elle est obtenue doit être gardé à l'esprit. Définir une situation de santé optimale de la population dans les sociétés en développement devrait s'appuyer sur l'élément de référence que constitue les «élites locales», ce qui permettrait de tenir compte du contexte social et culturel de ces sociétés. Très souvent, vraisemblablement de manière inconsciente et peut-être en l'absence d'informations sur les «élites locales», le cadre de référence est la situation occidentale passée ou présente.



### *b) La définition d'une situation optimale*

Pour définir un modèle d'analyse des inégalités en matière de santé utilisable pour chercher à améliorer les conditions de santé des groupes les moins favorisés, nous considérons, dans un pays donné, une situation de santé optimale, caractérisée par un ensemble d'attitudes et de comportements « optimaux », dépendant des connaissances médicales et épidémiologiques du moment, ainsi que par un accès aisé aux services de santé. Le modèle développé doit permettre de mettre en évidence l'ensemble des mécanismes aboutissant à cette situation, en tenant compte du contexte sociétal dans lequel il s'inscrit et du rôle des différents acteurs.

### *c) Les implications*

La définition d'une situation de santé optimale prenant en compte le cadre contextuel dans lequel elle se situe et permettant de dégager le rôle des acteurs impliqués dans le processus peut amener à introduire de nouvelles hypothèses, telles que les facteurs culturels régissant l'accès à certains services de santé, tout en utilisant par ailleurs les acquis théoriques d'autres disciplines. En introduisant la nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans l'analyse explicative des inégalités, elle met en évidence le cloisonnement des disciplines lorsqu'elles abordent l'étude des inégalités. L'explication est souvent limitée à la « zone causale » située dans le champ de la discipline considérée (voir notamment, les critiques de A. Quesnel à propos de l'analyse de la mortalité infantile différentielle, 1984).

## Conclusion

Resituer la santé dans un contexte plus large dans lequel interviennent de nombreux acteurs permet de démontrer l'intérêt d'une étude pluridisciplinaire des inégalités en matière de santé qui ne se limiterait pas à l'utilisation d'indicateurs ou de variables empruntés à d'autres disciplines, mais prendrait en charge dans l'analyse explicative leur discours et leurs acquis théoriques.

La situation des pays en développement, l'urgence de leurs besoins semble avoir favorisé des recherches débouchant sur des propositions d'action, réduisant le contenu analytique des études. Aujourd'hui, la restriction des budgets de recherche accentue l'avantage d'une recherche-action aux résultats plus immédiats mais peut-être moins durables au détriment d'une analyse approfondie des dysfonctions. Mentionnons pour illustrer notre propos le glissement de la stratégie des « soins de santé primaires » vers les « soins de santé sélectifs » dont la stratégie ne tient pas compte du caractère multidimensionnel de la santé (Van Lerberghe, 1988).

Dans cette communication, nous nous sommes également attachés à montrer la nécessité de la prise de conscience d'un certain nombre d'éléments dont l'évacuation peut conduire à une vision tronquée de la réalité que l'on cherche à appréhender, à la limitation de l'analyse à ce qui est statistiquement testable et à l'omission des déterminants cruciaux des différences.

En reconnaissant la difficulté de l'analyse différentielle et en tentant de définir les principes présidant à cette approche, nous en avons reconnu implicitement l'intérêt.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] AKOTO E. (1985) *Mortalité infantile et juvénile en Afrique - Niveaux, caractéristiques, causes et déterminants*, Département de Démographie UCL, Ciaco Ed., Louvain-la-Neuve, 273 pp.
- [2] AKOTO E., TABUTIN D. (1987) *Inégalités socio-économiques en matière de mortalité en Afrique au sud du Sahara*, UCL, Institut de Démographie, Working Paper no. 138, 45 pp.
- [3] BERTHET E. (1984) « Réduire de moitié la mortalité dans les pays du Tiers-Monde », *Hygie*, vol. III, 2, 41-49.
- [4] BERTHET E. (1983) « Les objectifs de l'éducation pour la santé », *Hygie*, vol. II, 3, 49-53.
- [5] BROKENSHA D. (1987) « Inequality in rural Africa : Fallers reconsidered », *Manchester Papers on Development*, vol. III, 2, 1-21.
- [6] CANTRELLE P., LIVENAI S., P. (1980) « Fécondité, allaitement et mortalité infantile ; différences inter-ethniques dans une même région : Saloum (Sénégal) », *Population*, 3, 623-648.
- [7] CANTRELLE P. (1984) « Une orientation pour les études sur la mortalité dans les pays à mortalité élevée », *Cahiers de l'ORSTOM*, vol. XX, 2, 321-323.
- [8] COMELIAU C. (1983) « Tiers-Monde et économie mondiale », *Futuribles*, octobre, 71-89.
- [9] COZ J. (1987) « Les maladies tropicales et la recherche en Afrique noire francophone », *Afrique Contemporaine*, 143, 3-34.
- [10] DESTEXHE A. (1987) « Crise économique et financement de la santé », *Politique Africaine*, 28, 53-64.
- [11] DUJARDIN B. (1987) « Aide internationale : l'offre correspond-elle aux besoins ? », *Politique Africaine*, 28, 65-80.
- [12] DUMOULIN J. (1987) « Opération coup de poing santé au Congo », *Politique Africaine*, 28, 81-88.
- [13] ELMANDJARA M. (1980) (interview de) « Ordre mondial et style de développement », *Futuribles*, juillet-août, 115-123.
- [14] GARENNE M., CANTRELLE P., DIOP I.L. (1985) « Les cas du Sénégal », in VALLIN J. et LOPEZ A. (ed.), *La lutte contre la mort*, INED-PUF, *Travaux et Documents*, cahier n° 108, 307-330.
- [15] GOLDBERG M., DAB W., CHAPERON J., FUHRER R., GREMY F. (1971) « Indicateurs de santé et « sanométrie » : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population », *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 27, 51-68.
- [16] GOUSSAULT Y., (1987) « Tiers-Monde, développement : de la socio-économie à la sociologie », *Revue Tiers-Monde*, tome XXVIII, 112, 759-776.
- [17] GRODOS D., DE BETHUNE X. (1987) « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du Tiers-Monde », *Social Science and Medicine* (à paraître).
- [18] HOURS B. (1987) « L'urgence comme politique », *Politique Africaine*, 28, 89-95.
- [19] IKONICOFF M. (1985) « Projet de développement : acteurs et modèle de référence », *Revue Tiers-Monde*, tome XXVI, 104, 781-792.
- [20] JOBERT B. (1982) « La participation populaire au développement sanitaire : le cas des volontaires da la santé en Inde », *Revue Tiers-Monde*, tome XXIII, 91, 649-668.

- [21] KNOWLES J.H. « Health, population and development », *Social Science and Medicine*, vol. 14C, 67-70.
- [22] KODJOE. (1985) « La dimension sociale du développement en Afrique », *Futuribles*, mars, 65-79.
- [23] LATOUCHE S. (1986) *Faut-il refuser le développement ?*, PUF, Paris, 213 pp.
- [24] O.M.S. (1986) « L'Afrique en crise et la réponse de l'O.M.S. », *Chronique O.M.S.*, 40(6), 250-256.
- [25] OYA-SAWYER D., FERNANDEZ-CASTILLA R., MELO MONTE-MOR R.L. (1987) « L'impact de l'urbanisation et de l'industrialisation sur la mortalité au Brésil », *Rapport de Statistiques sanitaires internationales*, vol. 40, 1, 84-95.
- [26] QUESNEL A. (1984) « La transition démographique », *Cahiers ORSTOM*, vol XX, 2, 283-291.
- [27] SALOMON J.-J. (1984) « La science ne garantit pas le développement », *Futuribles*, juin, 37-68.
- [28] SCHAFFER B., LAMB G. (1981) *Can equity be organized ?*, Paris, UNESCO, 165pp.
- [29] TABUTIN D. (1985) « Les transitions de mortalité dans le Tiers-Monde, quelques problèmes et aspects explicatifs », UCL, Institut de Démographie, Working Paper 127, 33pp.
- [30] THEBAUD A. (1986) « Le jeu des organismes internationaux de la santé », *Prévenir*, 12, 89-97.
- [31] TRAORE B. (1983) « La mortalité au Mali. Niveaux, différences et causes », in *Actes du Séminaire national sur les politiques de population au Mali*, Bamako, Ministère du Plan, Nations Unies, 278-312.
- [32] TURNER M.M. (1987) « Reducing inequality in Papua New Guinea : gains, losses and prospects », *Manchester Papers on Development*, vol. III, 3, 25-36.
- [33] UCHE C. (1986) « Anthropological approaches for the study of mortality and morbidity », Communication présentée au *Séminaire sur les études comparées de mortalité et de morbidité : anciennes et nouvelles approches de mesure et d'analyse*, Sienna, 7-12 juillet.
- [34] VALLIN J. (1987) « Théories de déclin de la mortalité et situation africaine », UIESP, in *Séminaire sur mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*, Yaoundé.
- [35] VAN LERBERGHE W., PANGU K.A. (1988) « les politiques de santé », in TABUTIN D. (éd.) *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, chap. 12 (sous presse).
- [36] VELASQUEZ G. (1986) « Pour une nouvelle politique pharmaceutique dans les pays du Tiers-Monde », *Revue Tiers-Monde*, tome XXVII, 105, 109-127.