

futuribles

analyse et prospective

**SIDA : l'ampleur
de la pandémie**

**L'impact
socio-économique
du SIDA**

**Le réveil
des civilisations ?**

futuribles

analyse et prospective

REVUE MENSUELLE

55, rue de Varenne

75341 Paris Cedex 07 - France

• Tél : (33 1) 42 22 63 10

• Fax : (33 1) 42 22 65 54

• Minitel : 3615 SJ*FUTURIBLES

Comité d'orientation : Ismaïl S. Abdalla, Michel Albert, Serge Antoine, Göran Backstrand, Michel Crozier, Claire Degenhardt, Jacques Durand, François Eck, Mahdi Elmandjra, Emilio Fontela, Michel Godet, Paul-Marc Henry, Edmond Lisle, Daniel Malkin, Eléonora Masini, Henri Mendras, Amélie d'Oultremont, Pierre Piganiol, Jean Saint-Geours, Michel Salomon, Philippe de Seynes, Alvin Toffler, Georges Vedel.

Comité de rédaction : Anne de Beer, Jean-Yves Boulou, Bernard Cazes, Gilbert Cette, Michel Drancourt, Charles du Granrut, Alain Michel, Alain Parant, André-Yves Portnoff, Michel Schiray, Jacques Theys.

Directeur : Hugues de Jouvenel

Rédaction : Clarisse Fabre, Christine de Guébriant, Bernard Ollivier

Assistante : Annie Palmantier

Abonnements-diffusion :

Corinne Roëls, Fabrice Colin

1 an :	France	630,00 FF
	Etranger/DOM TOM	680,00 FF
	Par avion	780,00 FF
	Etudiants : tarif spécial sur demande	

Le numéro :	France	70 FF (port inclus)
	Etranger/DOM TOM	75 FF (port inclus)

Les articles signés expriment l'opinion des auteurs et pas nécessairement celle de Futuribles. Tous droits de reproduction, même partielle, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays.

© *Futuribles Sarl* 1995

Publiée avec le concours du Centre national du livre
Commission paritaire n° 56798 - ISSN 0337 307 X
Imprimerie Bialec S.A. - Nancy
Dépôt légal n° 41734 - Janvier 1995

Unique revue de prospective en langue française à caractère réellement interdisciplinaire, *Futuribles* analyse chaque mois ce qui peut advenir (les futurs possibles) et ce qui peut être fait (les politiques et les stratégies) vis-à-vis des grands défis du futur.

Au sommaire des derniers numéros

n°190

- Le modèle allemand après l'unification
- Europe allemande ou Allemagne européenne
- Population mondiale, des projections suspectes
- Nouvelle donne sur la politique de défense

n°191

LES ENJEUX DU MULTIMÉDIA

- La dynamique de l'offre technologique
- Les enjeux socio-économiques

n°192

- Dossier spécial : Les marchés financiers en 2001
- L'avenir de la Turquie
- Le concile du Caire

n°193

- Les nouvelles formes d'emplois
- De l'utilité de la recherche
- L'Europe vue d'Allemagne

futuribles

analyse et prospective

NUMÉRO 194

JANVIER 1995

Le SIDA en Europe 3

Jean-Baptiste Brunet

**Epidémiologie du SIDA
et avenir de la population africaine 19**

Patrick Festy

SIDA : les conséquences d'une pandémie 39

Eric Chevallier

FORUM

**Le réveil des civilisations. Sur "Le choc
des civilisations ?" de S.P. Huntington 61**

Olivier Servoise

ACTUALITÉS PROSPECTIVES 69

L'inertie démographique. Le principe de précaution. France : épargne-retraite. Réduction des prélèvements obligatoires en Europe. Plutôt un salaire plus élevé qu'un temps de travail plus court. Un essai d'uchronie : "Jamerica". Perspectives de l'économie française. La réduction du temps de travail. L'Europe des quinze

BIBLIOGRAPHIE

Analyses critiques 79

PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain 1994*. L. Brown, *State of the World 1994. A Worldwatch Institute Report on progress towards a sustainable society*. G. Cette, D. Taddéi, *Temps de travail, modes d'emploi : vers la semaine de quatre jours ?* M. Godet, *Le grand mensonge : l'emploi est mort, vive l'activité !*

Comptes rendus 95

Le SIDA en Europe

Jean-Baptiste Brunet ¹

L'Europe, avec 500 000 personnes infectées par le VIH en 1994 sur un total mondial de 16 millions, semble relativement peu touchée par le SIDA par comparaison avec certaines régions des pays d'Afrique Sub-Saharienne.

Au-delà de ce constat général, Jean-Baptiste Brunet analyse les caractéristiques de l'épidémie tant en Europe de l'Ouest qu'en Europe centrale et orientale, telles qu'elles sont observables depuis la mise en place d'un système de surveillance commun pour le SIDA en 1984. Il étudie notamment l'évolution du nombre de cas de SIDA selon les principaux groupes de transmission.

Même si l'auteur reconnaît que des progrès importants ont été accomplis en matière de prévention, ce dont témoignent certaines enquêtes sociologiques et de prévalence du VIH, les pays les plus touchés de la région — dont la France — devraient s'attendre à « une extension lente et progressive de l'infection dans la population hétérosexuelle » en l'absence de progrès majeurs sur le plan des traitements ou vaccins.

C.F.

A l'échelle mondiale, l'Europe apparaît relativement peu touchée par le SIDA. Parmi les 16 millions de personnes infectées par le VIH entre le début de la pandémie, à la fin des années 70, et 1994, 500 000 environ vivent en Europe, et parmi les 4 millions de cas de SIDA qui se sont déjà produits, 4 % proviennent de cette région ². Cette situation ne peut s'expliquer par un simple retard dans la diffusion de l'épidémie. Si les premiers cas sont apparus il y a plus de 15 ans, nous n'avons pas connu en Europe les phénomènes

1. Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA.

2. OMS. — *La pandémie mondiale de VIH/SIDA : situation actuelle*. — Genève : OMS, juillet 1994.

de diffusion massive et rapide du virus dans l'ensemble de la population qui se sont produits dans certaines régions des pays d'Afrique Sub-Saharienne où, dans plusieurs capitales, des taux de séropositivités de 10 à 30 % sont retrouvés dans les enquêtes sur les femmes enceintes³. Des taux qui sont de 20 à 60 fois plus élevés que ceux retrouvés à Paris, la ville la plus touchée d'Europe, dans la même population⁴. La pandémie que connaît actuellement le monde se compose de multiples épidémies dont l'ancienneté, la dynamique et l'impact sont très différents d'une région à l'autre, des zones rurales par rapport aux zones urbaines, d'une communauté à l'autre à l'intérieur du même pays.

Cette diversité a des causes très générales.

Si les modes de transmission du VIH sont les mêmes partout (limités à la voie sanguine, la voie sexuelle, et à la transmission de la mère à l'enfant) les conditions qui permettent la diffusion du virus varient considérablement : le comportement sexuel des populations dépend de différents facteurs (démographiques, sociaux, culturels et psychologiques), dont les interactions rendent compte de l'existence de réseaux humains dans lesquels l'épidémie peut diffuser plus ou moins facilement. La toxicomanie avec des produits injectables est répandue de manière très inégale dans le monde.

Mais elle a aussi des causes plus spécifiques, liées aux problèmes de développement et au manque de ressources.

— A la fin de 1985, l'une des voies de diffusion de l'épidémie, la contamination par la transfusion sanguine, était arrêtée dans les pays développés. En revanche, en 1994 de nombreux pays en voie de développement n'ont toujours pas les ressources nécessaires au dépistage systématique des dons de sang.

— Dans les pays riches, le niveau atteint dans le domaine de l'hygiène hospitalière, avec la diffusion quasi universelle des procédés de désinfection et du matériel stérile jetable, limite considérablement les risques de transmission en milieu de soins. Les épidémies observées en 1988-1989 dans deux hôpitaux pédiatriques en Sibérie, dans la ville d'Elista⁵ (près de 200 cas de contamination) et à la même époque en Roumanie⁶ ont montré les conséquences catastrophiques de l'absence de mesures de contrôle banales dans notre environnement.

3. Mertens, T. — « Global estimates and epidemiology of HIV infection and AIDS ». — *AIDS* 1994, 8 (suppl. 1) : § 361-§ 372.

4. Couturier, E. — « Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la Région Parisienne ». — *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1993, 38, pp. 175-177.

5. Pokrowski, V. — « Epidemiological surveillance for HIV infection in the USSR in 1987-1989 ». — VI International Conference on AIDS, San Francisco, 1990. Abstract FC 648.

6. Beldeanu, N. — « Nosocomial transmission of AIDS in Romania ». — VI International Conference on AIDS, San Francisco, 1990. Abstract THC 104.

Lexique des termes utilisés

Europe :

Dans cet article, le terme Europe désigne la région européenne telle qu'elle est définie par l'OMS. Cette région comprend les pays de l'Union européenne, ceux de l'Europe centrale et orientale (républiques indépendantes de l'ex-URSS comprises) et s'étend du Nord au Sud, des pays Scandinaves à la Turquie. Pour des raisons politiques, Israël a été rattaché à cette région.

SIDA :

Syndrome d'Immunodéficience Acquise. Le mot SIDA, traduction du terme anglais AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) est apparu en 1982 pour désigner l'ensemble des formes cliniques graves, d'une maladie dont l'agent étiologique était alors inconnu. Ce terme a été conservé dans son sens originel en épidémiologie, mais il est souvent utilisé en langage commun pour désigner globalement l'épidémie d'infection à VIH.

Infection à VIH :

Le virus de l'immunodéficience humaine appartient à la famille des rétrovirus. Découvert en 1983 à l'Institut Pasteur, le virus est responsable d'une infection chronique des cellules du système de défense immunitaire. La réplication du virus, qui débute dès la contamination, entraîne une destruction progressive de ces cellules à un rythme très variable suivant les individus. L'affaiblissement du système immunitaire entraîne, à long terme, l'apparition d'infections et de cancers, dont les plus graves sont regroupés sous le terme SIDA.

Séropositivité :

L'infection par le VIH entraîne une réaction de défense du système immunitaire qui se traduit par l'apparition d'anticorps dirigés spé-

cifiquement contre le virus. La détection de ces anticorps est le principe général des tests de dépistage de l'infection à VIH. Les anticorps apparaissent dans le sang (plus précisément dans le sérum) des personnes atteintes dans les premières semaines qui suivent la contamination et persistent pendant toute la durée de la maladie. L'opposition parfois faite entre les termes séropositif et SIDA n'a pas de justification scientifique. Le terme séropositif, utilisé dans cet article, désigne l'ensemble des personnes infectées par le VIH, quel que soit le stade clinique symptomatique ou asymptomatique de la maladie.

Epidémie :

Le terme épidémie désigne l'apparition d'un nombre inhabituel de cas d'une maladie particulière dans un espace géographique délimité.

Endémie :

Une endémie correspond à la présence constante d'une maladie dans un même espace géographique.

Pandémie :

Une pandémie est une épidémie qui s'étend sans limitation géographique particulière.

Prévalence :

Ce terme technique désigne le nombre des cas d'une maladie présents dans une période déterminée au sein d'une population définie, que ces cas soient d'apparition ancienne ou récente.

Incidence :

Ce terme désigne le nombre de nouveaux cas survenus dans une période déterminée. Comme pour la prévalence, on parle de taux d'incidence quand ce nombre est rapporté à l'effectif total de la population dans laquelle ces cas surviennent.

— L'allaitement maternel peut être déconseillé aux femmes séropositives des pays industrialisés où les laits artificiels d'une part, un contrôle de l'hygiène de l'eau d'autre part, permettent un développement normal de l'enfant. Ce n'est pas le cas dans les pays pauvres, où il contribuerait à environ le tiers des cas de transmission du virus des mères contaminées à leurs enfants, mais où son abandon, compte tenu de l'absence de ressources pour le dépistage et l'achat des laits industriels, ainsi que la mauvaise qualité de l'eau, aurait des conséquences encore plus graves pour la mortalité infantile ⁷.

— Enfin, le manque d'infrastructures sanitaires, l'approvisionnement insuffisant en médicaments (en particulier en antibiotiques), en empêchant le diagnostic et le traitement rapide des maladies sexuellement transmissibles classiques (MST) qui fragilisent les muqueuses génitales et facilitent la pénétration du VIH, accroissent encore l'inégalité, face aux risques de contaminations, entre les personnes vivant dans les pays pauvres et celles des pays développés. La présence de lésions génitales dues aux MST classiques multiplie par un facteur 2 à 6 la probabilité de transmission du VIH, suivant des études récentes conduites aux Etats-Unis, en Afrique et en Europe ⁸. Les difficultés d'accès aux préservatifs accroissent encore la dimension de ces problèmes.

Ainsi, en dehors même des programmes de lutte contre le SIDA, qui, aussi tardifs aient-ils été, ont été lancés en Europe de l'Ouest de façon massive dans la seconde moitié des années 80 ⁹, des facteurs liés au développement contribuent à contenir l'extension de l'épidémie dans les pays riches. Cependant il serait aussi absurde de se satisfaire de cette situation que de se féliciter de l'absence d'épidémie récente de choléra ou de la quasi disparition de la lèpre ou du paludisme dans la population européenne. Dans le contexte général de la chute de la mortalité et de la morbidité due aux maladies infectieuses, le SIDA remet profondément en question la capacité de nos sociétés à maîtriser un phénomène épidémique, au niveau de la prévention, de la prise en charge médico-sociale des patients, et de la recherche scientifique des traitements et des vaccins nécessaires. Un fait résume à lui seul la gravité de l'impact du SIDA dans les pays développés. Depuis 1990, le SIDA est devenu la première cause de mortalité pour les jeunes adultes de sexe masculin dans 64 villes de plus de

7. Hu, D. — « HIV infection and breast feeding : policy implications through a decision analysis model », — *AIDS*, 1992 ; 6 : pp. 1505-1513.

8. Telzak, E. — « HIV seroconversion in patients with and without genital ulcer disease », — *Annals of International Medicine*, 1993, 119, pp. 1181-1186.

European Study Group on heterosexual transmission of HIV. — « Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples », — *BMJ*, 1992, pp. 809-813.

Laga, M. — « Non ulcerative STD as risk factor for HIV infection in women », — *AIDS*, 1993, 7, pp. 95-102.

9. Brunet, J.-B. — « Le SIDA et la Communauté Européenne : à propos des politiques de lutte contre l'infection à VIH », — *Agora*, 1989 ; 12, pp. 53-62.

100 000 habitants aux USA ¹⁰, de même que dans la plupart des capitales d'Europe occidentale. A Paris, à la même date, le SIDA comptait pour 24 % des décès des adultes, hommes et femmes, âgés de 20 à 34 ans ¹¹.

Les grandes tendances de l'épidémie

Depuis 1984, les pays européens ont mis en place un système de surveillance commun pour le SIDA. Utilisant la même définition des cas, centralisant de façon trimestrielle et anonymisée les déclarations individuelles de cas parvenus aux Centres Nationaux, ce système, coordonné à Paris, permet l'actualisation régulière de bases de données qui permettent d'étudier les tendances de l'épidémie.

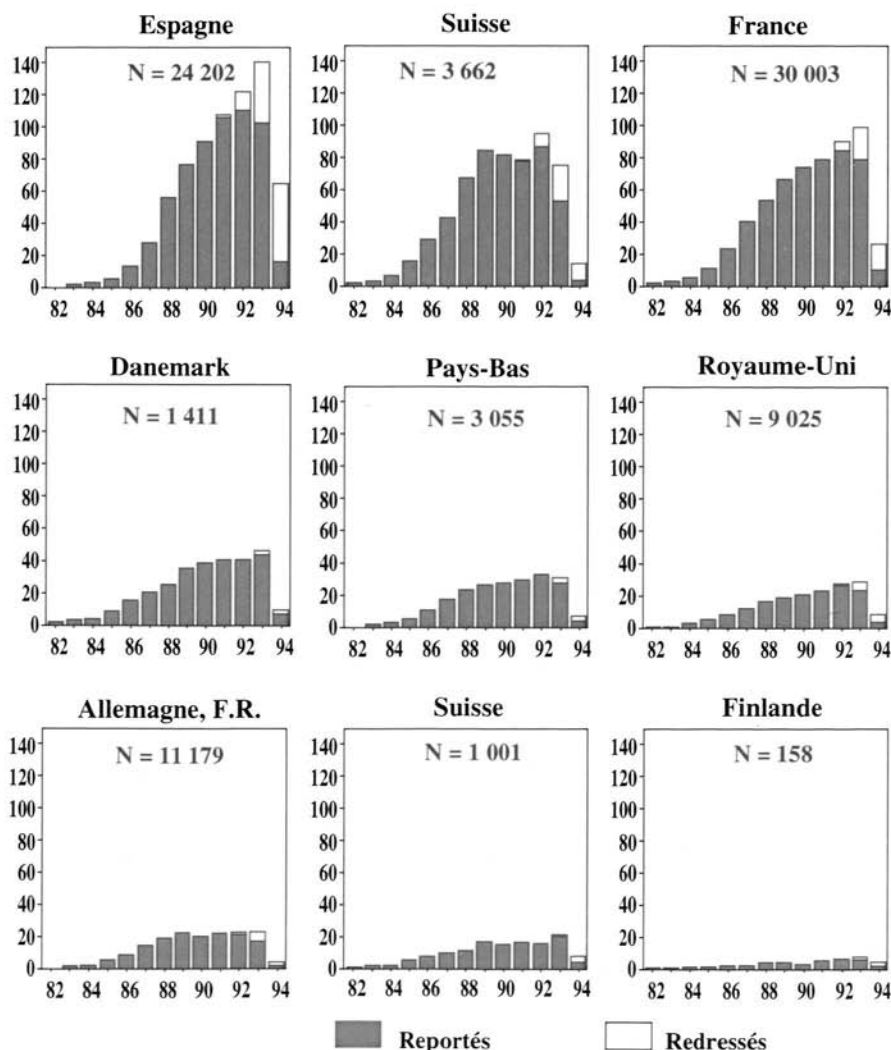
Au début des années 80, environ 75 % des cas de SIDA étaient retrouvés chez des homosexuels masculins. On comptait à l'époque 11 fois plus de cas chez les hommes que chez les femmes.

En 1985, l'analyse des taux d'incidence annuels par million d'habitants (le nombre de nouveaux cas rapportés à la population) montrait que les pays les plus touchés étaient la Suisse (14,5 cas par million), la France (10,3) et le Danemark (7,5). Près de 2 000 cas avaient été diagnostiqués dans l'année sur les 3 000 rapportés depuis le début des années 80. En 1987, plus de 7 000 nouveaux cas furent diagnostiqués. En deux ans, les taux d'incidence avaient été multipliés par 4 en Suisse et en France, par 3 au Danemark et par 6 en Espagne et en Italie. L'aggravation de la situation des pays du Sud de l'Europe s'expliquait par une croissance particulièrement rapide du nombre de cas diagnostiqués chez des toxicomanes utilisant des drogues injectables. A partir de cette date, une différenciation nette de la situation des pays européens s'est établie. Les pays du Nord voyant se produire une croissance plus lente du nombre de cas avec une prédominance toujours marquée de l'épidémie chez les homosexuels masculins, l'Espagne et l'Italie connaissant une croissance beaucoup plus rapide, dans un contexte épidémique où la grande majorité des cas survenait chez des toxicomanes. Une situation intermédiaire se développait en France, en Suisse et en Autriche. En parallèle à l'augmentation des cas survenus dans les deux principaux groupes de transmission, on pouvait observer une croissance lente et régulière des cas liés à une transmission sexuelle chez des patients hétérosexuels, dont la moitié survenait chez des personnes originaires ou ayant comme partenaires sexuels des per-

10. Slutsker, L. — *The shape of the pandemic. Trends in the USA and Europe in AIDS in the world.* — Harvard University press, 1992, pp. 605-616.

11. Lecomte, D. — « Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France ». — *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 35, 1994, pp. 159-161.

Taux d'incidence du SIDA par million d'habitants, 1982-1994 (redressés pour les délais de déclaration, 1991-1994)



Taux reportés, taux redressés : le premier correspond au nombre de cas déclarés aux systèmes nationaux de surveillance, le second est une estimation qui tient compte des délais de déclaration.

Source : Centre collaborateur OMS-CE sur le SIDA - Paris.

sonnes originaires de régions où l'épidémie a principalement diffusé par voie hétérosexuelle (Afrique et Caraïbes). Au mois de mars 1994, 127 000 cas de SIDA avaient été diagnostiqués en Europe depuis le début de l'épidémie, dont 23 000 pour la seule année 1993. Globalement, la croissance des cas observés chez les homosexuels masculins s'est stabilisée, celle des toxicomanes se maintient, mais le nombre de cas survenus parmi eux dans les tranches d'âge les plus jeunes diminue pour les années les plus récentes, ce qui est en faveur d'une diminution des contaminations dans ce groupe.

En revanche, le nombre de cas observés chez les hétérosexuels continue d'augmenter sans qu'on puisse observer de modification de la distribution des cas suivant les classes d'âge. L'ensemble de ces évolutions entraîne une augmentation progressive de la part des femmes parmi l'ensemble des cas de SIDA, et creuse l'écart entre les pays les plus touchés et les autres.

En 1993, le taux d'incidence par million d'habitants retrouvé en Espagne (140,3) est sept fois plus élevé qu'en Allemagne (21,2) ou en Suède (20,3) et vingt fois plus grand qu'en Finlande (7,1).

Outre l'extension de l'épidémie parmi la population hétérosexuelle, difficilement prévisible, une autre incertitude conditionne l'appréhension de l'impact futur de l'épidémie en Europe, c'est celle qui concerne les pays du Centre et de l'Est de la Région. Le petit nombre de cas enregistrés dans ces pays rend difficile les analyses de tendances, mais plusieurs d'entre eux semblent suivre, avec quelques années de retard, les évolutions observées à l'Ouest.

L'ouverture des frontières, la gravité de la crise économique et sociale, les guerres civiles, le développement de la toxicomanie et de la prostitution créent une situation de vulnérabilité favorable au développement épidémique du SIDA, dans un contexte où la mise en place de stratégies de prévention se heurte au manque de ressources, à la désorganisation des structures de santé publique, et à la longue liste des priorités concurrentes. En témoignent les épidémies de transmission intra hospitalières du VIH en Sibérie et en Roumanie citées plus haut, la croissance des cas de SIDA chez les toxicomanes polonais, mais aussi la réapparition d'épidémies de diphtérie en Russie, ou de choléra au Tadjikistan.

Dans un cas seulement, la surveillance du SIDA montre une diminution des cas liés à un mode de transmission spécifique :

On recensait encore en 1993, 2 % de l'ensemble des cas de SIDA européens parmi des patients ayant reçu des transfusions de sang ou de produits sanguins contaminés. Ces cas sont en constante diminution, et correspondent à des contaminations antérieures à 1986 en dehors des cas observés dans les pays d'Europe centrale et orientale où les mesures ont été plus tardives.

En ce qui concerne les hémophiles, les conséquences dramatiques de la diffusion massive de facteurs de coagulation concentrés destinés à améliorer le traitement de l'hémophilie, au début des années 80 ont été très semblables

dans les pays d'Europe occidentale en dehors de la Belgique et de la Finlande où ces produits étaient peu distribués. Fin mars 94, on comptait ainsi 506 cas de SIDA chez des hémophiles en Espagne, 415 en Allemagne, 405 en Angleterre, 389 en France et 224 en Italie. En revanche, le nombre de cas post transfusionnels a été beaucoup plus élevé en France où 1 427 cas ont été recensés, comparés à 261 en Italie, 237 en Espagne, 230 en Allemagne et 97 en Angleterre. La gravité de cette situation s'explique essentiellement par le non-respect, en France, des recommandations élaborées dans les pays européens en 1983¹² concernant la sélection des donneurs de sang et en particulier par la pratique fréquente de collecte de sang parmi les détenus, souvent toxicomanes¹³.

Enfin, les cas de SIDA pédiatriques, liés à une contamination materno-fœtale sont stables depuis 1989 en Europe. Le dépistage des femmes enceintes, qui se systématise depuis 1987 en Europe, a comme conséquence un taux élevé d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes séropositives (de l'ordre de 50 % en France) et permet d'éviter l'allaitement maternel chez les femmes qui décident de poursuivre leur grossesse. Ces facteurs compensent vraisemblablement la croissance des cas d'infection chez les femmes. Par ailleurs, les résultats récents d'études montrant l'efficacité d'un traitement antiviral administré pendant la grossesse, qui diminue des 2/3 la probabilité de transmission de la mère à l'enfant permettent d'espérer une généralisation rapide de ce traitement et des progrès supplémentaires¹⁴.

Situation actuelle et perspectives de développement

Pour mieux apprécier l'étendue actuelle de l'épidémie d'infection à VIH et comprendre les perspectives de son développement, il faut disposer de sources d'informations complémentaires, qu'on peut grossièrement classer en deux catégories.

D'une part, les enquêtes de prévalence qui portent directement sur le nombre de personnes infectées observé dans différents groupes de population à une date donnée, et dont la répétition à intervalle régulier peut mettre en évidence des évolutions. D'autre part, les enquêtes dites de connaissances et

12. Circulaire DGS 3B n° 569 du 20 juin 1983 relative à l'éventuelle transmission du SIDA par la transfusion sanguine. *Bulletin Officiel*, n° 85-22 bis, pp. 7-11.

13. Morelle, A. — « L'institution médicale en question ». — *Esprit*, octobre 1993, pp. 5-51.

14. CDC. — « Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant ». — *MMWR*, 1994, 43, pp. 285-287.

Le Sida en 1994

Répartition du nombre total d'adultes séropositifs en juin 1994, depuis le début de l'épidémie



Plus de 16 millions de séropositifs dans le monde

Source : OMS, Programme mondial de lutte contre le SIDA, in *Libération*, 17 novembre 1994.

de comportements qui donnent des indications sur les conditions qui permettent la diffusion du virus.

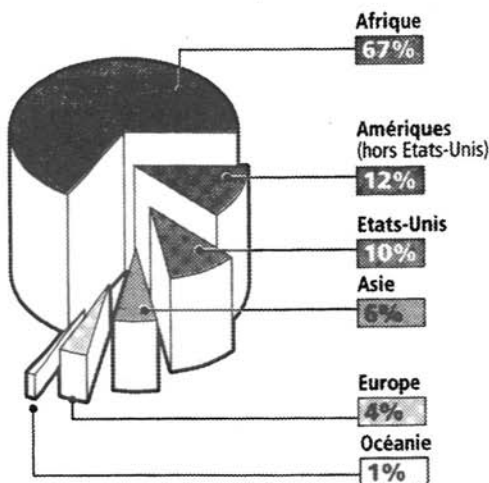
Parmi les premières, celles portant sur le résultat de l'activité de dépistage au VIH parmi les femmes enceintes sont le plus largement disponibles en Europe. Bien que cette population ne puisse être considérée comme représentative de la population des femmes, elles permettent d'avoir une idée de la diffusion du virus dans une large fraction de la population hétérosexuelle sexuellement active. Les résultats montrent l'extrême hétérogénéité des situations, à l'échelle internationale comme à l'échelle locale.

Les taux de séropositivité les plus élevés sont retrouvés dans les grandes zones urbaines des pays les plus touchés. En 1990, des taux de 4 pour 1 000 femmes ayant accouché étaient retrouvés à Rome et à Milan, de 2,8 pour 1 000 en Ile-de-France, de 1,3 à Londres. A Edimbourg, le taux retrouvé chez les femmes enceintes (2,5 pour 1 000) est 25 fois plus élevé que dans le reste de l'Ecosse. Les enquêtes montrent également à l'intérieur d'une région donnée, l'inégalité face au risque de différents groupes socio-démographiques. Ainsi en Ile-de-France, une enquête conduite entre octobre 1992 et 1993 sur toutes les femmes enceintes montrait des taux 5 à 10 fois plus élevés chez les femmes originaires de différents pays d'Afrique Sub-Saharienne que chez celles originaires de métropole.

En revanche dans les pays comme la Suède et la Finlande, où l'incidence des cas de SIDA est plus faible et où plus de 75 % des cas ont été observés jusqu'ici chez les homosexuels masculins, les taux retrouvés chez les femmes enceintes sont de l'ordre de 0,5 à 1 pour 10 000 sans qu'une évolution sensible n'ait été observée entre 1988 et 1992.

A l'extrême, des taux nuls ou quasi nuls ont pu être retrouvés dans certains pays d'Europe Orientale, comme dans les Républiques Tchèque et Slovaque où aucune femme n'a été retrouvée infectée par le VIH parmi près de 600 000 femmes enceintes testées entre 1988 et 1991, ou en Russie où 3 tests positifs ont été décelés sur près de 5 millions de dépistages réalisés pendant la grossesse en 1993.

Répartition du nombre total d'adultes séropositifs en juin 1994, depuis le début de l'épidémie



Source : OMS, Programme mondial de lutte contre le SIDA, in *Libération*, 17 novembre 1994.

futuribles

De nombreuses enquêtes ont été également réalisées sur la population des patients atteints de Maladies Sexuellement Transmissibles telles que la gonococcie, la syphilis, ou l'infection à chlamydiae... Ces enquêtes présentent l'avantage de porter sur des populations à très haut risque d'infection par le VIH puisque les comportements qui favorisent la survenue des maladies vénériennes dites « classiques », en particulier les changements fréquents de partenaires sexuels et la non utilisation du préservatif sont identiques à ceux qui augmentent les risques d'infection par le VIH. En 1990-1991, une étude multicentrique réalisée dans 15 pays à l'initiative de la Communauté européenne et portant sur près de 37 000 patients a montré un taux global de séropositivité de 3,4 %, avec des variations, là aussi, considérables : les taux retrouvés étaient inférieurs à 1 % en Tchécoslovaquie, en Finlande, en Hongrie, en Suède et en Ecosse ; compris entre 1 et 5 % en Belgique, au Danemark, en Grèce, au Portugal et en Angleterre ; entre 5 et 10 % en France, en Allemagne, en Hollande et en Suisse ; et entre 10 et 15 % en Espagne et en Italie. Parmi les patients de cette étude, les taux retrouvés chez les homosexuels masculins ou les toxicomanes étaient en moyenne 10 fois plus élevés que chez les hétérosexuels, quel que soit le pays considéré.

Cependant, chez les hétérosexuels, des taux de l'ordre de 1 à 3 % de positivité étaient décelés en France, en Italie, en Espagne, au Portugal et en Suisse ¹⁵.

Les enquêtes de prévalence confirment donc les inégalités géographiques mises en évidence par la surveillance du SIDA, ainsi que l'importance disproportionnée de l'épidémie dans plusieurs groupes de population.

Plusieurs facteurs de nature et de complexité variables jouent un rôle majeur dans ces différences :

— Le premier est l'efficacité des différents modes de transmission. Le partage des seringues chez les toxicomanes expose à une contamination sanguine directe plus efficace que la transmission sexuelle. Le risque de transmission liée aux pénétrations anales est plus élevé que pour les pénétrations vaginales, à cause de la fragilité relative de la paroi muqueuse du rectum ¹⁶.

— Le second est l'effet de potentialisation qui se produit quand, dans une même zone géographique, l'épidémie s'est propagée à son début dans plusieurs groupes de population. Les définitions utilisées pour caractériser ces groupes sont relativement arbitraires, et aucun ne peut être considéré comme isolé, ou isolable, de l'ensemble de la population. Dans les pays comme la France et la Suisse, où les taux d'infection étaient élevés dès le milieu des

15. European Collaborating Study. — « Monitoring HIV seropositivity in STD patients ». — Institute for Hygiene and Epidemiology. Final report Brussels. Dec. 1992.

16. Vincenzi, I. (de). — « Risk factors for male to female transmission of HIV ». — *British Medical Journal*, 1989, 298, pp. 411-415.

années 80 à la fois chez les homosexuels, les toxicomanes et les populations migrantes originaires d'Afrique et des Caraïbes, la diffusion du virus chez les hétérosexuels a été plus rapide que dans les pays du Nord de l'Europe.

— Le troisième est la distribution inégale des comportements à risque en particulier les changements fréquents de partenaires sexuels dans différents groupes de population.

L'enquête réalisée en 1991-1992 sur les comportements sexuels en France montre que le multipartenariat, défini comme l'existence d'au moins deux partenaires sexuels dans les 12 derniers mois, varie considérablement avec l'âge, la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'études et la taille de l'agglomération de résidence.

Le multipartenariat

Selon le rapport Spira-Bajos sur les comportements sexuels en France, le multipartenariat (proportion de personnes ayant eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois) serait très lié à certaines caractéristiques socio-démographiques :

— le multipartenariat hétérosexuel décroît fortement à mesure que l'âge augmente : il passe de 25,9 % chez les hommes de 18-19 ans à moins de 10 % au-delà de 50 ans. Chez les femmes, ces chiffres sont respectivement de 9,9 % et 5 % ; les jeunes ont plus souvent une succession de partenaires au cours des douze derniers mois alors que chez les personnes plus âgées, il s'agit davantage d'une simultanéité de relations. En effet, parmi les hommes multipartenaires de moins de 25 ans, 7,2 % ont au moins deux partenaires simultanément alors que c'est le cas de 32,2 % des plus de 45 ans ;

— plus le niveau de diplôme augmente, plus la proportion de multipartenaires est élevée : 7,4 % des hommes et 3 % des femmes sans diplôme ont eu plus d'un partenaire de l'autre sexe, contre respectivement 15,9 % et 7,6 % pour ceux et celles qui ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat ;

— ces écarts se retrouvent également selon la profession. On enregistre les plus forts taux de multipartenariat hétérosexuel chez les inactifs ou ceux qui n'ont pas de profession (21,8 % chez les hommes et 7 % chez les femmes, groupe comprenant les jeunes et les étudiants) et chez les cadres supérieurs (14 % chez les hommes et 7,1 % chez les femmes) ;

— enfin, le multipartenariat hétérosexuel est plus élevé pour ceux qui habitent dans de grandes agglomérations et il est maximum dans l'agglomération parisienne (15,6 % des hommes et 8,7 % des femmes).

Lorsqu'on associe ces diverses caractéristiques, on obtient des différences encore plus marquées : par exemple, les hommes qui vivent en couple, habitent dans une commune de moins de 5 000 habitants et sont titulaires d'un diplôme de niveau BEPC ont un taux de multipartenariat hétérosexuel inférieur à 4 % (le reste étant pour la plupart monopartenaires). En revanche, les hommes qui habitent Paris intra-muros, non en couple, de niveau d'études supérieur au baccalauréat ont un taux de multipartenariat hétérosexuel de 36,4 %, et homosexuel de 6,8 %.

futuribles

Source : Bajos, Nathalie ; Spira, Alfred et le groupe ACSF. — *Les comportements sexuels en France*. — Paris : La Documentation Française, 1993, 352 pages.

Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels, le multipartenariat concernait environ 15 % des hétérosexuels, mais les 3/4 des hommes homo ou bisexuels ¹⁷.

— Le dernier, mais non le moindre de tous les facteurs est le décalage entre le début de l'épidémie et la prise de conscience de son importance, en Europe, où les actions et les programmes de prévention n'ont commencé à prendre une véritable ampleur que dans la seconde moitié des années 80.

Bien que les études d'évaluation des politiques de prévention ¹⁸ soient peu nombreuses et de qualité inégale et que ces politiques montrent des différences d'approches et d'intensité suivant les pays, la mesure de plusieurs indicateurs comme les ventes de préservatifs ¹⁹, l'évolution de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles classiques, ou le taux d'incidence de l'infection par le VIH chez les toxicomanes montrent que des progrès importants ont été accomplis ²⁰. Cependant dans les groupes de population où un niveau de prévalence élevé était déjà atteint, l'impact des changements de comportement est d'autant plus limité. En d'autres termes, à comportement à risque identique, la probabilité de rencontrer un partenaire sexuel infecté est très différente suivant les réseaux socio-sexuels. Ainsi l'enquête annuelle conduite dans les dispensaires anti-vénériens à Paris entre 1990 et 1993 a montré que parmi les consultants ayant eu un test de dépistage négatif dans les deux ans précédant leur inclusion dans l'étude, 11 % des homosexuels masculins et 1 % des hétérosexuels étaient devenus séropositifs.

L'analyse des données épidémiologiques disponibles en Europe débouche sur un constat pessimiste, malgré les quelques éléments positifs que nous rencontrons.

A de rares exceptions près, notamment en Espagne, la croissance du nombre de nouveaux cas de SIDA est enrayée en Europe, et la répétition des enquêtes de prévalence montre une stabilité des taux d'infection rencontrés dans les différents groupes de population.

Cependant cette stabilité n'indique pas d'arrêt des contaminations mais simplement qu'un équilibre s'établit entre le nombre de personnes qui meurent du SIDA et celui des nouveaux infectés. A court et moyen terme,

17. Spira, A. — *Les comportements sexuels en France*. — *op. cit.*

18. « Assessing AIDS/HIV Prevention : What do we know in Europe ? ». — Numéro spécial de la revue *Social and Preventive Medicine*, vol. 39, supplément n° 1, 1994. — Bâle : Editions Birkhauser (P.O. Box 133, Bâle, CH - 4010 Suisse).

19. Selon les données de 1992 de l'AFLS (Association française de lutte contre le SIDA), le nombre d'unités de préservatifs vendus en pharmacie d'officine ainsi que dans les grandes surfaces a pratiquement doublé entre 1986 et 1992, passant de 38,7 millions en 1986 à 73,6 millions en 1992. NDLR.

20. « Evaluer la prévention du SIDA en France. Un inventaire des données disponibles ». — Rapport ANRS-AFLS, septembre 1992.

l'impact du SIDA sur les populations et les systèmes de santé des pays européens ne peut que se maintenir.

A l'échelle européenne, les 3/4 des personnes infectées par le VIH n'ont pas encore développé de formes graves de la maladie et on ne peut considérer dans aucun pays, que les contaminations se sont arrêtées. Sur le plan thérapeutique, les progrès en matière de traitements antiviraux et de traitements préventifs des infections qui surviennent à la phase finale de la maladie, s'ils prolongent la vie et la qualité de vie des patients, ne sont pas capables d'induire de guérisons à l'heure actuelle.

En l'absence de développements majeurs sur le plan des traitements ou des vaccins, et même si les politiques de prévention continuent de produire des effets positifs, l'hypothèse d'évolution la plus probable pour les pays les plus touchés de la région, dont le nôtre, est le passage d'une situation épidémique à une situation endémique, avec une extension lente et progressive de l'infection dans la population hétérosexuelle, associé au maintien d'un risque élevé pour les populations qui sont déjà les plus touchées.

Le SIDA en France

Avec plus de 30 000 cas (5 hommes pour une femme) sur les 116 000 recensés depuis le début de l'épidémie, la France vient, en Europe (définition OMS, c'est-à-dire Fédération de Russie, Ukraine, Turquie et Israël compris), au premier rang des pays les plus touchés par l'épidémie de SIDA, devant l'Espagne (24 000 cas) et l'Italie (22 000 cas). Pratiquement trois fois plus de personnes atteintes qu'en République d'Allemagne, pays pourtant plus peuplé de quelque 23 millions d'habitants, et 3,3 fois plus qu'au Royaume-Uni, pour une population de taille comparable (58 millions). Comme on estime que 10 à 20 % des cas ne sont pas déclarés, et sachant qu'existe un délai plus ou moins long entre le diagnostic et la déclaration, le nombre cumulé de cas de SIDA en France, au 30 septembre 1994, pourrait être compris entre 38 000 et 41 500.

Si les effectifs cumulés de cas déclarés ou diagnostiqués ne cessent de croître, la tendance est cependant à une progression de plus en plus ralentie.

Sur la longue période, c'est chez les 30-40 ans que l'on observe la plus forte proportion de cas diagnostiqués (24,5 % des cas cumulés depuis 1978). Mais un glissement semble s'opérer vers les tranches d'âge supérieures. Entre le 1er octobre 1993 et le 30 septembre 1994, 17 % des nouveaux cas ont ainsi concerné des jeunes âgés de 25 à 29 ans (contre 20,3 % des cas cumulés depuis 1978) ; 28,3 % ont affecté des personnes âgées de 30 à 34 ans et 19,3 % des adultes de 35-39 ans (contre 17,1 % des cas cumulés depuis 1978).

La ventilation des cas de SIDA par groupe de transmission fait ressortir la position très majoritaire des homo-bisexuels sur la longue période. Sa primauté tend à être toutefois moins marquée. Au cours des trois premiers semestres de 1994, il a représenté 39 % des nouveaux cas déclarés, les toxicomanes atteignant pratiquement 26 % et les hétérosexuels 18 % (pour lesquels a été observée la plus forte augmentation entre les deux dernières périodes de 12 mois : + 23,8 % — de 783 nouveaux cas à 969).

Evolution du nombre de cas de SIDA										
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 3 trim.
Nombre de cas de SIDA déclarés										
Cumul en fin de période (1)	573	1 221	2 993	5 155	8 883	13 145	17 836	22 939	28 497	32 722
Variation (en %)		113	145	72	72	48	36	29	24	
Nombre de cas de SIDA diagnostiqués										
Cumul en fin de période (a) (2)	960	2 212	4 456	7 501	11 281	15 552	20 102	25 082	30 474	34 675
Variation (en %)		130	101	68	50	38	29	25	21	
Nombre de décès										
Cumul en fin de période (3)	600	942	1 787	2 970	4 814	7 208	10 179	13 476	16 918	19 003 (b)
Taux de létalité										
(3)/(1) (en %)		77,1	59,7	57,6	54,2	54,8	57,1	58,7	59,4	58,1

(a) : Cas redressés par rapport au délai de déclaration.

(b) : Non compris 82 décès survenus à des dates inconnues.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro 45, 1994.

Sur les 32 722 cas de SIDA enregistrés depuis le début de l'épidémie jusqu'au 30 septembre 1994, 58,3 % se sont terminés par un décès (taux de létalité).

La durée de survie des malades est relativement bien connue en France. On sait ainsi que parmi les personnes atteintes avant 1986, 50 % sont décédées avant le

onzième mois de leur maladie. Cette durée de vie médiane, grâce notamment à l'AZT et à son application dès la phase de séropositivité, dépasse 18 mois pour les malades diagnostiqués depuis 1987.

Beaucoup moins bien connue est la séropositivité puisqu'elle ne fait pas l'objet d'une déclaration obligatoire ou d'un

Répartition des cas de SIDA selon l'année de diagnostic, le sexe et le groupe de transmission (cas cumulés depuis 1978)						
Groupe de transmission	Hommes		Femmes		Ensemble	
1. Homo-bisexuels	15 503	56,9	0	0,0	15 503	47,4
2. Toxicomanes	5 653	20,7	2 016	37,0	7 669	23,4
3. (1) et (2)	468	1,7	0	0,0	468	1,4
4. Hémophiles et troubles de la coagulation	425	1,6	12	0,2	437	1,3
5. Hétérosexuels, partenaires de sujets infectés ou à risque ..	2 225	8,2	2 007	36,8	4 232	12,9
6. Transfusés	797	2,9	689	12,6	1 486	4,5
7. Transmission materno-fœtale ..	233	0,9	186	3,4	419	1,3
8. Autres	1 965	7,2	543	10,0	2 508	7,7
Total	27 269	100,0	5 453	100,0	32 722	100,0

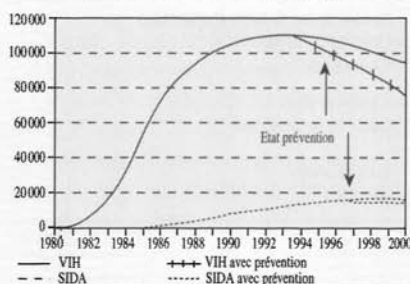
Source : BEH, numéro 45, 1994.

dépistage systématique, encore moins d'un constat initial précisément daté. A partir de répartitions vraisemblables des durées d'incubation et de résultats d'analyses de prélèvements sanguins opérés sur des personnes plus exposées que d'autres au risque de contamination, on estime que le nombre de séropositifs pourrait être aujourd'hui légèrement supérieur à 100 000, la prévalence maximale ayant été atteinte vers 1993. Des différents modèles testés par la Direction des Hôpitaux, il ressort par ailleurs, qu'un accroissement de l'efficacité de la prévention pourrait :

- induire une nette diminution de la prévalence de l'infection à HIV ;
- n'avoir, au moins jusqu'en l'an 2000, qu'un impact limité sur la phase lourde de la maladie ;
- générer quelque 800 millions de francs d'économies de 1995 à 2000 sur les

phases plus précoces de la maladie, si les crédits accordés à la prévention étaient très rapidement doublés.

Prévalence de l'infection à VIH et du SIDA. Comparaison des scénarios « Référence » et « Prévention »



Source : « Le SIDA et la société française ». — Paris : La Documentation Française, Collection des rapports officiels (p. 33). Décembre 1993.

Alain Parant
futuribles

CNAM Séminaire de recherche en prospective

- **Jeudi 2 février 1995, Jacques Arcade et Laurent Gilles** (société SIRIUS) : « Applications des outils de la prospective aux télécommunications ».
- **Jeudi 9 mars 1995, Didier Maillard** (Directeur des études économiques de PARIBAS) : « La mondialisation jusqu'où ? ».
- **Jeudi 6 avril 1995, Jacques Lesourne** : « Le chômage : du diagnostic aux prescriptions pour en sortir ».
- **Jeudi 4 mai 1995, Maurice Corbin** (Directeur de la prospective à l'UNAPEC) : « Quelle prospective pour l'Eglise ? ».

Animé personnellement par Michel Godet et Jacques Lesourne, ce séminaire se tient de 17 h 30 à 19 h 30 au CNAM, 2, rue Conté, 75003 Paris (Accès 37, 1^{er} étage, Salle des Conseils). Renseignements au (33 1) 40 27 25 30.

Epidémiologie du SIDA et avenir de la population africaine

Patrick Festy ¹

La qualité des prévisions dépend à l'évidence de celle des connaissances épidémiologiques dont on dispose aujourd'hui. Or, nous dit P. Festy, si l'on connaît relativement bien l'évolution du nombre des malades atteints du SIDA (nonobstant les changements introduits dans la définition de la maladie qui nous empêchent de disposer de séries statistiques longues), il est autrement plus difficile de connaître, et a fortiori de prévoir, le nombre de séropositifs et de savoir quelle est la proportion de ceux qui développeront la maladie et à quelle échéance.

Malgré cet avertissement, l'auteur discerne un reflux de la pandémie dans les pays industrialisés (notamment par extinction progressive de la population à risque). Par contre, nous dit-il, les perspectives à long terme en Afrique sont fortement sujettes à caution parce que le mode de contamination y est différent.

Selon une projection établie par les Nations Unies, il semblerait que l'impact de l'épidémie serait particulièrement sensible sur la mortalité (l'accroissement de l'espérance de vie prévisible en l'absence de SIDA se trouverait nettement réduit par le développement de celui-ci), alors qu'il demeurerait très marginal sur la fécondité de sorte que, somme toute, l'incidence globale sur le volume et la structure par âge de la population africaine demeurerait néanmoins mineure.

Mais, précise P. Festy, cette projection est éminemment dépendante de la validité des hypothèses qui sont calquées sur le modèle occiden-

1. Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Rédacteur en chef de la revue *Population*.

tal de la propagation. En réalité, on peut prévoir que la maladie se résorbera d'elle-même aussi bien que prédire qu'une proportion croissante de la population sera contaminée entraînant un recul durable de la population africaine, voire son extinction !

H.J.

Si la diffusion du virus VIH et de la maladie du SIDA est un sujet de préoccupation pour le monde entier, la question prend une importance particulière en Afrique noire. D'une part parce que le nombre de personnes déjà contaminées par le virus est, en proportion de la population adulte, plus élevé que partout ailleurs. D'autre part parce que, à la différence d'avec le reste du monde (sauf la Caraïbe), la transmission passe essentiellement par la voie hétérosexuelle, plutôt que par les homosexuels ou les toxicomanes, et que l'ensemble de la population se trouve ainsi potentiellement exposée au risque de contamination.

Une telle situation a des conséquences économiques et sociales très diversifiées. Le système sanitaire sera-t-il débordé par un soudain afflux de malades ? Combien d'adultes laisseront-ils d'orphelins en décédant ? L'épidémie, largement urbaine, ne risque-t-elle pas de toucher la fraction la mieux instruite et la plus productive de la population ? Nous nous attacherons pourtant ici seulement à une mesure globale de l'impact démographique du SIDA, en nous demandant si la croissance de la population africaine risque de se trouver infléchie par l'extension de la maladie : les progrès de la lutte contre la mortalité seront-ils remis en cause ? Les effectifs de population seront-ils réduits ? Les pyramides des âges bouleversées ?

La réflexion trouve son origine dans une projection démographique des Nations Unies, publiée en 1993, prenant pour base des estimations de 1990 de la population générale et du nombre de séropositifs². Pour en apprécier la validité, il faut cependant préalablement faire état des connaissances épidémiologiques dont on dispose aujourd'hui sur l'infection et la maladie. Ces éléments sont le produit d'une intense activité des chercheurs depuis 10 ans pour déterminer les paramètres d'un phénomène, dont l'apparition très récente prive souvent les observateurs du recul nécessaire pour apprécier la généralité ou la spécificité des résultats.

Rappelons sommairement que le virus VIH (virus sur l'immunodéficience humaine) est transmis par contamination d'une personne déjà infectée à une

2. United Nations. — *World Population Prospects. The 1992 Revision*. — New York : United Nations, 1993, 677 p.

personne saine, par le sperme ou le sang. Il s'ensuit une période d'incubation, pendant laquelle la personne contaminée est séropositive mais n'a pas de symptômes extérieurs de son état. L'apparition de ces symptômes, le plus souvent sous forme d'infections opportunistes, marque le déclenchement de la maladie, le SIDA (syndrome immuno-déficitaire acquis).

Connaissances et lacunes sur la maladie et l'infection

Du SIDA au décès

La phase SIDA est, statistiquement, la mieux connue. Par définition, la période de maladie, marquée par des troubles souvent importants, est plus « visible » que celle de séropositivité, y compris pour l'individu lui-même. Dans de nombreux pays occidentaux, la déclaration de la maladie et le suivi du malade sont rapidement devenus systématiques ; en outre, la statistique courante des causes de décès réserve désormais une rubrique spéciale au SIDA. Rappelons que, dans cette statistique, les décès sont classés selon la maladie ayant déclenché le processus morbide conduisant à la mort, ici le SIDA, et non d'après les « maladies opportunistes » qui ont pu être, en dernier lieu, la cause immédiate du décès. Les déclarations tardives du déclenchement de la maladie, a fortiori les non déclarations ou les déterminations fautives des causes de décès, sont certes des sources d'imprécisions, mais l'enregistrement couvre sans doute au moins 80 à 90 % des cas réels et permet d'obtenir des ordres de grandeur acceptables.

Soulignons cependant une difficulté liée à l'enrichissement continu de la connaissance médicale de la maladie : la définition de celle-ci se modifie au fil du temps. Deux fois, mi 1987 et fin 1993, la liste des symptômes entrant dans la détermination de l'état de sidéen a été élargie. En 1993, on a même ajouté, aux Etats-Unis, un critère d'identification d'une autre nature : la valeur du taux de lymphocytes CD4+, dont la baisse marque l'évolution de la séropositivité et dont le faible niveau accompagne le déclenchement de la maladie. Il en résulte de sérieuses difficultés dans l'établissement de séries chronologiques homogènes et dans les comparaisons internationales, mais ces retombées statistiques ne sont que la conséquence de débats autour d'enjeux autrement importants, touchant à la reconnaissance administrative de l'état de sidéen, à sa prise en charge financière, etc.

La déclaration des nouveaux cas de maladie et la statistique des décès par SIDA permettent de connaître régulièrement l'état numérique de la popula-

tion sidéenne, ainsi que son mouvement. On peut ainsi mesurer, en particulier, les risques de mortalité liés au SIDA. Les résultats obtenus sur ce point dans divers pays et auprès de divers groupes de malades convergent sur l'essentiel (tableau 1)³ :

- avant l'introduction du traitement (l'AZT en 1987), environ la moitié des sidéens décédaient dans les 12 mois suivant le diagnostic de leur état et près de *neuf sur dix* dans les 36 mois ;
- après l'introduction de l'AZT, la survie médiane a progressé pour atteindre 18 mois, mais la survie longue ne s'est guère améliorée ;
- dans les années récentes, l'efficacité transitoire du traitement semble se confirmer. Utilisé désormais dès la phase asymptomatique de la séropositivité, il prolonge celle-ci sans maintenir ses effets positifs une fois le SIDA déclaré⁴.

**Tableau 1. — Survie des malades du SIDA
en fonction de l'année du diagnostic**

	Médiane de survie (mois)	Probabilité cumulée de survie (%)		
		1 an	2 ans	3 ans
Année de diagnostic *				
< = 1985	10,8	44,7	20,8	13,9
1986	12,4	51,5	25,9	16,9
1987	18,5	66,4	36,8	18,3
1988	19,6	71,4	40,5	
1989	18,8	70,4		

* Analyse portant sur les cas vérifiant la définition du SIDA pré-1987.

Source : Delmas, M.C. ; Patris, C. ; Pillonel, J. ; Gambier, J. ; Vacarie, M. ; Vicenzi, I. (de) ; Lot, F. ; Laporte, A. ; Brunet, J.B. — * Analyse de la survie des sujets atteints du SIDA diagnostiqués dans les principaux hôpitaux parisiens ». — *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 51, 1991.

La survie des malades est donc courte. Dans un suivi particulièrement minutieux de malades à San Francisco, on n'en a trouvé que 2 % encore en vie cinq ans après le déclenchement de leur maladie⁵. Il en résulte deux

3. Cf. récemment :

— Blum, Steve, *et alii.* — « Trends in Survival among Persons with AIDS in New York City ». — *In American Journal of Epidemiology*, vol. 139, n° 4, February 15, 1994, pp. 351-361.

— Osmond, Dennis *et alii.* — « Changes in AIDS Survival Time in the Two San Francisco Cohorts of Homosexual Men, 1983 to 1993 ». — *In Journal of the American Medical Association*, April 13, 1993, vol. 271, n° 14, pp. 1083-1087.

4. Lundgren, Jens D. *et alii.* — « Comparisons of Long Term Prognosis of Patients with AIDS Treated and not Treated with Zidovudine ». — *In Journal of the American Association*, April 13, 1994, vol. 271, no 14, pp. 1088-1092.

Cf. aussi Osmond, Dennis *et alii.* — *op. cit.*

5. Cf. Osmond, Dennis *et alii.* — *op. cit.*

conséquences de type démographique. D'une part, l'évolution du nombre de décès par SIDA suit avec un faible décalage celle du nombre de nouveaux malades. D'autre part, la population sidéenne n'a guère le temps de se gonfler. Rappelons en effet que l'effectif d'une population est, en régime permanent, égal au produit du flux d'approvisionnement de ce groupe par la durée de séjour au sein de celui-ci (si une école reçoit chaque année 100 nouveaux élèves pour un cursus de trois ans, la population scolaire est de 300 personnes à tout moment). Avec une survie de l'ordre de 1 ou 1,5 an, la taille de la population sidéenne est à peu près égale au nombre annuel de nouveaux sidéens ou supérieure de moitié à celui-ci. De même que le nombre de décès, cet effectif de population suit de près dans le temps l'évolution du nombre de nouveaux malades.

De la contamination au SIDA

La phase antérieure à l'apparition de la maladie est moins bien connue que le déroulement de cette dernière. L'issue en est le déclenchement du SIDA, dont on a vu qu'il était correctement déclaré dans les pays occidentaux ; mais comment situer précisément le début, c'est-à-dire la contamination par un rapport sexuel avec une personne déjà séropositive ou par le contact avec du sang infecté ? La traduction ne sera qu'une modification de la formule sanguine, qui n'est d'ailleurs parfois perceptible que quelques semaines après l'acte contaminant. Plus généralement, l'ensemble de la phase de séropositivité est « asymptomatique », donc invisible de l'extérieur, y compris parfois de l'intéressé lui-même. On ne dispose donc, directement, ni d'une statistique des nouvelles contaminations, ni de l'effectif de la population séropositive. Il faut alors procéder par enquêtes ou par estimation indirecte, à la recherche de trois informations, qu'il faut sans doute classer en ordre inverse du déroulement de la maladie :

- combien de temps s'écoule entre la contamination et l'apparition de la maladie, c'est-à-dire quelle est la *durée* de la phase de séropositivité ?
- quelle est la taille de la population infectée, c'est-à-dire la *prévalence* de la séropositivité ?
- quelle est la fréquence d'apparition de nouveaux cas, c'est-à-dire l'*incidence* de la contamination ?

La première question a reçu des éléments de réponse à partir soit d'enquêtes rétrospectives permettant de préciser la date vraisemblable de contamination et celle, éventuelle, de développement de la maladie, soit d'enquêtes prospectives de personnes régulièrement suivies depuis leur contamination. Dans les deux cas, le passage de la séropositivité au SIDA est étalé sur une longue période (figure 1) : dix ans après la contamination, environ la moitié des nouveaux

séropositifs ont développé le SIDA ; les autres n'ont pas encore donné les signes extérieurs de maladie qui définissent le SIDA. L'introduction d'un traitement comme l'AZT dès la phase asymptomatique semble entraîner un allongement supplémentaire de la période, sans qu'une mesure précise de l'allongement ait été encore prise.

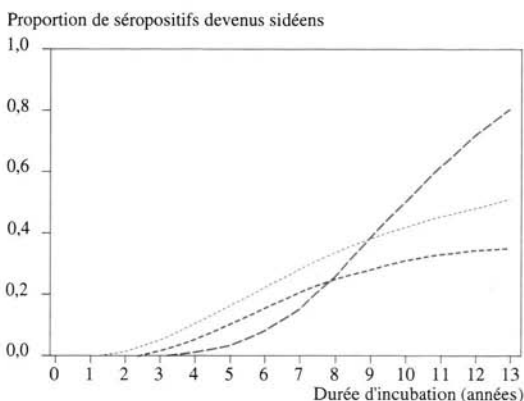
La longueur de cette phase a des conséquences de nature très diverse. Elle implique d'abord un décalage chronologique important entre l'évolution du nombre d'infections et celle du nombre de nouveaux malades : la seconde courbe

ne reproduit la première qu'une dizaine d'années plus tard. Plus concrètement, si l'incidence des nouvelles contaminations commence à baisser, parce que l'épidémie reflue, les déclarations des nouveaux cas de SIDA ne le transcriront qu'avec une décennie de retard. Par ailleurs, le nombre de séropositifs, produit en régime permanent du nombre annuel de contaminations par la durée de la séropositivité, promet d'être élevé, compte tenu de la longueur de cette durée. En particulier, le nombre de séropositifs est beaucoup plus important que le nombre de sidéens et la variation du premier annonce longtemps à l'avance la variation du second.

Enfin, l'histoire courte de l'épidémie, jointe à la longueur de la durée d'incubation, pose un redoutable problème : que se passe-t-il au-delà de dix ans de séropositivité ? Certains contaminés ne développeront-ils jamais la maladie ou dix années supplémentaires confirmeront-elles l'hypothèse couramment admise d'un processus irrémédiable ? Écoutons, sur ce point, ce dialogue entre deux médecins épidémiologistes ayant conduit des études qui font autorité sur le développement de la maladie.

« *D' Nicolosi* : Vous avez dit que le SIDA pourrait ne pas toucher tous les séropositifs. Mais dans le suivi des homosexuels de San Francisco, 50 % des séropositifs ont développé la maladie dans les 11 ans qui ont suivi leur contamination. Si la distribution est normale, on doit s'attendre à voir les

Figure 1. — Proportion de séropositifs ayant développé le SIDA selon la durée d'incubation (3 échantillons, Etats-Unis)



Source : Bacchetti, Peter R., et alii. — « Uncertainty about the incubation period and its impact on backcalculation ». — in Jewell, N.P. ; Dietz, K. ; Farewell, U.T. Eds. — *AIDS Epidemiology : Methodological Issues*. — Birkhäuser, 1992, p. 65.

50 % restants contracter le SIDA. Il en ira bien sûr autrement si la distribution n'est pas normale. Mais avec l'avancement en âge des séropositifs, comment affirmer que certains pourront échapper à la maladie et à sa mortalité ? Cela me semble prématuré d'un point de vue théorique.

D^r Detels : Si vous observez l'évolution au fil des durées des taux de passage au SIDA, vous noterez un recul. La courbe n'est pas régulièrement croissante ; elle commence à s'infléchir. L'idée d'un développement inévitable du SIDA chez tous les séropositifs est fondée sur l'hypothèse d'une augmentation continue du risque de devenir malade, ce que la courbe établie pour San Francisco ne confirme pas. Je ne peux pas prévoir s'il y aura stabilisation ou déclin, mais ce n'est plus une ligne droite : les taux sont en train de se modifier »⁶.

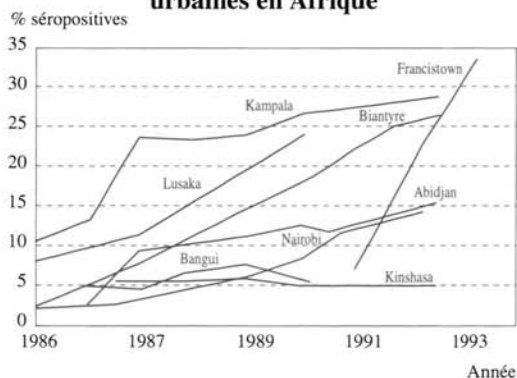
Des éléments précédents, on a déjà déduit que la population séropositive est nombreuse. On dispose de deux moyens pour le préciser. Le premier : des enquêtes de prévalence dans des groupes spécifiques connus pour leur forte exposition au risque de contamination (par exemple, les prostituées ou les utilisateurs de drogue) ou dans une population plus « neutre » (femmes enceintes, donneurs de sang, etc.). Ces enquêtes permettent, d'une part, de reconstituer la prévalence de la séropositivité dans la population totale, moyennant diverses hypothèses sur la représentativité des groupes enquêtés et, d'autre part, d'estimer la vitesse de la diffusion de l'épidémie en cas de réplication auprès de groupes comparables. C'est la source clé des informations sur la séropositivité et le SIDA dans les pays en développement. Dans les pays occidentaux, on procède en outre, par calcul, à des estimations rétrospectives de la population infectée. La méthode consiste à utiliser, à l'envers, les principes mis en œuvre dans les projections. Au lieu de déduire de la population infectée le nombre de futurs malades, par une prévision des taux de passage de l'infection à la maladie, on estime la population exposée au risque à partir des éléments connus sur la série chronologique des nouveaux malades, et sur la durée séparant la contamination de la maladie.

La conjonction des deux méthodes permet d'établir deux faits essentiels : — dans les pays en développement, en particulier en Afrique noire, la prévalence de la séropositivité est forte et croissante, surtout dans les villes (figure 2) ;

— dans les pays occidentaux, en particulier la France et les Etats-Unis, la prévalence de l'infection est déjà passée par un sommet, certainement pour le groupe « pionnier » des homosexuels et vraisemblablement pour l'ensemble

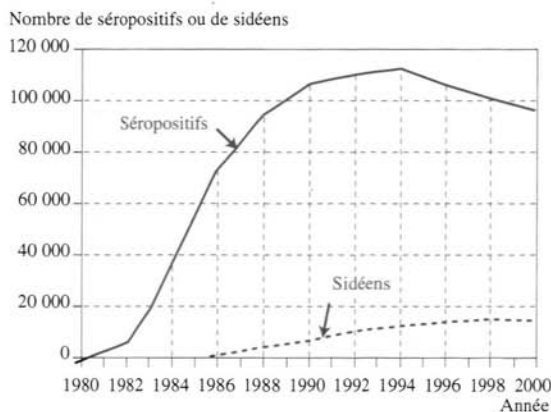
6. Detels, Roger. — « The Contribution of Cohort Studies to Understanding the Natural History of HIV ». — In Nicolosi, Alfredo. — *Infection in HIV Epidemiology : Models and Methods*. — New York : Raven Press, Ltd., 1994, p. 252.

Figure 2. — Proportion de femmes enceintes séropositives dans quelques régions urbaines en Afrique



Source : US Bureau of the Census. — « Recent HIV seroprevalence levels by country : december 1983 ». — Research Note n° 11, décembre 1993, p. 6.

Figure 3. — Prévalence estimée de la séropositivité et du SIDA en France (scénario de référence)



Modèle : Assistance publique de Paris, Ecole des Mines et directions des Hôpitaux.

Source : Le SIDA et la société française, décembre 1993. — Mission SIDA du P Luc Montagnier. — Paris : La Documentation française, 1994, p. 32.

de la population. A ce dernier niveau, la prévalence est très inférieure à celle estimée pour l'Afrique (figure 3).

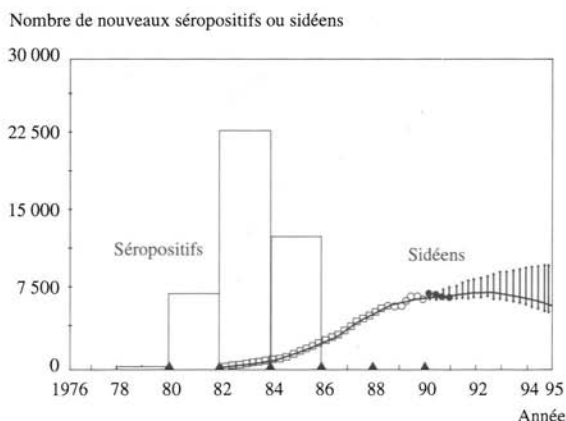
Ce recul de la prévalence, en France et aux Etats-Unis, est en accord avec un autre résultat que permet d'atteindre, en même temps, la projection à l'envers déjà évoquée : la stabilisation puis le recul au cours des années 1980, du nombre de nouvelles contaminations. En effet le cheminement à l'envers, du nombre de nouveaux cas de SIDA à la population de séropositifs, se prolonge jusqu'à l'événement initial du processus morbide conduisant à la maladie : l'infection par le VIH. Les résultats des estimations ainsi obtenues concordent pour dater vers 1984 le pic de l'infection aux Etats-Unis⁷ ou pour faire appa-

7. Brookmeyer, Ron and Liao, Jiangang. — « Statistical Methods for Reconstructing Infection Curves ». — In Jewell N.P., Dietz K., Farewell V.T. Editors. — *AIDS Epidemiology. Methodological Issues*. — Birkhäuser, 1992, pp. 39-60. Bacchetti, Peter et alii. — « Uncertainty about the Incubation Period of AIDS and its Impact on Backcalculation. — In *Ibidem*, pp. 61-80.

raître à New York un maximum des nouvelles contaminations dès 1980 chez les homosexuels, avant un recul sensible, et vers 1982 chez les utilisateurs de drogue, avant une stabilisation⁸ (cf. figure 4).

Deux éléments sont susceptibles d'expliquer cette modération de l'épidémie dans certains pays occidentaux. Le premier est de type épidémiologique. Il fait jouer des arguments numériques sur la diffusion du virus. A mesure que l'infection progresse, le nombre de personnes susceptibles de transmettre à leur tour le virus augmente ; il en résulte une accélé-

Figure 4. — Estimation du nombre de nouveaux cas de séropositivité et de SIDA par trimestre chez les homosexuels aux États-Unis



Source : Gail, M.H. and Rosenberg, P.S. — « Perspectives on using backcalculation to estimate HIV prevalence and project AIDS incidence », in *AIDS Methodology : Methodological Issues*, — *op. cit.* p. 31.

ration de la diffusion. Mais dans le même temps, la population saine, susceptible d'être infectée, se réduit, mettant un frein à la diffusion. Ce second facteur a un rôle faible si la population exposée au risque de contamination est très importante ou se renouvelle rapidement, sous l'effet d'une forte croissance démographique. Mais dans les pays occidentaux, où l'extension de la séropositivité a surtout touché les homosexuels et les toxicomanes, on s'accorde à reconnaître le rôle modérateur du second facteur. D'une part parce que ces groupes ont des effectifs limités et exportent peu la contamination vers d'autres groupes (les hétérosexuels non drogués par exemple) ; d'autre part parce que ces groupes restreints sont eux-mêmes découpés en sous-groupes communiquant faiblement entre eux et très inégalement exposés au risque de contamination par leurs pratiques (par exemple : des multipartenaires sans protection, des multipartenaires avec protection et des mono-

Suite de la note 7

Lawless, Jerry and Sun, Jianguo. — « A Comprehensive Back-Calculation Framework for the Estimation and Prediction of AIDS Cases », — *In Ibidem*, pp. 81-104.

8. Hethcote, Herbert W. and Van Ark, James W. — « Weak Linkage between HIV Epidemics in Homosexual Men and Intravenous Drug Users », — *In Ibidem*, pp. 174-208.

partenaires). La montée rapide de l'infection au début des années 1980 correspond à la contamination éclair des personnes à très haut risque et le reflux traduit la « saturation » de ces populations, la diffusion étant désormais circonscrite à des cercles beaucoup moins exposés, où la progression du virus est beaucoup plus lente⁹.

A ces arguments quantitatifs s'ajoute la modification des comportements induite par la crainte de l'épidémie. Par exemple, dans une enquête à Milan auprès de consommateurs de drogue, la proportion de ceux qui échangeaient des seringues déjà utilisées est passée de plus de 70 % en 1987 à 30 % en 1991. La fréquence des contaminations a reculé dans le même temps, de 4,8 % par an en 1987-88 à 3,6 % en 1989-1991¹⁰.

Malgré ces efforts de connaissance et de compréhension, la phase initiale de propagation du virus demeure cependant l'inconnue majeure du processus complet. Non seulement la statistique des nouvelles contaminations est difficile, voire impossible, à établir, mais les mécanismes conduisant à celles-ci, mélange de facteurs bio-médicaux et de comportements humains, restent problématiques. Les ulcères génitaux aggravent-ils les risques de transmission du virus ? Quid des irritations causées par le stérilet ? L'eau de javel est-elle un désinfectant efficace des seringues ? Quelle est la fréquence des rapports sexuels anaux ? Combien d'injections de drogue avec une seringue souillée ? Ce sont autant d'informations difficiles à établir et à vérifier, qui permettraient pourtant de mesurer le nombre d'actes à risque et d'en mesurer « l'infektivité ». Écoutons par exemple deux échanges entre spécialistes sur certains de ces points.

« *D^r Halloran* : Pourriez-vous nous préciser l'effet que vous attribuez à l'eau de javel dans la réduction des risques de transmission ?

D^r Vlahov : Le virus est extrêmement sensible à une large gamme de désinfectants dans des conditions de laboratoire, mais c'est très différent quand vous êtes sur le terrain... (...) Un problème est de savoir si les drogués utilisent l'eau de javel avant chaque injection. Un autre est la durée de l'application. Au laboratoire un délai d'une minute est nécessaire, mais les toxicomanes sont-ils prêts à attendre une minute, quand ils sont en manque et qu'ils ont la drogue devant eux ? Pour le vérifier, nous envisageons de les filmer plutôt que de nous fier à leurs réponses sur le temps qu'ils consacrent à chaque manipulation et sur leurs recours aux désinfectants.

D^r Halloran : Le point essentiel est de savoir si l'eau de javel élimine le risque de transmission ou le réduit seulement. Il me semble qu'elle le limite sans l'annuler, même dans les meilleurs cas.

9. Cf. Hethcote, H.W. and Van Ark, J.W. — *op. cit.*

10. Nicolosi, Alfredo *et alii*. — « The NISDA Study. Methods and Results of a Longitudinal Study of HIV Seroconversion ». — In Nicolosi, Alfredo Ed. — *HIV Epidemiology : Models and Methods*. — New York : Raven Press, Ltd., 1994, pp. 13-30.

Epidémiologie du SIDA et avenir de la population africaine

D^r Vlahov : Je suis d'accord avec vous.

D^r Friedman : Vous dites qu'il faut une minute pour inactiver le virus. Clyde McCoy et ses collègues à Miami parlent de 30 secondes et c'est bien sûr une différence essentielle.

D^r Vlahov : Je ne connaissais pas les travaux de McCoy ; je me référais à trois études publiées par Lionel Resnick, Linda Martin et par un groupe français dans le *Lancet* en 1984 » ¹¹.

« *D^r Padian* : Votre exposé traitait de facteurs biologiques, mais pas de l'évolution des comportements. Dans le suivi des panels, les gens risquent de vous répondre ce que vous souhaitez entendre, comment saisissez-vous les changements de comportement au fil du temps ?

D^r Detels : C'est un point important (...). Il devient de plus en plus difficile d'admettre avoir eu des rapports anaux. En 1985, 1986 ou 1987, c'était peut-être indiscret. En 1991, c'est devenu stupide. Avec le temps, on a enregistré un accroissement important de ce que j'appelle des infections immaculées, c'est-à-dire sans qu'aient été déclarés des rapports sexuels. A la fin des années 1980, il suffisait de retourner voir ces personnes et de leur demander "Se pourrait-il que vous ayez eu des rapports anaux ?" et la majorité répondait "oui". C'est devenu impossible maintenant. Nous retournons donc les voir (nous devons leur dire qu'ils sont devenus positifs) et nous leur demandons s'il se pourrait que nous ayons mal compris leurs réponses au questionnaire. S'ils répondent : "Ça se pourrait bien", ça va. Quelques personnes seulement maintiennent leurs réponses » ¹².

Ces éléments de connaissance sur le déroulement de l'épidémie, de l'infection jusqu'au décès, doivent nous permettre d'apprécier la qualité des travaux conduits par les Nations Unies pour évaluer l'impact du SIDA sur l'évolution future des populations africaines.

L'impact démographique du SIDA en Afrique

L'étude a porté sur quinze pays au Sud du Sahara caractérisés par une forte prévalence de la séropositivité en 1990 (de 1 à 15 % des adultes de

11. Vlahov, Davil. — The ALIVE Study. HIV Seroconversion and Progression to AIDS among Intravenous Drug Users in Baltimore ». — *In ibidem*, p. 48.

12. Detels, Roger. — *op. cit.* — pp. 251-252.

15 ans ou plus). Soit 4,5 millions de personnes (pour environ 8 millions de séropositifs dans le monde). Les cinq pays les plus touchés sont le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda, la Zambie et le Zimbabwe.

Le modèle des Nations Unies

La méthode de projection utilisée recourt à une logique simple :

- une hypothèse est faite sur l'évolution à venir du nombre annuel de nouvelles personnes contaminées ;
- chacun de ces nombres permet de déduire ce que sera, à l'issue de la période d'incubation, la statistique des nouveaux malades ; cette étape requiert une hypothèse sur la durée de séropositivité à l'issue de laquelle se déclenche le SIDA ; cette durée est souvent longue ;
- les nouveaux malades décèdent ensuite du SIDA à l'issue d'une période généralement courte, sur laquelle porte une nouvelle hypothèse.

Les éléments pour fonder les hypothèses retenues sont généralement empruntés aux évaluations obtenues pour les pays occidentaux et évoquées plus haut ¹³ :

- le nombre de nouvelles contaminations est supposé s'être accru régulièrement depuis l'apparition de l'épidémie (vers 1978-1979 en Afrique de l'Est et 1981 en Afrique centrale et occidentale), avant d'atteindre un maximum 12 ans plus tard et de refluer ensuite lentement. Le passage par un sommet est vraisemblable, on l'a vu, aux Etats-Unis et en France ;
- 9 ans après la contamination, la moitié des séropositifs auront développé le SIDA et la proportion atteindra 90 % au bout de 20 ans, laissant 10 % des contaminés indemnes de la maladie. Les ordres de grandeur observés dans les pays développés sont ainsi respectés, même si le passage au SIDA a généralement été un peu moins rapide et s'il subsiste une inconnue sur les durées très longues et l'éventuelle proportion de séropositifs qui ne deviendront pas sidéens ;
- dans les deux ans qui suivent le déclenchement de la maladie, celle-ci entraînerait la mort. Cette hypothèse traduit bien, en les exagérant un peu, les observations générales sur la brièveté et la fatalité de la maladie.

L'épidémie africaine diffère cependant de l'épidémie occidentale sur un point important : elle résulte, très majoritairement, d'une contamination par

13. Chin, J. and Lwanga, S.K. — « Estimation and Projection of Adult AIDS Cases : A Simple Epidemiological Model ». — *In Bulletin de l'OMS*, 1991, vol. 69, n° 4, pp. 399-406.

Heuveline, Patrick *et alii*. — « The Projected Impact of AIDS on Population and Demographic Variables ». — Communication au congrès annuel de la Population Association of America, 1992, 49 p.

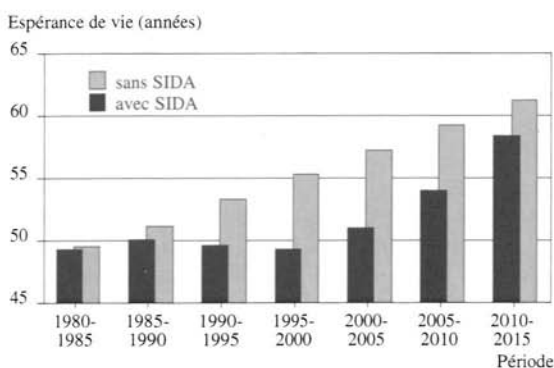
rapports hétérosexuels. Il y a donc une forte association entre contamination et fécondité et la transmission de la séropositivité de la mère à l'enfant joue un rôle important. Beaucoup plus rare dans les pays développés, ce mode de transmission est statistiquement mal connu. Il a été supposé que la séropositivité maternelle infectait les enfants dans 40 % des cas (de 10 % au début de l'incubation des mères jusqu'à 80 % ensuite). On admet généralement que le passage de la contamination au SIDA puis au décès est particulièrement rapide pour les enfants ; d'où l'hypothèse que le tiers des enfants séropositifs décédaient dans leur première année et l'ensemble avant 5 ans.

Les résultats

L'impact démographique de l'épidémie est d'abord perceptible sur la mortalité. Dans les quinze pays d'Afrique, il avait été prévu initialement (c'est-à-dire en l'absence de SIDA) que l'espérance de vie à la naissance progresserait rapidement : de 49 ans en 1980-1985 à 57,5 ans en 2000-2005. Corrigée pour tenir compte de l'épidémie, cette dernière estimation serait ramenée à 51 ans, soit un « manque à gagner » de 6,5 ans. Ce résultat peut s'exprimer un peu différemment : l'espérance de vie en 2000-2005 serait légèrement inférieure à celle qu'on aurait enregistrée quinze ans plus tôt, en 1985-1990, en l'absence de SIDA. Quinze années de lutte contre la mortalité se trouveraient ainsi contre-balancées (figure 5).

Une vision plus dynamique et à plus long terme apparaît cependant un peu moins pessimiste. L'espérance de vie réduite par le SIDA connaîtrait son évolution la plus défavorable entre 1985 et 1990 et 1990-1995, où elle reculerait, mais elle se stabiliserait ensuite et reprendrait sa progression

Figure 5. — Espérance de vie à la naissance, avec SIDA ou sans, dans les 15 pays d'Afrique les plus touchés



Source : Heuveline, Patrick et alii. — « The projected impact of AIDS on population and demographic variables ». — Communication au congrès annuel de la Population Association of America, 1992.

vers la fin du siècle. Le recul postulé des nouvelles infections puis du nombre de nouveaux malades se traduirait, peu à peu, par un effet moins négatif sur la mortalité et le retard accumulé se résorberait peu à peu. Dans une audacieuse prolongation jusqu'en 2010-2015, l'espérance de vie atteindrait 58 ans malgré le SIDA contre 61,5 ans en l'absence d'épidémie. Le résultat de 2015-2020 serait équivalent à celui qui aurait été obtenu dix ans plus tôt sans le SIDA.

Dans les cinq pays les plus touchés, la situation serait plus dramatique. Ni la situation ni les perspectives initiales n'étaient très différentes de celles qu'on pouvait dresser pour les autres pays, mais l'épidémie abaisserait l'espérance de vie à 45 ans en 1995-2000 (résultat antérieurement atteint en 1965-1970, trente ans plus tôt) et creuserait un écart de 10 ans en 2000-2005, par rapport à ce que laissait espérer une évolution sans SIDA. En Zambie, le pays le plus affecté, le déficit atteindrait 15 ans.

Pour les quinze pays étudiés, le taux brut de mortalité, qui aurait dû passer de 15,4 pour mille à 10,8 pour mille en quinze ans entre 1985-1990 et 2000-2005 en l'absence de SIDA, en serait encore à 13,7 pour mille à cette dernière période. Cet écart de trois points se creuserait encore plus dans les pays les plus durement frappés, avec un maximum en Zambie (7 points). En nombres absolus : il y aurait annuellement 3 800 000 décès dans les quinze pays entre 2000 et 2005 contre 3 100 000 en l'absence de SIDA, soit un surcroît de 20 %, qui atteint 60 % en Zambie (190 000 contre 120 000 décès annuels).

Quel que soit l'indicateur retenu pour mesurer la mortalité, celle-ci serait donc sévèrement affectée par le développement du SIDA. Les autres répercussions démographiques seraient moins spectaculaires (tableau 2). Par exemple, en l'absence d'hypothèses sur un lien entre la séropositivité (ou la maladie) et les comportements en matière de fécondité, la surmortalité d'origine sidéenne n'introduirait que des différences mineures sur le taux de natalité en 2000-2005, celui-ci serait de 42,3 pour mille contre 42,0 en l'absence de SIDA, dans une variante dite « moyenne » d'évolution de la fécondité commune à toutes les projections des Nations Unies. Le taux de croissance, élément clé de la démographie des pays africains, ne serait donc modifié qu'à la marge par les écarts du taux de mortalité. Pour les quinze pays par exemple, la prévision initiale laissait attendre une croissance annuelle de 31,2 pour mille ($= 42,0 - 10,8$) en 2000-2005, qui serait ramenée à 26,8 pour mille ($= 42,3 - 13,7$) par l'épidémie. Quelle que soit l'éventualité, le rythme d'augmentation de la population resterait donc considérable. Même en Zambie, il resterait de 26 pour mille (contre 32) malgré la très forte incidence de la maladie.

L'incidence globale sur la population, quoique portant sur des effectifs importants, resterait donc mineure par rapport à la croissance attendue de celle-ci. La population des quinze pays en 2005 serait plus faible de 12 mil-

**Tableau 2. — Caractéristiques démographiques de 15 pays d'Afrique *.
Projections avec et sans SIDA**

	1975-80	1985-90	1990-95	1995-2000	2000-05
Taux brut de mortalité (p. 1 000)					
avec SIDA	18,0	15,8	15,7	15,1	13,7
sans SIDA	18,0	15,4	13,8	12,2	10,8
Taux brut de natalité (p. 1 000)					
avec SIDA	49,0	47,9	47,4	44,7	42,3
sans SIDA	49,0	48,0	47,5	44,6	42,0
Taux de croissance démographique (p. 1 000)					
avec SIDA	31,0	32,1	31,7	29,6	28,6
sans SIDA	31,0	32,6	33,7	32,4	31,2
	1980	1990	1995	2000	2005
Effectifs de la population (millions)					
avec SIDA	138,4	189,7	222,3	258,0	297,9
sans SIDA	138,4	190,5	225,4	265,3	310,3
Rapport de dépendance (%)					
avec SIDA	99	100	101	100	96
sans SIDA	99	99	101	99	95

* Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, République Centre Africaine, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Zaïre, Zambie, Zimbabwe.
Source : United Nations. — *World Population Prospects ; The 1992 Revision*. — New York : United Nations, 1993, 677 p.

lions d'habitants à cause du SIDA : 298 contre 310 millions, mais elle n'était que de 190 millions en 1990 et elle s'accroîtrait, en toute éventualité, d'au moins 108 millions de personnes, soit + 57 % (contre + 120 millions et + 63 % en l'absence de SIDA).

On doit s'attendre à des répercussions encore plus faibles sur la composition par âge de la population. En effet, si la contamination touche en premier lieu les adultes, on a vu d'une part qu'elle se reporterait aussi sur les jeunes enfants par la transmission « verticale », à l'issue de la grossesse, et d'autre part, que la longue période d'incubation pouvait provoquer des décès aux âges élevés chez des personnes infectées beaucoup plus jeunes. Ainsi le rapport entre les personnes d'âge inactif (moins de 15 ans et 65 ans ou plus) et celles d'âge actif (15-64 ans) resterait à peu près indifférent au développement de l'épidémie : il serait de 96 % en 2005 (contre 95 % à la même date, en l'absence de SIDA). Sa variation au fil du temps resterait minime (100 % en 1990) et son niveau largement supérieur à celui qu'on enregistre dans l'ensemble du monde sous-développé. C'est le reflet d'une fécondité qui reste très forte pour toute cette partie du continent.

Validité des résultats

Ces résultats ne valent cependant que par la qualité des hypothèses qui ont permis de les obtenir. Les trois plus importantes portent sur la mortalité des malades, la durée d'incubation des séropositifs et la fréquence des infections. Certaines d'entre elles peuvent-elles être responsables des inflexions relativement modestes imprimées à l'évolution démographique des populations africaines, même les plus touchées ?

L'hypothèse sur la mortalité des malades ne saurait être invoquée, puisqu'elle implique le décès à brève échéance de tous les sidéens. Quoique extrême, elle s'accorde bien aux résultats connus pour les pays occidentaux sur des données de bonne qualité.

L'hypothèse sur le passage de la séropositivité au SIDA traduit la longue incubation constatée dans les enquêtes épidémiologiques. Cette longueur tend à minimiser, à court et à moyen terme, l'incidence du SIDA ; pourrait-elle être exagérée ? Les données de référence dans ce domaine sont antérieures à l'introduction d'un traitement pour lutter contre l'évolution de la séropositivité ; les plus récentes indiquent un allongement de la période asymptomatique. Les groupes homosexuels, peu représentatifs du cas africain, ont été les premiers étudiés, mais la diversification des observations, en direction des toxicomanes, des hémophiles ou des hétérosexuels, ne révèle pas de différences majeures en fonction du mode de transmission du virus ¹⁴. L'hypothèse adoptée — qui prévoit d'ailleurs un déclenchement de la maladie un peu plus rapide que dans les groupes pionniers aux Etats-Unis — semble donc satisfaisante. Au moins pour les dix premières années d'incubation. Au-delà, on sait l'incertitude sur la progression de la maladie. Deux éventualités radicales étaient envisageables : personne n'échappera au SIDA ou personne ne le contractera après dix ans d'incubation. L'hypothèse des Nations Unies est proche de la première modalité ; le maximalisme n'aurait guère modifié l'impact du SIDA ; la seconde modalité n'aurait fait que le réduire.

L'attention doit donc se concentrer sur les hypothèses de contamination. Dans les projections des Nations Unies, la série des infections passées s'ajuste à l'estimation du nombre de personnes déjà contaminées et se prolonge vers l'avenir avec un maximum atteint vers 1990, puis un lent reflux. Cette hypothèse est fondée sur l'observation occidentale d'une « saturation » des groupes les plus exposés au risque, la diffusion étant ensuite assurée par

14. Gail, Mitchell H. and Rosenberg, Philip S. — « Perspectives on Using Backcalculation to Estimate HIV Prevalence and Project AIDS Incidence ». — *In AIDS Epidemiology. Methodological Issues*. — *Op. cit.*, pp. 1-38.

Rezza G., et alii. — « The Seroconversion Study on the Natural History of HIV Infection ». — *In Nicolosi, Alfredo. — HIV Epidemiology : Models and Methods*. — *op. cit.*, pp. 279-291.

des groupes de moins en moins exposés. Le reflux progressif des infections peut-il être ainsi transposé à partir de l'expérience d'une épidémie largement fondée sur les groupes restreints des homosexuels et des toxicomanes et cantonnée, chez les hétérosexuels, par le nombre limité de partenaires et les comportements de prévention ? Trois indications permettent d'en douter.

On sait que la forme de l'épidémie est très différente en Afrique. Sa transmission est essentiellement hétérosexuelle et elle est facilitée par le nombre important de partenaires. Les freins à la diffusion ne sont donc pas ceux qui existent en Occident. Dans un passé peu éloigné, l'instabilité conjugale, la polygamie et, plus généralement, la multiplicité des partenaires sexuels ont été des facteurs puissants de transmission des maladies vénériennes il en était résulté, par exemple, dans de nombreux pays d'Afrique centrale, une proportion élevée de femmes stériles et une fécondité modeste. Seule l'introduction massive de traitements antivénériens a permis de réduire ces phénomènes.

En l'absence d'information sur la fréquence des contaminations dans divers groupes de population différemment exposés au risque, on en est réduit à conjecturer cette fréquence, moyennant des hypothèses sur les comportements sexuels et sur « l'infectivité » de ceux-ci, ces deux éléments n'étant appréciés qu'avec une très grande marge d'incertitude. En 1989, les Nations Unies avaient demandé à un groupe d'experts dans la modélisation de ces éléments de confronter leurs méthodes pour apprécier les conséquences démographiques du SIDA en Afrique. Le rassemblement de ces travaux donne un résultat déconcertant. Selon les hypothèses retenues dans l'éventail des possibles, compte tenu de nos connaissances limitées, et selon la mise en forme utilisée, la maladie fait long feu et se résorbe d'elle-même, en laissant rapidement revenir à leur niveau normal la mortalité et la croissance de la population, ou l'épidémie se développe, touche une proportion continuellement croissante de personnes et voue la population à son extinction, l'espérance de vie à la naissance tombant durablement en-dessous de 25 ans ¹⁵.

Ces conclusions avait conduit les auteurs du modèle projectif des Nations Unies à restreindre la portée temporelle de celui-ci. Les initiateurs du modèle ne souhaitaient pas qu'il soit utilisé pour prévoir les nouveaux cas de SIDA au-delà de quatre ans ¹⁶. Il s'agissait pour eux de tirer profit de la longue durée d'incubation et d'une connaissance approximative de la fréquence passée des infections (grâce à une estimation de la prévalence de la séropositivité).

Ils souhaitaient ainsi mesurer le nombre de passages au SIDA, tant qu'une large majorité de ceux-ci proviendrait de personnes déjà contaminées au

15. United Nations. — « The AIDS Epidemics and its Demographic Consequences ». — United Nations/World Health Organization, 1991, 140 p.

16. Chin, J. and Lwanga, S.K. — *op. cit.*

départ de la projection. Les auteurs se fondaient sur l'exemple suivant : supposons que les contaminations se développent aujourd'hui depuis 10 ans et que nous postulions, pour les quatre ans à venir, soit une prolongation de ces tendances, soit un arrêt complet des nouvelles infections ; quand, dans le premier cas, le nombre de nouveaux malades passerait de 11 000 l'année 10 à 40 000 l'année 14, il passerait de 11 000 à 37 000, dans le second cas. De même, dans une projection du nombre de sidéens, à New York au-delà de 1986, deux hypothèses très contrastées donnent des résultats encore voisins fin 1992, soit six ans plus tard : en supposant, soit que le nombre de nouvelles contaminations se maintienne à 10 000 (au lieu de 14 000 en 1985 et 13 000 en 1986), soit qu'il chute brutalement à zéro, le nombre de sidéens, serait fin 1992, égal à 10 200 dans le premier cas, contre 8 000 dans le second ¹⁷.

Admettons que le raisonnement sur les *décès* par SIDA permette de prolonger encore un peu la période admissible de projection. Arrêtons donc au plus tard à 1995-2000 l'examen d'un exercice fondé sur une prévalence de la séropositivité estimée en 1990. Dans les quinze pays d'Afrique subsaharienne, l'espérance de vie n'aura pas progressé depuis dix ans et stagnera autour de 50 ans ; elle aurait dépassé 55 ans, en l'absence de SIDA. La croissance démographique ne s'en trouvera cependant infléchie que très modestement (+ 3,0 % au lieu de + 3,3), même dans les pays les plus touchés.

Conclusion

Le SIDA est une maladie récente dont la connaissance statistique a cependant fait des acquis étonnants en quelques années. Les plus importants concernent sans doute la longueur de la période d'incubation et la brièveté de la survie après les premiers signes de la maladie. Cette longueur implique un décalage temporel important entre les évolutions de la population séropositive et celle du nombre de décès par SIDA. C'est le principe d'inertie, qui fait la fiabilité des projections démographiques.

Il est ainsi possible de traduire, avec cinq à dix années d'avance, le nombre de séropositifs en une statistique de décès par SIDA. On peut ainsi montrer que la forte prévalence du virus VIH aujourd'hui en Afrique subsaharienne se traduira d'ici à la fin du siècle par une stagnation de l'espérance de vie à la naissance, voire un recul dans les pays les plus touchés. En toute éventualité, c'est un coup d'arrêt aux progrès continus dans la lutte contre la mortalité. L'effet sur la croissance démographique, sur les effectifs de popu-

17. Pagano, Marcello *et alii.* — « The HIV Epidemic in New York City, Statistical Methods for Projecting AIDS Incidence and Prevalence ». — In Jewell, NP *et alii.* — *AIDS Epidemiology : Methodological Issues.* — *op. cit.*, pp. 123-140.

lation et sur leur composition par âge seront beaucoup plus modestes, car les uns et les autres sont essentiellement déterminés par le niveau de fécondité, dont on ne prévoit généralement pas une baisse spectaculaire à cette échéance.

Une projection à plus long terme supposerait mieux connus les risques de transmission du virus, surtout dans les populations où, contrairement aux pays occidentaux, le mode dominant de diffusion est hétérosexuel. Dans l'éventail des possibles, on ne peut exclure ni une extinction de l'épidémie, ni un recul durable de la population africaine. Pousser la projection au-delà de l'an 2000 équivaldrait à pronostiquer, pour 2100, l'avenir de la population sans aucune idée sur ce que pourrait être le niveau de la fécondité, entre 0 et 6 enfants par femme, au XXI^e siècle !

Voici venu le temps des cadres à temps partagé !

Fini le salariat, voici venu le temps où les entreprises achèteront à des cadres de haut niveau, tout juste les prestations dont elles ont besoin.

RÉSULTANTES permet à votre entreprise de disposer d'un cadre de haut niveau, spécialisé dans la gestion des ressources humaines qui interviendra autant que de besoin.

RÉSULTANTES peut assurer pour vous :

1. des missions ponctuelles : bilan social, recrutement... ;
2. la gestion de votre personnel ;
3. des stages de formation : législation sociale, gestion des emplois et des carrières, etc.

RÉSULTANTES (tél. : 33 1 30 54 31 28) met à votre disposition un cadre travailleur indépendant pour des missions temporaires (sans intermédiaire) et des emplois à temps partiel (sans nécessité de le salarier).

TOUS LES MOIS LISEZ

ÉTVDES

Dans les prochains numéros :

Demain, une économie de services	Etienne PERROT
Nouveaux concepts de politique démographique	Pierre MARTINOT-LAGARDE
Mondialisation, délocalisations, exclusion	Jean PLUCHARD
Evaluation des politiques d'enseignement supérieur	Pascale GRUSON
L'Etat et l'humanitaire	Guy LABOUÉRIE
Structure des utopies	Léo MOULIN
Identité et modernité	Philippe JULIEN
Pessoa. Le réel irréel	Eduardo LOURENÇO

Et dans chaque numéro :

***Choix de films, Chroniques de théâtre,
Revue des livres, Choix de disques.***

En vente dans les grandes librairies.

Le n° (144 p.) : 55 F - étr. 62 F

Abonnement (11 n°s par an) : 460 F - étr. 560 F

Rédacteur en chef :

Jean-Yves CALVEZ

*Pour recevoir un numéro ou vous abonner, envoyez vos nom, adresse et règlement
à l'ordre d'Études - 14, rue d'Assas - 75006 PARIS - ☎ (1) 44 39 48 48*

Ou sur Minitel, tapez 3615 SJ Études.*

SIDA : les conséquences d'une pandémie

Eric Chevallier, Nathalie Béchu, Judith Hassoun,
Miloud Kaddar, Jeanine Pommier ¹

S'il est difficile d'ignorer aujourd'hui le drame que constitue le SIDA, les conséquences de la pandémie demeurent très mal connues. Le texte que nous publions ici brosse cependant un panorama des effets directs (« les conséquences dépendantes ») et indirects (« les conséquences autonomes ») de la pandémie.

En particulier, les auteurs montrent l'incidence de cette pandémie sur la croissance démographique des pays les plus touchés (particulièrement en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est), les modifications qu'elle entraîne sur les comportements sexuels, son impact sur les structures familiales et la vie sociale et, enfin, ses conséquences économiques directes (coût des soins) et indirectes (manque à gagner des personnes atteintes d'invalidité).

Parmi « les conséquences autonomes », les auteurs soulignent particulièrement combien le SIDA, d'une part révèle les limites du progrès médical tout en soulevant nombre de questions éthiques, d'autre part illustre les liens étroits entre la santé et le développement.

H.J.

1. Eric Chevallier, Docteur en Médecine, Diplômé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Centre International de l'Enfance ; Nathalie Béchu, Economiste, Centre International de l'Enfance/Laboratoire d'Economie Sociale de l'Université Paris I ; Judith Hassoun, Démographe, Centre International de l'Enfance/Laboratoire de Démographie Sociale de l'Université de Paris X ; Miloud Kaddar, Economiste, Centre International de l'Enfance ; Jeanine Pommier, Médecin, Etudiante en économie de la santé, Centre International de l'Enfance/Université Paris I. Les auteurs remercient pour leurs commentaires et contributions : Yves Souteyrand, Economiste, Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, Michel Carraël, Sociologue, Programme Mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Benoit Ferry, Démographe, Programme Mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Sylvie Delcroix, Socio-Démographe, Centre International de l'Enfance. Toute correspondance concernant ce texte peut être adressée à : Eric Chevallier, Centre International de l'Enfance, Château de Longchamp, Bois de Boulogne, 75016 Paris.

Chercher à identifier les conséquences d'un phénomène contemporain conduit souvent à construire des généralisations réductrices ; envisager des perspectives expose au risque d'être démenti ultérieurement par les faits. Et l'exercice est encore plus périlleux lorsque le phénomène en question est marqué du double sceau de la complexité (les multiples implications de l'épidémie mondiale de SIDA dépassent largement le cadre biomédical pour s'étendre aux champs social, culturel, économique...) et de l'incertitude (concernant des données pourtant fondamentales telles que le nombre exact de personnes touchées).

Il apparaît néanmoins indispensable de s'interroger sur les conséquences présentes et futures de cette pandémie. Car, si l'on a pu croire dans les années 80 qu'il s'agissait d'un problème médical qui serait rapidement résolu, il est désormais clair que nous serons amenés — Européens, Américains, Asiatiques ou Africains — à vivre avec le SIDA pour encore de nombreuses années, et que cette pandémie aura des effets multidimensionnels.

Bien évidemment, les conséquences pour les pays en développement et pour les pays industrialisés sont et seront d'intensité très différente, que ce soit du fait des taux de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) — responsable du SIDA — dans les populations impliquées, des dynamiques démographiques, ou de l'état des systèmes sanitaires, sociaux, économiques et politiques.

Mais dans tous les cas, le SIDA revêt la dimension d'un révélateur, véritable miroir grossissant des réalités culturelles, socio-économiques et politiques... sans doute plus que toute autre épidémie, en raison de son caractère massif et planétaire certes, mais aussi, et peut-être surtout, du fait de sa nature même de maladie mortelle mais transmise par les fluides de vie (sang et sécrétions sexuelles).

Pour conférer un peu de lisibilité aux conséquences complexes et multiformes de l'épidémie de SIDA, on peut tenter de les classer sous deux grandes rubriques, aux frontières souvent ténues :

— les « conséquences dépendantes », c'est-à-dire celles qui paraissent très directement liées à l'existence (dans le même temps) de l'épidémie, et qui pourraient disparaître à l'extinction de cette dernière ;

— les « conséquences autonomes » dont on peut faire l'hypothèse qu'elles perdureront au-delà même de l'épidémie.

Mais quel que soit le caractère durable ou non des mutations que la pandémie initie ou accélère, on peut sans doute faire le postulat qu'« après le SIDA, rien ne sera plus tout à fait comme avant... ».

Les conséquences « dépendantes »

Les conséquences démographiques

Impact mineur ou à l'inverse dramatique, les conclusions des divers scénarios démographiques proposés sont bien loin de dégager un véritable consensus. Mais on peut toutefois admettre que l'épidémie aura surtout des retombées démographiques en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est, où seront concentrés en l'an 2000, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé², 90 % des cas de séropositivité chez l'adulte (sur un total mondial de 20 à 35 millions) et chez l'enfant (sur un total de 5 à 10 millions).

Pour reprendre le constat dressé par Larry Heligman pour la Division de la Population du Secrétariat de l'ONU, dans les 15 pays les plus touchés d'Afrique, les conséquences en termes de mortalité seront considérables : la population de ces pays, par rapport à ce qu'elle aurait été en l'absence du SIDA, pourrait être réduite de plus de 12 millions (soit environ 4 %) en 2005. Et l'accroissement de la population pourrait être réduit de 0,5 % par an.

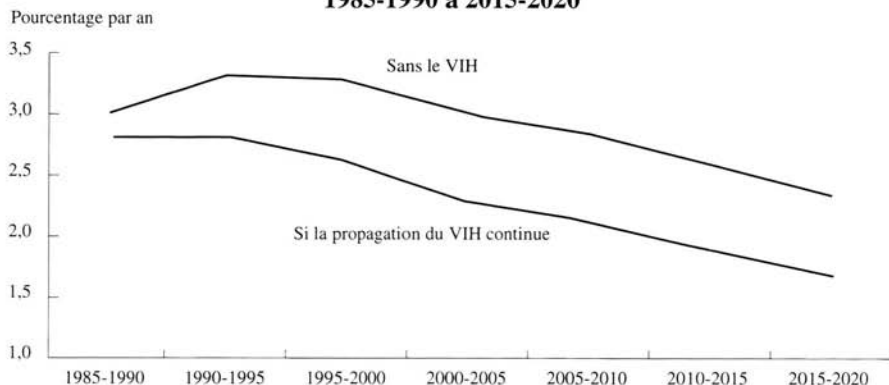
Certains esprits cyniques pourraient voir, dans ce mouvement de réduction de la surpopulation, un facteur favorable au développement des pays touchés. Mais au-delà du caractère éthiquement insupportable de ce type d'assertion, il faut également souligner à quel point il repose sur une réflexion à courte vue. D'une part, il ne tient pas compte de la morbidité — et des multiples coûts humains, sociaux et économiques liés à la maladie qui touche surtout les jeunes adultes — et, d'autre part, elle néglige le fait que même dans les pays les plus touchés, la croissance de la population restera positive et élevée, tout en enregistrant un ralentissement sensible.

L'augmentation des décès chez les adultes jeunes et les enfants de moins de 5 ans sera telle qu'elle risque notamment de réduire à néant les progrès réalisés au cours des trente dernières années dans la lutte contre la mortalité infanto-juvénile. Et, toujours selon les services de l'ONU, l'espérance de vie à la naissance devrait sensiblement régresser dans les pays à très forte prévalence — tels que le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda, la Zambie ou le Zimbabwe — où elle pourrait passer en moyenne de 48,7 ans en 1980-1985 à 45 ans en 1995-2000.

En situation de forte croissance démographique, l'augmentation de la mortalité, si elle a des conséquences importantes au niveau individuel, aura toutefois assez peu d'effet sur la structure par âge de la population, à moins

2. OMS. — « Pandémie d'infection à VIH/SIDA : Situation actuelle et tendances futures », — GPA, avril 1991.

Graphique A. — Taux de croissance démographique avec et sans le VIH/SIDA
1985-1990 à 2015-2020



Hypothèses : Pays d'Afrique de l'Est, population de 10 millions d'habitants ; la prévalence est passée de 0 à 5 % pour les adultes (1975 à 1985) puis à 10 % en 1990 pour atteindre environ 20 % en l'an 2020.

qu'elle ne soit relayée par une baisse de la fécondité qui pourrait être liée notamment au décès d'un nombre élevé de femmes en âge de procréer. Toutefois, cette hypothèse d'une baisse de la fécondité ne fait pas l'unanimité³. Ainsi, certains auteurs suggèrent que les femmes se marieront plus jeunes encore (avec l'idée qu'elles seront considérées comme ayant une probabilité moins grande d'être contaminées) : la période de vie commune serait alors allongée, et les enfants mis au monde plus nombreux.

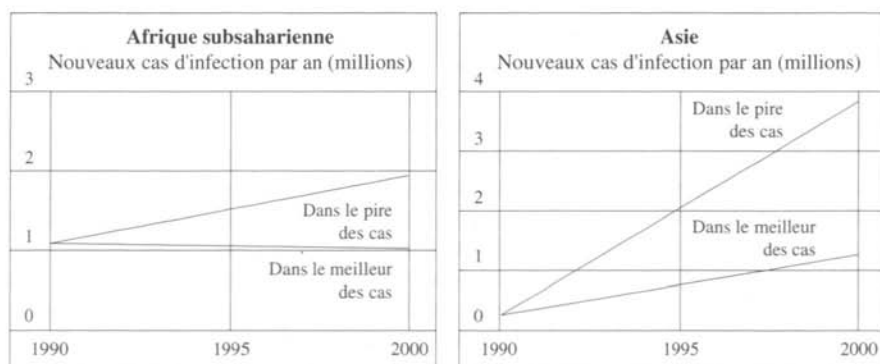
Enfin, il est encore hasardeux d'envisager une diminution significative de la nuptialité, même si on a pu remarquer des cas de report ou de renoncement au mariage.

Toutes ces données concernant aujourd'hui l'Afrique pourraient malheureusement s'appliquer aussi demain à l'Asie, comme le soulignait récemment le docteur Merson, directeur du Programme Mondial de Lutte contre le SIDA : « alors que l'Afrique connaît aujourd'hui une explosion du nombre de cas de SIDA résultant d'infections survenues il y a dix ans, nous assistons aujourd'hui en Asie du Sud et du Sud-Est à une autre explosion, celle du nombre des sujets infectés. Il faut s'attendre à ce que l'Asie dépasse bientôt

3. Mann, J. ; Tarantola, D.J.M. ; Netter, T.W. — *AIDS in the world. A global report*. — Harvard : Cambridge Univ. Press, 1992.

l'Afrique pour ce qui est des nouvelles infections ». Ainsi le nombre cumulé de cas d'infections par le VIH en Asie était estimé à plus d'un million et demi au milieu de l'année 1994. Des projections selon deux scénarios, donnent pour la Thaïlande de 300 000 à 400 000 nouvelles infections par an en 1995 et 700 000 à 900 000 pour l'an 2000 ⁴.

**Graphique B. — Tendances observables
dans les nouveaux cas d'infection par VIH dans diverses hypothèses,
1990-2000 : Afrique subsaharienne et Asie**



Note : L'Asie comprend la Chine, l'Inde et les autres pays et îles d'Asie.

Source : Données de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale.

Dans de nombreux pays industrialisés, l'épidémie a déjà atteint un niveau préoccupant ; le SIDA devenant dans de nombreux grands centres urbains, la première cause de mortalité des adultes . A New York, par exemple, le SIDA est déjà la principale cause de décès des femmes entre 25 et 39 ans ⁵. Mais les taux de mortalité des adultes étant très faibles dans les pays industrialisés, l'épidémie du SIDA n'y aura sans doute pas d'impact démographique majeur (telle une modification de la structure par âge de la population).

4. Bloom, D.E. ; Lyons, J.V. Ed. — « Economic implications of Aids in Asia ». — UNDP, Regional Bureau for Asia and the Pacific, 1993, 205 p.

5. Mann, J. ; Tarandola, D.J.M. ; Netter, T.W. — *Aids in the world...* — *op. cit.*

Les conséquences socioculturelles

Le changement des comportements sexuels

Dans les pays industrialisés, c'est bien évidemment à l'évolution des comportements sexuels que l'on pense tout d'abord, en gardant à l'esprit que le SIDA, parce qu'il représente un danger mortel qui peut s'immiscer lors des rapports sexuels, modifie non seulement les modalités d'expression de la sexualité mais aussi plus largement les relations sociales qui l'entourent.

En ce qui concerne les comportements sexuels, différentes stratégies s'élaborent et s'entremêlent en réaction à l'épidémie : sélection et/ou réduction du nombre des partenaires, utilisation de préservatifs, mais aussi abstinence. En France, une enquête nationale sur les comportements sexuels réalisée en 1992⁶ fait apparaître que la majorité des individus qui déclarent avoir changé de comportement sexuel (soit 16 % de l'ensemble de la population) ont décidé de choisir désormais des partenaires qu'ils connaissent et/ou dont ils se disent amoureux. Mais plus une personne se considère amoureuse, moins le danger d'être contaminé lui est perceptible. « Être amoureux » apparaît même comme une protection suffisante, et, dès lors, utiliser un préservatif semble inutile et peut parfois être vécu comme un acte de méfiance ou un aveu de trahison. Ce comportement parfaitement irrationnel en termes de santé publique renvoie à une logique de la relation : la relation de couple est le plus souvent accompagnée du « fantasme d'unicité et de permanence. Mettre un préservatif, c'est rappeler qu'un tiers peut s'introduire dans la relation, c'est au moins fantasmatiquement la remettre en cause »⁷.

Dans les relations occasionnelles, cependant, la perception du risque réapparaît et une stratégie de protection est alors plus souvent adoptée.

Mais les plus de 30 ans sont peu nombreux à avoir adapté leur comportement sexuel (12 % contre 25 % chez les moins de 30 ans) et notamment à utiliser les préservatifs.

Les personnes ayant des pratiques homosexuelles, plus sensibilisées, ont réagi plus efficacement et plus rapidement que les hétérosexuels, comme le soulignait une étude menée en France en 1991 par M. Pollak⁸ : sur un échantillon de 2 000 homosexuels et bisexuels masculins, 74 % utilisent des pré-

6. Spira, A ; Bajos, N. — « Les comportements sexuels en France ». — Paris : La Documentation Française, 1993, 351 p.

7. Coppel, A. — « Sexe, drogue et prévention ». — *Le journal du SIDA*, n° 47, février 1993, p. 26.

8. Pollak, M. — « Modifications des comportements chez les homosexuels et bisexuels masculins ». — in « Évaluer la prévention du SIDA en France », A.N.R.S., septembre 1992, p. 47.

servatifs, 42 % ont décidé d'avoir un partenaire stable. La proximité de la maladie alimente la perception du risque (70 % des homosexuels et bisexuels composant l'échantillon de M. Pollak connaissent des séropositifs ou des malades du SIDA). Le fait de se percevoir comme membre d'un groupe qui s'est organisé pour lutter contre la maladie a sans doute joué dans cette prise de conscience du danger. Toutefois, récemment, on aurait constaté un « relâchement du safer sex » résumé par le terme « relapse »⁹. Cependant, Michaël Pollak et Marie-Ange Schiltz, indiquent qu'il ne faut pas confondre un « relâchement » éventuel avec l'émergence de stratégies multiples et différentielles consistant « à prendre ou à ne pas prendre de précautions selon la nature de la relation et l'histoire du partenaire sexuel »¹⁰.

Malgré des taux de prévalence élevés, les toxicomanes, moins organisés que les homosexuels dans la lutte contre le SIDA et souvent marginalisés, ont commencé plus tardivement et plus lentement à se protéger, notamment en France où les pratiques de réduction du risque (vente libre de seringues, programme d'échange de seringue ou recours à des produits de substitution de type méthadone) ont tardé à se mettre en place.

En Afrique, même si on ne peut pas encore parler de changements très significatifs, des travaux d'évaluation récents laissent entrevoir une évolution, qui se manifeste non seulement par l'utilisation du préservatif ou la réduction du nombre de partenaires sexuels, mais aussi dans le choix des partenaires. Certains travaux anthropologiques signalent par exemple une revalorisation des partenaires « bien en chair », en relation avec la représentation de la maigreur du SIDA ; que l'on retrouve d'ailleurs également chez les personnes ayant des pratiques homosexuelles dans l'enquête sur les comportements sexuels des Français.

Fragilisation de la cellule familiale

Au-delà de la question des comportements sexuels, il est frappant de constater à quel point la question des « orphelins du SIDA » paraît aujourd'hui polariser l'attention. On peut certes le comprendre à l'évocation des chiffres, même si le phénomène demeure difficile à mesurer : d'ici à l'an 2000, l'OMS estime entre 10 et 15 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans dont la mère sera décédée des suites du SIDA — plus des 2/3 se trouvant en Afrique sub-saharienne.

9. Pollak M. ; Schiltz, M.A. — « L'évolution du "safer sex" à travers 7 années d'enquête : populations bi- et homosexuelle ». — *Rencontre Hommes entre eux*, Saintes, 24-25 juin 1992, 23 p.

10. Pollack, M. ; Schiltz, M.A. — « L'évolution du safer sex... ». — *op. cit.*

Mais on peut aussi s'en inquiéter.

Tout d'abord, parce que le terme lui-même d'« orphelins du SIDA », très médiatique, est contestable tant il peut se révéler stigmatisant. On n'a jamais parlé jusqu'alors d'orphelins du paludisme ou de la tuberculose.

Ensuite, parce que cette focalisation sur la question des orphelins risque de masquer une réalité bien plus complexe : les conséquences du SIDA sur la structure familiale commencent bien avant le décès des parents. En effet, l'apparition du SIDA entraîne très rapidement « des modifications considérables dans la répartition des tâches et des rôles au sein de la famille »¹¹. La maladie d'un chef de famille, ou d'une mère qui, surtout en Afrique, assume très souvent un rôle majeur dans la production domestique et/ou informelle, a des effets dévastateurs sur les conditions de vie de tous ceux qui en sont dépendants, et tout particulièrement des enfants. Ceux-ci sont alors le plus souvent conduits soit à quitter la structure familiale qui n'est plus à même de satisfaire leurs besoins élémentaires, soit à prodiguer des soins à leurs parents et à se substituer à eux pour assumer des tâches domestiques ou productives dès le plus jeune âge. Ce qui entraîne par exemple des phénomènes de déscolarisation le plus souvent irréversibles ; sans compter les conséquences psychologiques sur ces enfants qui doivent accompagner la maladie de leur(s) parent(s) jusqu'à son stade ultime, dans des conditions généralement dramatiques.

Après le décès d'un ou surtout des deux parents, le devenir de ces enfants s'avère encore plus précaire.

En Afrique sub-saharienne, les enfants orphelins sont habituellement pris en charge par les réseaux de solidarité familiaux et communautaires. Mais ceux-ci, déjà fragilisés par les évolutions socio-culturelles qui touchent le continent, ne semblent plus toujours être en mesure de répondre au nouveau défi posé par l'épidémie, que ce soit à cause des phénomènes de saturation qui paraissent déjà perceptibles dans les zones les plus touchées par l'épidémie (par exemple, dans la région du Rakai en Ouganda), ou bien du fait de la stigmatisation liée au SIDA.

Parfois, lorsque les aînés sont suffisamment âgés, ces enfants continuent à vivre dans la maison et sur les terres de leurs parents (que des spéculateurs peu scrupuleux tentent dans certains cas de s'approprier).

Certains deviennent des enfants de la rue, parfois contraints à vivre de la prostitution, accroissant encore la spirale de diffusion de l'épidémie.

11. Bechu, N. ; Nguessan, Bi T. ; Chevallier, E. — « Devenir socio-économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH/SIDA dans les pays en développement : présentation du programme de recherche et caractéristiques socio-économiques des malades enquêtés en Côte d'Ivoire ». — Rapport préliminaire, Centre International de l'Enfance, avril 1993.

Pour éviter le placement des orphelins dans des institutions souvent inadaptées, certaines organisations non gouvernementales (ONG) au Rwanda¹² ou dans d'autres pays africains ont choisi, par exemple, de créer des maisons familiales où les orphelins sont pris en charge par des mères de famille.

Mais les réponses à ce défi considérable ne peuvent se réduire à ce type d'initiatives pertinentes mais souvent ponctuelles. Et il faudra sans doute trouver rapidement des stratégies adaptées et pérennisables pour permettre d'autonomiser (le plus possible) tous ceux, enfants, femmes, vieillards qui se retrouvent totalement démunis lorsque l'adulte dont ils dépendent, notamment économiquement, est frappé par la maladie.

Dans les pays industrialisés, les conséquences en termes de fragilisation de la cellule familiale se posent également mais avec toutefois moins d'acuité.

A Paris, près des trois quarts des enfants nés de mères séropositives (sur un total de 304) vivent actuellement dans leur milieu d'origine avec leur(s) parent(s)¹³. Les autres sont pris en charge par leurs grands-parents, leurs oncles ou tantes (rarement par des amis ou des voisins) ou par l'Aide Sociale à l'Enfance qui, souvent, les place dans une famille d'accueil (mais lorsque l'enfant est porteur du virus, trouver des familles d'accueil est extrêmement difficile).

Cependant, ce n'est pas la maladie qui est « à l'origine de la séparation mère-enfant mais plutôt un cumul des facteurs de risque »¹⁴ dont l'élément principal est la toxicomanie de la mère, qui est fréquente.

Toutefois, dans les années à venir, le problème de la prise en charge de ces enfants pourrait devenir plus aigu, compte tenu de l'accroissement de la contamination hétérosexuelle, de l'évolution vers la maladie d'un certain nombre de parents encore aujourd'hui asymptomatiques. Et, par ailleurs, on peut craindre que le relais familial qui intervient souvent en premier — les grands-parents — ne soit pas toujours à même d'assumer ce rôle sur le long terme.

La dialectique solidarité/exclusion

Autour du SIDA coexistent des phénomènes de solidarité et des réactions de rejet dans une relation dialectique fluctuante.

12. Les événements de ces derniers mois ayant bien sûr anéanti tous les efforts entrepris dans ce domaine.

13. Dumaret, A. — « Intégration socio-familiale des enfants nés de mères séropositives : enfants élevés en famille ou à l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris ». — Rapport de recherche (appel d'offre A.N.R.S 1990), décembre 1992.

14. Dumaret, A. — « Intégration socio-familiale... ». — *op. cit.*

Au niveau collectif, on peut constater que de nombreux Etats sont coupables de mesures d'exclusion, notamment vis-à-vis des séropositifs étrangers. Ainsi, la « Global Aids Policy Coalition »¹⁵ estime que près de 50 pays sont concernés par des mesures discriminatoires restreignant le déplacement et empêchant l'immigration des personnes séropositives.

En Afrique sub-saharienne, en ce qui concerne les réactions individuelles, il est difficile d'estimer le degré de rejet des séropositifs. Mais l'impérieuse nécessité ressentie par la plupart des personnes touchées de dissimuler leur séropositivité y compris dans les pays à très forte prévalence montre que beaucoup reste à faire.

Toutefois dans le même temps, d'après les résultats préliminaires d'une étude menée actuellement en Côte d'Ivoire par des chercheurs ivoiriens et le Centre International de l'Enfance, « 85 % des malades interrogés affirment avoir l'habitude d'une entraide avec leurs proches, et 30 % d'entre eux reçoivent régulièrement ou occasionnellement de la nourriture en provenance d'autres membres de la famille »¹⁶.

Au Rwanda, les fonds de solidarité mis en place par certains groupes de salariés ont été multipliés par quatre ces dernières années ; augmentation sans doute liée à des besoins d'aide financière accrus de la part de salariés infectés par le VIH, de plus en plus nombreux, mais qui témoigne surtout d'une mobilisation...

Dans les pays industrialisés, des enquêtes ont tenté de mesurer le climat de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH.

En France, les résultats d'une enquête de 1992¹⁷ confirment le climat de tolérance dans l'opinion, signalant même une amélioration de la situation par rapport à 1990. Ainsi, en 1992, « 87% des Français contre 78 % en 1990 continueraient à fréquenter une personne séropositive, et 58,5 % (contre 49 % en 1990) laisseraient leurs enfants en sa compagnie ». Par ailleurs, entre 1990 et 1992, le degré de confiance que l'on estime pouvoir accorder aux personnes atteintes reste remarquablement stable.

Mais, dans ce climat général de tolérance, subsiste néanmoins une minorité de la population prête à exclure les personnes touchées (9,2 % des personnes interrogées sont d'accord pour isoler les malades du reste de la population). En France, dans une colonie de vacances, l'exclusion durant l'été

15. Chevallier, E. ; Flori, Y.A. ; Souteyrand, Y. — « Le coût de l'épidémie ». — *Le journal du SIDA*, n° 43-44, octobre 1992, pp. 63-64.

16. Béchu, N. ; Nguessan Bi, T. ; Chevallier, E. — « Devenir socio-économique des enfants... ». — *Op. cit.*

17. Moatti, J.P. ; Dab, W. ; Pollak, M. — « Mesure du climat de tolérance et opinions sur les mesures de prévention à partir des enquêtes menées en population générale ». — in « Evaluer la prévention du SIDA en France », ANRS, septembre 1992, p. 37.

1992 d'un enfant séropositif et sa remise aux autorités policières et judiciaires en est l'exemple frappant... et révoltant. La peur, liée elle-même à une mauvaise information est généralement à l'origine de ce rejet, mais ce n'est pas toujours là le seul motif.

De plus, il faut rester prudent face aux résultats de ces enquêtes d'opinions : il n'est pas sûr que, placées devant une situation concrète, les personnes interrogées adopteraient des attitudes cohérentes avec leurs déclarations.

Enfin, il est à craindre que l'exclusion des séropositifs ne s'accroisse face à l'importance croissante des maladies contagieuses associées au SIDA telle que la tuberculose, dont la recrudescence sous des formes plus ou moins contrôlables est liée en partie au développement de l'épidémie de SIDA, même si les phénomènes de précarisation socio-économique liés à la crise jouent également un rôle important.

Les conséquences économiques

La mesure des conséquences économiques de la maladie est une entreprise complexe, en raison de l'absence d'outils d'analyse réellement adaptés.

En 1992, les dépenses de traitement et de prévention liées à l'infection à VIH dans le monde ont été évaluées par la Global Aids Policy Coalition ¹⁸ à 3 898 millions de dollars — évaluation qu'il faut bien sûr considérer avec beaucoup de prudence. Ces dépenses, distribuées de façon très inégale, concernent surtout les pays occidentaux. Ainsi, « l'Afrique sub-saharienne qui représente 10 % de la population mondiale, et 58,7 % de cas de SIDA d'adultes, ne représente que 2,8 % des dépenses mondiales de soins ».

La répartition des dépenses entre la prévention et les soins est tout à fait différente si l'on considère pays industrialisés et pays en développement.

Dans les pays occidentaux, la plus grande part des efforts réalisés dans le domaine de la lutte contre le SIDA concerne les soins : en Australie, les dépenses de traitement représentent 53 % du budget du Programme National de Lutte contre le SIDA (cf. tableau 1). En France, les dépenses de soins du SIDA pour 1993-1994 représentaient près de 6 milliards de francs contre moins d'un milliard de francs pour la prévention et la recherche (source : Rapport Montagnier).

A l'inverse, dans les pays en développement, l'essentiel des dépenses consacrées à la lutte contre le SIDA revient aux actions préventives ; la part

18. Man, J. ; Tarandola, D.J.M. ; Netter, T.W. — *Aids in the world...* — *op. cit.*

Tableau 1. — Parts du budget des Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA affectées à la prévention et aux soins dans certains pays, 1990-1991 (%)

Pays	Prévention				Soins
	Transmission par voie sexuelle	Transmission par injections de drogues	Sécurité du sang	Transmission de la mère à l'enfant	
Amérique latine					
— Mexique	37	0	46	5	12
— Colombie	34	0	60	1	5
Afrique sub-saharienne					
— Côte-d'Ivoire	82	0	18	0	0
— Cameroun	53	0	40	0	7
— Tanzanie	55	0	31	0	15
— Ethiopie	40	0	60	0	0
— Nigéria	51	0	24	0	24
Sud-Est de la Méditerranée					
— Egypte	64	0	21	0	14
— Maroc	33	0	61	0	6
— Pakistan	66	0	34	0	0
Autres régions					
— Thaïlande	17	0	79	0	4
— Australie	28	11	8	0	53
— Suède	75	14	0	0	11

Source : AIDS in The World, 1992.

du budget des Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA destinée aux soins de malades du SIDA est généralement inférieure à 25 %.

Pourtant, on estime qu'en Afrique, le coût de traitement des malades du SIDA devrait mobiliser, selon les pays, un quart à deux tiers des dépenses publiques de santé.

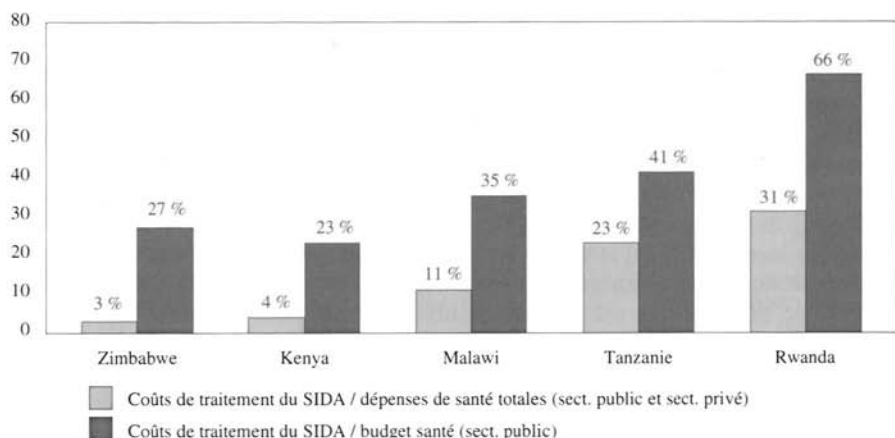
La mesure du coût des traitements médicaux est sans doute celle qui est la moins difficile à réaliser, bien qu'elle soit déjà complexe, comme l'ont souligné N. Béchu et M. Kaddar ¹⁹.

Les données chiffrées ci-dessus n'apportent qu'une valeur moyenne indicative, car les coûts de la prise en charge médicale varient sensiblement selon le type de traitement et l'âge des malades, mais aussi selon la nature et le nombre des éventuelles complications entraînées par la maladie ²⁰.

19. Dans un ouvrage collectif publié par le Centre International de l'Enfance « SIDA/Enfant/Famille : les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille ».

20. Viens-Bitker, C. ; Blum-Boisgard, C. et al. — « Le coût de l'infection à VIH : méthode et résultats ». — *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 39, 1991, pp. 25-36.

Graphique C. — Part des coûts potentiels de traitement du SIDA dans les dépenses de santé, Afrique sub-saharienne, 1990



Note : Ces estimations ont été obtenues en multipliant le coût unitaire de traitement (proportionnel au PNB par habitant) par le nombre de cas estimatifs de SIDA dans chaque pays en 1990.

Source : Ainsworth M. ; Over M. — « The economic impact of AIDS : shocks, responses and outcomes », — Population, Health and Nutrition Division, The World Bank, juin 1992.

Dans les pays en développement, les écarts dans le coût moyen de traitement des malades sont principalement dus aux disparités socio-économiques au sein de chaque pays, et entre pays : ainsi, M. Over a estimé que le coût médical pour un malade du SIDA au Zaïre pouvait varier entre 132 et 1 585 dollars, et en Tanzanie entre 104 et 631 dollars ²¹, selon la catégorie sociale des individus atteints (les malades ayant un niveau d'instruction bas et habitant en zone rurale consommant moins de soins médicaux).

Quel que soit le pays, le coût de traitement d'un malade du SIDA est généralement plus élevé que pour les autres pathologies. A. Scitovsky et D.P. Rice ²² ont ainsi pu établir qu'aux Etats-Unis le SIDA était la pathologie la

21. Over, M. — « The direct and indirect costs of HIV infection in developing countries : the cases of Zaïre and Tanzania ». — *The Global Impact of AIDS*. — Flemming A.F., Carballo M., FitzSimons D., Bailey M., Mann J. (eds). — New York, 1988, pp. 123-135.

22. Scitovsky, A. ; Rice, D.P. — « The cost of AIDS », — *Issues in Science and Technology*, 1987, pp. 61-66.

Scitovsky, A. ; Rice D.P. — « Estimates of the direct and indirect costs of Acquired Immune Deficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991 ». — *Public Health Reports*, 1987, vol. 102, n° 1, pp. 5-17.

Tableau 2. — Coût de traitement des malades du SIDA dans certains pays

Pays (année de l'étude)	Coût médical direct (US dollars/an)	Coût/P.N.B. par habitant (%)
Etats-Unis (1991)	32 000	161 %
Canada (1983)	33 900	200 %
Suisse (1989)	57 000	207 %
Royaume-Uni (1987-1989)	25 000 - 30 000	195 - 234 %
France (1987)	40 416	251 %
Allemagne (RFA) (1987)	25 900	140 %
Grèce (1988)	22 100	802 %
Australie (1986)	38 482	214 %
Japon (1987)	161 945	770 %
Brésil (1987)	18 100	838 %
Mexique (1990)	1 430 - 7 350	72 - 369 %
Rwanda (1990)	358	112 %
Tanzanie (1990)	290	181 %
Zaïre (1988)	132 - 1 585	78 - 932 %
Zambie (1991)	374	96 %
La Barbade (1990)	4 550	71 %
Porto-Rico (1988)	3 869	64 %
Thaïlande (1991)	658 - 1 016	54 - 83 %

Source : AIDS in the World, 1992.

plus coûteuse comparée aux accidents de la route et aux cancers du tube digestif, du poumon et du sein, mais, bien que les dépenses globales de prise en charge médicale des malades du SIDA excèdent les dépenses consacrées à la pathologie rénale, le coût médical direct par patient reste plus élevé dans le cas de la pathologie rénale terminale.

Dans les pays en développement, C.M. Chela *et al.*²³ ont évalué les coûts d'une hospitalisation dans une zone rurale de Zambie à 8 dollars pour les malades non porteurs du VIH et tuberculeux, à 24 dollars pour les séropositifs non tuberculeux et à 35 dollars pour les séropositifs tuberculeux.

Face à l'émergence et à l'augmentation importante des coûts médicaux liés au SIDA, se pose le problème du financement, aussi bien au niveau macro-économique (systèmes sanitaires et structures de protection sociale) qu'au niveau micro-économique (individus atteints).

Dans les pays industrialisés qui comportent un système généralisé de protection sociale, la plus grande partie des coûts médicaux est prise en charge par la collectivité. Mais face à l'importance des dépenses entraînées par la maladie, le financement des organismes de protection sociale pourrait évoluer

23. Chela, C.M. ; Campbell, I.D. ; Siankanga, Z. — « Clinical care as part of integrated AIDS management in a Zambian rural community ». — AIDS Care, 1989, vol.1, n° 3, pp. 319-325.

dans les années à venir pour trouver de nouvelles ressources destinées à la prise en charge des personnes touchées par le VIH.

Dans d'autres pays industrialisés, les malades doivent déjà supporter une grande partie du financement des soins. Une étude de F.J. Hellinger²⁴ réalisée en 1988 aux Etats-Unis montre que, parmi les assurés, 27 % des dépenses de traitement du SIDA restent à la charge du patient. Les malades sont alors conduits, faute de moyens, à quitter le réseau des soins privés et les organismes privés d'assurance maladie pour recourir au système hospitalier public²⁵, qui devient alors surchargé.

Mais ce sont les pays les plus affectés par l'épidémie de SIDA — les pays en développement — qui sont aussi les plus démunis en matière de couverture et de protection sociale. La plupart des dépenses de soins sont ici prises en charge par le malade et son entourage. Et même si les malades n'ont généralement pas accès aux méthodes modernes de diagnostic et de traitement, le coût pour la famille reste très élevé. En Thaïlande, les dépenses de santé pour un malade du SIDA étaient estimées en 1991 entre 658 et 1 016 dollars par an, soit 30 à 50 % du revenu moyen annuel d'une famille thaïe, ou plus de 25 fois les dépenses annuelles gouvernementales de santé per capita²⁶. Au Zaïre, le prix de l'hospitalisation d'un enfant atteint par le VIH représente 25 % du revenu moyen annuel du père²⁷.

La programmation sanitaire au niveau national, et la gestion interne des établissements de soins sont également affectées : une grande partie de ces établissements sont ainsi obligés de réorienter leurs fonctions et de réallouer leurs budgets.

Ainsi, à New York, près du tiers des lits de court séjour sont occupés par des personnes séropositives²⁸.

Dans les pays en développement, le fonctionnement de certaines structures sanitaires spécialisées se trouve complètement bouleversé. Ainsi, le surcoût supporté par les centres anti-tuberculeux d'Abidjan (où environ la moitié des patients sont séropositifs) pour le traitement des malades séropositifs a été estimé²⁹ à 15 %. On peut alors se demander si « avec des budgets qui rétré-

24. Hellinger, F.J. — « National forecasts of the medical care costs of AIDS, 1988-1992 ». — *Inquiry*, 1988, n° 25, pp. 469-484.

25. Souteyrand, Y. — « Le prix d'un virus ». — *L'Homme Contaminé* (la tourmente du SIDA), série Mutations, mai 1992, n° 130, pp. 101-109.

26. Hanson, K. — « AIDS : what does economics have to offer ? ». — *Health Policy and Planning*, Oxford University Press, 1992, vol. 7, n° 4, pp. 315-318.

27. Kaddar, M. ; Béchu, N. — « L'impact économique de l'infection à VIH et du SIDA de la femme et de l'enfant ». — *SIDA, enfant, famille : les implications à VIH pour l'enfant et la famille*. — ed C.I.E., 1993.

28. Scitovski, A. — « The economic impact of AIDS ». — *Public Health*, 1988, n° 4.

29. N'Guessan Bi, T. — « Aspects économiques de la prise en charge du SIDA (exemple des Centres Anti-Tuberculeux d'Abidjan) ». — *Atelier Les sciences sociales face au SIDA en Afrique : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Bingerville, Côte d'Ivoire, 15-17 mars 1993.

cissent chaque année, les centres anti-tuberculeux pourront continuer à faire face au traitement des tuberculeux, dont le nombre ne cesse de croître ». Mais tout ceci ne représente que la partie émergée de l'iceberg.

Car, à l'ensemble de ces conséquences économiques directes, il convient d'ajouter les conséquences indirectes.

Les coûts indirects sont liés au temps que le patient, sa famille ou son entourage ne peuvent plus affecter à des activités productives du fait de la maladie, ou encore à l'activité économique qui n'a pas été réalisée du fait du décès prématuré du malade.

En touchant notamment des adultes souvent jeunes, le SIDA affecte à la fois, au niveau micro-économique, les individus et leurs familles et, au niveau macro-économique, le niveau de la production.

La baisse de productivité des ménages (diminution ou arrêt de travail des personnes touchées et des individus s'occupant des malades) entraîne une perte importante de revenus pour la famille. Dans de telles conditions, et face à l'augmentation des dépenses liées à la maladie, c'est toute l'économie interne du ménage qui se trouve modifiée.

Peu de recherches sont consacrées à l'évaluation de ces bouleversements économiques. Le rapport préliminaire d'une étude menée en Côte d'Ivoire par des équipes ivoiriennes et le Centre International de l'Enfance a cependant permis d'établir que près de 60 % des malades enquêtés avaient dû très rapidement modifier ou cesser leur activité professionnelle après l'apparition de leur maladie. Dans de telles conditions, les autres membres de la famille, en plus du temps consacré aux soins du malade et aux activités habituellement assumées par lui, tentent parfois d'entreprendre une activité nouvelle pour rééquilibrer les revenus du ménage. Mais ces mesures, surtout dans les ménages très lourdement touchés (lorsque plusieurs personnes sont atteintes), permettent rarement de retrouver le niveau de revenu initial. Le ménage dispose alors de moins de ressources pour les dépenses d'alimentation, de santé ou d'éducation. L'épargne — et par conséquent les potentialités d'investissement — diminue, et souvent les individus sont conduits à vendre leurs biens pour assurer la survie du ménage et la prise en charge des dépenses de traitement.

En se fondant sur la théorie du capital humain ³⁰, et en utilisant des méthodologies proches de celles développées par Over, Bertozzi et Chin en 1989, plusieurs équipes ont cherché à mesurer au niveau macro-économique les

30. L'application de la théorie du capital humain revient à s'intéresser aux individus du point de vue de leur participation à la réalisation du produit national. On mesure ainsi le coût « indirect » de la maladie en évaluant la perte de temps qu'elle entraîne dans l'activité productive des malades et de leur entourage. Ce temps « perdu » est ensuite valorisé en projetant le montant des revenus qui ne seront pas perçus en raison de leur maladie.

coûts liés aux décès prématurés dus au SIDA. Ainsi en Thaïlande, en évaluant à 25 années en moyenne la durée de vie perdue par les personnes touchées par le SIDA, l'estimation du coût cumulé d'ici à l'an 2000 a été évaluée à 8,5 milliards de dollars. Quant au coût par décès en 1991, il a été estimé à 22 000 dollars, soit 17,6 fois le revenu par habitant de la même année.

Comparés aux coûts médicaux directs, ces chiffres permettent de dresser un constat clair : « les coûts économiques de l'épidémie de SIDA ne sont pas principalement liés aux dépenses de santé, mais à la perte de production » comme le constate Bong-Min Yang à propos d'un travail mené en Corée.

Plus globalement, selon M. Over³¹, dans les pays en développement, les coûts indirects représenteraient 83 à 99 % du coût total d'un cas de SIDA.

On pourrait certes discuter la validité de ces chiffres, surtout lorsque les évaluations qui s'intéressent à la force de travail n'intègrent pas le sous-emploi. Mais ils ont une vertu majeure lorsqu'ils sont mis en regard des sommes allouées à la lutte contre l'épidémie : celle de montrer que les efforts financiers consentis, pourtant déjà non négligeables, ne sont pas à la mesure de l'enjeu.

Enfin, il convient de noter que les dépenses engagées pour faire face au SIDA génèrent aussi des revenus — et parfois même des profits — pour certains acteurs économiques, comme l'industrie pharmaceutique ou le secteur de la recherche. Ainsi sur le plan mondial, le marché des médicaments complétant l'action des traitements antiviraux ou des vaccins éventuels est estimé entre 5 et 10 milliards de francs³².

Des « conséquences autonomes »

La plupart des effets qui viennent d'être évoqués peuvent être attribués à l'émergence et à l'existence contemporaine de l'épidémie. Mais le SIDA n'aura-t-il pas également des conséquences qui auraient vocation à s'autonomiser par rapport à l'épidémie ? En d'autres termes, ne pourrait-on pas observer dans certains domaines des effets de seuil ?

Les conséquences socio-culturelles

Alors que l'adaptation des comportements sexuels face au SIDA se limitera peut-être à la période sans vaccin ni traitement, on peut faire l'hypothèse que la banalisation du discours sur la sexualité perdurera. Dans de nombreux pays, une partie du tabou sur la prise de parole autour de la sexualité semble levée.

31. Over, M. — « The direct and indirect cost of HIV... », — *op. cit.*

32. Lambert, D.C. — « Le coût mondial du SIDA », — Paris : Ed. du C.N.R.S., 1992, 352 p.

L'émergence ou le développement d'organisations de femmes qui, surtout dans les pays en développement, prennent une part de plus en plus active à la lutte contre l'épidémie, permettra peut-être plus largement de renforcer le rôle des femmes dans la gestion de la sexualité. La prise de conscience — certes encore balbutiante... — que la condition précaire des femmes sur le plan culturel, social et économique joue un rôle majeur dans le développement de l'épidémie, et que le renforcement de leur statut est une impérieuse nécessité, pourrait avoir — si l'on est optimiste ! — quelques effets durables. Mais il reste toutefois à estimer l'ampleur de ces changements dont les conséquences sur les rapports de pouvoir entre hommes et femmes pourraient être considérables.

Le SIDA semble également jouer un rôle accélérateur dans l'émergence de plus en plus sensible des questions éthiques. C'est notamment le débat central de la conciliation entre liberté individuelle et responsabilité collective que l'épidémie vient aviver, par exemple lorsque l'on pose la question des modalités d'organisation — volontaire ou obligatoire ? — des politiques de dépistage. Mais aussi, lorsque le secret médical fait l'objet de débats à propos de son respect vis-à-vis de partenaires sexuels de patients séropositifs. Ou encore lorsqu'est évoquée la nature des conseils que les professionnels de santé sont en droit (ou ont le devoir) de prodiguer à une femme (un couple) séropositive qui souhaite entreprendre ou poursuivre une grossesse.

Autant de questions, qui conjuguées à celles posées notamment par les nouvelles technologies du vivant, font progressivement prendre une place centrale aux débats éthiques, alors même que les professionnels de santé — qui ne devraient constituer qu'une partie des acteurs de cette réflexion — y sont aujourd'hui bien mal préparés.

Enfin, réduites au silence ou repoussées à la marge des sociétés industrielles depuis plusieurs décennies, la souffrance et la mort font — sous la pression du SIDA qui touche principalement des personnes jeunes — un retour notable dans les représentations collectives mais aussi parfois dans l'environnement direct et immédiat des individus.

Dans une autre perspective, même si demain un vaccin devait être découvert, le SIDA, en tant que maladie mortelle et longtemps incurable, aura remis en cause le modèle implicite du progrès scientifique ininterrompu et de la « toute puissance » médicale.

Le médecin n'est plus seul face au savoir, à la gestion de la maladie. Il a en face de lui un malade qui devient « acteur » de sa maladie ; qui prend une part de plus en plus active dans les processus de prise en charge, que ce soit au niveau individuel (relation médecin-malade) ou collectif (rôle majeur des associations qui aspirent au partage du savoir et de la décision avec le monde médical et les pouvoirs publics).

« La place prise par les personnes atteintes dans les associations de lutte contre le SIDA distingue ces dernières radicalement du modèle traditionnel

des rapports entre médecine et philanthropie, dont on trouve l'épure dans l'histoire de la tuberculose et du cancer »³³. En France, à l'instar d'organisations américaines, l'association AIDES, créée en 1984 en grande majorité par des personnes touchées physiquement ou affectivement par le SIDA, a notamment pour objectif de conférer aux personnes atteintes une place centrale : à l'assistanat se substitue l'autosupport. Cherchant des solutions à des problèmes psychologiques et matériels, les associations vont aussi tenter d'informer la population, de lutter contre la discrimination mais également d'influer sur les politiques publiques. Le malade joue alors un rôle de « réformateur social »³⁴, « il influe sur l'abord de la maladie en général et sur les politiques de santé publique »³⁵.

Les professionnels de santé, en partie impuissants, doivent désormais collaborer plus étroitement avec d'autres professionnels. Que ce soit pour comprendre l'épidémie dans ses multiples dimensions ou pour tenter d'y répondre dans le cadre de la prévention ou du soutien aux personnes touchées, le recours aux anthropologues, sociologues, démographes, économistes, éthiciens ou philosophes s'impose de plus en plus nettement. Le rôle des sciences humaines et sociales dans la gestion de l'épidémie se trouve ainsi renforcé, ce qui pourrait avoir des conséquences durables au-delà même de l'épidémie de SIDA, et revaloriser le rôle, essentiel mais souvent négligé, de ces disciplines dans la compréhension et la gestion des questions de santé...

Parallèlement, cette relative impuissance biomédicale renforce la place des thérapeutiques alternatives dans les pays industrialisés, et de la médecine traditionnelle dans les pays en développement ; phénomène qui pourrait s'étendre, dans ces derniers, à l'ensemble des problèmes de santé, tant la crédibilité biomédicale est mal assurée. En effet, la médecine moderne, en ne s'attachant qu'aux causes biologiques des maux, n'a pu supplanter la médecine traditionnelle qui prend en charge la maladie comme une manifestation du « malheur » qui n'est pas un trouble individuel mais une perturbation de l'ordre social. De plus, la médecine traditionnelle est souvent plus accessible car la prise en charge des malades s'effectue dans des conditions plus souples (paiement en nature, à crédit...).

Enfin, le choc engendré par l'épidémie va conduire les Etats et leurs partenaires à remettre en question leur approche même de la santé et leurs politiques de santé publique. On peut penser (espérer ?) qu'ils seront notamment amenés à réévaluer l'importance de la santé, à renforcer la place de la pré-

33. Pollak, M. ; Rosman, S. — « Les associations de lutte contre le SIDA : élément d'analyse et de réflexion ». — Convention de recherche MIRE, n° 288-87, pp. 2-18.

34. Defert, D. — « Le malade réformateur ». — V^e Conférence Internationale sur le SIDA, Montréal, juin 1989.

35. Gomez, M. — « Plus jamais sans les malades ». — in « L'homme contaminé, la tourmente du SIDA ». — Paris : ed Autrement, n° 130, pp. 40-49.

vention, à repenser l'organisation des soins ; tout cela dans le cadre d'une réflexion sur l'allocation optimale des ressources.

Les conséquences sur le développement

La relation entre l'état de santé et le développement économique fonctionne à double sens.

D'une part, la situation économique des populations influe sensiblement sur leur état de santé. Ainsi, tandis que dans les premiers temps de l'épidémie de SIDA, les catégories sociales favorisées constituaient les populations les plus touchées, on constate aujourd'hui que l'extrême pauvreté semble également faciliter la diffusion du virus³⁶. Le développement économique peut alors apparaître comme un moyen de ralentir la progression de l'épidémie, grâce à la réduction des inégalités socio-économiques.

D'autre part, les individus en bonne santé constituent un facteur important de croissance économique³⁷ : ils sont plus productifs, dépensent moins en soins de santé, et disposent ainsi davantage de ressources pour la consommation et l'investissement.

Le SIDA touchant principalement des adultes jeunes, ce sont les effets de l'épidémie sur la disponibilité de main-d'œuvre auquel on pense tout d'abord. Toutefois, la réalité et la nature de ces effets font encore l'objet de débats. Car il est possible que même dans les pays les plus touchés, l'impact de la maladie sur la force de travail soit compensé par l'entrée en activité de personnes jusqu'alors au chômage, dans un contexte de sous-emploi massif.

Mais il n'en demeure pas moins clair que certains secteurs clés de l'économie des pays en développement sont déjà affectés et le seront plus encore demain : ce sont ceux, essentiels pour le développement économique de ces pays, qui emploient une proportion élevée de main-d'œuvre qualifiée, difficilement substituable. Certaines entreprises en ont déjà pris conscience, comme par exemple la Barclays Bank en Zambie, qui envisage une restructuration et une éventuelle réduction de ses activités à moyen terme.

Mais il s'agit aussi des secteurs qui nécessitent un afflux important de main-d'œuvre, même peu qualifiée, à certaines périodes spécifiques de l'année, comme par exemple certaines productions agricoles saisonnières. Les régions agricoles les plus vulnérables pourraient être, dans cette perspective,

36. Cohen, D. — « The economic impact of AIDS », HIV and Development Programme, UNDP, New York, September 1992.

37. Ainsworth, M. ; Over, M. — « The economic impact of AIDS... ». — *op. cit.*

les zones sèches avec une courte saison de pluie ³⁸. Car les systèmes agricoles reposent là sur une demande de travail saisonnière, et disposent d'un choix très limité de cultures alternatives.

Au total, on pourrait ainsi voir d'une part, une évolution des conditions de production — en particulier une réorientation des activités vers une moindre utilisation de la force de travail — et, d'autre part, une diminution des niveaux de production.

L'épidémie de SIDA vient ainsi rappeler que la santé est bien à la fois un objectif, un résultat et un moyen du développement, et que celui-ci ne se résume pas à sa seule composante économique. Il convient en effet de l'aborder dans une perspective plus large, comme le fait depuis plusieurs années le Programme des Nations Unies pour le Développement en cherchant à populariser le concept de « développement humain durable », défini comme le processus permettant « l'élargissement des possibilités offertes aux individus », quel que soit le degré d'industrialisation du pays concerné.

Or, lorsque l'on tient compte du fait que ce « développement humain durable » s'appuie sur quatre piliers : le développement économique, la santé, les connaissances et les libertés fondamentales, tous les quatre mis à mal par l'épidémie, on prend toute la mesure du défi qui nous est lancé.

Cette tentative de synthèse des conséquences de la pandémie ne peut qu'être simplificatrice et reposer sur de nombreuses hypothèses. Elle témoigne mal des multiples interactions qui existent entre les diverses composantes, mais surtout, elle se heurte à un obstacle majeur, inhérent à l'exercice : elle ne peut en effet préjuger des mécanismes d'adaptation qui se mettent en place dans un perpétuel processus dynamique pour réagir aux conséquences décrites.

On ne peut pourtant faire l'économie d'une réflexion, notamment prospective, sur ce sujet, car ce n'est qu'au prix d'une meilleure compréhension et d'une anticipation des conséquences de l'épidémie qu'il sera possible d'élaborer des réponses adéquates. A condition, bien sûr, qu'un véritable engagement politique — à la fois au niveau de chacun des Etats et de la communauté internationale — vienne compléter et appuyer le travail souvent remarquable des associations et organisations communautaires. A cet égard, le sommet de Paris sur le SIDA qui a rassemblé, le premier décembre 1994, 42 chefs de gouvernements ou leurs représentants pour signer une déclaration affirmant leur volonté de faire de la lutte contre l'épidémie une priorité, pourrait constituer une date charnière... même si l'on peut comprendre la frustration des associations de personnes atteintes et de bien d'autres, devant la tiédeur des consensus internationaux !

38. Barnett, T. ; Blaikie, P. — « Community coping mechanisms in the face of exceptional demographic change ». — Final report to the Overseas Development Administration, juillet 1990.

Introduction, par Marie-Noëlle Auberger-Barré

NÉGOCIATIONS ET STRUCTURES

Cadres dans une centrale ouvrière, par André Bapaume
Conventions collectives et avenants cadres, par François Lagandré
Des syndicats interprofessionnels aux fédérations d'industrie,
par Jacques Moreau
Cadres dans une CFDT multicatégorielle, par Marie Odile Paulet

PRÉSENCES ET IDENTITÉS

Solidarités et spécificités, par Andrée Andrieux et Jean Lignon
Mai 68, les cadres et l'UCC, par Jean Dubois
Mort et renaissance d'un syndicat de cadres, par Gérard Sacco

THÈMES ET STRATÉGIES

Cadres et formation permanente, par Roger Faist
Organisation du travail et partage dynamique, par Pierre Vanlerenberghe
Métiers de cadres, par Daniel Croquette
L'UCC et l'Europe: une vieille passion..., par Emmanuelle Caley
L'UCC et les innovations technologiques, par Yves Lasfargue

CADRES CFDT est la revue de l'UCC-CFDT (Union Confédérale des Ingénieurs et Cadres de la Confédération Française Démocratique du Travail).
47, avenue Simon Bolivar, 75950 Paris Cedex 19. Téléphone (1) 42 02 44 43.
L'abonnement annuel (5 numéros): 300 Francs.

Le réveil des civilisations

*Sur « Le choc des civilisations ? »
de Samuel P. Huntington*

Olivier Servoise ¹

Les lecteurs de Futuribles se souviennent sans doute de l'article de Mahdi Elmandjra « La crise du Golfe, prélude à l'affrontement Nord-Sud ? », publié dans notre revue en octobre 1990 (Futuribles n° 147). L'auteur y exposait sa conviction que le mépris de l'Occident vis-à-vis des autres cultures risquait d'entraîner le déclenchement d'une véritable « guerre civilisationnelle ».

Samuel P. Huntington, dans un célèbre article intitulé « The Clash of Civilisations ? », a exposé l'an dernier dans Foreign Affairs une hypothèse voisine qu'Olivier Servoise analyse et commente ici.

Que dit-il en substance ? Qu'à l'heure de la mondialisation, et alors que nous assistons au déclin de l'Etat-nation, l'humanité se divise en grandes civilisations, celle de l'Occident voyant sa suprématie remise en cause, notamment par l'Islam et le monde néo-confucéen.

Affirmant la primauté de la dimension culturelle, il souligne le danger qui pèse sur l'Occident menacé de l'intérieur (crise d'identité) et de l'extérieur (par les autres civilisations).

H.J.

Samuel P. Huntington, professeur éminent de sciences politiques et directeur de l'Institut Olin pour les études stratégiques

à l'Université Harvard, a exprimé sa thèse dans la revue américaine *Foreign Affairs* en 1993 (n° 3 réflexion de l'auteur, n° 4

1. Juriste d'entreprise.

commentaires de personnalités et n° 5 réponse de l'auteur) dans un article généralement considéré comme l'« article » de l'après-guerre froide et intitulé « The Clash of Civilizations ? » : les nations issues du XIX^e siècle dépérissent, les luttes idéologiques du XX^e siècle sont mortes, les civilisations prennent la relève. Cette interprétation constitue à la fois une vision de l'Histoire, une mesure de l'Occident et une interrogation sur les civilisations.

Une vision de l'histoire qui renoue avec le tragique

Pour Huntington, les lignes de fracture du XX^e siècle seront les civilisations, qui se chevauchent comme de gigantesques plaques tectoniques humaines. Cette vision de l'Histoire, par grands mouvements dans le temps, s'apparente à celle de Spengler sur les cultures qui connaissent une succession de phases, ou de Toynbee sur les civilisations qui luttent contre des défis. D'autres approches globales de l'Histoire sont possibles, tels les durées géologiques, historiques et humaines avec F. Braudel ou les âges de l'Humanité avec A. Comte et elles peuvent compléter l'explication de l'Histoire par les civilisations. Huntington distingue 7 ou 8 civilisations majeures — englobant chacune des cultures — dans le monde d'aujourd'hui : les civilisations occidentale, confucéenne, japonaise, islamique, hindouiste, slave-orthodoxe, latino-américaine et peut-être africaine. L'hebdomadaire britannique *The Economist* du 6 août 1994 estime que trois civilisations dominent notre époque et regroupent d'autres civilisations : l'Occident (l'Europe et les Amériques), l'Islam, le monde néo-confucéen (la Chine et le Japon).

Pour la commodité, cette présentation sera en général retenue dans ce commentaire. Chaque civilisation — « *la forme la plus élevée de regroupement par la culture* » — pour reprendre l'expression d'Huntington exprime sa conception du monde, aussi bien à propos de la relation de l'homme au divin que du citoyen à l'Etat. Les mots eux-mêmes de liberté, d'autorité, d'égalité, de hiérarchie, projettent un contenu propre à la civilisation.

En elle-même, l'analyse ne comporte pas de jugement de valeur. Il n'y a pas de recherche du sens de l'Histoire proprement dit, mais la démonstration du nouveau jeu de forces qui remplace la guerre froide. Certes, le choc des civilisations et de leurs cultures a toujours existé, à la fois entre les civilisations et dans les nations : ainsi du conflit entre Byzance et l'Islam, des guerres de religion à la Renaissance et des guerres civiles à la Révolution, des conquêtes coloniales, mais le monde fini l'a ranimé et l'Occident matérialiste l'a exacerbé au XX^e siècle. Aussi à la différence du schéma hégélien, où une civilisation succède après des luttes à une civilisation limitrophe — Rome à Athènes, Athènes à l'Empire perse — et domine le monde alentour, maintenant ce sont les civilisations qui se réveillent et entrent en compétition simultanément dans le contexte de la mondialisation de l'économie et de la globalisation des infoducs. Et tandis que le monde hindou plie sous le choc des civilisations et que l'Afrique noire retourne aux luttes tribales, le monde confucéen s'apprête à prendre la relève de l'Occident, en alliant essor de la civilisation et essor des nations et il entre en contact avec le monde islamique. La vision d'Huntington suscite un mélange d'admiration et d'agacement, peut-être d'envie, chez beaucoup d'intellectuels occidentaux : elle bouscule leurs rêves de

progrès continu, de paix perpétuelle, de civilisation un jour unique, inspirée par l'Occident. « *Si les nations sont les patries, l'humanité est une famille* » proclamait V. Hugo. Mais l'Occident n'est plus le centre du monde.

Cependant la réflexion d'Huntington n'est pas sans but utilitariste, préoccupation bien anglo-saxonne, que ses commentateurs se gardent en général de souligner. Il s'agit — pour l'Occident — d'enrayer le choc des civilisations par un double mouvement : des avantages à court terme, par la défense de ses points forts (liens Etats-Unis et Europe, supériorité militaire, etc.), le rappel de ses alliés (le monde latino-américain, l'Europe de l'Est, le Japon de la modernité et la Russie) et l'exploitation des rivalités entre les autres civilisations, et des ajustements à long terme, par la connaissance des autres civilisations et la recherche des points en commun pour apprendre à cohabiter. Humanisme ou égoïsme d'un Occidental ? Peu importe au regard des enjeux...

Huntington craint l'extension des conflits locaux le long des failles entre les blocs de civilisations et une connexion entre le monde confucéen et l'Islam. Conflits des Etats appartenant à des civilisations différentes et conflits aussi de groupes contigus situés le long des lignes de fracture entre les civilisations, ce serait la nouvelle donne des relations internationales.

L'Occident contre le reste du monde

L'Occident, en cette fin de siècle, se trouve isolé, face aux autres civilisations qui lui contestent sa suprématie et sa prétention à l'universalité. C'est le point fondamental de la pensée d'Huntington.

Force est de reconnaître que le XXe siècle s'achève sur le procès de l'Occident par les autres civilisations. Celles-ci réagissent diversement, en se repliant sur elles-mêmes, en copiant l'Occident, ou le plus souvent en le rejetant et en s'unissant au besoin contre lui. Les Occidentaux utiliseraient le Conseil de sécurité de l'ONU, le Fonds monétaire international, les Droits de l'Homme, etc., comme autant d'instruments au service du maintien de leur hégémonie. Huntington aurait pu insister sur l'accusation adressée par les autres civilisations à l'Occident de mener une guerre préventive contre elles pour empêcher leur Renaissance, en les laminant par les consommations de masse et les idées libérales et en les transformant peu à peu en reflets de leurs anciennes splendeurs. Si l'Occident craint le poids économique d'autres civilisations, celles-ci craignent, au moins autant, le poids culturel de l'Occident. Pour elles, l'Occident est d'autant plus dangereux qu'il a amorcé son déclin. Deux guerres mondiales hier, la consommation de 70 % des ressources naturelles par 15 % de l'humanité aujourd'hui, ont entraîné la perte de confiance dans le modèle. L'Occident apparaît comme un exemple de désordres sociaux, d'affaiblissement moral et de blocage des institutions. Huntington retrace ce retour aux sources des civilisations non-occidentales. Le monde néo-confucéen estime être mieux armé par sa tradition du dévouement de l'individu à la communauté, l'Islam ne comprend pas un Etat aux valeurs laïques, le monde slave-orthodoxe recherche sa voie de l'autorité, l'Inde s'éloigne du modèle britannique. Les élites de ces civilisations sont contestées par les masses pour leur occidentalisation, et comme le souligne Huntington, les intégristes recréent le passé national ou religieux, proposent des solutions de

Un regard asiatique critique sur les politiques étrangères européennes

Lors d'une conférence qui s'est tenue à Vancouver, sous les auspices de l'International Institute of Strategic Studies, M. Kishore Mahbubani, Secrétaire permanent du ministère des Affaires Etrangères de Singapour, a analysé ce qu'il considère comme les trois failles de la politique des pays de l'Union européenne à l'égard de leur environnement immédiat :

1. Les Européens croient à tort qu'ils peuvent vivre en paix en ne s'intéressant qu'à leur unification et en s'élargissant uniquement vers des pays socio-culturellement semblables à eux. Le message implicitement émis est qu'aucun Etat du monde islamique n'est acceptable quel que soit son degré de laïcité et de modernité (la Turquie par exemple). Circonstance aggravante, les Européens se montrent passifs à l'égard du génocide bosniaque, alors qu'ils auraient peut-être agi différemment si des populations chrétiennes étaient soumises à des tirs d'artillerie musulmans.

2. Les Européens croient à tort que le mouvement naturel de l'histoire conduit à l'adoption universelle de la démocratie libérale et du capitalisme et ne voient pas que d'autres cultures et d'autres formes de société peuvent être aussi valables que les leurs.

3. Les Européens ont tort de vouloir protéger leur haut niveau de vie à coups de protection et de subventions, au lieu d'imiter la démarche relativement audacieuse des Etats-Unis avec l'ALENA. La seule solution permanente à l'immigration illégale en Europe, c'est d'exporter des emplois à bas salaires (en échange d'emplois à hauts salaires) et de conclure des accords de libre-échange avec l'Afrique du Nord.

A long terme, tout le monde sera perdant si l'Europe persiste à rechercher une intégration continentale plutôt que globale, à exporter le développement politique avant le développement économique en ignorant les différences sociales et culturelles et en dressant de nouvelles barrières pour s'enfermer dans une politique de protection sociale intenable. Si elle apprend à aborder le monde autrement, une nouvelle synergie peut se créer entre des civilisations asiatiques revitalisées et le riche héritage du continent européen.

*Bernard Cazes
futuribles*

Source : *International Herald Tribune*.

rechange et appellent au renouvellement des élites. L'Occident a voulu — et espère encore — propager son modèle de gouvernement avec l'espoir, plus ou moins avoué, que les régimes démocratiques seront pacifiques et commerçants. Mais ce modèle est rejeté par l'ensemble des autres civilisations, maintenant que la capacité de gouverner redevient la priorité dans le monde, quitte à sacrifier la justice à l'ordre (1989, Place Tiananmen). La dérive de régimes politiques vers un despotisme éclairé ou un système autori-

taire n'est pas à exclure. Les civilisations utilisent pour elles et retournent contre l'Occident les techniques, les concepts et même les principes (droit d'asile, minimum vital) diffusés par celui-ci. C'est le choc des civilisations, culturel, économique et à l'occasion guerrier qui se réalise dans la paix dangereuse d'un monde où tout est interconnecté.

Union contre l'Occident des autres civilisations et lutte pour la survie entre toutes les civilisations ou les deux aspects du choc des civilisations. Les rationalistes

attaquent la vision totalisante d'Huntington qu'ils n'hésitent pas à assimiler à une vision totalitaire. Ils nient la dialectique de la lutte entre les civilisations qu'ils estiment artificielle intellectuellement (la recherche d'un ennemi) et dangereuse moralement (la victoire des forts sur les faibles). En outre, pour eux, il est impossible de définir une civilisation sans simplifications et l'Occident par vocation éclairera toujours le monde. Et de souligner les rivalités dans le monde arabe et les différences entre le Japon et la Chine. Mais c'est oublier que des phénomènes peuvent être contradictoires sans être contraires, comme l'enseignait Mao Zedong. Il existe une solidarité dans une civilisation face aux autres civilisations. Ainsi depuis longtemps les représentations de la double parole arabe ou du sourire asiatique de retenue appartiennent à l'inconscient occidental. Huntington a répondu qu'il ne prétend pas inclure tous les cas de figure dans sa démonstration, mais expliquer la majorité des phénomènes par un « paradigme » sur les civilisations. Un paradigme est une construction intellectuelle pour expliquer le maximum de phénomènes de même intensité et non leur totalité, il reste utile, sinon vrai, jusqu'à la découverte d'un « paradigme alternatif » qui le remplacera. Au paradigme de la « guerre froide ² », succède le paradigme du « choc des civilisations ». A l'expérience de vérifier le nouveau paradigme.

Or, comme le montre Huntington, les événements confirment l'hypothèse, et au-delà, pourrait-on ajouter, même si Hun-

tington reconnaît aux autres explications que la sienne une part de vérité. Il y a eu la guerre du Golfe que certains observateurs analysent comme le premier conflit Nord contre Sud des temps contemporains ³. Et bien d'autres signes illustrent le choc des civilisations dans le désordre mondial. Les civilisations concluent des alliances : l'Alena regarde vers l'Amérique du Sud, l'Union européenne vers l'Europe de l'Est, le Japon tisse des liens avec l'Asean, l'Australie et l'Asie du Nord-Est, la Chine compte sur ses prolongements à l'étranger. Les pays arabes, forts de leur religion et de leurs poids économique, financent le rejet de l'Occident dans le monde et achètent à l'Extrême-Orient la technologie militaire, le Japon démontre que modernité n'implique plus occidentalisation. Huntington s'inquiète surtout du réveil du conflit séculaire entre l'Islam et l'Occident, probablement à juste titre. Par contre, il surestime la portée du lien islamo-confucéen. Le monde confucéen préfère encore l'Occident à l'Islam et il se heurte lui-même à l'Islam, qui de religion se transforme en culture dans le Sud-Est asiatique. Les civilisations du « reste du monde » n'échappent pas au choc, surtout en Asie, comme en témoigne la destruction de la mosquée d'Ayodhya en 1992 par des fondamentalistes hindous ou la montée de l'intégrisme musulman en Asie du Sud-Est. Dans la fidélité au passé, des civilisations maintiennent leur tradition d'ouverture sur l'extérieur (Occident, Japon), d'autres leur politique d'isolement (Islam), d'autres enfin recourent à

2. Voir Kennan, George. — « The Sources of Soviet Conduct », — *Foreign Affairs*, juillet 1947.

3. Voir Elmandjra, Mahdi. — *La première guerre civilisationnelle*. — Casablanca. éd. Toubkal, 1992, 200 p.

leur jeu de bascule entre l'ouverture et le repli (Chine, monde slave-orthodoxe). L'on peut parler de sept ou huit civilisations en quête d'un rôle. Plus spécifiquement, l'Occident cherche un idéal, le monde néo-confucéen une mission, l'Islam une affirmation d'amour-propre, l'espace slave-orthodoxe un empire.

L'enjeu : la survie des civilisations

La querelle sur la primauté du politique ou de l'économique au XX^e siècle se dénoue par l'affirmation du culturel, avec le choc des civilisations. Seul l'avenir révélera s'il s'agissait de l'ultime parodie des civilisations par elles-mêmes avant leur occidentalisation, de la marche vers l'affrontement des civilisations ou du début du renouveau des civilisations. Quelles conséquences en découlent pour Huntington ? Le concept de l'Etat-nation est remis en cause. La fidélité à la civilisation l'emporte peu à peu sur la fidélité à la nation. La mémoire collective et lointaine des ethnies ou des religions chasse la mémoire individuelle et récente de la nation. Les nations — lorsqu'elles sont partagées entre plusieurs civilisations — sont menacées, soit de démembrement si elles englobent des ethnies ou des religions différentes (Yougoslavie, Tchécoslovaquie), soit du moins de déchirement si les élites n'entraînent pas les masses dans l'adhésion culturelle (Mexique, Turquie). De même le noyau dur de l'Occident n'échappera pas fatalement à la recomposition des frontières de ses nations et Huntington a le courage de le dire. Il s'inquiète de la désunion des Etats-Unis avec le pouvoir des minorités au nom des libertés fondamentales de la Constitution de 1787 et rappelle que

l'Europe subit une immigration aujourd'hui mal contrôlée. Les Occidentaux oublient que les Etats-Unis ont connu une guerre de Sécession entre deux cultures et que l'Europe a été envahie à plusieurs reprises par d'autres civilisations. (Guerre de Sécession, 1861-1865, bataille du Kahlenberg près de Vienne, 1683). Cependant la nation reste le lieu — par excellence ou à défaut — d'insertion d'un peuple et Huntington sous-estime la résistance de la nation (point il est vrai contradictoire mais non contraire avec sa théorie), tant qu'elle arrive à conserver un pouvoir culturel unificateur et un pouvoir économique mobilisateur. Si le Japon veut rester une nation à la civilisation unique et si les Etats-Unis tentent l'aventure d'une nation à la civilisation pluri-culturelle, les civilisations divisent nombre de nations, désormais à la recherche de leur identité. C'est la revanche des civilisations, mais elles-mêmes s'appuient sur les nations. Enfin, l'Occident traverse une crise d'identité, qui va radicalement à l'encontre de l'affirmation d'Huntington selon laquelle l'Occident est au sommet de sa puissance. C'est la « Question d'Occident », avec la divergence croissante des intérêts entre l'Europe et les Etats-Unis, le doute sur le lien entre le progrès et le bonheur et l'interrogation sur le caractère acquis de la croissance économique et, *last but not least* l'effondrement démographique. On regrette que l'Europe n'intéresse pas davantage Huntington qui parle surtout de l'Occident. Les rapports humains, fondés en Europe sur la réussite individuelle et l'utilité à court terme des activités, ont rompu le sentiment d'appartenance à des communautés au sein de la nation. Le monde du Haut Moyen Age, évoqué par Shakespeare dans *Macbeth*, se recrée « *mais c'est une cruelle époque où*

l'on est traître sans le savoir, où la rumeur sort de nos craintes sans que nous sachions ce qu'il faut craindre ». Chaque civilisation a besoin d'un Etat-nation leader pour la défendre et arbitrer ses querelles internes. Peut-être qu'en Europe les nations qui ont connu le plus de variations de frontières, l'Allemagne et la Russie, seront les plus capables d'affronter les temps nouveaux et de rassembler autour d'elles les vieilles nations. Et si Huntington se faisait, malgré les apparences, non pas l'avocat de l'Occident, mais l'avocat de l'ensemble des civilisations ?

Quel est l'enjeu du choc des civilisations, élégamment annoncé sous une forme interrogative, mais en cours de réalisation ? Il ne s'agit rien moins que de la survie des civilisations dont les valeurs et les intérêts sont par essence différents, à une époque où le temps et l'espace se réduisent. Les civilisations, rappelle Huntington, ont appris que leur nombre diminue dans le mouvement de l'Histoire et il lance un appel à la compréhension entre les civilisations, sinon « la prochaine guerre mondiale, s'il y en a une, sera une guerre entre civilisations ». Certes, la coexistence de civilisations dominantes conforte les possibilités de neutralisation réciproque et aucune civilisation, a priori, n'aspire à l'hégémonie, même si la « Grande-Ile » (les Amériques) et « l'Ile-Civilisation » (le Japon) paraissent les mieux armées pour sur-

vivre au XXI^e siècle. Huntington ne livre pas sa vision du monde de l'après-choc des civilisations, son propos est d'attirer l'attention sur le danger du choc des civilisations. Malheureusement, Huntington n'aborde pas l'autre danger qui menace — au moins autant les civilisations — et également en cours de réalisation : la mort lente. Peu à peu, se met en place dans l'univers un système d'organisations tentaculaires à l'apparence respectable, qui agissent au mieux de leurs intérêts selon leurs codes de conduite, confisquent l'argent et la politique et sous-traitent aux mouvements intégristes et aux hommes d'affaires la canalisation des foules par les croyances et les consommations. C'est le prélude au « pire des mondes », où les peuples auront perdu leurs racines culturelles et seront condamnés au divertissement vulgaire ou à l'errance alimentaire. A tout prendre, « le choc des civilisations » constituerait l'antidote au poison de « la mort lente des civilisations ». Espérons que les défis démographiques, écologiques, économiques et éthiques déclencheront le sursaut et le rapprochement des civilisations, et que les nations retrouveront leurs identités, il est vrai parfois douloureusement... L'Histoire — pour assurer son mouvement — réveille de son souffle les civilisations endormies. Les civilisations, qui ont un passé, découvrent qu'elles ont un avenir.

Vient de paraître

Répertoire 1994 des "innovations temps de travail"

131 CAS D'ENTREPRISES

*Un outil indispensable
pour réfléchir à l'évolution
du temps de travail.*

**Par Guy Aznar
sous l'égide du Catral**



✂ COMMANDEZ DIRECTEMENT

- Par fax au 42 21 11 50, sur votre papier à lettre, vous recevrez le livre et la facture (250 F TTC l'exemplaire, port compris).
- Ou bien, en retournant ce bon de commande complété, avec un chèque à l'ordre de Guy Aznar Conseil.

Nom : Société :

Adresse :

Nombre d'exemplaires :

A adresser à Guy Aznar Conseil, 22 rue Dussoubs, 75002 Paris
Tél : 45 08 54 41/Fax : 42 21 11 50

Actualités prospectives

Idées et faits porteurs d'avenir

L'inertie démographique

Nombreux sont les pays qui ont aujourd'hui entamé, voire achevé, leur transition démographique¹. Seule une population de 753 millions de personnes se situerait en-dehors de cette dynamique en 1995²: l'Afrique subsaharienne regroupant les trois-quarts de cet effectif, suivie par le Pakistan, l'Afghanistan, le Cambodge, le Laos...

Même si bien des pays ont désormais une fécondité voisine du niveau de remplacement³, leur population n'en est pas moins appelée à croître encore durant

1. La transition démographique consiste dans le passage d'un régime dit naturel, caractérisé par un quasi-équilibre résultant de taux de natalité et de mortalité élevés (situation de la France jusqu'à 1750), à un régime dit contrôlé, également caractérisé par un quasi-équilibre, mais résultant cette fois-ci de faibles niveaux de natalité et de mortalité.

2. Voir l'article de Jean-Claude Chasteland dans *Le Monde* du 20 août 1994.

3. Le remplacement de la population est atteint lorsqu'une génération de mères est remplacée, nombre pour nombre, par une génération de filles parvenues à l'âge moyen de la maternité. Dans les pays les plus développés, où les risques de décéder durant les 25 premières années de vie sont aujourd'hui très faibles, le nombre moyen d'enfants par femme requis pour assurer le strict remplacement de la population féminine en âge de procréer égale 2,1.

Population, indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) et temps nécessaire pour doubler la population dans les vingt plus grands pays (1993)

Pays	Population (millions)	ICF (nb moyen d'ent/femme)	Temps de doublement de la population (en années)
Allemagne	81	1,4	*
Italie	58	1,3	3 466
Russie	149	1,7	990
Royaume-Uni	58	1,8	267
Japon	125	1,5	217
France	58	1,8	169
Etats-Unis	258	2,0	92
Chine	1 178	1,9	60
Thaïlande	57	2,4	49
Brésil	152	2,6	46
Indonésie	188	3,0	42
Inde	97	3,9	34
Turquie	61	3,6	32
Vietnam	72	4,0	31
Mexique	90	3,4	30
Egypte	8	4,6	30
Philippines	5	4,1	28
Pakistan	122	6,7	23
Nigéria	5	6,6	23
Iran	3	6,6	20

* La population allemande diminue du fait d'un taux de mortalité élevé, et avec son taux de fécondité actuel, ne doublera jamais.

Source : Population Reference Bureau, 1993 World Population Data Sheet, Washington DC, 1993.

une période plus ou moins longue du fait de l'arrivée de générations nombreuses à l'âge de procréation.

L'exemple de la Chine est, à cet égard, révélateur. La politique sévère de réduction du nombre des naissances (campagnes successives du « un enfant par famille ») s'est traduite par une baisse du nombre moyen d'enfants par femme, de 6,4 en 1968 à 2,2 en 1980. Cependant, l'arrivée à l'âge adulte de générations nombreuses nées durant les années 60 entraîne un important accroissement de la population. Cet effet de génération en Chine, en raison du poids de la population de ce pays, a contrarié le ralentissement de la croissance démographique mondiale.

Selon Linda Starke, si l'on prend l'hypothèse d'une fécondité au niveau de remplacement, la population mondiale augmenterait jusqu'à 8,4 milliards en 2150 du seul fait de la dynamique des classes jeunes actuelles.

Source : World Watch, vol. 17 n° 2, mars-avril 1994.

Le principe de précaution

Nous vivons dans une civilisation que l'on peut doublement et paradoxalement qualifier de « civilisation du risque » et « civilisation de la sécurité ».

Civilisation du risque car le développement technologique et scientifique moderne s'est accompagné de l'apparition de nouveaux risques, qu'il s'agisse de ceux liés aux techniques du quotidien, aux grands appareils de production, aux réseaux d'infrastructures ou aux biotechnologies.

Civilisation de la sécurité, car la préoccupation, tout du moins dans les pays industrialisés, pour assurer la sécurité maximale, a trouvé un niveau de réponse inégalé tant par la mise en place de nouvelles institutions comme la sécurité

sociale, que dans la conception des systèmes et objets techniques.

Pourtant, les inquiétudes sont suffisamment vives pour que de nouveaux comportements et règles collectives fassent l'objet d'un débat public et que des initiatives innovantes aient été prises.

Ce sont ces réflexions que cristallise la référence actuelle au « principe de précaution ». Ce principe est généralement entendu de la façon suivante : il peut être justifié (version faible) ou il est impératif (version forte), de limiter, encadrer ou empêcher certaines actions potentiellement dangereuses sans attendre que ce danger soit scientifiquement établi de façon certaine. Il a ainsi trait aux critères de décision qui devraient être adoptés par les personnes physiques ou morales (organisations, institutions...) dont l'activité est créatrice de risque pour autrui, et à leur traduction sous la forme de nouvelles obligations et règles de responsabilité.

Décideurs publics et responsables d'entreprises sont évidemment concernés au premier chef, mais aussi les scientifiques, qui tout à la fois engendrent de nouveaux possibles, mettent en relation des faits auparavant disjoints et « fabriquent de l'incertitude » en soulevant des questions jusqu'alors insoupçonnées, ou en proposant des réponses multiples à un même problème. Au-delà de leur responsabilité morale ou sociale, c'est la responsabilité civile ou pénale de ces acteurs qui, dans des conditions restant à apprécier, pourrait se trouver engagée.

L'irruption du principe de précaution appelle donc le monde scientifique et les décideurs à une nouvelle réflexion sur l'exercice de leur responsabilité et sur l'adéquation de leur organisation.

C'est à une telle réflexion nouée autour du principe de précaution (bien-fondé, conditions d'application, performances

pratiques) que furent consacrées les Journées annuelles de l'Association Natures-Sciences-Sociétés Dialogues (Paris, 14-15 décembre 1994) qui, prenant appui sur des exemples concrets (affaire du sang contaminé, effet de serre...), a permis une utile confrontation interdisciplinaire sur un concept à la fois séduisant, dans la mesure où il souligne notre responsabilité vis-à-vis du futur, et dangereux, dans la mesure où — si nous en faisons un usage abusif — il découragerait tout esprit d'initiative. Ne l'oublions pas : on peut hypothéquer l'avenir au travers des risques que l'on prend mais aussi par ceux que l'on refuse de courir...

Association « Natures-Sciences-Sociétés »,
Tél. : (331) 40 97 71 16

France : épargne retraite

Légitime est l'inquiétude des Français quant à l'avenir de leur retraite fondée sur le principe de la répartition (retraite de base et retraite complémentaire) eu égard à notre pyramide des âges, au déséquilibre entre les générations nombreuses nées durant la période du baby-boom et les générations creuses de la période suivante (1975-1995) et surtout au déséquilibre tendanciel entre le rendement des cotisations et le volume des prestations.

Les compagnies d'assurance ont amplement exploité — et entretenu — cette inquiétude pour vendre de plus en plus d'assurances-vie fondées sur le principe de la capitalisation et souscrites jusqu'à présent sur une base volontaire à titre individuel.

Plusieurs éminentes personnalités publiques estimant en effet utile de compléter les retraites par répartition par des

régimes fondés sur la capitalisation, ont élaboré des projets de « fonds de pension » qui sont en discussion en France depuis deux ou trois ans. Aucune décision toutefois n'a pu être prise jusqu'à présent, ne serait-ce qu'en raison des arbitrages politiques délicats que la mise en œuvre d'un tel projet impliquerait, par exemple concernant le contrôle desdits fonds de pension, internes ou externes aux entreprises.

Mais une des pierres d'achoppement évidentes tient à la difficulté de faire subir aux actifs une double charge en matière de retraites : l'une, au titre de la répartition au profit de leurs aînés, la seconde, au titre de la capitalisation pour leur propre compte.

Une enquête réalisée en mars 1994 par le CREDOC pour le compte de l'Association Française des Banques (AFB) révèle toutefois que 80 % des Français estiment souhaitable de se constituer un complément personnel de retraite et que, si seulement 29 % font actuellement des placements pour l'avenir, 30 % envisagent également de le faire.

L'opposition entre régimes par répartition et régimes par capitalisation est sans doute excessive : les premiers constituant des réserves, les seconds étant tributaires d'évolutions sur très longue période des taux d'intérêt réels. A supposer donc que les Français soient en effet majoritairement disposés à cotiser davantage pour la retraite, la question reste entière de savoir quel est le meilleur mode de placement, sachant que, si l'accroissement du nombre et de la proportion de personnes âgées par rapport à la population d'âge actif ira assurément croissant, nul n'est capable de prévoir l'évolution des taux d'intérêt réel sur 40 ans.

Réduction des prélèvements obligatoires en Europe

Depuis 1993, la plupart des pays de l'Union européenne ont diminué les prélèvements obligatoires sur le travail — impôts et cotisations sociales — : cela représente un allègement des charges des entreprises d'environ 30 milliards d'écus par an, c'est-à-dire 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Union. C'est considérable, mais cela reste insuffisant, selon un rapport présenté début novembre à la Commission européenne par M^{me} Scrivener, commissaire chargée de la fiscalité. En effet, le Livre Blanc de la Commission « Croissance, compétitivité, emploi » suggère de réaliser des allègements atteignant 1 à 2 % du PIB. Objectif : réduire l'un des handicaps qui découragent l'embauche. Dans l'Union européenne, les prélèvements obligatoires sur le travail sont en moyenne de 20 % plus élevés qu'aux Etats-Unis et de 35 % plus élevés qu'au Japon. Cependant, on constate de grandes différences entre les prélèvements relativement faibles en Grèce, en Irlande, au Portugal et au Royaume-Uni et les coûts plus élevés que la moyenne en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, et dans une moindre mesure en Allemagne et en France.

La Commission relève notamment des réductions de cotisations sociales patronales en Belgique, en Espagne, en France, en Irlande et aux Pays-Bas, une baisse de l'impôt sur le revenu au Danemark et une diminution de la TVA dans les secteurs intensifs en main-d'œuvre en Irlande.

Mais elle s'inquiète du fait que le manque à gagner pour les Etats soit trop rarement compensé par d'autres mesures : hausse de la TVA en Belgique, des accises au Luxembourg et au Royaume-Uni et des taxes sur l'énergie

au Danemark. En outre, la plupart de ces mesures pénalisent la consommation, déjà plus fortement taxée dans l'Union qu'aux Etats-Unis et au Japon.

La Commission en conclut que des taxes « écologiques », comme celle sur le CO², déjà proposée, offriraient une bonne solution.

Plutôt un salaire plus élevé qu'un temps de travail plus court

Seulement 35 % des salariés de l'Union européenne sont satisfaits de leur temps de travail ; au contraire, près de la moitié (47 %) voudraient travailler moins et 16 % souhaiteraient travailler plus. Mais si les travailleurs européens avaient le choix entre une augmentation de salaire et une réduction de leur temps de travail, 56 % d'entre eux opteraient pour la première solution et seulement 36 % pour la seconde, les autres restant indifférents. C'est ce que révèlent les résultats d'une enquête sur l'emploi réalisée cette année par la Commission européenne dans les pays de l'Union — Luxembourg excepté —.

Depuis la dernière enquête comparable, effectuée en 1989, les partisans de l'augmentation de salaire ont légèrement progressé (ils étaient 55 %) ; mais les défenseurs de la réduction du temps de travail aussi (ils étaient 34 % il y a cinq ans). Seule la proportion d'indifférents a diminué. Dans deux pays seulement — le Danemark et les Pays-Bas —, on trouve une majorité de salariés pour préférer la réduction du temps de travail. En Allemagne (de l'Ouest), la majorité s'est renversée depuis 1989 : les partisans de la hausse de salaire dominant à présent.

Au cours des cinq dernières années, 31 % des salariés interrogés se sont trouvés

sans emploi pendant au moins quatre semaines — autant que dans les années 1985-1989. Mais, en moyenne, les salariés européens sont restés au chômage moins longtemps au début des années 90 (13 mois) qu'à la fin des années 80 (15 mois).

Le chômage frappe bien plus les personnes sans qualification : 28 % de l'ensemble des travailleurs européens n'ont pas de qualification professionnelle, mais cette proportion grimpe à 52 % chez les chômeurs. Le manque de qualification touche plus les femmes (55 % chez les chômeuses) que les hommes (49 % des sans-emploi). On remarque cependant des différences criantes entre pays : 61 % des travailleurs portugais et 47 % de leurs collègues britanniques se déclarent « sans qualification », mais ce n'est le cas que pour 11 % des travailleurs allemands (Länder de l'Est inclus).

Quant au genre de formation acquise, il s'agit d'une formation obtenue de façon indépendante (dans un établissement d'enseignement, par exemple) pour 54 % des salariés interrogés ; pour les 46 % restants, c'est une formation acquise dans l'entreprise. Ce dernier type de formation domine en Allemagne, en Italie et au Portugal.

Les Européens sont-ils prêts à aller travailler dans un autre pays de l'Union ? C'est « oui » pour 44 % des salariés — avec ou sans emploi — et pour 46 % des chômeurs. Le travail dans un autre pays membre attire plus les hommes (50 %) que les femmes (37 %) et trouve plus d'adeptes parmi les moins de 30 ans (55 %) que chez les plus de 40 ans (31 %). Dans trois pays seulement, sur les onze étudiés, on trouve une majorité de salariés désireux de travailler dans un autre pays membre : le Royaume-Uni

(57 %), le Portugal (56 %) et le Danemark (52 %). C'est en Allemagne (28 %) et en Grèce (31 %) que cette perspective fait le moins recette.

Un essai d'uchronie : « Jamerica »

La baisse à long terme du dollar par rapport au yen a suggéré à Alvin et Heidi Toffler l'idée d'une uchronie (une histoire qui n'est pas arrivée, par rapport à utopie, lieu qui ne se trouve nulle part), dans laquelle le yendo sert de monnaie commune à un pays hybride associant le Japon et l'Amérique : « Jamerica ». Les conflits commerciaux perdraient désormais de leur acuité, et les deux cultures pourraient se féconder mutuellement en se faisant bénéficier de ce que chacune réussit le mieux. Le couplage économique, militaire et informationnel de ces deux géants leur permettrait de faire régner dans le monde une Pax Jamericana. Une telle uchronie pourrait se concevoir en cas de fortes menaces russes ou chinoises, par exemple. Trois raisons la rendent cependant peu probable :

- les préjugés racistes et nationalistes de chacun des deux peuples ;
- les réactions affolées des Asiatiques devant un Japon renforcé à tel point ;
- le temps écoulé depuis 1945, date à laquelle le général Mac Arthur aurait pu à la rigueur imposer une telle intégration. Celle-ci présenterait d'ailleurs moins d'intérêt à une époque où les économies d'échelle perdent de leur importance, et où les regroupements efficaces, comme le pense Kenichi Ohmae (le gourou japonais du management), sont ceux qui associent des régions bi ou multinationales dynamiques appartenant à des Etats différents. Ce qu'il faut craindre, ce n'est

pas une fusion Japon-U.S.A., mais un antagonisme alimenté par les démagogues irresponsables des deux bords.

Bernard Cazes

Source : International Herald Tribune.

Perspectives de l'économie française

De nouvelles projections sur l'économie française à l'horizon 2000 ont été réalisées pour le service des études du Sénat, par l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE), à l'aide du modèle MOSAÏQUE. Après avoir présenté les hypothèses et les résultats des deux projections principales, leurs enseignements majeurs seront discutés.

Hypothèses

— *Environnement économique extra-européen* : Dans les deux scénarios, la croissance de l'économie américaine atteindrait un maximum de 4 % en 1994, tandis que le Japon aurait une croissance plus faible que celle connue durant les années 80. Le prix du baril de pétrole augmenterait régulièrement pour atteindre 26 \$ en l'an 2000. Le taux de change dollar/franc serait de 5,50 pendant la durée de la projection.

— *Economie européenne* : Dans le premier scénario, après avoir atteint un maximum en 1995, c'est-à-dire 3 %, la croissance européenne se ralentirait à la fois en raison du ralentissement de l'investissement des entreprises, du ralentissement de la croissance américaine et d'un dynamisme insuffisant des autres composantes de la demande dû au respect des critères de Maastricht. Dans le second scénario, la croissance en Europe serait plus forte puisqu'elle atteindrait 4 % en 1995 et 3 % en fin de période. Dans les deux scénarios, les

taux d'intérêt à long terme seraient stables après une baisse en début de projection.

— *Economie française* : En premier lieu, puisque le rééquilibrage des finances publiques est devenu un objectif primordial, le rythme de progression des dépenses publiques en biens et services et des prestations sociales serait réduit significativement tandis que le prélèvement sur les ménages serait en augmentation (augmentation de la CSG).

L'amplitude des mesures prises diffère selon les scénarios en raison des taux de croissance du PIB qui sont différents. En deuxième lieu, la croissance de la productivité du travail continuerait à se ralentir tendanciellement : ainsi, pour l'ensemble du secteur marchand, de 1994 à 2000, la croissance moyenne de la productivité serait de 2 % l'an, soit 1/2 point de moins que lors de la dernière période d'augmentation de l'emploi (1983-1990). En troisième lieu, une baisse du taux d'épargne serait observée en début de période en raison d'une réduction de l'épargne dite de précaution.

Les principaux résultats

— *Le contenu de la croissance* : Les perspectives de croissance à moyen terme seraient comprises entre 2,4% et 3,1%, c'est-à-dire qu'elles seraient inférieures à celles du dernier cycle d'expansion de l'économie française (3,5 % par an entre 1986 et 1990). Bien qu'il se ralentisse en fin de projection, l'investissement des entreprises constituerait la composante la plus dynamique de la demande. La contribution des échanges extérieurs à la croissance, légèrement négative en début de période, redeviendrait positive en fin de période, en particulier dans le scénario 2 en raison de la

Principaux résultats scénarios OFCE				
	1986-1990	1991-1993	1994-2000	
			Scénario 1	Scénario 2
Taux de croissance annuel moyen				
PIB marchand	3,5	0,0	2,4	3,1
Importations	7,5	0,0	6,2	7,4
Exportations	5,0	2,7	6,1	7,5
Consommation des ménages	3,2	1,1	1,8	2,1
Investissement des entreprises	7,0	-4,6	4,0	6,0
Investissement des ménages	3,8	-2,8	3,9	5,1
Dépenses publiques en biens et services	4,1	3,2	1,3	1,3
Prix à la consommation	3,0	2,5	1,9	2,0
Taux de salaire réel	1,4	1,3	1,0	1,2
Productivité du travail	2,2	2,1	1,9	2,1
Emploi total (en milliers/an)	192	-173	132	208
Demandeurs d'emplois (en milliers-fin de période)	2 500	3 160	3 460	3 140
Déficit public (point du PIB-fin de période)	1,6	-5,1	-3,0	-2,4

forte progression de la demande adressée à la France. A l'inverse, la consommation des ménages serait peu dynamique à cause de la faible augmentation de leur revenu disponible brut (1,3% par an en moyenne) et cela malgré une baisse de leur taux d'épargne. De manière comparable, la dépense publique serait peu dynamique.

— En raison notamment de la modération salariale, la situation financière des entreprises serait bonne et l'inflation continuerait de se ralentir.

— *L'emploi et le chômage* : Le nombre annuel moyen d'emplois créés en net serait de 132 000 dans le premier scénario contre 208 000 par an dans le deuxième. Par rapport aux périodes antérieures, la tertiarisation de l'emploi se ralentirait en raison notamment du faible dynamisme de la consommation des ménages et des prestations de santé.

Considérant l'augmentation de la population active et les dispositifs de traitement

social du chômage, le nombre de demandeurs d'emploi en l'an 2000 serait d'environ 3,5 millions dans le premier scénario contre 3,1 millions dans le deuxième.

Commentaires

A moyen terme, la faiblesse de la demande semble être la principale contrainte qui pèse sur la croissance. L'atonie de la consommation des ménages et les contraintes pesant sur la dépense publique ne sauraient être compensées par l'investissement des entreprises ou la demande extérieure. En outre, la croissance de l'emploi ne serait pas suffisante pour entraîner une forte réduction du sous-emploi. Enfin, les dernières prévisions à court terme de l'INSEE (+ 2,5 % de croissance du PIB marchand en 1994) ne sont pas très différentes des chiffres de l'OFCE (+ 2,3 % de croissance du PIB marchand en 1994 dans les scénarios 1 et 2). Ceci montre

Comparaison scénarios OFCE-prévisions INSEE							
	OFCE				INSEE		Acquis * 1995
	Scénario 1		Scénario 2				
	1994	1995	1994	1995	1994	1995 1 ^{er} sem.	
PIB marchand	2,3	3,5	2,3	3,8	2,5	1,9	2,9
Importations	7,1	9,2	7,1	9,9	5,8	2,9	5,0
Exportations	6,3	7,4	6,3	8,4	4,4	2,8	4,6
Consommation des ménages .	1,6	2,7	1,6	2,7	1,7	1,9	2,4
Pouvoir d'achat du revenu disponible brut . . .	1,0	1,0	1,0	1,1	0,4	1,5	n.d.
Taux d'épargne (niveau annuel moyen)	13,5	12,2	13,5	12,2	12,9	13,0	n.d.
Taux de chômage (niveau annuel moyen)	12,9	12,9	12,9	12,8	12,6	12,1	n.d.

* Pour l'année 1995, l'INSEE, conformément à la tradition, ne publie que des prévisions semestrielles. Néanmoins, l'INSEE publie des chiffres concernant l'acquis en 1995, c'est-à-dire la croissance qui résulterait d'une stabilisation au second semestre 1995 de la variable considérée à son niveau du deuxième trimestre 1995.

que la reprise qui risque de se poursuivre en 1995, pourrait se ralentir en 1996 et que l'embellie économique actuelle doit être analysée avec prudence.

— Enfin, ces projections montrent que l'économie française se trouvera à moyen terme dans une situation paradoxale. D'un côté, l'économie française paraît plus saine comme le prouve l'évolution des indicateurs macro-économiques traditionnels que sont par exemple la balance des échanges extérieurs ou le niveau de l'inflation. D'un autre côté, l'économie française semble menacée d'atrophie comme le montrent la faiblesse de la consommation des ménages et l'ampleur du sous-emploi. A l'horizon 2000, les sacrifices faits dans le cadre d'une politique économique vertueuse ne paraissent pas être récompensés. Cela est d'autant plus inquiétant que les mécanismes de redistribution mis en place dans le cadre de l'Etat protecteur

ne permettent plus d'éviter à une fraction croissante de la population d'être menacée d'exclusion.

Charles du Granrut

Sources : 1) Barbier, Bernard. — « Pour parler du moyen terme ». — Paris : Sénat, n° 127, 1994. 2) INSEE. — *Note de conjoncture*. — Paris : INSEE, décembre 1994.

La réduction du temps de travail

L'Union parisienne des syndicats de la métallurgie (UPSM) a, au cours du premier semestre 1994, lancé une vaste enquête pour connaître la position des salariés sur le thème de la réduction du temps de travail. Sur les près de 9 000 personnes consultées, 7 000 questionnaires ont été effectivement retenus pour la validité des réponses, couvrant ainsi près de 10 % de la population concernée, à savoir les salariés de la métallurgie de la région parisienne. Cette proportion

indique assez l'implication forte des enquêteurs, comme des enquêtés.

Ce travail a été piloté par l'Institut d'études et de formation (IFEAS) lié à l'UPSM, le questionnaire de l'enquête a été élaboré avec le concours de Jean-Yves Boulin, sociologue au CNRS, et la participation du CATRAL.

La réduction du temps de travail est un des éléments central de la réorganisation du temps articulé entre travail, loisirs, repos, formation, etc.

Les résultats, qui rejoignent ceux d'enquêtes précédentes (voir *Futuribles* août, septembre, octobre ou novembre 1994), montrent l'évolution des mentalités, bien que des pratiques, comme celle des heures supplémentaires, subsistent.

Jusqu'à présent la réduction du temps de travail apparaissait, avec le temps partiel, comme un temps imposé. Pour l'UPSM et l'IFEAS, les opinions exprimées par les salariés laissent entendre qu'il existe désormais un espace de négociation, un terrain propice à des évolutions concrètes, positives pour tous.

Les réponses des salariés interrogés, parmi lesquels la sympathie vis-à-vis de la CFDT est sur-représentée, montrent une convergence entre les intérêts particuliers — la réappropriation d'un temps pour se former ou pour une vie personnelle plus riche — et les intérêts plus collectifs, un volume de temps dégagé pour de nouvelles embauches.

Les principaux résultats s'articulent autour de plusieurs points. Aujourd'hui le temps consacré au travail se caractérise essentiellement par un manque de temps libre pour 75 % des femmes et 79 % des ingénieurs et cadres contre 64 % des ouvriers. Toutes les catégories utiliseraient ce nouveau temps libre, 84 % en moyenne, pour la famille et les amis et 10 % pour des activités rémunérées.

En ce qui concerne les différentes formes de réduction du temps de travail proposées : semaine de travail sur 4 jours, jours de congés supplémentaires, journées de travail plus courtes, retraite anticipée progressive, ou autres (congés sabbatiques, parental, etc.) les trois-quarts des salariés interrogés plébiscitent la semaine de travail sur 4 jours, indépendamment du temps de trajet domicile/travail. Les deux-tiers espèrent que le temps dégagé favorisera des embauches.

Un des points forts de l'enquête vient des réponses concernant la réduction du temps de travail et la formation professionnelle.

Au-delà des réponses générales qui indiquent une majorité bien disposée à l'égard de la formation, plus parlantes encore sont les réponses obtenues par croisement avec l'âge, la catégorie socio-

**Réponses à la question
« personnellement, seriez-vous prêt
à consacrer une partie du temps libéré à
une formation professionnelle ? » (en %)**

	oui	non	sans réponse
Population totale	55	42	3
Hommes	57	41	2
Femmes	51	44	5
Ouvriers	49	46	5
Employés	54	42	4
Techniciens	55	43	2
Agents de maîtrise	60	36	4
Ingénieurs et cadres	59	38	3
Moins de 25 ans	74	24	2
De 26 à 35 ans	61	36	3
De 36 à 45 ans	55	42	3
De 46 à 55 ans	47	48	5
Plus de 55 ans	45	48	7
Non diplômés	48	49	3
CAP/BEP	51	45	4
BAC/BAC + 2	59	39	2
BAC + 4/BAC + 5/ingénieurs ..	60	37	3

professionnelle et le niveau de formation initial à la question : personnellement, seriez-vous prêt à consacrer une partie du temps libéré à une formation professionnelle ?

Les heures supplémentaires restent un des espaces flous où les salariés expriment des opinions largement différentes de l'observation faite sur le terrain, notamment dans la catégorie des ouvriers, dont 42 % déclarent qu'elles devraient être interdites.

Plus des trois-quarts des personnes interrogées se sont déclarées prêtes à accepter un aménagement de leurs horaires de travail, alors que la négociation sur la forme que cet aménagement prendrait reste circonscrite surtout aux horaires décalés. L'annualisation, qui permet une modulation sur l'ensemble de l'année du temps de travail, intéresse peu les femmes. Ce sont les catégories d'ingénieurs et de cadres qui sont les seules à se déclarer favorables majoritairement à cette négociation. Le travail le samedi, le dimanche ou la nuit n'obtiennent qu'environ 10 % de réponses positives.

L'intérêt marqué pour la réduction du temps de travail manifeste une forme de pragmatisme à l'égard de la diminution du temps de travail nécessaire à la production des biens, qui s'inscrit dans une évolution plus générale du travail et de l'emploi dans notre société. Il montre aussi la capacité d'adaptation des personnels de l'industrie à une nouvelle donne orientée vers le futur.

Anne de Beer

L'Europe des quinze

Avec l'arrivée des trois nouveaux Etats membres — Autriche, Suède, Finlande — l'Union européenne abrite désormais 370,452 millions d'habitants, soit 40 % de plus que la population des Etats-Unis et trois fois plus que celle du Japon.

L'Europe des quinze est aussi le deuxième espace commercial derrière l'ALENA (Etats-Unis, Mexique et Canada, soit 380 millions d'habitants), mais devant l'APEC (Forum de coopération Asie-Pacifique, 320 millions) et le Mercosur (entré en vigueur le 1^{er} janvier 1995, le Marché commun du Sud comprend l'Argentine, le Brésil, le Paraguay et l'Uruguay soit 200 millions d'habitants).

Le revenu moyen par habitant de l'Union européenne augmente d'1 % environ, selon l'institut de statistiques Eurostat. L'Autriche et la Suède se situent en effet nettement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (indice 100, contre 122 pour l'Autriche et 114 pour la Suède), rejoignant ainsi le peloton de tête des pays les plus riches de l'Union : le Luxembourg (168), le Danemark (140), l'Allemagne (126) et la France (117). La Finlande, pour sa part, se situe en dessous de la moyenne communautaire, juste derrière l'Italie (91) et devant le Royaume-Uni (87).

Toujours selon Eurostat, le PIB total s'élève désormais à 5 837 milliards d'écus, devançant celui des Etats-Unis d'environ 10 % et celui du Japon de 64 %.

Source : Le Monde, 3 janvier 1995.

Analyses critiques

PNUD. — *Rapport mondial sur le développement humain 1994*. — Paris : Economica, 1994, 239 p.

C'est en 1990 que le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a publié son premier rapport sur le développement humain. Le PNUD souhaitait lancer une réflexion sur « *un nouveau paradigme du développement* » en élargissant le concept de développement au-delà de la sphère économique : « *ce n'est pas seulement le niveau du revenu qui importe, mais aussi l'usage qui en est fait* » (p. 17) et l'objet du développement est « *de créer un environnement dans lequel chaque individu puisse accroître ses capacités* » (p. 13). Il s'agissait en conséquence pour le PNUD de proposer un indicateur du développement qui ne mesure pas seulement des résultats économiques (comme le produit intérieur brut par habitant), d'où l'introduction de l'*indicateur du développement humain (IDH)* ¹. « *L'IDH est un indicateur composite de trois éléments fondamentaux du développement humain : longévité, savoir et niveau de vie. La longévité est mesurée par l'espérance de vie. Le savoir est mesuré par un indice dans lequel interviennent (pour les deux-tiers) le taux d'alphabétisation des adultes et (pour un tiers) le nombre moyen d'années d'études. Le niveau de vie est mesuré par le pouvoir d'achat, déterminé par le PIB réel par habitant pondéré par le coût de la vie (parité de pouvoir d'achat, PPA)* » (p. 97).

Bien évidemment, le rapport ne se contente pas de fournir les valeurs de l'IDH pour les différents pays du monde. Comme les quatre rapports précédents, il comprend deux parties de tailles voisines. La première est un texte sur le développement humain, mettant l'accent sur un sujet particulier, différé-

1. Des modifications ont été apportées aux composantes et au calcul de l'IDH proposé initialement en 1990. L'évolution dans le temps de l'IDH évoquée ci-après a bien entendu été menée en recalculant les indices selon la définition de 1994.

rent chaque année : cette année, le rapport « explore les nouvelles frontières de la sécurité humaine dans la vie quotidienne » (p. iii), sécurité consistant à « se libérer de la peur et se prémunir contre le besoin » (p. 25). Comme d'habitude, le texte est agrémenté de diagrammes et de tableaux simples et clairs, qui facilitent grandement la lecture, et d'encadrés qui détaillent quelques points particuliers. La bibliographie figurant à la fin du texte comprend près de 200 références, dont il faut regretter qu'elles soient presque exclusivement de langue anglaise, à quatre exceptions près (une en français, une en allemand, deux en espagnol). La seconde partie est composée de tableaux (52 au total) fournissant de très nombreux indicateurs économiques, démographiques, sociaux, culturels et environnementaux pour 173 pays, et constitue de ce fait une mine de renseignements fort utile à tous ceux qui travaillent sur les questions de développement.

Notre analyse portera sur deux aspects de ce rapport : tout d'abord, où en est-on en matière de développement humain ? Ensuite, quels sont les apports de la réflexion qui nous est proposée ?

Les résultats de l'IDH 1992 (qui sont ceux fournis dans ce rapport 1994) nous confirment en premier lieu le peu de signification de la dichotomie pays industrialisés/pays en développement selon la classification usuelle des Nations Unies. Le tableau suivant le montre bien, où les pays de chacun des deux groupes ont été répartis entre les trois niveaux de développement humain retenus dans le rapport : faible ($IDH < 0,5$), moyen ($0,5 < IDH < 0,8$) et élevé ($IDH > 0,8$).

IDH 1992	Faible	Moyen	Elevé	Total
Pays industrialisés	—	10	36	46
Pays en développement	55	65	17	127
Total	55	75	53	173

Certes, aucun pays industrialisé n'a un IDH faible, mais 17 pays en développement ont un IDH élevé, comme par exemple la Corée du sud, l'Argentine, le Venezuela, la Colombie et le Mexique (pays de ce groupe ayant plus de 20 millions d'habitants). A l'opposé, certains pays moins avancés (PMA) ont un IDH moyen (Botswana, Samoa, Maldives) et 14 des 55 pays ayant un faible IDH ne sont pas des PMA (dont un, l'Angola, parmi les 25 pays ayant un IDH inférieur à 0,3).

Ceci étant, le classement confirme aussi la très mauvaise situation de l'Afrique au sud du Sahara : sur les 55 pays ayant un IDH faible, 41 appartiennent à cette région ; il apparaît même que c'est le cas de 22 pays sur les 25 ayant un IDH inférieur à 0,3.

Le classement des pays selon l'IDH diffère souvent du classement selon le PNB par habitant : « Certains pays, tels que l'Angola, l'Arabie Saoudite, les Emirats arabes unis, le Gabon, la Guinée ou la Namibie sont beaucoup mieux classés pour le revenu que pour l'IDH, ce qui montre qu'ils n'ont pas

encore utilisé tout le potentiel offert par leur revenu pour améliorer le bien-être de leur population. En revanche, d'autres pays, tels que la Chine, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, le Guyana, Madagascar et Sri Lanka, obtiennent un meilleur classement pour l'IDH que pour le revenu, ce qui indique qu'ils ont utilisé de façon plus judicieuse leur revenu pour améliorer le niveau de vie de leurs habitants » (p. 101). Ce constat montre l'intérêt de l'introduction de ce nouvel indice dans le débat sur le développement.

Mais c'est bien sûr l'évolution de l'IDH qui constitue l'aspect le plus intéressant de l'étude. Le rapport présente cette évolution depuis 1960 pour 114 pays, ce qui permet de constater que « tous les pays ont accompli de substantiels progrès dans le domaine du développement humain » (p. 101) et que « la valeur de l'IDH n'a diminué dans aucun pays, contrairement au PIB, qui a parfois chuté dans plusieurs pays » (p. 102). La comparaison 1960/1992 peut être résumée en procédant au regroupement des pays selon les trois niveaux utilisés précédemment.

IDH	Faible	Moyen	Élevé	Total
1960	76	22	16	114
1992	42	32	40	114

Le nombre de pays d'IDH faible diminue, passant de 76 à 42 : si 42 des 76 pays de départ conservent un IDH faible, 30 voient leur IDH devenir moyen et même 4 voient le leur devenir élevé (Corée du Sud, Portugal, Panama et Colombie). Le nombre de pays d'IDH moyen passe de 22 à 32 : les 30 qui avaient un IDH faible en 1960 et 2 dont l'IDH était déjà moyen en 1960, les 20 autres passant dans la catégorie des IDH élevés. Le nombre de pays d'IDH élevé augmente donc sensiblement passant de 16 à 40 : aux 16 pays initiaux viennent en effet s'adjoindre les 4 pays qui avaient un IDH faible en 1960 et les 20 dont l'IDH était moyen à cette date.

Pour en terminer avec ce qui nous a semblé devoir être signalé ici sur l'IDH, il faut noter la poursuite des efforts du PNUD pour affiner les comparaisons en tenant compte de certaines variables. Deux démarches sont proposées dans le rapport 1994. La première consiste à calculer des IDH « ajustés » selon les disparités entre les sexes d'une part, en fonction de la répartition du revenu d'autre part. Dans les deux cas, l'IDH diminue pour tous les pays, mettant en évidence la discrimination à l'égard des femmes pour le premier, l'inégale répartition du revenu pour le second ; mais les pays voient leur indice plus ou moins corrigé et leur classement est donc affecté : c'est ainsi que le Japon perd 15 places et que la Finlande en gagne 13 (premier cas), que l'Australie et le Botswana en perdent 8 et que la Belgique en gagne 9 (second cas).

La deuxième démarche est constituée de neuf études de cas permettant d'effectuer des comparaisons à l'intérieur d'un même pays : entre noirs et blancs en Afrique du Sud, entre les communautés malaise et chinoise en

Malaisie, entre les populations autochtones (Indiens, Inuits et métis) et le reste de la population au Canada, entre régions au Brésil, au Nigeria, en Egypte et en Pologne, enfin entre les deux anciens Etats pour l'Allemagne réunifiée.

Cet approfondissement de l'IDH est intéressant, à condition toutefois de ne pas perdre de vue que l'objectif est de définir un indice synthétique ayant une certaine signification pour représenter une réalité complexe ; tout effort pour en faire un indice moins réducteur de cette réalité ne peut que lui faire perdre sa principale qualité : sa simplicité.

Venons-en maintenant aux apports qu'il nous paraît important de souligner dans cette nouvelle édition du Rapport sur le développement humain.

Tout d'abord, il se situe dans la perspective du prochain Sommet mondial pour le développement social (Copenhague, mars 1995), pour lequel il formule six propositions (p. 6-12) :

— l'adoption d'une charte sociale mondiale « *jetant les bases d'une nouvelle égalité des chances entre les pays et entre les gens* » (p. 6) ;

— l'adoption d'un pacte de type « 20-20 » pour le développement humain : il s'agit pour les pays en développement de s'engager à affecter au moins 20 % de leurs budgets aux priorités du développement humain (au lieu de 13 % actuellement) et pour les pays donateurs de s'engager à porter à 20 % la part de leur aide consacrée aux priorités du développement humain (au lieu de 7 % actuellement) ; ces priorités peuvent concerner par exemple la généralisation de l'éducation élémentaire, l'accès de tous à des soins médicaux élémentaires, l'élimination des formes graves de malnutrition, etc. ;

— la fructification des dividendes de la paix, c'est-à-dire la poursuite de la baisse des dépenses militaires mondiales et l'affectation des crédits correspondants aux dépenses sociales ;

— la création d'un fonds mondial de la sécurité humaine « *destiné à lutter contre les menaces qui pèsent sur la sécurité humaine à l'échelle mondiale* » : trafic des stupéfiants, terrorisme international, prolifération des armes nucléaires, maladies transmissibles, pollution de l'environnement, épuisement des ressources naturelles, catastrophes naturelles, conflits ethniques et exodes de réfugiés ;

— un renforcement du rôle et des capacités des Nations Unies dans le domaine du développement humain ;

— la création d'un Conseil de sécurité économique des Nations Unies qui, à côté du Conseil de sécurité (questions politiques, maintien de la paix), exercerait son action sur le développement humain.

Enfin le dernier point de ce rapport que je voudrais évoquer concerne les développements ayant trait aux dépenses militaires. De nombreux faits importants sont rappelés, comme par exemple : en 1992, « *les dépenses militaires mondiales sont égales au revenu de près de la moitié de la population du*

globe » (p. 51); dans les pays en développement, on compte en moyenne 20 soldats pour un médecin; « 86 % des livraisons d'armement sont actuellement effectuées par les cinq membres permanents du Conseil de sécurité » (p. 9); entre 1960 et 1987, les dépenses militaires ont augmenté en moyenne de 7,5 % par an dans les pays en développement, de 2,8 % dans les pays industrialisés. Mais les dépenses militaires mondiales ont diminué en moyenne de 3,6 % par an entre 1987 et 1994 : « les dividendes de la paix ainsi dégagés se montent au total à 935 milliards de dollars : 810 dans les pays industrialisés et 125 dans les pays en développement » (p. 8).

Les auteurs du rapport souhaitent que cette tendance permette enfin d'en finir avec « l'omniprésence de la culture militaire » (p. 51) et qu'elle se poursuive à l'avenir : « une réduction annuelle de 3 % des dépenses militaires mondiales permettrait en effet de dégager quelque 460 milliards de dollars entre 1995 et 2000 » (p. 9). D'où la proposition rappelée ci-dessus de gérer au mieux ces « dividendes de la paix » en vue du développement humain. Oscar Arias, Prix Nobel de la Paix en 1987, propose ainsi la création d'un Fonds mondial de démilitarisation.

D'où la suggestion du rapport de parler de « sécurité humaine » en se référant aux personnes plutôt qu'aux Etats-nations, en considérant les incertitudes du quotidien plutôt que la crainte d'un cataclysme mondial et en assurant cette sécurité par le développement humain plutôt que par les armes. Le prochain Sommet mondial pour le développement social devrait, selon le rapport, « faire de la sécurité humaine le défi du XXI^e siècle » (p. 42), cela dans les différents domaines couverts par le concept : économique, alimentaire, sanitaire, environnemental, personnel, communautaire et politique.

D'autres rappels de faits relatifs au développement rafraîchissent la mémoire du lecteur. Certains constituent des progrès réels, comme par exemple : « les pays en développement ont avancé trois fois plus vite que les pays industrialisés un siècle avant eux » (p. 1) ou le fait qu'entre 1960 et 1992, la proportion des hommes vivant dans le dénuement le plus absolu est passée de 70 % à 32 %, le PIB mondial a été multiplié par sept et le revenu par habitant a plus que triplé.

D'autres constituent des reculs sérieux ou indiquent le long chemin qui reste à parcourir et les contraintes à prendre en compte :

— « l'écart de revenu entre le cinquième le plus riche et le cinquième le plus pauvre de la population du globe a doublé au cours des trente dernières années » (p. 22) et « les revenus cumulés du milliard d'individus les plus riches sont soixante fois supérieurs à ceux du milliard d'individus les plus pauvres » (p. 2);

— « la reproduction au Sud du modèle (de production et de consommation) du Nord exigerait de multiplier par dix l'exploitation actuelle des combustibles fossiles et par deux celle des richesses minières » (p. 18);

— en 1992, les pays en développement « ont dû assumer un service de la dette de 160 milliards de dollars, soit plus de deux fois et demie le montant de l'APD » (p. 67) ;

— le rapport souligne à la fois le volume modeste de cette APD (*« les pays industrialisés consacrent en moyenne 15 % de leur PNB cumulé à leurs systèmes nationaux de protection sociale, contre 0,3 % à l'aide extérieure »*, p. 74) et sa mauvaise répartition (*« les Etats-Unis versent 250 dollars par habitant aux pays en développement à revenu élevé contre 1 dollar par habitant aux pays à bas revenu »*, p. 78).

Finalement, le rapport exprime le souhait que les relations Nord-Sud soient fondées *« non sur la charité mais sur l'intérêt commun, non sur la confrontation mais sur la coopération, non sur le protectionnisme mais sur le partage équitable des possibilités offertes par le marché, non sur un nationalisme borné mais sur un internationalisme éclairé »* (p. 65). De telles conclusions ne peuvent que laisser le lecteur sur sa faim. En effet, ce rapport présente deux grandes faiblesses :

— une absence d'analyse, surtout d'analyse politique : on est en présence d'une énumération de faits, litanie donnant parfois le vertige, et surtout incantation ne débouchant jamais sur une analyse explicative, laquelle doit être de nature politique car le désordre international ne peut être analysé qu'en termes de rapports de forces ;

— des propositions peu convaincantes car la simple dénonciation des scandales de notre monde actuel ne peut logiquement que déboucher sur des conclusions naïves. Celles-ci sont d'ailleurs formulées simplement en termes d'objectifs, sans jamais que le mode d'emploi pour les atteindre ne soit fourni.

Le rapport n'aborde guère en effet certains aspects fondamentaux du système international : la corruption, la division internationale du travail, le fonctionnement des marchés, le rôle des multinationales, etc. S'il se place dans le contexte de l'après-guerre froide, il se garde bien d'analyser la situation issue de la guerre du Golfe, qui est loin de correspondre aux espoirs souvent avancés d'un nouvel ordre international annoncé trop rapidement : la Yougoslavie, la Somalie, le Rwanda, Haïti, n'a-t-on pas là des cas d'école pour parler du développement humain ? De façon plus concrète, pour se référer à l'actualité internationale d'octobre 1994, peut-on évoquer la création d'un Conseil de sécurité économique sans penser aux difficultés que pose aujourd'hui l'éventuelle réforme de l'actuel Conseil de sécurité ? Quelle faisabilité accorder à la proposition d'une nouvelle émission de droits de tirage spéciaux (DTS) par le FMI alors que les sept pays les plus industrialisés viennent justement de s'y opposer à Madrid ? Est-il sérieux d'envisager un renforcement de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) alors que celle-ci, prévue à la suite du cycle de l'Uruguay, a bien du mal à voir le jour, du fait notamment des hésitations des Etats-Unis ?

Il ne faut sans doute pas sombrer dans le pessimisme devant le spectacle trop souvent affligeant du fonctionnement de nos sociétés, ni penser que tout changement en vue de son amélioration est impossible. Il faut parfois rêver et ne jamais regretter que soient mises en avant des valeurs comme la générosité, la justice, l'éthique, la solidarité : « *les idéalistes d'aujourd'hui sont souvent les réalistes de demain* » (Jan Tinbergen, p. 94). S'il est surprenant, et finalement sympathique, de voir cet idéalisme si présent dans un rapport officiel du PNUD, il faut surtout souhaiter avec son administrateur, James G. Speth, que « le PNUD s'apprête à passer de la formulation des principes présentés dans les Rapports mondiaux sur le développement humain à leur concrétisation » (p. iv). A la réflexion et à la bonne volonté, conditions nécessaires mais pas suffisantes pour cela, il faut ajouter des analyses lucides et de longs combats.

Francis Gendreau

BROWN, Lester et alii. — *State of the World 1994. A Worldwatch Institute Report on progress towards a sustainable society.* — W.W. Norton and Company, 1994, 265 p. Traduction française : *L'état du monde 1994.* — Paris : Ed. La Découverte, 1994 (préface de J.P. Deléage).

Chaque année depuis 1984, tous ceux que préoccupe le sort de notre planète, lisent avec un intérêt égal l'ouvrage dirigé par L. Brown publié en 100 000 exemplaires en langue anglaise et traduit en 27 langues.

Alors que la conférence du Caire sur la population mondiale, organisée sous l'égide des Nations Unies en septembre 1994, a montré les nombreux désaccords qui subsistent à propos de la croissance démographique, les idées du Worldwatch Institute sont sans ambiguïté malthusiennes. La population mondiale vit à 78 % dans les PVD, tandis qu'un milliard d'habitants survit avec moins d'un dollar par jour. Selon Brown, la croissance démographique, la consommation des ressources de plus en plus élevée et la pauvreté conduisent l'économie mondiale à une banqueroute écologique. A l'appui de cette thèse, des chiffres et des arguments qui font réfléchir. Par exemple, au taux actuel de croissance de la population, la disponibilité de la terre pour chaque personne diminuerait de 22 % entre 1990 et 2010, tandis que les captures de poissons qui représentent l'essentiel des apports protéiques baisseraient de 10 %. A cet égard, les statistiques des Nations Unies précisent que les dix sept grandes zones de pêche mondiales ont atteint ou dépassé leurs capacités naturelles de reproduction et que neuf d'entre elles sont en déclin. Le résultat est une diminution de 9 % entre 1989 et 1993 des prises de poisson par tête

d'habitants. Les prix, dès lors ne peuvent que grimper avec les conséquences que l'on sait sur les pauvres. Autre exemple, les terres irriguées représentent 16 % des terres cultivées (237 millions d'hectares de terres irriguées) et fournissent plus du tiers des récoltes mondiales ; mais à partir de 1978 la surface des terres irriguées par habitant a atteint un niveau maximal et s'est réduite de près de 6 % depuis cette date. Du côté des forêts, guère plus d'optimisme avec une diminution de 7 % en surface d'ici 20 ans, ce qui équivaut à une perte par tête d'habitant de 30 %. Les riches surconsomment et les pauvres, pour survivre, détruisent les ressources : entre 1957 et 1990 la surface des terres arables en Chine a diminué de 35 millions d'hectares, disparus au profit de la ville, de l'industrie et des infrastructures. C'est l'équivalent de la surface céréalière de la France, de l'Allemagne, du Danemark et des Pays-Bas ; cela correspond aussi à la consommation de 450 millions de Chinois.

En fait, souligne le rapport, le commerce international donne l'illusion de fournitures infinies. Par exemple, l'importation de bois au Japon a été multipliée par 8 entre 1961 et 1991 et par 4 en Corée depuis 1971.

Tel est le constat sévère dressé par l'équipe du Worldwatch dans la première partie : « carrying capacity : Earth's bottom line ». Suivent huit autres chapitres tous également convaincants et documentés parmi lesquels j'ai retenu ceux relatifs à la sauvegarde des océans, à la production d'énergie et au transport.

Le rapport rappelle que les nutriments et les sédiments continuent de dégrader les estuaires et les eaux côtières, dégradation qui se traduit souvent par de spectaculaires blooms algaux. Cette pollution d'origine tellurique impose partout que l'on contrôle mieux le développement côtier tout en n'oubliant pas que le tiers de la pollution des eaux marines vient des rejets dans l'atmosphère. Les Pays-Bas sont particulièrement concernés par ces phénomènes, eux qui dépensent 400 millions de dollars par an pour pomper l'eau des polders et entretenir leurs digues, alors que les marchés agricoles internes et externes sont saturés. Forts de ce constat, les Néerlandais ont décidé que 150 000 hectares (15 % des zones transformées) retourneraient à leur ancien usage pour réhabiliter l'écosystème marin au cours des 25 prochaines années. Ils témoignent ainsi de l'importance des zones humides pour préserver la qualité du littoral (effet tampon).

Le chapitre « reshaping the power industry » n'y va pas par quatre chemins : l'heure n'est plus au nucléaire et les combustibles fossiles doivent progressivement laisser la place à l'efficacité énergétique et au développement des énergies renouvelables. Au cœur de cette révolution, le « demand-side management » (DSM), en français « maîtrise de la demande d'électricité » (MDE) qui doit permettre d'offrir au consommateur un service moins coûteux ou moins dévoreur d'énergie avec des équipements telles les ampoules électriques à très basse consommation.

Enfin, de mon point de vue, le chapitre « *reinventing transport* » est un des plus percutants de ce rapport. Il met l'accent sur des phénomènes très peu maîtrisés à l'heure actuelle : la mobilité, l'engorgement et la pollution de l'air dans les villes. Selon un géographe anglais cité dans l'ouvrage : « si on gagne du temps on l'utilise pour parcourir plus de distance ». La mobilité gagne du terrain partout et depuis 20 ans le pourcentage de ménages américains possédant au moins trois voitures a augmenté de 20 %. Toujours aux Etats-Unis, les banlieusards passaient à la fin des années 80 autant de temps à se déplacer dans leurs véhicules que les Soviétiques en marchant ou en empruntant le bus.

Si d'après ce rapport, l'avenir est à la voiture électrique habillée de plastiques composites ultra légers, il ne faut pas naturellement oublier l'importance des politiques urbaines. Ainsi le doublement de la densité de population en ville correspond à une réduction de 20 à 30 % du kilométrage annuel des véhicules. De même, il paraît efficace, pour réduire les déplacements en ville, de lier les lieux d'habitations avec les commerces et les lieux de travail. Tout ceci n'est pas très nouveau, mais il est bon qu'un ouvrage de référence tel que celui-ci enfonce ce genre de clou, comme il n'est pas stupide de rappeler que les coûts externes du transport routier excèdent d'un facteur 2 les coûts externes du transport aérien et d'un facteur 7 ceux du transport ferroviaire (selon une estimation réalisée pour l'Allemagne). Enfin, augmenter le prix de l'utilisation de la voiture sans offrir d'alternatives crédibles est une impasse : puissent nos élus s'en souvenir...

Le travail de Lester Brown et de son équipe ne se limite pas aux secteurs commentés ici : l'utilisation des ordinateurs pour l'environnement, la reconstruction de la Banque mondiale et les problèmes d'« insécurité » alimentaire, l'évaluation des risques santé environnement et le nettoyage nécessaire après la course aux armements des décennies écoulées, figurent parmi les thèmes abordés.

Mais s'il ne fallait retenir qu'une seule idée force de cette édition 1994, c'est bien celle du déséquilibre croissant entre nourriture et population. Le *Worldwatch* devient péremptoire en affirmant que le conflit écologique entre la demande toujours plus grande de nourriture et la capacité physique de la terre à satisfaire ces besoins dominera les débats durant les quarante prochaines années et surpassera même le conflit idéologique qui a prévalu ces quarante dernières années.

Saluons une nouvelle fois la clarté des statistiques et des commentaires pour traiter de sujets qui apparaîtront faciles d'accès au lecteur de cette onzième édition.

Thierry Lavoux

CETTE, Gilbert ; TADDEI, Dominique. — *Temps de travail, modes d'emploi : vers la semaine de quatre jours ?* — Paris : La Découverte, 1994, 250 p. (Coll. Textes à l'appui/série économique).

Les lecteurs de *Futuribles*, déjà familiarisés avec les thèses de Gilbert Cette et de Dominique Taddéi, découvriront cette fois-ci la problématique de la réduction-réorganisation du temps de travail (2RT) chère à ces deux auteurs, dotée d'une cohérence interne et d'une valeur heuristique de premier plan. Divisé en cinq parties, cet ouvrage dont l'objectif central est de mettre en évidence les liens entre réduction du temps de travail et emploi procède en effet à un essai de validation empirique de la démarche théorique des auteurs en la confrontant aux réalisations passées — sur le long terme ou récentes, françaises et étrangères — afin de, au final, dessiner les contours d'une stratégie « réaliste » à mettre d'urgence entre les mains des candidats, déclarés ou non, à la future élection présidentielle.

La première partie procède à une analyse historique de la diminution du temps de travail. Trois enseignements majeurs sont retenus ici. Tout d'abord, elle a toujours été financée par les gains de productivité qui ont permis le maintien des salaires. Ensuite, son point d'application est caractérisé par un glissement vers des séquences temporelles de plus en plus longues : d'abord la journée, ensuite la semaine puis l'année et enfin la durée de vie. Enfin, au fur et à mesure de son approfondissement, la réduction du temps de travail a été accompagnée d'une diversification des horaires de travail.

Les deuxième et troisième parties constituent le cœur de l'ouvrage puisqu'elles développent la problématique de la 2RT respectivement à l'échelon microéconomique et au niveau macroéconomique (la nation, l'international). Ces deux parties présentent à la fois un intérêt méthodologique (les paramètres à prendre en compte), théorique et empirique.

Se plaçant tout d'abord à l'échelon de l'entreprise, Cette et Taddéi identifient les paramètres à prendre en compte dès lors que l'on veut mettre en œuvre une politique de 2RT (la durée du travail, le niveau de la compensation salariale, la productivité du travail et la productivité du capital) et analysent les principaux effets d'une telle politique (sur les prix, les effectifs, l'investissement). Par rapport à leurs travaux antérieurs, les auteurs enrichissent leur approche par la mise en évidence d'un certain nombre d'enchaînements dynamiques fondés sur des hypothèses relatives aux décisions des entrepreneurs dans un environnement incertain et notamment sur leurs réactions face à des modifications conjoncturelles.

Adossés à cette approche théorique des relations entre durée du travail et les principaux paramètres économiques à l'échelon de l'entreprise, ainsi que sur une observation empirique des réalisations concrètes menées dans les

entreprises, les auteurs procèdent ensuite à un certain nombre de simulations afin d'évaluer les principaux effets macroéconomiques d'une 2RT. Leur approche débouche sur trois conclusions fondamentales :

— tout d'abord, il apparaît de façon très claire que les effets d'une politique de diminution de la durée du travail dépendent largement des modalités qui l'accompagnent (articulation entre compensation salariale, gains de productivité induits et gains de productivité du capital). Dans ce schéma, les réorganisations du travail qui lui sont associées (i.e. l'allongement de la durée d'utilisation des équipements) constituent un élément décisif du processus puisqu'elles permettent à la fois de consentir une compensation salariale intégrale tout en ayant des effets positifs sur l'ensemble des indicateurs macroéconomiques ;

— ensuite, l'Etat est le principal bénéficiaire des politiques de 2RT et peut donc jouer un rôle d'impulsion en réinternalisant dans les entreprises les économies/gains qu'il réalise notamment sur l'indemnisation du chômage ;

— enfin, autre enseignement majeur, du point de vue de la politique européenne cette fois-ci, les effets d'une politique de 2RT sont améliorés si l'ensemble des pays d'un même espace économique procède conjointement à ce type de démarche par rapport aux résultats attendus au cas où elle est pratiquée dans un seul pays.

Le chapitre 8, consacré à un bilan de la relation entre temps de travail et emploi, fournit à ce jour l'analyse la plus fouillée de l'enchevêtrement des différentes dimensions (économique, sociale, politique et culturelle) associées au problème traité. On pourra certes reprocher aux auteurs de rechercher une légitimité en se retranchant derrière une position modérée, mais ce réalisme qui revient à rejeter toutes les simplifications inhérentes aux thèses minimalistes et maximalistes est fondé de façon robuste sur la prise en compte des obstacles à une politique de 2RT : les résistances des salariés au développement du travail posté, la réaction des entreprises aux éventuelles incitations des pouvoirs publics, etc.

Après une analyse des caractéristiques des politiques du temps de travail menées dans d'autres pays, les auteurs se livrent à un réquisitoire sévère de l'immobilisme qui a prévalu en France depuis 1984 tout en procédant à une réévaluation positive de l'impact des ordonnances de 1982 (environ 150 000 emplois générés plutôt que les 20 000 à 70 000 annoncés).

Tirant les enseignements de l'histoire des politiques actuelles et passées de la réduction du temps de travail, prenant acte des caractéristiques actuelles du système français de relations industrielles, se fondant enfin sur les résultats de leurs travaux théoriques, G. Cette et D. Taddéi proposent dans la 5^e partie de leur ouvrage une stratégie de réduction de la durée du travail. Véritable discours de la méthode, cette partie décline trois principes, un processus, et deux axes structurant de la politique à mettre en œuvre.

Trois principes :

- financer la diminution du temps de travail par les gains de productivité du capital ;
- la compensation salariale doit être intégrale dans la mesure du possible (par affectation prioritaire des gains de productivité à l'augmentation de la masse salariale plutôt qu'à l'augmentation des marges des entreprises largement opérée aujourd'hui) ;
- mettre en œuvre des modalités qui autorisent le plus souvent possible la réalisation de la semaine de quatre jours présentée comme projet de société.

Un processus fondé d'une part sur l'impulsion des pouvoirs publics à travers l'action législative et une action visant le renforcement du rôle de la négociation dans l'objectif de bâtir un système fondé sur des « négociations gigognes, globales et pluriannuelles »).

Cette stratégie doit être déployée autour de deux axes essentiels :

- l'abaissement de la durée collective du travail, d'abord à travers une loi-cadre fixant à un horizon de deux ans la durée légale à 37 h (36 h pour les salariés en semi-continu), ensuite à travers des incitations financières (abattement sur les cotisations UNEDIC) à des négociations visant un approfondissement de la réduction du temps de travail (sous le seuil des 374 h) à travers des réorganisations du travail ;
- l'abaissement des horaires individuels, d'une part à travers la mise en œuvre d'une politique du temps choisi visant une extension du travail à temps partiel (charte du temps choisi et incitation financière à l'abaissement individuel du temps de travail), d'autre part à travers la réduction du recours aux heures supplémentaires via la généralisation du principe du repos compensateur et le renforcement des moyens de contrôle de l'inspection du travail.

Selon Cette et Taddéi, les créations nettes d'emplois attendues d'une telle politique peuvent être évaluées à 1 million sur cinq ans. A cet égard, on peut regretter que ces estimations ne soient pas mieux étayées alors même que l'ensemble de l'ouvrage repose sur une argumentation économique d'une grande rigueur.

Trois autres critiques peuvent être formulées à l'encontre des auteurs. Tout d'abord, le raisonnement repose essentiellement sur les potentialités offertes par le secteur industriel alors même que près de 70 % de l'emploi est désormais concentré dans les activités de service. Peut-être aurait-on intérêt à réfléchir à d'autres leviers que la seule productivité du capital (dont le poids dans certaines activités de service n'est d'ailleurs pas négligeable).

Ensuite, la limitation du raisonnement au seul travail prescrit, voire même la circonscription de cette notion au seul travail ouvrier/employé faiblement qualifié dont on voit bien que dans l'esprit des auteurs elle se justifie par le fait que ce sont ces catégories qui fournissent les gros bataillons du chômage. On observera simplement que les ingénieurs et cadres de la métallurgie pari-

sienne interrogés dans le cadre d'une enquête menée par l'UPSM-CFDT¹ se montrent plus demandeurs de RTT (86 %) que la moyenne des salariés de ce secteur (79 %) ! Cette enquête vient d'ailleurs contrebalancer la position de Cette et Taddéi sur la compensation salariale qu'ils tiennent pour un faux problème. S'ils ont raison en dynamique on peut suggérer, sur la base de l'enquête précitée, qu'ils se privent de marges de manœuvre : en effet, une forte minorité (44 %) se dégage pour estimer que le pouvoir d'achat doit être maintenu jusqu'à 10 000 francs de salaire net. Une dégressivité de la compensation salariale en fonction du niveau de salaire — outre un resserrement de la hiérarchie des salaires — pourrait être une incitation à trouver des formules permettant de rendre effective la RTT pour les cadres. Enfin, on peut critiquer la réduction du projet de société à la semaine de 4 jours. Même si elle est plébiscitée par le mouvement social (cf. l'enquête de l'UPSM) elle apparaît en contradiction avec deux affirmations de nos auteurs : le fait que la 2RT induit une plus grande diversité des organisations du travail ; le constat historique de l'allongement des séquences temporelles qui forment le point d'application des politiques de réduction du temps de travail. On s'étonne alors que la réflexion ne soit pas plus approfondie sur les modalités applicables sur l'ensemble du cycle de vie : congés thématiques longs, TTP réversible permettant une distribution moins sexuée de cette forme d'emploi, banque de temps permettant d'alterner périodes d'activité, de repos, de formation, de tâches éducatives, etc. Bref de donner enfin sens aux 40 000 heures de Fourastié !

Reste un ouvrage très complet qui d'une part procède à une sérieuse réévaluation de la réduction de la durée du travail comme instrument de lutte contre le chômage, d'autre part apporte une valeur ajoutée par rapport aux travaux antérieurs de ces deux économistes dans la mesure où il replace leurs analyses théoriques dans une quadruple perspective, historique, économique, sociale et politique.

Jean-Yves Boulin

GODET, Michel. — *Le grand mensonge : l'emploi est mort, vive l'activité !* — Paris : Fixot, 1994, 306 p.

Il faut entendre parler Michel Godet. Il appelle un chat un chat. Il traque les idées fausses ou dépassées. Il s'efforce d'éclairer l'avenir avec imagination. Il étonne. Il surprend. Parfois aussi il choque. Mais il le sait.

1. UPSM. — « 7 000 salariés s'expriment sur la réduction du temps de travail ». — 1994. (Voir page 76 de ce numéro, NDLR).

On retrouve tout cela, plus charpenté, mais tout aussi vigoureux, dans ses nombreux écrits et notamment son dernier ouvrage *Le grand mensonge*.

« La crise est dans nos têtes. Nous produisons plus en travaillant moins. La richesse des Français n'a jamais été aussi élevée... Le fameux PIB a augmenté de plus de 60 % depuis 1975 ».

Si crise il y a, ce n'est donc pas une crise matérielle. C'est une crise des mentalités. « Nous voulons entrer dans le XXI^e siècle avec les institutions et les habitudes héritées de l'après-guerre ». Le mensonge est là. On fait croire aux gens que la crise fait partie du malheur des temps alors qu'elle est le résultat des erreurs des hommes ou de leurs préjugés et, d'abord, de ceux que Pierre Bourdieu appelle « la noblesse d'Etat », les technocrates et autres énarques.

« J'accuse aussi, écrit Godet, les syndicats corporatistes de travailleurs et d'employeurs ». Ils sont coupables d'avoir laissé gonfler le chômage qui, selon le mot de Michel Albert, n'est pas un problème, mais une solution. Ils coûtent plus à la collectivité par les subventions qu'ils obtiennent, les grèves illégitimes qu'ils provoquent — il n'est pas normal que quelques conducteurs de métro prennent en otage l'ensemble des Parisiens —, les dogmes qu'ils profèrent comme celui de l'intangibilité du SMIC, sans admettre ses conséquences négatives.

Le livre se décompose en cinq parties.

Les mauvais choix

Il souligne d'abord la nature du chômage : « d'abondance » tout en égratignant les concepts comme le PIB (Alfred Sauvy disait déjà : « un accident d'automobile par les coûts qu'il entraîne grossit le PIB ») et même la croissance, course parfois stupide à l'inutile, dès lors que — dans les pays riches — l'essentiel est assuré.

Quant au chômage, il est en grande partie le résultat d'un renforcement des positions acquises. Pour éviter de perdre leur situation, les « travailleurs » essaient de figer les données à leur avantage. La rigidité du système ne laisse pas de place aux nouveaux venus et aux gens qui ne répondent pas aux critères établis. L'Etat couvre cette injustice pour ne faire aucune peine aux syndicats, lesquels ne représentent plus que des intérêts particuliers.

La deuxième partie attaque « cinq erreurs contre l'emploi ». On a fait croire aux gens que la crise de l'énergie réduisait l'emploi, que les techniques nouvelles le condamnaient. Après cela, on les a poussé à acquérir des diplômes. Ils ont l'illusion que diplôme veut dire emploi, alors que c'est la qualification professionnelle qui peut y conduire. Comment allons nous proposer une situation aux 250 000 « diplômés » sortant des universités alors que notre système en absorbe 50 000 à 60 000 par an ? Le diplômé deviendra le prolétaire de demain, il y a surabondance de diplômés et pénurie de professionnels.

Quant aux chantres de la « semaine des quatre jeudis », ils trompent leur monde. « La société ne fonctionne pas comme une chaudière dont on pourrait régler la température en jouant sur des leviers centralisés ». D'autre part, la limitation autoritaire et générale empêcherait d'entretenir l'abondance et de favoriser une autre forme de partage que l'actuelle.

Les tabous

Suivent « sept tabous pour l'emploi » dont le plus visible est le SMIC. Le prix international du travail non qualifié ne peut que baisser en raison de son abondance croissante liée au développement des échanges. Par conséquent, le SMIC est forcément créateur de chômage. On peut regretter cette évolution, mais il serait vain de s'y opposer, sauf à fermer les frontières ». Godet, là, rejoint Robert Reich et son « économie mondialisée ». Le RMI lui paraît non scandaleux, mais absurde en raison de son usage. Des débrouillards ont intérêt à se mouler dans la médiocrité du RMI agrémentée d'un peu de travail au noir. Pourquoi se donner un patron alors que l'on ne gagnera pas grand chose de plus ? Mieux vaudrait échanger le RMI contre une activité d'insertion.

Passent ensuite à la moulinette les faux chômeurs, les mauvaises interprétations des chiffres du travail des femmes (elles ont le droit de choisir), le chômage des immigrés. Godet dit, à mots à peine voilés, que ce n'est pas parce que Le Pen pose les problèmes des immigrés en y apportant de scandaleuses réponses qu'il faut renoncer à les poser. Autrefois, on cherchait des travailleurs immigrés. Aujourd'hui on est envahi par les chômeurs immigrés.

Les remèdes

Les maux dénoncés, quels sont les remèdes ?

- Revoir les systèmes sociaux, ce qui suppose moins de charges et plus d'impôts si l'on veut maintenir le niveau de protection.
- Essayer de contenir les autres dépenses publiques.
- Mettre l'esprit de l'assurance dans les dépenses de santé.
- Faire passer les retraités « à la caisse » en les soumettant aux cotisations payées par les actifs, mais aussi taxer les robots comme les actifs.
- Introduire la concurrence dans le système d'éducation en recherchant la vérité des prix et la qualité des services, en mettant en compétition les filières classiques et celles de l'apprentissage.

Mais, et c'est la cinquième partie du livre, il n'y aura de solution aux crises que dans la diversité et en réveillant les projets dormant partout où ils sommeillent.

Là-dessus Godet plaque, de façon un peu inattendue, un plaidoyer pour le tourisme et l'agriculture « familiale ». Il veut instaurer un salaire « écoculteur » pour qu'une certaine forme de l'espace soit « un service public ».

Il convient en plus, selon lui, de rééquilibrer le développement au profit des zones rurales et des villes moyennes. « La France des villes, jeune, n'est pas condamnée à se développer à côté d'une France des champs ridée. La diminution du temps de travail et le développement des moyens de transports rapides permettent d'engager une politique plus volontariste d'aménagement du territoire ».

L'auteur aurait pu ajouter qu'il a donné l'exemple en quittant Paris (avec le TGV) où il enseigne au CNAM, pour installer sa famille dans le Vendômois, sa femme, docteur en biologie, ayant choisi le métier de mère de famille. Il prêche, mais il donne l'exemple.

L'engagement de Godet — et pas seulement en ce domaine mais aussi dans celui des associations à caractère social — renforce ses propos et rend leur critique malaisée.

Le témoignage

En fait, il faut prendre son livre comme le cri d'un homme qui a décidé de ne pas se laisser enfermer dans le conformisme de la « nomenklatura » de l'époque. Par là, il rejoint l'Hervé Serieux de *L'effet Gulliver*¹ qui s'en prend aux institutions qui se figent dans un monde tourbillonnaire et Marc Ullmann dans *L'Etat c'est nous*¹ qui a l'ambition de « débloquer le système et de donner la parole à ceux que l'on n'entend pas ».

On peut discuter telle affirmation, par exemple sur la politique monétaire ou Maastricht, que Godet poursuit de sa vindicte ; on peut s'étonner qu'il ne parle pas de l'allongement de la vie humaine de gens « en état de marche » qui devrait conduire à une révision de l'âge de la retraite. On peut regretter que la crise et les crises que nous traversons soient traitées comme si elles étaient exclusivement franco-françaises. Il eût été intéressant de faire la différence entre celles qui se retrouvent partout, par exemple l'explosion des dépenses publiques ou la fièvre ascendante des dépenses de santé et celles qui sont particulières aux Français, par exemple la fermeture du couvercle social par les « grands corps » ou l'insupportable prétention des administrations et des gouvernements d'être les seuls, les vrais, les purs représentants de l'intérêt général.

Mais pourquoi vouloir critiquer un essai qu'il faut lire comme une protestation contre le mensonge des discours, le conformisme des opinions officielles et l'immobilisme des politiques ? Il faut le lire, s'en inspirer et aller plus loin en cherchant non plus seulement à diagnostiquer — avec talent — nos faiblesses, mais encore à promouvoir les moyens de les surmonter rapidement, ce que Godet fera sûrement lui aussi.

Michel Drancourt

1. Paru chez Calmann-Lévy, 1994.

Comptes rendus

● JOIN-LAMBERT, Marie-Thérèse ; BOLOT-GITTNER, Anne ; DANIEL, Christine ; LENOIR, Daniel ; MEDA, Dominique. — *Politiques sociales*. — Paris : Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques et Dalloz, 1994, 570 pages.

Ce livre est un manuel. Il a même toutes les caractéristiques de la Bible du candidat avisé à des concours comportant une épreuve de questions sociales ou de politiques sociales : plans clairs ; présentation et style agréables ; rappels historiques bien dosés ; encadrés fournissant des repères (définitions, dates essentielles, mesures particulières, etc.) extrêmement utiles sur de nombreux points qui sont ainsi mis en relief ; tableaux de chiffres judicieusement sélectionnés pour leur caractère significatif ; développements rigoureux et tenant compte des toutes dernières informations disponibles. Bref, l'inverse de certains livres rédigés « à la va vite » et le résultat d'un travail d'équipe qui se révèle très fructueux. La collaboration des cinq auteurs a abouti, en effet, à un ouvrage parfaitement homogène et couvrant, d'une manière à la fois minutieuse et synthétique, un domaine très vaste.

L'entreprise n'était pourtant pas vraiment facile car les politiques sociales sont envisagées, d'une manière assez large, comme un « ensemble d'actions mises en œuvre progressivement par les pouvoirs publics pour parvenir à transformer les conditions de vie, d'abord des ouvriers, puis des salariés et éviter ainsi les explosions sociales, la désagrégation des liens sociaux » (p. 23). Sur la base de cette conception, les dix-huit chapitres sont présentés en quatre parties.

Les politiques sociales d'hier et d'aujourd'hui, c'est-à-dire depuis la première loi sociale qui, en 1841, a réglementé le travail des enfants et des femmes, jusqu'à l'évocation de l'Europe sociale. Travail, emploi et formation à l'épreuve du chômage : politique du travail, politiques de l'emploi et politique de la formation professionnelle.

La protection sociale entre assurance et solidarité, avec plus de 200 pages consacrées aux fondements historiques, à l'évolution, à l'organisation et aux problèmes de la protection sociale, ainsi qu'aux politiques de la vieillesse, de la santé et de la famille et à l'indemnisation du chômage.

A la recherche de nouvelles cohérences, est une partie qui traite des inégalités et de l'exclusion, des politiques d'intégration des populations immigrées et de la politique des villes.

Sur chacun de ces sujets, des développements très complets mettent l'accent sur les points essentiels, les positions des parties en présence et les principales mesures mises en œuvre. Les auteurs font clairement ressortir les enjeux des questions qu'ils traitent, mais en laissant au lecteur le soin de porter lui-même ses propres jugements éventuels. Et en tout cas, la lecture de ce livre illustre tout à fait la remarque (formulée à la page 24), selon laquelle, en dépit de la mauvaise réputation dont il souffre parfois, « le social n'est pas triste » !

Alain Euzéby

- MALABRE, Alfred Jr. — *Lost Prophets. An Insider's History of the Modern Economists.* — Boston : Harvard Business School Press, 1994.

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, la macro-économie a joué un rôle de plus en plus important aux Etats-Unis dans la conduite des affaires et dans le débat politique. Ainsi, de nos jours, les prévisions et les analyses des économistes déterminent les stratégies des entreprises et les programmes politiques. Partant de cette constatation, l'auteur, qui a été journaliste au *Wall Street Journal*, analyse la pertinence et l'influence des différentes théories économiques durant l'après-guerre.

Il décrit comment chaque époque a été marquée par une théorie économique qui a joué le rôle d'un dogme. Ainsi, il analyse l'apogée du keynésianisme qui a été remplacé par le monétarisme, en raison notamment de la montée de l'inflation. Le monétarisme, lui-même, a été remplacé par la théorie de l'offre. Actuellement, c'est la théorie du cycle des affaires qui est la plus en vogue. Tout au long de l'ouvrage, l'auteur s'intéresse aux théoriciens qui ont professé ces idées et étudie comment elles se sont répandues. En outre, il souligne que beaucoup de ces idées se sont révélées souvent erronées et parfois nocives à la vue des résultats qui ont été obtenus quand leurs recommandations ont été appliquées.

Malgré le succès mitigé de ces théories, l'auteur pense que les économistes, dont les analyses demeurent indispensables pour guider le comportement des différents acteurs, doivent être modestes s'ils veulent rester crédibles.

C.G.

- VALLIN, Jacques (et alii). — *Populations africaines et SIDA.* — Paris : Editions La Découverte/CEPED, 1994, 223 pages.

Fruit d'une collaboration entre démographes, médecins, anthropologues, l'ouvrage *Populations africaines et SIDA* présente l'intérêt de traiter l'épidémie du SIDA en Afrique¹ non seulement du point de vue médical mais aussi du point de vue des sciences sociales.

Plusieurs thèmes sont abordés par les auteurs : la dynamique biologique de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), les conséquences socio-économiques sur le continent africain, et l'impact démographique.

Sur ce dernier point, Nicolas Brouard, directeur de recherche à l'INED (Institut national des études démographiques) estime que les conséquences démographiques en terme d'effectif total ne seraient pas spectaculaires à l'horizon 2005-2010. L'auteur envisage le cas des cinq pays africains les plus infectés — Ouganda, Rwanda, Malawi, Zambie et Zimbabwe — où la prévalence de l'infection (personnes malades du SIDA ou infectées par le VIH) toucherait aujourd'hui 20 à 25 % de la population adulte dans les grandes villes et 7-9 % dans l'ensemble des cinq pays : dans l'hypothèse où la prévalence atteindrait 15 % de la population adulte à l'horizon 2010, la population serait multipliée par 1,9 contre 2,2 en l'absence d'épidémie du SIDA. Toutefois, l'espérance de vie dans les pays les plus touchés par le SIDA, estimée à 48,7 ans en 1980-1985, tomberait à 45 ans en 1995-2000 selon les prévisions des Nations Unies. L'espérance de vie dans les quinze pays africains les plus touchés (situés en Afrique subsaharienne) stagnerait pendant les vingt prochaines années selon les mêmes sources.

1. Sur le même sujet, voir l'article de Patrick Festy « Epidémiologie du SIDA et avenir de la population africaine », dans ce même numéro.

Pourquoi futuribles ?

Nous traversons une période de turbulence résultant de mutations profondes aux plans géopolitique, technologique, économique, écologique, social, culturel et politique ; le plus difficile aujourd'hui étant sans doute de dégager d'une information pléthorique les éléments pertinents pour une meilleure compréhension d'un monde contemporain en plein bouleversement.

Bouleversement géopolitique avec la chute du mur de Berlin, la guerre du Golfe, la transition amorcée à l'est, les épreuves qu'affronte le sud, et l'émergence peut-être d'un monde multipolaire tout différent de celui d'hier.

Bouleversement par la technologie, le jaillissement de l'informatique dans les usines et les bureaux, l'apparition de nouveaux matériaux et d'une capacité révolutionnaire à manipuler les gènes. Pour le meilleur comme pour le pire.

Bouleversement dans le fondement même de nos économies de plus en plus tertiaires, de moins en moins dépendantes des richesses du sol et du sous-sol et donc de l'énergie, mais de plus en plus tributaires d'investissements immatériels (y compris humains), ignorant ô combien les frontières. D'où l'avènement d'une économie planétaire, l'explosion de la finance, la dissociation de la croissance et de son traditionnel corollaire, l'emploi.

Bouleversement de nos modes de vie du fait d'une durée de vie plus longue, d'une activité professionnelle plus courte et plus précaire, de l'explosion du marché des loisirs et de la communication, de la transformation radicale des valeurs et des comportements.

Sans parler ici des rapports de l'homme avec la biosphère, de l'effet de serre, de la crise de nos systèmes de protection sociale pris en étau entre les impératifs de la compétitivité internationale et l'accroissement des besoins sociaux liés au vieillissement démographique, à la santé, au chômage...

L'accélération du changement conduit à une multiplication des urgences mais exige, de notre part, un peu de **recul et de réflexion**, seuls garants aujourd'hui de notre **liberté de penser** et de notre **volonté d'agir** hors de la stricte contrainte des événements.

D'où la nécessité de la réflexion prospective, d'une fonction de veille et d'évaluation permanente vis-à-vis des tendances et des enjeux vraiment importants pour notre avenir. Cette réflexion, conduite avec le concours des meilleurs spécialistes mondiaux, se trouve chaque mois dans la revue *Futuribles*, une revue pour comprendre, une revue pour agir.

futuribles

analyse et prospective

NUMÉRO 194

JANVIER 1995

Le SIDA en Europe 3
Jean-Baptiste Brunet

**Epidémiologie du SIDA
et avenir de la population africaine** 19
Patrick Festy

SIDA : les conséquences d'une pandémie 39
Eric Chevallier

FORUM

**Le réveil des civilisations. Sur "Le choc
des civilisations ?" de S.P. Huntington** 61
Olivier Servoise

ACTUALITÉS PROSPECTIVES 69

L'inertie démographique. Le principe de précaution. France : épargne-retraite. Réduction des prélèvements obligatoires en Europe. Plutôt un salaire plus élevé qu'un temps de travail plus court. Un essai d'uchronie : "Jamerica". Perspectives de l'économie française. La réduction du temps de travail. L'Europe des quinze

BIBLIOGRAPHIE

Analyses critiques 79

PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain 1994*. L. Brown, *State of the World 1994. A Worldwatch Institute Report on progress towards a sustainable society*. G. Cette, D. Taddéi, *Temps de travail, modes d'emploi : vers la semaine de quatre jours ?* M. Godet, *Le grand mensonge : l'emploi est mort, vive l'activité !*

Comptes rendus 95

