

Santé et bien-être : la difficile mesure des capacités de santé.

## **Santé et bien-être : la difficile mesure des capacités de santé**

Bruno Boidin, IESEG-LABORES, Université catholique de Lille

*b.boidin@ieseg.fupl.asso.fr*

---

### *Résumé*

L'espace des utilités et celui des capacités sont-ils exclusifs l'un de l'autre, faut-il les examiner de façon complémentaire ? Cet article s'intéresse à ce débat en l'appliquant au domaine de l'actif santé. Partant de l'hypothèse que le taux de transformation des ressources en fonctionnements est différent selon les contextes et les individus, il peut être pertinent de chercher à mieux connaître l'environnement, les conditions socio-économiques et les comportements qui jouent sur l'état de santé des populations, notamment dans les pays pauvres où des programmes en faveur d'un meilleur accès à la santé sont menés sans toujours connaître les différents déterminants, notamment du côté de la demande de santé. A partir d'une typologie des indicateurs relatifs à la santé, nous cherchons à sélectionner les données pertinentes et disponibles pour une comparaison internationale de la transformation des ressources en capacités de santé.

---

*Mots clés* : Santé, bien-être, capacités, fonctionnements, pays en développement

### **1) Introduction : utilité de la santé ou capacités de santé ?**

L'une des questions persistantes relatives à la mesure du bien-être est de savoir si la mesure des capacités (« capabilities », SEN, 1981, 1985)<sup>1</sup> devrait se substituer à celle de l'utilité. Notre hypothèse de départ est qu'il existe bien une différence entre la mesure de l'utilité et la mesure des capacités en santé, mais que ces deux approches peuvent être complémentaires, étant donnée la complexité de la mesure du bien-être.

Dans le cas de la santé, cette hypothèse doit être précisée. Elle signifie que, si l'utilité tirée d'un certain état de santé n'est pas très éloignée de la mesure des capacités « positives » en santé (capacités contribuant au bien-être), cependant la transformation des ressources en fonctionnements, via les capacités, n'est pas identique suivant le contexte socio-économique des individus considérés, et de ce fait il est envisageable que le « taux de transformation » des ressources en fonctionnement soit différent selon ces contextes et selon les individus.

En d'autres termes il n'est pas équivalent de dire qu'un individu dispose des mêmes ressources de base qu'un autre et que cet individu en retirera le même niveau de bien-être, car le taux de transformation est différencié selon les individus. On peut également envisager que, dans certaines situations, les comportements individuels amènent à une utilisation des ressources qui soit défavorable au bien-être.

L'objet de cette communication est d'une part d'appuyer l'hypothèse énoncée ci-dessus, d'autre part de poser les bases d'une mesure des capacités de santé. A

---

<sup>1</sup> Capacités : ensemble des actes qu'un individu doit être capable d'accomplir. Pour SEN le bien-être ne dépend pas que de la disponibilité en *ressources*, mais également de la *capacité* à transformer les caractéristiques de ces ressources en *fonctionnements* (être en bonne santé par exemple).

travers ce travail préliminaire, notre finalité est de procéder à des comparaisons internationales de la transformation des ressources de santé en fonctionnements. Ces comparaisons pourraient en effet aider à la définition de programmes de réduction de la pauvreté différenciés en fonction des caractéristiques socioéconomiques et environnementales nationales, ainsi que des comportements et usages des populations concernées.

Une deuxième partie cherche à préciser et étayer l'hypothèse de départ, à partir de travaux portant sur la mesure du bien-être. La troisième partie s'interroge sur le type de données nécessaires à la mesure de la transformation des ressources en capacités dans le cas de la santé. Sur cette base, nous examinons dans un quatrième temps l'intérêt des données sur les Disability Adjusted Life Years (DALYs) recueillies sous l'égide de l'OMS et de la Banque Mondiale. Enfin les limites de ces dernières ressources statistiques nous orientent vers une discussion des Data Health Surveys de l'USAID. Les indicateurs présentés dans ces dernières sont classés au sein des groupes de données nécessaires pour mesurer les fonctionnements de santé.

## **2) L'intérêt d'évaluer la transformation des ressources en fonctionnements**

Pour appuyer l'hypothèse que, dans le cas de la santé, les utilités et les capacités sont différentes quoique complémentaires, on peut se référer à deux types de travaux qui portent plus généralement, mais dans des pays différents, sur la mesure du bien-être et/ou du développement humain.

### **2.1) Les conclusions de Lachaud dans le cas du Burkina Faso**

Une analyse économétrique de Lachaud (2000), basée sur l'enquête prioritaire du Burkina Faso de 1994-1995, permet de préciser les liens entre les ressources monétaires et les dimensions du développement humain telles que l'éducation et la santé. Parmi les résultats obtenus, l'auteur souligne l'existence de trois effets : l'effet de niveau tel que la sensibilité de l'accès aux capacités est différenciée selon le niveau de dépenses ; l'effet de structure tel que les facteurs socio-culturels et institutionnels influencent également l'impact final d'une variation du revenu ; enfin l'effet d'éviction qui conduit à remettre en cause l'effet favorable de l'augmentation du revenu pour des catégories de populations préalablement évincées (les femmes notamment).

Les conclusions de l'auteur semblent donc contribuer à l'idée que le niveau de vie des ménages ne permet pas à lui seul de déterminer le niveau des capacités, dans la mesure où d'autres facteurs entrent en compte. Cependant le niveau de vie constitue un élément de mesure intéressant, qu'il convient d'utiliser de façon complémentaire avec les évaluations plus « qualitatives » du développement humain.

### **2.2) Les approches par les fonctions distance**

Parmi les tentatives de quantification des capacités et fonctionnements, certains travaux ont suivi l'approche proposée par DASGUPTA en 1990. Celui-ci considère les ressources comme des inputs et les fonctionnements comme des outputs de la fonction de production des ménages. On peut alors utiliser une fonction distance

d'input pour transformer un ensemble de ressources individuelles en approximation scalaire de l'index de niveau de vie, et une fonction distance d'output pour transformer les fonctionnements individuels en approximation scalaire de l'index de qualité de vie.

**- Intérêt de ces approches pour le débat utilités / capacités**

Les résultats obtenus par les auteurs (LOVELL et alii 1994, PAVONE 1998) tendent à montrer que des personnes relativement pauvres en ressources peuvent bénéficier d'une relativement bonne qualité de vie. La variable déterminante est appelée le « taux de transformation » (des ressources en fonctionnements). Les ressources des populations ne seraient alors pas un bon indicateur du bien-être.

**- Intérêt et limites du point de vue de la mesure des capacités**

Nous ne nous attardons pas ici sur la méthodologie suivie par les auteurs, mais sur les données utilisées et l'usage qu'ils en font. Les indicateurs étudiés recouvrent un certain nombre de dimensions ou déterminants du bien-être. Pour ne pas alourdir la présentation, nous donnons dans le tableau 1 l'exemple des indicateurs utilisés pour la seule dimension santé.

**Tableau 1 : Les indicateurs « santé » retenus par les auteurs**

Auteurs	Variables de ressources (exemples)	Variables de fonctionnements
Lovell, Travers, Richardson, Wood	- Aucune ressource directement liée à la santé - Une ressource indirectement liée : « Received material help from welfare agency »	- « Self assessed level of health » - « Can get support in case of illness »
Pavone	Aucune ressource directement liée à la santé	- « Level of relative privation for health as a dimension of well-being »

Dans les deux cas, des caractéristiques communes apparaissent :

- les données sont issues d'enquêtes nationales sur les conditions de vie des ménages
- les données sont plus larges que la seule dimension santé, mais des indicateurs spécifiques à la santé sont utilisés
- les auteurs cherchent à distinguer les ressources des fonctionnements, la distinction ressources-capacités étant plus ambiguë voire inexistante.

L'intérêt de ces approches est d'abord d'utiliser une auto-évaluation de l'état de santé (« Self assessed level of health »...), que l'on peut considérer comme une mesure subjective directe de la santé orientée vers la perception du bien-être. Ceci constitue une caractéristique intéressante et distinctive des mesures de la santé de type DALYs (voir 4), qui utilisent la subjectivité de façon indirecte, comme pondération de situations objectives.

Leur intérêt réside également dans leur objet, à savoir la distinction des ressources et des capacités. Cependant la démarche ne va pas sans rencontrer quelques difficultés, que nous abordons maintenant.

#### Limites de ces approches pour la recherche des ressources et fonctionnements en santé

***Une première limite touche à l'absence de consensus sur le passage des capacités aux fonctionnements.*** Les études évoquées ici illustrent ce problème, dans la dimension santé comme dans les autres dimensions du bien-être.

Ainsi par exemple LOVELL *et alii* considèrent comme un fonctionnement la possibilité d'obtenir un appui en cas de maladie. Ne peut-on sous un autre angle considérer cette caractéristique comme une ressource ? D'autres variables peuvent présenter la même ambiguïté, par exemple le régime alimentaire (est-ce un choix délibéré ou une contrainte ?).

***Une deuxième difficulté (plutôt qu'une limite) concerne la prise en compte de l'environnement*** pour transformer les ressources en fonctionnements. Cet environnement jouera lui-même, d'une part sur la perception qu'ont les individus de leur état de santé (morbidité ressentie), d'autre part sur les usages et comportements. La prise en compte de l'environnement est en soi difficile. Si elle est possible de façon indirecte au niveau d'un pays, cette tâche sera plus ardue dans le cadre de comparaisons internationales. L'environnement à prendre en compte est en effet plus différencié. Les épidémiologistes considèrent (YOUNG 1998 p. 95) que l'environnement peut faire référence au contexte naturel ou sociétal. Ceci complique grandement la question de sa prise en compte puisque, dans notre cas, cela suppose que la culture elle-même jouera sur la transformation des ressources en capacités.

***Enfin la dernière limite*** ne remet pas en cause la méthodologie suivie par les auteurs. Elle tient plutôt à une différence d'objet d'étude par rapport à notre problématique. Travaillant sur le bien-être en général, et dans des cadres nationaux, les recherches évoquées ne permettent pas en elles-mêmes de traiter la dimension santé, qui plus est dans une optique de comparaisons internationales ou par groupes de pays.

**Tableau 2 : intérêt et limites des tentatives de quantification des concepts de Sen**

Méthode	Caractéristiques	Intérêt/limites	Pistes à suivre dans le cas de la santé
Approches par les fonctions distance (Dasgupta...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ressources = inputs ; fonctionnements = outputs</li> <li>- étude du taux de transformation des ressources en fonctionnements</li> <li>- données plus larges que la dimension santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utilisation d'une auto-évaluation du bien-être</li> <li>- tentative explicite de distinguer ressources et fonctionnements</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- passage ambigu des ressources aux fonctionnements. La ressource ne garantit pas sa transformation en fonctionnement</li> <li>- prise en compte limitée de l'environnement (quel rôle des arbitrages individuels ?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en compte de l'environnement</li> <li>- comparaisons internationales</li> <li>- détermination d'indicateurs spécifiques à la dimension santé</li> </ul>

**- Démarche proposée**

Les approches par les fonctions distance offrent une perspective intéressante car elles tendent à étayer l'idée que les ressources et les fonctionnements sont différents quoique non antinomiques. Si l'on se focalise sur la dimension santé, ceci pourrait permettre d'affiner la connaissance des situations et de l'impact des programmes de réduction de la pauvreté. Si la croissance des revenus est nécessaire mais non suffisante, on peut alors chercher à améliorer la connaissance des contextes socio-économiques et des comportements qui déterminent dans le cas de la santé une amélioration (ou une stagnation) des situations des populations démunies.

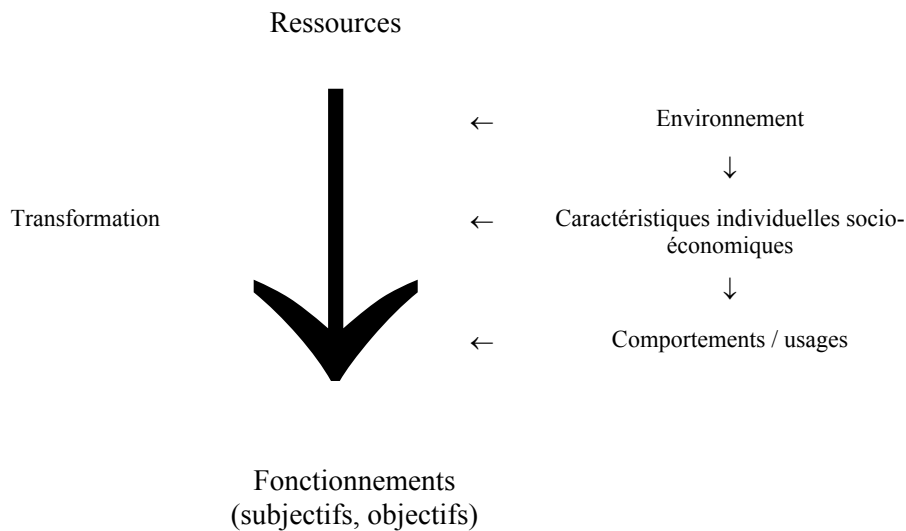
Il reste que l'utilisation d'une telle démarche nécessite de sélectionner des indicateurs pertinents et si possible comparables d'un point de vue international, puisque c'est bien l'impact des programmes d'intervention sur la pauvreté, souvent définis par les instances internationales, qui est en jeu.

**3) Quelles données pour la mesure du « taux de transformation » des ressources en fonctionnements dans le cas de la santé ?****3.1) Les données nécessaires pour la mesure des fonctionnements de santé**

Les écrits de SEN nous disent que la capacité des individus à transformer leurs ressources en fonctionnements dépend d'une part de leurs caractéristiques individuelles, d'autre part de leur environnement. Si ces deux aspects englobent bien les différents déterminants du bien-être final, ils n'incluent pas explicitement le comportement même des individus. Or la liberté individuelle (choix de consulter, de se traiter, d'adopter un mode de vie particulier...) est importante comme facteur jouant sur l'état de santé.

La transformation des ressources en fonctionnements peut être schématisée comme suit.

**Schéma 1 : Les déterminants de la transformation des ressources en fonctionnements**



On peut en déduire la nature des données nécessaires pour la mesure de la transformation des ressources en fonctionnements :

- données relatives à l'environnement
- données relatives aux caractéristiques individuelles
- données relatives aux comportements.

Il est important de noter que ces trois catégories ne sont pas exclusives l'une de l'autre, comme l'indique le schéma. Par exemple les caractéristiques individuelles ou l'environnement ont une influence sur les usages et comportements, la relation inverse pouvant également être envisagée.

En conséquence il faut disposer de *trois ensembles de données pour aborder la mesure du bien-être de santé* :

- ressources
- facteurs de transformation des ressources en fonctionnements : environnement, caractéristiques, comportements et usages
- fonctionnements.

**3.2) Place de ces groupes de données au sein des indicateurs relatifs à l'état de santé**

Le tableau 3 propose une typologie des indicateurs relatifs à l'état de santé à partir de la démarche suivante :

- 1- Nous avons d'abord distingué les indicateurs d'offre et de demande (colonne 1).
- 2- Puis pour chacune de ces deux catégories nous avons réparti les indicateurs en fonction de l'objet de la mesure (colonne 2 : mesure de l'état de santé, objectif ou subjectif, mesure des usages, mesure de la quantité de ressources...).
- 3- Ceci permet de donner une place aux indicateurs dans le débat sur le relativisme (colonne 4). Ce débat oppose ceux qui pensent que le bien-être est subjectif, donc non mesurable, et ceux qui estiment que le bien-être peut être mesuré. La réponse de SEN a ce débat consiste à définir des actes qu'un individu doit au moins être capable d'accomplir quelle que soit sa culture. L'ensemble de ces actes constitue ce que SEN qualifie de « capacités » (« capacités », SEN, 1981, 1985). Les capacités permettent à SEN d'adopter une position d'« objectivité située » (OS), qui figure également parmi les approches possibles dans le tableau. L'objectivité située signifie que des critères communs de bien-être peuvent être définis, mais que les individus utilisent la réalisation de ces critères comme ils l'entendent, de façon située. Cette approche permet de maintenir l'objectivité du bien-être (en ce sens les sources du bien-être individuel sont universelles) tout en la nuancant en fonction des situations (objectivité située), mais sans céder au relativisme qui ferait dire que le bien-être ne peut jamais être mesuré.
- 4- On termine (colonne 5) en plaçant ces différents indicateurs dans les groupes de données définis en 3.1) pour le passage des ressources aux fonctionnements.

Santé et bien-être : la difficile mesure des capacités de santé.

**Tableau 3 : Une typologie des indicateurs relatifs à la santé**

<b>Nature</b>  <b>①</b>	<b>Objet de la mesure</b>  <b>②</b>	<b>Indicateurs utilisés</b> (exemples)  <b>③</b>	<b>Place dans le débat sur le relativisme</b>  <b>④</b>	<b>Place dans les groupes de données nécessaires pour évaluer les ressources/fonctionnements</b>  <b>⑤</b>
<i>Indicateurs de demande</i>	Etat objectif	Indicateurs objectifs de base et physiques : mortalité, espérance de vie, nutrition, calories, prévalences...	Mesure à visée objective	- Ressources - Etat et fonctionnements « objectifs »
	Etat subjectif	Morbidité ressentie...	Subjectivité	Fonctionnements « subjectifs »
	Usages / comportements	- Démographie - Contraception, hygiène - Dépenses privées - Itinéraires thérapeutiques (praticiens consultés...)	Objectivité située	- Caractéristiques - Comportements
<i>Indicateurs d'offre</i>	Quantité	- au sens strict : équipement, personnel... - au sens large : quantité et effort sur l'offre (dépenses/PIB, campagnes de vaccination...)	Mesure à visée objective	Ressources
	Accès	Accès aux soins et aux services, à l'eau potable, nombre d'hospitalisations, de consultations, de vaccinations, de naissances sous assistance médicale...	Mesure à visée objective	
	Qualité	Compétences, matériel...	Mesure à visée objective	



Santé et bien-être : la difficile mesure des capacités de santé.

Cette typologie nécessite quelques commentaires :

- On note que les mesures relatives aux ressources sont nombreuses, à l'inverse des mesures en termes de fonctionnements subjectifs et de comportements, pourtant nécessaires à la recherche des capacités de santé.
- Dans les indicateur de demande à visée objective, on trouve à la fois des ressources, des états et des fonctionnements que nous qualifions d'« objectifs ». Concernant ces deux dernières catégories, on pense par exemple à la situation en termes de nutrition, qui peut dépendre de la disponibilité en ressources, mais qui peut également être considérée comme traduisant un état de santé donné (malnutrition par exemple), ce dernier étant à son tour utilisé par certains analystes comme une bonne approximation du bien-être.
- Le point précédent souligne que la séparation ressources-capacités-fonctionnements n'est pas simple, et fait plus l'objet d'un continuum que d'un découpage clair. Il faut à ce titre souligner que les approches qui cherchent à mesurer les conditions de vie et celles qui s'intéressent aux capacités utilisent en partie les mêmes indicateurs (taux de mortalité, nutrition...).
- La complexité, et parfois l'ambiguïté, du passage des ressources aux capacités (cf. point ci-dessus) contribue à justifier que l'on recourt à la fois à des indicateurs de fonctionnements « objectifs » et « subjectifs ». Ces derniers permettent de prendre en compte la perception des populations elles-mêmes, ce qui contrebalance les mesures objectives de la santé tout en n'évitant pas le biais inverse de la subjectivité des perceptions. En fin de compte les mesures d'objectivité et de subjectivité sont complémentaires.

Il convient maintenant de savoir si certaines études disponibles offrent les différents groupes de données distingués dans la typologie.

#### **4) Qu'offrent les grandes études internationales ? Le cas du Global Burden of Disease (GBD)**

Nous étudions le cas du Global Burden of Disease<sup>2</sup>. Cet indicateur présente en effet l'avantage d'être construit dans l'optique de comparaisons internationales des situations sanitaires, sur la base de données homogènes, ce qui rejoint notre objectif. L'étude GBD a été lancée par l'OMS et la Banque Mondiale, hébergée à l'université d'Harvard et regroupe plus de 100 chercheurs. Cette étude, fondée sur les Disability Adjusted Life Years (DALYs), est pionnière de nouvelles approches visant à déterminer les orientations prioritaires en termes de politiques de santé à travers le monde. Ses premiers résultats publiés en 1993 offrent une approche compréhensive des causes, facteurs de risques et tendances futures de mortalité et d'incapacité.

---

<sup>2</sup> On trouvera une présentation sur le site de la Harvard School of Public Health : <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/>

#### **4.1) L'intérêt de la mesure en termes de DALYs**

Les DALYs (cf. MURRAY et LOPEZ 1996) se présentent dans la lignée des mesures de type Quality Adjusted Life Years (QALYs). Ils visent à combiner une évaluation de la mortalité et de la morbidité d'une population, ce qui constitue une avancée importante dans la mesure des états de santé. Un DALY est une année de vie perdue obtenue par la somme de deux composantes : d'une part les années de vie perdues en termes de mortalité (Years of Life Lost, YLLs), d'autre part les années de vie perdues en termes de morbidité (Years Lived with Disability, YLDs).

L'intérêt d'une telle mesure provient de ce qu'elle cherche à intégrer une mesure subjective des affections dans le calcul objectif du nombre d'années perdues. En effet, le poids des affections considérées pour une zone géographique donnée est pondéré par le degré de morbidité (ou d'incapacité) tel que les populations le perçoivent. On peut donc considérer qu'il s'agit là d'une façon « d'objectiver » la subjectivité des perceptions portant sur telle ou telle maladie.

Etant donné cette double dimension des DALYs (objective et subjective), il est possible de ranger ceux-ci dans deux des catégories distinguées dans notre typologie. D'un côté la mesure du poids des maladies est objective puisqu'on évalue la population touchée par des conditions physiques ou mentales reconnues comme pathologiques. De l'autre on introduit la subjectivité des perceptions pour pondérer ces affections et mesurer les années perdues pour cause de morbidité<sup>3</sup>.

Un résultat essentiel de ces études a été de souligner que, contrairement à certains avis, il existerait un consensus assez large entre les cultures sur le poids de sévérité des différentes affections.

L'intérêt de ces résultats pour la mesure de l'objectivité situé en santé est le suivant. Si l'on peut dégager des tendances communes dans la perception des maladies à travers le monde, alors il devient possible de combiner des mesures purement objectives (telles que la mortalité ou le poids d'une affection au sein d'une population) avec des évaluations plus subjectives du poids de la maladie. En ce sens le GBD apporte une pierre à l'édifice en construction des mesures de fonctionnements, puisqu'on ne se limite plus à des évaluations purement quantitatives de la santé.

#### **4.2) Limites dans la mesure du passage des ressources aux fonctionnements**

Les DALYs constituent une avancée importante face à la question de la mesure des fonctionnements. Cet apport se reflète dans la place de cette mesure au sein de la typologie : à la fois objective (part des populations touchées par différentes

---

<sup>3</sup> Pour parvenir à ces pondérations des degrés de morbidité, les équipes de chercheurs ont utilisé une méthode que l'on peut ranger dans les approches en termes de qualité de vie. Plus précisément les résultats sont basés sur le travail des professionnels de la santé locaux, dont l'objectif a été de mesurer la sévérité de 22 conditions individuelles entre 0 (« parfaite » santé) et 1 (mort). Ces conditions ont été réunies en classes.

affections) et subjective (pondération par la perception des populations), ce qui rapproche cette méthode de l'objectivité située.

Cependant le DALY est par essence une façon négative d'aborder l'état de santé. Au contraire lorsque l'on parle de fonctionnements, on se réfère à la liberté positive d'agir ou d'être. Cette liberté vient de ce que l'individu dispose des ressources qu'il va pouvoir transformer en fonctionnements dans le cadre de ses caractéristiques (sociodémographiques...) et de son environnement. En d'autres termes on peut se demander si les DALYs ne s'arrêtent pas à la mesure des incapacités (relativisées par les perceptions) plutôt que d'évaluer les fonctionnements.

C'est ici que la difficulté de passer des ressources aux fonctionnements devient cruciale. Une mesure comme celle du GBD présente l'avantage essentiel d'offrir une vue des incapacités subies par les populations de différentes régions. Cependant il n'est pas évident que les situations enregistrées aboutissent aux mêmes fonctionnements réels d'un groupe de personnes à l'autre. On est bien dans une démarche qui « objective » la subjectivité, mais on n'est pas encore dans une objectivité située. En effet pondérer les incapacités par les perceptions relatives à chaque affection n'est pas équivalent à mesurer le bien-être ressenti par la population lorsqu'elle aura transformé ses ressources en fonctionnements.

En résumé les DALYs approchent bien la question de la qualité de vie en introduisant les incapacités relativisées par les perceptions individuelles, mais elles ne vont pas encore au bout du cheminement qui relie ressources, capacités et fonctionnements. Pour ce faire il conviendrait en effet d'ajouter à la mesure :

- d'une part une perception subjective positive et non négative de l'état de santé (un indice de bien-être de santé)
- d'autre part des éléments sur la liberté de choix, tels que les comportements et usages.

Une remarque est nécessaire à propos de ces comportements et usages. Ceux-ci peuvent jouer positivement dans le bien-être des individus, mais ils peuvent également contribuer à le diminuer. On peut donner l'exemple des comportements addictifs, de certaines pratiques face à la maladie (non hydratation en cas de diarrhée) ou des coutumes rituelles dont l'effet sur la santé est controversé (excision...). Ainsi les expressions de la liberté positive ne sont pas forcément favorables à la santé, mais dans tous les cas leur prise en compte serait nécessaire à une mesure de la santé en termes de fonctionnements. Ceci rejoint les remarques de SEN sur le fait que la transformation des ressources en fonctionnements dépend également de la culture et de l'environnement.

**Tableau 4 : Intérêt et limites de l'étude du « Global burden of disease »**

Données	Caractéristiques	Intérêt / limites	Ce qui manque pour l'évaluation des fonctionnements
Etude <b>Global burden of disease</b> (OMS/Banque Mondiale)	- combinaison de la mortalité et de la morbidité : DALYs  - mesure subjectivée de la situation objective en termes de morbidité	- dimension « qualité de vie »  - combinaison objectivité / subjectivité : rapprochement de l'OS  ----- - approche « négative » en termes d'incapacités : passage des ressources aux fonctionnements ?	L'évaluation positive du bien-être à partir :  - du bien-être ressenti  - d'informations sur la liberté de choix (comportements , usages)

## 5) Une première approche des indicateurs pertinents sur la base des Data Health Surveys (DHS)

### 5.1) Présentation et intérêt des DHS

Les Data Health Surveys (DHS) sont réalisées dans le cadre de l'USAID<sup>4</sup>. Les DHS sont des études basées sur un questionnaire ciblé sur des ménages représentatifs (environ 5 000). Le questionnaire est subdivisé en un questionnaire aux ménages et un questionnaire destiné aux femmes. Les données recouvrent les catégories d'indicateurs suivantes : caractéristiques des ménages, fertilité, planning familial, autres déterminants de la fertilité, préférences en termes de fertilité, mortalité infantile, santé de la mère et de l'enfant, nutrition de la mère et de l'enfant, SIDA et autres MST.

Au-delà des indicateurs basiques, des modules peuvent être ajoutés en fonction des besoins spécifiques.

Le premier intérêt des DHS pour la recherche des fonctionnements de santé est d'être un outil de long terme au service des pays en développement, et de disposer à ce titres de données historiques relativement homogènes et comparables.

Le deuxième avantage des DHS réside dans la méthode de recueil des données, à savoir un questionnaire direct auprès des ménages, qui permet de mieux cerner les situations des populations et va dans le sens de mesures plus qualitatives.

Enfin l'examen des indicateurs utilisés permet de retrouver certains des groupes de données nécessaires (cf. 3.2): ressources, caractéristiques, comportements, environnement. Des exemples d'indicateurs des DHS correspondant à ces différents groupes sont donnés plus loin (5.3).

<sup>4</sup> Voir le site du Demographic and Health Surveys Program :  
DHS : <http://www.measuredhs.com/>

### **5.2) Limites des DHS.**

Les DHS sont réalisées dans les pays en développement ou en transition : Afrique subsaharienne, Afrique du Nord et Moyen Orient, Asie centrale, Europe centrale, Asie du Sud est, continent indien, Amérique latine. Ces données ne sont pas disponibles pour les pays développés, ce qui empêche, sur la base des seules DHS, une comparaison entre groupes de pays de niveau nettement différent.

Cette remarque est cependant atténuée par le fait qu'en l'état actuel, les DHS permettent des comparaisons entre des pays différenciés en termes de niveau de richesse (pays intermédiaires / pays en développement / pays moins avancés), mais également d'environnement, de caractéristiques et de comportements des ménages.

Une limite plus cruciale porte sur l'absence de données relatives à la mesure subjective du bien-être de santé. Or ces données sont utilisées dans les études par les fonctions distance (cf. 2.2). Dans notre typologie, les indicateurs de santé des DHS seront classés comme indicateurs d'état de santé ou de fonctionnements objectifs. On s'approche des mesures en termes de fonctionnement, mais il manque des évaluations par la population elle-même. Il conviendra donc de compléter les données par de études directes du bien-être ressenti, la difficulté étant que ces dernières reposent sur des méthodologies différentes, ce qui réduira l'homogénéité des observations.

Enfin les données des DHS n'intègrent pas explicitement l'environnement au sens large, c'est-à-dire si l'on reprend l'approche des épidémiologistes (cf. YOUNG 1998), le contexte naturel ou sociétal. Cependant cette difficulté est en partie comblée par le fait que l'environnement sociétal englobe les caractéristiques socio-économiques, qui sont quant à elles bien présentes dans les données des DHS.

### **5.3) Classification des indicateurs pour la constitution d'une base de données**

En partant des groupes de données nécessaires présentées antérieurement (3.1 et 3.2), nous regroupons les indicateurs répertoriés dans les DHS.

**Tableau 5 : Les données DHS classées en fonction de leur groupe d'appartenance**

Groupe d'indicateurs (ressources → fonctionnements)	Module DHS	Données correspondantes
Ressources	Family planning	Heard family planning on radio and television, knowledge of contraceptive methods, source of supply for moderne contraceptive methods
	Early childhood mortality	Infant and child mortality (by medical maternity care)
	Maternal and child care	Antenatal care, assistance during delivery, characteristics of delivery, knowledge of diarrhoea care, tetanus toxoid vaccination...
	Maternal and child nutrition	Type of food received...
	Aids and other STD's	Aids prevention behavior (access to information), knowledge of condoms...
Environnement	Non pris en compte directement, intégré partiellement à travers certaines caractéristiques socio-économiques	
Caractéristiques comportements /	Characteristics of households	Educational level, employment, household composition, child care while working, decision on use of earnings ...
	Fertility	Age at first birth, birth intervals, current fertility, teenage pregnancy and motherhood, current fertility, teenage pregnancy and motherhood.....
	Family planning	Attitude of couples towards family planning, contraceptive discontinuation rates...
	Other proximate determinants of fertility	Age at first marriage, age at first sexual intercourse, current marital status...
	Fertility preferences	Desire to limit childbearing, ideal and actual number of children...
	Early childhood mortality	High risk fertility behavior, infant and child mortality by demographic characteristics...
	Maternal and child care	Feeding practices during diarrhoea,
	Maternal and child nutrition	Breastfeeding status, type of food received by child's age...
	Aids and other STD's	Aids prevention behavior, use of condoms
Etat objectif	Early childhood mortality	Infant and child mortality...
	Maternal and child health	Diarrhoea prevalence...
	Maternal and child nutrition	Anthropometric indicators...
Etat subjectif fonctionnements « subjectifs » /	Absent des données	

Nous avons choisi de regrouper les caractéristiques et les usages / comportements, en effet il est souvent difficile de séparer les deux groupes. Par exemple, l'âge de première maternité est à la fois une caractéristique, partiellement liée à l'environnement socio-économique, et un comportement faisant intervenir la liberté de choix dans certains cas. De plus les caractéristiques influencent le comportement autant que le comportement joue sur les caractéristiques. On retrouve ici une difficulté de la quantification des capacités et fonctionnements, à savoir la prise en compte de la liberté de choix versus le déterminisme de certains comportements.

Le tableau précédent constitue une typologie de base pour l'exploitation des données relatives à la santé dans les pays concernés, en vue d'appliquer les méthodes de transformation des ressources en fonctionnements. Ceci constitue une étape ultérieure du travail.

## **6) Conclusion**

Pour appuyer l'hypothèse que les utilités et les capacités sont différentes mais complémentaires, nous nous sommes penchés sur des travaux qui portent sur la mesure du bien-être et/ou du développement humain. Parmi ceux-ci, les travaux en termes de fonction distance, malgré leurs limites, pourraient apporter dans le cas de la santé une approche originale. Cependant ils nécessitent de regrouper des données qui en l'état actuel sont difficiles à réunir si l'on veut procéder à des comparaisons internationales.

Il convenait donc dans un deuxième temps de constituer des groupes « théoriques » de données permettant de mesurer le passage des ressources aux fonctionnements dans le cas de la santé. Nous avons pu distinguer trois catégories nécessaires : les ressources, les facteurs de transformation des ressources en fonctionnements (parmi lesquels l'environnement, les caractéristiques, les comportements et usages), enfin les fonctionnements eux-mêmes.

Sur cette base, une typologie des indicateurs relatifs à la santé des populations a permis de positionner les différents groupes ainsi définis dans le débat sur le relativisme, et d'identifier les indicateurs correspondants.

Enfin nous avons examiné l'intérêt et les limites de deux bases de données internationales relatives à l'état de santé des populations. L'étude du Global Burden of Disease est importante mais reste une approche en termes d'incapacité, qui ne cerne pas directement la perception des populations, pourtant cruciale dans l'étude des fonctionnements. Les Data Health Surveys pourraient fournir une source statistique intéressante, une classification des différentes données disponibles a été réalisée dans ce sens afin de rapprocher ces études du cadre théorique de référence (les capacités de santé).

Il reste à opérationnaliser l'approche, en précisant les données retenues et en testant à partir de ces données les différents facteurs qui déterminent, pour chaque population étudiée, la transformation des ressources en fonctionnements.

**Bibliographie**

- DASGUPTA P. (1990) « Well-being and the extent of its realization in poor countries », *The Economic Journal*, n°100 :400.
- LACHAUD J.P. (2000), « Dépenses des ménages, développement humain et pauvreté au Burkina Faso : substitution ou complémentarité ? », *Document de Travail 49*, Centre d'économie du développement, Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- LOVELL C.A.K., RICHARDSON S., TRAVERS P., WOOD L. (1994) Resources and functionings : a new view of inequality in Australia », in Eichhorn V. (ed.) (1994), *Models and measurement of welfare and inequality*, Springer-Verlag.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D. (1996) *The Global Burden of Disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Harvard University Press.
- PAVONE A. (1998) « Measuring inequality in Italy. A non traditionnal approach », *Paper presented to the Third Biennial Georgia productivity workshop*, Athens, Georgia, october 1998.
- SEN A. (1981) « Ingredients of famine analysis : availability and entitlements », *Quarterly Journal of Economics*, août.
- SEN A. (1983) « Poor, relatively speaking », *Oxford Economic Papers*, vol. 35.
- SEN A. (1985) *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- SEN A. (1987) *On ethics and economics*, Oxford : Blackwell. Traduction française : *Ethique et économie et autres essais*, 1993, Paris, PUF.
- SEN A. (1993) « Positional objectivity », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 22.
- SEN A. (1997) *On economic inequality*, Oxford, Clarendon paperbacks, Oxford University Press.
- YOUNG T.K. (1998) *Population health*, New York, Oxford, Oxford University Press.