

**Dynamiques de Population
et Développement Economique :
Eléments d'un Programme de Recherches**

**Préparé par le Groupe de Travail
du « Center for Global Development »
(Centre pour le Développement Mondial)
pour la Population et le Développement**

Juillet 2005

Washington - D.C. – Etats Unis

28 juillet 2005

Dynamiques de Population et Développement Economique: Eléments d'un Programme de Recherches

Sommaire

Ce rapport du Groupe de Travail pour la Population et le Développement du Centre pour le Développement Mondial trace les grandes lignes pour examiner la relation entre la santé reproductive et les dynamiques de population, et les caractéristiques économiques clé au niveau familial, communautaire et national. Un axe particulier concerne le type de recherches qui seraient utiles dans les secteurs de la santé et de l'économie pour la prise de décisions par les gouvernements nationaux et les agences d'aides travaillant en Afrique sub-saharienne. Le document représente les « meilleures estimations » des experts dans les domaines de politiques publiques de démographie, économie, sociologie et épidémiologie et les disciplines qui s'y rapportent, et qui se sont réunis entre février et juin 2005, avec le support et la participation de la fondation William et Flora Hewlett (William and Flora Hewlett Foundation), le Ministère pour le Développement International du Royaume Uni et la Banque Mondiale.

Pour ces travaux le Groupe de Travail a placé la priorité sur les recherches qui seraient les plus susceptibles d'éclairer les questions de politiques actuelles sur la façon d'allouer des ressources rares pour atteindre les plus forts taux de croissance économique, et une plus rapide réduction de la pauvreté. Ceci est réalisé avec la reconnaissance qu'une telle orientation de recherches pourrait faire omettre d'excellentes idées novatrices pour des recherches sur les tendances historiques et les relations fondamentales qui n'apparaîtraient peut-être pas comme étant associées avec des « variables politiques » telles qu'actuellement définies. Ainsi, ce programme de recherches ne prétend pas représenter l'ampleur des disciplines sociales utiles et importantes liées à l'élucidation des relations entre les variables économiques, démographiques et de santé.

Le groupe de travail a identifié trois domaines autonomes principaux sous lesquels des lignes de recherches empiriques pourraient être utiles pour le programme politique à moyen terme. Pour chacun d'eux, l'investissement en collecte de données et l'application de stratégies de recherches appropriées promettent d'arriver à des conclusions plus généralisables qu'il n'était possible dans le passé.

Ces trios priorités autonomes peuvent se résumer ainsi :

- (1) Etant donné les tendances projetées en matière de changements de fécondité et de mortalité, quelles sont les implications pour la croissance économique, la distribution des revenus et l'incidence sur la pauvreté ?**
- (2) Comment l'investissement pour la santé reproductive affecte-t-il les conditions économiques au niveau familial, y compris la productivité, la participation de main d'œuvre et le comportement d'épargne des femmes, enfants et membres de la famille ?**
- (3) Comment les différents types d'investissement en matière de santé reproductive affectent-ils la santé des femmes et des enfants ? Comment les organisations et types de services affectent-ils leur l'efficacité, y compris la capacité d'atteindre les populations pauvres et**

vulnérables ?

Le groupe de travail a identifié quatre priorités pour la collecte de données, lesquelles pourraient bénéficier de niveaux d'investissements plus élevés.

(1) Il y a un besoin d'amélioration des méthodes actuelles de collecte de données pour l'époque actuelle et rétrospective par le biais de **données familiales transversales**. Le domaine majeur d'amélioration est de s'assurer que, quand possible, les informations *tant* démographiques *qu'*économiques sont collectées. En particulier, le Groupe de Travail a suggéré que les Etudes Démographiques et de Santé soutenues par USAID « U.S. Agency for International Development » (Agence Américaine pour le Développement International) pourraient travailler à l'inclusion des variables économiques ; et les études de mesure du niveau de vie soutenues par la Banque Mondiale pourraient raffiner la collecte de renseignements sur la santé et le recours aux informations des services de santé.

(2) Il y a une opportunité de construire une base de faits plus solides avec le développement d'ensembles de **données de panel**. La création d'un ou plusieurs sites africains pour la collecte de données de panel - y compris les variables démographiques, de santé, d'historique de fécondité, d'éducation, du marché de la main d'œuvre, de migration et de structure familiale - constituerait une ressource pour les chercheurs actuels et futurs. Plus important, les panels de collecte de données devraient être conçus pour suivre ceux qui migrent en dehors du domaine de recherche, parce que ces individus sont susceptibles d'avoir des issues économiques (et autres) différentes de ceux qui restent dans le domaine de recherche.

(3) Les ensembles de données comprenant des **données sub-nationales** devraient être développés, pour au moins plusieurs pays relativement grands dans lesquels il y a des variations internes substantielles. L'analyse intra pays présente l'avantage de contrôler les effets fixés constants dans le temps. Idéalement ces données devraient inclure des informations sur l'exposition aux programmes et les caractéristiques de programme, les caractéristiques des populations, les comportements démographiques et les conditions économiques (les taux de participation de la main d'œuvre par secteur, les taux d'épargne, le revenu par habitant, les taux de salaires, par sexe, âge et autres.)

(4) Des opportunités devraient être recherchées pour utiliser les méthodes **de mission d'évaluation aléatoires**. L'expérience a montré que la qualité des faits qui peut être tiré des évaluations bien conçues peut avoir plus de valeur pour les politiques et les processus de conception de programme que des douzaines d'évaluations rétrospectives de conception moins efficace qui n'offrent aucun moyen d'estimer le véritable impact d'un programme particulier.

Ce sont là de « larges » recommandations qui peuvent servir essentiellement à organiser et orienter ce qui, par nécessité, a besoin d'être une entreprise créative de la part de chercheurs dans diverses disciplines, qui mettent à profit leur propre curiosité et ingéniosité. La science sociale avance essentiellement par une sorte de « triangulation » non coordonnée : des enquêteurs travaillant pour différentes fondations de science sociale (science économique, sociologique, anthropologique et politique), utilisant des méthodes et des ensembles de données distincts, convergeant graduellement vers une compréhension des relations de base qui semblent généralisables dans le temps et l'espace. Cette compréhension des relations de base peut par la suite informer les bonnes pratiques et les politiques du monde réel.

Le Groupe de Travail espère que les trois priorités autonomes et les quatre priorités pour la collecte de données seront prises par les investisseurs et la communauté de recherche comme points de départ pour leurs investissements en ressources matériel et de temps, dans le but de

28 juillet 2005

développer, dans le temps, la structure de faits qui informeront les bonnes prises de décisions.

Dynamiques de Population et Développement Economique: Eléments d'un Programme de Recherches

Introduction

Accélérer la croissance économique et le partage des bénéfices de cette croissance pour réduire la pauvreté sont les missions principales de pratiquement tous les gouvernements des pays à faibles ou moyens revenus, et de la plupart des agences de développement international. En Afrique sub-saharienne, le défi pour réussir ces missions est pointu : depuis le milieu des années 60, la croissance moyenne réelle du revenu est proche de zéro, alors que le nombre de personnes dans la pauvreté est passé de 184 millions en 1985 à plus de 300 millions en 2000. La gamme de solutions proposées (et tentées) est de grande portée, allant des changements institutionnels aux plus hauts niveaux jusqu'au projets pilotes ciblés sur la santé, la nutrition et l'éducation dans quelques régions, mais la plupart des observateurs conviennent que le développement de politiques et programmes appropriés est gêné par le manque de connaissance concernant les déterminants de la croissance économique et les facteurs qui conduisent à sortir de la pauvreté. En cela, les sciences économiques, démographiques sociologiques et sociales ont beaucoup à offrir.

Reconnaissant la valeur potentielle des recherches pour une meilleure compréhension des aspects clés du développement économique, le Centre pour le Développement Mondial a convoqué le Groupe de Travail pour la Population et le Développement à examiner les manques actuels de connaissance existant, pour tracer un programme pour instruire des questions prometteuses, et améliorer les méthodes.

Définir un programme de recherches pour répondre aux besoins de toute politique de communauté est un challenge. Les longues années allouées pour la recherche en science sociale sont souvent en décalage avec les besoins à court terme des décideurs pour leurs besoins en faits utiles ; quand la communauté politique demande des conclusions définitives, les chercheurs en science sociale peuvent répondre par des déductions qui sont fortement qualifiées de – spécifiques pour un temps et lieu particulier, limité par le besoin d'employer des hypothèses sur des facteurs qui ne peuvent pas être directement observés. Ces tensions ne trouvent pas facilement de solution.

Toutefois, malgré les difficultés et les frustrations inhérentes, l'examen des applications des politiques des recherches en science sociale est essentiel pour assurer leur pertinence. Il y a beaucoup à gagner des tentatives à comprendre les questions de politique centrale et les audiences *dès le début* d'un programme ou projet de recherche.

Ce document trace un programme de recherches pour examiner les relations entre la fécondité et d'autres dimensions de santé reproductive, les dynamiques de population et les caractéristiques économiques clés, aux niveaux familial communautaire et national. Un point spécial est le type de recherche qui serait utile pour les prises de décisions des secteurs économiques et de santé par les gouvernements nationaux et les agences d'aide travaillant en Afrique sub-saharienne.

Le document représente les « meilleures estimations » des experts dans les domaines de politiques publiques de démographie, économie, sociologie et épidémiologie et les disciplines qui s'y rapportent, assemblés en Groupe de Travail pour la Population et le Développement au Centre pour le Développement Mondial entre février et juin 2005. (Voir appendice A pour la liste des membres du Groupe de Travail.¹) Les efforts du Groupe de Travail consistaient à informer de façons importantes par le biais d'une réunion le 9 mai 2005 des principaux décideurs qui recherchaient des commentaires sur une version projet de ce programme de recherches de ceux qui représentent l'audience et les utilisateurs éventuels des constatations de la recherche. Ces travaux ont aussi bénéficié de l'accès aux documents préparés auparavant pour un travail apparenté par la fondation John D. et Catherine T. MacArthur (John D. and Catherine T. MacArthur Foundation).

Objectifs du Programme de Recherches

Ce programme de recherches pose les questions qui méritent une attention particulière de la part des chercheurs à la contribution aux travaux conceptuels et empiriques qui pourraient informer les débats actuels de politique économique en Afrique sub-saharienne. De plus, il met en évidence les principaux types de données qui seraient nécessaires pour examiner efficacement les questions. En tant que tel, ce programme fournit un apport dans les décisions en finançant les agences et groupes de recherches qui doivent fréquemment effectuer des choix sur l'attribution en temps et ressources matérielles rares.

Le Groupe de Travail à place la priorité sur les recherches qui seraient les plus susceptibles de renseigner les questions politiques actuelles et futures sur la façon d'allouer de rares ressources pour obtenir les hauts taux de croissance économiques et la plus rapide diminution de la pauvreté. Ceci est effectué par la reconnaissance que l'orientation de recherche dans ce sens pourrait négliger d'excellentes idées novatrices pour la recherche sur les tendances historiques et les relations fondamentales qui pourrait ne pas apparaître comme étant associées avec les « variables politiques », telles qu'actuellement définies. Ainsi, ce programme de recherches ne prétend pas représenter l'ampleur des disciplines sociales utiles et importantes liées à l'élucidation des relations entre les variables économiques, démographiques et de santé.

Pourquoi Davantage de Recherches

Depuis les années 60 une évolution notable s'est produite quant à l'opinion des décideurs sur la relation entre la santé reproductive et les résultats économiques. D'une manière générale, le discours politique a évolué des considérations sur comment une rapide augmentation de la population affecte les perspectives de croissance du revenu national, à comment stimuler l'utilisation des services de planning familial pour améliorer le bien-être familial et la santé de la mère et de l'enfant, à comment financer et mettre en place un vaste ensemble de services de santé reproductive, y compris mais non limité au planning familial.²

¹ Ce document est basé sur les apports des membres du Groupe de Travail au cours de réunion, discussions par e-mail, commentaires écrits et notes techniques. Bien que cette déclaration de priorités de recherches représente une entente significative parmi les membres du Groupe de Travail, tous les membres du groupe pourraient ne pas être en accord avec les détails de chaque exposé.

² Les services de santé reproductive font référence à l'ensemble des services de santé qui fournissent et améliorent ou maintiennent une bonne santé reproductive, en fonction du cadre, ils peuvent comprendre le planning familial, les services pour une maternité sans danger

28 juillet 2005

et la santé de la mère et de l'enfant, la santé de l'adolescent et les services de santé physique et morale dans ou en dehors du cadre scolaire, la prévention et le traitement du VIH/SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles, et la réduction de pratiques traditionnelles néfastes. D'autres définitions des termes clé sont trouvées dans l'appendice 2.

Dans certains cas, des recherches influentes ont contribué aux mouvements de programme politique ; par exemple, les résultats de recherches remettant en question la notion intuitive que les taux de forte augmentation de population produisent de plus faibles taux de croissance économique ont été un facteur dans le changement du débat politique loin de l'utilisation d'un raisonnement macroéconomique pour des investissements dans les programmes de planning familial. Dans d'autres cas, les changements de politiques ont altéré les recherches. Dans le passé, il y a 10 environ, depuis la Conférence International du Caire en 1994 sur la Population et le Développement (International Conference on Population and Development), qui examinait la relation entre les dynamiques de population et le changement économique a depuis été vu par certains comme une dérive d'un programme important sur les droits et la santé des femmes.

Aujourd'hui deux types de décideurs, étiquetés en gros de « décideurs économiques » et « décideurs de santé » peuvent profiter d'une plus grande compréhension de la relation entre les résultats économiques (aux niveaux national et familial), des dynamiques de population et de la santé reproductive. Alors que les résultats pourraient être mesurés au niveau familial, un des objectifs est d'aider à construire des perspectives dans l'étendue des implications de l'économie d'investissements pour la santé reproductive. Les décideurs politiques qui sont concernés par la croissance économique et/ou la diminution de la pauvreté pourrait profiter de la création d'une grande base de faits sur la relation entre les résultats économiques souhaités et une diversité d'investissements possibles - des programmes sociaux, infrastructures ou autres secteurs. Dans cette base de faits il y aurait aussi des informations sur les conséquences que les investissements en programmes de santé reproductive ont pour arriver aux changements de bien-être familial, communautaire et national dans des contextes politiques particuliers.

Les décideurs et les concepteurs de programmes dans le secteur de la santé (et parfois en dehors de ce secteur) qui sont engagés à investir pour l'amélioration de la santé pourraient profiter de recherches plus rigoureuses qui estiment l'efficacité (et la rentabilité) des différents type de programmes de santé à produire des bénéfices sur la santé, et aussi des répercussions sociales plus étendues. L'utilisation de telles informations améliorerait l'efficacité des dépenses de santé, qui doivent être examinées pour utiliser au mieux les ressources disponibles, et pour plaider en faveur de soutiens supplémentaires.

Les intérêts pour ces deux types de décideurs, et les questions de recherche qui s'y rapportent sont liés : si les décideurs économiques ont un intérêt à investir dans les programmes de santé reproductive (ou de santé en général), alors il est certainement important to savoir ce qui fait que ces programmes fonctionnent plus ou moins efficacement. De la même façon, si les leaders du secteur de la santé évaluent comment allouer à leur secteur des ressources, la compréhension de l'impact des services de types particuliers « au-delà de la santé » peut aider à renseigner cette analyse et la prise de décisions.

Pourquoi l'Afrique sub-saharienne

Le groupe de travail a considéré un programme de recherches de politique utile mais a réservé une attention particulière pour les questions qui sont actuellement particulièrement

28 juillet 2005

présentes en Afrique sub-saharienne d'aujourd'hui. Les raisons de cette polarisation sur l'Afrique sub-saharienne peuvent être répertoriées en quatre catégories :

- Démographie: Le futur démographique de l'Afrique sera différent de celui des autres régions, parce que les progrès de transition démographique ont été lents et que la gravité de l'épidémie de SIDA modifie le taux de mortalité des adultes. Des questions peuvent être soulevées quant à savoir si l'Afrique ressentira les « dividendes démographiques » qui ont été identifiés dans d'autres régions en voie de développement avec une baisse de la fécondité. Ces questions surviennent parce que la fécondité demeure relativement élevée, même si elle chute dans certains autres pays. En Ouganda, par exemple, les prévisions indiquent qu'en 2025 le taux de croissance de la population restera au-dessus de 3% par an. De plus, la masse importante de la population jeune, avec environ la moitié de la population âgée de moins de 15 ans, place l'Afrique sub-saharienne dans une situation démographique critique.
- Pauvreté: cette partie du monde est une des plus pauvres et des plus économiquement attardées régions du monde. Le défi pour aider cette région à avancer vers la transition démographique est exacerbé par une écrasante concentration de pauvreté.
- Comportement familial: L'Afrique peut être caractérisée par des différences clé dans les micro-fondements de la modification de la fécondité et du comportement reproductif, qui sont des différences soit qualitatives soit quantitatives dans la relation entre la taille et la structure de la famille, le revenu, l'éducation les opportunités d'emploi et d'autres facteurs qui ont été observés dans d'autres régions. Bien qu'il soit risqué de prendre trop en compte les variations culturelles, les schémas de prise en charge d'enfant, mariage et relations entre sexes et rôles sont notablement différentes en Afrique que dans les régions (plus étudiées) d'Amérique latine et d'Asie.
- Le chemin de la croissance: Beaucoup de pays africains, particulièrement ceux qui sont très petits et/ou sans accès à la mer, présentent des défis distincts en terme de croissance économique et de réduction de la pauvreté. Actuellement un débat qui se déroule parmi les économistes met en évidence deux opinions concernant le futur succès économique de l'Afrique : une opinion pourrait être appelée « opinion de l'évidage », les pays sans accès à la mer ont relativement peu de possibilité dans une économie mondiale, entraînant certains à considérer davantage de migration vers les zones côtières et les villes, là où il serait raisonnable d'investir dans des industries orientées vers l'import qui génèreraient le type de dynamique qui s'est produit en Asie de l'Est il y a plusieurs décennies. L'opinion contrastante reconnaît le rôle du développement agricole dans toutes les régions du monde comme déclencheur du processus de croissance dynamique ; en

28 juillet 2005

conséquence la solution en terme d'investissements en Afrique comprend de mettre des ressources, y compris en capital humain (santé et éducation) dans les zones rurales pour accroître la productivité agricole. Comprendre laquelle de ces voies mènera à une croissance économique partagée est de première importance dans le programme de politique, tant dans les pays africains que les agences internationales qui recherchent à soutenir leur prise de décisions économiques.

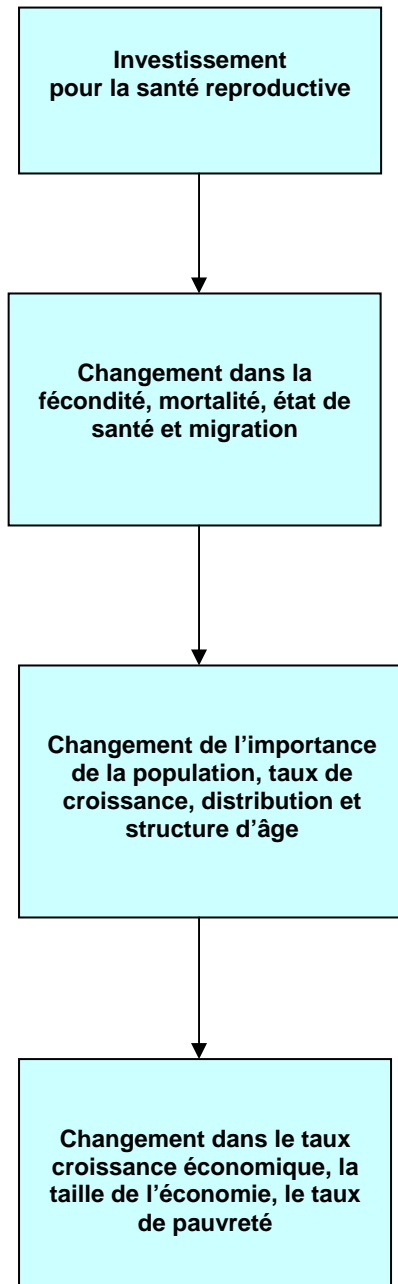
En plus de ces raisons, l'attention sur l'Afrique sub-saharienne est méritée simplement à cause du manque d'investissement historique de systèmes de données solides et d'accès aux données par les chercheurs en science sociale dans cette région, et par conséquent la grande valeur marginale de plus d'investissement aujourd'hui dans la collecte et l'utilisation de données pour guider le concept de politique et ses évaluations subséquentes. En dehors des données d'études démographiques et de santé, les sources de données de grande qualité sont très limitées en Afrique sub-saharienne, tout comme l'est la capacité actuelle de recherche en science sociale. Les enregistrements des naissances et des décès sont incomplets, et les études du marché du travail omettent de grandes parts de la population active à cause de la prédominance de production personnelle et des secteurs informels de travail. En marge, une attention sur l'élaboration d'infrastructure de données en Afrique, avec un grand accès par la communauté mondiale de chercheurs peut produire d'importants résultats, pour à la fois les politiques spécifiques à l'Afrique et peut être aussi pour les applications plus générales.

Cadres conceptuels

Les relations entre les investissements pour la santé reproductive, d'une part, et la croissance économique et la réduction de la pauvreté d'autre part, peuvent être vues sous les angles démographiques, comportementaux et de mise à disposition de services de santé. Tous sont de valeur et aident à cadrer le programme de recherche.

Relations démographiques de base. Du point de vue démographique uniquement, les investissements pour la santé reproductive peuvent être vus par les changements de fécondité, mortalité, et migration (voir schéma 1.) La fécondité va probablement changer par les changements de comportement sexuels et l'utilisation de contraception pour retarder les grossesses ou limiter la taille de la famille ; la mortalité va probablement changer, au moins modestement, par le déclin des risques associés avec les maladies sexuellement transmissibles, les maladies des organes reproducteurs, et par les grossesses et les accouchements. Ces changements peuvent résulter, tour à tour, en changements dans le taux et de croissance de la population, la taille, l'âge, la structure et la distribution spatiale (densité urbaine contre rurale par exemple.) Ce type de changements démographique pourrait ensuite avoir un impact sur le taux de croissance économique, par exemple, si tout se déroule comme prévu, on pourrait s'attendre à ce que les taux de croissance de revenu par adulte augmentent si la période de grande fécondité est suivie par une période de faible fécondité, dans la mesure où la relativement grande cohorte concernée par la période de grande fécondité avance vers la période de la vie plus économiquement productive, tout en ayant moins de personnes à charge.

Schéma 1: Relations Démographiques de Base



28 juillet 2005

Il y a des effets de secteur et de communauté de croissance rapide de population qui ne sont indiqués dans le schéma 1, mais qu'il est important de garder à l'esprit. Beaucoup de régions de l'Afrique sub-saharienne ont encore de forts de taux de fécondité, ce qui met une pression non seulement sur le niveau familial mais augmentent aussi le fardeau sur l'allocation de ressource dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Par exemple, si les taux de naissances sont élevés, la scolarisation augmentera aussi d'un certain pourcentage, rendant plus difficile pour les gouvernements d'augmenter les dépenses par élève.

Relations comportementales de base. D'un point de vue comportemental, le tableau devient très nettement plus complexe. Par comportement nous entendons les décisions que les femmes (et leurs partenaires) et familles prennent au sujet de la grossesse, la structure familiale, l'emploi, l'épargne et d'autres choix importants de la vie, et comment ces décisions sont affectées par la disponibilité de services de santé reproductive. Comme indiqué dans le schéma 2, l'ensemble des comportements qui pourrait être liés aux services de santé reproductive disponibles est impressionnant dans sa dimension. En fonction de l'éducation des femmes, de leur état de santé, et de leurs attentes au sujet des rôles en tant que mères, femmes et travailleuses, l'accès aux services de santé reproductive peut mener à des changements de types particuliers, à la fois directement et indirectement. Les effets directs peuvent être vus dans les changements des schémas de grossesse, la disponibilité de contraception moderne peut produire des premières grossesses à un âge plus avancé, de plus longs intervalles entre les naissances et/ou un plus petit nombre de naissances au cours de la période de fécondité de la vie des femmes, hommes et enfants. Par contraste à la structure démographique de base, et dans cette perspective la morbidité est mise en valeur en plus de la mortalité.

Les effets comportementaux indirects de l'accès aux services de santé reproductive peuvent être vus dans les décisions des femmes au sujet de l'éducation (en particulier si l'information sur la santé reproductive et les services de santé sont disponibles pour les jeunes femmes avant qu'elles n'aient complété le cycle de l'éducation secondaire ou tertiaire), les investissements pour la santé de l'enfant, la nutrition et l'éducation, la migration et la structure familiale. Ainsi, par exemple, les décisions des femmes mariées de limiter les grossesses par l'utilisation d'une contraception peuvent être reliées aux décisions d'investir davantage dans les soins médicaux et la scolarisation des enfants (un plus petit nombre) de la famille. De la même manière l'impact des services de santé reproductive sur à la fois l'état de la fécondité et de la santé des femmes peut affecter la probabilité d'une migration intérieure ou internationale.

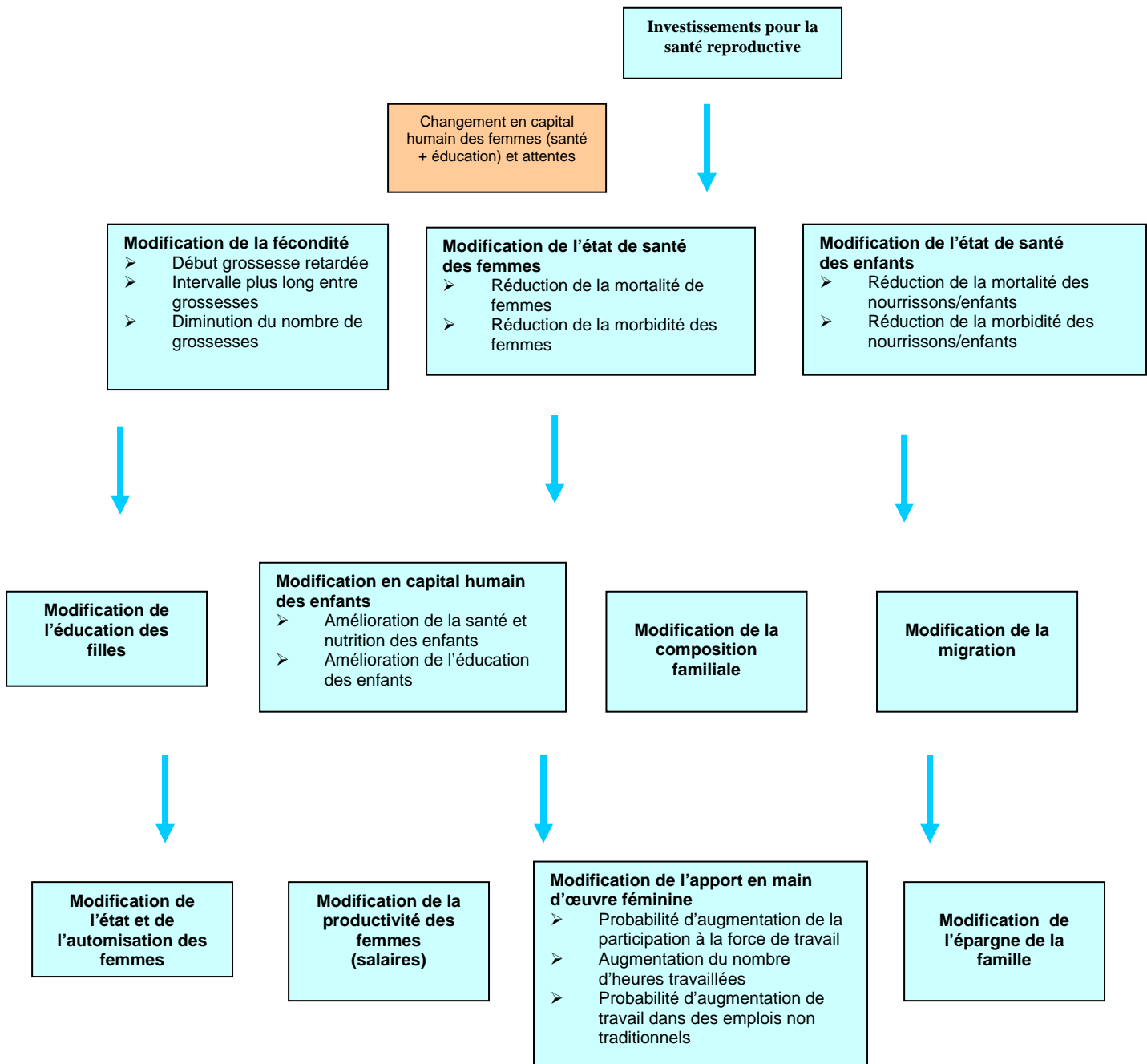
Au niveau supérieur des effets indirects, des résultats économiques et sociaux observés au niveau familial et communautaire sont affectés par le nombre de naissances d'une femme, son état de santé, et les décisions intermédiaires concernant les investissements en capital humain des enfants, la structure familiale et la migration. Par exemple, à la fois le contrôle passé et éventuel sur les grossesses que permet la contraception moderne peu changer la participation des femmes en tant que main d'œuvre (tant en quantité qu'en qualité) ; la productivité peut être affectée par les modifications de fécondité et de l'état de santé ; et les comportements liés à l'épargne peuvent être modifiés par des attentes modifiées concernant le besoin d'investir dans les enfants, un retour à long terme des enfants vers les parents plus âgés, etc.

De plus, bien qu'il soit difficile de le mesurer l'automatisation des femmes dans les familles et

28 juillet 2005

les communautés peut être modifiée par des changements des schémas de grossesses. Ces impacts économiques et sociaux sont, eux-mêmes, liés aux phénomènes macroéconomiques (apport de main d'œuvre, productivité de l'étendue économique, les taux de croissance économiques et les taux d'épargne nationale.)

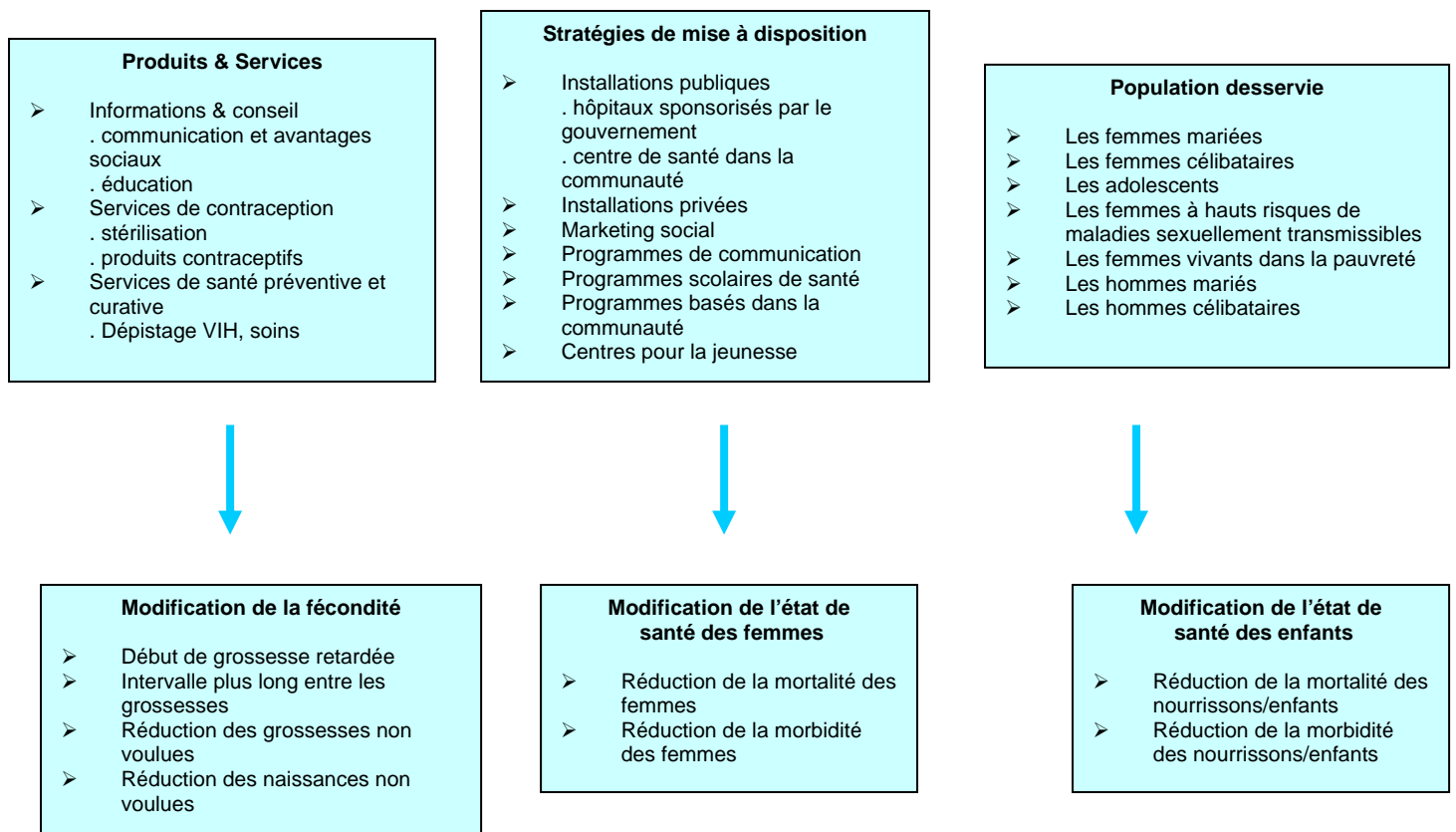
Schéma 2: Relations Comportementales de Base



28 juillet 2005

L'Apport de Service de Santé: d'un point de vue de l'apport de services de santé il est possible de faire des distinctions bien plus nuancées parmi les différents types de service et les interventions qui constituent la « santé reproductive. » Comme indiqué dans le schéma 3, les services de santé reproductive pourraient (et c'est souvent le cas) inclure la remise d'information et de contraceptifs, la stérilisation et d'autres services de contraception à long terme impliquant des services pour les procédures chirurgicales, préventives et curatives, le conseil et les informations dans leur ensemble, des efforts de communication et d'éducation. Ils peuvent être organisés par le biais des secteurs publics et/ou privés, avec ou sans un élément de marketing social.

Schéma 3: Types de Services de Santé Reproductive



28 juillet 2005

Et ils peuvent à l'intention des femmes mariées ou non (avec ou sans leur partenaire) de différents âges et stade de leur histoire reproductive. En se souvenant des schémas antérieurs il est possible d'imaginer que le type de services de santé reproductive fourni est fortement lié aux résultats de la fécondité, la morbidité, la mortalité et la migration qui sont alors liés, par des variables intermédiaires, à des impacts économiques plus larges. Ainsi, par exemple, les services de santé reproductive qui sont à l'intention des adolescents affecteront vraisemblablement les transitions vers l'âge adulte, et de multiples décisions au sujet de l'éducation des femmes, le mariage, la mobilité et l'activité économique. En même temps, les services de santé reproductive qui assistent les femmes en limitant la taille totale de leur famille au moment où elles ont assouvi leur désir d'enfant peuvent avoir un impact sur l'emploi plus tard dans la vie, les épargnes et les investissements dans l'éducation des enfants, la santé, la nutrition. De plus, les services de santé reproductive qui préviennent et soignent les maladies sexuellement transmissibles pourraient augmenter la productivité des travailleurs et contribuer à l'automatisation des femmes. En fin de compte, différents programmes pourraient probablement affecter le bien être de différents groupes de population, et ainsi la distribution personnelle des profits par couche économique et région d'un pays.

Les structures de service démographique, comportemental et de santé représentent des versions stylisées de la réalité, et omettent nécessairement de nombreuses variables intermédiaires, facteurs contextuels, à la fois ceux qui sont liés à la politique, et ceux qui sont définis par la culture, et les relations mutuelles. Toutefois ils sont utiles en mettant en avant trois voies potentielles (qui se produisent simultanément) entre les investissements pour la santé reproductive et les changements économiques. Dans la structure démographique, les modifications de la fécondité et de la mortalité qui résultent de l'accès aux services de santé reproductive conduisent en ensemble de dynamiques dans la taille, structure et distribution de la population qui ensuite affectent la croissance économique et l'incidence sur la pauvreté. Dans la structure comportementale, les modifications de la fécondité, et la morbidité qui résultent de l'accès aux services de santé reproductive font partie d'un ensemble plus large de décisions concernant le rôle des femmes (et des enfants) et les possibilités dans la famille et la société. Elles comprennent des décisions concernant des investissements dans l'éducation des femmes et des enfants, la participation des femmes à la force de travail, la productivité et l'épargne, l'automatisation et plus généralement le contrôle des ressources. Dans la structure des services de santé, différents types d'apports, des stratégies de mise à disposition de service et de population de patients (ou client) sont vus comme menant à différents types d'impacts sur la fécondité et la santé qui ensuite relient aux structures comportementales et démographiques. Ces structures nous aident à établir les éléments pour les types de méthodes et questions de recherche de politiques appropriées qui peuvent aider à augmenter la compréhension collective de, si et comment les investissements pour la santé reproductive ont des impacts économiques à court, moyen et/ou long terme.

Défis Empiriques

Les défis empiriques majeurs ont entravé le développement d'une base de faits concernant l'impact économique des investissements pour la santé reproductive qui résistent aux critiques méthodologiques. Les défis essentiels peuvent être résumés rapidement.³

3 La troisième partie de cette section présente des extraits de notes des Membres du Groupe de Travail, T. Paul Schultz et Andrew Foster.

- (1) Etablir la causalité. Une quantité considérable de recherches axées sur la politique sur la relation entre la santé reproductive (ou fécondité) et les résultats économiques et sociaux dépendaient de l'interprétation des corrélations entre des variables « dépendantes » et « indépendantes » comme effet causal que les décideurs peuvent assumer persistera si les politiques ont la capacité de changer le niveau des variables indépendantes. Même quand les efforts sont faits pour prendre en compte d'autres facteurs qui sont associés avec les variables dépendantes, cette approche prend le risque de grandement exagérer la relation possible. Il est tout à fait possible que les variables non observées, telles que les préférences hétérogènes à travers les adultes dans leur demande d'enfants et de travail des femmes en dehors de la famille et pour la qualité de l'enfant, peuvent expliquer les co-variations à travers les comportements apparentés à la famille, telle que l'éducation des femmes, le déclin de la fécondité, l'amélioration de leur santé, et l'amélioration de la santé et de la scolarisation de leurs enfants, et la migration interrégionale. Du point de vue de la perspective statistique, isoler et estimer la magnitude des véritables relations causales implique de spécifier un forçage ou d'identifier des variables qui fournissent des variations de fécondité exogènes ; puis cette variation exogène est utilisée pour évaluer, par exemple, les impacts causals de fécondité sur beaucoup d'autres conséquences du bien être de la famille dans le temps. La littérature actuelle sur l'économie fournit une douzaine d'études basées sur les variables instrumentales suivantes : (1) des jumeaux et naissances multiples ; (2) le sexe du premier enfant ; (3) la fausse-couche de la première grossesse(s) (ou suivantes) ; (4) perturbations climatiques importantes qui contribuent à la fréquence des maladies de l'enfant ou (5) l'accès local aux programmes qui réduisent les coûts d'évitement des naissances, tel que les activités du planning familiale ou l'accès aux services de santé reproductive ou la contribution à la santé de l'enfant ; et (6) l'accès local aux possibilités d'éducation et les retours du marché du travail pour les travailleurs formés. Toutefois, le petit nombre de telles études témoigne de la difficulté de cette stratégie de recherche.

Toutefois, des complications surviennent même quand une des variables identifiantes est utilisée. Il est tout à fait possible que les programmes de santé et de planning familial ne soient pas introduit au hasard. Il est en fait probable que les programmes soient ciblés en fonction des groupes qui tirent le plus de profit des services ou qui ont la plus grande influence politique sur la distribution des programmes de services. A cause de cela, il est encore difficile d'estimer les « effets croisés » entre la fécondité et le bien être des femmes et le capital humain des enfants.

Ce problème est encore plus prononcé dans les analyses croisées des pays qui ont été en grande partie le « pain beurré » des travaux macroéconomiques. Alors qu'il y a des variations claires et systématiques dans les mesures, à travers les pays, de la qualité des ressources humaines telle que l'état de santé, les éléments sous-jacents de ces variations sont susceptibles de varier à travers les pays. Dans certains pays, par exemple, les plus hauts niveaux de santé pourraient être attribuables à un système de santé publique particulièrement efficace, alors que dans d'autres ils pourraient simplement refléter les conditions environnementales favorables. Les stratégies de recherche qui contrôlent ce type de variations doivent isoler les effets tels que le climat et les maladies endémiques.

- (2) Définition et mesure des variables clé: profits économiques de démographie à partir de

28 juillet 2005

plusieurs résultats de mesures qui sont relativement directes, telle que les « naissances vivantes. » Mais certains concepts clé sont très difficiles à opérationnaliser. Parmi les plus difficiles sont « l'automatisation des femmes » et « l'élargissement des réseaux sociaux » qui sont considérés (et vus en terme de recherche qualitative) comme étant étroitement associés avec le contrôle des femmes de leur comportement sexuel, et le nombre et calendrier de grossesses. Un autre concerne la productivité des femmes qui est souvent pris seul en terme de participation dans le marché du travail. La productivité domestique améliorée qui peut être un résultat primordial de meilleure santé reproductive, est difficile à mesurer de façon consistante et pourrait ne pas être reflétée dans le PNB (Produit National Brut.)

Dans les recherches microéconomiques qui impliquent des comparaisons entre pays, la qualité des données et la comparabilité des problèmes sont vastes. Des pays individuels peuvent avoir des institutions très différentes pour la collecte et compilation de données à partir desquelles des statistiques clé sont rapportées au niveau national. L'analyse intra pays offre aussi l'avantage de contrôler les effets fixes non changeant dans le temps, par exemple la géographie, les politiques d'environnement etc.

Définir les Questions Pertinentes pour les Politiques

Les trois structures décrites ci-dessus correspondent en gros à trois niveaux ou types de prise de décision politique : la structure démographique correspond à la prise de décision macroéconomique, la structure comportementale correspond aux décisions sur l'impact des politiques publiques et des investissements pour le bien être économique et social au niveau familial et communautaire ; et la structure des services de santé correspond aux décisions sur la façon d'utiliser les services (soit à l'intérieur ou l'extérieur du secteur de santé) spécifiquement pour atteindre des résultats en terme de santé et fécondité. Pour chacune de ces structures le Groupe de Travail pour la Population et le Développement suggère qu'une question dominante soit abordée, ainsi que des stratégies particulières de recherche qui peuvent être utiles pour répondre à cette même question.

Politique macroéconomique. Au niveau macroéconomique la focalisation politique majeure tend vers une croissance durable du revenu national. Les inquiétudes politiques centrales comprennent les politiques monétaires et fiscales, par exemple comment maintenir un taux de change favorable, comment maintenir le taux d'inflation dans les limites, et aussi des questions stratégiques sur les types de voie de développement économique qu'il faudrait suivre. En général, les discussions sur les changements démographiques en Afrique ont été largement absentes des discours politiques et, si inclus, est pris comme un « fait » plutôt que comme quelque chose à intégrer (sur le long terme) par la politique économique.

Plusieurs facteurs liés à la taille de la population et la structure d'âge peuvent influencer l'impact des politiques macroéconomiques. Ils comprennent : la taille et la structure d'apport de travail, qui dans l'ensemble peuvent affecter le taux de salaire moyen, les revenus d'impôts et les pressions inflationnistes ; et le niveau d'épargne, qui est une fonction de la proportion de la population dans différentes cohortes d'âges, combiné avec les schémas spécifiques à l'âge quant à la consommation et l'épargne. A l'inverse, les politiques macroéconomique fournissent le contexte par lequel les décisions sont prises sur l'entrée et la sortie dans le marché du travail, et la relative valeur des investissements dans les enfants (par l'éducation) et d'autres types d'investissements.

28 juillet 2005

Le Groupe de Travail pour la Population et le Développement propose que les lignes de recherches pour renseigner la politique macroéconomique soient développées en posant la question générale ci-après:

Etant donné les tendances projetées en matière de fécondité, mortalité et migration, quelles sont les implications pour la croissance économique, la distribution des revenus et l'incidence de la pauvreté ?

- **Comment les variables politiques telles que celles qui influencent la force de travail, la participation et l'épargne, affectent-elles les implications de population sur la croissance économique et l'incidence de la pauvreté ?**
- **Quelles hypothèses sont émises dans les modèles macroéconomiques au niveau national et régional en Afrique sub-saharienne en ce qui concerne la fourniture de main d'œuvre et l'épargne ? Qu'impliquent ces hypothèses pour les interventions en matière de santé reproductive, et est-ce que la réalité reflète ces niveaux et tendances dans les investissements pour la santé reproductive ?**
- **Comment ces croissances et implications de pauvreté pourraient-elles changer avec des tendances de fécondité et de mortalité différentes ?**
- **Comment pourraient varier les implications en fonction des causes des tendances de la fécondité et mortalité ?**

Beaucoup de ces relations seront difficiles à détecter à cause des vastes gammes d'influences au niveau macroéconomique et des défis empiriques mis en évidence plus haut. Toutefois, il y a de la place pour des progrès.

Le Groupe de Travail pour la Population et le Développement a identifié deux voies pour élaborer une base de faits solides sur les effets des programmes de santé reproductive sur des résultats économiques d'ensemble.

- (1) Faire la carte des phénomènes de micro-niveau jusqu'au macro-niveau. Dans cette double approche les données de micro-niveau à partir d'études bien conçues peuvent être utilisées pour estimer la direction et la magnitude des relations clé, par exemple la relation entre l'exposition aux services de planning familial et la participation des femmes au marché du travail. Ces paramètres peuvent ensuite être appliqués à la situation observée (c.à.d. le niveau d'exposition au planning familial dans les unités sub-nationales ou au travers des pays) et les résultats (la participation des femmes à la force de travail) peuvent être pris comme exemple. Ces exemples peuvent ensuite être comparés aux observations empiriques pour valider (ou non) les hypothèses que les relations vues à un micro-niveau ont au niveau de l'ensemble.
- (2) Regard sur les variations intra pays. L'analyse sub-nationale a le potentiel d'aborder les problèmes multiples qui ont limité la valeur des analyses au travers des pays. En ce qui concerne la comparabilité et la qualité des données il y a généralement un bureau central national qui fixe les politiques de collecte de données, même quand la collecte de données est

28 juillet 2005

organisée au plus bas niveau des analyses tel que l'Etat. Toutefois, on peu raisonnablement être certain que toute variable générée au niveau sub-national essaie au moins de se concentrer sur le même concept.

Au niveau sub-national il pourrait y avoir un ensemble plus clairement articulé de structures théoriques et de sources de variations qui peuvent être appliquées. Par exemple, une politique particulière telle que les programmes de santé ou d'agriculture pourrait être introduite au niveau national, mais avoir des potentiels très différents quant à l'impact aux niveaux local à cause des variations géographiques ou environnementales. Au moins certaines unités sub-nationales pourraient être relativement homogènes en terme de caractéristiques de population, permettant ainsi d'effectuer des comparaisons relativement nettes.

Politique de réduction de la pauvreté. L'affectation de rares ressources financières et institutionnelles pour la réduction de la pauvreté est en tête de chapitre dans le programme de prise de décision économique des pays à faible revenu. Les leaders des pays en voie de développement, les donateurs et les prêteurs font collectivement face au défi d'identifier le mélange optimal d'engagements financiers pour les infrastructures, l'agriculture, les services civils et d'autres réformes et modernisation du secteur public, de la santé, de l'éducation et d'autres secteurs, dans le but de réduire la pauvreté de la façon la plus rapide et la plus durable qui soit.

Pour ce niveau de prise de décision, il est raisonnable de se demander si et selon quelles conditions les investissements pour la santé reproductive amèneraient aux changements de l'incidence de pauvreté et la croissance « pro-pauvre. » Le Groupe de Travail propose une question centrale pour guider les lignes de recherches de politiques pertinentes :

Comment les investissements pour la santé reproductive affectent-ils les conditions économiques au niveau de la famille, y compris la productivité, la participation à la force de travail et le comportement d'épargne des femmes, des enfants et des familles ?

- **Quel est l'impact de la réduction de la fécondité sur l'activité économique des femmes, les résultats sur leur scolarisation et les résultats sur la scolarisation de leurs enfants ?**

Par exemple, sous cette question générale les questions suivantes plus détaillées s'imposent :

- (1) Si les améliorations de la santé des femmes mènent à l'augmentation de l'apport de main d'œuvre et/ou la productivité en dehors du foyer, c'est à dire, que les femmes en bonne santé peuvent consacrer plus d'heures au marché du travail ou produire plus par heure ou s'engager dans des micros entreprises. Au niveau familial cela peut se traduire par un revenu plus important par habitant ou par équivalent-adulte. Au niveau de l'ensemble cela peut se traduire par la croissance économique. Ici comme ailleurs le contexte est important. Dans ce cas les facteurs contextuels essentiels sont la demande de main d'œuvre (particulièrement le travail des femmes) et la « bienveillance » à l'égard de l'esprit d'entreprise : si les femmes peuvent mieux ou sont plus enclines à entrer sur le marché du travail, est-ce que les emplois qui pourraient bénéficier de leur productivité seront disponibles ? Est-ce que les barrières pour entrer dans les petites entreprises sont grandes ? Comment cette relation intervient-elle dans les pays et les régions qui diffèrent dans leur capacité à absorber le travail en général, et le travail féminin en particulier ?

28 juillet 2005

- (2) Si une fécondité plus faible et/ou la capacité de contrôler le moment de la grossesse rendent possible pour les femmes de s'engager dans le travail productif en dehors du foyer, y compris par la création de petites entreprises. Les questions liées au contexte sont les mêmes que dans (1) ci-dessus, un examen est nécessaire pour comprendre comment les schémas africains de prise en charge des enfants pourraient affecter les préférences et comportements reproductifs et la prise de décision en ce qui concerne la santé des enfants et la scolarisation et aussi la relation entre la fécondité et la participation à la force de travail.
- (3) Si une fécondité plus faible rend davantage possible une épargne plus grande du revenu, dans l'ensemble (et en la présence d'un marché de crédit qui fonctionne), ces changements de comportement d'épargne peuvent avoir des conséquences macroéconomiques. Là encore, faire des recherches dans une diversité de contextes économiques peut aider à montrer comment la relation entre la fécondité et l'épargne est arbitrée par les facteurs contextuels.
- (4) Si la réduction dans la prévalence de rapports sexuels non protégés parmi les jeunes mène à améliorer les taux de prolongation de scolarisation, la mise en valeur des compétences de travail et une meilleure santé au cours de l'adolescence. Si les jeunes sont autonomes pour contrôler leur vie reproductive à un jeune âge, cela leur permettra de rester scolarisé plus longtemps, de retarder le mariage et la grossesse, de planifier et faire carrière, et avoir un plus grand contrôle sur leur vie future.
- (5) Si une plus faible fécondité résulte en de plus hauts niveaux d'investissement dans l'éducation et la santé des enfants, les investissements qui généreront des profits pour la famille et pour les nations dans les années plus avancées par l'augmentation de la participation au marché du travail et la productivité. Dans ce cas une partie essentielle de cette question est comment la relation entre la fécondité et l'investissement dans les enfants varie en fonction de la qualité, l'accessibilité à l'éducation primaire et secondaire. En d'autre terme quelles sont les variables contextuelles qui conditionnent si oui ou non une diminution de la fécondité rapporte en terme économique par la productivité des générations futures ?

Le Groupe de Travail suggère plusieurs stratégies de recherches qui peuvent être utilisées pour s'occuper des défis empiriques cités plus haut.

La première de ces stratégies est l'utilisation des données d'études disponibles sur les familles pour examiner ce que les économistes appellent des « formes réduites » d'estimation de la relation entre l'exposition à un programme particulier de planning de santé ou familiale et les résultats économiques de l'intérêt, tels que les heures travaillées ou les salaires (comme indicateur de productivité.) Disons que cette stratégie prend pour un fait qu'une certaine force observée de la corrélation entre l'utilisation des services de planning familial, et la participation au marché du travail par les femmes pourrait être (et est probablement) le résultat du fait que les femmes qui utilisent le planning familial sont, dans des domaines fondamentaux, différentes de celles qui ne les utilisent pas, et peut-être de manières qui ne peuvent pas être observées. Ainsi, les implications politiques dérivées de telles estimations devraient être tempérées par des mises en garde au sujet de la surestimation et la sur-interprétation de la force du lien causal. Mais le grand avantage de focaliser sur une forme réduite d'estimations est qu'elle n'oblige pas le type de gymnastique nécessaire pour un examen beaucoup plus détaillé d'une étendue de relations intermédiaires, à partir uniquement de données partielles-croisées pour une période seulement.

La deuxième stratégie de recherche est d'utiliser des données d'études de groupes-témoins pour examiner le comportement d'une cohorte de femmes comme elles avancent à travers les

28 juillet 2005

différentes étapes de leur vie, ces étapes étant définies par leur état conjugal, leur santé et leur état de maternité et aussi leur participation au marché du travail. Parce que les études de groupes témoins suivent une partie de la vie d'un ensemble de femmes (ou couples) elles permettent aux chercheurs d'éviter les suppositions héroïques qui sont souvent faites pour interpréter les différences entre les groupes d'âge dans une tranche-croisée, car elles représentent les différences de comportement au travers de différents points dans un cycle de vie. Cet important avantage doit être mesuré contre les frais supplémentaires et temps nécessaire pour générer des données de groupes témoins qui imposent de suivre des individus et des parties de famille comme elles se séparent et se rassemblent au cours du temps. De plus la perte inévitable de suivi de certains individus pourrait biaiser les résultats dans les recherches en utilisant des données de groupes témoins. Des efforts doivent être faits pour corriger la perte sélective des individus hautement mobiles des données des groupes témoins.

Politique liée à la santé. L'étendue des interventions pour la santé reproductive et les dimensions de ces interventions sont effectivement vastes et contiennent tout, en partant de politique jusqu'à la mobilisation sociale, à l'apport de services directs. A l'intérieur de l'apport de services il y a beaucoup de variations suivant le type et la qualité de soins apportés et les populations auxquelles ces services sont destinés.

Dans ce domaine il y a beaucoup de place pour des contributions de recherche, particulièrement dans la mesure où les choix sont faits sur le type de services de santé reproductive à fournir. L'axe principal devrait être le développement d'une base de faits sur les « meilleures pratiques » pour les populations d'intérêt particulier telles que les adolescents (filles et garçons), les femmes qui sont au début de leur période reproductive, et les femmes âgées.

Le Groupe de Travail pour la Population et le Développement suggère que la question centrale à laquelle il faut répondre soit :

Comment les différents types d'investissements pour la santé reproductive affectent-ils les résultats de santé pour les femmes et les enfants ? Comment le type et l'organisation des services affectent-ils leur efficacité, y compris leur capacité à atteindre les populations pauvres et vulnérables ?

- **Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour améliorer la santé et les impacts sur la fécondité parmi les adolescents ?**
- **Quand et comment l'intégration de santé préventive et de prévention du VIH/SIDA, les soins et les programmes de traitement profiteront-ils à certaines populations ?**

Ceci peut être formulé plus en détail:

(I) Pour affecter des types particuliers d'impact de la santé des femmes (et des enfants) pour une population donnée, quel ensemble d'interventions et de services sont les plus efficaces, par exemple en comparant un programme qui offre des services contraceptifs plus des conseils uniquement, avec un programme qui fournit des services contraceptifs, des conseils, la prévention et le traitement d'infections sexuellement transmissibles ? Ou en comparant un programme qui offre une éducation sur la prévention VIH aux adolescentes avec un programme qui intègre ces services avec d'autres

28 juillet 2005

composantes, telles que l'alphabétisation, une formation sur les moyens d'existence et budgétaires ? A partir des résultats de ce type de recherche combinés avec des études minutieuses des coûts pour l'apport des services, il serait possible d'estimer la rentabilisation pour atteindre les types particuliers de résultats de santé.

(2) Pour affecter des types particuliers d'impact de santé et de fécondité et de comportement pour une population donnée, quelles sont les combinaisons d'interventions de santé et éducation (ou services) qui sont les plus rentables ?

(3) Quelles sont les stratégies pratiques pour intégrer les programmes de santé reproductive et de prévention VIH/SIDA, de soins et de traitements ?

De plus en plus, des stratégies de recherches novatrices sont utilisées pour répondre aux questions telle que celle-ci. L'étalon d'or des méthodes d'évaluation, et qui est bien acceptée dans les milieux médicaux, est l'essai aléatoire, par lequel des comparaisons sont faites entre des individus qui ont reçu ou pas un « traitement » (tel qu'une médication ou l'accès à un type particulier de service de santé physique ou mentale.) Parce les individus étudiés sont assignés aléatoirement au groupe de « traitement » et de « contrôle » l'hypothèse sous-jacente est qu'ils sont similaires en tout point, en moyenne, et donc les différences observées entre les groupes reflètent les « vrais » effets du traitement. Cette méthode constitue un contraste frappant avec les types d'évaluations standards qui sont menées dans les programmes sociaux, dans lesquelles l'état de santé avant le programme (ou d'autres impacts) sont comparés aux impacts après programmes. Avec ces approches, les différences dans le temps qui sont observées sont souvent attribuées au programme, mais en fait pourraient facilement avoir été dues à d'autres influences, telles que les changements dans les revenus, les conditions de vie et d'autres facteurs.

Une autre méthodologie commune d'évaluation compare l'impact sur la santé ou d'autres impacts de ceux qui participent volontairement à un programme particulier avec ceux qui n'y participent pas. Encore une fois les différences observées sont très probablement dues à des différences sous-jacentes entre les participants au programme et les non participants, plutôt que du programme lui-même. Pour ces raisons, les méthodes de mission aléatoires produisent une plus haute qualité de faits pour les prises de décision et les données des résultats devraient être collectées à la fois avant et après que le traitement ne commence, dans les communautés de contrôle et de traitement.

Les méthodes de mission aléatoire peuvent et ont été appliquées à l'évaluation de grande gamme de programmes sociaux, allant des types particuliers de formation d'enseignant jusqu'à débarrasser les enfants des vers ou « transfert d'espèces conditionnelles » par lesquels les mères sont payées sur une base mensuelle pour emmener leurs enfants à des contrôles nutritionnels et de soins. La randomisation des traitements médicaux pourrait survenir au niveau individuel, alors que la politique de variations de traitement est typiquement randomisée au niveau communautaire, tout comme avec Progresa (Programa de Educación, Salud y Alimentación – Programme d'éducation, de santé et alimentation) et qui fournit la possibilité de sceller la mission aléatoire dans la dissémination du village du programme. Ces applications ont démontré qu'il est possible de sceller une évaluation aléatoire dans les programmes qui sont graduellement augmentés permettant ainsi aux décideurs de savoir si un programme fonctionne alors qu'il s'étend.

Les missions d'évaluations aléatoires font face à de multiples défis, y compris (dans beaucoup de cas) une résistance de la part des responsables de programme. Le souci le plus commun concerne

28 juillet 2005

l'éthique relative à la fourniture de services particuliers à une partie de la population uniquement alors que les autres font aussi partie du projet de recherche. Dans ces conditions très peu de programmes peuvent être pris instantanément à l'échelle, cet aspect peut en grande partie être traité en considérant les groupes de « traitement » et de « contrôle » simplement comme des groupes « avec programme maintenant » et des groupes « avec programme plus tard. » Ceci peut en grande partie être justifié par le besoin de calibrer le programme pour traiter d'abord certaines communautés, et par la suite étendre le programme pour inclure le reste des communautés, mais définir par des missions aléatoires non partisans quelle communauté tombent dans le premier et le second programme d'extension.

Les missions aléatoires de population par région, foyer ou individu entre un programme de traitement et un contrôle de population facilitent davantage des programmes d'évaluations fiables. Toutefois il est aussi possible d'assumer que la sélection de population pour le traitement et le contrôle est basée uniquement sur des caractéristiques observables, avec les différences subsistantes entre les résultats des traités et des contrôlés attribuables aux effets du programme. Si la réponse de la population au programme n'est pas homogène à travers le groupe défini par les caractéristiques observables, les différences traitement-contrôle dans les résultats à l'intérieur (résultat de tendance) des groupes assortis peuvent être pondérées pour se conformer à la population à qui le programme a été proposé pour inférer les effets probables du programme sur différents mélanges de population pour des extensions à des programmes futurs. Cette approche qui utilise des résultats de tendance assortis ou des méthodes de fonction de contrôle accentue le fait que les effets de programme ne peuvent pas être généralement inférés en dehors des groupes de population pour lesquels il y a un support commun ou représentation dans, à la fois la population « traitement » et la population « contrôle » ou en d'autre terme l'extrapolation des effets du programme en dehors du support dépend d'hypothèses fonctionnelles plus restrictives. Cette approche permet l'hétérogénéité des effets et des hypothèses plus flexibles (semi-paramétrique) que les modèles standards de sélection sur des non observables ne permettent pas.⁴

Idéalement, plusieurs approches aux programmes d'évaluation devraient être utilisées pour accroître la confiance des administrateurs concernant les effets moyens du programme. Ceci évoque aussi les segments de la population qui répondent le mieux au programme de traitement et qui pourraient être ciblés dans le futur pour amplifier l'efficacité du programme.

Questions relatives aux données.

Le Groupe de Travail a mis principalement l'accent sur la création et l'accès plus large aux trois types de données, qui toutes fourniraient de la matière pour des recherches créatives et des politiques utiles en science sociale.

Premièrement il y a un besoin d'amélioration des méthodes actuelles pour collecter des données de la période actuelle et rétrospective par le biais de données d'éléments croisés familiaux. Le domaine principal pour l'amélioration est de s'assurer que, quand possible, *les deux* : les données démographiques et économiques sont collectées. (Actuellement, certaines études démographiques et de santé collectent peu, voir pas, d'informations concernant le revenu familial, la consommation et l'activité dans le marché du travail des membres du foyer, alors que beaucoup d'études économiques et du marché du travail omettent la collecte, même celle des données de base, concernant la santé et l'utilisation des services de santé.) En particulier, le Groupe de Travail a suggéré que les études

28 juillet 2005

4 Pour plus d'information voir : Imbens, G. et J. Angrist – 1994 – « Identification and Estimation of Local Average Treatment Effects » (Identification et Estimation des Effets Moyens Locaux de Traitement.) *Econometrica* 62(2): 467-75; et Heckman, J., Ichimura, H., Smith, J. et Todd, P., 1998 – « Characterizing Selection Bias Using Experimental Data. *NBER Working Paper* No. W6699. » (Caractérisation de Sélection de Tendance par l'Utilisation de Données Expérimentales. *NBER Document de travail* No. W6699.)

démographiques et de santé soutenues par USAID pourraient travailler à l'inclusion des variables économiques ; et les études de mesure de niveau de vie soutenues par la Banque Mondiale pourraient affiner leur collecte d'informations sur la santé et le recours des services de santé.

L'organisation « INDEPTH » a aussi rassembler 34 efforts de collecte de données longitudinales indépendantes dans le monde en voie de développement. Le Secrétariat, basé à Accra, au Ghana a produit trois monographies (y compris une sur un modèle grandeur nature de tableaux avec des données réelles du monde en voie de développement et une autre sur les iniquités de santé dans les petites zones) en utilisant les Sites de Surveillance Démographique dans le monde en voie de développement. Il y a actuellement des défis en ce qui concerne un plus grand accès au public à ces riches sources de données ; mais si « INDEPTH » était incité à offrir un plus grand accès, cela offrirait une source existante d'information à partir de laquelle il serait possible élaborer d'autres recherches.

Deuxièmement, il y a une possibilité pour construire une base de faits plus solides avec le développement d'ensembles de données de panel. De tels ensembles de données ont été précieux les pays industrialisés pour suivre l'emploi et d'autres comportements dans le temps. Toutefois dans le contexte de faible revenu, l'accès aux données de panel est très rare. Etablir ou fournir l'accès à un ou plusieurs des sites africains pour la collecte de données de panel, y compris démographiques, constituerait une ressource pour les chercheurs actuels et futurs. De façon importante, la collection de données de panel devrait être conçue pour suivre ceux qui migrent en dehors de la recherche, parce que ces individus sont susceptibles d'avoir différents résultats économiques (et d'autres) que ceux qui restent dans l'étude. Par manque de pouvoir les suivre les conclusions pourraient être erronées.

Le troisième ensemble de données, composé de données sub-nationales devrait être développé pour au moins plusieurs grands pays dans lesquels il y a des variations internes importantes. Idéalement ces données pourraient inclure des informations sur l'exposition au programme et les caractéristiques de programme, les caractéristiques de population et les comportements démographiques et les conditions économiques (les taux de participation à la force de travail par secteur, les taux d'épargne, le revenu par habitant, les taux de salaire et d'autres.)

Quatrièmement, les possibilités devraient être recherchées pour utiliser les méthodes de mission d'évaluations aléatoires. L'expérience a montré que la qualité des faits qui peuvent provenir d'une évaluation bien conçue peu avoir plus de valeur pour le processus de conception de programme et de politique que des douzaines d'évaluations qui ne fournissent pas un moyen d'estimer l'impact réel d'un programme particulier.

Appendice 1. Groupe de Travail pour la Population et le Développement

Présidente

Nancy Birdsall Centre pour le Développement Mondial

Membres

Alaka Basu	Université de Cornell (Cornell University)
John Bongaarts	Population Council
David Canning	Université d'Harvard (Harvard University)
Ibrahim Elbadawi	Banque Mondiale
Alex Ezeh	Centre de Recherche pour la Population et la Santé Africaine (African Population and Health Research Center)
Andrew Foster	Université Brown (Brown University)
Alan Gelb	Banque Mondiale
James Habyarimana	Centre pour le Développement Mondial
Simon Johnson	Institut de Technologie du Massachusetts (Massachusetts Institute of Technology)
Calestous Juma	Université d'Harvard
Cynthia Lloyd	Population Council
Elizabeth Lule	Banque Mondiale
Todd Moss	Centre pour le développement Mondial
Mead Over	Banque Mondiale
John Page	Banque Mondiale
Lant Pritchett	Banque Mondiale
Geeta Rao Gupta	Centre International pour la Recherche sur les Femmes (International Center for Research on Women)
Khama Rogo	Banque Mondiale
T. Paul Schultz	Université de Yale (Yale University)
Chris Udry	Université de Yale

Invités

Tamara Fox	Fondation William et Flora Hewlett
Judith Helzner	Fondation John D. et Catherine T. MacArthur

Direction du Projet/Préparation du rapport

Ruth Levine	Centre pour le Développement Mondial
Subha Nagarajan	Consultant – Centre pour le Développement Mondial

NOTE: Il a été demandé aux membres du Groupe de Travail de participer sur une base volontaire et selon leurs compétences personnelles. Les affiliations institutionnelles sont données à fin d'identification uniquement.

Appendice 2. Définitions de base

Préférences reproductives fait référence à un nombre et calendrier de naissances qu'une femme ou couple souhaite avoir.

Comportement reproductif comprend le nombre et le rythme de l'activité sexuelle, de l'utilisation de contraceptif, des grossesses, et des interruptions volontaires de grossesse.

Résultats reproductifs comprennent le nombre de naissance, la mortalité et morbidité liées à la grossesse, et la mortalité et morbidité fœtales et périnatales

La santé reproductive fait référence à une grande étendue de résultats et conditions de santé physiques qui sont associés avec la reproduction et les organes reproducteurs des femmes ; comprenant tous les résultats reproductifs plus les cancers des organes reproducteurs (col de l'utérus, utérus, ovaires, seins, etc.) et les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.

Services de santé reproductive fait référence à l'ensemble des services de santé qui sont fournis pour améliorer ou maintenir la bonne santé reproductive ; en fonction du cadre ils pourraient inclure le planning familial, une maternité sans danger et les services de santé maternelle et infantile, la santé de l'adolescent et les services de bien-être, la prévention et le traitement du VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles, et la réduction de pratiques traditionnelles néfastes.

Taux d'épargne fait référence à la proportion des revenus qui est mis de côté pour investir ou pour consommation future au cours d'une période particulière du temps, telle qu'une année.

Fourniture de travail fait référence à la quantité et type (niveau de compétence) de personne-temps disponible pour un emploi salarié.

Demande de travail fait référence à la quantité et type (niveau de compétence) de personne-temps pour lesquels un employeur peut payer et paiera.

Productivité fait référence au résultat par travailleur par heure dans un secteur formel ou informel, sauf si autrement indiqué, il ne fait pas référence à la production dans le foyer.

Réduction de la pauvreté fait référence à la diminution en nombres relatifs ou absolus de foyers qui sont sous le seuil de pauvreté.

Croissance économique veut dire l'augmentation en résultat moyen par personne ou PIB (produit intérieur brut) par habitant. Le PIB (mesuré en terme de produits et services vendus et achetés) pourraient ne pas reproduire la consommation et production dans le foyer, les soins aux enfants/personnes âgées/malades ou les activités des secteurs informels/marché noir. Ces facteurs exclus tendent à être disproportionnellement associés avec le travail des femmes.