

# VIVRE PLUS LONGTEMPS, AVOIR MOINS D'ENFANTS, QUELLES IMPLICATIONS ?

Colloque international de Byblos-Jbeil  
(Liban, 10 - 13 octobre 2000)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# Place de l'efficacité et de l'équité dans les politiques de fécondité et de santé. Analyse de deux exemples

---

**Alain JOURDAIN**

École nationale de la santé publique, Rennes, France.

Il est paradoxal de constater que les problématiques démographiques occupent une place chaque jour plus importante, alors que l'expertise des démographes est de moins en moins sollicitée. Nous pensons que cela vient en partie de l'inadéquation des réponses que la démographie apporte aux nouvelles formes des politiques publiques. La réponse des politiques aux changements démographiques aujourd'hui doit s'interpréter à partir de l'évaluation des politiques passées. C'est ce que nous proposons de faire dans cet article consacré à la politique de santé publique en France et à la politique de santé de la reproduction des Nations Unies.

Je me propose de montrer, dans un premier temps, que sur des questions relatives à la fécondité ou à la mortalité, la recherche démographique s'est progressivement dégagée de la tâche impossible qui lui était confiée, de démontrer que les programmes publics étaient les principaux responsables de la baisse de la fécondité et de la mortalité, car les déterminants de ces variables démographiques sont avant tout sociaux, politiques, culturels avant d'être sectoriels. Dans un second temps, je montrerai que le thème des inégalités est devenu progressivement un enjeu des politiques de population sous le double effet de la « découverte » que les inégalités sociales sont un déterminant de la fécondité et de la mortalité, et de la prise de conscience de ce fait par l'opinion publique.

La principale conséquence de cette évolution de la finalité des politiques de population, de l'efficacité vers l'équité, est un renouvellement des problématiques de recherche dont nous présenterons un aperçu dans notre conclusion.

## **1. Les politiques publiques de santé n'influencent la baisse de mortalité qu'à la marge**

L'évaluation de l'impact des politiques de santé<sup>1</sup> montre une évolution en trois étapes principales : premièrement, la recherche sur l'efficacité démographique des politiques de santé s'est fortement développée dans les années soixante-dix; deuxièmement, ses résultats montrent que le système de soins et les programmes de prévention ont un impact plutôt modeste sur le niveau de la mortalité (HCSP, 1994); troisièmement, en partie en réaction à ce constat, apparaît un intérêt renouvelé pour le concept d'équité dans les sciences sociales, relayé dans la formation des politiques de population.

### **1.1 Les soins médicaux représentent une part minoritaire des déterminants de la mortalité**

Une série d'études réalisées à la fin de la décennie soixante-dix par les épidémiologistes, faisant suite aux travaux novateurs de McKeown (1962) montraient que les soins médicaux n'avaient qu'une assez faible influence sur la baisse de la mortalité. La mesure d'impact des nouveaux soins sur la mortalité (McKinlay et al., 1989), la mesure de la mortalité évitable par le système de soins (Jougla et al., 1987), ou la corrélation entre dépenses de santé et mortalité (Poikolainen, 1986) sont à l'origine de ce renversement de point de vue concernant l'efficacité des politiques de santé. Aucune de ces approches de la question n'a permis de mettre en

---

<sup>1</sup> La situation que nous allons décrire pour la France est assez différente de celle des autres pays européens, où les politiques de santé ont davantage été orientées vers la recherche de l'efficacité démographique au moindre coût. Les auteurs s'accordent toutefois sur le fait qu'il existe un regain d'intérêt actuel pour les questions d'équité, après le passage de la vague libérale des années quatre-vingt-dix dans les pays de l'OCDE.

évidence une relation claire, directe et continue entre l'intensité de l'activité déployée dans le secteur des soins et la santé de la population. Toutefois, certaines interventions ciblées sur une cause de mortalité précise sont corrélées significativement à une baisse de mortalité. Mais ces interventions en santé publique, dont l'efficacité est démontrée, concernent un nombre limité de causes pour une tranche d'âge précise<sup>2</sup> (Meslé, 1995, pp. 745-778), elles n'ont donc qu'une influence limitée sur la mortalité générale. On peut prendre l'exemple récent de l'étude MONICA de l'OMS où, selon les auteurs, « le modèle de régression explique 72% et 56% de la variance de la tendance observée de baisse de mortalité chez les hommes et les femmes, par l'évolution des traitements (en direction des maladies coronariennes du cœur) » (Tunstall-Pedoe et al., 2000), « *Estimation of the contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project population* », *The Lancet*, 355, p. 688-700. Bien entendu, si l'on supprimait - du jour au lendemain - tous les hôpitaux et tous les cabinets médicaux, les conséquences en termes de hausse de mortalité seraient probablement plus importantes que les 10 à 20% généralement imputés au système de soins, l'évolution de la mortalité dans les pays d'Europe centrale et orientale permet d'apprécier les effets induits par un effondrement du système de santé publique (Hertrich V., Meslé F., 1998).

Dans ces travaux fondateurs, l'hypothèse a été émise que la catégorie sociale intervient comme déterminant du *niveau de mortalité* d'un groupe, *indépendamment des facteurs de risque connus*. Cela permet d'expliquer le fait que la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles (selon le revenu, le mode de vie, le type de consommation, etc.) se retrouve dans chaque cause de mortalité, y compris celles qui sont provoquées par un processus biologique (les cancers, par exemple). Ce phénomène a été appelé « gradient social de la mortalité ». Par exemple, Wilkinson (1992) propose une définition, où le déterminant « inégalités sociales » serait mesuré par le percentile de la distribution des revenus dans un pays ou une région<sup>3</sup>. D'après cet auteur, ce déterminant explique les trois quarts de la variance de l'espérance de vie à la naissance observée dans les pays de l'OCDE. Connue sous le nom de « *relative income* », cette hypothèse a donné lieu, au cours des années quatre-vingt-dix, à de nombreuses vérifications empiriques, tentatives d'explications et débats scientifiques qui ont été rassemblés dans un manuel paru récemment (Kawachi et al., 1999).

Gradient social et revenu relatif sont deux formes différentes par lesquelles se manifeste le déterminant social de la mortalité. Mais par quels processus sociaux est-il généré ? Nous allons examiner quelques paradigmes actuels.

### **1.1.1 Processus du déterminant social**

Si les inégalités sociales sont la cause des différences de mortalité, par quel mécanisme agissent-elles ? Je propose de reprendre les catégories avancées par Kawachi (1999) pour désigner les principaux déterminants.

### **1.1.2 L'inégalité des chances**

L'hypothèse la plus naturelle est que, pour des raisons budgétaires, les personnes aux plus bas revenus doivent se résigner à des conditions de logement plus mauvaises, une nourriture de moins bonne qualité, un emploi où les conditions de travail sont médiocres. Mais cet effet est amplifié par différents phénomènes qui trouvent leur source dans l'organisation sociale.

<sup>2</sup> Par exemple, le taux comparatif de mortalité masculine pour les maladies ischémiques du cœur est de 89 pour 100 000, contre 927 pour 100 000 toutes causes confondues (France, 1992, *Population*, 1995, n° 3, « La conjoncture démographique de la France »).

<sup>3</sup> Plus précisément, il montre qu'il existe, dans les pays de l'OCDE, une corrélation supérieure à 0,90 entre l'espérance de vie à la naissance et la proportion du revenu national distribuée aux 70% les moins riches.

### **1.1.3 Les conditions de vie dans la petite enfance**

Les fondements d'une santé à l'âge adulte résident dans la vie prénatale et l'enfance. La pauvreté des parents peut amorcer une chaîne de risques sociaux qui débute pendant l'enfance avec une plus faible participation scolaire et débouche à l'âge adulte sur une faible maîtrise du travail, un risque accru de chômage, un sentiment de marginalité, de déclassement. Sans être déterministe, ce processus constitue une trame qui se joue au cours de l'éducation des enfants dans la famille et à l'école, qui représentent deux enjeux sociaux majeurs.

### **1.1.4 L'environnement social**

Les visites d'amis, la pratique d'un violon d'Ingres, la participation aux actions bénévoles, aux associations de proximité jouent un rôle important sur l'état de santé des personnes ; Kawachi (1999) a proposé la notion de capital social pour désigner la quantité et la qualité de la participation du sujet à des groupes dans sa communauté. Une étude réalisée à partir d'indicateurs issus du recensement et d'enquêtes aux États-Unis montre que les inégalités de revenus observées dans un secteur donné sont corrélées au niveau de mortalité de sa population, via un faible investissement en capital social dans ce secteur.

### **1.1.5 L'environnement professionnel**

La capacité de décision dans la vie professionnelle, un travail varié, un rythme de travail stimulant, sont autant de facteurs importants pour la santé. Une tentative de vérification empirique a été faite par Niedhammer et Siegrist (1998) avec un modèle qui mesure le déséquilibre efforts/récompenses. Il repose sur le principe d'une mesure du déséquilibre, dans le milieu de travail, entre les efforts réalisés et les récompenses attendues à trois niveaux : monétaire, reconnaissance sociale, perspectives de promotion et de sécurité de l'emploi. Les résultats montrent que l'inadéquation entre efforts et récompenses est un puissant facteur prédictif de maladies cardio-vasculaires.

### **1.1.6 Le lien entre stress et système immunitaire**

Les situations sociales précédentes conditionnent un niveau de stress pour les sujets qui y sont soumis. Or, le stress a un effet démontré sur les défenses immunitaires (Evans, 1996). L'environnement social peut aussi jouer un rôle protecteur : intégration sociale par le biais des réseaux de voisinage, les relations interpersonnelles dans la famille ou les amis, par exemple.

Mais les travaux des sciences sociales, trop rares sur ces sujets, ne permettent pas aujourd'hui d'identifier les processus précis qui conduisent aux inégalités de mortalité selon les catégories sociales. Cela tient à la place dominante du mode de pensée biomédical : *« L'acceptation sans critique et les applications très larges du modèle des maladies infectieuses, issu de la tradition médicale individualiste des pays de l'Ouest, est la référence mondiale dans le domaine de la santé. (...) Il n'explique pas ou réduit les différences en matière de santé au même niveau que les facteurs de différenciation socio-économiques entre et à l'intérieur des sociétés, statut matrimonial... »* (Kunstadter, 1995).

La prise en compte des facteurs de risques spécifiques aux différentes catégories sociales conduit ainsi à privilégier une approche individuelle de la question, alors que l'on sait, en matière de prévention, que les déterminants individuels ont peu d'effet en comparaison des déterminants sociaux. Par exemple, le facteur génétique explique une part importante des différences d'état de santé entre individus, mais appliqué aux différences d'espérance de vie entre populations ce facteur est faiblement explicatif comparé aux comportements tels que le régime alimentaire ou la consommation d'alcool ou de tabac.

Un autre obstacle rencontré par les politiques sanitaires fondées sur un référentiel d'efficacité, vient de la difficulté à mesurer le résultat obtenu en termes de santé d'une

population. Il existe bien des indices composites qui approchent la notion de santé d'une population, dont la plus connue des démographes est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). La notion de qualité de vie proposée par les économistes de la santé de l'école de York est proche de la précédente : la santé d'une population est une mesure à deux dimensions, la première est quantitative (espérance de vie) et la seconde qualitative (incapacités fonctionnelles, douleur, insertion sociale, pondérées par un jeu de coefficients censés refléter la valeur que la population accorde à chacune de ces dimensions de la santé...). Ce concept a été utilisé en Angleterre et aux États-Unis (Jourdain, 1993), ainsi que par la Banque mondiale (1993, p. 28-29 et 221-222), mais il se heurte à certaines difficultés d'ordre méthodologiques. Or, s'il y a controverse sur la mesure de l'impact des programmes de santé, cela rend difficile la sélection d'un référentiel d'efficacité dans la construction des politiques sanitaires.

## **1.2 Un nouveau référentiel politique dans le système de santé français**

Pendant que se déroule le débat sur l'utilitarisme dans les pays anglo-saxons, la France soumet son système de santé à un examen approfondi. Le point de départ en sera la préparation du XI<sup>e</sup> plan dont la contribution de la « Commission Soubie » constitue un élément majeur. Le groupe de travail sur « Inégalité et équité du système de santé » pose les bases d'une démarche de réduction des inégalités sociales et géographiques. Les propositions portent aussi bien sur la prise en compte des conséquences de la précarité sociale que sur les inégalités de moyens entre zones géographiques ou catégories socioprofessionnelles. Le principal apport de la Commission Soubie dans l'histoire récente de nos politiques de santé fut de proposer un scénario de transition vers un système de soins rénové pour 2010, dont se sont inspirés les gouvernements des années quatre-vingt-dix. Les propositions du sous-groupe qui a travaillé sur les inégalités s'inscrivent dans cette évolution à plus long terme. Ces propositions visant à réduire les inégalités régionales ont été mises en œuvre pendant la réforme Juppé (du nom du Premier Ministre qui a réalisé cette réforme en 1996) quand l'existence d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la création d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont permis une certaine redistribution des ressources au sein du système de soins.

La politique de santé publique de la décennie quatre-vingt-dix en France s'est construite sur une « vision du monde » qui prend appui sur la fragilité de la relation entre les soins et le niveau de la mortalité, renforcée par une série d'échecs de l'institution médicale (Cassou, Schiff, 1998). Par ailleurs, les tentatives de construction d'un système de décision administratif fondé sur l'utilitarisme et les outils de l'analyse économique coût-utilité n'ont pas abouti. En conséquence, l'absence de schéma clair qui permettrait d'améliorer la santé par les activités les plus efficaces a donc conduit à la construction de procédures de décision politique qui progressivement donnent une place privilégiée à la réduction des inégalités dans les politiques de santé.

## **2. Les programmes de planification familiale ont un effet modéré sur la baisse de fécondité**

### **2.1 La part relativement faible des variations de fécondité attribuables aux programmes de planification familiale ou aux politiques publiques de la famille est un phénomène général**

La faible corrélation observée entre politiques de planification familiale et fécondité s'explique de différentes manières, notamment par le faible poids des déterminants sociobiologiques de la fécondité (Bongaarts, 1997). Pourtant, Westoff (1989) affirme que « le déterminant le plus important du déclin de la fécondité dans les pays en développement est l'usage de la contraception qui explique 92% de la variation de fécondité dans 50 pays ».

Il s'agit d'un faux paradoxe : si l'usage de contraception est bien à l'origine de la révolution démographique de bien des pays en développement, il en est tout différemment de l'impact des programmes publics de planification des naissances. Se basant sur des données empiriques rassemblées sur les « efforts » consacrés aux programmes de planification familiale

par Mauldin et Ross (1991), J. Bongaarts (1990) arrive à la conclusion que le niveau de fécondité mondial aurait été de 5,4 enfants par femme sans ces programmes en 1980-85 alors qu'il a été de 4,2. Cela représente donc une estimation de la baisse de fécondité de l'ordre de 20%, attribuable aux programmes de planification des naissances. Une revue de travaux réalisée sur les États-Unis donne des résultats similaires (CDC, 1999)<sup>4</sup>.

Quand je parle d'efficacité modérée d'un programme de planification familiale, j'isole donc le déterminant « offre de services » généré par le programme, des autres déterminants de la fécondité. Or, les programmes de planification familiale interviennent en dernière partie de la chaîne de causalité, leur efficacité étant d'autant plus importante qu'ils parviennent à minimiser le coût pour l'utilisateur, exprimé sous forme de prix des services, accessibilité géographique, proximité sociale (Easterlin, 1975 ; Leibenstein, 1975).

Selon la formulation consacrée par Coale (1973), c'est le maillon le plus faible de la chaîne « *readiness* », « *willingness* » et « *ability* » qui définit le niveau réel de fécondité. Or, de nombreux programmes de planification familiale ont diffusé la connaissance et la disponibilité de la contraception dans des pays où la population n'était pas convaincue de ses avantages économiques et rencontrait de nombreux obstacles culturels, sociaux ou psychologiques à l'usage de la planification familiale (Lesthaeghe et Vanderhoeft, 1999).

## 2.2 La remise en cause du « population control »

Dans son essai sur la genèse de la politique de santé de la reproduction, Sandra Lane dénonce l'approche « *population control* » qui voit les femmes comme des « *potential contraceptors* » ou productrices de trop d'enfants, au lieu de personnes dont la santé serait un objet central de préoccupations pour les décideurs politiques (Lane, 1994). Cette approche trop quantitative, trop orientée vers l'impact des programmes sur la fécondité, a été mise en cause dans les années quatre-vingt. Le processus d'intégration des différentes politiques publiques visant la reproduction de la population s'est déroulé, dans la zone d'influence américaine, selon les étapes suivantes, pour aboutir au consensus du plan d'action mondial de la conférence du Caire.

Premièrement, les démographes et les chercheurs en sciences sociales se sont intéressés, outre l'évaluation des programmes de planification des naissances, à de nouveaux objets d'étude tels que la grossesse, l'allaitement maternel, la naissance, les pratiques traditionnelles d'accouchement, la sexualité, l'avortement, les maladies sexuellement transmissibles... Mais ces travaux ont rarement contribué à la décision publique, restant cantonnés dans les cercles restreints des chercheurs, contrairement aux travaux de certains démographes, comme Bongaarts ou Blake, dont les problématiques majoritairement centrées sur les politiques de régulation des naissances étaient introduites dans le cercle du pouvoir politique.

Deuxièmement, certains groupes de pression ont eu, aux États-Unis, une influence certaine dans le débat sur les questions de reproduction humaine : *Boston Women's Health Book Collective*, éditeur de « *Notre corps, nous-mêmes* » qui a eu un retentissement international, diffuseur du RU 486 notamment, l'*International Women's Health Coalition* (IWHC), le *Population Crisis Committee* qui a diffusé des textes de vulgarisation sur la santé de la reproduction.

Troisièmement, les organisations indépendantes de recherche, comme le *Population Council*, ou *Family Health International*, ont commencé à poser la question de la qualité des services de planification familiale et les manières de répondre aux attentes des clients de ces services.

Quatrièmement, les ONG comme l'I.PPF ont décidé de financer des programmes sur l'avortement ou sur les mutilations sexuelles.

---

<sup>4</sup> Sans le programme, la fécondité résultante du jeu des déterminants « hors programme public de planification des naissances » serait de 4,6 au lieu de 3,6, soit une baisse de fécondité de 1 / 4,6 soit environ 20%

Cinquièmement, les organisations gouvernementales telles que USAID ou les CDC ont recentré leur activité sur l'analyse des conditions culturelles de la contraception, le soutien aux programmes de planification des naissances (pendant que l'État supprimait les subsides à ceux qui soutenaient l'avortement).

Sixièmement, les organisations internationales tels que le FNUAP, l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF développaient des actions en santé de la reproduction.

Ces éléments allaient contribuer, au USA, à la remise en cause du « *population control* », dominant dans les années quatre-vingt, dont les points faibles étaient les approches normatives et coercitives de certains pays, pouvant aller jusqu'aux violations éthiques, approches peu centrées sur la recherche des besoins des clients. Parallèlement, de nombreuses études de programmes montraient que les pressions sociales pour convaincre les femmes d'utiliser la contraception étaient peu efficaces, comparées à une approche centrée sur la demande des clients<sup>5</sup>.

A la fin des années quatre-vingt, Ford Foundation, IWHC, le *Population council* et l'OMS proposent le concept de « *reproductive health* », qui remplace l'approche du « *population control* », dont l'ambition est d'aider les femmes à atteindre « santé, dignité et droits élémentaires ».

### 2.2.1 La genèse du programme d'action

Ces changements vont s'enraciner dans la pratique politique à la suite d'un concours de circonstances particulier. En effet, une « fenêtre d'opportunité » politique (Bussmann, 1998) va s'ouvrir quand ces conceptions nouvelles se diffuseront dans le champ social, appuyées par des forces politiques puissantes, au cours d'un moment privilégié. Le Caire (Mc Intosh, Finkle, 1995) sera le théâtre de ce changement. À cette époque, la politique de population conçue comme management de programmes de maîtrise de la fécondité a atteint ses limites. Plusieurs éléments contribuent à la mise à l'écart des programmes à visée démographique : une stabilisation de la population mondiale plausible au XXI<sup>e</sup> siècle (PDR 1998), la mobilisation des ONG adoptant la perspective des femmes après la conférence de Pékin, enfin, le FNUAP qui réussit à mobiliser les ONG qui vont apporter un langage nouveau dans la conférence : « *Les femmes portent la plus grande partie du fardeau de la morbi-mortalité de la maternité, alors qu'elles pâtissent d'un manque de contrôle de leur corps...* » (Zurayk, 1997).

Le rapport de forces politiques international est aussi en train de changer à cette époque, au moins sur trois points :

- après son élection, le candidat B. Clinton va mettre en œuvre son programme politique, notamment au sujet de l'avortement « *safe, legal, and rare* » ;
- après la disparition de l'URSS, un nouvel ordre mondial se dessine, le leadership des pays en voie de développement change. Ainsi l'Algérie, qui avait joué un rôle important dans la cohésion du groupe des 77 pays les plus pauvres par une attitude opposée à la planification des naissances, va disparaître de l'arène internationale ;
- le Vatican, en réaction aux déclarations des USA sur l'introduction de l'avortement légal, conclut une alliance tactique sur la famille avec l'université d'Al-Azhar et les États islamiques les plus durs qui aboutit à un échec juste avant la Conférence du Caire, ce qui aura pour résultat paradoxal d'affaiblir la position des ultras, opposés au concept novateur de « *santé de la reproduction* ».

---

<sup>5</sup> Ce mouvement s'est inspiré de la charte de l'IPPF des 10 droits des clients : *sécurité, information, accès, choix, intimité, confidentialité, dignité, confort, continuité et opinion*, dont le respect est le meilleur plaidoyer en faveur de la contraception.

Le soin particulier apporté à la préparation de la conférence par les services du FNUAP, sous la direction de Nafis Sadik, la constante coordination avec le secrétariat d'État américain, Timothy Worth, pendant la préparation, permet aux ONG et aux groupes de pression féministes américains d'exprimer leur point de vue et de le faire valider dans le plan d'action (Mc Intosh et Finkle, 1995).

La conception des politiques de population va évoluer très significativement au milieu des années 90. Ce plan d'action comporte (ICPD, 1994), comme c'est l'usage, des recommandations sur les relations entre population et croissance économique<sup>6</sup>, mais le nouveau paradigme porte sur l'égalité, l'équité et la *promotion des femmes*, par l'éducation, sur la « santé génésique et les droits génésiques » et la maternité sans risque. Cette évolution des questions de population devra être assurée par les États, chargés de définir leur propre programme national et de fixer la partie du coût qu'ils prendront à leur charge. Le reste des activités du plan sera financé par une contribution financière des pays les plus riches.

Un bilan de la Conférence internationale sur la population et le développement<sup>7</sup> a été fait pour l'assemblée générale du FNUAP, en juin 1999, il en ressort un bilan plutôt positif<sup>8</sup>. Après cinq ans, les recommandations pour la mise en œuvre du plan du Caire se distribuent autour de trois grands domaines :

- dynamique de la population et développement économique<sup>9</sup>,
- égalité des sexes,
- droit et santé en matière de reproduction<sup>10</sup>.

C'est dans le second point du plan d'action mondial 1999-2004, relatif à la question de l'égalité entre les sexes et la définition de principes d'équité que se traduit le changement de référentiel politique. Ainsi :

- « la promotion et la protection des droits fondamentaux des femmes », notamment en matière économique et sociale par la politique et le système juridique national ;
- « l'émancipation des femmes », par une participation à la vie politique et à la prise de décision publique, la scolarisation et la formation professionnelle, l'accès au marché du travail ;
- « l'adoption d'une perspective sexospécifique dans les programmes et les politiques », par la publication d'indicateurs statistiques définis pour chaque sexe afin de mieux prendre en compte des besoins et services particuliers à chaque sexe, en mettant l'accent, plus particulièrement, sur les conséquences différentielles de la mondialisation ;
- « le plaidoyer en faveur de l'égalité et de l'équité entre les sexes » qui vise à faire évoluer sur ces questions les gouvernements, les parlements, les responsables locaux, les dirigeants religieux, etc.

<sup>6</sup> Les arguments en sont résumés dans « Plaidoyer pour le changement. Population, promotion, développement. FNUAP. » (Brochure).

<sup>7</sup> Rapport de la Commission de la population et du développement constituée en comité préparatoire de la vingt et unième session extraordinaire de l'assemblée générale sur la reprise de sa session. V. Décisions adoptées par la commission constituée en comité préparatoire, 29 juin 1999, Nations-Unies (A/S-21/2Add2).

<sup>8</sup> Principales mesures proposées pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, document de travail révisé soumis par le président, 11 mai 1999, Nations-Unies (E/CN.9/1999/PC/CRP.1/REV.3).

<sup>9</sup> Sous le label « problèmes relatifs à la population et au développement », on trouve les catégories d'action suivantes : population, développement économique et environnement, modification de la structure par âge et vieillissement de la population, migrations internationales, migrations internes, répartition de la population et agglomérations urbaines, population, développement et éducation, systèmes de données, y compris indicateurs.

<sup>10</sup> La question des droits et de la santé en matière de reproduction (y compris la planification familiale et l'« hygiène sexuelle ») comprend les différentes recommandations sur la mise à disposition de services de planification familiale de qualité, réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles, prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise, promotion de la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction.

À mi-parcours du programme du Caire, se confirme donc l'importance des questions d'égalité entre les sexes. Autrement dit, l'équité et l'égalité sont considérées comme des déterminants majeurs de la dynamique de la population, même si les relations entre ces termes sont loin d'être clairement établies.

### **3. Perspective de recherche : l'équité dans les politiques de population**

Des doutes croissants sur l'efficacité des programmes et la revendication par la population d'une plus grande équité ont affecté des politiques dont l'objet est de permettre de « vivre plus vieux et avoir moins d'enfants ». Quelles en sont les conséquences prévisibles ?

Trois orientations de recherche mériteraient selon nous d'être développées, l'une concerne la formulation précise de la réalisation de l'équité, l'autre porte sur l'effort de mesure de l'équité dans une population, la dernière concerne la sélection des procédures permettant à chaque sujet de décider de son adhésion aux priorités collectives.

#### **3.1 Premier axe : redéfinir des problématiques d'évaluation des politiques démographiques en fonction de la dimension équité**

Une première perspective de recherche concerne la construction de systèmes d'information adaptés à la mesure des disparités entre groupes sociaux et, par l'évaluation des programmes visant à leur réduction, éclairer la décision politique. C'est ce qui a été amorcé en France, par exemple, quand le calcul de l'enveloppe financière régionale hospitalière a intégré un indicateur démographique de disparité d'état de santé entre les régions.

Mais une telle évaluation des politiques doit avoir défini précisément la problématique de progression de l'équité. Dans les politiques de santé et de santé reproductive, il s'agit d'une condition essentielle pour que les parlementaires et les élus politiques l'inscrivent sur l'agenda des institutions politiques (Gilson L., 1998). Or, ceux qui ont poussé au bout l'analyse des conséquences d'une perspective équitarienne dans le domaine de la santé sont rares, alors que la transition d'un référentiel d'efficacité vers l'équité entraîne de nombreux changements. Dans l'exemple précédemment cité, la péréquation des enveloppes budgétaires hospitalières a eu des répercussions importantes dans les régions extrêmes, c'est ainsi qu'à la suite de la redistribution budgétaire, Poitou-Charentes ou Nord-Pas-de-Calais ont pu améliorer la situation de leurs hôpitaux alors que l'Île-de-France a dû faire face à une baisse de moyens en valeur réelle.

Une politique équitarienne fait donc surgir de nouvelles questions : combien doit-on dépenser respectivement dans le système de soins et dans le secteur de la prévention médicale, la promotion de la santé ou de l'« information – éducation – communication » (IEC) afin d'optimiser les résultats obtenus ? Quels groupes sociaux bénéficient aujourd'hui de quelles interventions (ces groupes étant définis selon leur revenu, sexe, résidence urbaine/rural, voire ethnie...) ; quel est l'impact des interventions à destination de ces groupes ; quelles politiques produisent le meilleur développement social ? Quels groupes affichent quelles valeurs ou plus précisément, comment l'équité est-elle comprise par chacun d'eux ; quelle procédure de décision sera mieux à même de rendre compte des intérêts de ces divers groupes ?

#### **3.2 Deuxième axe : construire un corpus de méthode d'analyse démographique des inégalités**

On sait que les outils d'analyse démographique sont pour la plupart d'entre eux construits à partir d'indices moyens, par exemple l'espérance de vie. Mais aujourd'hui, l'évaluation des politiques publiques ne se construit plus uniquement sur des indices moyens, elle accorde une importance croissante aux mesures d'inégalités. Le PNUD fut un précurseur en la matière avec son indicateur de développement humain (IDH) basé sur les écarts observés entre pays, complété par l'indicateur sexospécifique (ISDH) qui est ni plus ni moins l'IDH revu en baisse pour rendre compte des inégalités sociologiques entre les sexes.

Plus récemment, l'OMS consacre une part très significative de ses analyses aux inégalités de santé entre les individus (OMS, 2000) dans son rapport mondial consacré à l'évaluation des systèmes de santé. Un regard sur les options retenues est intéressant, il permet de comprendre comment on peut mesurer l'inégalité de santé sous contrainte d'un jeu d'hypothèses bien définies (Gakidou E. et al. 2000).

Cette mesure des inégalités se fonde sur la notion de durée de vie en santé (healthy lifespan) qui ne me semble pas aller de soi. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que l'espérance de santé individuelle ne peut être connue que par une modélisation des risques auxquels chacun est soumis, sachant que la connaissance de ces risques est incomplète, même si la connaissance du génome, par exemple, pourrait permettre une avancée en la matière. L'espérance de santé a donc été évaluée par des moyens très indirects dans le rapport annuel de l'OMS, en l'occurrence par la mortalité des enfants de moins de cinq ans, vécue par une femme. Le choix s'est fait pour des raisons très particulières, à savoir que les données fournies par les enquêtes DHS dans de nombreux pays sont disponibles, et qu'il est possible de modéliser ce type de risque, condition nécessaire pour évaluer les différences de mortalité dues au hasard.

### 3.3 Troisième axe : validation des processus de construction de politiques

On ne peut évaluer programmes et projets sans s'intéresser aux processus de décision car la qualité d'un projet ne se juge pas seulement à sa forme, mais aussi par la dynamique qu'il a engendrée entre les acteurs. Le document de programmation tient moins sa valeur de la rationalité de son argumentation que de la valeur politique de son contenu, de la synthèse des convictions défendues par les principaux groupes d'acteurs.

C'est ainsi que la répartition des dotations régionales aux hôpitaux calculée proportionnellement aux indicateurs de santé devrait faire progresser l'équité géographique. Mais une telle méthode n'est pas utilisable pour assurer la répartition des ressources à l'intérieur de la région entre des secteurs sanitaires trop petits pour cela. Des schémas régionaux d'organisation hospitalière ont été conçus pour définir les grands principes d'une organisation des soins entre les hôpitaux rattachés à chaque secteur et répartir les ressources entre eux sur la base de projets présentés par chaque hôpital. Des procédures similaires ont été retenues pour la politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées (Jourdain, 1999 et 2000).

## BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale, 1993, Rapport sur le développement dans le monde en 1993. *Investir dans la santé*, Washington.
- BONGAARTS J., 1997, Proximate Determinants of Fertility Demonstration Worksheet, Prepared by The POLICY Project, janvier.
- BONGAARTS J., MAULDIN W., PHILLIPS J., 1990, « The demographic impact of family planning programs », *Studies in family planning*, vol. 21, n° 6.
- BUSSMANN W., KLOTI W., KNOEPFEL P., 1998, *Politiques publiques : évaluation*. Paris, Economica.
- CASSOU B., SCHIFF M., 1998, *Qui décide de notre santé ?* Paris, Syros.
- CDC, 1999, « Achievements in public health, 1900-1999. Family planning », *Morbidity and mortality weekly report*, 48, p. 1073-1080.

- COALE A.J., 1973, *La transition démographique reconsidérée*, Cedor, Série traductions n°5, Bucarest.
- EASTERLIN R., 1975, « An economic framework for fertility analysis ». *Studies in family planning* (3), p. 54-63.
- EVANS R., 1996, Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, John LIBBEY.
- GAKIDOU E., MURRAY C., FRENK J., 2000, « A framework for measuring health inequality », Genève, Organisation Mondiale de la Santé, (GPE Discussion Paper).
- GILSON L., 1998, « In defense and pursuit of equity », *Social Science and Medicine*, Vol. 47, n° 12.
- Haut comité de la santé publique, 1994, *La santé en France*, Paris : La documentation française, Rapport général.
- HERTRICH V., MESLÉ F., 1998, *Mortalité et politiques socio-économiques : le cas de 4 pays d'Europe centrale et orientale*. Colloque de l'AIDELF « Morbidité, mortalité », Sinaia, 3-6 septembre 1996. AIDELF/PUF, n° 8.
- ICPD, Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement 18 octobre 1994, Nations-Unies, (A/CONF.171/13).
- JOUGLA E., DUCIMETIERE P., BOUVIER-COLLE M.H., HATTON F., 1987, « Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de la mortalité « évitable » selon les départements français », *Rev. Epidem. et Santé Publique*, 35, p. 365-377.
- JOURDAIN A., 1993, « La qualité de vie peut-elle guider les choix de planification sanitaire ? Les QALYs ou l'essai non transformé de l'Angleterre », *Sciences sociales et santé*, vol. XI, p. 75-106.
- JOURDAIN A., 1999, *Enquête sur les artisans des réformes du système de soins. Évaluation du processus des SROS II*, Multigr. ENSP/LAPSS.
- JOURDAIN A., 2000, (Contribution), *Étude qualitative de la mise en œuvre de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Première partie : Enquête PSD « domicile »*, Rapport pour la Drees, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Multigr. 47 pages.
- KAWACHI I., WILKINSON R., KENNEDY B., 1999, « Introduction », in : *The society and population health reader : income inequality and health*, The new press, New York.
- KAWACHI I, KENNEDY B, WILKINSON R, 1999, *The society and population health reader : income inequality and health*, The new press, New York.
- KUNSTADTER P., 1995, *Impact of health services : models, indices and methods*. In : « Evaluation of the impact of health interventions, » Rashad, Gray, Boerma Eds, IUSSP, Derauux Ordina Editions, Liège, Belgique, p.268.
- LEIBENSTEIN H., 1975, « The economic theory of fertility decline », *The Quarterly journal of economics*, vol. 89.
- LANE S., 1994, « From population control to reproductive health : an emerging policy agenda », *Social Science and Medicine* ; 39 (9), p. 1303-1314.
- LESTHAEGHE R. et VANDERHOEFT C., 1999, « Une conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportements », in *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie. Chaire Quételet 1997*, Institut de démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Académiaa – Bruylant / L'Harmattan.
- McKEOWN et RECORD R., 1962, « Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century », *Population Studies*, 16, p. 94-122.
- McINTOSH C., FINLE J., 1995, « The Cairo, conference on Population and Development », *Population and development review*, 21, n° 2.

- McKINLAY J., McKINLAY S., BEAGLEHOLE R., 1989, « A review of evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States », *International journal of health services*, vol. 19, n° 2.
- MAULDIN P., ROSS J., 1991, « Family planning programs: efforts and results, 1982-90 », *Studies in Family Planning*, Vol. 22, n° 6.
- MESLÉ F., 1995, « La mortalité en France : le recul se poursuit », *Population*, n°3.
- NIEDHAMMER I., SIEGRIST J., 1998, « Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses », *Rev. Epidem. et Santé Pub.*, 46.
- PDR Documents, 1998, « United Nations world population projections to 2150 », *Population Development Review*, 1998, n° 24.
- POIKOLAINEN K. et ESKOLA J., 1986, « The effect of health services on mortality : decline in death rates from amenable an non-amenable causes in Finland, 1969-81 », *The Lancet*, january 25.
- SOUBIE R., 1993, *Santé 2010 : équité et efficacité du système*, Paris, La documentation française, p 148-152.
- TUNSTALL-PEDEO et al., 2000, « Estimation of the contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project population », *The Lancet*, 355, p. 688-700.
- WESTOFF C., MORENO L., GOLDMAN N., 1989, « The demographic impact of changes in contraceptive practice in third world populations », *Population and development review*, 15.
- WILKINSON R.G., 1992, « Income distribution and life expectancy », *BMJ*, vol. 304, p. 165-168.
- ZURAYK. H., 1987, « Reproductive health in population policy : a review and a look ahead », in *Congrès international de la population*, Beijing, Uiesp.