

COMBATTRE L'INÉGALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ



COMBATTRE L'INÉGALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

*Une synthèse des données
et des outils*

Abdo S. Yazbeck



THE WORLD BANK
Washington, DC

© 2009 Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington, D.C. 20433
Téléphone : 202-473-1000
Site Internet : www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

Tous droits réservés
1 2 3 4 11 10 09 08

Le présent ouvrage a été rédigé par les services de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale. Les constatations, interprétations et conclusions qui y sont présentées ne reflètent pas nécessairement les vues des Administrateurs de la Banque mondiale ou des pays qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données contenues dans ce rapport. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent rapport n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement qu'elle reconnaît ou accepte ces frontières.

Droits et licences

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite ou transmise sans l'autorisation préalable de la Banque mondiale. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des passages.

Pour obtenir cette autorisation, veuillez adresser votre demande en fournissant tous les renseignements nécessaires, par courrier, au Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, Massachusetts, 01923, USA ; téléphone : 978-750-8400 ; télécopie : 978-750-4470 ; site Web : www.copyright.com.

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, envoyez votre demande, par courrier, à l'adresse suivante : Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; télécopie : 202-522-2422 ; email : pubrights@worldbank.org.

ISBN : 978-0-8213-7444-3

eISBN : 978-0-8213-7740-6

DOI : 10.1596/978-0-8213-7444-3

Demande d'enregistrement au catalogue adressée à la Bibliothèque du Congrès des États-Unis d'Amérique.

Ce livre a été publié en anglais par la Banque Mondiale avec le titre : *Attacking Inequality in the Health Sector*. En cas de désaccord, la langue d'origine sera déterminante.

© ESKA 2011

ISBN : 978-2-7472-1680-7

Table des matières

Avant-propos	xv
Préface	xvii
Remerciements	xxv
Abréviations	xxvii
1. Une réalité inacceptable	1
<i>Une lumière au bout du tunnel : Une nouvelle façon de mesurer les inégalités</i>	2
<i>Un tableau pas très joli</i>	5
<i>Le secteur de la santé peut exacerber les inégalités</i>	10
<i>Mauvaise affectation des dépenses publiques de santé</i>	17
<i>Présentation des données sur l'inégalité</i>	19
<i>Annexe 1.1 Indice d'actif comme mesure de la richesse relative</i>	28
<i>Annexe 1.2 Données de l'inégalité en matière de santé, de nutrition et de population</i>	33
<i>Annexe 1.3 Analyse de l'incidence des avantages</i>	76
<i>Annexe 1.4 Lectures complémentaires recommandées</i>	78
<i>Notes</i>	81
2. Comment aborder un problème complexe et persistant	83
<i>Les chemins d'une bonne santé</i>	83
<i>Les contraintes astreignantes auxquelles sont exposés les pauvres</i>	85
<i>Les angles morts du secteur de la santé</i>	88
<i>Le financement du secteur de la santé et les pauvres</i>	92
<i>Poursuivons</i>	99
<i>Annexe 2.1 Résumé des déterminants multisectoriels de la santé</i>	100
<i>Annexe 2.2 Lectures complémentaires recommandées</i>	107
<i>Notes</i>	109

<p>3. Importance de l'écoute</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Points de vue des dirigeants des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire</i> 111</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Les dilemmes que pose la longue liste des causes</i> 114</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Il est essentiel d'être à l'écoute</i> 116</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Association de l'écoute active et de l'écoute passive : les vaccinations en Inde</i> 121</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Techniques analytiques de pointe</i> 124</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Huit étapes pour que les pauvres aient vraiment accès aux services</i> 127</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Suivre l'argent : Outils d'analyse du rôle des affectations des ressources et du financement dans le paysage de l'inégalité</i> 140</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Check-list pour l'analyse</i> 155</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Annexe 3.1 Sources des données et leurs limites</i> 157</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Annexe 3.2 Évaluation des besoins des bénéficiaires</i> 166</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Annexe 3.3 Lectures complémentaires recommandées</i> 170</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Notes</i> 173</p> <p>4. Un menu de politiques pour les pauvres</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>L'espoir</i> 178</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Thèmes récurrents</i> 179</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Un menu de politiques en faveur des pauvres</i> 180</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Règles générales</i> 182</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Annexe 4.1 Cadre de responsabilité</i> 186</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Annexe 4.2 Lectures complémentaires recommandées</i> 192</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Note</i> 194</p> <p>5. Brésil, colmater les brèches dans la couverture universelle de santé</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Les défis</i> 195</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Changement de politique : comment compléter la couverture de santé universelle</i> 198</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Synthèse</i> 201</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Note</i> 201</p> <p>6. Cambodge : contrats avec les Organisations non gouvernementales dans l'intérêt des pauvres</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Changement de politique : contractualisation avec les ONG</i> 203</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Synthèse</i> 205</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Note</i> 210</p>	<p>111</p> <p>177</p> <p>195</p> <p>203</p>
---	---

7. Cambodge : fonds d'équité de santé pour les pauvres	211
<i>Changement de politique : les fonds d'équité de santé</i>	212
<i>Synthèse</i>	218
<i>Note</i>	220
8. Chili : programme d'actions intégrées pour les pauvres	221
<i>Changement de politique : Chili Solidario</i>	222
<i>Synthèse</i>	227
<i>Note</i>	229
9. Colombie : extension de l'assurance santé pour les pauvres	231
<i>Changement de politique : la réforme de 1993 du secteur de la santé</i>	233
<i>Synthèse</i>	235
<i>Note</i>	240
10. Inde : services de soins de santé communautaires	241
<i>Changement de politique : l'Association des Travailleuses</i> <i>indépendantes (SEWA)</i>	242
<i>Synthèse</i>	245
<i>Note</i>	248
11. Indonésie : cartes de santé pour les pauvres	249
<i>Changement de politique : le programme des cartes de santé</i>	249
<i>Synthèse</i>	250
<i>Note</i>	254
12. Kenya : extension des campagnes de vaccination	255
<i>Changement de politique : campagnes de vaccination</i>	256
<i>Synthèse</i>	257
<i>Note</i>	261
13. République du Kirghizistan : réforme du financement de la santé et les pauvres	263
<i>Changement de politique : les réformes du financement de la santé</i> <i>au Kirghizistan</i>	264
<i>Synthèse</i>	266
<i>Note</i>	269

14. Mexique : payer les pauvres pour qu'ils utilisent les services de santé	271
<i>Changement de politique : transferts conditionnels en espèces dans les domaines de la santé et de l'éducation</i>	271
<i>Synthèse</i>	273
<i>Note</i>	277
15. Mexique : fournir aux pauvres une assurance maladie subventionnée	279
<i>Changement de politique : assurance maladie subventionnée par le biais du Seguro popular</i>	280
<i>Synthèse</i>	283
<i>Note</i>	285
16. Népal : la planification participative	287
<i>Changement de politique : le projet en faveur des adolescents au Népal</i>	287
<i>Synthèse</i>	289
<i>Note</i>	292
17. Rwanda : assurance maladie communautaire	293
<i>Changement de politique : émergence des régimes d'assurance maladie communautaire</i>	294
<i>Synthèse</i>	295
<i>Note</i>	300
18. Tanzanie : marketing social pour la prévention du paludisme	301
<i>Changement de politique : le projet KINET</i>	302
<i>Synthèse</i>	305
<i>Note</i>	308
19. Vigilance	309
<i>Sur quoi faire porter le suivi</i>	311
<i>Autres éléments du dispositif de suivi</i>	315
<i>Annexe 19.1 Lectures complémentaires recommandées</i>	319
<i>Note</i>	321

Références

Index

Figures

1.1	Inégalités des résultats en matière de santé par régions du monde	6
1.2	Utilisation des soins de santé maternels et infantiles de base : Taux de couverture parmi les 20% les plus pauvres et les plus riches de la population de 56 pays à revenu faible et intermédiaire	11
1.3	Inégalités dans l'utilisation des services de santé maternels et infantiles de base : ratios du taux de couverture pour les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres dans 56 pays à revenu faible et intermédiaire	12
1.4	Pourcentage de femmes enceintes dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche qui bénéficient d'au moins trois consultations prénatales : moyennes pondérées par la population par région du monde	14
1.5	Accouchements sous surveillance médicale dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche : pourcentage des moyennes pondérées par la population par région du monde	16
1.6	Pourcentage des enfants totalement vaccinés du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche : moyennes pondérées par la population	17
1.7	Échantillon des résultats des analyses de l'incidence des avantages en ce qui concerne les dépenses publiques de santé	19
1.8	Toutes vaccinations : écart de richesse, Inde, (1998-99)	27
1.9	Odds ratio de mortalité infantile : probabilité de morts des nouveau-nés dans le quintile le plus pauvre des familles par rapport à la probabilité dans le quintile le plus riche, en zones rurales et urbaines de l'Inde, 1998-99	23
1.10	Inégalité en matière de vaccinations complètes,	

x *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

	Inde, 1998-99	24
1.11	Courbes de concentration des taux de mortalité infantile en Inde, 1998-99	25
1.12	Courbes de concentration des vaccinations. Sélection d'États indiens, 1998-99	26
A1.1	Courbes de concentration des vaccinations complètes, Inde rurale et urbaine	33
2.1	Déterminants des performances du secteur de santé : Architecture du PRSP	84
2.2	Huit étapes pour que les pauvres puissent réellement utiliser les services de santé	89
3.1	Accès physique et niveaux de pauvreté par régions, Mauritanie, 1999	130
3.2	Accessibilité du prix des médicaments au niveau régional, Cameroun	131
3.3	Perception de la qualité, Cameroun	133
3.4	Adéquation des services selon l'âge des patients, Mauritanie et Bénin, 1998	134
3.5	Continuité des vaccinations, Mozambique, 1997	136
3.6	Participation par région, Mauritanie, 2000	140
3.7	Part des subventions publiques pour les soins curatifs par groupes de revenu	142
3.8	Courbe de concentration des avantages des subventions par type de soins	143
3.9	Courbe de concentration des avantages des subventions pour les soins curatifs selon l'habitat	144
3.10	Incidence des avantages et des impositions sur le secteur de la santé au Canada	149
4.1	Résultats des études présentées à la conférence RPP	179
A4.1	Cadre de responsabilité des fournitures de services	186
5.1	Répartition des richesses par habitant dans les zones couvertes par le PSF	200
6.1	Évolution des indices de concentration, 1997-2003	209
7.1	Hospitalisations de bénéficiaires et de non bénéficiaires de FE dans les quatre hôpitaux avec FE intégrés	219
8.1	Participants au programme Chili Solidaire classés par groupe économique, 2003	228
8.2	Estimation des participants au programme Chili Solidaire	

	par groupe économique, 2006	228
9.1	Population payant son hospitalisation dans les hôpitaux publics classée par niveau de revenu	233
9.2	Population assurée, classée par niveau de revenu	236
9.3	Raisons invoquées pour ne pas se faire soigner, 2003	238
9.4	Impact des accouchements en établissement de santé et des soins prénatals sur le taux de mortalité infantile	239
10.1	Distribution statistique des usagères des unités mobiles de santé génésique SEWA, citadines et rurales, par déciles de l'indice socioéconomique	246
11.1	Consultations ambulatoires par type de prestataire (pourcentage)	251
11.2	Comparaison entre la possession d'une carte de santé et son utilisation pour soins ambulatoires	252
12.1	Pourcentage d'enfants couverts par la campagne de masse du Kenya en 2002 qui n'avaient pas jusqu'alors été vaccinés contre la rougeole	260
13.1	Effet des réformes sur les frais de soins à la charge des patients en cas d'hospitalisation	267
14.1	Réussites de PROGRESA/Oportunidades dans son action en faveur des pauvres	275
15.1	Affiliation au Programme Seguro Popular du Mexique par niveau économique	284
16.1	Accouchement en établissement de santé : première grossesse, jeunes femmes mariées pauvres et non pauvres, Népal	290
17.1	Proportion de malades classés par quartile de revenu, ayant recours à un prestataire de santé moderne, 2000	296
17.2	Dépenses personnelles pour raison de maladie	297
18.1	Pourcentage des ménages possédant une moustiquaire avant et après le programme de marketing social, classé par catégorie socioéconomique	307
19.1	Trois catégories de services de santé	316
19.2	Suivi des dépenses en médicaments dans l'Afrique des années 60	318

Tableaux

1.1	Services de santé ayant la mesure d'inégalité la plus forte	11
A1.1	Scores d'actifs et scores factoriels, Inde Urbaine, 1998-99	29

xii *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

A1.2	Quintiles de richesse des ménages, Inde urbaine, 1998-99	32
A1.3	Inégalités de la mortalité infantile dans les pays à revenu faible et intermédiaire	34
A1.4	Inégalités de la fécondité chez les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire	40
A1.5	Inégalités dans les formes graves de retard de croissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire	46
A1.6	Inégalités en matière de vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire	52
A1.7	Inégalités en matière de soins prénatals (minimum de trois consultations) dans les pays à revenu faible et intermédiaire	58
A1.8	Inégalités en matière de contraception (femmes) dans les pays à revenu faible et intermédiaire	64
A1.9	Inégalités en matière d'accouchements assistés dans les pays à revenu faible et intermédiaire	70
A2.1	Éléments porteurs de synergies multisectorielles permettant d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé et de nutrition	101
3.1	Taux de couverture des vaccinations des enfants en Inde, 1992-93 (pourcentage)	122
A3.1	Sources des données et leurs limites	
	Prévalence des vaccinations incomplètes parmi les enfants de 12 mois et plus : quintiles de richesse et indices de concentration	161
4.1	Un menu de politique en faveur des pauvres	181
5.1	Prévalence des vaccinations incomplètes parmi les enfants de 12 mois et plus : quintiles de richesse et indices de concentration	196
5.2	Proportion de mères recevant des soins prénatals insuffisants : quintiles de richesse et indices de concentration	197
6.1	Dépenses de fonctionnement annuelles moyennes par habitant (dollars US)	205
6.2	Indicateurs de services de santé. Définitions et objectifs de couverture	207
7.1	Procédures et critères d'identification des plus pauvres dans quatre FE	216
9.1	Personnes se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté et du minimum vital à la suite d'un accident de santé	

	(points de pourcentage)	237
10.1	Les trois services de santé SEWA couverts par le programme « Atteindre les pauvres »	244
11.1	Utilisation des cartes de santé	252
12.1	Couverture vaccinale contre la rougeole au Kenya avant et après la campagne de rattrapage de 2002	258
18.1	Efficacité de la protection assurée par les moustiquaires imprégnées et non imprégnées dans les districts de Kilombero et d'Ulanga dans le sud-ouest de la Tanzanie, 1999 (pourcentage)	308

Encadrés

1.1	Variations des résultats en matière de santé et de fécondité en Inde	8
1.2	Variations dans l'utilisation des services de santé en Inde	14
1.3	Analyse de l'incidence des avantages au niveau infranational	21
2.1	Pourquoi est-ce que Safar Banu est morte ?	86
3.1	Déterminer comment les choix en matière de politique de financement de la santé ont un impact sur les inégalités dans l'utilisation des services de santé	147
8.1	Exemples des conditions minimales que devaient remplir les participants au programme Solidario du Chili	224



Avant-propos

Les preuves accablantes des inégalités en matière de santé et dans l'utilisation des services, telles qu'elles ont été calculées et diffusées par la Banque mondiale et d'autres agences de développement au cours des dix dernières années, ont stimulé les efforts déployés dans le monde pour répondre aux besoins des pauvres et de ceux qui, dans la société, sont vulnérables. Ces efforts ont provoqué un regain d'intérêt tant au niveau mondial que national à la fois pour comprendre les causes des inégalités dans le secteur de la santé et pour concevoir des actions de nature à y porter remède. Le moment est venu d'opérer la synthèse de ce nouveau corpus de connaissances acquises par la recherche et l'expérimentation en matière de lutte contre ces inégalités.

L'objectif principal de cet ouvrage est de rompre le cercle vicieux de la pauvreté des revenus et de la mauvaise santé en faisant connaître toutes les actions qui ont réussi et en mettant à la disposition de tous des outils d'analyse. Ce livre présente un ensemble pratique d'instruments d'analyse pour comprendre les causes de l'inégalité dans l'utilisation des services de santé et un éventail d'actions qui ont fait leurs preuves pour améliorer le sort des pauvres. Il prend appui sur une évaluation de 14 changements réussis de politique dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ainsi que sur un panorama des publications sur les inégalités dans le secteur de la santé. Comme le montre ce livre, les réponses ne sont ni faciles ni uniformes.

Nous disposons maintenant de suffisamment d'éléments sur les niveaux d'inégalité dans plus de 50 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Nous savons dans quels domaines se situent les niveaux d'inégalité les plus élevés. Pour comprendre les causes de l'inégalité que l'on constate dans l'utilisation des services de santé, nous disposons d'instruments d'analyse qui ont fait leurs preuves. Ce qui est le plus important, c'est que nous disposons de l'évaluation des expériences menées dans les pays qui conçoivent et mettent en œuvre des politiques en faveur des pauvres,

politiques qui connaissent une réussite mesurable. Ce livre rassemble toute cette masse de connaissances. Il y a ensuite un défi à relever : c'est que ces connaissances se traduisent par d'autres actions qui viennent renforcer l'effort de réduction de la pauvreté entrepris au niveau mondial.

Joy Phumaphi
Vice-présidente
Réseau du développement humain

Rakesh Nangia
Vice-président par interim
World Bank Institute

Préface

Nous connaissons certaines caractéristiques importantes de l'état de santé des pauvres dans le monde entier. Par exemple, ils ont généralement besoin de davantage de soins de santé que les riches. Et leur recours aux services de santé de qualité a une influence directe immédiate sur l'état présent et futur de leur santé. Malheureusement, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où vivent la plupart des pauvres du monde, les plus pauvres ont moins recours au secteur de santé que les riches.

Nous connaissons ces caractéristiques parce que, à la fin des années 90, on a considérablement progressé dans l'exploitation de la masse de données statistiques qui avaient été précédemment recueillies sur la santé et la richesse dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. En fait, ces données contiennent des informations qui sont encore plus détaillées ; elles peuvent nous dire, par exemple, comment le recours aux soins de santé dans ces pays varie selon l'endroit, le sexe et les ressources financières, et dans quelle mesure ce recours a un impact sur la santé de la population. Ces données, et d'autres sources d'information, nous disent également qu'il y a plus de chances que les dépenses en matière de santé, dans ces pays, profitent aux ménages riches plutôt qu'aux plus pauvres— qui sont généralement ceux qui en ont le plus besoin.

Tant que cette réalité (et une réalité dure à accepter) qui établit un lien entre, d'une part, ressources financières et, d'autre part, état de santé et recours aux soins médicaux, n'avait pas commencé à se faire jour, ceux qui, dans le secteur sanitaire, se préoccupent du sort des pauvres n'avaient pas grand-chose *de concret*, dans la plupart des pays, sur quoi s'appuyer. Ils ne pouvaient pas faire la démonstration, *preuves à l'appui*, que, dans un pays donné, non seulement les pauvres étaient plus malades que les riches, et plus vulnérables à la maladie, mais que le système de santé même était beaucoup plus fait pour les riches que pour eux.

Mais la situation est en train de changer. Ces données statistiques sont disponibles depuis plusieurs années et l'action des pouvoirs publics

commence à changer en raison du tableau stupéfiant des inégalités qu'elles révèlent lorsqu'on sait bien les interpréter.

Ce livre a été écrit pour montrer que cette nouvelle fenêtre ouverte sur les inégalités a dynamisé l'esprit d'empirisme chez ceux qui cherchent à améliorer l'état de santé des pauvres.¹ Cet empirisme ouvre la voie à la mise en œuvre de quatre chantiers essentiels pour que puissent être élaborés une politique et des programmes efficaces. Avec les données dont on dispose maintenant, on peut (i) mesurer l'ampleur des inégalités dans l'utilisation des services de santé (ii) identifier les causes de ce phénomène. En développant l'approche empirique, on peut (iii) tirer les leçons des actions entreprises ailleurs ; et, après avoir évalué, de façon empirique, l'efficacité de nouvelles actions adaptées aux situations locales, on peut (iv) en connaissance de cause opérer de fécondes corrections de trajectoire qui nous rapprochent de l'objectif.

La trajectoire de l'empirisme

La première phase de la démarche empirique dans le combat contre les inégalités en matière de performances du système de santé et de son utilisation consiste à pendre la mesure du problème. Cette première phase permet de cadrer les objectifs du secteur sanitaire et de mieux affecter les ressources ; elle aide à déterminer les cibles et fournit des arguments à ceux qui mènent ce combat au sein même des pays et à l'extérieur. Le chapitre 1 décrit ce qu'on entend par inégalité à la fois dans les performances des systèmes de santé et dans l'utilisation des systèmes de soins.

Une fois le problème cerné, il faut en découvrir les causes. Ces causes constituent le lien entre le problème et la conception d'une politique fondée sur les constats. Il est vraisemblable que le caractère contextuel de la pauvreté et de l'inégalité, décrit au chapitre 2, condamne l'application des réponses universelles aux inégalités dans le domaine des soins de santé si elles ne sont pas adaptées aux contraintes et aux institutions locales. La nécessité d'être sensibilisé aux situations locales donne un prix particulier au diagnostic du système, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Les diagnostics qualitatifs sont établis à partir de questions ouvertes posées aux parties prenantes du système – médecins et patients – qui permettent d'obtenir des informations et de découvrir des problèmes dont on n'avait peut-être pas pris conscience jusqu'alors. Le chapitre trois donne un éventail et des exemples de ces diagnostics sur lesquels s'appuient la conception, la mise en œuvre et le suivi de l'action des pouvoirs publics.

L'évaluation de ce qui se fait au niveau mondial doit également jouer un rôle dans le choix des orientations des pouvoirs publics. Les préceptes pour combattre l'inégalité n'ont pas manqué, mais jusqu'à une période récente on n'avait pas beaucoup d'éléments concrets attestant ce qui fonctionne empiriquement. L'apparition de projets comme Reaching the Poor Programme (*Programme pour atteindre les pauvres*) et Equitap ont donné un nouvel essor aux travaux d'évaluation et d'élaboration d'une base solide de faits avérés permettant de concevoir des actions fondées sur le dialogue. Les chapitres 4 à 18 offrent une documentation opérationnelle ayant trait à toutes ces questions.

La démarche empirique qui guide la lutte contre l'inégalité en matière de santé est complétée par l'action d'un dispositif de suivi qui fonctionne dans le même temps où les politiques sont conçues. Les outils de suivi permettent de saisir les changements dans l'utilisation des services de santé par les pauvres et d'évaluer dans quelle mesure les contraintes sont éliminées au fur et à mesure que les actions sont mises en œuvre. La persistance des inégalités dans le secteur de la santé, soulignée au chapitre 1, et la complexité ainsi que le caractère contextuel de ces inégalités, décrits aux chapitres 2 et 3, disent combien il est important de mettre en place des mécanismes de suivi. Le chapitre 19 passe en revue les instruments de suivi et donne des exemples de leurs applications.

Portée de cet ouvrage

L'objectif principal de ce livre est d'offrir, à des fins d'applications opérationnelles, une synthèse de la masse croissante des recherches empiriques sur les inégalités en matière de soins de santé (O'Donnell et autres 2007 ; Gwatkin, Wagstaff, et Yazbeck 2005). Ce livre s'adresse donc aux décideurs politiques, à ceux qui défendent les droits civiques et aux agences de développement. La liste brève ci-dessous fait ressortir ce que ce livre apporte comme informations, et ce qu'il exclut.

Inégalité et iniquité comparées

- Ce livre est principalement consacré aux manifestations de *l'inégalité*, qui sont plus faciles à mesurer et moins complexes que la question de *l'iniquité*, qui touche aux besoins de soins médicaux.² Parce que des deux concepts, le concept d'inégalité est le plus accessible directement, il a fait l'objet de beaucoup plus de travaux de recherche que le concept

d'iniquité. Cependant, comme le souligne le chapitre 1, quand on considère la mortalité, la morbidité, la malnutrition et les taux de fécondité élevés, mais non désirés, les pauvres sont beaucoup plus mal lotis que les riches. Cela fait que, en mettant l'accent sur l'inégalité, on peut aborder directement la question de l'iniquité.

- Le thème dominant de ce livre est l'inégalité dans l'utilisation des *services* de santé par les divers groupes sociaux classés selon leurs ressources et non l'inégalité des *performances* du système de santé. Les chapitres 1 et 2 abordent cette question de l'inégalité des performances, mais le thème central porte sur l'utilisation des services de santé.

Mesurer la pauvreté

- Ce livre traite de la pauvreté relative (par exemple, des quintiles et des quartiles de richesse) et non de la pauvreté absolue. Les deux approches ont leurs avantages mais, ce qui a déterminé notre choix, c'est qu'il y a des données statistiques sur la pauvreté relative et qu'il est facile de la mesurer.
- Ce sont ce que les gens possèdent, et non ce qu'ils consomment, qui donne la mesure de la pauvreté. Redisons-le, notre choix a été dicté par la disponibilité de données statistiques et par le résultat des recherches. Les approches fondées sur la consommation sont considérées comme l'étalon-or de la distribution (O'Donnell et autres 2007). Près de l'autre extrémité de l'échelle de robustesse, il y a les mesures socioéconomiques du statut de la pauvreté, comme l'éducation et l'emplacement. L'approche fondée sur les actifs utilisée ici se situe à peu près au milieu pour ce qui est de la robustesse et de l'aspect pratique et présente l'avantage supplémentaire d'avoir été l'approche la plus utilisée dans les publications des cinq dernières années.

Sources et données statistiques

La conception de ce livre a nécessité un gros travail de documentation.³ De grandes parties de ce livre sont issues d'une sélection d'ouvrages et de documents rassemblés par la Banque mondiale, par d'autres agences et par d'autres réseaux au cours des dix dernières années. Cette sélection comprend les ouvrages et documents suivants :

Reaching the Poor Program (RPP) (Atteindre les pauvres) a été fondé par la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates et les gouvernements

des Pays-Bas et de Suède. Les chapitres 5-18 de ce livre sont fondés sur les productions suivantes du projet :

- Un ouvrage qui résume les principaux résultats de la recherche financée par RPP (Gwatkin, Wagstaff et Yazbeck 2005)
- Un numéro de *Development Outreach* qui comprenait les conclusions de la conférence du RPP de février 2004 et d'autres travaux d'évaluation.
- Des Synthèses des Actions du RPP disponibles en anglais, français, russe et espagnol (<http://go.worldbank.org/PUJ2E7TIZ0>)
- Un ouvrage sur les méthodologies utilisées dans les travaux de recherche sur les inégalités en matière de santé (O'Donnell et autres 2007)
- Un ouvrage du Population Reference Bureau qui développe les conclusions du RPP (Ashford, Gwatkin et Yazbeck 2006)

Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) for the health sector. (Documents stratégiques de Réduction de la Pauvreté dans le secteur de la santé). Le plan de PRSP a été lancé par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale en septembre 1999. À cette époque, un livre-ressource, le livre-ressource du PRSP a été élaboré pour soutenir le plan et il couvrait la plupart des secteurs de l'économie, y compris la santé. Les chapitres de ce livre-ressource consacrés à la santé, à la nutrition et à la démographie, ainsi que toute une série d'annexes techniques constituent le cadre du chapitre 2 du présent ouvrage et l'ossature du chapitre 3.

World Bank's data on inequality in 56 low-and middle-income countries (Statistiques de la Banque mondiale sur l'inégalité dans 56 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire). À partir de 1999, la Banque mondiale a repris l'analyse des Demographic and Health Surveys (Enquêtes sur les données démographiques et de santé) en utilisant une nouvelle approche fondée sur les ressources, qui avait été mise au point par le groupe de recherche de la Banque mondiale (Gwatkin et autres 2007 ; <http://go.worldbank.org/6LO8OUOURO>). La plupart des analyses du chapitre 1 prennent appui sur cette base de données.

Publications on the Millenium Development Goals (MDGs) (Publications sur les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)). Le lancement du programme de l'OMD a produit un certain nombre de livres et de directives-ressources qui abordent la question de l'inégalité dans le secteur de la santé. Deux de ces ouvrages de synthèse ont été utilisés au chapitre 2. Ils couvraient les déterminants multisectoriels des performances des systèmes de santé, en particulier pour les pauvres, et soulignaient l'importance de l'influence des actions auprès des ménages, des ressources et de la communauté à la fois sur les résultats pour les pauvres et sur leur

utilisation des services de santé (Wagstaff et Claeson 2004, Campbell White, Merrick, et Yazbeck 2006).

World Bank Institute (WBI) courses on equity in health (Cours de l'Institut de la Banque mondiale sur l'équité dans le domaine de la santé.) L'Institut de la Banque mondiale, avec l'Organisation mondiale de la santé et l'université Semmelweis, a organisé deux sessions de cours sur l'inégalité. La première, sur le Web, « Performances des systèmes de santé et les pauvres », entreprise conjointe de l'IBM et de l'OMS, a été lancée en 2002 et diffusée en anglais, français, chinois et espagnol. La seconde, sous forme d'enseignement présentiel, à Budapest, depuis 2003, par l'université Semmelweis et l'OMS/EURO. Le présent ouvrage, dans son ensemble, utilise le contenu de ces deux enseignements.

World Development Report (2004) : Making Services Work for the Poor (WDR04). (Rapport sur le Développement dans le Monde): Des services pour les pauvres. En 2004, le fleuron des publications annuelles de la Banque mondiale, *Le Rapport sur le Développement dans le Monde*, était centré sur les avantages dont bénéficient les pauvres dans plusieurs secteurs, dont celui de la santé. Le chapitre 8 traite essentiellement de la santé et son contenu est utilisé dans les chapitres 2, 3 et 4 du présent ouvrage (Filmer 2004). En outre, l'un des documents de références pour WDR04, qui a rassemblé toutes les informations disponibles sur les politiques de répartition des dépenses publiques, est utilisé dans les chapitres 1 et 3 (Filmer 2004).

Equitap research products. Fondé en 2000 grâce à une subvention de la Commission européenne, cet organisme est mis en oeuvre par un réseau de chercheurs asiatiques qui ont centré leurs travaux sur la comparaison de l'équité dans les systèmes de santé des pays d'une zone géographique qui s'étend du Bangladesh au Japon (<http://www.equitap.org>).

India health sector research (Recherche dans le secteur de la santé de l'Inde). Pour donner des exemples d'analyses centrées sur des pays particuliers, nous utilisons, dans l'ensemble du livre, des données statistiques détaillées sur l'Inde. Ces données et ces conclusions sont empruntées à deux livres et à plusieurs documents de recherche (Peters et autres 2002 ; Yazbeck et Peters ; Mahal et autres 2002 ; Pande et Yazbeck 2003 ; Gaudin et Yazbeck 2006).

Notes

1. Extrait d'un article de Wikipedia sur « l'Empirisme » : « En philosophie, *empirisme* signifie en gros 'Essayez pour voir.' C'est une théorie de la connaissance fondée sur le concret, et non abstraite, et qui soutient que toute connaissance provient de l'expérience et non de la révélation...Elle fait fondamentalement partie de la méthode scientifique selon laquelle toutes les hypothèses et toutes les théories doivent être validées par l'observation du monde naturel, et non reposer seulement sur un raisonnement *a priori*, sur l'intuition ou la révélation, et donc la science est considérée comme étant, *du point de vue méthodologique*, empirique par nature. » Cet article observe, et cela présente un intérêt pour notre travail, que le mot *empirisme* vient d'un mot grec et romain *empirique* « qui s'applique à un médecin dont les connaissances reposent sur l'expérience pratique et non sur la formation théorique » (<http://en.wikipedia.org/wiki/Empiricism>, consulté 15 juin 2008).
2. Iniquité et inégalité ne sont pas la même chose mais ces deux termes sont malheureusement utilisés de façon interchangeable dans la littérature scientifique. L'inégalité est un concept plus simple ; en ce qui concerne l'utilisation des services de santé, l'inégalité fait référence à de simples mesures proportionnelles de l'utilisation par rapport à la population située sur une échelle selon des critères socioéconomiques (par exemple, la moitié la plus pauvre de la population utilisait moins de la moitié des ressources mises à la disposition par les pouvoirs publics pour les soins de santé). L'iniquité fait référence à l'utilisation des services de santé par rapport au besoin médical, et le besoin médical est un concept assez difficile à quantifier.
3. Une bibliographie annotée des publications ayant trait à notre sujet a été élaborée et constitue un document d'accompagnement de cet ouvrage, Goldman et autres (à paraître). Des éléments sélectionnés de cette bibliographie annotée et une description abrégée de chacune de ces références se trouvent en annexe aux chapitres 1,2,3 4 et 19, ce qui établit un lien entre les publications qui sont le plus en rapport avec nos travaux et le sujet de chacun des chapitres.



Remerciements

Composer ce livre a été un plaisir, en grande partie parce que cela m'a donné l'occasion de travailler avec un groupe de personnes merveilleuses cherchant avec passion à améliorer la santé des pauvres. Je tiens à exprimer mes remerciements particulièrement à Davidson Gwatkin et à Adam Wagstaff, qui ont codirigé la première phase du Reaching the Poor Program (RPP), qui est à la base de ce livre et qui a eu le soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates, des gouvernements des Pays-Bas et de Suède et du budget d'appui à la Recherche de la Banque mondiale. La majeure partie du travail d'élaboration de ce livre s'est effectuée au cours de la seconde phase du RPP, qui avait le soutien financier du gouvernement des Pays-Bas et de l'Institut de la Banque mondiale. Je suis profondément reconnaissant à l'équipe du RPP II qui n'a pas ménagé sa peine et qui m'a soutenu : Christina (Tina) Chang, Ann Goldman, Jo Hindrinks, Michelle Morris, Mary Mugala, Tanya Ringland et Chailing Yang. En plus de l'équipe du RPP II à l'Institut, mes remerciements vont également à Bruno A. Laporte, le directeur de l'Institut de la Banque mondiale, dont l'autorité et le soutien ont assuré le succès du RPP II.

Les premières ébauches du livre ont été revues par un merveilleux groupe d'experts, certains appartenant à la Banque, d'autres non. Ce groupe comprenait : Agnès Couffinhal, Maria-Luisa Escobar, Davidson Gwatkin, April Harding, Melitta Jakab, Dan Kress, Aparnaa Somanathan, et Marko Vucici. Une aide éditoriale efficace m'a été apportée par Gregg Forte et Melody Molinoff, et également par les rédacteurs du Bureau des Publications de la Banque mondiale. Mes remerciements vont également à l'équipe de production du Bureau des Publications, en particulier au responsable des acquisitions Stephen McGroarty, au responsable de la production Cindy Fisher, au coordinateur de l'impression Stuart Tucker et à leurs équipes. Enfin, je remercie tout particulièrement la formidable équipe de Steam Cafe.



Abréviations

Lorsque le sigle français existe, il figure en regard du sigle anglais précédé du signe =

ANM	infirmière sage-femme auxiliaire
ARI	infection respiratoire aiguë
BA	évaluation des bénéficiaires
BENFAM	société brésilienne du bien-être familial
BIA	analyse de l'incidence des avantages
BKKBN	conseil de coordination de la planification familiale
CASEN	enquête socioéconomique nationale semestrielle auprès des ménages du Chili
CBHI	mutuelle de santé communautaire
CHI	assurance santé communautaire
CI = IC	indice de concentration
DALY = AVCI	année de vie corrigée de l'incapacité
DHMT	équipe de gestion de la santé au niveau du district au Rwanda
DHS = EDS	enquête démographique et de santé
DOTS	stratégie DOTS
DPT = DCT	diphtérie, coqueluche et tétanos
DRG	groupes homogènes de diagnostic
FLS	enquête sur la vie familiale
FONASA	Fondo Nacional de salud (programme national d'assurance maladie du Chili)
FOSIS	Fondo Solidario de Inversion Social (Fonds d'investissement social et solidaire)
FOSYGA	Fondo de Solidaridad Garantía
HEF	fonds d'équité
HIS	systèmes d'information de santé
IAP	pollution de l'air intérieur

IHRDC	centre de recherche-développement en santé d'Ifakara
IMCI	gestion intégrée des maladies de l'enfance
IMF = FMI	Fonds monétaire international
IMR	taux de mortalité infantile
JPS	Jarang Pengaman Sosial
KINET	programme de moustiquaires imprégnées de Kilombero
LSMS	étude sur les mesures de niveaux de vie
M&E	suivi-évaluation
MAP	programme d'ajustement macroéconomique
MBB	budgetisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement
MCE	évaluation multi-pays
MCH =SMI	santé maternelle et infantile
MDG = OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MHIF	fonds d'assurance-maladie obligatoire
MICS	enquêtes à grappes à indicateurs multiples
MCH	ministère de la Santé
NAP	projet pour les adolescents au Népal
NGO = ONG	organisation non gouvernementale
NHA	comptes nationaux de la santé
NSSO	Organisation d'enquêtes nationales sur échantillons
PER	revue des dépenses publiques
PETS	suivi des dépenses publiques
POS	Plan Obligatorio de Salud
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
PROGRESA	programme santé, nutrition, éducation
PRSP	stratégie de réduction de la pauvreté
PSF	Programa de Saúde da Família (programme de santé familiale)
RC	régime de retraite contributif
RH	santé génésique
RPP	Programme Atteindre les Pauvres
RS	régime subventionné de l'assurance-santé
SES	statut socio-économique
SEWA	Association des Travailleuses Indépendantes
SIAAs	activités de vaccination supplémentaire

SISBEN	système de sélection des bénéficiaires des programmes d'aide sociale
SP	Seguro Popular
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF = UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
WBI	Institut de la Banque mondiale
WHO = OMS	Organisation mondiale de la santé
WHS	Enquête sur la santé dans le monde



1

Une réalité inacceptable

Les statistiques publiées récemment révèlent que l'inégalité en matière de santé est un phénomène endémique parmi 50 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, soit 2,8 milliards de gens. Par rapport aux 20 pour cent les plus riches de la population de ces pays, ces statistiques montrent que, *chez les 20 pour cent les plus pauvres, en moyenne* :

- un petit enfant a deux fois plus de risques de mourir avant l'âge de 1 an ;
- un enfant a trois fois plus de risques de souffrir d'un grave retard de croissance ;
- le taux de fécondité des adolescents est trois fois plus élevé (Gatkin et autres 2007).¹

Ces données statistiques indiquent que le secteur de la santé devrait consacrer davantage de ressources pour les pauvres. Cependant, les données qui expliquent ces disparités montrent également que le secteur de la santé est un vecteur de l'inégalité. Répétons-le, par rapport au quintile le plus riche de la population, les statistiques montrent que, dans le quintile le plus pauvre, en moyenne,

- il y a trois fois plus de chances qu'une femme enceinte accouche chez elle plutôt que dans un établissement sanitaire ;
- plus de deux tiers des naissances risquent de se dérouler sans la présence d'un professionnel qualifié ;
- les enfants ont deux fois moins de chances d'avoir toutes les vaccinations essentielles ; et les femmes en âge de procréer ont 40 pour cent moins de chances de pratiquer la contraception.²

2 Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé

Les chiffres et les statistiques comme ceux cités plus haut changent de manière spectaculaire le programme de recherche et le dialogue sur les actions à entreprendre dans le secteur de la santé, et particulièrement sous l'angle de l'inégalité (Yazbeck 2007). Un certain nombre de facteurs contribuent à ce regain d'attention à l'équité et à l'égalité, mais il y a maintenant à l'œuvre un puissant mouvement d'intérêt pour l'empirisme, dont les résultats mobilisent l'attention des chercheurs, des décideurs politiques et d'une société civile qui prend de plus en plus d'importance.

Une lumière au bout du tunnel : une nouvelle façon de mesurer les inégalités

Rien ne mobilise autant l'action des pouvoirs publics et l'attention des politiques que les faits concrets, en particulier les faits qui dépeignent le désintérêt ou l'inégalité. Jusqu'à ces derniers temps, les défenseurs de l'équité dans le secteur de la santé avaient des possibilités d'action limitées pour lutter contre l'iniquité et l'inégalité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Le manque de données, d'analyses et d'évaluation systématique concernant les effets des réformes politiques et des recommandations constituait une sérieuse entrave. Faute de données spécifiques par pays, la plupart des publications sur l'inégalité mettaient l'accent sur l'inégalité globale dans les performances des systèmes de santé (comme, par exemple, la mortalité infantile et l'espérance de vie) et dans l'utilisation des services de santé. Les données publiées négligeaient souvent ou sous-estimaient les inégalités internes.

Au cœur du problème, il y avait la fragmentation du recueil des données par les agences internationales de développement. La disparité était particulièrement marquée dans deux des plus importants programmes de collecte des données sur les ménages de ces vingt dernières années : les Demographic and Health Surveys (DHS) (enquêtes démographiques et de santé, EDS) pilotées par la U.S. Agency for International Development (USAID) (Agence américaine pour le Développement international) et les enquêtes du Living Standards Measurement Study (LSMS) (études sur la mesure des niveaux de vie), pilotées par la Banque mondiale. Les données des EDS sont centrées sur la démographie, la santé, le choix des prestataires au sein du secteur public et du secteur privé, les informations sur la santé et certaines caractéristiques des ménages. Il n'y a cependant pas dans ces données d'informations directes sur la richesse des ménages ou sur les dépenses liées au secteur de santé.

En revanche, le LSMS mesure la distribution du statut économique et, pour cela, utilise l'étalon-or des méthodes – la production, la consommation et les dépenses des ménages. Cette approche permet aux chercheurs d'affecter à chaque ménage un rang dans le continuum des revenus et rend possible l'examen des dimensions distributionnelles. Cependant, ce qui manque dans ces enquêtes, ce sont des modules sur la santé, la consommation de santé, et les choix. Autrement dit, ces enquêtes peuvent saisir l'inégalité dans sa globalité mais n'ont qu'une vue partielle de la distribution des indicateurs du secteur de la santé.

Le fait qu'il n'y ait pas, au niveau des ménages, d'instruments de mesure du statut économique dans les données statistiques du domaine de la santé a conduit à utiliser des instruments de mesure de substitution ou à prendre la résidence géographique ou la nationalité comme base de l'analyse de l'équité dans ce secteur. Aucune de ces approches ne pouvait, de façon convaincante, fournir les données nécessaires à la mise en œuvre de politiques innovantes.

Il y a eu une avancée à la fin des années 90 lorsque les chercheurs de la Banque mondiale et ceux de l'USAID ont mis au point une technique de mesure de la distribution des richesses utilisant les variables des actifs et de l'accessibilité qui existaient dans les données des EDS mais n'avaient pas jusqu'alors été exploitées.³ Historiquement, les enquêtes EDS et les autres enquêtes sur la santé ne couvraient dans le détail ni les dépenses ni la consommation mais, en revanche, elles incluaient des questions sur la possession de radios, de postes de télévision, de voitures, de bicyclettes et autres biens. Elles contenaient également des données sur l'accès à l'eau et au chauffage et sur certaines particularités comme les types de toilettes ou le genre de matériau utilisé pour les toits. Ces renseignements que donnent les possessions des ménages et les questions sur l'accessibilité peuvent maintenant être utilisés pour identifier le statut économique d'un ménage par rapport à d'autres ménages d'une région ou d'un pays. Cette innovation porte le nom de méthode des scores d'actifs. (En annexe 1, on trouvera des indications sur le mode de calcul des scores d'actifs et également des références pour les notes techniques, les programmes informatiques, et des exemples).

Cette avancée, ainsi que la publication par la Banque mondiale en 1999 et 2000 de données statistiques relatives à 44 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui utilisaient cette techniques ont réintroduit l'inégalité spécifique par pays dans les débats sur la politique des secteurs de la santé et changé le paysage de la recherche de la manière suivante.⁴

4 Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé

En premier lieu, les chercheurs se sont trouvés avec un grand nombre d'enquêtes représentatives sur les ménages (les DHS) qui leur ont permis de cerner l'inégalité des performances et des rendements des systèmes de santé dans une grande partie du monde. Pour les grands pays, ces données ont été également utilisées pour analyser les inégalités au niveau infranational.⁵

En second lieu, la méthode des scores d'actifs a changé la façon dont les autres agences ont rassemblé les enquêtes. Saisir le statut économique au travers d'une enquête sur les ménages, les formations sanitaires ou les patients était beaucoup plus facile par la technique des scores d'actifs que par l'approche plus complexe fondée sur la consommation et les dépenses. Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), qui finance les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui finance les Enquêtes mondiales sur la santé, ont inclus dans leurs enquêtes des questions sur les possessions, ce qui facilite l'analyse de l'inégalité.

L'avancée en matière d'analyse empirique a élargi le potentiel des chercheurs dans les domaines suivants :

- *Identification du problème.* En analysant (i) les résultats en matière de santé et les rendements des systèmes de santé sous l'angle de la santé publique, de la nutrition et de la population (ii) les variations d'un groupe socioéconomique à l'autre, les chercheurs peuvent identifier la nature du problème d'inégalité.
- *Identification des causes.* Comme cela sera résumé au chapitre 2, de nombreux déterminants aussi bien des résultats en matière de santé que de l'inégalité se situent à l'extérieur du secteur de la santé. Ces facteurs n'entrent donc pas dans le cadre de cet ouvrage, mais savoir comment le secteur de la santé réagit par rapport à eux permet une meilleure compréhension et des réponses plus élaborées au niveau de l'action. Le chapitre 3 est centré sur les outils quantitatifs et qualitatifs dont on dispose pour identifier les causes de l'inégalité dans l'utilisation des services de santé et donne des exemples de leurs applications.
- *Élaboration de politiques et fixation d'objectifs.* L'identification du problème et l'identification des causes devraient constituer le fondement technique de la mise au point de politiques et de la planification opérationnelle. Le chapitre 4 décrit à grands traits ce qu'il faut faire pour combattre l'inégalité dans l'utilisation des services de santé. Les chapitres 5 à 18 donnent des exemples des actions et des programmes qui ont réduit les inégalités dans

L'utilisation des services de santé et ont permis aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine d'en avoir plus à leur disposition.

Un tableau pas très joli

Le fait que la Banque mondiale ait repris l'analyse des données des EDS concernant 56 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a permis aux chercheurs d'étudier l'inégalité au sein des pays, d'un pays à l'autre et d'une partie du monde à l'autre. Pour illustrer les résultats tels qu'ils sont et les grandes variations qu'ils présentent, nous prenons trois mesures des résultats en matière de santé : la mortalité infantile, la fécondité des adolescents et les formes sévères de retard de croissance. La figure 1.1. résume les inégalités par régions du monde selon chacun de ces critères et, en annexe 1.2, les tableaux, de A.1.3 à A.1.5, présentent des données identiques par pays et par quintile de richesse.

En premier lieu, comme le montre la figure 1.1 pour chacun de ces résultats, les 20 pour cent les plus pauvres de chaque partie du monde sont plus touchés que les 20 pour cent les plus riches.

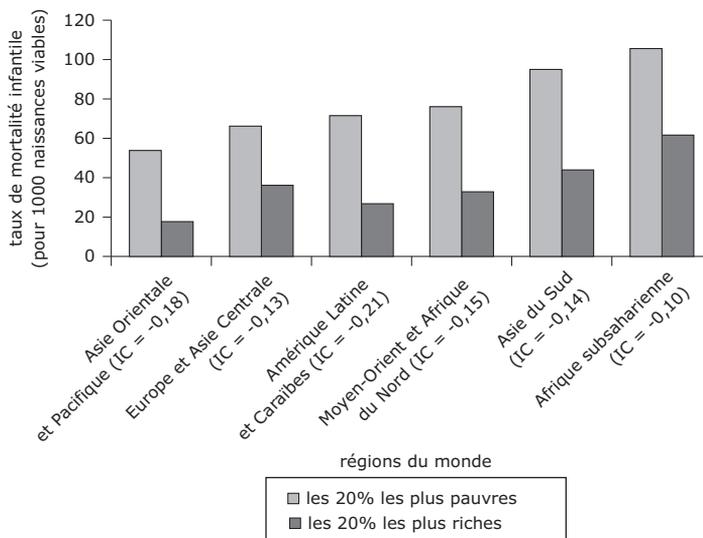
Mais, en second lieu, le *niveau d'inégalité* entre les groupes les plus riches et les groupes les plus pauvres ne reflète pas forcément la trajectoire des résultats pour les pauvres. (L'instrument de mesure du niveau d'inégalité est l'indice de concentration. Pour chaque partie du monde, cet indice est indiqué entre parenthèses sur les figures et sera défini plus loin dans le chapitre.) Par exemple, bien que les niveaux de mortalité infantile (une mort pour 1000 naissances viables) dans les familles les plus pauvres d'Asie orientale et du Pacifique, et d'Amérique latine fût le plus bas, le niveau d'inégalité dans chacune de ces régions du monde était plus élevé que dans les autres régions. Ce fait semble indiquer que, si les pays luttent mieux contre la mortalité infantile, ce sont les familles les plus riches qui bénéficient plus que les autres de cette avancée (Victoria et autres 2000).

En troisième lieu, les moyennes pour chacune des parties du monde masquent la grande hétérogénéité entre les pays de chacune de ces régions du monde et à l'intérieur des 56 pays. Le taux de mortalité infantile dans le quintile le plus pauvre d'un pays s'étend d'un minimum de 32 en Colombie (enquêtes de 2000 et 2005) à un maximum de plus de 140 au Mozambique (1997 et 2003). Au Brésil (enquête de 1996), l'indice de concentration de la mortalité infantile était de -0,25 (niveau élevé d'inégalité), alors qu'au Kazakhstan il n'y avait pas de niveau d'inégalité statistiquement significatif.

6 Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé

Figure 1.1 Inégalités des résultats en matière de santé par régions du monde

a. Écart des taux de mortalité infantile dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire



b. Écart des taux de fécondité des adolescents dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

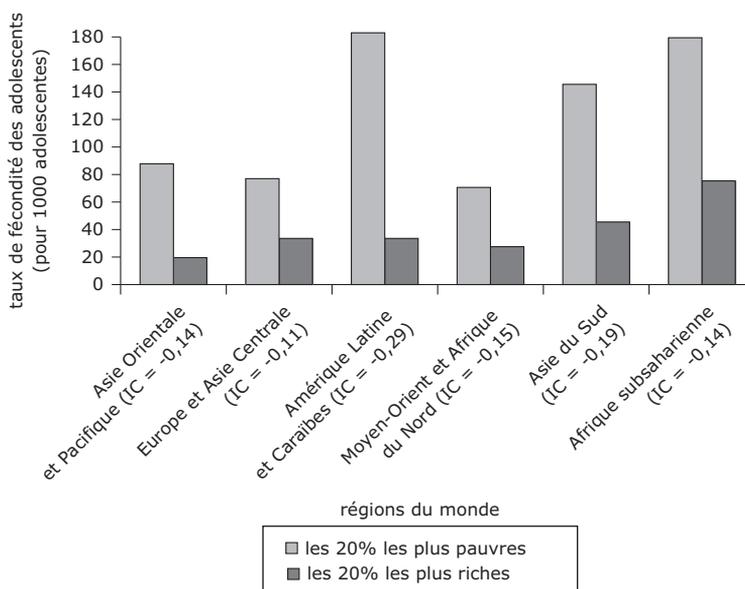
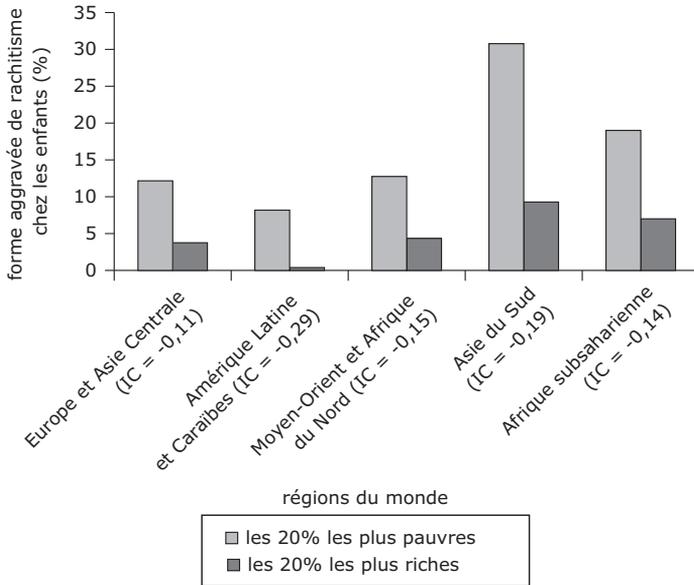


Figure 1.1 (suite)

c. Forme grave de retard de croissance chez les enfants des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire



Source : Gwatkin et autres. IC calculé par l'auteur.

Note : L'Asie centrale et le Pacifique ne figurent pas en c parce qu'il n'y avait pas assez de données pour qu'ils puissent être agrégés à la moyenne des régions par quintile.

Les remarques qui viennent d'être faites à propos de la mortalité infantile valent pour les deux autres résultats présentés ici. Il existe cependant quelques variations évidentes parmi ces trois résultats. Si on regarde les statistiques de l'Amérique latine sur l'ensemble des variables des trois résultats, on s'aperçoit que, si l'inégalité est invariablement la plus élevée de ces parties du monde, les moyennes du quintile le plus pauvre se classent différemment. Les plus pauvres d'Amérique latine se classent beaucoup mieux en moyenne que les plus pauvres des autres régions en ce qui concerne la forme grave de retard de croissance ; ils se situent dans la tranche du milieu pour la mortalité infantile, mais sont derniers pour la fécondité des adolescentes. Il y a d'énormes variations sur l'ensemble des variables, des régions du monde, des pays et même des groupements subnationaux (encadré 1.1).

8 Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé

Encadré 1.1. Variations des résultats en matière de santé et de fécondité en Inde

On peut étudier les variations des résultats en matière de santé et de fécondité sur un ensemble de régions du monde et de pays telles qu'elles apparaissent dans le corps du chapitre en prenant l'exemple de grands pays, l'Inde par exemple. Comme on le voit dans le tableau ci-dessous, le taux moyen de mortalité (TMI) sur l'ensemble de l'Inde est de 73, mais ce taux est 2,6 fois plus élevé dans la tranche des 20% les plus pauvres que dans celle des 20% les plus riches (95,6 contre 36,1). La variation entre les zones urbaines et les zones rurales est très grande, aussi bien en moyenne que sur l'ensemble des quintiles de richesse. Les variations dans les États sélectionnés sont également grandes en moyenne, et le sont encore plus quand on prend les groupes classés en fonction de leurs ressources. Un enfant né dans une famille du quintile le plus riche dans l'État de Tamil Nadu a presque cinq fois plus de chances de survivre jusqu'à l'âge d'un an qu'un enfant né dans une famille du quintile le plus pauvre dans l'État d'Uttar Pradesh.

La fécondité totale présente une configuration identique de variation sur l'ensemble de l'Inde. Au niveau national, les pauvres ont des taux de fécondité beaucoup plus élevés. L'écart entre les taux de fécondité des populations urbaines et des populations rurales n'est pas aussi grand que l'écart des TMI, mais les variations sont considérables sur l'ensemble des États sélectionnés.

Inégalité dans les résultats en matière de santé et de fécondité dans les zones rurales et urbaines de l'Inde selon une sélection d'États, 1998-99

Quintiles de richesse	Toute l'Inde	Inde rurale	Inde urbaine	Tamil Nadu	Uttar Pradesh	Rajasthan	Punjab
Mortalité infantile							
1 ^{er} (le plus pauvre)	95,61	94,15	74,17	62,16	68,86	125,57	83,02
2 ^{ème}	82,72	92,18	50,85	59,86	65,27	100,26	62,37
3 ^{ème}	75,28	77,89	41,32	52,79	60,15	94,90	54,45
4 ^{ème}	55,90	73,08	41,56	46,26	31,33	87,11	31,70
5 ^{ème}	36,09	49,46	23,64	27,68	26,06	52,15	33,80
Moyenne	73,02	79,67	49,22	50,97	53,22	95,36	56,80
Fécondité totale							
1 ^{er} (le plus pauvre)	3,73	3,75	3,04	2,51	3,18	5,07	3,45
2 ^{ème}	3,33	3,46	2,60	2,26	2,72	4,57	2,80
3 ^{ème}	2,80	3,11	2,26	2,14	2,75	4,18	2,12
4 ^{ème}	2,56	2,73	1,84	2,02	2,32	3,77	1,84
5 ^{ème}	1,96	2,39	1,73	2,03	1,73	2,64	1,56
Moyenne	2,85	3,07	2,27	2,19	2,52	3,99	2,28

Source : nouveau calcul IISD (2000)

On peut tirer quelques fortes conclusions évidentes des résultats décrits dans ce chapitre et en annexe 1.2 :

1. *De grands écarts entre les pauvres et les riches.* Dans la majorité écrasante des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (qui représentaient plus de 2 milliards 8 d'habitants en 2001), on constate un grand écart dans les résultats entre les pauvres et les plus riches. Le secteur de la santé devrait contribuer à réduire cet écart parce qu les pauvres ont beaucoup plus besoin de soins de santé que les riches.
2. *Persistance de l'inégalité.* Dans les pays pour lesquels on dispose de données statistiques sur de multiples périodes, ce grand écart semble persister dans la durée. En outre, nombre de pays connaissent une accentuation de l'inégalité des résultats plutôt qu'une réduction de l'écart. Si l'inégalité perdure, c'est qu'il y a des contraintes systématiques et des échecs sur le long terme dans le secteur de la santé, ce qui plaide pour la nécessité de bien saisir la nature de ces contraintes et de ces échecs, en particulier lorsque sont élaborées des actions pour y remédier. Autrement dit, si les réponses des pouvoirs publics sont trop simples, elles risquent de se solder par des échecs.
3. *Diversité des sources de l'inégalité.* Il semble que les écarts, par exemple ceux concernant les résultats de la mortalité infantile, soient constants d'une région du monde à l'autre, mais ce n'est pas le cas des autres résultats. Cette conclusion renforce la nécessité de comprendre ce que sont les déterminants des résultats et de se rendre compte que des facteurs extérieurs au secteur de la santé peuvent jouer un rôle plus marqué pour certains résultats que pour d'autres.
4. *Nécessité des solutions locales.* La très grande diversité de l'inégalité des résultats au niveau des pays et au niveau infranational (encadré 1.1) donne à entendre que les réponses à l'échelon mondial ou régional ne sont pas valables pour tous les pays. C'est pourquoi une analyse de caractère national et infranational doit faire partie intégrante de l'élaboration de politiques efficaces.

La masse des données statistiques peut et doit être exploitée beaucoup plus qu'elle ne l'a été jusqu'à présent. Une analyse de cet ordre peut donner lieu à tout un éventail de constatations pertinentes pour l'action des pouvoirs publics. Étant donné que ce livre est centré sur l'utilisation des services de santé, les données relatives à l'inégalité des performances des systèmes sont principalement utilisées pour stimuler la lutte contre les inégalités dans l'utilisation des services essentiels dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la fécondité.

Le secteur de la santé peut exacerber les inégalités

Il n'est pas surprenant que toutes les performances des systèmes de santé soient inégalitaires quand on pense aux multiples handicaps majeurs dont les pauvres sont affligés, notamment en éducation, dans les transports (aussi bien pour accéder aux hôpitaux que pour voyager en sécurité), dans l'accès à l'eau et aux installations sanitaires, dans la possibilité de s'approvisionner en combustible pour se chauffer et pour cuisiner.

Dans tous les pays, une bonne partie de ces contraintes ne relèvent pas directement du ministère de la santé ni du secteur de la santé dans son ensemble. Cependant, l'utilisation des *services de santé* vitaux entre dans la sphère d'influence des pouvoirs publics en matière de santé et est primordiale pour la santé des pauvres.

Malheureusement, comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, les estimations à l'échelon mondial montrent que, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les services de santé profitent généralement plus aux riches qu'aux pauvres. Nous examinons ce point plus en détail ici car, si le secteur de la santé profite déjà plus aux riches qu'aux pauvres, on pourrait penser qu'y affecter davantage de ressources aggraverait logiquement les inégalités des performances. Cependant, avec les instruments dont il est question aux chapitres 3 et 4, les efforts centrés directement sur la correction du biais pro-riches dans le secteur de la santé peuvent être bénéfiques aux pauvres et réduire les inégalités, comme le montrent les exemples présentés aux chapitres 5 à 18.

Comme pour le biais pro-riches que l'on constate dans les performances des systèmes de santé, la nouvelle analyse des données de l'EDS prouve manifestement qu'il y a également un biais pro-riches dans l'utilisation des services de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Dans un premier temps, nous mettons en perspective l'utilisation des services de santé dans ces pays. Quand ils sont classés selon l'indice de concentration global, qui présente une mesure de l'inégalité à un seul point, les sept services qui présentent la mesure d'inégalité la plus forte sont tous liés à la santé génésique (figure 1.2). Dans le monde de l'inégalité des services de santé, il n'y a pas pire que les services de la santé génésique (Campbell White, Merrick, et Yazbeck 2006 ; Yazbaeck 2004).

Lorsqu'on élargit l'analyse globale pour y inclure les services de santé maternels et infantiles de base, on constate de nouveau que les riches utilisent les services plus que les pauvres (figure 1.2). Quand on considère tous les services de santé de base pour lesquels on dispose de données, et qu'on ne prend pas en compte la source de financement ou de prestation

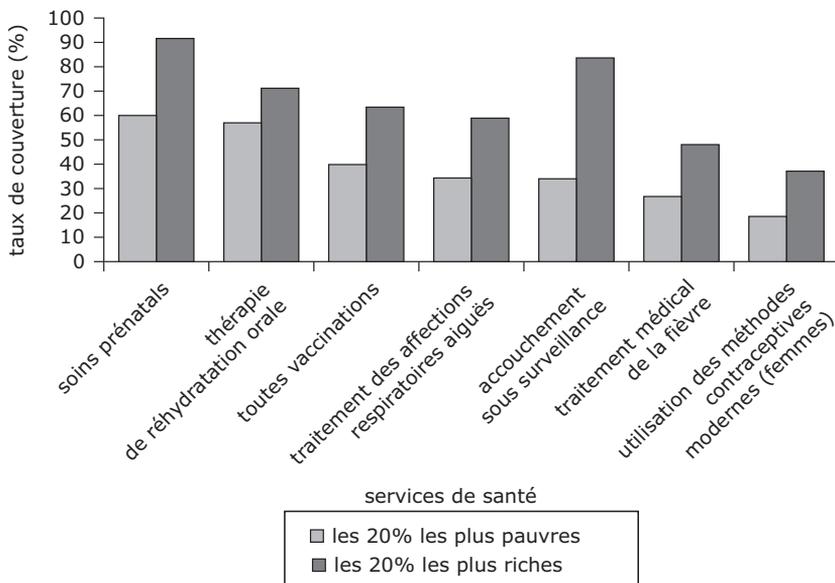
(publique ou privée), on s'aperçoit effectivement que les riches ont beaucoup plus de chances de pouvoir y avoir accès bien que les pauvres en aient plus besoin.

Tableau 1.1 Services de santé ayant la mesure d'inégalité la plus forte

ACCOUCHEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ
PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES HOMMES
ACCOUCHEMENT À DOMICILE
ACCOUCHEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC
ACCOUCHEMENT SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE
PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES
MULTIPLES CONSULTATIONS PRÉNATALES CHEZ UN PROFESSIONNEL DE LA MÉDECINE

Source : Gwatkin et autres 2007

Figure 1.2 Utilisation des soins de santé maternels et infantiles de base : Taux de couverture parmi les 20% les plus pauvres et les plus riches de la population de 56 pays à revenu faible et intermédiaire

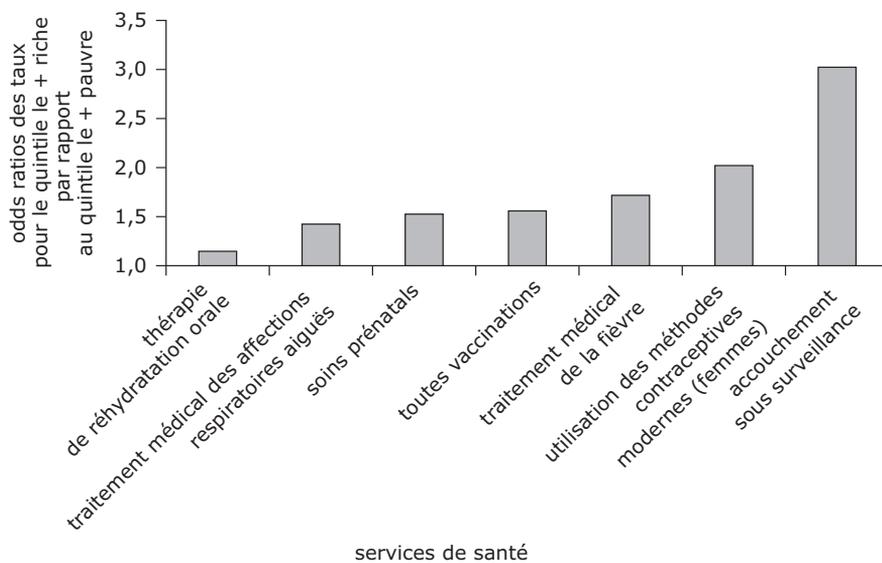


Source : Gwatkin, Wagstaff et Yazbeck 2005

12 *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

L'ampleur de l'écart entre les groupes de population du sommet de l'échelle des richesses et ceux du bas varie selon le service, la région, le pays, et même à l'intérieur des pays. Pour mesurer cette variation par service, on recalcule les données du service de la figure 1.2 comme odds ratios, c'est-à-dire comme coefficient de probabilité qu'une personne d'un ménage du groupe de population des 20% les plus riches, en moyenne, profite d'un service donné par rapport à une personne du groupe des 20% les plus pauvres (figure 1.3). Tous les services de santé de la figure 1.3 ont un odds ratio supérieur à 1, ce qui signifie que les ménages les plus riches ont plus de chances que les plus pauvres de profiter de ce service. Cependant, l'odds ratio est bien supérieur à 1 dans le cas des accouchements en présence d'un professionnel (les plus riches ont trois plus de chances de pouvoir profiter de ce service que les plus pauvres), et bien supérieur à 1 dans le cas de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes (deux fois plus de chances). Redisons-le, le service de santé n'est pas fait pour les pauvres, et en particulier pour les femmes.

Figure 1.3 *Inégalités dans l'utilisation des services de santé maternels et infantiles de base : ratios du taux de couverture pour les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres dans 56 pays à revenu faible et intermédiaire*

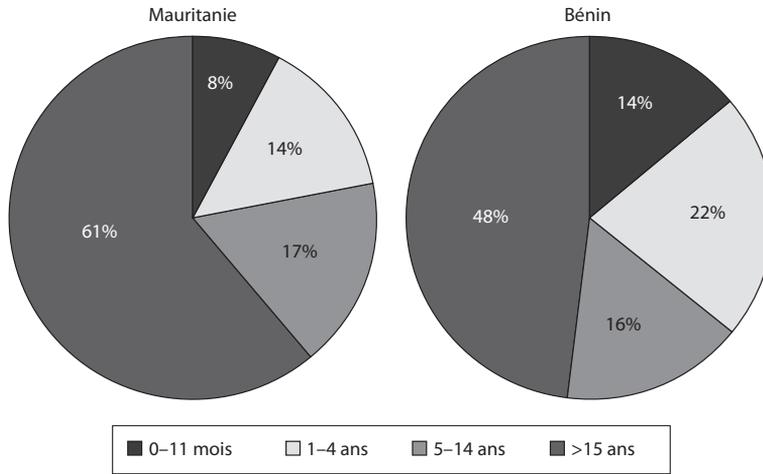


Source : Nouveau calcul des données de la figure 1.2

On constate également une très grande variabilité dans l'inégalité de l'utilisation des services d'une partie du monde à l'autre et d'un pays à l'autre. À titre d'illustration, nous avons choisi quatre services : (i) vaccinations complètes des enfants, (ii) un minimum de trois contrôles prénatals pour les femmes enceintes, (iii) taux de prévalence de la contraception chez les femmes, et (iv) accouchements assistés par professionnels qualifiés. Les quatre cas présentent une forte inégalité en faveur des riches d'une région du monde à l'autre et d'un pays à l'autre (annexe 1.2, tableaux A1.6, A1.7, A1.8, et A1.9). Pour les consultations prénatales, les moyennes pondérées par la population révèlent de grands écarts entre les riches et les pauvres dans chaque partie du monde (figure 1.4). Les femmes les plus pauvres au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Asie du Sud avaient le plus faible taux d'accès aux soins. Cependant, à la différence de ce que l'on constate dans les inégalités de performance, ces deux mêmes parties du monde avaient le niveau d'inégalité le plus élevé à l'aune de l'indice de concentration.

Les inégalités dans l'utilisation des services de santé sont marquées par de grandes différences d'un pays à l'autre. C'est pourquoi, l'examen des inégalités au niveau national – ou, dans le cas de grands pays, au niveau infranational (encadré 1.2), est un moyen beaucoup plus pratique et efficace d'exploiter les données, étant donné que l'objectif est d'appliquer de nouvelles politiques dans des pays particuliers. Par exemple, les données au niveau national font apparaître d'énormes variations concernant la proportion de femmes du quintile le plus pauvre qui ont un minimum de trois consultations médicales prénatales (tableau A1.7) avec un minimum de seulement 3,4 pour cent en République du Yémen et un maximum de 92,4 pour cent en République dominicaine (2002). On constate également une forte variation lorsqu'on prend comme mesure de l'inégalité l'indice de concentration. C'est au Pakistan que l'on trouve le niveau maximum d'inégalité concernant l'utilisation de ce service de santé, et au Zimbabwe le niveau le plus faible.

Figure 1.4 Pourcentage de femmes enceintes dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche qui bénéficient d'au moins trois consultations prénatales : moyennes pondérées par la population par région du monde



Source : Données fournies par Gwatkin et autres (2007). IC calculés par l'auteur

Encadré 1.2 Variations dans l'utilisation des services de santé en Inde

Dans un pays aussi grand que l'Inde, une analyse infranationale est essentielle pour découvrir des détails qui n'apparaissent pas dans les analyses nationales, pour ne rien dire des analyses au niveau des régions du monde. L'utilisation de trois services de santé génésique et de médecine pour enfants le prouve. Au niveau national, les trois variables sont toutes caractérisées par des inégalités importantes.

Mais, ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'énorme variation que l'on constate d'un État à l'autre, aussi bien dans les moyennes que dans les groupes classés selon la richesse. Ces constats soulèvent de nombreuses questions. Pourquoi deux États du même pays présenteraient-ils de telles différences dans l'utilisation du même service (par exemple, toutes les vaccinations pour tous les enfants – près de 89 pour cent au Tamil Nadu et seulement 16, 5 pour cent au Rajasthan) ? Pourquoi est-ce que seulement 5 pour cent des femmes les plus pauvres en Uttar Pradesh reçoivent des soins prénatals tandis qu'il y en a 80 pour cent au Tamil Nadu ?

Encadré 1.2 (suite)

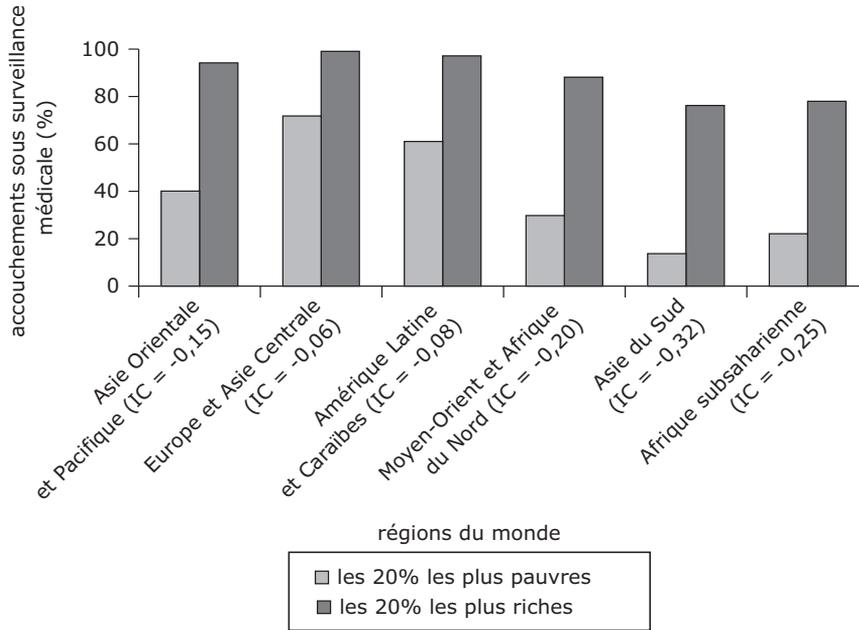
Inégalités dans l'utilisation des services de santé en Inde et dans une sélection d'États, 1998-9
(pourcentage de population correspondant qui bénéficie du service)

Quintiles de richesse	Toute l'Inde	Inde Rurale	Inde Urbaine	Tamil Nadu	Maharashtra	Uttar Pradesh	Rajasthan	Punjab
Toutes vaccinations								
1 ^{er} (le plus pauvre)	22,19	22,44	39,85	79,91	64,35	10,19	4,53	42,25
2 ^{ème}	29,27	24,27	53,34	88,42	70,61	16,27	11,87	74,33 ^a
3 ^{ème}	42,92	36,56	58,45	87,37	74,85	18,70	8,66	71,05
4 ^{ème}	54,54	45,10	65,92	90,32	79,66	32,13	23,44	84,89 ^a
5 ^{ème}	66,19	59,56	72,81	97,92	79,40	38,06	45,35	100,0 ^a
Moyenne	41,13	36,51	56,62	88,65	73,17	22,07	16,51	71,28
Soins prénatals, minimum trois consultations								
1 st (le plus pauvre)	20,30	20,92	48,64	82,22	38,35	5,29	10,36	30,49
2 ^{ème}	30,02	25,31	64,72	83,81	56,27	7,20	15,16	50,71
3 ^{ème}	45,01	35,70	73,84	95,88	69,11	9,67	16,05	57,63
4 ^{ème}	61,55	46,89	82,70	97,14	85,43	15,26	26,79	78,28
5 ^{ème}	81,31	64,34	92,47	97,42	93,99	47,48	62,90	97,44
Moyenne	44,24	36,90	70,13	90,94	66,20	14,86	23,59	58,42
Utilisation de méthodes contraceptives modernes parmi les femmes								
1 st (le plus pauvre)	28,90	29,48	42,48	48,44	54,66	12,66	25,41	52,45
2 ^{ème}	34,42	31,12	49,54	45,27	60,95	14,37	29,43	55,70
3 ^{ème}	45,42	39,42	51,73	51,73	60,31	17,87	39,01	55,09
4 ^{ème}	49,89	46,80	55,18	50,26	61,26	24,22	40,47	53,03
5 ^{ème}	54,91	51,89	56,28	55,33	62,08	40,18	55,08	52,92
Moyenne	42,85	39,89	51,22	50,27	59,88	21,97	38,06	53,83

Source: Recalculé par IIPS (2000).

a. Cette moyenne est basée sur un petit échantillon et n'est peut-être pas représentative.

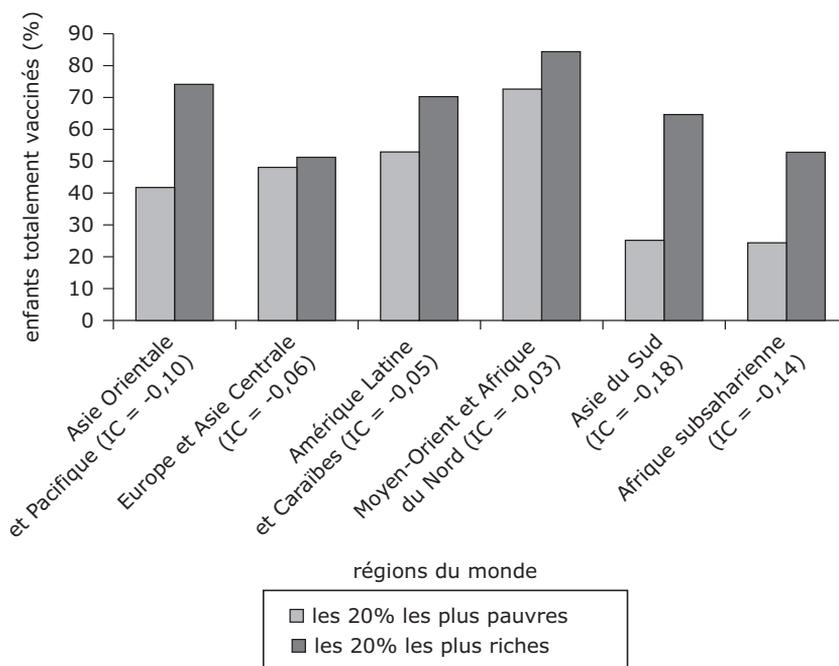
Figure 1.5 Accouchements sous surveillance médicale dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche : pourcentage des moyennes pondérées par la population par région du monde



Source : Données fournies par Gwatkin et autres (2007). IC calculés par l'auteur

Si on regarde par région du monde, on note que les écarts entre les groupes de richesse sont beaucoup plus marqués pour les accouchements sous assistance médicale (figure 1.5) que pour les vaccinations complètes pour les enfants (figure 1.6). Une fois encore, les variations spécifiques par pays pour ces deux variables de l'utilisation des services sont d'une amplitude maximale (tableaux A1.9 et A1.6). Le pourcentage d'accouchements sous surveillance médicale parmi les femmes pauvres s'étend d'un minimum de moins de 1 pour cent en Éthiopie (2000) à plus de 99 pour cent au Kazakhstan (1999). En ce qui concerne la vaccination, on note également une variation considérable au niveau des pays.

Figure 1.6 Pourcentage des enfants totalement vaccinés du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche : moyennes pondérées par la population



Source : Données fournies par Gwatkin et autres (2007). IC calculés par l'auteur

Mauvaise affectation des dépenses publiques en matière de santé

Les inégalités dans l'utilisation des services de santé, dont on a des preuves accablantes, ont été combattues jusqu'à présent en prenant appui sur des enquêtes comme les EDS, qui sont centrées sur les services de santé au niveau local et sur les services de planning familial. Dans la plupart des pays, les services de santé au niveau local ne constituent qu'un faible pourcentage de ce que la communauté dépense généralement pour le secteur de la santé. Ne figurent pas dans les données des EDS et de notre analyse jusqu'à présent les soins de santé secondaires et tertiaires, importants et onéreux, dispensés à l'hôpital. Étant donné que les faits montrent que les dépenses publiques pour les soins de santé au niveau local profitent principalement aux riches, cela ne devrait pas surprendre que les dépenses publiques pour les services de santé dispensés à l'hôpital profitent

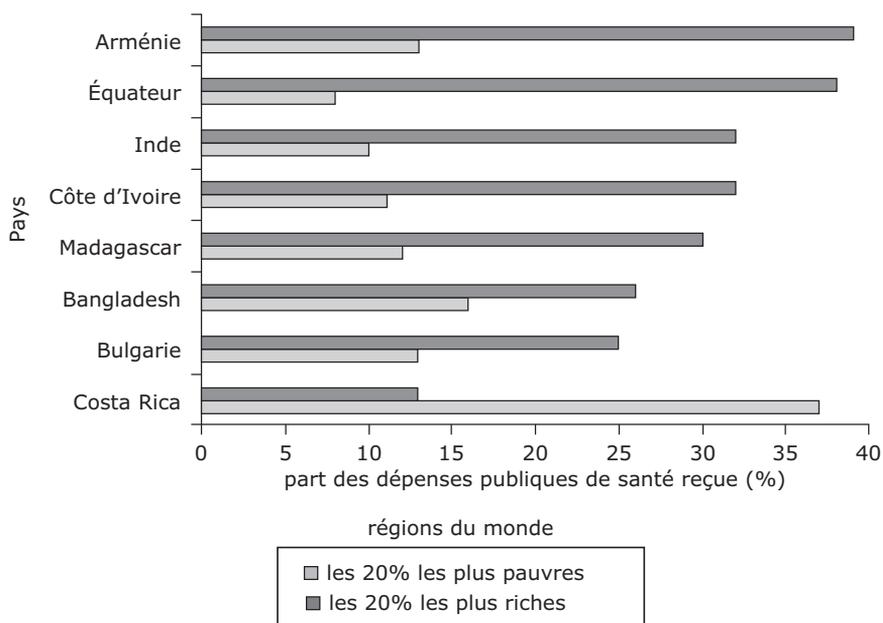
encore plus aux riches. Le chapitre suivant aborde la question des nombreux obstacles que rencontrent les pauvres pour se faire soigner. Ces obstacles sont encore plus difficiles à surmonter quand il s'agit des services de santé onéreux de l'hôpital.

Il y a une technique d'analyse qui permet de saisir la distribution des dépenses publiques de santé, c'est l'analyse de l'incidence des avantages.⁶ C'est une méthode indirecte d'estimation de la répartition des avantages des dépenses publiques entre les groupes classés selon la richesse. À la base de cette méthode, il y a ce que coûtent les services de santé à la communauté. Par exemple, le coût d'une hospitalisation est considérablement plus élevé que celui d'une consultation externe. De la même manière, une hospitalisation d'une nuit dans un petit établissement rural est considérablement moins onéreuse qu'une hospitalisation d'une nuit dans un centre de cancérologie. En observant de près l'utilisation que les groupes socioéconomiques font des divers services de santé, les analyses de l'incidence des avantages contribuent à apporter une réponse à la question importante pour les politiques de savoir qui sont les bénéficiaires des dépenses publiques affectées aux divers services.⁷ Plus précisément, est-ce que les gouvernements utilisent leurs ressources pour répondre aux besoins des pauvres et des défavorisés ?

En outre, cette méthode permet de globaliser les inégalités que l'on constate dans l'utilisation des services de santé en présentant une image exacte de l'ampleur de l'inégalité dans les dépenses de santé totales d'un gouvernement. Un panorama des analyses de l'incidence des avantages effectué pour le *Rapport mondial sur le développement* 2004 de la Banque mondiale a rassemblé des données relatives à ces analyses concernant 22 pays (Filmer 2004, Banque mondiale 2004). Ces données ont confirmé qu'une majorité écrasante des budgets de la santé publique bénéficiaient aux riches.

Quand on examine cet ensemble de données pour 8 des pays, un certain nombre de faits se dégagent (figure 1.7) Le constat le plus évident est la disparité entre les pauvres et les riches— dans les 8 pays, sauf Costa Rica, les 20 pour cent les plus pauvres de la population profitent de beaucoup moins de 20 pour cent des avantages (notamment en Équateur) et, dans tous ces huit pays, à l'exception de Costa Rica, les 20 pour cent les plus riches profitent de beaucoup plus de 20 pour cent (en Arménie, presque le double). Comme le fait supposer la situation exceptionnelle de Costa Rica sur la figure 7, un autre constat évident est que l'écart de l'incidence des subventions publiques entre les groupes de richesse varie considérablement d'un pays à l'autre.

Figure 1.7 Échantillon des résultats des analyses de l'incidence des avantages en ce qui concerne les dépenses publiques de santé



Source : Filmer 2004

Une analyse de l'incidence des avantages peut également s'effectuer au niveau infranational pour les grands pays. L'Inde a été le terrain de l'une de ces études les plus détaillées jamais entreprises (encadré 1.3). Les données montrent que, si dans l'écrasante majorité des États, et au niveau national, les dépenses publiques sont au bénéfice des riches, elles profitent aux pauvres dans un État au moins (Kerala). L'un des principes directeurs de cet ouvrage est que le monde peut tirer les leçons des cas de réussite dans la lutte contre les inégalités même si, dans leur écrasante majorité, les faits prouvent que le secteur de la santé oublie les pauvres.

Présentation des données sur l'inégalité

Tout au long de ce livre, et dans bien d'autres écrits, les données sur l'inégalité sont présentées de diverses manières, chacune étant choisie en fonction de facteurs pratiques, techniques et stratégiques. Pour ne prendre que la perspective stratégique, il est important que cette présentation soit

adaptée au public à qui elle est destinée. Les décideurs politiques ont besoin d'instruments simples, faciles à expliquer à un public élargi, et puissants du point de vue politique tandis que les chercheurs préfèrent des analyses d'ensemble plus complexes. Dans le reste de chapitre, on trouvera résumés les choix qui sont les nôtres pour présenter les données sur l'inégalité

L'écart de richesse

La façon la plus directe de présenter les données sur l'inégalité est de comparer les moyennes relatives aux plus pauvres et celles relatives aux plus riches dans la société. Cette méthode a été utilisée pour les performances des systèmes de santé en figure 1.1 ; pour l'utilisation des services sur les figures 1.2, 1.4, 1.5 et 1.6 ; pour donner une image exacte des dépenses publiques de santé en figure 1.7. Les écarts de richesse suscitent l'intérêt parce qu'ils sont simples à comprendre, ont une force politique et permettent bien de capter l'attention des responsables politiques, des parlements, de la société civile et des médias.

Par exemple, l'écart de richesse dans le domaine de la vaccination en Inde (encadré 1.2) apparaît en figure 1.8. Ce résultat met en lumière un message simple et fort, à savoir que les enfants pauvres sont exposés aux maladies que la vaccination peut prévenir beaucoup plus que les enfants des familles aisées. Un inconvénient des analyses de l'écart de richesse est qu'elles ne prennent en compte que les statistiques relatives aux groupes extrêmes et ignorent le reste de la population. Une autre limite est la difficulté de comparer les écarts entre un certain nombre de variables ou de pays.

Encadré 1.3 *Analyse de l'incidence des avantages au niveau infranational*

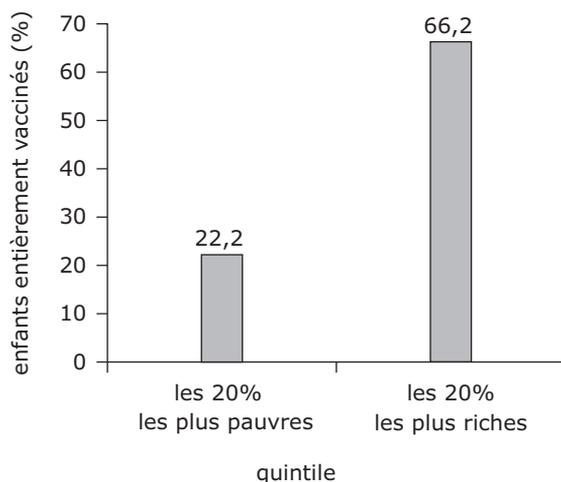
L'analyse de l'incidence des avantages effectuée en Inde en 1996 montre que, sur l'ensemble du pays, en ce qui concerne le budget que les pouvoirs publics consacrent au secteur de la santé pour les soins, la part qui revient aux 20% les plus riches est plus de trois fois supérieure à celle qui revient au quintile le plus pauvre (tableau). Cette analyse au niveau infranational montre que, dans certains États (Kerala, Gujarat, Tamil Nadu, et Maharashtra) les pauvres sont beaucoup mieux lotis que dans d'autres. Dans l'État de Bihar, la situation est terrible – la part du budget pour les soins de santé est plus de dix fois supérieure pour les riches à ce qu'elle est pour les pauvres.

Analyse de l'incidence des avantages, Inde, 1995

Class.	État	Ratio des subventions pour soins au profit des riches par rapport aux pauvres	Indice de concentration
1	Kerala	1,10	-0,041
2	Gujarat	1,14	0,001
3	Tamil Nadu	1,46	0,059
4	Maharashtra	1,21	0,060
5	Punjab	2,93	0,102
6	Andhra Pradesh	1,85	0,116
7	West Bengal	2,73	0,157
8	Haryana	2,98	0,201
9	Karnataka	3,58	0,208
	Toute l'Inde	3,28	0,214
10	North East	3,16	0,220
11	Orissa	4,87	0,282
12	Madhya Pradesh	4,16	0,292
13	Uttar Pradesh	4,09	0,304
14	Rajasthan	4,95	0,334
15	Himachal Pradesh	5,88	0,340
16	Bihar	10,3	0,419

Source: Basé sur les conclusions de Mahal et autres (2002) et de Peters et autres (2002).

Figure 1.8 *Toutes vaccinations : écart de richesse, Inde, (1998-99)*



Source : IIPS recalculés (2000)

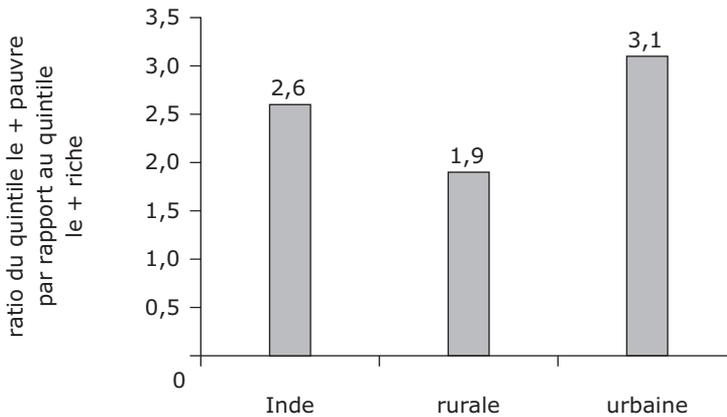
Odds Ratio

On peut présenter les données relatives à l'écart de richesse sous forme d'odds ratios. C'est cette méthode qui a été utilisée pour transformer la figure 1.2 en figure 1.3. Les odds ratios frappent moins à la lecture que les écarts de richesse, mais sont plus faciles à expliquer et permettent des comparaisons entre les différentes variables (comme en figure 1.3) et d'un pays ou d'une région du monde à l'autre.

Si les odds ratios permettent facilement les comparaisons, l'ampleur des variables leur échappe. Par exemple, on peut présenter sous forme d'odds ratios (figure 1.9) les données sur la mortalité infantile en Inde dans le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche en zone urbaine et en zone rurale (encadré 1.1). Nous savons par le biais d'autres mesures que les nouveau-nés en zone rurale ont un taux de survie beaucoup plus faible que ceux des zones urbaines, mais cet élément –l'ampleur de la différence entre zone rurale et zone urbaine— n'apparaît pas dans la présentation sous forme d'odds ratio. Au lieu de cela, cette dernière présentation révèle que, concernant la mortalité infantile *au sein de* la population urbaine, l'écart de richesse est d'environ 50 pour cent supérieur à ce qu'il est dans la population rurale (ce qui signifie que, par comparaison avec les nouveau-nés des familles du quintile le plus riche, les nouveau-nés du quintile le plus

pauvre risquent 3,1 fois plus de mourir avant un an en zones urbaines mais seulement 1,9 fois plus en zones rurales). Une limite de la méthode de l'odds ratio est que, comme la méthode de l'écart de richesse, elle ne fait apparaître que les données relatives aux groupes les plus pauvres et les plus riches, sans prendre en compte le milieu restant de la population.

Figure 1.9 Odds ratio de mortalité infantile : probabilité de morts des nouveau-nés dans le quintile le plus pauvre des familles par rapport à la probabilité dans le quintile le plus riche, en zones rurales et urbaines de l'Inde, 1998-99

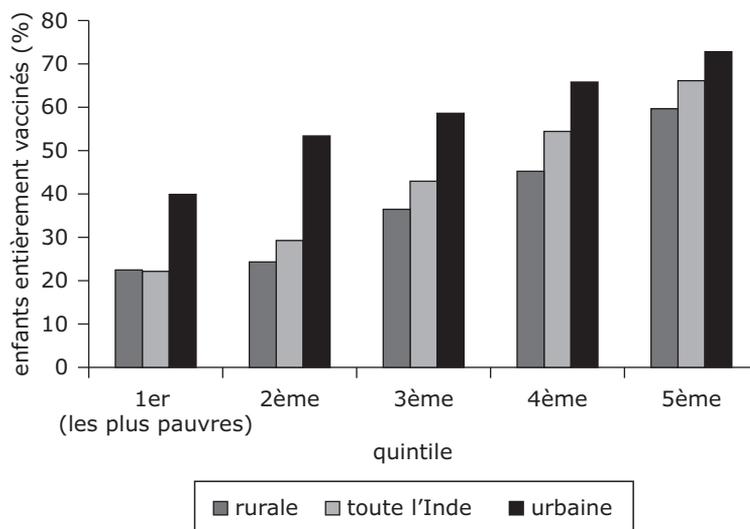


Source : IIPS : Nouveau calcul (2000)

Gradient total

Il existe un autre mode de présentation des données sur l'inégalité, c'est de montrer le gradient total, c'est-à-dire le résultat pour tout groupement de l'analyse. Cette méthode a été utilisée dans la plupart des tableaux de ce chapitre, en particulier en annexe 1.2. L'avantage manifeste de cette approche est qu'elle montre la distribution complète. Cependant, un surcroît d'information est à la fois une bonne et une mauvaise chose. Si cela permet de saisir les inégalités sur l'ensemble de la population, ce qui est une dimension importante, cela entrave la communication avec les publics de profanes et avec les décideurs. La figure 1.10 présente un tableau complet des inégalités par quintile de richesse pour l'ensemble de l'Inde et pour ses populations rurales et urbaines.

Figure 1.10 *Inégalité en matière de vaccinations complètes, Inde, 1998-99*



Source :Gaudin et Yazbeck 2006

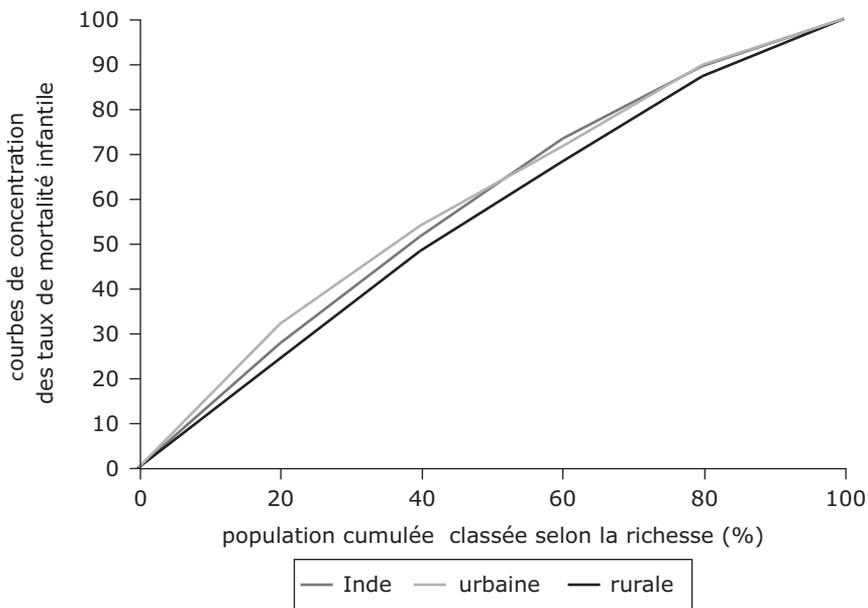
Courbes de concentration

La même distribution complète des inégalités en matière de performances ou de rendement du secteur de la santé peut être présentée sous une forme cumulée qu'on appelle courbe de concentration. Les courbes de concentration fournissent une image cumulée du poids des performances en matière de santé ou de l'avantage d'utiliser un service pour les 20% les plus pauvres, les 40%, les 60 % et ainsi de suite jusqu'à ce que la totalité de la population soit représentée.⁸ Prenant appui sur les données relatives à l'Inde (encadrés 1.1 et 1.2), les figures 1.11 et 1.12 représentent respectivement les courbes de concentration de la mortalité infantile (TMI) et de vaccination complète. Les courbes de concentration pour les TMI sont au-dessus de la ligne des 45 degrés, ce qui signifie que les quintiles les plus pauvres de la population supportent un poids de mortalité supérieur à celui des plus riches. En outre, la courbe de concentration des TMI dans les zones urbaines de l'Inde se situe au-dessus de la courbe de concentration pour les zones rurales, ce qui illustre le fait que, si les TMI sont en moyenne

plus faibles parmi la population urbaine, les inégalités (telles qu'elles apparaissent en figure 1.9) sont plus faibles parmi la population rurale.

Une courbe de concentration des performances de santé négatives, par exemple de la mortalité infantile, exprime l'inégalité quand elle est au-dessus de 45 degrés, c'est-à-dire de la ligne de parfaite égalité, mais le contraire est également vrai pour les courbes de concentration de l'utilisation des services de santé. La figure 1.12 représente les courbes de concentration des vaccinations complètes des enfants dans quatre États de l'Inde (à partir des données de l'encadré 1.2). Deux des courbes, celles de Rajasthan et de Uttar Pradesh sont nettement au-dessous de la ligne de parfaite égalité (la diagonale sur la figure) et celles des deux autres États, le Tamil Nada et le Maharashtra, coïncident presque avec la ligne d'égalité. Une courbe de concentration de l'utilisation des services de santé qui est en dessous de la ligne de parfaite égalité signifie que la population la plus pauvre est moins consommatrice de ces services que la plus riche.

Figure 1.11 Courbes de concentration des taux de mortalité infantile en Inde, 1998-99



Source : données fournies par Gaudin et Yazbeck (2006)

Figure 1.12 Courbes de concentration des vaccinations.
Sélection d'États indiens, 1998-99



Source : données fournies par Gaudin et Yazbeck (2006)

Indice de concentration

Les méthodes ci-dessus ne sont pas faciles à utiliser pour comparer entre eux les services, ou les pays et les régions du monde. On peut utiliser les odds ratios ou les écarts de richesse pour comparer les services ou les régions du monde mais, en faisant cela, on se prive d'une masse considérable d'informations sur de grands segments de la société. En revanche, l'indice de concentration (IC) est une unité de mesure numérique qui utilise toutes les données disponibles et permet immédiatement des comparaisons entre les groupements. L'indice de concentration est égal à deux fois la surface de l'aire comprise entre la courbe et la ligne de parfaite égalité (la diagonale). Les valeurs de l'IC vont de -1 à 1. L'IC s'étend de -1 à 0 si la courbe de concentration est au dessus de la ligne de parfaite égalité et 0 à 1 si la courbe est au-dessous de la ligne de parfaite égalité.

Le fait que l'IC puisse présenter une image de toutes les données disponibles relatives à l'inégalité en fait un instrument extrêmement précieux

pour les chercheurs et il est donc l'élément statistique le plus utilisé pour mesurer les inégalités dans le secteur de la santé. En contrepartie, les IC présentent l'inconvénient de ne pas être à la portée du profane. Un IC de 0,4 ne signifie pas grand-chose à un décideur politique ou à un militant non spécialiste alors qu'il y a beaucoup plus de chances qu'ils comprennent la signification d'un odds ratio de 2 ou d'un écart de richesse de 30 pour cent. Comme tous les modes de présentation des inégalités, les IC offrent de nets avantages, mais aussi des inconvénients manifestes.

Annexe 1.1. Indice d'actifs comme mesure de la richesse relative

Il a deux approches pour mesurer les niveaux de vie, une approche directe et une approche indirecte (O'Donnell et autres 2007). La méthode directe consiste à collecter les données relatives au revenu, aux dépenses et à la consommation ; mais ces données coûtent cher et sont difficiles à collecter ; la méthode indirecte utilise un indicateur de substitution, par exemple l'indice d'actifs. Un indice d'actifs mesure les niveaux de vie en utilisant les données relatives aux possessions des ménages, par exemple les bicyclettes, les voitures, les récepteurs de radio, les matériaux tels que les revêtements en bois ou en béton et l'accès à l'indispensable, l'eau par exemple. Les renseignements de cet ordre sont faciles et rapides à collecter par le biais d'enquêtes auprès des ménages et dans les établissements. Bien qu'ont ait reproché à cette méthode de ne pas avoir de fondement théorique, elle est de loin la plus pratique pour mesurer les niveaux de vie. En outre, selon des études récentes, il y a un lien étroit entre les possessions et la consommation, ce qui tend à démontrer qu'un indice d'actifs est un indicateur valable de niveau de vie.

Les besoins de données

Pour construire un indice d'actifs, il faut des données sur les possessions des ménages. Ces données peuvent s'obtenir par le biais d'enquêtes multidimensionnelles, telles que les enquêtes démographiques et de santé.

Où trouver les éléments pour construire un indice d'actifs

Le groupe de recherche de la Banque mondiale a mis au point une note technique sur la façon de construire et d'utiliser un indice d'actifs à partir des données des enquêtes auprès ménages. Ce document comporte un logiciel informatique et des exemples de cas pour aider les chercheurs. Cette note se trouve dans *Analysing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation* (O'Donnell et autres 2007). On peut également avoir accès à cette information via le Web sur le site <http://go.Worldbank.org/LVSSZJX900>. Voir chapitre 6 de cet ouvrage.

Un exemple

Les informations que donne l'Enquête nationale sur la santé des familles en Inde 1998-99 (IIPS 2000) ont été utilisées par Gaudin et Yazbeck (2006) dans leur étude de l'inégalité d'accès aux services de vaccination à l'échelon

national parmi les populations urbaines par comparaison avec les populations rurales et dans 16 des plus grands États du pays. Le tableau A1.1 résume les scores d'actifs des populations urbaines et le tableau A1.2 montre comment les quintiles résultants ont été calculés à partir de l'indice d'actifs. La figure A1.1 montre comment les quintiles calculés à partir des possessions ont permis l'analyse des inégalités en matière de vaccination dans l'Inde urbaine et rurale dans la durée. On a constaté une amélioration en zone urbaine au fil des années mais les inégalités demeurent très fortes dans l'Inde rurale.

Tableau A1.1 Scores d'actifs et scores factoriels, Inde urbaine, 1998-99

Actif	Possession d'actifs		Résultat des composantes principales		
	Moyenne non pondérée	Ecart type non pondérée	Score des ménages		
			Scores d'actifs et scores factoriels	Posède l'actif	Ne possède pas l'actif
Téléphone	0.20078	0.40059	0.3772	0.7526	20.1891
Électricité	0.91341	0.28123	0.3686	0.1135	21.1972
Résidence alimentée en eau potable	0.51646	0.49974	0.3413	0.3303	20.3527
Gaz pour cuisine	0.46922	0.49906	0.2384	0.2535	20.2241
Cocotte-minute	0.65112	0.47662	0.2269	0.1661	20.3100
TV	0.69189	0.46172	0.2165	0.1445	20.3245
Table	0.65003	0.47697	0.2113	0.1551	20.2880
Matelas	0.71707	0.45043	0.2104	0.1321	20.3349
Ventilateur	0.82162	0.38284	0.2083	0.0971	20.4471
Chaise	0.71298	0.45238	0.2072	0.1314	20.3265
Réfrigérateur	0.28817	0.45292	0.2057	0.3233	20.1309
Toilettes personnelles à chasse d'eau	0.47621	0.49944	0.1983	0.2080	20.1891
Maison Pucca	0.65904	0.47404	0.1974	0.1420	20.2745
Moto	0.24961	0.43280	0.1794	0.3111	20.1035
Cuisine séparée	0.64010	0.47998	0.1786	0.1339	20.2382
Horloge	0.90105	0.29860	0.1733	0.0574	20.5228

30 Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé

Actif	Possession d'actifs		Résultat des composantes principales		
	Moyenne non pondérée	Ecart type non pondérée	Score des ménages		
			Scores d'actifs et scores factoriels	Posède l'actif	Ne possède pas l'actif
Machine à coudre	0.35412	0.47825	0.1561	0.2108	20.1156
Radio	0.53163	0.49901	0.1428	0.1340	20.1521
Cerceau	0.86096	0.34599	0.1314	0.0528	20.3271
Pompe pour eau potable sur résidence	0.09888	0.29851	0.0957	0.2889	20.0317
Pompe à eau	0.09306	0.29052	0.0952	0.2971	20.0305
Voiture	0.04369	0.20440	0.0928	0.4344	20.0198
Bicyclette	0.53444	0.49882	0.0818	0.0764	20.0877
Possède maison	0.78185	0.41300	0.0329	0.0174	20.0624
Puits personnel pour eau potable	0.00685	0.08249	0.0310	0.3730	20.0026
Hectares de terres irriguées en culture	6.10423	40.47415	0.0275	n.p.	n.p.
Tracteur	0.00761	0.08688	0.0272	0.3113	20.0024
Eau potable à puits public	0.05357	0.22516	0.0267	0.1122	20.0064
Hectares de terres cultivées	10.72356	55.83063	0.0257	n.p.	n.p.
Eau potable à pompe publique	0.08252	0.27517	0.0182	0.0606	20.0054
Eau potable à camion citerne	0.00325	0.05691	0.0150	0.2625	20.0009
Cuisine au biogaz	0.00566	0.07499	0.0145	0.1925	20.0011
Batteuse	0.00684	0.08241	0.0129	0.1552	20.0011
Autre source d'eau potable	0.00664	0.08124	0.0125	0.1525	20.0010
Possède terre arable	0.19916	0.39938	0.0107	0.0214	20.0053
Charrette à bœuf	0.01423	0.11845	0.0039	0.0325	20.0005
Eau potable à source	0.00086	0.02922	0.0038	0.1282	20.0001
Eau potable à mare ou lac	0.00278	0.05261	0.0031	0.0584	20.0002

Actif	Possession d'actifs		Résultat des composantes principales		
	Moyenne non pondérée	Ecart type non pondérée	Score des ménages		
			Scores d'actifs et scores factoriels	Posède l'actif	Ne possède pas l'actif
Cuisine à l'électricité	0.00826	0.09052	0.0023	0.0255	20.0002
Eau potable à rivière ou fleuve	0.00077	0.02769	0.0022	0.0776	20.0001
Eau de pluie comme eau potable	0.00005	0.00681	0.0019	0.2823	0.0000
Fosse d'aisance personnelle	0.13384	0.34049	0.0016	0.0041	20.0006
Eau potable à barrage	0.00001	0.00294	0.0006	0.2178	0.0000
Eau potable à robinet public	0.22736	0.41913	0	0	0
Éclairage principal au gaz	0.00003	0.00570	20.0006	20.1000	0
Autre source d'éclairage	0.00039	0.01982	20.0060	20.3031	0.0001
Autre installation pour toilettes	0.00028	0.01664	20.0075	20.4488	0.0001
Autre combustible pour cuisine	0.00218	0.04669	20.0112	20.2394	0.0005
Éclairage principal au pétrole	0.00041	0.02030	20.0128	20.6277	0.0003
Cuisine au charbon	0.00553	0.07419	20.0151	20.2027	0.0011
Toilettes à chasse d'eau partagées	0.07728	0.26704	20.0175	20.0605	0.0051
Fosse d'aisance partagée	0.02186	0.14624	20.0202	20.1354	0.0030
Fosse d'aisance publique	0.01294	0.11300	20.0246	20.2153	0.0028
Résidu de récolte comme combustible principal	0.00516	0.07163	20.0302	20.4189	0.0022
Cuisine au fumier	0.01376	0.11649	20.0326	20.2760	0.0039
Cuisine au coke	0.04349	0.20395	20.0353	20.1654	0.0075

32 *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

Actif	Possession d'actifs		Résultat des composantes principales		
	Moyenne non pondérée	Ecart type non pondérée	Score des ménages		
			Scores d'actifs et scores factoriels	Posède l'actif	Ne possède pas l'actif
Possède bétail	0.13712	0.34398	20.0362	20.0908	0.0144
Toilettes publiques à chasse d'eau	0.08558	0.27975	20.0536	20.1751	0.0164
Cuisine au kérosène	0.21441	0.41042	20.0757	20.1449	0.0396
Maison semi-Pucca	0.24381	0.42939	20.1227	20.2161	0.0697
Nombre de personnes par pièce où dormir	2.54588	1.87060	20.1325	n.p.	n.p.
Maison Kachha	0.09562	0.29408	20.1391	20.4278	0.0452
Bois comme combustible principal	0.23198	0.42210	20.1762	20.3206	0.0968
Éclairage principal au kérosène	0.08537	0.27944	20.1841	20.6025	0.0562
Fourrés ou pas d'installation pour toilettes	0.19196	0.39385	20.1880	20.3858	0.0917

Source : Gaudin et Yazbeck 2006

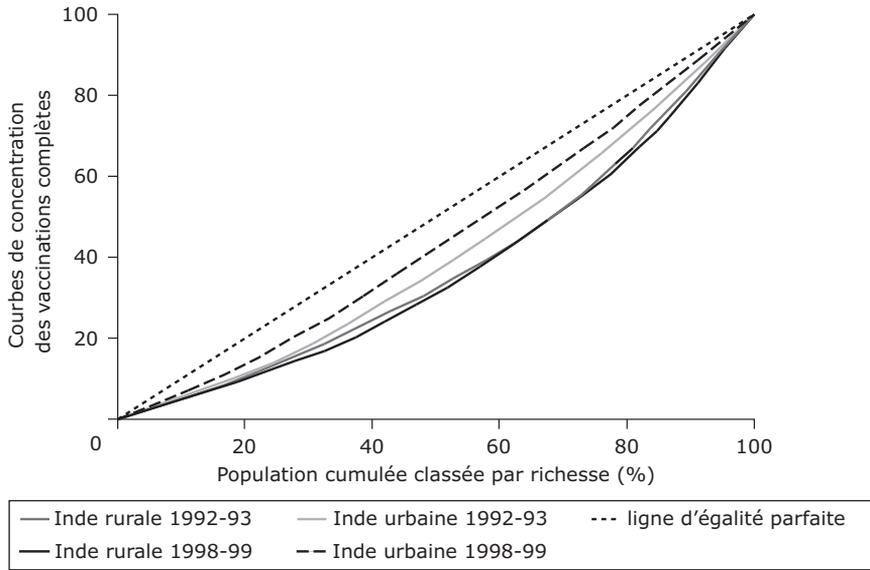
Note : n.p. = non pertinent (ces variables n'ont pas trait aux possessions)

Tableau A1.2 Quintiles de richesse des ménages, Inde urbaine, 1998-99

Quintile de richesse	Taille de l'échantillon non pondérée	Classement de l'indice d'actifs			
		Moyenne	Écart type	Valeur la + basse	Valeur la + haute
1st (poorest)	5.683	24.350	1.743	212.971	20.363
2nd	5.987	21.466	1.166	27.750	2.057
3rd	6.009	0.434	1.097	25.114	4.342
4th	6.272	2.097	0.950	22.192	5.554
5th (wealthiest)	6.735	3.735	1.025	0.377	9.240

Source: Gaudin and Yazbeck 2006.

Figure A1.1 Courbes de concentration des vaccinations complètes, Inde rurale et urbaine



Source : Gaudin et Yazbeck 2006

Tableau A1.3 Inégalités de la mortalité infantile dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Mortalité infantile (pour 1000 naissances viables)					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		Valeur type	indice de concentration
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		quintile le + pauvre	quintile le + riche				
Asie orientale et pacifique	54.1	43.9	36.7	30.9	18.0	38.2	3.0	36.1	20.18536	0.05559		
Cambodge 2000	109.7		88.2	88.7	50.3	92.7	2.2	59.4	20.10515	0.00090		
Indonésie 1997	78.1	57.3	51.4	39.4	23.3	52.2	3.4	54.8	20.19544	0.00077		
Indonésie 2002/03	60.6	50.3	44.0	36.4	17.1	43.0	3.6	43.6	20.18722	0.07300		
Philippines 1998	48.8	39.2	33.7	24.9	20.9	36.0	2.3	27.9	20.15659	0.00085		
Philippines 2003	42.0	32.2	25.8	22.2	19.5	30.0	2.2	22.5	20.15380	0.02569		
Vietnam 1997	42.8	43.2	35.2	27.2	16.9	34.8	2.5	25.9	20.14272	0.00188		
Vietnam 2002	39.3	27.7	19.7	15.2	13.8	24.8	2.8	25.5	20.21740	0.00259		
Europe et Asie centrale	66.3	54.4	45.6	38.3	36.3	49.7	1.8	30.0	20.12637	0.02107		
Arménie 200	52.3	50.0	36.8	49.6	27.3	44.1	1.9	25.0	20.09061	0.00253		
Kazakhstan 1995	39.2	43.1	36.6	48.9	35.1	40.7	1.1	4.1	0.00351	0.00280		
Kazakhstan 1999	67.6	65.3	65.8	27.3	42.3	54.9	1.6	25.3	20.08479	0.00200		
Kirghizistan (République du) 1997	83.3	73.3	67.5	49.6	45.8	66.2	1.8	37.5	20.11881	0.00172		
Turquie 1993	99.9	72.7	72.1	54.4	25.4	68.3	3.9	74.5	20.18849	0.00199		
Turquie 1998	68.3	54.6	42.1	37.5	29.8	48.4	2.3	38.5	20.15829	0.00132		

Turkmenistan 2000	89.3	78.6	68.2	62.4	58.4	71.6	1.5	30.9	—	—
Ouzbekistan 1996	54.4	39.8	36.0	39.0	45.9	43.5	1.2	8.5	20.05153	0.00226
Amérique latine et Caraïbes	71.3	45.3	34.7	26.6	26.9	44.8	2.6	44.4	20.20970	0.04025
Bolivie 1998	106.5	85.0	75.5	38.6	25.5	73.5	4.2	81.0	20.21073	0.00156
Bolivie 2003	87.3	82.0	63.3	50.9	32.3	67.8	2.7	55.0	20.15046	0.05333
Brésil 1996	83.2	46.7	32.9	24.7	28.6	48.1	2.9	54.6	20.25125	0.00091
Colombie 1995	40.8	31.4	27.0	31.5	16.2	30.8	2.5	24.6	20.12046	0.00153
Colombie 2000	32.0	31.6	22.0	11.9	17.6	24.4	1.8	14.4	20.16024	0.00135
Colombie 2005	32.0	23.8	20.9	14.2	14.4	22.1	2.2	17.6	20.16460	0.03389
République dominicaine 1996	66.7	54.5	52.3	33.5	23.4	48.6	2.9	43.3	20.16907	0.00162
République dominicaine 2002	50.2	37.1	35.6	24.3	20.0	34.6	2.5	30.2	20.16337	0.04503
Guatemala 1995	56.9	79.7	55.7	46.7	35.0	57.2	1.6	21.9	20.08179	0.00108
Guatemala 1998/99	58.0	50.8	52.1	39.6	39.2	49.1	1.5	18.8	20.07858	0.00173
Haiti 1994/95	93.7	93.6	85.6	81.7	74.3	87.1	1.3	19.4	20.04306	0.00083
Haiti 2000	99.5	70.0	93.4	88.4	97.2	89.4	1.0	2.3	0.00684	0.00088
Nicaragua 1997/98	50.7	53.7	45.7	40.2	25.8	45.2	2.0	24.9	20.09431	0.00100
Nicaragua 2001	49.6	40.6	32.2	25.7	16.3	35.3	3.0	33.3	20.18253	0.00116
Paraguay 1990	42.9	36.5	46.1	33.5	15.7	35.9	2.7	27.2	20.11423	0.00219
Pérou 1996	78.3	53.6	34.4	36.0	19.5	49.9	4.0	58.8	20.22243	0.00069
Pérou 2000	63.5	53.9	32.6	26.5	13.9	43.2	4.6	49.6	20.22660	0.00102
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75.8	65.7	54.2	46.3	32.7	56.4	2.3	43.1	20.15381	0.03862
Égypte (République arabe d') 1995	109.7	88.7	64.6	50.6	31.8	72.9	3.4	77.9	20.21609	0.00084

Tableau A1.3 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Mortalité infantile (pour 1000 naissances viables)					Moyenne population	Ratio entre quintile le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche					
Égypte (République arabe d') 2000	75.6	63.9	53.9	43.9	29.6	54.7	2.6	46.0	20.16266	0.00073
Jordanie 1997	35.4	28.8	30.1	25.9	23.4	29.0	1.5	12.0	20.07201	0.00089
Maroc 1992	79.7	67.7	62.4	58.5	35.1	63.1	2.3	44.6	20.11659	0.00122
Maroc 2003/04	62.2	53.1	36.8	33.4	24.0	44.0	2.6	38.1	20.17514	0.03796
Yémen (Rép. du) 1997	108.5	102.0	88.9	80.9	60.0	89.5	1.8	48.5	20.10202	0.00053
Asie du Sud	94.8	82.3	79.7	60.3	43.6	75.3	2.2	51.2	20.13795	0.04254
Bangladesh 1996/97	96.5	98.8	96.7	88.8	56.6	89.6	1.7	39.9	20.06703	0.00101
Bangladesh 1999/2000	92.9	93.6	78.1	62.8	57.9	79.7	1.6	35.0	20.09663	0.00059
Bangladesh 2004	89.7	65.9	75.1	59.1	64.8	72.4	1.4	25.0	20.06962	0.02592
Inde 1992/93	109.2	106.3	89.7	65.6	44.0	86.3	2.5	65.2	0.10960	0.00248
Inde 1998/99	96.5	80.7	76.3	55.3	38.1	73.0	2.5	58.4	20.11780	0.00028
Nepal 1996	96.3	107.2	103.6	84.7	63.9	93.0	1.5	32.4	20.06020	0.00087
Nepal 2001	85.5	87.7	76.6	72.8	53.2	77.2	1.6	32.3	20.07241	0.00076
Pakistan 1990/91	88.7	108.7	109.3	95.7	62.5	94.0	1.4	26.2	20.05100	0.00112
Afrique Subsaaharienne	105.8	107.1	100.6	83.9	61.8	94.2	1.7	44.0	20.09693	0.03805

Bénin 1996	119.4	111.1	105.8	103.8	63.3	103.5	1.9	56.1	20.07999	0.00118
Bénin 2001	111.5	108.2	106.3	78.1	50.0	94.8	2.2	61.5	20.11209	0.00136
Burkina Faso 1992/93	112.5	119.5	120.8	99.7	80.9	107.6	1.4	31.6	20.05841	0.03273
Burkina Faso 1998/99	106.2	118.5	118.0	116.5	76.7	108.6	1.4	29.5	20.03108	0.00101
Burkina Faso 2003	97.1	108.4	81.9	94.1	77.9	92.1	1.2	19.2	20.04306	0.01952
Cameroun 1991	103.9	101.0	78.8	65.1	51.2	80.3	2.0	52.7	20.14046	0.00109
Cameroun 1998	108.4	86.3	72.6	58.7	55.8	79.8	1.9	52.6	20.14262	0.00081
Cameroun 2004	100.5	90.3	82.9	64.2	52.0	81.3	1.9	48.6	20.11688	0.03581
République centrafricaine 1994/95	132.3	116.8	99.2	97.6	53.7	101.8	2.5	78.6	20.13742	0.00138
Tchad 1996/97	79.8	136.7	120.2	115.0	89.3	109.8	0.9	9.5	20.00122	0.00127
Tchad 2004	109.2	122.5	117.4	122.4	100.9	115.2	1.1	8.3	20.01038	0.02443
Comores 1996	87.2	108.5	83.7	62.6	64.6	83.7	1.3	22.6	20.07847	0.00176
Côte d'Ivoire 1994	117.2	97.3	88.9	78.8	63.3	91.3	1.9	53.9	20.10757	0.00066
Érythrée 1995	74.0	66.2	87.0	85.8	67.5	75.6	1.1	6.5	0.01420	0.00094
Ethiopie 2000	92.8	114.9	141.5	118.1	95.1	112.9	1.0	2.3	0.01745	0.00072
Gabon 2000	57.0	68.1	66.6	72.7	35.9	61.1	1.6	21.1	20.03738	0.00198
Ghana 1993	77.5	94.6	82.8	64.2	45.8	74.7	1.7	31.7	20.09289	0.00159
Ghana 1998	72.7	58.0	82.1	52.5	26.0	61.2	2.8	46.7	20.10845	0.00250
Ghana 2003	61.5	63.8	73.5	66.0	57.7	64.7	1.1	3.8	0.00286	0.02313
Guinée 1999	118.9	127.9	113.5	91.4	70.2	106.6	1.7	48.7	20.09207	0.00089
Kenya 1993	90.0	79.3	52.7	39.1	43.3	62.5	2.1	46.8	20.17573	0.01842

Tableau A1.3 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Mortalité infantile (pour 1000 naissances viables)					Moyenne population	Ratio entre		Différence	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		quintile le + pauvre	et le + riche	entre quintile le + pauvre	et le + riche
	le + pauvre	le + pauvre	le + pauvre	le + pauvre	le + riche		le + pauvre	le + riche	(valeur absolue)	indice de concentration
								Valeur	Erreur type	
Kenya 1998	95.8	82.9	58.5	61.0	40.2	70.7	2.4	55.6	20.15329	0.00103
Kenya 2003	95.8	75.2	81.9	53.1	62.2	75.5	1.5	33.6	20.09794	0.02652
Madagascar 1997	119.1	118.3	103.2	76.2	57.5	99.3	2.1	61.6	20.12211	0.00106
Malawi 1992	141.2	133.7	154.1	139.2	106.1	136.1	1.3	35.1	20.03439	0.00092
Malawi 2000	131.5	110.7	117.4	109.1	86.4	112.5	1.5	45.1	20.04368	0.00059
Mali 1995/96	151.4	146.9	138.9	129.0	93.2	133.5	1.6	58.2	20.07526	0.00059
Mali 2001	137.2	125.2	140.6	128.7	89.9	126.2	1.5	47.3	20.04922	0.00059
Mauritanie 2000/01	60.8	59.4	78.0	72.8	62.3	66.8	1.0	1.5	0.02324	0.00093
Mozambique 1997	187.7	136.2	144.3	134.2	94.7	147.4	2.0	93.0	20.11552	0.00085
Mozambique 2003	142.5	147.1	128.2	106.1	71.1	123.6	2.0	71.4	20.10612	0.05125
Namibie 1992	63.6	63.0	48.4	72.2	57.3	61.5	1.1	6.3	20.00278	0.00105
Namibie 2000	35.8	63.2	39.7	37.3	22.7	39.8	1.6	13.1	20.09742	0.00227
Niger 1998	131.1	152.3	157.2	142.0	85.8	135.8	1.5	45.3	20.05034	0.00110
Nigeria 1990	102.2	102.3	93.1	85.8	68.6	91.6	1.5	33.6	20.07024	0.00058
Nigeria 2003	133.0	139.7	110.0	86.8	52.1	109.3	2.6	80.9	20.14475	0.06225
Rwanda 2000	138.7	120.2	123.4	118.9	87.9	117.4	1.6	50.8	20.06043	0.00068
Sénégal 1997	84.5	81.6	69.6	58.8	44.9	69.4	1.9	39.6	20.11254	0.00077

Afrique du Sud 1998	61.6	51.6	35.8	34.0	17.0	42.2	3.6	44.6	20.19631	0.00155
Tanzanie 1996	87.3	118.0	95.6	102.1	64.8	94.1	1.3	22.5	20.04028	0.00115
Tanzanie 1999	114.8	107.5	115.4	106.8	91.9	107.8	1.2	22.9	20.03234	0.00101
Tanzanie 2004	88.0	97.1	87.8	69.8	64.2	82.5	1.4	23.8	20.06740	0.02675
Togo 1998	84.1	81.7	90.0	73.9	65.8	80.3	1.3	18.3	20.03547	0.00063
Uganda 1995	109.0	79.5	90.4	84.5	63.2	86.1	1.7	45.8	20.08126	0.00083
Uganda 2000/01	105.7	98.3	94.5	81.0	60.2	89.4	1.8	45.5	20.09190	0.00077
Zambie 1996	123.6	131.5	105.1	104.1	69.8	107.7	1.8	53.8	20.09519	0.00087
Zambie 2001	115.2	93.1	113.8	80.8	56.7	93.9	2.0	58.5	20.10397	0.00112
Zimbabwe 1994	52.0	49.5	47.4	64.2	41.6	51.2	1.3	10.4	20.00672	0.00128
Zimbabwe 1999	59.1	63.9	67.1	63.1	44.3	59.7	1.3	14.8	20.03605	0.00144
Tous pays	86.9	76.2	70.7	55.9	41.2	68.9	2.1	45.7	20.13513	0.03850

Sources: Gatwin et autres (2007) pour les données relatives aux pays; les moyennes mondiales de population ont été calculées par l'auteur qui a utilisé les estimations des indicateurs du Développement dans le Monde de la Banque mondiale.

Note : -- = non disponible

Tableau A1.4 Inégalités de la fécondité chez les adolescentes dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Fécondité des adolescentes (naissances pour 1000 adolescentes)										Ratio entre		Différence entre quintile le + pauvre		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre		2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	Moyenne population	quintile le + pauvre et le + riche		et le + riche (valeur absolue)		Valeur	Erreur type			
	le + pauvre	le + riche														
Asie orientale et pacifique	81.2	56.9	46.9	36.3	18.4	45.0	4.4	62.7	20.13513	0.03850						
Cambodge 2000	50.0	48.0	56.0	51.0	25.0	44.0	2.0	25.0	20.11160	0.00174						
Indonésie 1997	75.0	63.0	55.0	41.0	15.0	62.0	5.0	60.0	20.25346	0.00125						
Indonésie 2002/03	79.5	58.6	53.6	46.4	23.6	50.9	3.4	55.9	20.15725	0.06145						
Philippines 1998	130.0	90.0	32.0	29.0	12.0	46.0	10.8	118.0	20.44261	0.00179						
Philippines 2003	133.7	84.1	51.7	32.3	15.8	52.5	8.5	117.9	20.39022	0.07255						
Vietnam 1997	51.0	41.0	27.0	18.0	11.0	32.0	4.6	40.0	20.26233	0.00373						
Vietnam 2002	39.0	27.0	23.0	11.0	6.0	22.0	6.5	33.0	20.32235	0.00399						
Europe et Asie centrale	71.8	57.0	62.7	58.3	31.0	57.0	2.3	40.8	20.11450	0.06382						
Arménie 2000	107.0	61.0	27.0	35.0	32.0	50.0	3.3	75.0	20.25620	0.00341						
Kazakhstan 1995	104.0	55.0	91.0	45.0	28.0	64.0	3.7	76.0	20.21580	0.00522						
Kazakhstan 1999	46.0	35.0	46.0	50.0	21.0	40.0	2.2	25.0	20.22984	0.00499						
Kirghizistan (République du) 1997	120.0	81.0	61.0	91.0	29.0	75.0	4.1	91.0	20.18031	0.00546						
Turquie 1993	56.0	66.0	64.0	43.0	32.0	55.0	1.8	24.0	20.03557	0.00096						
Turquie 1998	81.0	63.0	65.0	56.0	28.0	60.0	2.9	53.0	20.21264	0.00322						

Turkmenistan 2000	28.0	26.0	30.0	35.0	33.0	30.0	0.8	5.0	—	—
Ouzbekistan 1996	56.0	54.0	77.0	70.0	45.0	61.0	1.2	11.0	20.00623	0.00299
Amérique latine et Caraïbes	171.1	115.0	78.9	61.2	31.2	88.5	5.5	139.9	20.29183	0.06701
Bolivie 1998	168.0	126.0	100.0	68.0	27.0	84.0	6.2	141.0	20.30929	0.00233
Bolivie 2003	160.5	127.9	81.2	73.1	38.2	84.0	4.2	122.3	20.25584	0.06072
Brésil 1996	176.0	109.0	70.0	57.0	28.0	86.0	6.3	148.0	20.31361	0.00203
Colombie 1995	180.0	126.0	93.0	65.0	24.0	89.0	7.5	156.0	20.31963	0.00266
Colombie 2000	155.0	133.0	90.0	45.0	34.0	85.0	4.6	121.0	20.29987	0.00162
Colombie 2005	155.0	118.2	96.9	60.5	37.4	90.4	4.1	117.5	20.25128	0.06309
République dominicaine 1996	234.0	153.0	130.0	65.0	30.0	112.0	7.8	204.0	20.34908	0.00280
République dominicaine 2002	214.4	161.6	116.8	86.7	36.3	116.2	5.9	178.1	20.28850	0.08043
Guatemala 1995	203.0	173.0	141.0	108.0	54.0	126.0	3.8	149.0	20.23115	0.00173
Guatemala 1998/99	182.0	182.0	116.0	113.0	32.0	117.0	5.7	150.0	20.26628	0.00389
Haiti 1994/95	105.0	99.0	92.0	93.0	25.0	76.0	4.2	80.0	20.20190	0.00107
Haiti 2000	101.0	95.0	120.0	91.0	54.0	86.0	1.9	47.0	20.12270	0.00172
Nicaragua 1997/98	213.0	176.0	147.0	90.0	58.0	130.0	3.7	155.0	20.24193	0.00138
Nicaragua 2001	193.0	150.0	122.0	94.0	70.0	119.0	2.8	123.0	20.19126	0.00106
Paraguay 1990	181.0	130.0	95.0	70.0	34.0	97.0	5.3	147.0	20.29801	0.00283
Pérou 1996	169.0	126.0	77.0	45.0	18.0	75.0	9.4	151.0	20.38249	0.00143
Pérou 2000	163.0	98.0	56.0	38.0	23.0	66.0	7.1	140.0	20.36702	0.00120
Moyen-Orient et Afrique du Nord	64.8	66.6	62.1	46.5	25.8	54.5	2.5	38.9	20.14744	0.06832
Égypte (Rép. arabe d') 1995	93.0	73.0	69.0	37.0	25.0	61.0	3.7	68.0	20.22625	0.00133

Tableau A1.4 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Fécondité des adolescentes (naissances pour 1000 adolescentes)					Moyenne population	Ratio entre le + riche et le + pauvre		Différence entre quintile le + riche et le + pauvre (valeur absolue)		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		le + pauvre	le + riche	Valeur	Erreur type	Valeur	Erreur type
Égypte (Rép. arabe d') 2000	57.0	71.0	55.0	44.0	16.0	51.0	3.6	41.0	20.17843	0.00184		
Jordanie 1997	44.0	60.0	43.0	25.0	30.0	43.0	1.5	14.0	20.12622	0.00164		
Maroc 1992	52.0	51.0	48.0	30.0	21.0	40.0	2.5	31.0	20.17090	0.00198		
Maroc 2003/04	50.7	35.7	44.3	21.0	12.5	32.4	4.0	38.2	20.22823	0.08463		
Yémen (Rép. du) 1997	121.0	100.0	121.0	101.0	82.0	105.0	1.5	39.0	0.00996	0.00042		
Asie du Sud	135.0	128.0	103.9	82.8	42.3	106.5	3.2	92.7	20.18757	0.06882		
Bangladesh 1996/97	187.0	171.0	170.0	133.0	91.0	147.0	2.1	96.0	20.11861	0.00165		
Bangladesh 1999/2000	207.0	177.0	160.0	112.0	78.0	144.0	2.7	129.0	20.18343	0.00111		
Bangladesh 2004	189.9	157.6	153.5	121.3	85.4	137.1	2.2	104.4	20.12445	0.04567		
Inde 1992/93	135.0	140.0	116.0	84.0	45.0	116.0	3.0	90.0	20.19504	0.00051		
Inde 1998/99	134.0	130.0	102.0	78.0	36.0	107.0	3.7	98.0	20.21269	0.00079		
Nepal 1996	143.0	149.0	132.0	128.0	90.0	127.0	1.6	53.0	20.08416	0.00111		
Nepal 2001	156.0	120.0	136.0	115.0	66.0	110.0	2.4	90.0	20.13250	0.00171		
Pakistan 1990/91	88.0	87.0	66.0	76.0	44.0	74.0	2.0	44.0	20.11665	0.00164		

Afrique Subsaharienne	167.1	157.5	148.0	118.1	69.7	126.9	2.4	97.3	20.14181	0.05843
Bénin 1996	178.0	175.0	143.0	113.0	33.0	119.0	5.4	145.0	20.25183	0.00422
Bénin 2001	176.0	151.0	155.0	90.0	35.0	109.0	5.0	141.0	20.27568	0.00349
Burkina Faso 1992/93	186.1	139.2	173.7	191.5	97.4	148.9	1.9	88.8	20.08760	0.06388
Burkina Faso 1998/99	168.0	129.0	148.0	148.0	90.0	131.0	1.9	78.0	20.09258	0.00194
Burkina Faso 2003	142.3	161.9	138.7	132.6	61.1	119.2	2.3	81.2	20.15814	0.07297
Cameroun 1991	208.0	207.0	184.0	150.0	101.0	164.0	2.1	107.0	20.13871	0.00212
Cameroun 1998	202.0	198.0	162.0	100.0	63.0	137.0	3.2	139.0	20.22666	0.00215
Cameroun 2004	203.8	190.4	158.4	114.6	70.3	137.7	2.9	133.5	20.20329	0.04947
République centrafricaine 1994/95	155.0	144.0	158.0	179.0	138.0	155.0	1.1	17.0	20.00345	0.00123
Tchad 1996/97	178.0	177.0	191.0	201.0	205.0	190.0	0.9	27.0	0.03331	0.00054
Tchad 2004	138.8	220.2	223.5	191.9	164.1	187.3	0.8	25.3	0.00752	0.05671
Comores 1996	65.0	102.0	69.0	42.0	25.0	59.0	2.6	40.0	20.20741	0.00472
Côte d'Ivoire 1994	191.0	192.0	159.0	134.0	72.0	140.0	2.7	119.0	20.18180	0.00182
Érythrée 1995	226.0	128.0	181.0	140.0	40.0	125.0	5.7	186.0	20.25845	0.00458
Ethiopie 2000	84.0	113.0	131.0	119.0	67.0	100.0	1.3	17.0	20.05675	0.00175
Gabon 2000	205.0	194.0	147.0	135.0	71.0	142.0	2.9	134.0	20.19005	0.00205
Ghana 1993	149.0	149.0	119.0	115.0	72.0	116.0	2.1	77.0	20.13217	0.00235
Ghana 1998	129.0	105.0	125.0	87.0	24.0	88.0	5.4	105.0	20.23081	0.00512
Ghana 2003	132.7	113.4	113.2	50.1	16.3	73.7	8.2	116.4	20.34044	0.11245
Guinée 1999	210.0	207.0	214.0	167.0	93.0	168.0	2.3	117.0	20.15391	0.00218
Kenya 1993	156.5	109.6	120.3	122.1	66.8	110.4	2.3	89.7	20.11731	0.06409

Tableau A1.4 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Fécondité des adolescentes (naissances pour 1000 adolescentes)					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		le + pauvre	le + riche		Valeur	Erreur type
Kenya 1998	163.0	143.0	108.0	103.0	63.0	111.0	2.6	100.0	20.17796	0.00162	
Kenya 2003	173.5	141.2	111.3	93.7	80.8	114.2	2.1	92.7	20.15325	0.02741	
Madagascar 1997	271.0	215.0	206.0	141.0	78.0	180.0	3.5	193.0	20.21105	0.00232	
Malawi 1992	143.0	171.0	196.0	162.0	131.0	161.0	1.1	12.0	20.01925	0.00195	
Malawi 2000	192.0	170.0	176.0	186.0	140.0	172.0	1.4	52.0	20.02502	0.00043	
Mali 1995/96	198.0	219.0	210.0	217.0	122.0	187.0	1.6	76.0	20.08744	0.00174	
Mali 2001	200.0	246.0	225.0	203.0	108.0	185.0	1.9	92.0	20.12953	0.00163	
Mauritanie 2000/01	85.0	106.0	95.0	67.0	52.0	80.0	1.6	33.0	20.11085	0.00186	
Mozambique 1997	191.0	144.0	178.0	208.0	126.0	171.0	1.5	65.0	20.04844	0.00177	
Mozambique 2003	234.1	196.8	207.7	188.0	110.5	178.7	2.1	123.6	20.13893	0.04649	
Namibie 1992	105.0	119.0	106.0	118.0	99.0	109.0	1.1	6.0	20.01307	0.00132	
Namibie 2000	102.0	92.0	101.0	82.0	64.0	88.0	1.6	38.0	20.07744	0.00166	
Niger 1998	260.0	231.0	229.0	246.0	148.0	218.0	1.8	112.0	20.07877	0.00160	
Nigeria 1990	194.0	213.0	116.0	151.0	66.0	146.0	2.9	128.0	20.18304	0.00226	
Nigeria 2003	183.9	161.8	152.4	97.8	57.7	126.3	3.2	126.2	20.20084	0.06232	
Rwanda 2000	51.0	49.0	60.0	53.0	49.0	52.0	1.0	2.0	20.00572	0.00047	
Senegal 1997	189.0	147.0	109.0	83.0	36.0	103.0	5.3	153.0	20.28480	0.00234	

Afrique du Sud 1998	108.0	109.0	66.0	68.0	22.0	76.0	4.9	86.0	20.21252	0.00251
Tanzanie 1996	151.0	130.0	165.0	160.0	93.0	135.0	1.6	58.0	20.07161	0.00180
Tanzanie 1999	196.0	141.0	178.0	117.0	81.0	138.0	2.4	115.0	20.15197	0.00301
Tanzanie 2004	172.5	159.2	163.8	129.2	71.4	132.5	2.4	101.2	20.15966	0.06114
Togo 1998	142.0	129.0	114.0	79.0	35.0	89.0	4.1	107.0	20.25975	0.00237
Ouganda 1995	222.0	206.0	223.0	208.0	171.0	204.0	1.3	51.0	20.04309	0.00090
Ouganda 2000/01	225.0	226.0	204.0	149.0	112.0	178.0	2.0	113.0	20.14489	0.00130
Zambie 1996	210.0	172.0	179.0	161.0	86.0	158.0	2.4	124.0	20.14472	0.00183
Zambie 2001	194.0	209.0	180.0	154.0	94.0	160.0	2.1	100.0	20.13770	0.00163
Zimbabwe 1994	144.0	126.0	83.0	112.0	59.0	99.0	2.4	85.0	20.15333	0.00214
Zimbabwe 1999	162.0	108.0	106.0	130.0	74.0	112.0	2.2	88.0	20.10945	0.00233
Tous pays	132.1	117.1	98.7	78.5	42.1	95.9	3.1	90.0	20.18650	0.06444

Sources: Gatwin et autres (2007) pour les données relatives aux pays; les moyennes mondiales de population ont été calculées par l'auteur qui a utilisé les estimations des indicateurs du Développement dans le Monde de la Banque mondiale.

Note : -- = non disponible

Tableau A1.5 Inégalités dans les formes graves de retard de croissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Graves retards de croissance					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		indice de concentration	Valeur type	Erreur type
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		quintile le + pauvre	et le + riche	le + pauvre	le + riche			
Asie orientale et pacifique	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cambodge 2000	25.7	22.0	19.5	15.4	14.0	20.2	1.8	11.7	20.10459	0.01985	—	—	
Indonesie 1997	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Indonesie 2002/03	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Philippines 1998	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Philippines 2003	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Vietnam 1997	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Vietnam 2002	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Europe et Asie centrale	12.8	7.3	6.1	4.3	4.1	7.2	3.1	8.7	20.23559	0.04777	—	—	
Arménie 2000	3.3	4.3	1.8	1.2	1.4	2.5	2.4	1.9	20.14299	0.08502	—	—	
Kazakhstan 1995	3.5	5.8	2.6	2.0	1.2	3.1	2.9	2.3	20.19318	0.10635	—	—	
Kazakhstan 1999	2.1	1.4	3.9	2.0	3.8	2.5	0.6	1.7	20.02309	0.14060	—	—	
Kirghizistan (République du) 1997	6.0	8.0	6.8	5.5	2.7	6.0	2.2	3.3	20.13716	0.06830	—	—	
Turquie 1993	14.7	8.1	3.6	2.0	0.5	6.3	29.4	14.2	20.45626	0.04274	—	—	
Turquie 1998	13.7	6.4	4.6	3.0	0.5	6.1	27.4	13.2	20.43767	0.04778	—	—	

Turkmenistan 2000	8.2	7.1	8.9	6.4	5.7	7.4	1.4	2.5	—	—
Ouzbékistan 1996	20.1	13.4	11.2	9.1	14.5	14.0	1.4	5.6	20.09351	0.04470
Amérique latine et Caraïbes	8.6	4.4	2.1	1.0	0.5	4.0	17.9	8.2	20.47387	0.09115
Bolivie 1998	18.0	9.8	6.7	4.8	2.1	9.4	8.6	15.9	20.33367	0.02341
Bolivie 2003	14.5	11.1	4.8	2.6	1.1	7.8	13.1	13.4	20.35121	0.02137
Bésil 1996	6.3	2.1	0.5	0.5	0.4	2.5	15.8	5.9	20.57537	0.06879
Colombie 1995	6.9	3.7	2.2	1.1	1.4	3.5	4.9	5.5	20.34539	0.04837
Colombie 2000	4.6	3.8	2.4	1.5	0.5	2.8	9.2	4.1	20.28761	0.05231
Colombie 2005	4.4	2.4	0.8	0.7	0.6	2.1	7.3	3.8	20.51563	0.04586
République dominicaine 1996	7.3	1.9	1.3	0.9	0.8	2.8	9.1	6.5	20.61372	0.07137
République dominicaine 2002	4.9	2.0	2.2	0.8	0.5	2.3	10.6	4.5	20.34021	0.04156
Guatemala 1995	35.2	30.6	24.0	11.2	2.0	23.5	17.6	33.2	20.25962	0.01135
Guatemala 1998/99	35.3	30.4	22.8	6.5	0.3	21.2	117.7	35.0	20.22899	0.01671
Haiti 1994/95	25.4	17.1	12.4	9.0	4.3	14.9	5.9	21.1	20.27512	0.02644
Haiti 2000	12.6	9.3	7.3	3.7	2.3	7.5	5.5	10.3	20.27972	0.02729
Nicaragua 1997/98	15.5	9.9	7.7	4.4	2.7	9.2	5.7	12.8	20.28103	0.02289
Nicaragua 2001	12.8	7.4	3.3	3.0	0.4	6.2	32.0	12.4	20.40694	0.03109
Paraguay 1990	5.8	4.7	1.7	0.6	0.0	3.0	0.0	5.8	20.46996	0.05335
Pérou 1996	17.4	9.2	4.0	1.4	0.7	8.0	24.9	16.7	20.50474	0.01716
Pérou 2000	17.6	7.9	3.5	0.9	0.3	7.7	58.7	17.3	20.49495	0.01960
Moyen-Orient et Afrique du Nord	13.5	10.3	9.5	7.7	4.6	9.2	3.0	9.0	20.17966	0.05709
Égypte (Rép. arabe d') 1995	19.8	14.4	11.7	10.1	9.6	13.4	2.1	10.2	20.14516	0.01447

Tableau A1.5 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Graves retards de croissance					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		le + pauvre	le + riche	Valeur	Erreur type	Valeur	Erreur type
Égypte (Rép. arabe d') 2000	10.1	6.5	6.3	4.8	3.1	6.2	3.3	7.0	20.20477	0.02296		
Jordanie 1997	3.4	1.5	1.5	0.5	0.5	1.6	6.8	2.9	20.22578	0.03686		
Maroc 1992	15.9	12.1	6.5	2.5	1.4	8.7	11.4	14.5	20.37357	0.02788		
Maroc 2003/04	12.1	7.0	4.6	3.4	3.4	6.5	3.5	8.6	20.26650	0.03026		
Yemen, Rep. of 1997	31.3	31.7	31.4	27.1	12.9	26.7	2.4	18.4	20.15440	0.01030		
Asie du Sud	32.6	28.5	24.3	17.2	9.8	23.1	3.3	22.8	20.20259	0.06503		
Bangladesh 1996/97	33.0	35.1	31.1	23.9	13.1	28.1	2.5	19.9	20.14184	0.01274		
Bangladesh 1999/2000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Bangladesh 2004	25.4	19.0	15.2	12.8	6.4	16.7	4.0	19.0	20.22918	0.01596		
Inde 1992/93	36.7	35.6	30.2	24.1	14.0	28.8	2.6	22.7	20.16591	0.00519		
Inde 1998/99	33.1	28.5	24.1	16.3	9.3	23.0	3.6	23.8	20.21131	0.00651		
Nepal 1996	25.5	22.1	19.4	18.1	11.8	20.2	2.2	13.7	20.12432	0.01806		
Nepal 2001	28.8	23.1	20.2	17.8	11.2	21.3	2.6	17.6	20.15782	0.01362		
Pakistan 1990/91	35.9	38.1	35.3	27.4	16.1	29.8	2.2	19.8	20.17768	0.01432		

Afrique subsaharienne	22.4	20.8	19.3	14.9	8.3	17.5	2.7	14.1	20.15928	0.06469
Bénin 1996	10.0	9.9	6.5	6.6	4.7	7.8	2.1	5.3	20.14301	0.04314
Bénin 2001	13.5	14.4	10.1	10.3	3.9	10.7	3.5	9.6	20.16461	0.02489
Burkina Faso 1992/93	15.5	15.2	14.3	12.6	7.1	13.0	2.2	8.5	20.16719	0.02129
Burkina Faso 1998/99	20.9	18.3	16.1	16.2	11.2	16.6	1.9	9.7	20.11825	0.01989
Burkina Faso 2003	26.5	21.5	21.0	17.5	7.1	19.4	3.8	19.4	20.16119	0.01257
Cameroun 1991	15.9	13.9	13.7	5.3	2.5	9.6	6.4	13.4	20.32680	0.03497
Cameroun 1998	15.9	11.0	11.7	6.9	5.2	10.7	3.1	10.7	20.21179	0.03842
Cameroun 2004	19.6	15.1	14.8	8.0	2.5	13.0	7.8	17.1	20.26206	0.02621
République centrafricaine 1994/95	20.2	17.3	12.0	11.6	9.6	14.3	2.1	10.6	20.17556	0.02955
Tchad 1996/97	24.2	22.1	21.5	21.0	12.3	20.4	2.0	11.9	20.10970	0.01399
Tchad 2004	31.0	23.7	25.0	21.1	15.1	23.2	2.0	15.8	20.12327	0.01397
Comores 1996	21.4	19.4	9.4	8.0	5.5	13.4	3.9	15.9	20.28475	0.05082
Côte d'Ivoire 1994	12.9	10.5	8.4	5.6	2.5	8.4	5.2	10.4	20.24213	0.03229
Érythrée 1995	24.8	21.5	16.9	13.9	9.0	18.3	2.8	15.8	20.17900	0.02562
Ethiopie 2000	27.2	27.2	29.6	24.3	19.9	25.9	1.4	7.3	20.08670	0.00954
Gabon 2000	12.1	9.2	5.1	2.8	2.7	6.7	4.5	9.4	20.32728	0.03606
Ghana 1993	13.3	9.0	12.4	6.5	3.5	9.1	3.8	9.8	20.19161	0.04061
Ghana 1998	14.5	9.9	9.8	7.1	1.1	9.3	13.2	13.4	20.28593	0.03312
Ghana 2003	15.4	12.4	9.5	6.6	4.9	10.5	3.1	10.5	20.19457	0.02898
Guinée 1999	13.6	15.1	10.5	7.8	4.1	10.1	3.3	9.5	20.22311	0.03013
Kenya 1993	18.3	13.2	10.8	12.4	6.2	12.5	2.9	12.05	20.15362	0.02180

Tableau A1.6 Inégalités en matière de vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Enfants totalement vaccinés					Moyenne population	Ratio entre quintile le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		Valeur type	indice de concentration
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche			le + pauvre	le + riche		
Asie orientale et pacifique						57.9	0.6	32.2	0.10147	0.02920	
Cambodge 2000	42.1	53.8	61.0	64.4	74.3	57.9	0.6	32.2	0.10147	0.02920	
Indonesie 1997	28.6	34.7	38.4	45.4	67.7	39.9	0.4	39.1	0.12895	0.01780	
Indonesie 2002/03	42.9	47.2	56.5	58.0	72.1	54.8	0.6	29.2	0.10419	0.00813	
Philippines 1998	37.1	46.6	52.5	58.1	64.7	51.4	0.6	27.6	0.12733	0.00942	
Philippines 2003	59.8	72.5	76.3	79.6	86.5	72.8	0.7	26.7	0.07122	0.00870	
Vietnam 1997	55.5	69.3	77.8	72.4	83.0	69.8	0.7	27.4	0.08139	0.00988	
Vietnam 2002	42.2	50.7	48.2	56.3	60.0	50.2	0.7	17.8	0.06484	0.02290	
Europe et Asie centrale						66.7	0.5	48.0	0.11756	0.01745	
Arménie 2000	44.3	61.0	70.7	76.3	92.3	66.7	0.5	48.0	0.11756	0.01745	
Kazakhstan 1995	48.6	35.2	42.2	64.6	52.0	59.0	0.9	3.5	0.06003	0.03427	
Kazakhstan 1999	66.2	70.6	72.8	81.3	(68.0)	71.4	1.0	134.2	0.02240	0.02188	
Kirghizistan (République du) 1997	21.3	19.0	21.6	25.6	(34.1)	23.4	0.6	55.4	0.08745	0.06594	
Turquie 1993	68.7	(77.4)	(79.3)	78.4	(62.3)	73.1	1.1	131.0	0.00800	0.02349	
Turquie 1998	69.3	64.7	73.4	69.4	73.1	69.7	0.9	3.8	0.00065	0.01898	
Turquie 1993	40.7	59.4	66.3	82.9	81.9	64.2	0.5	41.2	0.12651	0.01512	
Turquie 1998	27.7	36.9	48.5	54.9	69.7	45.7	0.4	42.0	0.17137	0.02292	

Turkmenistan 2000	85.0	92.3	86.4	81.2	77.5	84.8	1.1	7.5	—	—
Ouzbékistan 1996	80.9	76.8	79.4	77.2	77.5	78.7	1.0	3.4	20.01238	0.01428
Amérique latine et Caraïbes	53.3	66.1	75.4	73.7	70.9	66.1	0.8	17.5	0.05028	0.02920
Bolivie 1998	21.8	24.9	21.0	33.4	30.6	25.5	0.7	8.8	0.06075	0.02720
Bolivie 2003	47.5	49.4	43.8	59.2	57.9	50.6	0.8	10.4	0.04122	0.01310
Brésil 1996	56.6	74.0	84.9	83.1	73.8	72.5	0.8	17.2	0.09321	0.01226
Colombie 1995	57.7	69.7	68.8	75.2	77.3	68.3	0.7	19.6	0.06769	0.01248
Colombie 2000	50.0	59.7	69.7	72.8	65.4	62.2	0.8	15.4	0.07834	0.01473
Colombie 2005	48.2	56.0	66.8	61.8	73.5	59.3	0.7	25.4	0.06297	0.00928
République dominicaine 1996	34.4	26.1	46.6	43.2	46.5	39.0	0.7	12.1	0.10963	0.02408
République dominicaine 2002	28.2	33.1	41.5	42.4	37.9	36.3	0.7	9.7	0.10733	0.01682
Guatemala 1995	48.6	47.0	44.8	46.9	45.5	46.8	1.1	3.1	0.01059	0.01531
Guatemala 1998/99	66.3	66.3	67.7	58.4	56.0	63.8	1.2	10.3	0.00828	0.01435
Haiti 1994/95	18.8	20.1	35.3	37.9	44.1	30.2	0.4	25.3	0.17949	0.03620
Haiti 2000	25.4	30.3	41.1	31.7	42.3	33.5	0.6	16.9	0.11565	0.02437
Nicaragua 1997/98	61.0	74.6	75.3	85.7	73.1	72.6	0.8	12.1	0.07360	0.00936
Nicaragua 2001	63.6	77.2	78.0	71.4	71.0	71.6	0.9	7.4	0.04391	0.00996
Paraguay 1990	20.2	30.8	36.4	40.7	53.0	34.2	0.4	32.8	0.20225	0.02674
Pérou 1996	55.3	63.8	63.5	71.7	66.0	63.0	0.8	10.7	0.05449	0.00764
Pérou 2000	57.9	62.5	68.1	72.4	81.1	66.3	0.7	23.2	0.07663	0.00822
Moyen-Orient et Afrique du Nord	73.1	76.3	78.0	83.2	84.7	78.8	0.9	11.6	0.03047	0.00498
Égypte (Rép. arabe d') 1995	65.1	72.8	81.0	86.6	92.5	79.1	0.7	27.4	0.08189	0.00640

Tableau A1.6 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Enfants totalement vaccinés					Moyenne population	Ratio entre quintile le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche		
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche			(valeur absolue)	indice de concentration	
Égypte (Rép. arabe d') 2000	91.2	91.9	91.8	94.0	92.0	92.2	1.0	0.8	0.00515	0.00398
Jordanie 1997	21.3	21.9	20.2	20.9	17.1	20.5	1.2	4.2	0.02759	0.03376
Maroc 1992	53.7	69.1	83.8	92.9	95.2	75.7	0.6	41.5	0.12240	0.00948
Maroc 2003/04	80.7	85.7	90.6	95.6	97.3	89.3	0.8	16.7	0.03556	0.00625
Yémen (Rép. du) 1997	7.8	18.0	22.8	40.1	55.7	28.3	0.1	47.9	0.36167	0.01811
Asie du Sud	25.6	33.4	43.6	54.1	65.4	42.8	0.4	39.8	0.18065	0.03670
Bangladesh 1996/97	47.4	43.8	60.8	58.8	66.6	54.2	0.7	19.2	0.07616	0.01632
Bangladesh 1999/2000	50.3	55.0	60.8	68.1	74.9	60.4	0.7	24.6	0.08515	0.01187
Bangladesh 2004	57.5	77.0	74.1	78.7	86.7	73.3	0.7	29.2	0.07957	0.00856
Inde 1992/93	17.1	21.7	34.7	48.2	65.0	35.4	0.3	47.9	0.30612	0.00685
Inde 1998/99	21.3	28.2	41.0	52.2	63.8	39.4	0.3	42.5	0.25456	0.00635
Nepal 1996	32.4	34.6	40.8	51.0	71.1	43.3	0.5	38.7	0.15944	0.01692
Nepal 2001	54.2	62.4	64.5	74.7	81.6	65.6	0.7	27.4	0.09290	0.01107
Pakistan 1990/91	22.5	25.6	30.2	41.1	54.7	35.1	0.4	32.2	0.20638	0.02326

Afrique subsaharienne	25.3	30.3	34.3	39.1	52.9	35.5	0.5	27.6	0.14078	0.03304
Bénin 1996	37.8	53.4	62.7	59.2	73.6	55.6	0.5	35.8	0.11361	0.01709
Bénin 2001	52.6	57.2	59.9	67.9	79.5	62.8	0.7	26.9	0.08786	0.01424
Burkina Faso 1992/93	17.2	32.2	27.7	38.5	58.4	34.6	0.3	41.2	0.26457	0.02263
Burkina Faso 1998/99	21.4	24.3	21.7	32.1	52.1	29.3	0.4	30.7	0.21374	0.02776
Burkina Faso 2003	33.4	41.1	41.5	45.9	61.4	43.9	0.5	28.0	0.10289	0.01512
Cameroun 1991	27.4	27.3	29.9	46.5	63.5	40.0	0.4	36.1	0.22229	0.02790
Cameroun 1998	23.5	24.0	37.5	45.6	56.9	35.8	0.4	33.4	0.20711	0.02794
Cameroun 2004	39.4	45.5	46.9	51.7	66.3	48.6	0.6	26.9	0.10303	0.02073
République centrafricaine 1994/95	18.1	25.3	28.9	45.0	64.0	36.6	0.3	45.9	0.25873	0.02512
Tchad 1996/97	4.0	8.5	5.7	17.1	23.0	11.3	0.2	19.0	0.39042	0.04661
Tchad 2004	1.1	7.1	12.4	12.4	23.6	11.3	—	22.5	0.39444	0.04793
Comores 1996	39.8	49.5	52.7	60.5	82.0	54.5	0.5	42.2	0.12586	0.02419
Côte d'Ivoire 1994	15.7	27.1	32.7	52.6	64.2	37.4	0.2	48.5	0.26026	0.01992
Érythrée 1995	25.0	15.5	44.0	53.4	83.8	41.4	0.3	58.8	0.33564	0.02316
Ethiopie 2000	7.0	8.8	9.1	17.1	33.5	14.3	0.2	26.5	0.43044	0.03967
Gabon 2000	5.5	9.4	18.3	19.6	23.5	14.6	0.2	18.0	0.21052	0.04215
Ghana 1993	37.5	56.5	48.2	56.0	79.2	54.8	0.5	41.7	0.12643	0.01882
Ghana 1998	49.6	54.0	63.3	72.7	79.3	62.0	0.6	29.7	0.08675	0.01589
Ghana 2003	53.0	70.3	73.1	73.9	78.3	68.3	0.7	25.4	0.07548	0.01373
Guinée 1999	17.2	22.5	32.9	39.5	51.8	32.2	0.3	34.6	0.20721	0.02640
Kenya 1993	64.8	78.0	77.1	86.7	86.4	78.2	0.8	21.6	0.04870	0.00899

Tableau A1.6 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Enfants totalement vaccinés					Moyenne population	Ratio entre quintile le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche		
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche			(valeur absolue)	indice de concentration	
Kenya 1998	48.1	57.6	71.0	64.6	59.9	59.5	0.8	11.8	0.05775	0.01475
Kenya 2003	37.8	50.2	62.3	56.6	59.5	52.1	0.6	21.7	0.11143	0.01592
Madagascar 1997	22.0	25.2	27.1	54.7	66.0	36.2	0.3	44.0	0.24615	0.02049
Malawi 1992	73.0	78.8	80.3	87.1	89.3	81.8	0.8	16.3	0.03914	0.00920
Malawi 2000	65.4	65.0	69.1	72.5	81.4	70.1	0.8	16.0	0.04734	0.00800
Mali 1995/96	15.8	26.2	26.9	34.6	55.6	31.5	0.3	39.8	0.23803	0.02032
Mali 2001	19.5	20.2	18.7	31.9	56.0	28.7	0.3	36.5	0.22501	0.02101
Mauritanie 2000/01	15.6	26.1	36.8	38.3	45.3	31.9	0.3	29.7	0.17006	0.02680
Mozambique 1997	19.7	30.8	35.6	69.5	85.3	47.3	0.2	65.6	0.25068	0.01489
Mozambique 2003	45.0	53.5	61.5	79.3	90.5	63.4	0.5	45.5	0.13988	0.00882
Namibie 1992	53.9	58.6	57.2	56.9	63.1	57.8	0.9	9.2	0.03640	0.01728
Namibie 2000	59.5	58.7	64.7	73.0	68.2	64.8	0.9	8.7	0.05431	0.01533
Niger 1998	4.6	9.7	9.0	19.8	50.9	18.4	0.1	46.3	0.53079	0.03308
Nigeria 1990	13.9	19.7	23.4	35.3	58.1	29.0	0.2	44.2	0.32663	0.02196
Nigeria 2003	3.4	3.9	9.0	10.9	40.2	13.0	0.1	36.8	0.42556	0.05472
Rwanda 2000	71.3	73.8	74.9	79.0	78.8	76.0	0.9	7.5	0.00951	0.00896

Tableau A1.7 Inégalités en matière de soins prénatals (minimum de trois consultations) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Soins prénatals (pourcentage avec un minimum de trois consultations)							Moyenne population	Ratio entre quintile le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration		
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	Erreur type	Valeur				Erreur type		
	63.3	76.6	81.0	85.2	92.9	78.9	0.7				29.6	0.06806	0.02105
Asie orientale et pacifique													
Cambodge 2000	9.4	12.8	14.1	21.5	56.9	20.1	0.2	47.5	0.31388	0.01537			
Indonésie 1997	65.9	81.8	87.1	92.5	96.1	84.0	0.7	30.2	0.08080	0.00206			
Indonésie 2002/03	74.8	87.9	90.9	94.2	98.0	88.7	0.8	23.2	0.05390	0.00168			
Philippines 1998	64.1	74.0	83.9	89.1	92.8	79.0	0.7	28.7	0.07952	0.00397			
Philippines 2003	71.1	79.6	84.7	91.4	93.3	82.8	0.8	22.2	0.05961	0.00366			
Vietnam 1997	15.3	29.9	34.8	41.6	72.7	35.6	0.2	57.4	0.29185	0.01656			
Vietnam 2002	34.0	54.1	62.1	65.7	85.2	58.6	0.4	51.2	0.17231	0.01197			
Europe et Asie centrale	46.3	55.5	67.4	76.2	87.8	66.0	0.5	41.5	0.12465	0.02591			
Arménie 2000	46.8	67.1	83.6	84.2	91.1	73.6	0.5	44.3	0.12273	0.00956			
Kazakhstan 1995	83.5	88.7	81.7	87.0	93.6	86.2	0.9	10.1	0.01286	0.00872			
Kazakhstan 1999	71.4	71.4	74.2	73.5	78.4	73.5	0.9	7.0	0.00521	0.01079			
Kirghizistan (République du) 1997	83.2	82.0	87.0	84.2	84.4	84.1	1.0	1.2	0.00375	0.00715			
Turquie 1993	19.2	33.2	48.1	68.1	84.2	49.3	0.2	65.0	0.26752	0.00896			

Turquie 1998	22.6	37.7	58.4	72.3	90.9	55.4	0.2	68.3	0.25560	0.00788
Turkmenistan 2000	81.4	84.2	84.1	84.6	91.7	85.1	0.9	10.3	—	—
Ouzbékistan 1996	82.4	82.8	79.3	84.5	84.4	82.5	1.0	2.0	0.00923	0.00784
Amérique latine et Caraïbes	64.4	80.6	89.1	93.5	96.0	83.1	0.7	31.5	0.07162	0.02569
Bolivie 1998	27.6	47.8	62.2	81.7	91.3	59.1	0.3	63.7	0.22573	0.00538
Bolivie 2003	44.6	60.7	71.0	80.7	93.4	68.1	0.5	48.9	0.12385	0.00406
Brésil 1996	64.0	82.9	91.5	95.6	96.7	84.3	0.7	32.7	0.09313	0.00428
Colombie 1995	56.2	78.3	87.9	93.4	96.2	81.3	0.6	40.0	0.10220	0.00441
Colombie 2000	68.7	83.0	90.8	94.4	93.7	85.4	0.7	25.0	0.06346	0.00431
Colombie 2005	75.9	86.8	92.1	94.4	96.3	88.4	0.8	20.5	0.05941	0.00226
République dominicaine 1996	86.3	94.4	95.0	96.7	97.6	93.7	0.9	11.3	0.02990	0.00315
République dominicaine 2002	92.4	95.3	96.5	97.3	97.5	95.8	0.9	5.1	0.01230	0.00147
Guatemala 1995	68.1	72.2	77.2	83.0	94.1	77.5	0.7	26.0	0.06379	0.00412
Guatemala 1998/99	65.4	76.1	84.9	85.8	95.7	80.7	0.7	30.3	0.08415	0.00535
Haiti 1994/95	26.4	38.5	52.7	68.8	81.6	51.6	0.3	55.2	0.21980	0.01018
Haiti 2000	41.0	52.0	62.5	70.3	82.0	61.1	0.5	41.0	0.13210	0.00668
Nicaragua 1997/98	55.3	71.7	78.8	84.5	91.3	74.5	0.6	36.0	0.10037	0.00419
Nicaragua 2001	57.7	76.4	83.0	89.6	92.5	78.5	0.6	34.8	0.09395	0.00428
Paraguay 1990	66.3	72.8	81.5	92.0	94.8	81.1	0.7	28.5	0.08110	0.00517
Pérou 1996	28.7	54.9	71.5	81.8	93.7	62.3	0.3	65.0	0.21707	0.00326
Pérou 2000	53.6	70.3	83.7	91.9	95.9	76.3	0.6	42.3	0.11735	0.00298

Tableau A1.7 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Soins prénatals (pourcentage avec un minimum de trois consultations)					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche		quintile le + pauvre	le + riche	Valeur	Erreur type	Valeur	Erreur type
Moyen-Orient et Afrique du Nord	19.9	30.1	41.8	54.7	72.3	43.4	0.3	52.4	0.23652	0.05222		
Egypt, Arab Rep. of 1995	11.1	15.6	31.7	45.6	75.3	34.9	0.1	64.2	0.35800	0.00742		
Égypte (Rép. arabe d') 2000	19.4	28.7	41.8	53.8	73.6	43.7	0.3	54.2	0.26140	0.00616		
Jordanie 1997	83.7	89.3	92.0	93.5	94.9	90.5	0.9	11.2	0.06744	0.00518		
Maroc 1992	2.1	6.0	14.1	33.2	54.2	20.0	—	52.1	0.52148	0.01922		
Maroc 2003/04	20.7	38.1	52.5	71.0	82.3	51.1	0.3	61.6	0.22628	0.00699		
Yémen (Rép. du) 1997	3.4	7.2	11.6	22.3	45.6	17.4	0.1	42.2	0.53113	0.01491		
Asie du Sud	18.2	26.2	37.7	53.0	76.0	39.5	0.2	57.8	0.26971	0.00263		
Bangladesh 1996/97	5.5	5.9	7.0	11.6	41.1	13.0	0.1	35.6	0.46904	0.02705		
Bangladesh 1999/2000	4.7	6.9	10.6	18.8	50.2	16.4	0.1	45.5	0.55342	0.01956		
Bangladesh 2004	10.4	17.5	23.7	32.1	60.1	27.1	0.2	49.7	0.37335	0.01207		
Inde 1992/93	21.6	30.4	42.8	56.9	81.4	44.1	0.3	59.8	0.28544	0.00295		
Inde 1998/99	21.1	30.5	43.9	60.3	81.0	44.2	0.3	59.9	0.28457	0.00321		

Nepal 1996	10.4	16.6	16.8	22.4	47.9	20.6	0.2	37.5	0.30984	0.01874
Nepal 2001	13.3	18.0	29.3	35.7	62.4	29.1	0.2	49.1	0.31384	0.01242
Pakistan 1990/91	5.5	3.9	7.3	22.0	56.6	18.3	0.1	51.1	0.60926	0.02116
Afrique subsaharienne	45.0	50.4	57.4	66.6	80.9	58.9	0.6	35.8	0.11703	0.00050
Bénin 1996	45.6	59.1	74.0	80.9	92.1	67.7	0.5	46.5	0.14230	0.00712
Bénin 2001	59.3	69.3	77.7	87.7	92.4	76.3	0.6	33.1	0.09192	0.00517
Burkina Faso 1992/93	26.1	31.4	32.9	49.7	74.5	42.3	0.4	48.5	0.26486	0.00927
Burkina Faso 1998/99	35.5	38.0	39.7	48.0	71.4	45.4	0.5	35.9	0.16011	0.00950
Burkina Faso 2003	32.5	34.7	45.9	50.8	74.5	46.7	0.4	42.0	0.16937	0.00679
Cameroun 1991	39.5	54.5	63.4	78.0	89.1	65.4	0.4	49.6	0.16049	0.00807
Cameroun 1998	47.4	59.4	76.1	80.3	88.1	67.9	0.5	40.7	0.12804	0.00835
Cameroun 2004	53.9	64.4	80.3	88.6	91.7	74.5	0.6	37.8	0.10815	0.00448
République centrafricaine 1994/95	33.8	47.7	60.6	72.6	78.6	58.0	0.4	44.8	0.17315	0.00885
Tchad 1996/97	8.0	13.4	18.1	30.7	59.4	24.9	0.1	51.4	0.43944	0.01364
Tchad 2004	4.9	19.8	27.4	37.5	64.4	30.5	0.1	59.4	0.41482	0.01075
Comores 1996	41.4	61.2	74.3	81.8	87.9	67.3	0.5	46.5	0.14301	0.01237
Côte d'Ivoire 1994	26.0	43.6	45.7	62.5	75.0	48.7	0.3	49.0	0.19513	0.00899
Érythrée 1995	20.6	21.2	29.3	57.0	83.7	38.3	0.2	63.1	0.34190	0.01442
Ethiopie 2000	6.7	9.0	10.8	14.1	44.9	16.1	0.1	38.2	0.55577	0.01745
Gabon 2000	70.0	82.6	89.2	91.6	93.5	85.4	0.7	23.5	0.06250	0.00459
Ghana 1993	60.2	62.5	71.2	86.0	91.7	73.6	0.7	31.5	0.09093	0.00716
Ghana 1998	58.6	72.7	77.0	81.9	91.3	74.4	0.6	32.7	0.07937	0.00629

Tableau A1.7 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Soins prénatals (pourcentage avec un minimum de trois consultations)					Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration		
	Quintile		Quintile		le + riche				le + riche	Valeur	Erreur type
	le + pauvre	2ème	3ème	4ème							
Ghana 2003	69.4	76.3	80.8	86.8	94.1	80.3	0.7	24.7	0.06166	0.00517	
Guinée 1999	48.4	46.1	60.9	75.4	85.1	62.0	0.6	36.7	0.13195	0.00664	
Kenya 1993	76.3	85.1	83.9	84.9	87.7	83.4	0.9	11.4	0.02475	0.00420	
Kenya 1998	77.4	78.5	82.4	84.3	86.5	81.4	0.9	9.1	0.01879	0.00515	
Kenya 2003	64.0	75.5	75.9	78.4	84.3	75.5	0.8	20.3	0.07126	0.00522	
Madagascar 1997	55.2	58.1	61.5	72.3	82.6	63.9	0.7	27.4	0.09551	0.00708	
Malawi 1992	73.6	75.8	82.8	89.8	88.8	82.0	0.8	15.2	0.04066	0.00510	
Malawi 2000	76.9	78.3	78.4	82.2	85.7	80.0	0.9	8.8	0.02284	0.00316	
Mali 1995/96	10.8	21.3	31.7	43.8	69.6	34.3	0.2	58.8	0.32089	0.00982	
Mali 2001	24.7	29.3	30.8	45.8	73.8	40.0	0.3	49.1	0.22935	0.00758	
Mauritanie 2000/01	16.3	32.6	50.0	61.1	75.1	46.5	0.2	58.8	0.26528	0.00909	
Mozambique 1997	30.0	49.0	47.3	72.3	75.1	52.7	0.4	45.1	0.17033	0.00833	
Mozambique 2003	52.8	66.1	72.7	86.1	90.0	71.8	0.6	37.2	0.10496	0.00408	
Namibie 1992	61.9	69.4	67.6	65.0	76.0	68.2	0.8	14.1	0.03911	0.00789	
Namibie 2000	71.6	76.0	82.7	77.1	84.2	78.4	0.9	12.6	0.02639	0.00573	
Niger 1998	13.5	15.1	16.5	27.4	63.7	25.7	0.2	50.2	0.39439	0.01508	
Nigeria 1990	32.3	42.8	63.2	69.3	90.2	57.4	0.4	57.9	0.21842	0.00577	

Nigeria 2003	30.7	33.5	52.0	72.5	90.8	53.8	0.3	60.2	0.21830	0.00742
Rwanda 2000	40.0	45.4	44.7	45.7	59.6	47.3	0.7	19.6	0.07459	0.00819
Senegal 1997	43.5	52.5	64.5	74.1	83.6	62.6	0.5	40.1	0.13619	0.00623
Afrique du Sud 1998	78.2	83.9	82.8	82.7	90.2	83.1	0.9	12.0	0.02309	0.00413
Tanzanie 1996	81.0	88.2	89.5	88.7	90.5	87.5	0.9	9.5	0.01631	0.00345
Tanzanie 1999	82.0	84.4	83.0	89.0	92.5	86.1	0.9	10.5	0.01406	0.00413
Tanzanie 2004	80.2	85.5	85.3	88.3	91.3	86.0	0.9	11.1	0.02748	0.00310
Togo 1998	49.5	60.3	72.4	78.4	89.6	67.7	0.6	40.1	0.11194	0.00608
Ouganda 1995	65.7	64.5	71.0	74.8	83.9	71.6	0.8	18.2	0.05684	0.00533
Ouganda 2000/01	58.5	62.9	67.6	73.6	85.7	69.0	0.7	27.2	0.07981	0.00549
Zambie 1996	80.7	84.1	85.2	90.1	91.8	86.2	0.9	11.1	0.02606	0.00346
Zambie 2001	80.4	85.2	86.8	90.2	91.9	86.6	0.9	11.5	0.02807	0.00347
Zimbabwe 1994	83.0	86.1	85.3	89.0	90.9	86.7	0.9	7.9	0.01584	0.00482
Zimbabwe 1999	84.1	80.1	77.0	71.4	68.6	75.9	1.2	15.5	20.04374	0.00612
Tous pays	35.7	44.9	54.3	65.3	81.7	54.5	0.4	45.9	0.15934	0.03206

Sources: Gatwin et autres (2007) pour les données relatives aux pays; les moyennes mondiales de population ont été calculées par l'auteur qui a utilisé les estimations des indicateurs du Développement dans le Monde de la Banque mondiale.

Note : -- = non disponible.

Tableau A1.8 Inégalités en matière de contraception (femmes) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Femmes employant des méthodes contraceptives (pourcentage)							Ratio entre le + quintile le + pauvre et le + riche		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	Moyenne population	quintile le + pauvre et le + riche	Moyenne population	quintile le + riche	Erreur type	Erreur type	Erreur type	
Asie orientale et pacifique	44.2	51.5	53.2	53.3	51.0	50.6	0.9	50.6	6.8	0.02422	0.01900		
Cambodge 2000	12.5	15.4	20.1	19.9	25.4	18.8	0.5	18.8	12.9	0.16156	0.01204		
Indonesie 1997	46.2	55.6	56.8	58.0	56.9	54.7	0.8	54.7	10.7	0.06029	0.00297		
Indonesie 2002/03	48.6	57.9	60.0	59.3	58.1	56.7	0.8	56.7	9.6	0.03187	0.00285		
Philippines 1998	19.6	26.2	33.0	33.0	29.4	28.2	0.7	28.2	9.8	0.11463	0.00968		
Philippines 2003	23.8	33.8	35.7	37.9	35.2	33.4	0.7	33.4	11.4	0.07195	0.00861		
Vietnam 1997	47.0	57.3	59.5	59.4	55.5	55.8	0.8	55.8	8.5	0.01431	0.00677		
Vietnam 2002	57.9	57.9	58.1	58.0	51.6	56.7	1.1	56.7	6.3	20.02528	0.00671		
Europe et Asie centrale	33.0	40.3	43.9	45.0	49.6	43.0	0.7	43.0	16.6	0.07147	0.02307		
Arménie 2000	15.5	20.9	22.4	22.3	29.2	22.3	0.5	22.3	13.7	0.09426	0.01592		
Kazakhstan 1995	43.8	49.1	40.6	45.8	49.6	46.1	0.9	46.1	5.8	0.00752	0.01183		
Kazakhstan 1999	48.9	50.6	52.9	54.5	55.1	52.7	0.9	52.7	6.2	0.01747	0.00978		
Kirghizistan (République du) 1997	44.4	44.9	48.4	50.9	54.4	48.9	0.8	48.9	10.0	0.04022	0.01085		
Turquie 1993	21.0	29.4	33.1	38.5	45.5	34.5	0.5	34.5	24.5	0.12191	0.00972		

Turquie 1998	23.6	32.2	37.7	41.9	48.0	37.7	0.5	24.4	0.12904	0.00977
Turkmenistan 2000	50.9	56.7	53.1	55.4	49.9	53.1	1.0	1.0	—	—
Ouzbékistan 1996	46.0	55.1	55.5	47.7	52.2	51.3	0.9	6.2	20.00728	0.00985
Amérique latine et Caraïbes	50.1	60.8	65.8	67.7	70.6	63.5	0.7	20.5	0.06077	0.02190
Bolivie 1998	7.1	17.2	22.2	32.2	45.6	25.2	0.2	38.5	0.28389	0.01127
Bolivie 2003	22.5	27.7	31.5	41.8	49.3	34.9	0.5	26.8	0.14658	0.00774
Brésil 1996	55.8	68.9	73.6	73.8	76.8	70.3	0.7	21.0	0.05942	0.00444
Colombie 1995	42.2	59.6	62.7	64.2	65.7	59.3	0.6	23.5	0.06654	0.00611
Colombie 2000	53.8	61.6	67.2	70.1	66.4	64.0	0.8	12.6	0.04500	0.00551
Colombie 2005	60.4	66.6	69.3	71.7	71.8	68.2	0.8	11.4	0.04093	0.00306
République dominicaine 1996	51.2	61.7	58.2	61.5	63.7	59.2	0.8	12.5	0.04534	0.00639
République dominicaine 2002	58.8	64.6	68.0	66.9	69.6	65.8	0.8	10.7	0.03378	0.00372
Guatemala 1995	5.4	10.1	21.4	37.4	57.1	26.9	0.1	51.7	0.35895	0.01024
Guatemala 1998/99	5.4	11.9	24.5	45.0	59.7	30.9	0.1	54.3	0.35723	0.01243
Haiti 1994/95	4.9	7.4	12.7	20.4	20.9	13.2	0.2	16.0	0.29046	0.02584
Haiti 2000	17.4	22.2	25.7	24.2	24.2	22.8	0.7	6.8	0.10090	0.01386
Nicaragua 1997/98	40.2	55.5	60.3	65.4	64.2	57.4	0.6	24.0	0.09526	0.00559
Nicaragua 2001	50.2	65.8	71.2	71.1	71.0	66.1	0.7	20.8	0.06226	0.00507
Paraguay 1990	20.6	25.3	34.4	44.3	46.1	35.2	0.4	25.5	0.17938	0.01235
Pérou 1996	24.0	37.5	45.2	48.9	50.3	41.3	0.5	26.3	0.13758	0.00486
Pérou 2000	36.8	45.8	54.4	56.3	58.0	50.4	0.6	21.2	0.09177	0.00444

Tableau A1.8 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Femmes employant des méthodes contraceptives (pourcentage)										Ratio entre le + riche et le + pauvre		Différence entre quintile le + riche et le + pauvre		indice de concentration		
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	Moyenne population	quintile le + pauvre et le + riche										
	1er																
Moyen-Orient et Afrique du Nord	37.8	43.5	46.5	49.9	53.7	46.6	0.7	15.9	0.06600	0.01633							
Égypte (Rép. arabe d') 1995	28.2	39.0	47.1	52.0	57.4	45.5	0.5	29.2	0.16077	0.00505							
Égypte (Rép. arabe d') 2000	42.6	49.9	54.2	58.1	60.8	53.7	0.7	18.2	0.07156	0.00443							
Jordanie 1997	27.5	35.7	35.4	42.1	46.8	37.7	0.6	19.3	0.17507	0.01149							
Maroc 1992	17.9	30.0	37.8	43.1	48.3	35.5	0.4	30.4	0.17225	0.01020							
Maroc 2003/04	51.4	55.2	55.4	54.8	56.8	54.8	0.9	5.4	0.01886	0.00562							
Yemen, Rep. of 1997	1.4	3.5	6.8	13.8	24.1	9.8	0.1	22.7	0.52786	0.01875							
Asie du Sud	27.7	32.8	40.7	45.1	50.8	39.5	0.5	23.1	0.11876	0.02511							
Bangladesh 1996/97	38.8	40.8	43.7	38.8	48.5	42.1	0.8	9.7	0.04452	0.00751							
Bangladesh 1999/2000	37.4	43.7	44.8	43.5	50.2	44.0	0.7	12.8	0.05696	0.00646							
Bangladesh 2004	44.7	47.7	46.6	47.4	50.0	47.3	0.9	5.3	0.02480	0.00580							
Inde 1992/93	24.9	27.5	36.1	42.0	50.6	36.5	0.5	25.7	0.14456	0.00242							

Inde 1998/99	29.3	34.9	44.9	49.7	54.6	42.8	0.5	25.3	0.12920	0.00222
Nepal 1996	15.7	21.2	23.2	26.6	44.9	26.0	0.3	29.2	0.20910	0.01084
Nepal 2001	23.8	28.7	31.7	38.9	55.2	35.4	0.4	31.4	0.17967	0.00814
Pakistan 1990/91	1.2	4.1	6.1	10.7	23.2	9.0	0.1	22.0	0.51205	0.02485
Afrique subsaharienne	8.8	11.1	14.3	18.5	30.5	16.6	0.3	21.7	0.24519	0.04642
Bénin 1996	1.3	1.4	1.7	4.6	9.0	3.4	0.1	7.7	0.38588	0.05442
Bénin 2001	4.0	3.2	6.7	8.3	14.7	7.2	0.3	10.7	0.27534	0.03278
Burkina Faso 1992/93	0.8	0.3	1.0	2.5	16.4	4.2	—	15.7	0.91224	0.04923
Burkina Faso 1998/99	1.8	2.6	2.9	2.4	16.0	4.8	0.1	14.2	0.57474	0.04340
Burkina Faso 2003	1.8	4.5	6.2	6.9	26.8	8.8	0.1	25.0	0.48610	0.02230
Cameroun 1991	0.7	1.2	2.8	4.4	12.5	4.3	0.1	11.8	0.59516	0.05731
Cameroun 1998	1.4	2.2	6.1	10.5	16.6	7.1	0.1	15.2	0.45378	0.03608
Cameroun 2004	2.4	5.1	11.5	20.2	27.2	13.1	0.1	24.8	0.39885	0.01816
République centrafricaine 1994/95	0.7	0.9	1.9	5.6	8.8	3.2	0.1	8.1	0.55563	0.05851
Tchad 1996/97	0.1	0.2	0.1	1.0	4.8	1.2	—	4.7	0.94274	0.09954
Tchad 2004	0.0	0.2	1.0	0.4	7.3	1.6	—	7.3	0.83194	0.08120
Comores 1996	6.6	11.6	10.2	10.0	18.6	11.4	0.4	12.0	0.15895	0.03934
Côte d'Ivoire 1994	1.1	2.1	2.0	5.3	12.5	4.3	0.1	11.4	0.47567	0.04214
Érythrée 1995	0.3	0.7	1.0	2.6	18.9	4.0	—	18.6	0.84891	0.06552
Ethiopie 2000	2.7	2.7	2.0	3.6	22.9	6.3	0.1	20.2	0.78631	0.03104
Gabon 2000	5.6	8.3	11.8	13.4	18.2	11.8	0.3	12.6	0.19990	0.02680
Ghana 1993	5.4	5.5	7.8	11.8	19.1	10.1	0.3	13.7	0.25983	0.03190
Ghana 1998	7.5	11.5	13.6	16.7	17.9	13.3	0.4	10.4	0.17092	0.02415

Tableau A1.8 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Femmes employant des méthodes contraceptives (pourcentage)										Ratio entre le + riche et le + pauvre		Différence entre quintile le + pauvre et le + riche		indice de concentration	
	Quintile le + pauvre					Quintile le + riche					Moyenne population	le + pauvre et le + riche	(valeur absolue)	Erreur type	Valeur	type
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}						
Ghana 2003	8.6	19.1	18.6	21.3	26.3	18.7	0.3	17.6	0.17986	0.01980						
Guinée 1999	1.0	1.9	2.8	7.4	9.2	4.2	0.1	8.2	0.44846	0.04042						
Kenya 1993	10.3	15.7	27.3	37.5	45.1	27.3	0.2	34.9	0.26378	0.01340						
Kenya 1998	12.6	24.1	30.7	39.7	50.1	31.5	0.3	37.5	0.23115	0.01153						
Kenya 2003	11.8	24.2	33.4	41.0	44.5	31.5	0.3	32.7	0.23325	0.01042						
Madagascar 1997	2.3	3.0	7.3	12.4	23.8	9.7	0.1	21.5	0.49740	0.02754						
Malawi 1992	3.9	3.6	5.6	6.9	17.2	7.4	0.2	13.3	0.41164	0.04027						
Malawi 2000	19.9	23.4	22.9	25.8	39.6	26.1	0.5	19.7	0.14022	0.01003						
Mali 1995/96	0.5	1.4	2.0	4.2	15.3	4.5	—	14.8	0.61241	0.03806						
Mali 2001	4.2	3.6	3.4	7.3	17.9	7.0	0.2	13.7	0.34229	0.02502						
Mauritanie 2000/01	0.1	0.5	2.6	6.8	16.5	5.1	—	16.4	0.61491	0.04331						
Mozambique 1997	0.9	1.8	3.1	5.3	16.9	5.1	0.1	16.0	0.74981	0.04425						
Mozambique 2003	14.1	16.2	21.5	19.3	36.6	20.8	0.4	22.5	0.20537	0.01212						
Namibie 1992	5.4	6.5	11.8	28.9	56.9	26.0	0.1	51.5	0.43759	0.01944						
Namibie 2000	28.8	24.1	30.3	48.5	64.2	42.6	0.4	35.4	0.18596	0.01198						
Niger 1998	0.8	1.6	2.2	2.9	18.1	4.6	—	17.3	0.70688	0.04287						

Nigeria 1990	0.5	1.7	1.7	3.3	11.6	3.4	—	11.1	0.67519	0.04407
Nigeria 2003	3.6	2.9	6.7	9.2	20.5	8.2	0.2	16.9	0.38446	0.02867
Rwanda 2000	2.4	2.3	3.5	5.2	14.6	5.7	0.2	12.2	0.21090	0.06294
Senegal 1997	1.0	1.6	4.8	11.6	23.6	8.1	—	22.6	0.52113	0.02817
Afrique du Sud 1998	34.0	45.1	54.5	62.1	70.3	55.1	0.5	36.3	0.13618	0.00688
Tanzanie 1996	4.9	7.2	10.0	14.1	28.9	13.3	0.2	24.0	0.33190	0.02078
Tanzanie 1999	5.6	12.8	11.8	20.4	32.1	16.9	0.2	26.5	0.27361	0.02168
Tanzanie 2004	10.7	12.8	15.6	24.1	36.0	20.0	0.3	25.3	0.18557	0.01358
Togo 1998	3.3	4.9	7.0	7.5	12.5	7.0	0.3	9.2	0.23834	0.02845
Ouganda 1995	2.1	2.7	4.1	6.2	25.8	7.8	0.1	23.7	0.66008	0.03373
Ouganda 2000/01	11.3	9.3	11.9	19.5	40.6	18.2	0.3	29.3	0.36349	0.01824
Zambie 1996	5.4	10.3	8.4	18.1	31.3	14.4	0.2	25.9	0.34414	0.02182
Zambie 2001	10.8	13.2	19.7	31.3	52.5	25.3	0.2	41.7	0.32306	0.01433
Zimbabwe 1994	31.2	32.7	38.0	49.9	55.8	42.2	0.6	24.6	0.12549	0.01127
Zimbabwe 1999	41.1	42.1	42.8	53.7	67.4	50.4	0.6	26.3	0.09751	0.00938
Tous pays	29.2	34.7	40.2	43.5	49.0	39.5	0.6	19.7	0.09824	0.02281

Sources: Gatwin et autres (2007) pour les données relatives aux pays; les moyennes mondiales de population ont été calculées par l'auteur qui a utilisé les estimations des indicateurs du Développement dans le Monde de la Banque mondiale.

Note : -- = non disponible. L'emploi de méthodes contraceptives est le pourcentage de femmes mariées ou vivant en couple, âgées de 15 à 49 ans, qui ont recours à un moyen de contraception moderne, quel qu'il soit.

Tableau A1.9 Inégalités en matière d'accouchements assistés dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Région du monde, pays et année de l'enquête	Accouchements assistés par personnel formé (en pourcentage)							Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche	Différence entre quintile le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	quintile le + pauvre	quintile le + riche				Valeur	Erreur type
Asie orientale et pacifique	39.8	60.2	73.5	83.5	94.2	67.7	0.4	54.4	0.15059	0.04629		
Cambodge 2000	14.7	21.3	27.4	40.7	81.2	31.8	0.2	66.5	0.31138	0.00888		
Indonésie 1997	21.3	34.8	48.1	64.4	89.2	49.1	0.2	67.9	0.28647	0.00315		
Indonésie 2002/03	39.9	56.1	68.7	80.6	93.6	66.2	0.4	53.8	0.17487	0.00262		
Philippines 1998	21.2	45.9	72.8	83.9	91.9	56.4	0.2	70.7	0.27632	0.00441		
Philippines 2003	25.1	51.4	72.4	84.4	92.3	59.8	0.3	67.3	0.24967	0.00437		
Vietnam 1997	49.0	78.4	84.2	93.6	99.2	77.0	0.5	50.2	0.13787	0.00681		
Vietnam 2002	58.1	86.0	95.1	97.4	99.7	85.1	0.6	41.6	0.10092	0.00710		
Europe et Asie centrale	71.3	87.0	93.1	96.9	98.7	88.1	0.7	27.4	0.05786	0.02216		
Arménie 2000	93.3	94.2	99.4	98.8	100.0	96.8	0.9	6.7	0.01628	0.00269		
Kazakhstan 1995	99.4	100.0	98.8	100.0	100.0	99.6	1.0	0.6	0.00108	0.00108		
Kazakhstan 1999	99.2	99.6	98.6	99.0	98.5	99.0	1.0	0.7	0.00111	0.00182		
Kirghizistan (République du) 1997	96.0	98.2	98.1	99.7	100.0	98.1	1.0	4.0	0.00445	0.00178		
Turquie 1993	43.4	71.0	84.3	95.5	98.9	76.0	0.4	55.5	0.14212	0.00523		

Turquie 1998	53.4	77.7	88.9	95.2	98.2	80.6	0.5	44.8	0.12310	0.00513
Turkmenistan 2000	96.8	97.7	96.2	97.3	98.3	97.2	1.0	1.5	—	—
Ouzbékistan 1996	91.7	100.0	99.0	99.3	100.0	97.5	0.9	8.3	0.01501	0.00390
Amérique latine et Caraïbes	61.0	78.0	87.3	92.8	96.7	80.0	0.6	35.7	0.08293	0.02811
Bolivie 1998	19.8	44.8	67.7	87.9	97.9	56.7	0.2	78.1	0.29662	0.00413
Bolivie 2003	26.6	49.7	69.9	87.6	98.4	60.8	0.3	71.8	0.22564	0.00371
Brésil 1996	71.6	88.7	95.7	97.7	98.6	87.7	0.7	27.0	0.08182	0.00356
Colombie 1995	60.6	85.2	92.8	98.9	98.1	84.5	0.6	37.5	0.10278	0.00387
Colombie 2000	64.3	85.6	94.7	98.6	98.6	86.4	0.7	34.3	0.08616	0.00367
Colombie 2005	72.0	94.0	97.3	98.9	99.3	90.7	0.7	27.4	0.07520	0.00208
République dominicaine 1996	88.9	97.1	97.5	98.4	97.8	95.5	0.9	8.9	0.03238	0.00273
République dominicaine 2002	93.8	98.2	98.9	99.5	99.6	97.8	0.9	5.8	0.01904	0.00136
Guatemala 1995	9.3	16.1	31.1	62.8	91.5	34.8	0.1	82.2	0.36543	0.00766
Guatemala 1998/99	8.8	17.8	38.8	73.5	91.9	40.6	0.1	83.1	0.36103	0.00905
Haiti 1994/95	24.0	37.3	47.4	60.7	78.2	46.3	0.3	54.2	0.22404	0.00955
Haiti 2000	4.1	9.4	13.5	37.9	70.0	24.2	0.1	65.9	0.45698	0.01232
Nicaragua 1997/98	32.9	58.8	79.8	86.0	92.3	64.6	0.4	59.4	0.20938	0.00404
Nicaragua 2001	77.5	88.5	95.0	97.2	99.3	89.7	0.8	21.8	0.05667	0.00275
Paraguay 1990	41.2	49.9	69.0	87.9	98.1	66.0	0.4	56.9	0.19569	0.00526
Pérou 1996	13.7	48.0	75.1	90.3	96.6	56.4	0.1	82.9	0.31919	0.00255
Pérou 2000	13.0	34.3	62.2	74.8	87.5	46.9	0.1	74.5	0.31759	0.00433

Tableau A1.9 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Accouchements assistés par personnel formé (en pourcentage)							Ratio entre le + riche et le + pauvre	Différence entre le + riche et le + pauvre (valeur absolue)	indice de concentration		
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	Moyenne population	quintile le + pauvre			quintile le + riche	Valeur	Erreur type
	29.6	43.6	57.8	72.2	87.9	56.8	0.3			58.3	0.19942	0.04738
Moyen-Orient et Afrique du Nord												
Égypte (Rép. arabe d') 1995	20.5	29.8	47.0	62.1	86.4	46.2	0.2	65.9	0.29115	0.00474		
Égypte (Rép. arabe d') 2000	31.4	45.5	61.1	76.2	94.2	60.9	0.3	62.8	0.21894	0.00355		
Jordanie 1997	91.2	97.5	98.4	98.0	99.3	96.6	0.9	8.1	0.04834	0.00268		
Maroc 1992	5.1	13.6	28.3	55.1	77.9	30.8	0.1	72.8	0.47385	0.00988		
Maroc 2003/04	29.4	49.4	70.3	86.1	95.4	62.6	0.3	65.9	0.21363	0.00464		
Yemen, Rep. of 1997	6.8	13.2	15.6	28.7	49.7	21.7	0.1	42.9	0.41622	0.01058		
Asie du Sud	13.6	21.3	34.4	51.3	76.1	36.4	0.2	62.5	0.31503	0.06295		
Bangladesh 1996/97	1.8	2.5	4.0	9.0	29.8	8.1	0.1	28.0	0.61348	0.03288		
Bangladesh 1999/2000	3.5	4.9	6.5	14.0	42.1	12.1	0.1	38.6	0.61741	0.02359		
Bangladesh 2004	3.3	4.3	10.2	17.0	39.4	13.2	0.1	36.1	0.56602	0.02048		
Inde 1992/93	11.9	18.2	30.1	47.9	78.7	34.3	0.2	66.8	0.37935	0.00337		

Inde 1998/99	16.4	25.9	42.0	60.6	84.4	42.4	0.2	68.0	0.32203	0.00308
Nepal 1996	2.9	5.2	6.4	9.1	33.7	9.6	0.1	30.8	0.51143	0.03395
Nepal 2001	3.6	4.9	9.9	14.3	45.1	12.9	0.1	41.5	0.51203	0.02170
Pakistan 1990/91	4.6	6.6	6.0	21.5	55.2	18.6	0.1	50.6	0.59890	0.01727
Afrique subsaharienne	22.2	29.5	36.6	53.0	77.9	41.4	0.3	55.7	0.24603	0.04197
Bénin 1996	34.4	53.1	66.1	87.6	97.5	63.9	0.4	63.1	0.20346	0.00665
Bénin 2001	49.6	60.5	76.9	90.2	99.3	72.9	0.5	49.7	0.14361	0.00436
Burkina Faso 1992/93	26.0	26.8	29.9	46.5	86.1	41.4	0.3	60.1	0.32740	0.00753
Burkina Faso 1998/99	17.9	20.8	21.9	32.4	75.0	30.9	0.2	57.1	0.35381	0.01106
Burkina Faso 2003	18.7	24.3	31.8	45.3	84.5	37.8	0.2	65.7	0.29563	0.00664
Cameroun 1991	32.0	48.4	57.8	81.2	94.7	63.5	0.3	62.7	0.20890	0.00637
Cameroun 1998	27.9	43.4	63.5	84.3	89.2	58.2	0.3	61.3	0.23392	0.00884
Cameroun 2004	29.4	44.7	72.6	86.6	94.5	61.9	0.3	65.2	0.22521	0.00441
République centrafricaine 1994/95	14.3	25.2	40.7	69.9	81.7	45.9	0.2	67.4	0.33053	0.00943
Tchad 1996/97	2.6	5.6	6.7	15.5	47.4	15.0	0.1	44.8	0.66574	0.01796
Tchad 2004	1.4	7.2	7.9	14.8	51.4	16.1	—	50.1	0.73107	0.01689
Comores 1996	26.2	40.1	54.6	67.1	84.8	51.6	0.3	58.6	0.23542	0.01418
Côte d'Ivoire 1994	16.8	29.6	45.8	65.2	83.5	45.4	0.2	66.7	0.30454	0.00818
Érythrée 1995	5.0	6.9	7.2	31.7	74.3	20.6	0.1	69.3	0.63049	0.02343
Ethiopie 2000	0.9	1.5	2.0	3.3	25.3	5.6	—	24.4	1.24456	0.03943
Gabon 2000	67.2	85.7	91.5	93.9	97.1	86.7	0.7	29.9	0.07707	0.00381
Ghana 1993	25.3	24.1	31.6	62.3	85.3	43.7	0.3	60.0	0.28067	0.01284

Tableau A1.9 (suite...)

Région du monde, pays et année de l'enquête	Accouchements assistés par personnel formé (en pourcentage)							Moyenne population	Ratio entre le + pauvre et le + riche	Différence entre le + pauvre et le + riche (valeur absolue)	indice de concentration	
	Quintile le + pauvre	2ème	3ème	4ème	Quintile le + riche	quintile le + pauvre	quintile le + riche				Valeur	Erreur type
	17.9	31.0	48.1	65.0	86.1	44.3	0.2				68.2	0.29790
Ghana 1998	17.9	31.0	48.1	65.0	86.1	44.3	0.2	68.2	0.29790	0.00895		
Ghana 2003	20.6	31.9	43.3	73.0	90.4	47.1	0.2	69.8	0.29956	0.00768		
Guinée 1999	12.1	16.0	26.9	54.5	81.5	34.8	0.1	69.4	0.40156	0.00905		
Kenya 1993	23.1	33.1	45.7	56.7	76.5	45.1	0.3	53.4	0.22699	0.00762		
Kenya 1998	23.2	33.3	41.9	56.1	79.6	44.4	0.3	56.4	0.24185	0.01037		
Kenya 2003	17.0	32.8	38.1	55.0	75.4	41.6	0.2	58.4	0.29895	0.00720		
Madagascar 1997	29.6	37.0	40.5	65.0	88.5	47.3	0.3	58.9	0.23823	0.00868		
Malawi 1992	44.6	46.2	50.4	58.8	77.9	54.9	0.6	33.3	0.14389	0.00709		
Malawi 2000	43.0	49.4	50.9	58.5	83.0	55.6	0.5	40.0	0.13377	0.00442		
Mali 1995/96	11.1	22.8	34.1	51.5	80.6	38.7	0.1	69.5	0.34284	0.00802		
Mali 2001	22.0	27.0	29.4	45.8	88.7	40.6	0.2	66.7	0.27690	0.00590		
Mauritanie 2000/01	14.7	36.3	56.8	73.0	92.8	53.3	0.2	78.1	0.29594	0.00582		
Mozambique 1997	18.1	35.2	31.4	64.0	82.1	44.2	0.2	64.0	0.29598	0.00859		
Mozambique 2003	24.7	33.4	42.5	68.4	88.7	47.7	0.3	63.9	0.27062	0.00501		
Namibie 1992	50.9	58.8	65.0	74.4	91.2	68.2	0.6	40.3	0.11728	0.00580		
Namibie 2000	55.4	64.4	77.4	86.2	97.1	75.5	0.6	41.7	0.11912	0.00504		

Niger 1998	4.2	7.1	7.6	15.5	62.8	17.6	0.1	58.6	0.65349	0.01962
Nigeria 1990	12.2	19.7	27.3	43.4	70.0	33.0	0.2	57.8	0.36522	0.00814
Nigeria 2003	12.9	19.0	27.6	51.1	84.5	36.2	0.2	71.6	0.34666	0.00913
Rwanda 2000	17.3	16.0	17.8	22.8	59.6	26.7	0.3	42.3	0.35511	0.01105
Senegal 1997	20.3	25.4	45.3	69.3	86.2	46.5	0.2	65.9	0.27628	0.00663
Afrique du Sud 1998	67.8	81.2	88.5	94.9	98.1	84.4	0.7	30.3	0.08473	0.00358
Tanzanie 1996	26.7	40.4	41.2	51.8	80.9	46.7	0.3	54.2	0.20061	0.00686
Tanzanie 1999	28.9	35.0	33.3	48.4	82.8	43.8	0.3	53.9	0.21340	0.00970
Tanzanie 2004	31.0	35.7	37.6	53.4	86.8	46.3	0.4	55.8	0.18845	0.00672
Togo 1998	25.1	34.7	52.5	71.7	91.2	50.5	0.3	66.1	0.26757	0.00726
Ouganda 1995	22.6	28.3	32.6	39.3	70.4	37.8	0.3	47.8	0.27554	0.00915
Ouganda 2000/01	19.7	27.6	31.9	46.4	77.3	38.2	0.3	57.6	0.29717	0.00802
Zambie 1996	19.3	24.6	36.7	67.7	90.5	46.5	0.2	71.2	0.31358	0.00596
Zambie 2001	19.7	22.6	34.2	68.7	91.1	43.4	0.2	71.4	0.31226	0.00705
Zimbabwe 1994	55.1	59.5	65.3	77.9	92.8	69.4	0.6	37.7	0.11069	0.00713
Zimbabwe 1999	56.7	67.3	64.8	79.7	93.5	72.4	0.6	36.8	0.09013	0.00539
Tous pays	27.0	37.9	49.2	63.2	82.5	49.3	0.3	55.6	0.20988	0.04379

Sources: Gatwin et autres (2007) pour les données relatives aux pays; les moyennes mondiales de population ont été calculées par l'auteur qui a utilisé les estimations des indicateurs du Développement dans le Monde de la Banque mondiale.

Note : -- = non disponible.

Annexe 1.3 Analyse de l'incidence des avantages

Objectifs de l'analyse de l'incidence des avantages

L'un des objectifs communs des décideurs politiques est de s'assurer que les dollars qu'ils affectent à la santé publique sont utilisés pour les pauvres. Cela tient principalement à la conviction que les dépenses publiques doivent être destinées aux pauvres parce que ce sont eux qui ont souvent le plus besoin des services de santé. Cependant, il arrive que l'argent affecté aux programmes publics soit utilisé de telle manière qu'il ne profite pas forcément plus aux pauvres qu'aux riches. Une analyse de l'incidence des avantages est un processus qui permet d'identifier quels groupes bénéficient de l'argent affecté aux dépenses de santé et à quelle hauteur.

On peut définir les groupes de plusieurs manières, selon la région géographique, selon l'ethnicité ou selon l'âge. Cependant, ce sont souvent les différences de dépenses publiques selon les statuts économiques, qui présentent le plus d'intérêt pour les décideurs politiques et les chercheurs. On peut, par exemple, diviser les bénéficiaires des dépenses publiques en cinq groupes (les quintiles), qui représentent les 20 pour cent les plus pauvres, les 20 pour cent suivants, les 20 pour cent du milieu, etc. L'analyse de l'incidence des avantages prend appui sur ces quintiles pour photographier la distribution des dépenses publiques pour les soins de santé, ce qui permet de détecter quels groupes bénéficient le plus de ces dépenses. Les résultats d'une analyse de cet ordre peuvent révéler des inégalités dans la distribution des dépenses publiques, auquel cas des changements appropriés d'orientation politique et de structure peuvent être envisagés et mis en œuvre pour veiller à ce que les groupes ciblés bénéficient des dépenses publiques affectées à la santé

De quelles données a-t-on besoin pour effectuer une analyse de l'incidence des avantages ?

Pour effectuer une analyse de l'incidence des avantages, il faut des microdonnées d'une enquête sanitaire à multiples visées auprès des ménages. Il faudrait que cette enquête fournisse une mesure ad hoc du niveau de vie telle que le revenu par habitant, les dépenses de consommation par habitant, ou une mesure ordinale telle que l'indice de richesse. Cette enquête devrait également établir une distinction entre les services médicaux publics et privés. Étant donné que l'objectif principal d'une analyse de l'incidence des avantages est de déterminer la distribution des dépenses publiques, seuls les services subventionnés par l'État

devraient être pris en compte. Si le secteur privé n'est pas très important dans la région, cette distinction n'est peut-être pas nécessaire. Enfin, les données de l'enquête relatives à l'utilisation des services de santé devraient être telles que la distorsion de la période de référence serait pratiquement nulle. Pour les services de santé les plus utilisés, par exemple les soins ambulatoires, la période de référence devrait être de deux à quatre semaines, pas plus. Cependant, pour les hospitalisations, elle devrait être plus longue, environ douze mois.

Les quatre étapes de l'analyse de l'incidence des avantages

On peut distinguer quatre étapes principales dans une analyse de l'incidence des avantages. Premièrement, il faut classer les bénéficiaires des services de santé et les affecter dans des groupes. Il faut classer les individus selon une mesure ad hoc du niveau de vie comme nous l'avons vu ci-dessus. Il faut qu'ils soient rangés dans des catégories définies par des niveaux de pauvreté précis ou dans des castes ou des tribus.

Deuxièmement, il faut relier l'individu à la quantité de services médicaux publics qu'il a utilisés. Cette quantité se mesure différemment selon le type de service. Par exemple, pour les hospitalisations, l'instrument de mesure est la longueur du séjour. Pour les consultations externes, c'est le nombre de consultations qui est la mesure ad hoc.

La troisième étape est le calcul du montant total des subventions de l'État à chaque individu pour sa santé. On calcule ce montant en multipliant le coût unitaire net de la prestation des services de santé par le nombre d'unités de soins de santé publique utilisées par un individu moins la somme qu'il a pu payer pour ces soins au titre de redevance à la charge de l'usager.

Pour obtenir le coût unitaire, il faut diviser le total des dépenses publiques pour chaque type de service au sein d'une zone géographique ou d'un établissement par le total des unités utilisées. Pour calculer les dépenses publiques totales pour chaque type de service, il faut décomposer les dépenses totales de chaque service couramment utilisé par région géographique, puis par type d'établissement, puis par type de service. S'il existe des Comptes nationaux de Santé, ils fournissent des informations suffisantes concernant les dépenses au niveau d'une région, d'un établissement ou d'un service. Si on ne dispose pas de ce système, il faudra procéder par hypothèses et approximations. Pour vérifier la justesse de ces approximations, on a recours à l'analyse de sensibilité. Le nombre des unités de service utilisées peut se calculer à partir des données de l'enquête ou des archives de l'administration.

Idéalement, il faudrait se procurer les données relatives à la redevance à la charge de l'utilisateur en consultant les enquêtes parce cette redevance est fonction des moyens d'un individu. Par exemple, dans certains pays les pauvres peuvent être exemptés de cette redevance. Si les enquêtes ne fournissent pas cette information, on peut l'estimer en divisant le revenu global de ces redevances, tel qu'il figure dans la comptabilité officielle, par une estimation de la totalité des utilisations des services de santé. La redevance moyenne résultant de ce calcul serait appliquée à tous les utilisateurs. Cette méthode ne tient cependant pas compte des différences entre les situations personnelles.

En quatrième et dernière étape, on procède à l'analyse de la dispersion des dépenses publiques de santé entre les groupes d'intérêt, tels que les quintiles de revenu ou de dépenses. Pour ce faire, calculez la valeur des subventions de santé perçues par les individus au sein du groupe de niveau de vie auquel ils sont affectés. On considère cette dispersion de deux façons. On peut considérer les parts cumulées des subventions perçues par chaque quintile. La seconde façon est de décrire la dispersion comme le ratio entre les dépenses publiques et le revenu moyen ou les dépenses moyennes de chaque groupe.

Annexe 1.4 Lectures complémentaires recommandées

Sélection prise dans Goldman et autres (à paraître)

Arokiasamy, P. 2004. « Regional Patterns of Sex Bias and Excess female Child Mortality in India. » *Population* 59 (6):833-64

Analyse transversale de la mortalité infantile dans diverses régions de l'Inde qui met en lumière les mécanismes de distorsion par sexe et les effets des faibles taux de vaccinations d'ensemble, dont le résultat est une surmortalité chez les petites filles. Le différentiel de mortalité infantile par sexe dans les États du nord de l'Inde est parmi les plus élevés jamais enregistrés dans les annales de la démographie. Les données relatives à l'historique des accouchements et aux prestations de soins médicaux sont empruntées à l'Enquête nationale sur la santé des familles, 1992-93 (HPS 1995).

Cuyler, A. et A. Wagstaff. 1993. " **Equity and Equality in Health and Health Care.**" (Équité et Égalité dans la Santé et les Soins de Santé). *Journal of Health Economics* 12 (4) : 431-57.

Examine les définitions de l'équité et de l'égalité en matière de soins de santé : égalité de l'utilisation, égalité de la distribution en tant que de besoin, égalité d'accès et égalité en matière de santé. Les auteurs évaluent les dernières publications sur l'équité en matière de soins de santé et proposent leur propre définition du concept d'équité en matière de santé. Ils rejettent le principe de « distribution en tant que de besoin » comme principe d'équité parce qu'il n'aboutit pas forcément à l'équité en matière de soins de santé, sauf si la définition des « besoins » est de nature à assurer l'égalité.

Gwatkin, D. 2000. « **Critical Reflection : Health Inequalities and Health of the Poor : What Do We Know ?What Can We Do?**» (Inégalités en matière de santé et santé des pauvres: Que savons-nous? Que pouvons-nous faire ?) *Bulletin of the World Health Organization* (Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé) 78 (1):3-18.

Résume les recherches sur les approches des disparités en matière de santé axées sur la pauvreté et l'équité et souligne l'importance du passage de la recherche à l'action. Étude centrée sur (i) la présentation des premières conclusions des nouveaux travaux de recherche sur les inégalités (ii) les efforts de correction des problèmes identifiés par les chercheurs.

———2005. « **How Much Would Poor People Gain from Faster Progress Towards the Millenium Developmeny Goals for Health ?** » *Lancet* 365 (9461): 813-17.

Souligne le fait qu'un pays peut atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé sans que les pauvres en soient bénéficiaires. L'auteur montre que les avancées dans ce domaine ne bénéficient pas automatiquement aux pauvres parce que ce sont des moyennes qui portent sur l'ensemble de la population ou de la société et que ce sont les tranches les plus riches de la population qui peuvent bénéficier des améliorations qui affectent le plus rapidement ces moyennes. Si l'on veut atteindre les OMD dans ces conditions, il faut accentuer les efforts en direction des pauvres.

Hatt L. et Waters, 2006. « **Determinants of Child Morbidity in latin America : A pooled Analysis of Interactions between Parental Education and Economic Status.**” *Social Science and Medicine* 62 (2):375-86.

Analyse les interactions de l'éducation parentale et du statut économique comme évaluation du risque de diarrhée et de maladie respiratoire chez les enfants de moins de cinq ans en Amérique latine et dans les Caraïbes. Douze Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et 9 Études de la Mesure des Niveaux de Vie en Amérique latine et aux Caraïbes, conduites de 1993 à 2003, sont mises en commun pour constituer deux grandes bases de données.

Ochoa, H., H. Sanchez, M. Ruiz et M. Fuller. 1999. « **Social Inequalities and Health in Rurmul Chiapas, Mexico. Agricultural Economy, Nutrition and Child Health in La Fraylesca Region .**” *Cuadernos de Saude Publica* 15 (2):261-70.

Une enquête transversale portant sur 1 046 ménages (5 549 individus) a été conduite à La Fraylesca, État de Chiapas, Mexique, pour étudier le lien entre les conditions socioéconomiques des agriculteurs et la santé de leurs enfants. Très précisément, l'état de santé des enfants en âge préscolaire comprend la morbidité infantile (parasites intestinaux et autres), mortalité et la situation alimentaire. Les inégalités se mesurent en comparant l'état de santé des enfants d'âge préscolaire des milieux pauvres à celui des enfants des milieux riches. Les participants à cette étude ont été divisés en groupes agricoles socioéconomique en fonction des données du fermage et la production annuelle de maïs.

Pitchforth, E., E. van Teijlingen, W. Graham, et A. Fitzmaurice, 2007. “**Development of a Proxy Wealth Index for Women Utilizing Emergency Obstetric Care in Bangladesh.**” *Health Policy and Planning* 22 (5):311-19.

Détermine l'efficacité d'un indice de richesse de substitution au niveau des établissements pour évaluer le statut socioéconomique des femmes à partir de données qui portent sur 638 femmes admises dans un service de soins obstétricaux d'urgence d'une sélection d'hôpitaux de la Division de Dhaka au Bangladesh. Très précisément, cet indice de richesse de substitution est utilisé pour comparer le statut socioéconomique des femmes qui ont recours aux soins obstétricaux d'urgence à celui des femmes de l'ensemble de la population.

Victora, C., J. Vaughan, F. Barros, A.Silva, et E.Thomas. 2000. "Explaining Trend Inequities: Evidence from Brazilian Child Health Studies." *Lancet* 356 (9235):1093-98.

Analyse les données de surveillance des Amériques et des études de deux cohortes au Brésil portant sur les tendances dans la durée des iniquités dans le domaine de la santé des enfants au Brésil (étudie le pourcentage de couverture, la morbidité et la mortalité). Les auteurs présentent « l'hypothèse de l'équité inversement proportionnelle », corollaire logique de « la loi des soins inversement proportionnelle » de Tudor Hart selon laquelle l'iniquité en matière de santé entre les riches et les pauvres s'accroît avant de se réduire lorsqu'il y a de nouvelles interventions publiques. Ce phénomène s'explique parce que les interventions atteignent d'abord les groupes de statut socioéconomique élevé avant de produire ultérieurement des effets parmi les pauvres.

Notes

1. Le compendium des données concernant 56 pays à revenu faible et intermédiaire a été publié en septembre 2007, mais un premier ensemble de documents sur la pauvreté dans 44 pays était disponible en 2000. Le compendium couvre les années de 1991 à 2005. Le taux moyen de mortalité infantile (-nombre de décès avant l'âge de un an pour 1000 naissances viables) était de 87 dans le quintile le plus pauvre et de 41 dans le quintile le plus riche. En moyenne, 21,5 pour cent des enfants du quintile le plus pauvre étaient atteints d'un grave retard de croissance contre 6,5 pour cent dans le quintile le plus riche. Le nombre moyen de naissances était de 32 pour 1000 chez les adolescentes du quintile le plus pauvre et de 42 dans le quintile le plus riche.
2. En moyenne, sur l'ensemble des 56 pays, 77 pour cent des accouchements ont eu lieu au domicile dans le quintile le plus pauvre et 24 pour cent dans le quintile le plus riche ; 27 pour cent des accouchements ont été effectués sous surveillance médicale dans le quintile le plus pauvre et 82 pour cent dans le quintile le plus riche ; le taux des vaccinations complète de base était de 34 pour cent dans le quintile le plus pauvre et de 65 pour cent dans le quintile le plus riche ; et le taux de recours à la contraception chez les femmes était de 29 pour cent dans le quintile le plus pauvre et de 49 pour cent dans le quintile le plus riche.

82 *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

3. Filmer et Pritchett (2001) décrivent la méthode du score des actifs qui est maintenant couramment utilisée pour mesurer la distribution des performances du système de santé et les rendements du secteur de santé.
4. L'une des premières analyses de l'inégalité annonciatrice de Gwatkin et autres (2007).
5. Par exemple, pour l'Inde, Pande et Yazbek (2003) Gaudin et Yazbeck (2006).
6. Pour plus de précisions sur la façon d'entreprendre une étude de l'incidence des avantages, se reporter à l'annexe 1.3 de ce chapitre.
7. Le chapitre 3 donne d'autres précisions sur l'analyse de l'incidence des avantages. Il est centré sur la façon dont cette analyse peut être utilisée pour retracer les choix des dépenses publiques.
8. Cet exemple prend appui sur les données des quintiles (20 pour cent de la population), mais on peut faire de même avec les déciles (10 pour cent de la population) ou autre ventilation par pourcentage.

2

Comment aborder un problème complexe et persistant

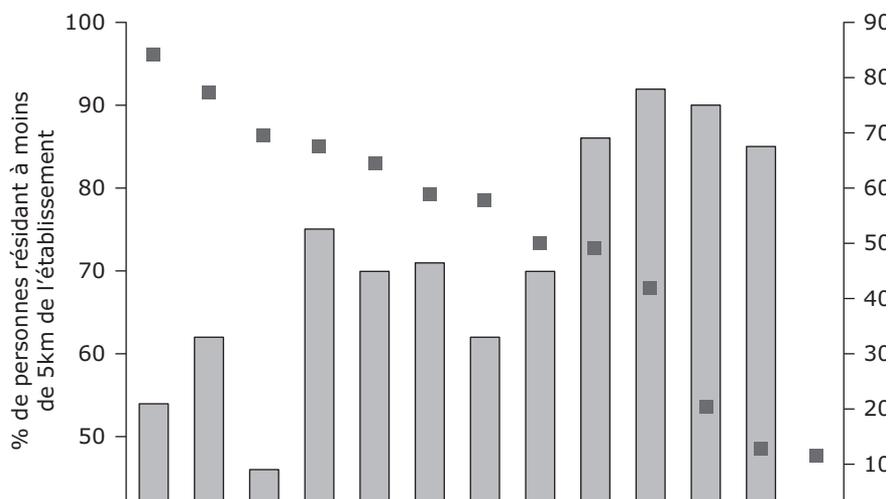
Le chapitre 1 a mis en lumière les aspects empiriques de la mesure de l'inégalité et brossé un tableau préoccupant des grandes inégalités qui persistent au niveau des performances dans les secteurs importants, par exemple la mortalité et la nutrition. Il a également révélé les écarts frustrants qui existent dans l'usage des services de santé financés sur fonds publics, que ce soit pour prévenir ou simplement pour soigner. Avant d'aborder le problème que pose la faible utilisation des services de santé par les pauvres, il nous faut examiner la nature de la pauvreté dans ses rapports avec la santé — quels sont les facteurs déterminants en matière de performances du système de santé pour les pauvres. Et il nous faut considérer l'autre aspect de la question, à savoir quels sont les handicaps opérationnels et financiers qui empêchent le secteur de la santé de répondre aux besoins des pauvres ? Les réponses à ces questions, objet de ce chapitre, nous rapprochent de l'objectif de ce livre qui est d'améliorer les performances du secteur de la santé et de faire en sorte que les pauvres et les personnes vulnérables en soient les bénéficiaires.

Les chemins d'une bonne santé

En octobre 1999, le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale ont lancé un nouveau programme, the Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP) (Documents de stratégie de réduction de la pauvreté), qui a changé la façon dont ces institutions viennent en aide aux

pays à faible revenu. Pour aider ces pays à lutter contre l'inégalité et la pauvreté, un guide présentant des instruments d'analyse qui couvrent la majeure partie des secteurs (Banque mondiale 2003) a été publié dans le cadre de ce programme. Le secteur de la santé y était abordé parce que les performances en matière de santé — plus précisément, la mauvaise santé, la malnutrition, et le taux élevé de fécondité — étaient reconnus comme étant à la fois composantes de la pauvreté et causes des faibles revenus.

Figure 2.1 Déterminants des performances du secteur de santé : Architecture du PRSP



Source : D'après la Banque mondiale (2003) et Campbell White, Merrick, et Yazbeck (2006).

Le chapitre du guide consacré à la santé comprenait un cadre dans lequel figuraient les chemins de la santé (figure 2.1), et qui mettait en lumière les déterminants des performances négatives en matière de santé et l'effet d'appauvrissement du coût élevé des soins (Claeson et autres 2003). Ce cadre présente un cheminement utile pour bien comprendre la genèse de la santé et les interactions entre les pauvres, le secteur de la santé et les secteurs connexes.

Le point de départ du cadre, comme de ce livre, est la possibilité de mesurer les performances en matière de santé concernant les pauvres. Une fois identifiées ces performances, le trajet du diagnostic se poursuit (comme

on le voit sur la figure 2.1 en allant de la gauche vers la droite) par l'analyse des comportements et des ressources des ménages qui influent sur les résultats en matière de santé. Le troisième segment examine les interactions des ménages avec le système de santé et les facteurs communautaires, tels que l'éducation, les routes et l'eau. Quant au dernier segment, il souligne le rôle de l'action des pouvoirs publics dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.

Le cadre met nettement l'accent sur des facteurs propres aux ménages et à la communauté parce que la pauvreté est avant tout une caractéristique des ménages qui, dans bien des cas, reflète les conditions matérielles et culturelles de la communauté. Le cadre reconnaît que les ménages ne sont pas seulement des consommateurs de services de santé, mais qu'ils sont également les premiers producteurs de leur état de santé. La santé des gens dépend de leur régime alimentaire, de l'importance et de la nature de leur activité physique, des risques qu'ils prennent dans leurs comportements, par exemple s'ils fument, boivent ou ont des rapports sexuels non protégés, et de leur habitude de se faire soigner. Ces déterminants de la santé au niveau des ménages sont, pour une bonne part, liés aux ressources dont ils disposent, qu'il s'agisse de l'éducation, de l'avoir financier ou du revenu, et les facteurs culturels pèsent d'un poids certain. Il y a d'autres déterminants : les transports et l'agriculture. Bien que ces éléments ne soient généralement pas considérés comme étant du domaine de la santé, ils exercent sur la santé et sur le recours aux soins une influence non négligeable. Si l'on veut tenter de réduire les inégalités dans l'utilisation des services de santé, il convient d'explorer tous les domaines qui peuvent influencer la santé des pauvres.

Les contraintes astreignantes auxquelles sont exposés les pauvres

Les ménages pauvres sont exposés à tout un complexe de contraintes et de conditions de vie qui sont autant d'obstacles sur le chemin de la bonne santé. Ces facteurs font qu'ils ne peuvent pas vraiment utiliser les services de santé vitaux ou qu'ils hésitent à le faire, ce qui les expose à un surcroît de risques qui épargne généralement les riches. Un exemple fera mieux comprendre cette intrication. L'encadré 2.1 présente en résumé les transcriptions de quelques interviews concernant une Bangladaise morte en couches.¹Ces résumés mettent en lumière toute la complexité qui a entouré sa mort, soulignant qu'il y avait des facteurs liés au secteur de la santé, et d'autres extérieurs, mais aussi des facteurs propres au ménage et des phénomènes culturels.

Facteurs liés au ménage et phénomènes de culture

Pour expliquer les déterminants des résultats en matière de santé, le cadre identifie les comportements des ménages, leurs ressources et les phénomènes culturels. Dans le cas de Safar Banu, ces éléments se décomposent ainsi :

Comportement du ménage et facteurs de risques

- Décision du ménage de ne pas pratiquer la contraception
- Décision du ménage de ne pas s'adresser à un prestataire qualifié
- Décisions concernant les priorités alimentaires lorsque la nourriture est limitée
- Décision de ne pas recourir aux soins prénatals

Facteurs culturels

- Décision concernant la contraception liée à un facteur religieux
- Relation entre mari et femme et droit à la parole au sein du ménage
- Recours au guérisseur traditionnel

Encadré 2.1 Pourquoi est-ce que Safar Banu est morte ?

Safar Banu, 43 ans, n'a jamais mis les pieds dans un dispensaire pour consultation prénatale. Elle disait qu'elle avait déjà mis au monde dix enfants sans avoir jamais été dans un service comme ça. Pourquoi est-ce qu'il fallait qu'elle fasse faire des examens prénatals maintenant ? Elle était trop occupée et n'avait pas le temps d'aller à ces consultations. Bien qu'elle fût enceinte de plusieurs mois, elle travaillait dans les champs à décortiquer de la fibre de jute. Généralement, c'est un travail réservé aux femmes les plus pauvres. Safar Banu n'employait pas de moyens de contraception. Elle aurait bien voulu, mais son mari le lui interdisait et menaçait de divorcer si elle le faisait. D'après sa mère, Safar était désolée et elle pleura quand elle s'est retrouvée enceinte pour la dixième fois. La grossesse, en soi, ne présentait pas de problème particulier mais, le dernier mois, Safar se plaignit d'avoir les pieds enflés et des vertiges. Une semaine avant d'accoucher, se sentant très faible, elle dit à sa mère qu'elle avait peur de ne pas survivre à l'accouchement. Ni sa famille, ni en particulier son mari, ne se rendaient alors compte de son état anémique, qui devint évident par la suite.

Le mari avait une grande confiance en Gopal Daktar (le guérisseur du lieu). On fit venir Daktar quand elle commença le travail et il lui donna deux cachets pour accentuer les contractions. L'accouchement terminé, il lui redonna des médicaments pour atténuer la douleur. Tous ces cachets n'étaient que de l'aspirine, ce que Daktar admit lorsqu'on l'interrogea plus

tard. Dans la cabane d'accouchement, il y avait la mère de Safar et le dai (le préposé traditionnel aux naissances). L'accouchement fut difficile parce que Safar était très faible. Après la naissance, elle fut incapable de se lever pendant dix heures. Le dai et la mère de Safar voyaient bien qu'il y avait quelque chose de grave. Le mari ne se rendait pas compte que l'état de santé de sa femme s'était détérioré. Il ne commença à s'inquiéter que le cinquième jour lorsque Safar eut le corps entier qui enfla.

Les femmes de son village expliquaient que si Safar avait des maux de tête, c'était parce que le sang de son ventre lui était monté à la tête. Pour elles, ce sang était pollué et donc extrêmement dangereux. De plus, le sang qui circule dans les membres inférieurs peut être mortel s'il monte à la tête. Il semble que Safar avait perdu beaucoup de sang après l'accouchement. Cela n'était pas jugé tellement inquiétant parce qu'on estimait qu'elle n'avait pas saigné assez. Donc, elle n'avait pas complètement éliminé le sang pollué et dangereux dont on pensait qu'il était la cause de ce gonflement.

Le cinquième jour, Safar eut une sensation de brûlure dans les membres et elle demanda qu'on lui verse de l'eau sur la tête toute la journée. Elle transpirait énormément ; elle n'avait cependant pas de fièvre. Deux jours avant de mourir, on fit venir une sage-femme du Centre de soins aux jeunes mères et aux enfants. Elle recommanda le transfert immédiat de Safar à l'hôpital du district. Elle diagnostiqua un cas d'anémie extrême et estima qu'une transfusion était nécessaire et urgente. Le mari n'écouta pas la sage-femme. Il avait davantage confiance en Gopal Daktar, qui essaya divers médicaments et des injections, mais sans résultat. Daktar déclara par la suite qu'il n'avait pas donné de « bons » médicaments (il voulait dire chers) parce que la famille était trop pauvre pour payer. Daktar était irrité parce qu'on lui faisait perdre son temps.

Le septième jour, Safar perdit conscience. Sa mère la fit transporter au centre pour que le traitement de la sage-femme lui soit administré. Son état s'était considérablement détérioré et on craignait qu'elle ne passe pas la nuit. Son pouls était extrêmement faible et elle avait du mal à respirer. Le dispensaire proposa de payer les médicaments, mais, selon la réglementation, le transport à l'hôpital était aux frais de la famille. C'est alors que le fils aîné et un cousin prirent l'affaire en main. Ils organisèrent le transport à l'hôpital du district et réglèrent les frais. La mère de Safar avait l'impression qu'il était probablement trop tard. Elle tenta de décourager son petit-fils. Il fallut vendre la moitié d'un « kani » de terre pour payer tous ces frais et le mari en veut toujours au centre de ne pas avoir procuré l'aide financière. Le fils donna son sang pour sauver sa mère, mais cela ne servit à rien. La mari, malade lui-même, n'a jamais été à l'hôpital. Safar Banu mourut le lendemain.

La mère de Safar Banu confirma que le mari n'avait pris conscience de la gravité que tardivement. On indiqua également que Safar travaillait dur et qu'elle mangeait peu, et uniquement une fois que son mari et ses fils

avaient mangé. Elle buvait de l'eau quand il n'y avait pas de riz. Quand elle avait été malade avant, elle était retournée chez sa mère pour se faire aider et soigner. Le mari ne pensait qu'à sa propre maladie et ne voyait pas que sa femme avait des problèmes. Safar Banu savait souffrir en silence. Son mari disait beaucoup de bien d'elle parce qu'elle ne se plaignait jamais.

Note : Ce résumé est fondé sur des entretiens avec les personnes ci-dessus mentionnées sauf Safar Banu.

Système de santé et facteurs communautaires

Les éléments ci-dessus n'ont pas été les seuls à être pour quelque chose dans la mort de Banu. Des facteurs médicaux et le système de santé ont également joué un rôle et la pauvreté en a exacerbé les effets en limitant les possibilités d'accès de la famille à des soins de qualité et même à l'accès à l'information de base. Le système de santé ne comportait aucune réglementation concernant les prestataires de santé privés non qualifiés, l'aide sociale était limitée, ainsi que l'accès à l'information sur la santé.

Les complications liées à d'autres secteurs, à savoir l'éducation et les transports, entraient également en jeu. Redisons-le, les déterminants de la santé émanant d'autres secteurs ne constituent pas l'axe central de ce livre, mais leur impact sur la santé des pauvres et des personnes vulnérables est particulièrement important. L'annexe 2.1 présente un panorama des facteurs essentiels qui affectent les performances du système de santé pour les pauvres (transports, eau et hygiène, environnement et alimentation).

Les angles morts du secteur de la santé

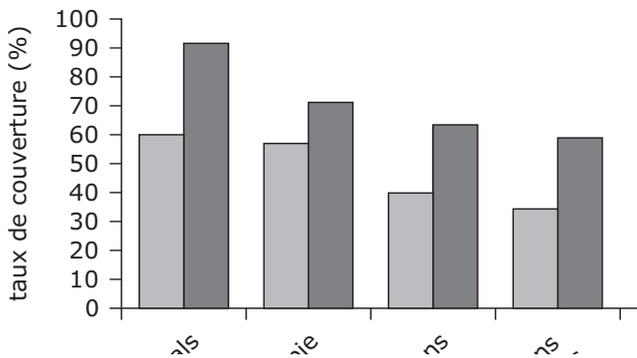
Le cadre aide à identifier les obstacles qui empêchent les pauvres de jouir d'une bonne santé. Ils ont des ressources limitées, ils sont mal informés des questions qui touchent à la santé, ils sont peu instruits, ils sont plus exposés aux facteurs de risque que les riches et ils sont plus sensibles aux facteurs environnementaux tels que l'eau et l'hygiène. Il est évident que le secteur de la santé, surtout quand il est financé par des fonds publics, devrait jouer un rôle égalisateur.

Les faits rapportés au chapitre 1 montrent cependant qu'il accentue souvent l'inégalité en dispensant de façon disproportionnée les services de santé aux riches. Si l'on veut que ce regrettable état de choses change, il faut en appréhender les causes, élaborer des politiques pour remédier aux points faibles et les mettre en œuvre et veiller à ce qu'elles produisent les effets

escomptés. Les instruments disponibles pour procéder aux analyses, élaborer les politiques et assurer le suivi seront présentés en détail dans le reste de cet ouvrage (les instruments d'analyse au chapitre 3, les politiques au chapitre 4, les exemples pris dans les pays aux chapitres 5 à 18 et le suivi au chapitre 19).

Il faut donc procéder à une étude systématique des inégalités qui existent dans l'emploi des services de santé, et le dispositif de diagnostic brièvement décrit ci-dessous — une liste toute simple des éventuels goulets d'étranglement que rencontrent les pauvres pour avoir accès aux services de santé — peut nous aider à y parvenir (figure 2.2). Cette liste peut éclairer les causes, aider à identifier les éventuels points faibles du secteur de santé, qui sont des vecteurs de l'inégalité, et tracer les axes du suivi. Cet outil est présenté ici parce qu'il peut résoudre les difficultés liées à l'utilisation des services de santé bien que, pour les pauvres, il ait un impact qui ne se limite pas aux services de santé.

Figure 2.2 Huit étapes pour que les pauvres puissent réellement utiliser les services de santé



Source : Adapté de Claeson et autres 2003.

Cet outil de diagnostic — huit étapes pour que les pauvres puissent effectivement utiliser les services de santé — fonctionne selon une approche linéaire pour démêler l'ensemble assez complexe, interactif et non linéaire des contraintes auxquelles les pauvres sont confrontés. Cette approche simple est efficace parce qu'elle identifie les types de contraintes et utilise des outils d'analyse et des données qui permettent d'établir des priorités entre les problèmes les plus difficiles et les plus urgents. L'ordre des huit étapes est logique, mais l'interactivité des

contraintes a comme conséquence que l'ordre est moins important que la nécessité d'explorer la totalité des huit étapes et leur interdépendance.

La première étape est d'examiner si les services de santé dispensés dans les établissements hospitaliers et ailleurs sont disponibles et accessibles aux pauvres. La distance est de toute évidence un facteur important, et le temps du trajet, quelle que soit la distance, peut devenir un élément à prendre en compte en fonction de l'état des routes et de la disponibilité des transports. Dans certaines régions d'Afrique, d'Asie du Sud et dans bien d'autres endroits, l'incidence des variations saisonnières a son importance à cet égard. Les infrastructures physiques des établissements de santé est également un facteur qui a son importance : l'absence de rampes peut en interdire l'accès aux personnes à mobilité réduite.

La deuxième étape dans le dispositif de diagnostic a trait à la disponibilité des ressources humaines. Les services peuvent être géographiquement accessibles, mais le personnel formé peut ne pas être disponible ou être en nombre insuffisant une partie du temps. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il y a assez souvent un problème de pénurie de personnel dans les zones rurales. Si le personnel formé est en nombre insuffisant, ou mal utilisé, cela tient souvent aux raisons suivantes : failles dans les procédures de déploiement, absence d'incitations financières pour encourager les agents de santé à aller travailler dans les zones pauvres et éloignées, formation des personnels de santé mal adaptée, et profils des compétences ne correspondant pas toujours aux besoins.

La troisième étape est de vérifier si les médicaments et les fournitures essentiels sont disponibles dans les établissements publics et privés, ou s'il y a des programmes d'aide sociale de proximité pour les pauvres. Malheureusement, il arrive souvent que les établissements existent, qu'il y ait du personnel, mais qu'il n'y ait ni médicaments ni fournitures nécessaires. Les formations sanitaires et les programmes au service des pauvres sont généralement confrontés à deux problèmes majeurs (i) pénurie de médicaments et de fourniture, (ii) mauvaise qualité des médicaments, qui sont souvent de contrefaçon. La pénurie de médicaments essentiels est souvent imputée à un défaut de logistique de l'approvisionnement et à la gestion des stocks, mais il peut également s'agir de petits vols. Cette pénurie se constate plus souvent en zones rurales, là où vivent les pauvres. Dans de nombreux pays, le financement du côté de l'offre conduit au rationnement.

La quatrième étape porte sur la qualité organisationnelle de la fourniture des services. L'organisation des services de santé qui servent les populations pauvres, peut avoir sur les patients un effet dissuasif plutôt

qu'incitatif. Les publications spécialisées qui abordent la question de l'inégalité dans l'utilisation des services de santé identifient plusieurs facteurs liés à la qualité de l'organisation, qui limitent l'accès des pauvres aux soins. Ce sont notamment (i) les horaires des consultations, qui ne permettent pas aux pauvres qui travaillent d'aller se faire soigner parce qu'ils n'ont pas la possibilité de se libérer à ces moments ; (ii) les longues attentes dans les établissements de soins, qui accroissent les pertes de salaires pour les pauvres ; (iii) l'impression que les soins sont de piètre qualité, ce qui peut être dû à l'état des établissements ou à la façon dont sont traités les pauvres et les marginaux ; (iv) le fait que les prestataires ne sont pas du même sexe que le patient alors que la culture du pays exigerait qu'ils le soient ; (v) la corruption sous la forme de dessous de table versés aux prestataires, ce qui généralement pèse lourd sur les finances des pauvres.

La cinquième étape examine dans quelle mesure le secteur de la santé fournit des services qui correspondent aux maladies dont souffre la population, en particulier la population pauvre. Bien que soit défini un paquet de soins de base, dans la pratique, il arrive qu'ils ne soient pas fournis. Il est essentiel d'examiner toute la gamme des services pour voir si la priorité est vraiment accordée à ce qui est le plus nécessaire. Dans bien des cas, cependant, les besoins et la demande ne coïncident pas. Dans ces conditions, le paquet de services a beau être bien conçu et correspondre aux besoins des pauvres, ce n'est pas forcément ce que ceux-ci demandent. Il faut prêter une grande attention à cette disparité entre les besoins et la demande, surtout parce que les pauvres n'ont guère d'instruction et n'ont qu'une connaissance minime de ce qui peut sauver la vie.

La sixième étape a trait au timing et à la continuité des services. Certains services de santé clés doivent être fournis au moment opportun. C'est le cas, par exemple, des urgences en obstétrique et des mesures pour juguler une épidémie. Pour d'autres services, c'est la continuité qui est le déterminant essentiel de l'efficacité des soins et de l'amélioration de l'état de santé, c'est le cas du traitement de la tuberculose ou de la vaccination des enfants. La question suivante est souvent posée dans les publications qui traitent de la question de l'inégalité : est-ce que les pauvres ont accès aux soins en temps voulu et dans la durée qu'il faut ? Si ce n'est pas le cas, cela tient généralement aux causes suivantes : absences de normes, mauvaise application des normes s'il y en a, formation insuffisante et défaut de contrôle.

La septième étape, la qualité technique, doit être examinée sous plusieurs angles. Est-ce que les services auxquels ont recours les pauvres sont d'une qualité technique inférieure à ceux que les riches utilisent ? Est-

ce qu'un service de base de qualité correcte est accessible à tous ? L'expression « qualité technique » a été retenue parce que, d'un prestataire à l'autre et d'un patient à l'autre, elle recouvre la diversité des effets d'un service particulier sur l'état de santé. Les niveaux de formation et de compétence des personnels des établissements de santé des pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier ceux où les pauvres des zones rurales se font soigner, laissent souvent beaucoup à désirer.

La dernière étape, la responsabilité envers la communauté, est une dimension essentielle, bien qu'elle soit difficile à mesurer. Dans quelle mesure est-ce que les systèmes de santé et les prestataires sont responsables vis-à-vis de leurs clients et des communautés, et en particulier vis-à-vis des clients pauvres ? Les études sur les inégalités dans l'utilisation des services de santé, de même que d'autres services, soulignent que « la distance sociale » — par exemple, l'ampleur des différences entre les classes sociales, les niveaux d'instruction et de revenu — entre d'une part les prestataires de services et d'autre part les couches pauvres et vulnérables de la population explique pour une bonne part que cette population soit peu demanderesse des services et les utilise peu.

Comme nous l'avons noté ci-dessus, ces huit étapes sont une représentation linéaire, simplifiée du problème de l'inégalité dans le recours aux services de santé qui, lui, est un problème non linéaire et complexe. Il est cependant essentiel de décomposer cette complexité en éléments qui se rapportent au problème et se prêtent à l'analyse. Le but de cet outil est de permettre d'explorer les différentes dimensions du problème — ce sont les huit étapes — et d'identifier les contraintes majeures propres à un pays ou une région. Il est essentiel de hiérarchiser les contraintes si l'on veut mettre au point une politique efficace qui puisse traiter le problème dans sa complexité sans pour autant écraser des systèmes faibles sous le poids de réponses qui peuvent se révéler trop complexes pour être mises en œuvre.

Le financement du secteur de la santé et les pauvres

La façon dont le secteur de la santé est financé est un facteur important de son organisation. Le financement de la santé, c'est-à-dire les rentrées et les sorties de fonds pour payer les soins de santé, peut se décomposer en trois fonctions : (i) mobilisation des ressources, (ii) mise en commun des ressources, et (iii) paiement des prestataires. La première fonction a trait à la mobilisation des recettes provenant de diverses sources : fiscalité générale directe et indirecte, fiscalité affectée à la santé et paiements personnels des

patients. La seconde fonction se rapporte au regroupement ou à la mise en commun de ces ressources, une fois qu'elles ont été mobilisées, et la troisième concerne les divers modes de paiement des soins de santé fournis à la fois par les établissements et par les agents. Comme pour le diagnostic en huit étapes de la fourniture et de l'utilisation des services, les trois fonctions du financement du secteur de la santé masquent un jeu d'interactions assez complexe ; c'est néanmoins une approche systématique utile qui permet d'explorer les effets des politiques de financement sur les inégalités dans l'utilisation des services.

Mobilisation des ressources

Des trois fonctions, c'est probablement la mobilisation des ressources qui est le plus souvent objet de discussion dans le débat public et qui se prête le moins au changement d'orientation. La principale différence d'un pays à l'autre porte sur le mode de prélèvement des fonds dans la population. Ce qui prédomine, c'est le système général de prélèvements directs obligatoires : impôt sur les bénéfices des sociétés, impôt sur le patrimoine foncier et impôt sur la fortune. Il y a également les impôts indirects : impôts sur les ventes, TVA, taxes d'accise et impôts sur les exportations. La plupart des pays ont une fiscalité directe et indirecte.

L'assurance sociale de santé est une autre source importante de financement du secteur de la santé, notamment dans les pays à haut revenu et à revenu intermédiaire. Ce système repose en général sur une loi qui fait obligation aux employeurs et aux employés (par le biais de retenues) de verser un certain pourcentage du salaire de chaque employé dans un « fonds d'assurance sociale ». Ces cotisations sont affectées à la santé et ne peuvent pas servir à autre chose. La gestion de ce fonds peut être publique ou privée et le régime monopolistique ou concurrentiel.

Dans quelques pays industriels, principalement aux Etats-Unis, c'est l'assurance maladie volontaire et privée qui est le système le plus fréquent. Dans les pays à faible revenu, la micro-assurance communautaire est une forme d'assurance privée relativement nouvelle. Les fonds communautaires offrent un paquet de services précis pour lesquels les affiliés effectuent volontairement un prépaiement annuel fixe. Dans certains cas, les gouvernements accordent une subvention aux pauvres qui ne peuvent pas payer la prime. En général, c'est la communauté qui organise et gère les soins primaires dans les dispensaires de villages et, pour les soins secondaires, elle sous-traite. Que ce soit la communauté, et non le

gouvernement, qui assure la gestion, est une caractéristique importante du système et une solide garantie de transparence pour les adhérents qui paient. Le rôle du gouvernement est généralement d'impulser, d'expliquer, de soutenir, de suivre et de réguler les plans de micro-assurance. Le cas des mutuelles du Rwanda est éclairant à cet égard.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce que les patients paient de leur poche aux prestataires constitue la principale source de financement des secteurs de la santé. En Inde, on estime que cela représente les quatre cinquièmes de la totalité des dépenses du secteur de la santé. L'un des points les plus controversés concernant cette source de financement est le ticket modérateur (ou couverture des coûts) dans les établissements du secteur public. De nombreux pays ont choisi la solution du ticket modérateur pour accroître les recettes du secteur de la santé, l'idée étant que, s'ils paient directement, les consommateurs font meilleur usage des services. Bien que le système des tickets modérateur puisse procurer des ressources dont les établissements ont tant besoin, l'expérience a prouvé que c'est un dispositif difficile à concevoir et à mettre en œuvre sans risquer de priver les pauvres de leur accès aux soins. Un système de ticket modérateur bien conçu prévoit des mécanismes d'aide aux pauvres qui n'ont pas les moyens de payer. Il veille également à ce que les couches favorisées de la société ne perçoivent pas de subventions par mégarde.

La plupart des pays panachent les procédures pour se procurer des recettes pour la santé. Certains comptent surtout sur les recettes fiscales, d'autres sur les paiements personnels. De nombreux facteurs déterminent les choix des pays, notamment les phénomènes culturels, l'histoire, la capacité des gouvernements à recouvrer les impôts, le niveau de l'emploi dans le secteur formel (c'est-à-dire où l'on paie des impôts), et les incidences du système sur l'efficacité et l'équité dans l'ensemble du pays. Dans le combat contre les inégalités dans l'utilisation des services de santé, les principales questions qu'il faut se poser peuvent se formuler ainsi : est-ce que l'option choisie pour se procurer des ressources aura vraisemblablement comme effet :

- de donner aux pauvres davantage de moyens pour qu'ils se soignent, ou le contraire ?
- d'inciter les pauvres à se faire soigner, ou de les en dissuadera ?
- d'accroître ou de diminuer la charge financière des pauvres ?
- d'accroître le niveau de pauvreté (nombre et profondeur) ?

- de donner la possibilité d'interfinancement entre les riches et les pauvres et vice-versa ?
- d'améliorer la qualité des services dans les établissements où les pauvres se font soigner (retenue et recyclage) ?²

Mise en commun des ressources

Par mise en commun, il faut entendre le regroupement, le partage et la gestion des fonds recueillis pour le secteur de la santé. Au fur et à mesure que les économies prennent de l'ampleur et que les systèmes de santé se développent, la tendance est d'utiliser cette mise en commun pour financer les services de santé. Cette mise en commun crée (i) *une mutualisation des risques*, aux termes de laquelle les bien portants aident à payer pour les malades, et (ii) *fournit un apport financier* grâce auquel les riches aident à payer pour les pauvres.

Les sources traditionnelles de cette mise en commun comprennent :

- les budgets du ministère de la santé ou d'autres ministères qui financent des soins de santé (par exemple, le ministère des Armées, qui fournit des soins de santé aux militaires, aux anciens combattants, et à leurs familles ; le ministère de l'Éducation, dont dépendent les nombreuses écoles de médecine que les grands hôpitaux abritent).
- les systèmes de sécurité sociale (en particulier en Amérique latine) ; et
- les plans d'assurance privée (principalement dans des pays privilégiés à haut revenu et à revenu intermédiaire).

Parmi les nouvelles tendances concernant la mise en commun des fonds, citons les mutuelles de santé communautaires ; les fonds de santé décentralisés au niveau du district, par exemple les dotations globales et les « fonds panier » ; et des combinaisons d'assurance et de subventions.

Une question essentielle pour comprendre le lien entre le dispositif de mise en commun des fonds et les pauvres est de savoir qui est couvert lorsqu'il y a un dispositif de cet ordre pour le financement de la santé. Il y a des chances que ce dispositif prenne appui sur les communautés dans le secteur formel et sur les catégories à haut revenu et à revenu intermédiaire en milieu urbain. Cette configuration fréquente est inéquitable en ce sens que les catégories à faible revenu ont peu de chances d'être sur le marché du

travail du secteur formel ou d'avoir les moyens de payer des primes d'assurance. Les pouvoirs publics ont la possibilité de corriger cela en intervenant directement dans la mise en place du dispositif de mise en commun. Comme nous le montrons dans les chapitres suivants, la Colombie, le Mexique et le Rwanda offrent des exemples de développement du dispositif de mise en commun des fonds dans des cadres non traditionnels et non formels.

Il y a une autre question cruciale qui se pose si l'on veut corriger les inégalités dans cette mise en commun : qu'est-ce que le mécanisme de l'assurance couvre ? La situation des pauvres pose une question préoccupante : dans quelle mesure les dépenses de santé ont-elles pour effet d'augmenter le nombre de pauvres ou d'accentuer la pauvreté de ceux qui vivent déjà en dessous du seuil de pauvreté ? Les mesures destinées à corriger ces effets peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre les inégalités. Lorsque les catégories économiquement vulnérables de la population ont accès aux soins curatifs subventionnés, un obstacle financier important est levé et le risque de voir les niveaux de pauvreté s'accroître diminue. Les réformes en Colombie et au Mexique, dont il est question dans les chapitres suivants, offrent d'excellents exemples de ce que peuvent produire des politiques pro-pauvres dans le secteur de la santé.

On peut également soutenir que les mécanismes d'assurance qui permettent l'accès aux soins de santé primaires à moindre coût peuvent contribuer à réduire durablement les inégalités. Les expériences du Rwanda et des pays d'Afrique occidentale montrent qu'il y a peu de chances que les pauvres se fassent soigner, même à titre préventif, si les problèmes financiers ne sont pas réglés. Il a été constaté que les systèmes de micro-assurance communautaire, dont il a été question ci-dessus, essentiellement au Rwanda, augmentent considérablement les possibilités d'accès aux formations sanitaires, aussi bien pour les riches que pour les pauvres, et donc ont pour effet que les catégories vulnérables se font davantage soigner.

Lorsqu'on conçoit ou évalue les dispositifs de mise en commun des ressources pour le secteur de la santé, il faut se poser trois questions clés. Y a-t-il des chances que ces dispositifs :

- augmentent le nombre et le pourcentage de pauvres à être couverts ?
- diminuent le risque de paiements « catastrophiques » pour les pauvres ?
- augmentent le recours aux soins préventifs et aux soins curatifs simples ?

Paiement des prestataires

La troisième fonction du financement de la santé est le paiement des prestataires. Une manière fonctionnelle d'aborder cet aspect des choses est de se poser trois questions. Quel est le montant de la somme versée (ou combien y a-t-il à payer chaque fois) ? Quand est-ce que les paiements sont effectués (avant ou après l'intervention) ? Quels sont les critères de performance ou les autres conditions qui déterminent les paiements ? Ces trois questions d'apparence simple peuvent appeler toute une série de réponses diverses et de combinaisons qui ont des implications capitales déterminantes pour le comportement aussi bien de ceux qui paient que des prestataires.

La littérature scientifique aborde la question des paiements des formations sanitaires (hôpitaux, dispensaires ou centres de diagnostics) et des prestataires individuels (notamment médecins et infirmiers). En ce qui concerne les établissements du secteur public, le mécanisme de paiement le plus courant est la ligne budgétaire, par exemple les salaires, le budget d'investissement, les équipements, les médicaments et l'entretien. Le montant des lignes budgétaires est basé sur des normes, par exemple le nombre de lits, le nombre d'agents, les taux d'occupation des lits et l'historique. Les crédits budgétaires sont en général prospectifs, c'est-à-dire qu'ils sont arrêtés au début de l'exercice, au début de l'année civile et couvrent les services qui seront fournis pendant cette période.

Un autre mode de paiement des établissements est sous la forme de dotations aux organisations non gouvernementales (ONG). Ces dotations ont en général pour but d'accroître l'accès aux services dans des régions où le nombre de formations sanitaires du secteur public est limité. Les modalités de ces dotations sont diverses. Elles peuvent être fonction du nombre de lits, du personnel disponible ou des besoins en médicaments ou fournitures. Elles ont également en général un caractère prospectif et sont fonction de ce que l'on prévoit comme services à fournir dans les communautés mal desservies et vulnérables. Dans la plupart des cas, le payeur est un gouvernement, mais, dans certains pays, il y a des donateurs qui apportent directement leur soutien aux ONG sans passer par le circuit budgétaire gouvernemental.

Un autre moyen classique de rembourser les soins dispensés aux malades hospitalisés est le paiement *per diem* (c'est-à-dire le paiement en fonction du nombre de jours d'hospitalisation) ou par admission (c'est-à-dire un paiement forfaitaire au moment de l'admission du malade quelle que soit la durée du séjour). Il est évident que ces critères ont une influence

sur les motivations des prestataires en ce qui concerne la durée du séjour. Du même coup, le montant des paiements est différent pour les payeurs.

Une innovation récente a été la tendance à prendre en compte, pour le paiement aux établissements, des éléments qui tentent de lier activité et tarification, ou budgétisation, de fixer le paiement en fonction de la gravité du cas et de laisser plus d'autonomie aux structures décentralisées. Il y a une réforme qui lie les attributions de crédits aux performances passées. La budgétisation fondée sur les performances identifie des critères de performance pour les établissements et fixe le montant des attributions de crédits sur la capacité des établissements à améliorer leurs prestations de services et sur les résultats obtenus. Le pendant de cette réforme est le passage des allocations de crédits sur lignes budgétaires à des mécanismes du type dotations globales, qui permettent à la direction des établissements de décider des compositions d'intrants. L'expression utilisée pour décrire cette approche globale est le paiement par « capitation ».

Cette tarification à l'activité présente un autre aspect novateur, ce sont les accords de contractualisation qui lient le paiement à la performance. La contractualisation se développe dans le secteur de la santé et ce que l'on sait de l'intérêt qu'il y a à lier le paiement au résultat est encourageant, comme nous le verrons lorsque nous examinerons l'expérience du Cambodge (chapitre 6 ; Loevinsohn et Harding 2005). Enfin, dans les pays à haut revenu, et, de plus en plus, dans les pays à revenu intermédiaire, les réformes s'orientent vers le remboursement fondé sur la gravité de l'état du malade. Mise au point aux Etats-Unis, cette approche appelée Groupes homogènes de diagnostic (Diagnosis-Related Groups = DRGs) part de la tarification classique à l'acte, mais la pousse plus avant en définissant une longue liste de maladies et de leurs complications possibles. Le paiement des établissements de santé ou des agents dépend de la catégorie médicale dans laquelle le patient est rangé.

Le paiement des prestataires individuels est calculé selon les mêmes critères que pour les établissements. Les approches classiques comprennent les salaires ou les honoraires pour les services et les approches nouvelles lient la tarification à l'activité, à la gravité (DRG). Quant aux dotations globales, elles sont fondées sur les estimations d'un paquet de services donné délivré à une population donnée (capitation).

Les mécanismes de remboursement des prestataires sont des instruments puissants qui fondent la motivation des gestionnaires des établissements, et des prestataires individuels. Lorsqu'on évalue les effets

des méthodes de paiement sur l'inégalité, il faut se poser les questions suivantes. Y a-t-il des chances que les mécanismes :

- produisent un changement dans la motivation des établissements et des prestataires à chercher à servir les populations pauvres ou vulnérables ?
- accroissent les taux de recours aux soins des pauvres ?
- améliorent la qualité des soins délivrés aux pauvres ?
- lient productivité et paiement dans les soins apportés aux pauvres.

Poursuivons

Les deux premiers chapitres ont présenté une vision globale de l'inégalité en passant en revue les résultats en matière de santé, de fécondité et de nutrition et leurs déterminants. À partir de là, l'accent sera mis sur l'inégalité dans l'utilisation des services de santé. Le premier chapitre a défini le problème de l'inégalité et exploré les outils pour la mesurer dans le secteur de la santé. Le présent chapitre a établi une feuille de route pour répondre aux besoins de santé des pauvres et améliorer l'égalité en matière de fourniture des services de santé. Le reste du livre est consacré à la tâche difficile d'analyser (chapitre 3) les causes de l'inégalité dans le recours aux soins de santé et les remèdes (chapitres 4 à 18).

Annexe 2.1 Résumé des déterminants multisectoriels de la santé

Il est essentiel de concevoir des actions multisectorielles si l'on veut parvenir à des résultats en matière de santé comme ceux fixés par les OMD dans ce domaine, parce que des résultats de cet ordre dépendent non seulement des soins de santé mais de tout un ensemble de facteurs qui les dépassent. Certains de ces facteurs sont les obstacles à l'accessibilité aux soins, qui peuvent être financiers ou physiques, comme l'éloignement des formations sanitaires, les frais pour s'y rendre et pour s'y faire soigner. D'autres facteurs, comme le manque de médicaments, la piètre compétence des prestataires et les traitements inadaptés, sapent l'efficacité des soins.

Pour améliorer les performances en matière de santé, en particulier s'agissant des pauvres, il faut avoir une claire perception de tout un éventail de facteurs et s'y attaquer. La part que ces facteurs joueront dans ces améliorations variera selon le cadre et l'état de santé en question. Le choix d'un mode d'action pour remédier à cet état de choses dépendra des réalités institutionnelles et organisationnelles du pays ou de l'endroit où l'on recherche ces améliorations. C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de formule ou de modèle uniques pour concevoir les actions multisectorielles. Il faut plutôt penser à une gamme d'interventions en fonction des situations et du résultat recherché.

Identification des actions multisectorielles possibles

Pour concevoir les actions multisectorielles, il est impérieux d'identifier comment les actions entreprises dans des domaines autres que celui des soins peuvent affecter les résultats en matière de santé. Une récente enquête de la Banque mondiale visant à évaluer l'état d'avancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement a identifié des éléments clés porteurs de synergies multisectorielles dans toute une gamme de secteurs, dont les routes et les moyens de transport, l'eau, l'hygiène et les collectes d'ordure, la pollution de l'air intérieur et l'agriculture (voir tableau A2.1.). Les travaux de recherche et les évaluations sectorielles peuvent aider à identifier des actions à entreprendre dans ces secteurs (Wagstaff et Claeson 2004).

Les routes et les moyens de transports Les retards pour parvenir aux établissements de soins constituent des obstacles qui mettent en danger la vie de femmes qui ont besoin de soins d'obstétrique en urgence. À l'origine de ces retards, il peut y avoir des facteurs d'accessibilité physique, comme l'éloignement de l'établissement de santé, la disponibilité des moyens de

Tableau A2.1 *Éléments porteurs de synergies multisectorielles permettant d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé et de nutrition*

OMD	objectif	intrants multisectoriels	importance pour les pauvres
Réduire la mortalité maternelle,	Améliorer l'accès aux urgences d'obstétrique	Disponibilité de moyens de transport et d'établissements de soins spécialisés	Etablissements de soins généralement situés loin du lieu d'habitation des femmes pauvres et transport souvent trop coûteux
moyens	Réduire la pollution de l'air intérieur	Amélioration des pratiques culinaires, des moyens de chauffage et de la ventilation	Les femmes pauvres se chauffent davantage à la biomasse, leurs maisons sont mal ventilées et elles n'ont pas les
Réduire la mortalité infantile	Réduire les maladies diarrhéiques	Amélioration la pratique du lavage des mains, savon et eau en quantité	d'acheter d'autres poêles et d'autres combustibles Les pauvres ont le moins accès à l'eau potable et n'ont pas les moyens d'acheter du savon. Les ménages pauvres ont le moins de chances de disposer de sanitaires corrects, aussi les enfants pauvres courent le plus de risques d'être infectés par l'eau
Réduire la faim et améliorer la nutrition	Réduire la pollution de l'air intérieur	Amélioration du chauffage, de la ventilation et des pratiques de jeux des enfants	Les enfants pauvres passent plus de temps avec leur mère dans des espaces mal aérés pollués par la fumée d chauffage à la biomasse.
	Réglementer les prix des denrées alimentaires, augmenter le revenu des femmes, promouvoir la diversité et la sécurité alimentaires au niveau des ménages	Amélioration des méthodes de culture, des tarifs douaniers et du commerce ; réduction de la charge de travail des femmes ; meilleures relations entre hommes et femmes et amélioration des prises de décisions dans le ménage	La sous-alimentation parmi les femmes et les enfants pauvres, facteur de risque majeur de taux de mortalité maternelle et infantile plus élevés, explique pour beaucoup la grande différence dans ce domaine entre riches et pauvres.

transport et les frais, ainsi que l'état des routes, autant d'éléments qui ont des incidences sur le temps qu'il faut à une mère pour atteindre l'établissement une fois que la décision d'y aller a été prise. Au Zimbabwe, on rapporte que l'absence de moyens de transport a joué un rôle dans 28 pour cent des décès dans une zone rurale étudiée. Dans le cas d'hémorragies, 50 pour cent des décès étaient imputables à de retards liés à des problèmes de transport.

Les travaux de recherche sur les réactions au recouvrement des coûts chez les personnes qui veulent se faire soigner ont montré que, en Tanzanie, les pauvres faisaient en moyenne plus de 60 kilomètres pour aller se faire soigner tandis que les non pauvres ne faisaient que 15 kilomètres. Il y a à cela plusieurs explications possibles, à commencer par le fait que ces derniers ont probablement leur propre moyen de transport et que les pauvres vont plus loin pour trouver un établissement où ils seront exonérés du ticket modérateur. Dans leur panorama des obstacles à l'accès aux soins, Ensor et Cooper (2004) ont trouvé des études qui indiquaient que les transports représentaient 28 pour cent de la totalité des frais pour se faire soigner au Burkina Faso, 25 pour cent dans le nord-est du Brésil et 27 pour cent au Royaume-Uni. Au Bangladesh, il est dit que, pour les malades pauvres, le transport était le second poste de dépense après les médicaments. Selon l'un des groupes de discussion de cette étude, « L'hôpital est éloigné et cela coûte cher de s'y rendre. Avec cet argent, on peut facilement se procurer des médicaments auprès des médecins de village. On dépense de l'argent pour aller à l'hôpital mais on ne nous y donne même pas de médicaments, alors pourquoi aller à l'hôpital ? » (CIET-Canada 2001,38).

Les analyses de la pauvreté conduites par la Banque mondiale au niveau d'un pays ont montré que la qualité des réseaux routiers ruraux joue un rôle dans l'isolement économique et social des pauvres en zones rurales. Les recherches sur l'impact de l'amélioration des réseaux routiers ruraux ont surtout insisté sur le temps du trajet. Par exemple, une étude de la pauvreté au Guatemala, a trouvé que les fermetures de routes gênaient considérablement l'accès à l'école, au lieu du travail et au marché et que les ménages du quintile le plus pauvre étaient beaucoup plus pénalisés (45 pour cent contre 12 pour cent) que ceux du quintile le plus riche. Les villageois considéraient qu'accoucher était un risque parce que les mères ne pouvaient pas se rendre aux centres de soins en raison de l'état des routes, notamment pendant la saison des pluies.

Éducation L'éducation affecte directement les résultats en matière de santé (par le biais d'actions d'information sur la santé et l'hygiène et également par les programmes scolaires sur la santé et l'alimentation) et indirectement en améliorant les habitudes de vie saine. En ce qui concerne les femmes, l'éducation a des incidences sur les résultats en matière de santé par divers canaux : manières d'envisager la grossesse, comportement de recours aux soins, opportunités de gains. Les acquis en maîtrise de la lecture et de l'écriture dans leur jeune âge ont joué un rôle important dans la baisse de la mortalité maternelle en Malaisie et au Sri Lanka. Dans le tableau qu'elle brosse des liens entre l'éducation des femmes, l'autonomie et les comportements en matière de reproduction, Jejeebhoy (1995) note que l'éducation accroît leur connaissance du monde extérieur et qu'elles prennent conscience, plus que les femmes qui n'ont pas d'instruction, de l'importance de la santé et de l'hygiène pour la famille, ainsi que du traitement et de la prévention des maladies. Un autre effet qu'elle constate est une plus grande autonomie en matière de prise de décisions au sein du ménage. Dans le même temps, elle attire l'attention sur l'impact que le contexte a sur la participation des femmes aux prises de décisions dans le ménage, si bien que cette participation risque d'être moindre dans une société à forte stratification fondée sur le sexe.

L'éducation est étroitement liée à la différence de statut entre l'homme et la femme et à la façon dont cette stratification affecte l'accès aux ressources du ménage et à l'utilisation des services de santé. Dans leur ouvrage sur le rapport de forces au sein des ménages en Indonésie, Beegle, Frankenberg, et Thomas (2001) ont trouvé que les femmes qui avaient un niveau d'instruction supérieur à leur mari avaient plus de chances d'avoir accès aux soins prénatals et que, en général, l'instruction permet à une femme de prendre elle-même les décisions concernant les soins de santé génésiques. L'éducation est également liée à plusieurs autres facteurs susceptibles d'accroître ou de limiter l'accès à des services qui peuvent sauver la vie. Les travaux de recherche sur l'impact que le recouvrement des coûts a sur l'utilisation des services ont montré qu'il y avait plus de chances que les femmes instruites comprennent les procédures d'exonération et y aient recours. Quant aux publications sur les transports, elles soulignent également qu'il y a des liens entre l'éducation et l'accès aux moyens de transport et leur utilisation pour se rendre aux établissements de santé.

Eau et système sanitaire L'approvisionnement en eau potable a contribué à faire baisser la mortalité dans les pays développés. Il est

reconnu qu'un système sanitaire défectueux et de l'eau qui n'est pas potable, avec en plus une hygiène personnelle qui laisse à désirer, sont des facteurs majeurs de prévalence des maladies parasitaires dans les pays pauvres. Les maladies apportées par de l'eau polluée peuvent ruiner la santé des femmes enceintes parce qu'elles provoquent l'anémie, qui est un facteur de risque pour les mères comme pour les nouveau-nés. L'alimentation en eau qui n'est pas potable et les polluants émanant des combustibles utilisés pour la cuisine sont des facteurs de risque qui entrent en ligne de compte dans les ratios élevés de mortalité maternelle observés dans plusieurs pays africains. Dans la corrélation entre l'approvisionnement en eau et la santé des mères et des enfants interviennent des facteurs liés à la fois aux ménages et à la communauté. Des contraintes peuvent restreindre la consommation d'eau d'un ménage. Ce peut être le prix, le revenu ou d'autres variables même si l'approvisionnement en eau se fait au niveau de la communauté. Jalan et Ravallion (2001) notent que lorsque l'eau était amenée par canalisation, les enfants pauvres n'étaient pas pour autant en meilleure santé, en particulier si la mère était peu instruite.

Selon une enquête de la Banque évaluant les OMD, une amélioration de l'hygiène (lavage des mains) et du système sanitaire (usage de latrines et élimination en toute sécurité des selles des enfants) sont des éléments au moins aussi importants pour l'état de santé que la qualité de l'eau que l'on boit, en particulier en ce qui concerne la diarrhée et la mortalité infantile qui y est associée. On s'est rendu compte que l'augmentation de la quantité d'eau a un impact plus important que l'amélioration de la qualité, probablement parce qu'un approvisionnement suffisant en eau permet davantage de prendre des habitudes d'hygiène et réduit la durée de stockage pendant laquelle elle risque d'être contaminée par les manipulations.

Facteurs environnementaux La réduction de la pollution de l'air intérieur dans les pays en développement est un autre domaine où l'action multisectorielle est possible. Cette pollution est provoquée par l'utilisation de sources d'énergie traditionnelle à bon marché, comme le charbon et la biomasse (bois, bouse de vache, résidus de récoltes), dans des poêles primitifs pour faire la cuisine et se chauffer — source principale d'énergie pour des milliards de gens. Cette pollution est une très forte menace pour la santé dans les régions rurales à haute altitude où les familles pauvres utilisent de la biomasse dans des poêles primitifs et sans que les habitations soient aérées. C'est un facteur de risque majeur de pneumonie et de la mort

qu'elle entraîne chez les enfants et de cancers de poumon chez les femmes qui sont exposées quand elles font la cuisine. La plupart des pays en développement finiront par s'élever sur l'échelle de l'énergie, mais ce progrès est retardé par la faiblesse des revenus et l'accès limité au combustible de haute qualité. Des poêles à biomasse améliorés ont amélioré les résultats en matière de santé en Inde et ailleurs. Des essais d'interventions communautaires de grande ampleur sont en cours en Chine, au Guatemala et en Inde pour améliorer l'accès à des sources d'énergie efficaces et abordables par la conception à l'échelon local, l'élaboration et la diffusion de technologies peu onéreuses, de combustibles modernes de substitution et d'énergies renouvelables.

Nutrition et politique alimentaire La nutrition insuffisante est un autre cofacteur clé qui affecte la santé maternelle et infantile. La mauvaise nutrition chez les femmes enceintes dans un certain nombre de pays où la mortalité maternelle et néonatale est très élevée est une composante de ces taux élevés. On rapporte qu'en Inde l'anémie est un facteur indirect de 64,4 pour cent de morts en couches. La stratification et les comportements discriminatoires à l'encontre des femmes au sein des ménages, y sont également pour quelque chose, dans la mesure où ils privent les femmes pauvres d'une nourriture convenable, non seulement pendant leur grossesse, mais également dans leur enfance et leur adolescence, ce qui a pour effet qu'elles sont de petite taille, ce qui accroît les risques de complications au moment de l'accouchement.

Les politiques agricoles et les méthodes de culture, qui ont des incidences sur les prix des denrées alimentaires, les revenus des cultivateurs, la diversité et la qualité de l'alimentation et la sécurité alimentaire des ménages demandent également l'intervention des pouvoirs publics pour qu'il y ait une amélioration des résultats en matière de santé. Il est vraisemblable que les politiques agricoles qui mettent l'accent sur l'accès des femmes aux ressources (la terre, la formation, les inputs agricoles), sur leur rôle dans la production et sur le revenu qu'elles tirent de l'agriculture ont un impact plus fort sur la nutrition que les politiques qui ne sont pas centrées sur les femmes, en particulier si elles se combinent avec des stratégies visant à améliorer l'éducation des femmes et à amener des changements de comportement.

Synthèse

Il y a des facteurs en dehors du cadre des soins qui jouent un rôle certain dans l'amélioration des résultats en matière de santé pour les pauvres. Les actions multisectorielles peuvent être efficaces pour traiter ces facteurs dans tous les groupes de la population, mais elles sont vitales pour les couches pauvres, dont la santé est exposée aux risques constamment élevés liés à l'accès limité aux soins, au faible niveau d'instruction, à une exposition plus forte à la pollution de l'air et de l'eau et à une alimentation insuffisante. Il faut que les actions multisectorielles soient conçues de telle façon qu'elles bénéficient aux pauvres et qu'elles soient l'objet d'un suivi et d'une évaluation pour s'assurer que c'est bien le cas.

Ressources supplémentaires pour les actions multisectorielles

- Canadian Public Health Association. 1997. « The Canadian Experience of Intersectoral Collaboration for health Gains. » Ottawa, Canadian Public Health Association.
- Claeson, M., C. Griffin, T. Johnston, A. Soucat, A. Wagstaff, et A. Yazbeck. 2003. "Health, Nutrition, and Population." In *A Sourcebook on Poverty reduction Strategies Vol II: Macroeconomic and Sectoral Approaches*, ed. Jeni Klugman. Washington, DC: World Bank.
- Enson, T., and S. Cooper. 2004. "Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side." *Health Policy and Planning* 19 (2):69-79.
- Health Canada. 2000. « Intersectoral Action Toolkit. » Health Canada Northwest Territories Region, Edmonton, Alberta.
- Schmeer, K. 2000. "Stakeholder Analysis Guidelines." In « Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform, » 21-2-43. Partners for Health Reform, Washington, DC.
- Wagstaff, A., and M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges of the Millennium (Objectifs du Millénaire pour le Développement de la Santé: Relever le Défi)* Washington, DC: World Bank.
- World Health Organisation (Organisation mondiale de la santé). 1997. « Multisectoral Action for Health : Report of the Multinational Conference. » Halifax, Nova Scotia, Canada, April 20-23, 1997.

Annexe 2.2 Lectures complémentaires recommandées

Sélection prise dans Goldman et autres (à paraître)

Chowdhury, M., C. Ronsmans, J. Killewo, I. Anwar, K. Gausia, S. Das-Gupta, L. Blum, G. Dieltiens, T. Marshall, S. Saha, et J. Borghi, 2006. "Equity in Use of Home-Based or Facility-Based Skilled Obstetric Care in Rural Bangladesh: An Observational Study." *Lancet* 367 (9507): 327-32.

Utilise les techniques statistiques de pointe pour examiner s'il y a un lien entre le statut socio-économique et le recours aux services gratuits d'une sage-femme professionnelle à domicile et dans les établissements d'obstétrique de base des zones rurales de Matlab au Bangladesh. Plus précisément, les auteurs se demandent s'il y a une plus grande égalité dans la fourniture des soins à domicile que lorsqu'ils sont dispensés dans une structure hospitalière.

Gakidou, E., en E. Vayena. 2007. « Added use of Modern Contraception by the Poor Is Falling Behind. » *PloS Medicine* 4 (2): 381-88.

Fondée sur 20 ans (1985-2003) de données extraites d'enquêtes démographiques et de santé dans 55 pays en développement d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et du Sud-Est, cette étude porte sur les déterminants au niveau macro-économique de l'usage des moyens modernes de contraception et se demande si l'augmentation de leur usage en a facilité l'accès aux pauvres et si ceux-ci y ont davantage recours. Un indice de richesse établi à partir d'informations sur l'âge, le niveau d'instruction, le sexe du chef de famille, l'habitat urbain ou rural et les biens de consommation durables du ménage, et un indice de Gini pour 1990 et 2000 sont utilisés pour évaluer le statut économique.

Houweling, T., C. Ronsmans, O. Campbell, et A. Kunst, 2007. « Huge Poor-Rich Inequalities in Maternity Care: An International Comparative Study of Maternity and Child Care in developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 85 (10):733-820.

Les inégalités en matière de soins de santé maternelles et infantiles entre les riches et les pauvres, y compris dans les accouchements assistés par personnel qualifié, sont analysés à partir de données extraites d'enquêtes démographiques et de santé conduites entre 1990 et 1998 dans 45 pays en développement. Comme mesure de l'inégalité, on prend le ratio de taux de recours aux soins de santé par groupe de richesse et la différence de taux

absolu entre les groupes de richesse. L'indice de richesse utilisé pour diviser l'échantillon en groupes est calculé à partir des possessions suivantes des ménages : biens de consommation durables, logement accès à l'eau et disposition de sanitaires.

Khe, N., N. Toan, L. Xuan, B. Eriksson, B. Höjer, et V. Diwan. 2002. « **Primary Health Concept Revisited : Where Do People Seek Health Care in a Rural Area of Vietnam ?** » *Health Policy* 61 (1): 95-109.

Étude transversale de la demande de soins, de l'accès et du recours aux soins de santé et des dépenses afférentes au Nord-Vietnam selon le statut socioéconomique (déterminé par le revenu). La population étudiée est un échantillon aléatoire de 1 075 ménages (4 769 personnes) dans le district de Bavi dans le nord du Vietnam (situé à 60 kilomètres au nord-ouest de Hanoi).

Magadi, M., E. Zulu, et M. Brockerhoff. 2003. « **The Inequality of Maternal Health care in Urban Sub-Saharan Africa in the 1990s.** » *Population Studies: A journal of Demography* 57 (3):349-68.

Des analyses descriptives et multivariées, comprenant des modèles de régression logistique binomiale, sont utilisées pour prédire les chances de naissances non prévues parmi les pauvres et les non pauvres des zones urbaines et les femmes des zones rurales dans 23 pays d'Afrique subsaharienne. Les modèles de régression multiniveaux ont également été utilisés pour déterminer l'ampleur et la configuration des variations dans les inégalités et pour voir si les inégalités en matière de soins de santé sont généralisables d'un pays à l'autre en Afrique subsaharienne.

Schellenberg, J., C. Victora, A. Mushi, D. de Savigny, D. Schellenberg, H. Mshinda, et J. Bryce. 2003. « **Inequities among the Very Poor : Health Care for Children in Rural Southern Tanzania.** » *Lancet* 361 (9357) : 561-66.

Cette enquête de référence auprès des ménages pour la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, campagne de santé publique visant à faire connaître les principes de base pour prévenir et traiter les maladies courantes de l'enfance, fait le point sur l'état des soins de santé et sur les comportements de recours à ces soins. Pour étudier les inégalités dans les comportements de recours aux soins par sexe et situation socioéconomique dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans dans quatre districts ruraux du sud de la Tanzanie, les enquêteurs ont

construit un indice d'actif, ou indice de richesse relative, compilé à partir d'informations, par exemple sur les sources de revenu, le niveau d'instruction du chef de famille et les avoirs du ménage.

Uzochukwu, B., O. Onwujekwe, et B. Eriksson. 2004. « Inequity in the Bamako Initiative Programme –Implications for the Treatment of Malaria in South-East Nigeria. » *International Journal of Health Planning and Management* 19 (S1) : S107-16.

Cette étude exploratoire porte sur le recours aux services de santé pour le traitement du paludisme dans le cadre de l'Initiative de Bamako (stratégie adoptée par le Nigeria en 1988 pour renforcer les soins de santé primaires aux niveaux de la communauté et du gouvernement local). Les auteurs traitent la question de l'équité sous l'angle du financement communautaire dans les zones rurales du Nigeria. Pour étudier l'importance du copaiement dans le recouvrement total des coûts du traitement du paludisme, les auteurs utilisent des indicateurs relatifs à ce copaiement, et à l'information sur les conditions et les pratiques de l'exonération.

Notes

1. On trouvera une étude plus détaillée du cas de Safar Banu dans Campbell White, Merrick, et Yazbeck (2006).
2. « Retenue et recyclage » fait référence à la réglementation qui autorise les établissements qui perçoivent les copaiements à retenir ces ressources et à les utiliser pour améliorer la qualité.



3

Importance de « l'écoute »

Ce chapitre explore les causes de l'inégalité en matière de santé et les approches analytiques qui peuvent nous servir à approfondir notre compréhension des obstacles auxquels sont confrontés les ménages pauvres. Pour élaborer et maintenir des politiques qui combattent l'inégalité dans le recours aux services de santé vitaux, il faut disposer d'informations exploitables sur les contraintes qui pèsent sur les pauvres. Si la conception et la mise en œuvre des actions des pouvoirs publics ne reposent pas sur une connaissance approfondie des contraintes majeures auxquelles sont exposés les pauvres, elles sont condamnées à l'échec. Comme dit le proverbe : « Si vous ne savez pas où vous allez, prenez n'importe quel chemin et vous y arriverez. Il est également essentiel de connaître les causes sous-jacentes de l'inégalité dans l'utilisation des services pour évaluer dans quelle mesure les actions entreprises portent remède aux causes.

Points de vue des dirigeants des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

Depuis 2002, les participants aux séminaires organisés par l'équipe de spécialistes des problèmes de santé de la Banque mondiale ont eu connaissance de certaines des statistiques sur l'inégalité telles qu'elles sont résumées au chapitre 1¹. Ces participants étaient en majorité des fonctionnaires des gouvernements et des représentants de la société civile

des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. On leur demandait d'exposer les raisons qui, selon eux, expliquaient la persistance des gros écarts dans l'utilisation des services de santé entre les pauvres et les nantis. Les réponses qu'ils ont données peuvent se regrouper en deux catégories de facteurs, ceux liés à la demande et ceux liés à l'offre, ce qui recoupe les réponses que l'on trouve dans les études sur cette question. À l'intérieur de chacune de ces deux catégories, on peut facilement regrouper ainsi les réponses en les insérant dans le cadre décrit au chapitre 2².

Causes possibles liées au facteur offre

Prestations de services

- Difficultés d'accès aux formations sanitaires (biais urbain, et au sein même des villes, établissements situés le plus souvent en milieu aisé). La situation de ces établissements rallonge les temps de trajets et en augmente les coûts, ce qui diminue les chances que les pauvres y aient recours.
- Longues attentes dans les établissements des zones défavorisées. Les pauvres peuvent le moins se permettre de renoncer à leur salaire pour aller se faire soigner. Facteur du même ordre : les heures de consultations coïncident généralement avec les heures de pointe pour le travail, ce qui rend la décision d'aller se faire soigner encore plus difficile.
- Sentiment que, dans les établissements où vont les pauvres, la qualité des soins laisse à désirer, et notamment que les médicaments manquent, qu'il y a absentéisme des prestataires, qu'il n'y a pas de matériel fonctionnel et que, au total, les conditions de fonctionnement de ces établissements sont de bien piètre qualité. À cela s'ajoute que les pauvres ont l'impression de ne pas être bien traités, ou même d'être victimes de discriminations de la part de prestataires, qui peuvent venir d'un milieu différent (problème de la « distance sociale »).

Facteurs financiers

- Affectation de ressources importantes au financement de soins curatifs dans les hôpitaux tertiaires plutôt qu'aux soins de base dispensés dans les établissements de santé primaires, où les pauvres se rendent plus généralement..

- Allocation de ressources qui ne vont pas aux programmes qui concernent les maladies des pauvres.
- Systèmes de couverture des dépenses qui ne protègent pas les pauvres.
- Paiements occultes (« dessous de table ») réclamés par le personnel chargé de la surveillance et par les prestataires.

Causes possibles liées au facteur demande

Facteurs de ressources

- Frais de transport à la charge des malades qui se rendent aux établissements de soins, en particulier les pauvres qui résident dans des zones rurales dispersées.
- Manque à gagner du fait du temps pour se rendre à l'établissement de santé et le temps d'attente pour se faire soigner, en d'autres termes, perte de revenu en raison de l'absence de travail pendant tout ce temps.
- Connaissance insuffisante du fonctionnement des services de santé. Se faire soigner, en particulier s'il s'agit de soins préventifs, n'est pas évident si le chef de famille n'est pas au courant des possibilités qui existent ou s'il n'est pas convaincu des avantages qu'il y a à recourir aux services de santé. Les pauvres ont traditionnellement moins accès à ces informations que les riches.

Facteurs comportementaux ou facteurs de risque

- Préférence pour les guérisseurs traditionnels (ou non qualifiés) plutôt que pour les prestataires qualifiés. Cette préférence diminue la demande de services préventifs et affecte gravement la qualité des soins dispensés aux pauvres.
- Soins curatifs jugés plus importants que les soins préventifs. Cette préférence ne se rencontre pas que chez les pauvres, mais elle est plus marquée dans les familles pauvres et cela tient peut-être au manque de ressources ou d'informations.
- Préférence pour les accouchements à domicile plutôt que dans les établissements de santé.

Facteurs culturels ou religieux

- Les normes culturelles ou les croyances religieuses peuvent dissuader d'aller se faire soigner. Ce facteur touche les pauvres de façon disproportionnée et a des incidences particulièrement marquées chez les femmes. Ce sont, en outre, ces influences qui ont parfois empêché la participation aux campagnes de vaccination, notamment parmi les pauvres.
- Les normes culturelles ou les croyances religieuses peuvent être des obstacles à l'utilisation de contraceptifs, même dans les familles qui ne souhaitent pas avoir beaucoup d'enfants.

La liste ci-dessus, qui n'est absolument pas exhaustive, reprend des thèmes abordés dans la littérature spécialisée où l'on se demande pourquoi les pauvres ont moins recours aux services de santé que les nantis. Et elle vient à l'appui de ceux qui soutiennent que s'attaquer à l'inégalité est un exercice terrifiant qui révèle les faiblesses du système de santé dans ce combat. Malheureusement, cette liste ne peut pas, à elle seule, indiquer les mesures efficaces qui pourraient amener les pauvres à avoir davantage recours aux services de soins de santé. Nombre de ces facteurs liés à l'offre et à la demande ont une action réciproque les uns sur les autres, ce qui complique encore davantage la situation. De plus, étant donné que la pauvreté est contextuelle, qu'elle varie dans ses causes et ses effets en fonction du milieu, ce qui est la cause dominante dans un pays, ou dans une partie d'un pays, peut avoir moins d'importance dans un autre pays. En d'autres termes, les facteurs de la liste ci-dessus sont à la fois trop nombreux pour définir une politique particulière et trop généraux.

Les dilemmes que pose la longue liste des causes

Comme cela a déjà été indiqué, la liste si souvent reprise des causes de l'inégalité dans l'utilisation des services de santé présente deux caractéristiques importantes, et chacune crée son propre dilemme opérationnel. La première caractéristique est le grand nombre des causes possibles et le fait qu'elles sont imbriquées. ; la seconde est le caractère local et contextuel de ces causes, qui fait peser de lourdes contraintes sur les populations concernées.

Le premier dilemme tient au fait que s'attaquer à des problèmes complexes avec des programmes compliqués est généralement un échec. On qualifie souvent ces programmes « d'arbres de Noël » en raison des nombreuses

fioritures surajoutées dont ils sont parés. Ce sont souvent des solutions plus simples qui sont choisies, surtout lorsque les ressources financières et institutionnelles sont limitées. D'où le dilemme : un problème complexe qu'il faut résoudre dans un contexte de contraintes institutionnelles.

Le problème de la couverture des dépenses de santé encourues dans les établissements publics est un excellent exemple qui montre que les réponses simplistes et idéologiques sont inadaptées pour résoudre un dilemme de fonctionnement. L'instauration d'un ticket modérateur dans les établissements publics a été considérée comme un moyen simple de réaliser des gains complexes tant au plan de l'offre que de la demande : au plan de l'offre, en engrangeant des ressources pour achats de médicaments et de fournitures, et pour donner des primes aux prestataires ; au plan de la demande, en réduisant le recours non justifié aux établissements de soins et en favorisant une meilleure prise de conscience de la valeur des services. Il est cependant à noter que l'expérience du ticket modérateur s'est généralement révélée négative. Ce dispositif comportait des mécanismes d'exonération pour les pauvres, qui avaient des ratés ou qui donnaient lieu à corruption. Il était coûteux à gérer, ce qui grignotait les gains financiers et interdisait de retenir les ressources pour les recycler au sein des établissements. À l'autre extrême, il y avait les adversaires du ticket modérateur qui en demandaient la suppression, même là où les résultats étaient somme toute positifs. À l'origine du mouvement pour la suppression, il y a la crainte que les ratés des mécanismes d'exonération ne pénalisent les pauvres en renforçant les barrières financières qui les empêchent de se faire soigner. Cependant, se contenter de supprimer le ticket modérateur sans prendre des mesures appropriées pour trouver les ressources dont les établissements publics ont besoin renvoie à la somme des problèmes liés à l'offre. Quant à ces problèmes, ils sont à leur tour source d'inefficacité dans les établissements où vont les pauvres, et, au bout du compte, ils accentuent l'inégalité. Il est vraisemblable que les réponses simplistes et idéologiques qui, fatalement, ne tiennent pas compte de la complexité du problème ni des réalités culturelles et institutionnelles, échoueront.

Le second dilemme tient à la nature locale et contextuelle des nombreuses raisons qui font que les pauvres ont relativement peu recours aux services des soins de santé. Cet aspect contextuel rend impératif, si l'on veut être en mesure d'agir, de comprendre quelle combinaison de facteurs crée les contraintes les plus lourdes qui pèsent sur les pauvres dans un pays donné ou dans un lieu donné au sein d'un pays. Les politiques universelles qui n'ont pas été conçues et qui ne sont pas mises en œuvre spécialement

pour faire face aux contraintes locales majeures n'ont guère de chances de réussir dans leur combat contre l'inégalité. Pour qu'il y ait réussite, il faut des prestations de services ou un dispositif financier sur mesure, une expérimentation d'approches différentes, un suivi des résultats et la patience de réviser la conception et de procéder à des ajustements à mi-parcours (Gwatkin, Wagstaff, et Yazbeck 2005).

Dans son *Rapport sur le développement dans le Monde, 1993, Investir dans la santé*, la Banque mondiale préconisait, pour les services de santé, un paquet de mesures fondamentales axées sur la prévention et la rentabilité. Reconnaissant que c'étaient les situations locales qui devaient dicter ce qui était possible, le rapport ne préconisait aucun mécanisme précis de prestation. Les endroits qui posaient problème en raison de leur géographie, les régions montagneuses ou les basses terres, par exemple, interdisaient aux pauvres de se rendre régulièrement dans les formations sanitaires situées en des points fixes. De la même manière, la prestation de services fondamentaux gérée par le gouvernement n'avait pas de sens dans des pays où le fonctionnement du système de santé n'était pas bien structuré. Les pays qui ont réussi à mettre en œuvre un paquet de services et qui ont été capables d'atteindre et de servir les pauvres ne se sont pas contentés, loin s'en faut, de définir un paquet.

Le reste de ce chapitre est axé sur un menu d'outils d'analyse spécialement adaptés aux causes de l'inégalité et qui permettent de canaliser la discussion sur les mesures à prendre et sur leur conception. Les deux outils d'analyse dont il a été question au chapitre précédent, les huit étapes et l'analyse des trois fonctions du financement de la santé, tous ces éléments seront développés ici parce qu'ils peuvent aider à organiser la réflexion. Mais il n'existe pas de cadre fondamental qui rassemble et organise tous les outils d'analyse disponibles. Cela étant, en raison de l'importance du contexte local, le manque de cadre universel n'est pas le problème. Nous n'avons pas besoin d'identifier *toutes* les contraintes liées à l'offre et à la demande auxquelles se heurtent les pauvres, mais seulement les plus astreignantes. Cela demande que l'on soit à l'écoute des pauvres afin de découvrir les facteurs les plus importants qui limitent leur utilisation des soins de santé dans le contexte d'un endroit donné ou d'une période donnée.

Il est essentiel d'être à l'écoute

La question à laquelle il faut répondre est de savoir pourquoi les ménages pauvres ne se font pas soigner ou le font moins fréquemment que les riches.

C'est une question simple à laquelle il n'est pas facile de répondre : est-ce parce qu'ils ignorent qu'il existe des services de santé ou parce qu'ils ne leur accordent aucune valeur ? Est-ce parce qu'ils ne peuvent pas se permettre de quitter leur travail pour aller se faire soigner ou parce qu'ils ont le sentiment que les prestataires ne les respectent pas ou ne les accueillent pas comme il convient ? Est-ce parce qu'ils ne peuvent pas, physiquement, se rendre dans les établissements en raison de la géographie ou des problèmes de transports ou parce qu'ils pensent que les services que proposent les établissements ne sont pas de bonne qualité ? Ou parce que cela coûte trop cher ? Ou parce qu'ils ne savent pas exactement le montant des dessous de table demandés ? Ou est-ce une combinaison des causes possibles ci-dessus mentionnées, plus une douzaine d'autres ? À cela s'ajoute qu'il y a de fortes chances pour que la réponse varie d'un groupe à l'autre. Pour qu'une politique conçue pour s'attaquer aux inégalités soit vraiment efficace, la seule façon est d'associer la population cible à la conception des politiques destinées à les aider. Cette participation s'obtient par un acte en apparence simple, *l'écoute*. Cela dit, la question de savoir comment écouter soulève quelques difficultés d'ordre opérationnel.

Écoute passive, écoute active

Au centre de ces difficultés opérationnelles, il y a un équilibre à trouver entre des réponses représentatives de la population cible, mais superficielles, et des réponses qui sont suffisamment profondes mais ne représentent peut-être que le point de vue d'un petit sous-ensemble de la population. C'est par des méthodes quantitatives, telles que les enquêtes de population, que l'on peut obtenir des réponses représentatives et statistiquement significatives. Ces enquêtes sont généralement des formes d'écoute passive et elles ont deux limites. En premier lieu, les mêmes questions sont posées à tous les participants d'un large échantillon de ménages représentatif, ce qui fait que la méthode n'a pas la flexibilité du questionnement libre de suivi. En second lieu, les réponses des participants se limitent à une série fermée, présélectionnée, ce qui fait que les problèmes qui ne figurent pas dans la trame de l'enquête n'ont aucune chance de faire surface.

L'autre méthode a recours à des techniques qualitatives, ou à l'écoute active, par le truchement de groupes de discussion ou d'interviews d'informateurs clés. Lorsque l'écoute active est bien conduite, elle permet à l'intervieweur de mieux comprendre pourquoi les pauvres ne vont pas se faire soigner, mais cela a un prix. Le caractère ouvert des questions, qui est

la principale voie qui permet d'approfondir la compréhension des problèmes sous-jacents, ne se prête pas facilement à une classification statistiquement significative par le biais d'enquêtes qui portent sur un large échantillon de population.

Les chapitres 5 à 18 résument les programmes qui ont réussi à combattre l'inégalité dans l'utilisation des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'une des caractéristiques communes à ces programmes est qu'ils étaient fondés sur l'écoute des pauvres et que les résultats étaient incorporés dans les actions mises en œuvre. Ces programmes ont eu recours à la fois à l'écoute active (qualitative) et à l'écoute passive (quantitative) et ont puisé aux sources de données suivantes.³

Données des enquêtes auprès des ménages

Les enquêtes auprès des ménages existantes sont d'excellentes sources d'information sur les performances du secteur de santé – y compris l'utilisation des services de santé par quintiles de richesse—et sur les déterminants des comportements et des résultats en matière de santé. Les données sur les comportements et les résultats peuvent servir à quantifier les déterminants pour la population dans son ensemble ou pour des groupes particuliers, les pauvres par exemple.⁴ Les enquêtes auprès des ménages peuvent comporter les types de données suivants :

- *Revenu et consommation.* Les données sur les ménages peuvent être reliées aux données des recensements pour établir une cartographie de la pauvreté qui peut servir à identifier les districts et les quartiers pauvres. Il peut arriver qu'il n'y ait dans une enquête ni données sur les revenus ni sur la consommation. Dans ce cas, on peut avoir recours à des substituts (par exemple le type de revêtement de sol de la maison) pour étudier les différences dans les déterminants comportementaux entre ménages pauvres et non pauvres.
- *Éducation et information.* Les enquêtes auprès des ménages contiennent souvent des renseignements sur le niveau d'instruction et sur la capacité de lire et d'écrire des membres d'une famille. De nombreuses enquêtes renseignent également sur ce que les gens savent sur les questions directement liées à la santé, par exemple sur le sida. Ces données sont particulièrement importantes pour les femmes et les jeunes filles.

- *Inégalités entre ménages en ce qui concerne la maîtrise des ressources.* Certaines enquêtes auprès des ménages, par exemple les enquêtes démographiques et de santé cherchent à savoir si les femmes ont la maîtrise de ce qu'elles gagnent sur le marché du travail et dans quelle mesure elles participent aux décisions de planification familiale.
- *Accessibilité aux services de santé.* Les enquêtes auprès des ménages comportent souvent des questions sur la longueur du trajet pour se rendre à l'établissement de santé et le temps que cela prend. Les classifications par revenu peuvent être très éclairantes.
- *Couverture de l'assurance-santé et exonération de la redevance.* Certaines enquêtes se renseignent sur la couverture d'assurance-santé des ménages, le copaiement et la possibilité d'en être exonéré.

Statistiques gouvernementales et enquêtes sur les établissements

À la différence des enquêtes auprès des ménages, il n'est en général pas facile d'établir un lien entre les enquêtes sur les établissements et les statistiques gouvernementales d'une part et d'autre part leur statut socioéconomique. Cependant, elles offrent l'avantage de permettre de percevoir les facteurs liés à l'offre, qui sont difficiles à saisir dans les enquêtes auprès des ménages. Elles offrent les types de données suivants :

- *Disponibilité des services.*⁵ On peut donner une définition large de la disponibilité des services en prenant les établissements—par exemple un hôpital ; ou une définition étroite, en se fondant sur les interventions ou les paquets d'interventions—par exemple le traitement des infections respiratoires aiguës. Si l'on prend la première définition, la disponibilité peut se mesurer, par exemple, au nombre d'hôpitaux ou de lits d'hôpital par 1 000 habitants ; pour la seconde définition, c'est le nombre d'établissements qui offrent un type particulier d'intervention ou de paquets d'interventions pour 1 000 habitant qui est pris en compte comme mesure. Des données fournies par les prestataires, publics et privés, au niveau national comme au niveau des zones ciblées au sein d'un pays, sont nécessaires pour évaluer comment les pauvres s'en sortent. Le repérage ciblé peut s'effectuer par le truchement d'une cartographie de la pauvreté. L'autre solution est d'établir un lien entre les données sur la disponibilité et les

données de l'enquête auprès des ménages pour voir comment les pauvres réagissent devant la disponibilité des services dans leur région géographique.

- *Qualité.* Il est plus difficile d'obtenir des informations sur la qualité. Les statistiques officielles donnent souvent des évaluations sommaires de la qualité et brossent souvent un tableau idyllique que rien ne justifie, par exemple en présentant ce qui est censé être disponible plutôt que ce qui l'est réellement. Néanmoins, les enquêtes sur les établissements révèlent souvent des écarts inquiétants entre les zones rurales pauvres et les zones urbaines riches, en particulier en ce qui concerne la proportion d'établissements qui offrent des programmes de vaccination et de suivi de la croissance. Par le truchement des enquêtes sur les établissements, on peut disposer, pour certains résultats en matière de santé, d'instruments d'évaluation de la qualité plus sophistiqués. La Liste actuelle des indicateurs de priorités pour la PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) au niveau des établissements de santé de l'OMS (OMS 2008,6) fournit un instrument utile pour évaluer la prise en charge des maladies de l'enfant. Les enquêtes qui prennent appui sur cet instrument signalent d'énormes variations de qualité d'un pays à l'autre ; les données pourraient être reliées à une cartographie de la pauvreté ou à une enquête auprès des ménages pour avoir une idée de la façon dont les pauvres s'en sortent par comparaison avec les riches.
- *Les prix.* Comme pour la qualité, les statistiques gouvernementales peuvent, en principe, fournir des données sur le coût des différents services. Elles devraient également indiquer les catégories pour lesquelles il y a des exonérations, s'il y en a. En principe, les enquêtes d'établissements donnent des informations plus exactes aussi bien sur les coûts que sur les exonérations. Cela tient en grande partie au fait que les programmes d'exonérations sont destinés à être soumis à interprétation et mise en œuvre locales.

Enquêtes communautaires

Les enquêtes communautaires portent sur les particularités essentielles d'une communauté, à savoir les infrastructures, les caractéristiques géographiques et environnementales, et les établissements de santé et d'éducation disponibles. Elles peuvent souvent mettre en lumière

l'importance du capital humain au sein d'une communauté. Elles peuvent souvent également aider à quantifier les influences de l'environnement sur les comportements et les résultats liés à la santé (par exemple, l'altitude, la tendance à la sécheresse et aux inondations et les facteurs culturels). Pour ces enquêtes, les personnes interrogées ont souvent des responsabilités dans la communauté – anciens du village, instituteurs, fonctionnaires ou prestataires des services de santé, etc.

Groupes de discussion, exercices de consultations et entretiens approfondis

Les enquêtes sont un élément important permettant de comprendre pourquoi les pauvres ne se font pas soigner autant que les riches, mais les réponses qu'elles apportent aux questions importantes sont généralement superficielles. Les outils d'écoute active, tels que les entretiens approfondis et les forums sont des moyens précieux d'identifier les contraintes qui pèsent le plus sur les pauvres.⁶

Association de l'écoute active et de l'écoute passive : les vaccinations en Inde

Les enquêtes auprès des ménages sur les vaccinations en Inde fournissent un bon exemple montrant comment le complément d'information qu'apporte le point de vue des ménages — saisi par le truchement de l'écoute active et de l'écoute passive – peut vous aider à définir vos stratégies et à les rendre plus efficaces. L'analyse focalisée auquel ce processus donne lieu peut vous guider dans la définition de vos politiques en dégageant des leviers susceptibles d'améliorer les comportements des ménages et ce qui en résulte.⁷

Le niveau de couverture global des vaccinations en Inde dans les années 1992-93 était très bas, mais le niveau des inégalités (tableau 3.1) était encore plus frappant. La troisième ligne du tableau montre que les enfants des 20 pour cent les plus riches de la population avaient trois fois plus de chances que les enfants les plus pauvres d'avoir eu toutes les vaccinations de routine, et la quatrième ligne indique que les plus riches ont quatre fois plus de chances que les plus pauvres d'avoir eu quelques vaccinations.

Tableau 3.1 *Taux de couverture des vaccinations des enfants en Inde, 1992-93 (pourcentage)*

Type de vaccination	1er quintile (les plus pauvres)	2ème quintile	3ème quintile	4ème quintile	5ème quintile (les plus riches)
Rougeole	27.0	31.0	40.9	54.9	66.1
DCT 3	33.7	41.1	51.8	64.6	76.7
Toutes vaccinations	20.2	25.1	34.1	46.9	59.8
Aucune vaccination	44.7	38.9	28.8	18.8	11.5

Source : Gwarkin et autres 2007

Note : DCT = diphtérie, coqueluche, tétanos

Le facteur essentiel pour déterminer si un enfant est vacciné est de savoir si ceux qui décident au sein du ménage s'adressent à un prestataire de soins. Pour que cette décision soit prise au sein du ménage, les conditions suivantes, qui sont interdépendantes, sont nécessaires :

- Il faut que les décideurs au sein du ménage sachent qu'il y a possibilité de se faire vacciner et qu'ils soient convaincus que la vaccination est importante pour la survie de l'enfant et son bien-être.
- Il faut que le ménage dispose de ressources financières. Il faut de l'argent pour le transport, pour compenser le manque à gagner en raison du temps passé pour aller chez le prestataire et pour les paiements (officiels ou occultes).
- Le ménage doit avoir les moyens matériels de se rendre chez le prestataire et avoir confiance en lui.

Être à l'écoute des familles vulnérables

Pour être en mesure de déterminer l'importance relative de ces trois conditions en Inde, en 1998, une enquête auprès des ménages a demandé à ceux dont les enfants n'étaient pas vaccinés pourquoi ils n'avaient pas eu recours à ce service de soins préventifs qui sauve la vie. Les trois conditions ayant été évoquées, deux réponses précises furent avancées dans 63 pour cent des cas. 33 pour cent des personnes interrogées ne connaissaient ni le moment ni le lieu où les vaccinations étaient assurées et 30 pour cent n'étaient pas conscientes que c'était une nécessité.

Une fois établi que ce déficit d'information est un facteur déterminant, il est essentiel de trouver le moyen d'atteindre les pauvres et ceux qui sont

socialement vulnérables et de leur apporter l'information qui conduira à un changement de comportement. L'enquête de 1998 a fourni une réponse *partielle* : elle a constaté que c'était l'infirmière-sage-femme auxiliaire qui était le point de contact le plus probable entre le système de santé et les pauvres ainsi que ceux qui étaient socialement vulnérables. C'est donc elle qui serait le vecteur approprié des vaccinations et de l'information.

Une réponse plus complète permettrait de mieux comprendre les déterminants et les contraintes qui pèsent sur les pauvres en ce qui concerne la vaccination. Au minimum, il faudrait qu'elle permette de mettre au point une stratégie pour impliquer les sages-femmes dans l'opération et élaborer le message qu'elles transmettraient. Donc, il faut que les formes passives d'écoute des pauvres par le truchement de diverses enquêtes, dont celles auprès des ménages, soient complétées par une écoute plus active, par exemple le recueil de données qualitatives. Pour explorer les voies de la diffusion de l'information auprès du public ciblé, il est utile de procéder à des évaluations portant sur la collectivité ou sur les bénéficiaires. L'écoute du public ciblé peut aider à concevoir une stratégie de communication de nature à combler le déficit d'information et à accroître la probabilité que les ménages pauvres iront faire vacciner leurs enfants.

Rôle des acteurs du système de santé

L'idée d'apporter l'information aux familles rurales de l'Inde et d'assurer les vaccinations par le canal des infirmières-sages-femmes partait de l'hypothèse que le gouvernement maîtrise le système de prestation des services de soins. De simples analyses de marché (autre forme d'écoute) peuvent éclairer les rôles actuels du secteur privé et du secteur public et laisser entrevoir la possibilité de futurs partenariats.

Les enquêtes au niveau national et au niveau des États révèlent que près des trois quarts des dépenses de soins curatifs en Inde concernent le secteur privé alors qu'il ne représente qu'un quart (et dans certains États simplement un vingtième) des dépenses de vaccination). En outre, la majorité des prestations du secteur privé sont concentrées en zones urbaines. Les études de marché ont montré que les prestataires du secteur privé ne tenaient pas à assurer les vaccinations en raison d'une part du coût d'achat du matériel et de sa conservation en chambre froide et d'autre part de la demande limitée.

La stratégie à court terme devrait viser prioritairement à améliorer les prestations du service public tout en amenant les acteurs du secteur public et du secteur privé à combler le déficit d'information qui explique en grande partie la faible demande de soins qui protègent la vie.

Techniques analytiques de pointe

De nombreuses enquêtes auprès des ménages, dont the Living Standards Measurement Study (LSMS) (L'étude de mesure des niveaux de vie) patronnée par la Banque mondiale, se sont intéressées aux raisons de choix ou de types de comportement particuliers.⁸Ces enquêtes comportent des questions concernant la non-utilisation des services de santé en cas de maladie et la non-utilisation des services de vaccination. L'étude de cas de l'Inde présentée ci-dessus montre excellemment l'utilité de ces questions. Les tableaux croisés des réponses fondées sur les ressources des ménages peuvent être éclairants pour savoir si certains facteurs qui sous-tendent les comportements, par exemple le niveau d'information, sont plus importants chez les pauvres que chez les non pauvres. Des techniques d'analyse plus performantes, par exemple l'analyse de régression, peuvent également être utilisées pour mettre à profit la masse d'informations des enquêtes.

En analysant les données des enquêtes auprès des ménages à la lumière de l'analyse de régression⁹, il est possible d'étudier l'impact d'un seul déterminant sur les comportements de santé, les autres déterminants demeurant constants. Cette technique permet également de faire des prévisions sur l'ampleur de l'impact des comportements liés à la santé si des changements interviennent dans un déterminant particulier.

Dans l'île de Cebu, aux Philippines, selon les résultats de l'analyse de régression, une augmentation d'un an de l'éducation maternelle est associée à des *réductions* de la probabilité de l'allaitement exclusif et de tout allaitement dans une proportion de 36 pour cent dans le premier cas et de 5 pour cent dans l'autre. L'analyse indique également une augmentation de 7 pour cent de l'absorption de calories, de 4 pour cent du recours aux services de soins préventifs, de 2 pour cent de l'utilisation du savon et, en ce qui concerne la probabilité d'un mauvaises dispositif d'élimination des excréments, une réduction de 9 pour cent. On peut coupler ces résultats avec les estimations de l'impact de ces changements de comportement sur les résultats en matière de santé pour évaluer l'impact de l'éducation maternelle sur ces résultats. Dans le cas de l'île de Cebu, on estime que les changements décrits ci-dessus amèneraient une réduction de 3,2 pour cent de la probabilité de diarrhée à l'âge de six mois du fait de la combinaison d'une réduction de 5,2 pour cent due à une augmentation de l'absorption de calories, au recours aux soins préventifs et à un meilleur dispositif d'élimination des excréments, et, en revanche, à une augmentation de 2,0 pour cent due à la réduction de l'allaitement maternel.

L'analyse de régression a été utilisée dans un certain nombre de pays en développement pour quantifier l'impact de différents déterminants sur les comportements liés à la santé et les résultats dans ce domaine. Les exemples suivants illustrent l'utilité de l'analyse de régression et montrent à quel point les effets escomptés peuvent varier à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre.

- *L'effet de la disponibilité des services de santé.* Au Nigeria, il a été constaté que les dépenses totales des établissements de santé par habitant dans la population soignée (en fait, indice de la disponibilité des services de santé) influent manifestement sur le choix de l'établissement et sur la détermination de se faire soigner, ou non. En Malaisie, on a constaté que le nombre d'infirmières par habitant a un effet positif non négligeable sur le recours aux services de soins prénatals. On a constaté que la décision d'accoucher dans un établissement de santé était nettement liée à la disponibilité de services de soins maternels et infantiles, et également à la disponibilité d'hôpitaux ou de cliniques privés. On a constaté qu'au Ghana la disponibilité de services de santé pour les enfants avait une influence nette sur leur survie et sur le rapport poids taille. Dans les communautés indiennes, il a été constaté que l'existence d'un programme de planning familial, et la présence d'un hôpital et d'un dispensaire étaient un ensemble de facteurs de réduction de la mortalité infantile. La même étude a cependant reconnu que certains établissements *augmentaient* la mortalité infantile. Les résultats de ces études permettraient des simulations sur l'effet d'un accroissement de la disponibilité sur l'utilisation des services et aussi sur la survie et la malnutrition des enfants.
- *L'effet de l'accessibilité des services de santé.* Au Ghana, des simulations indiquent qu'une diminution de 50 pour cent de l'éloignement des établissements publics aboutirait à un doublement de la fréquentation de ces établissements. Au Kenya, on estime qu'une réduction de 20 pour cent de la distance pour se rendre aux établissements publics augmenterait la fréquentation de près de 2 pour cent. Les ménages choisissent les établissements en fonction de leur accessibilité. Au Ghana, on estime qu'une réduction de 50 pour cent de l'éloignement des établissements publics entraînerait une réduction de 15 pour cent de la fréquentation des établissements *privés*, et qu'une réduction de la

distance pour se rendre dans les établissements privés aurait comme conséquence une réduction du même ordre de la fréquentation des établissements *publics*. Il a également été constaté qu'il y avait une relation marquée et inverse entre la distance aux établissements et le rapport poids taille, mais pas avec le rapport taille pour l'âge, ni avec la survie (en fait, les coefficients indiquaient un effet bénéfique de la distance sur la survie). En revanche, en Côte d'Ivoire, on a noté un lien positif manifeste entre la distance à l'établissement le plus proche et la mortalité infantile.

- *L'effet de la qualité des services de santé.* Au Ghana, on a constaté que si le pourcentage des établissements de santé publics qui disposaient de médicaments passait de 66 pour cent à 100 pour cent, la fréquentation de ces établissements augmenterait de 44 pour cent. Au Sri Lanka, on estimait que les ménages ont tendance à éviter les établissements locaux et à leur préférer des établissements plus éloignés si l'établissement proche dispose de moins de médicaments, a des horaires d'ouverture plus limités dans la semaine et n'a pas belle apparence. Au Ghana, on a noté que la disponibilité de médicaments en zones rurales avait un effet positif très marqué sur le rapport taille âge, mais pas sur la survie des enfants.
- *L'effet des coûts des services de santé.* Au Kenya, on a estimé qu'une augmentation de dix 10 shillings khénians des tarifs publics aurait comme conséquence une réduction de la fréquentation des établissements publics de 18 pour cent. Au Ghana, on estimait qu'une augmentation de 50 pour cent du copaiement dans le secteur public aurait pour effet de réduire de 6 pour cent la demande dans les cliniques publiques. Toujours au Ghana, on a noté que les tarifs des services de santé avaient un effet négatif marqué sur le rapport taille âge et poids âge dans les zones rurales, mais pas dans les zones urbaines ni sur la survie des enfants.
- *L'effet de la disponibilité de l'eau et des installations sanitaires.* Selon une analyse de régression effectuée au Nicaragua, la présence d'égouts dans la communauté réduisait la durée de l'allaitement, les autres déterminants de la durée de l'allaitement demeurant constants. Il a été noté que le fait de disposer d'eau du robinet réduisait la mortalité infantile en Inde. Au Ghana, les conditions

sanitaires médiocres et une eau de mauvaise qualité au sein de la communauté des ménages ont considérablement réduit les perspectives de survie des enfants.

- *L'effet des prix des denrées alimentaires.* Des études de régression ont montré que l'augmentation des prix des denrées alimentaires avait un effet délétère sur la survie des enfants et étaient cause de malnutrition. Deux études conduites au Ghana le confirment alors qu'en Côte d'Ivoire et dans la région de Nicol aux Philippines, une augmentation du prix des denrées alimentaires avait, chose surprenante, l'effet contraire sur les résultats en matière de santé.
- *L'effet de l'accessibilité à l'alimentation.* Au Ghana, il a été constaté que la distance pour aller aux marchés locaux avait un impact nettement positif sur la mortalité infantile.

Huit étapes pour que les pauvres aient vraiment accès aux services

Comme nous l'avons montré au chapitre 2, l'outil de diagnostic en huit étapes sert de simple check-list pour aider à analyser les goulets d'étranglement du système auxquels les pauvres sont affrontés.¹⁰ Sont proposés tout au long de cette section des exemples empruntés aux pays africains qui illustrent la valeur opérationnelle de chacune des étapes.

Accessibilité physique (étape 1), capacité du secteur à assurer aux pauvres la possibilité d'avoir accès aux actions essentielles qui leur sont destinées Il y a plusieurs méthodes de mesure de cette accessibilité. La première, qui est de mesurer la fourniture des services par rapport à la population desservie, a des limites en ce sens qu'elle ne prend pas en compte la distribution des services relativement aux pauvres. Cette approche est plus pertinente si elle est appliquée par région ou district, ce qui permet des comparaisons entre districts ruraux et urbains, pauvres et moins pauvres.

La seconde approche est de mesurer la proportion de la population vivant à une certaine distance d'un type particulier d'établissement de santé ou d'un site d'intervention, cette population étant de préférence décomposée en niveaux de revenu ou en régions pauvres.

La troisième approche, liée à la seconde, mesure le temps qu'il faut à un client pour parvenir à un établissement ou à un point de fourniture de services, en tenant compte des obstacles et des moyens de transport possibles, ce que ne fait pas la seconde approche.

Pour avoir un sens, il faut que les indicateurs d'accessibilité prennent en compte la densité de la population dans la zone. Les variations de cette densité signifient que l'accessibilité peut être une contrainte majeure pour les pauvres dans certains pays, mais relativement mineure dans d'autres. En outre, la répartition des établissements de santé publics et privés peut être un facteur d'inefficacité dans certaines zones. Par exemple, du fait d'une mauvaise coordination, il peut arriver que des établissements gouvernementaux ne soient séparés que de quelques kilomètres d'établissements comparables gérés par les ONG.

Recueil et analyse des données

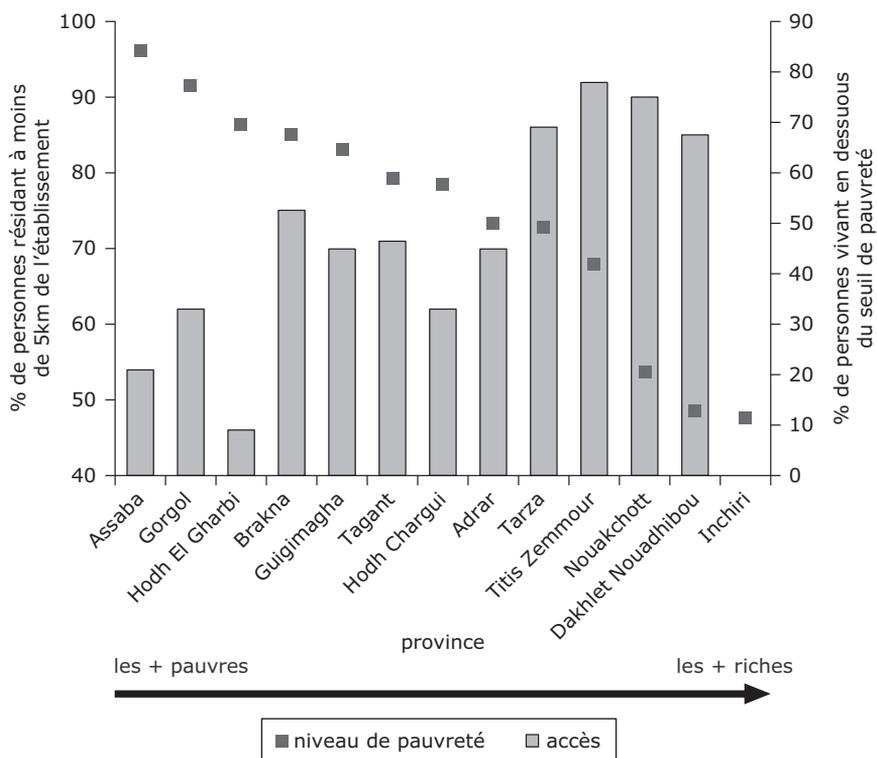
- Comme première étape, il faut établir une carte qui montre *la répartition géographique* des services essentiels. Si possible, la carte devra préciser le lieu des établissements fixes, les emplacements d'aide sociale, les cliniques mobiles, les travailleurs sociaux des services publics et non gouvernementaux, et également les routes principales et les barrières naturelles, telles que les fleuves. Cela peut se faire manuellement ou électroniquement en utilisant les systèmes d'information géographique. De nombreux pays ont constitué, ou sont en train de le faire, des fichiers d'établissements de santé et des guides. L'étape décisive est l'intégration des cartes de la santé aux cartes de la pauvreté en liant les données sur l'accessibilité aux données sur les enquêtes auprès des ménages. Il est alors possible d'évaluer la situation des zones pauvres et moins pauvres en termes d'accessibilité aux services de santé dans leur région géographique.
- Les renseignements fournis par les enquêtes auprès des ménages peuvent être utilisés pour calculer *le pourcentage de pauvres ayant accès aux services* et de déterminer dans quelle mesure l'accès physique limité est une contrainte majeure pour les pauvres. Par exemple, les enquêtes démographiques et de santé et les études sur la mesure des niveaux de vie, comportent des questions sur la possession de ressources des ménages de même que sur la disponibilité des services essentiels dans la communauté. Il est ainsi possible d'établir un tableau de l'accessibilité par niveau de revenu ou possession de ressources. Étant donné que la pauvreté est inégalement répartie, il convient d'assembler les données sur l'accessibilité au niveau régional et au niveau national. Ces

méthodes quantitatives peuvent être complétées par les enquêtes auprès des bénéficiaires ou sur des évaluations de la participation dans les communautés pauvres pour déterminer si l'accessibilité physique est perçue comme un problème majeur.

La figure 3.1 présente un cas où l'accessibilité physique constitue une contrainte majeure pour les pauvres. En Mauritanie, pays très étendu avec une densité de population faible, il existe une corrélation évidente entre le niveau de pauvreté d'une province et le niveau d'accès aux centres de soins primaires. L'accès physique, mesuré dans ce cas, en pourcentage de la population résidant à moins de 5 kilomètres de l'établissement de soins primaires est considérablement plus élevé dans les districts où les niveaux de pauvreté sont très faibles. Inversement, l'accès est limité dans les districts où le pourcentage d'habitants vivant en dessous du seuil de pauvreté est très élevé.

Disponibilité d'inputs essentiels (ressources humaines et denrées alimentaires comestibles – étapes 2 et 3), capacité du secteur à assurer la disponibilité continue des inputs essentiels, en particulier à la périphérie. Dans les pays les plus pauvres, la pénurie de ressources est l'un des obstacles les plus sérieux auxquels sont confrontés les secteurs de la santé. Il peut y avoir des établissements de soins dans une région et ils peuvent être accessibles, mais les ressources essentielles (personnel, médicaments, équipements) peuvent faire défaut ou être fréquemment indisponibles. Dans les zones éloignées, la pénurie de personnel de santé qualifié est un obstacle à la fourniture des services. La mise au point d'indicateurs de la disponibilité des inputs essentiels par niveau de fourniture de services est très utile en matière d'évaluation des problèmes. De plus, on pourrait élaborer des cartes montrant la ventilation du personnel qualifié, et la disponibilité de médicaments et de vaccins, et les relier aux cartes de la pauvreté pour déterminer si ces pénuries sont endémiques dans les régions pauvres éloignées.

Figure 3.1 Accès physique et niveaux de pauvreté par régions, Mauritanie, 1999



Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

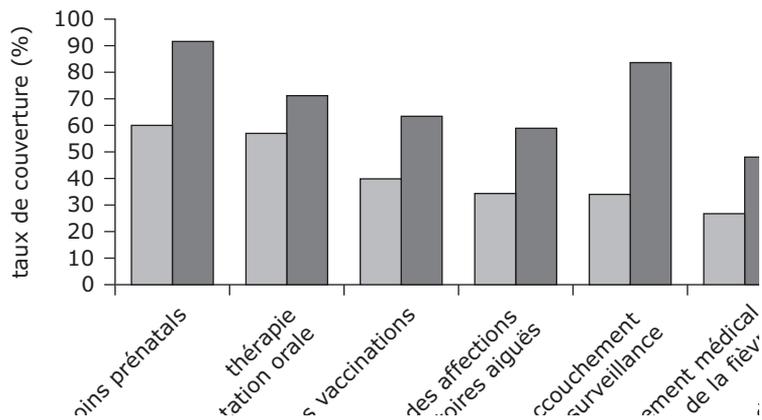
Note : Les données d'accès pour Inchiri non disponibles

Recueil et analyse des données Les systèmes centraux d'information sur la santé recueillent peut-être des données sur la disponibilité et la ventilation du personnel, des équipements, des médicaments, des véhicules et autres intrants. Malheureusement, ces données sont souvent incomplètes ou peu fiables. Les enquêtes par sondage peuvent fournir des informations plus détaillées et plus fiables sur la disponibilité des intrants clés. À cette fin, des méthodologies spécifiques ont été mises au point. Elles concernent notamment les enquêtes sur les médicaments. Les fonctionnaires au niveau des districts ou des provinces pourraient également devoir présenter sous forme de tableau la disponibilité des personnels et d'autres intrants clés de

leur région. En outre, on peut avoir recours à des enquêtes qualitatives pour voir si l'absence de médicaments ou de personnel est considérée comme un handicap majeur. Si la pénurie de médicaments ou de personnel est identifiée comme posant de sérieux problèmes, la difficulté est d'essayer de comprendre pourquoi ces problèmes subsistent. Il se peut que le financement des inputs y soit pour quelque chose, mais c'est rarement la seule raison.

La figure 3.2 est une illustration du mauvais fonctionnement des marchés des inputs essentiels dans les régions où vivent les pauvres. Au Cameroun, les médicaments sont plus chers dans les régions pauvres que dans les régions riches. Il ne nous viendrait pas l'idée que les pauvres puissent payer plus cher le même input. Les prix du marché sont le reflet à la fois de la situation de l'offre et de la demande et, dans le cas présent, des carences du marché du côté de l'offre.

Figure 3.2 Accessibilité du prix des médicaments au niveau régional, Cameroun



Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

Note : FCFA = Francs CFA

Qualité de l'organisation et réactivité aux besoins des consommateurs (étape 4), dans quelle mesure les services publics, privés ou des ONG répondent-ils aux préoccupations des pauvres et sont-ils fournis d'une manière à inciter à profiter des initiatives appropriées. Un certain nombre de facteurs influencent la « convivialité » des services. Citons notamment l'attitude du personnel de santé, les horaires des consultations, l'espace, la

propreté et le confort de la salle d'attente et des salles de soins, le temps d'attente, le sexe du prestataire, les modes de paiement et l'efficacité de l'aiguillage des patients. Ces facteurs pèsent lourd dans l'impression que les consommateurs se font de la qualité et sont des déterminants importants de l'utilisation des services, notamment parce que les consommateurs sont rarement de bons juges de la qualité clinique. La qualité de l'organisation est susceptible de varier d'un prestataire à l'autre, qu'il soit public, privé ou ONG. Elle peut également varier selon l'emplacement géographique (les conditions sont-elles plus mauvaises dans les régions pauvres ?) et peut-être selon le type et le niveau du service (centres médico-sociaux comparés aux hôpitaux de district, ou soins prénatals comparés aux traitements des maladies sexuellement transmissibles). La qualité de l'organisation peut se mesurer objectivement en prenant les temps moyens d'attente ou le temps passé avec les prestataires. Elle peut également se mesurer qualitativement en demandant aux pauvres comment ils perçoivent la qualité des différents types de services.

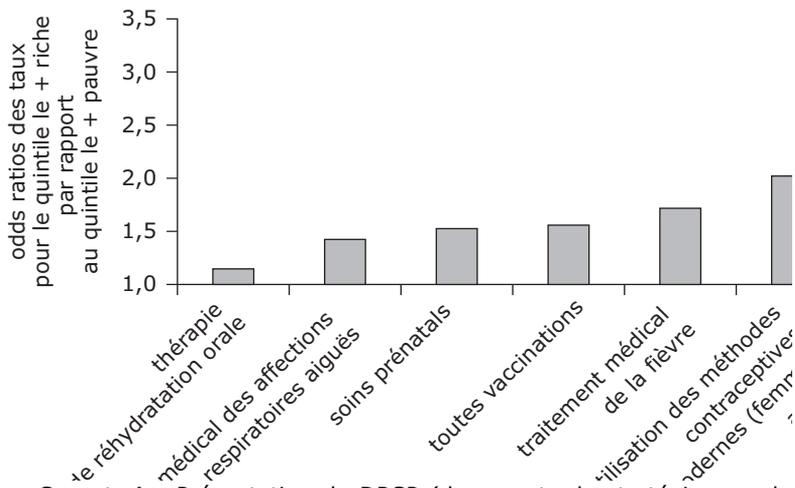
Recueil et analyse des données Pour évaluer la qualité de l'organisation, il faut s'appuyer principalement sur une association d'outils quantitatifs et qualitatifs. Il est rare que l'on puisse la mesurer en recourant aux systèmes d'information habituels sur la santé.

- Il peut être éclairant d'interroger les pauvres sous forme d'enquêtes qualitatives, de groupes de discussion ou de sondages sortie des établissements de soins. Parce que les préoccupations des uns et des autres varient, les entretiens avec les hommes et les femmes, et si possible des adolescents et des adultes, devraient être conduits séparément. Par exemple, dans de nombreux pays, les femmes rapportent qu'elles ont été traitées sans ménagement et même brutalement pendant leur accouchement dans des centres de soins gouvernementaux. Il n'est pas rare que les femmes et les adolescents évitent de se faire soigner pour des infections sexuellement transmissibles auprès de prestataires publics pour des raisons de confidentialité.
- Les sondages sortie des établissements fournissent des informations utiles sur les interactions prestataire-client mais ne permettent pas de toucher les pauvres qui n'utilisent pas ces services. Aussi les approches communautaires sont-elles utiles pour saisir les opinions d'un segment complet de population.

- L'évaluation sur place des divers aspects de l'organisation des services peut se prêter à des comparaisons avec les problèmes identifiés par les usagers. La difficulté, en l'occurrence, est de comparer les impressions des consommateurs avec les évaluations « objectives » directes des services (temps moyens d'attente, observations du comportement des prestataires, propreté des locaux). Les informations recueillies peuvent être exploitées pour construire des échelles et des indices de qualité, qui permettent des comparaisons entre les différents types de services. Les résultats de ces évaluations peuvent ensuite être exploités pour effectuer des comparaisons entre les établissements qui soignent les pauvres ou qui sont situés dans des zones pauvres et les établissements qui soignent des populations plus aisées.

Dans le champ du planning familial, ont été mises au point des méthodologies d'analyses de situations qui, à partir d'un échantillon d'établissements et de communautés, recueillent des informations concernant la disponibilité d'inputs, le comportement des prestataires, les indicateurs de qualité de processus de prise en charge et les impressions des membres de la communauté. L'approche d'analyse de situation est adaptable à d'autres services.

Figure 3.3 Perception de la qualité, Cameroun

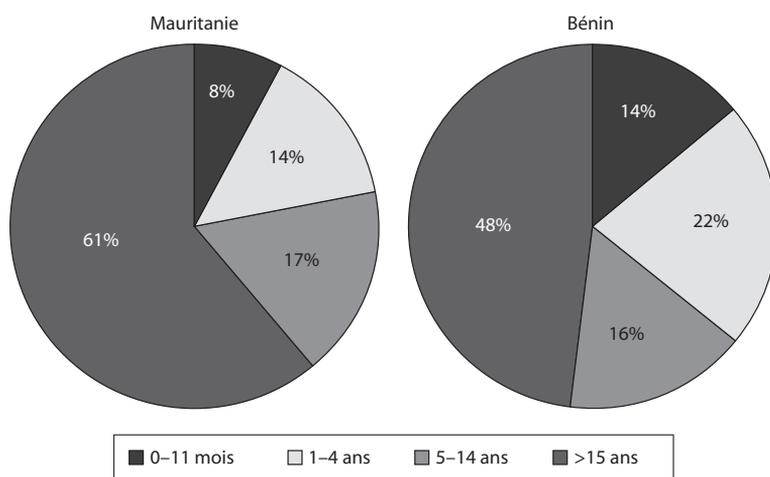


Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

Un moyen indirect d'évaluer la perception de la qualité des soins est d'étudier le recours au secteur privé. Dans certains pays, le choix de prestataires de soins de santé est très nettement influencé par l'idée que les soins de santé dispensés dans le secteur privé sont de meilleure qualité. Au Cameroun, l'idée que les gens se font de la qualité des services, en particulier au regard des temps d'attente et de l'empathie des prestataires, amène les pauvres à avoir beaucoup plus confiance dans les services privés, même s'ils sont beaucoup plus chers. (figure 3.3).

Adéquation des services (étape 5) La dimension suivante a pour objet d'examiner si le secteur fournit des services qui correspondent aux maladies qui affectent la population, notamment les pauvres. Bien que soit défini un paquet d'interventions de base, il peut arriver, dans la pratique, que ce ne soit pas ces interventions qui sont fournies. Aussi est-il essentiel d'examiner toute la gamme des services pour voir si la priorité est vraiment accordée à ce qui est le plus nécessaire. Deux problèmes émergent généralement quand on analyse dans quelle mesure les services répondent aux besoins des pauvres. En premier lieu, il y a parfois peu de corrélation entre le fardeau de la maladie que supportent les pauvres et les types de services fournis. Le second problème lié à la gamme des services est la disproportion qu'il y a entre la disponibilité des services curatifs, qui sont d'un mauvais rapport qualité-prix, et les services préventifs, qui sont d'un meilleur rapport.

Figure 3.4 Adéquation des services selon l'âge des patients, Mauritanie et Bénin, 1998



Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

Recueil et analyse des données On peut mesurer la capacité du secteur de la santé à accroître ou à maintenir le niveau d'utilisation de l'offre de services essentiels en évaluant la quantité de services produits dans des zones données par rapport au niveau de revenu de la population de ces zones. La plupart des pays définissent un paquet de services de santé essentiels pour tous, y compris pour les pauvres. En général, une partie de ces services sont subventionnés. Cependant, la gamme des services fournis peut être plus ou moins conforme à la gamme standard définie par le paquet.

La figure 3.4 illustre ce dernier point. Elle compare l'éventail des consultations de soins primaires au Bénin et en Mauritanie. Ces deux pays ont des paquets identiques de services de soins de base. De plus, leurs configurations épidémiologiques et démographiques sont similaires. Toutefois, l'analyse des performances montre que le système de soins primaires du Bénin est plus nettement orienté vers les enfants de moins de cinq ans que ce n'est le cas en Mauritanie. En Mauritanie, plus de 60 pour cent des consultations étaient pour adultes, tandis qu'au Bénin, ce chiffre était inférieur à 50 pour cent. Au Bénin, les consultations pour enfants de moins de cinq ans représentent 36 pour cent du total des consultations, alors qu'en Mauritanie ce chiffre est de 22 pour cent. Il est donc assez évident que, des deux pays, le Bénin a un système de soins primaires plus orienté vers les soins et la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Finalement, le Bénin est plus engagé sur la voie de la réduction de la pauvreté.

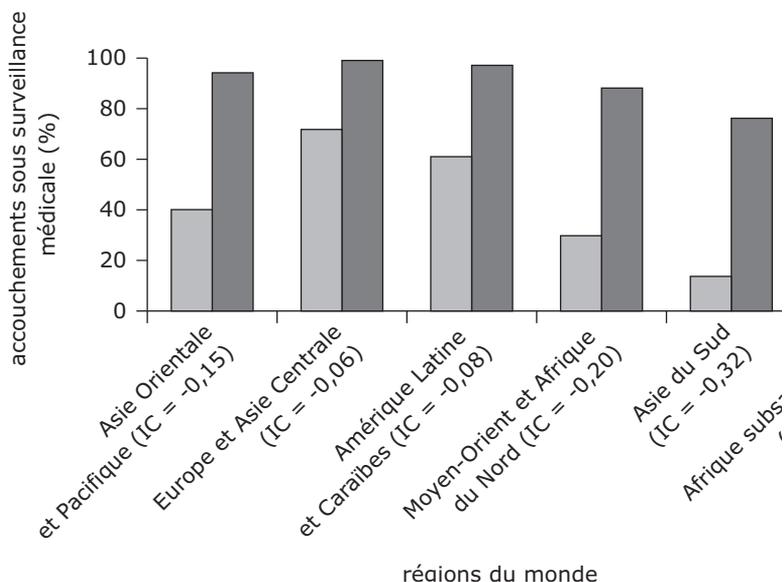
Timing et continuité (étape 6), les consommateurs pauvres ont-ils la possibilité d'avoir le nombre de contacts nécessaires dans des cas qui demandent des interventions répétées ; et est-ce que les services très urgents sont délivrés en temps opportun ? Dans le secteur de la santé, certaines interventions demandent à être répétées à intervalles réguliers pour être efficaces. Comme exemples d'interventions répétées, il y a les consultations prénatales ou le vaccin BCG contre la tuberculose. Pour certaines interventions, les urgences obstétricales par exemple, le facteur temps est absolument vital. Trop souvent, la prestation est incomplète ou n'intervient pas au moment qu'il faut. Assurer la continuité est une difficulté considérable parce qu'il faut être en mesure de suivre la trace des consommateurs, ce qui fait que la continuité du service est un indicateur important de l'efficacité du système.

Recueil et analyse des données En mariant les données des enquêtes sur les établissements de santé avec les enquêtes auprès des ménages, on peut

évaluer la continuité en regardant les taux d'abandons et autres indicateurs des soins de suivi. Comme interventions et indicateurs clés, il y a : la couverture BCG des enfants avec la totalité des vaccinations, le nombre et le timing des visites prénatales (pourcentage au premier trimestre et pourcentage avec plus de trois visites) et observation du traitement de la tuberculose.

Les groupes pauvres risquent également de moins bénéficier de soins continus appropriés. Il arrive souvent que les pauvres ne profitent pas des services continus disponibles ou ne les utilisent pas régulièrement ou aux moments qu'il faut et, par là même, en diminuent l'efficacité. Au Mozambique, par exemple, la couverture vaccinale DCT3 (3 doses de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) est plus faible parmi les couches les plus pauvres que parmi les plus riches. L'écart est cependant moins grand pour DCT1. C'est le taux d'abandon entre DCT1 et DCT3 qui pèse le plus dans l'écart entre les riches et les pauvres en ce qui concerne la proportion d'enfant entièrement vaccinés. Alors que 60 pour cent des 20 pour cent les plus pauvres de la population se font vacciner, moins de 30 pour cent sont totalement vaccinés (figure 3.).

Figure 3.5 Continuité des vaccinations, Mozambique, 1997



Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

Qualité technique (étape7), quelles chances y a-t-il qu'un service, s'il est utilisé, aboutisse à une amélioration des résultats en matière de santé ? La capacité du secteur à fournir un alliage approprié de technologie et d'empathie à un niveau d'utilisation donné est fondamentale pour garantir que les interventions se traduiront en résultats efficaces. Les éléments qui fondent la qualité technique sont une formation solide et une surveillance efficace du prestataire, l'existence de protocoles de traitements appropriés et l'adéquation des inputs essentiels, sans oublier des facteurs tels que la charge de travail du prestataire. Il est dommage que même lorsque les consommateurs se disent satisfaits des services de santé, la qualité technique puisse laisser à désirer. La satisfaction non justifiée des consommateurs peut être un problème particulier dans le secteur privé où la réglementation est très lâche. Si une partie importante des pauvres utilisent le secteur privé pour des interventions prioritaires, cela vaudrait la peine d'évaluer la qualité des services du secteur public et du secteur privé.

Recueil et analyse des données Évaluer la capacité du secteur de la santé à produire des résultats de bonne qualité technique demande l'observation directe du comportement des prestataires à la lumière des protocoles standard. Il y a, en outre, un certain nombre d'indicateurs particulièrement sensibles à la qualité technique. Ce sont notamment les taux de mortalité périnatale, les taux de mortalité du paludisme, les taux de guérison de la tuberculose et la mortalité maternelle. Les études post décès maternels et périnatals peuvent mettre en lumière la responsabilité des insuffisances de la qualité technique des soins. Il existe, pour certains résultats en matière de santé, des instruments plus sophistiqués pour évaluer la qualité par le biais des enquêtes sur les établissements. « La liste topique des indicateurs de priorité pour la prise en charge des maladies de l'enfance au niveau des établissements de santé établie par l'OMS » (OMS 2008) fournit un instrument utile pour évaluer la qualité dans la prise en charge des maladies de l'enfance. Les enquêtes qui ont entrepris d'utiliser cet instrument ont constaté des variations importantes d'un pays à l'autre. On pourrait relier ces données à une carte de la pauvreté ou à une enquête auprès des ménages pour avoir une idée de la situation des pauvres comparée à celle des riches.

Responsabilité envers la communauté (étape 8) Il y a plus de chances que les systèmes de santé ou que les services de santé particuliers soient à l'écoute des pauvres si ceux-ci sont capables de faire entendre leur voix et

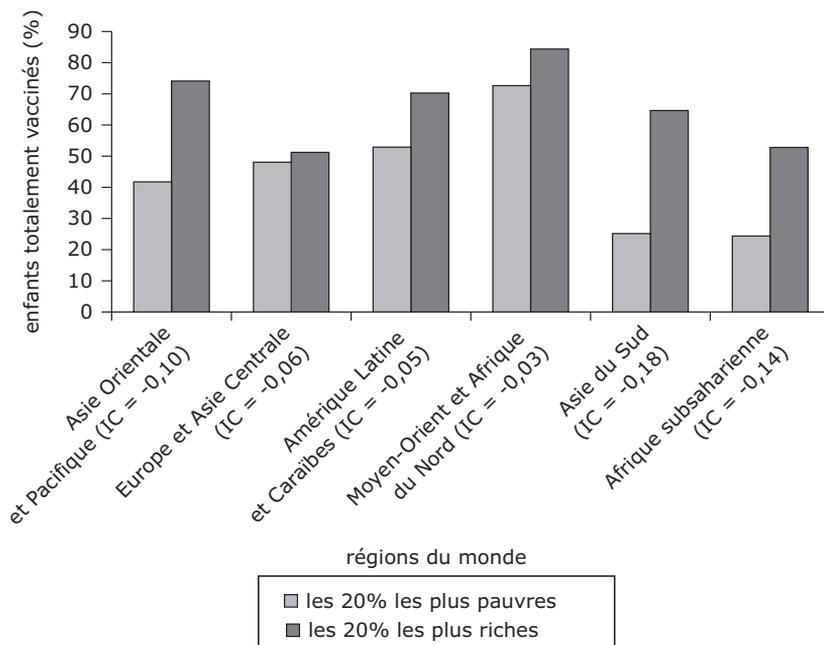
de peser sur les systèmes et sur les prestataires. Dans les établissements gouvernementaux, les prestataires de soins de santé sont souvent sourds aux demandes des pauvres parce qu'ils ne sont pas directement responsables devant eux. Plusieurs voies sont possibles pour que les pauvres participent. La première serait de confier la gestion des établissements de santé à des centres de santé communautaires ou à des fonds de roulement pour les médicaments. La seconde serait d'inciter la population cible à suivre les performances des établissements ou des prestataires en se faisant représenter au conseil d'administration ou au comité de l'établissement, en instaurant un véritable système de doléances, ou en confiant ce soin du suivi à des intermédiaires, par exemple les dirigeants politiques locaux, les organisations religieuses ou les ONG. Certains pays ont également mis au point une « déclaration des droits du patient », et l'on fait connaître, l'objectif étant de permettre aux patients, en renforcer leur pouvoir, d'exiger des soins de qualité. Une troisième voie est la mobilisation de la communauté pour des campagnes de santé, par exemple la prévention du paludisme ou l'amélioration de l'approvisionnement en eau. Même lorsqu'il existe des mécanismes de participation, les prestataires de santé continuent à être maîtres de la situation en raison d'un meilleur niveau d'instruction et d'une plus grande expertise. Les femmes et certains groupes ethniques risquent d'être exclus du processus de décisions.

Recueil et analyse des données La première étape consiste à évaluer dans quelle mesure il existe des mécanismes qui permettent d'influer sur les services de santé généraux et sur certains en particulier. Il faut ensuite voir si ces mécanismes ont une réelle influence sur la qualité des services offerts aux pauvres. Une façon de procéder consiste à mesurer l'ampleur de la participation par niveau et type de service sous les angles suivants : partage de l'information, concertation, collaboration et participation aux prises de décisions. Dans le cas des services privés, c'est en tant que consommateurs que les pauvres peuvent, à divers degrés, exercer leur influence. Cette évaluation du droit à la parole et de la participation pourrait être intégrée dans une évaluation globale des processus d'élaboration de la politique. La collecte des informations pourrait peut-être être confiée à une ONG qui, en collaboration avec les communautés, visiterait précisément un échantillon de communautés et d'établissements de santé. Les questions à poser pourraient être les suivantes : quel pourcentage d'établissements se sont adjoint une sorte de commission ou de conseil de la communauté ? Se réunissent-ils régulièrement ? Ces

organes sont-ils considérés comme étant des représentants de la communauté, et des pauvres en particuliers, ou sont-ils entre les mains des élites locales ? Y a-t-il une différence mesurable entre la réactivité des services là où les pauvres sont représentés et là où ils ne le sont pas ? Quels sont les facteurs qui expliquent ces différences ? Est-ce que les dirigeants politiques locaux sont à l'écoute des pauvres ? Est-ce que les responsables locaux se soucient de la qualité des services de santé ? Si les pauvres ont relativement peu d'influence, y a-t-il des structures institutionnelles traditionnelles ou modernes qui pourraient être développées pour qu'ils aient davantage voix au chapitre ?

Le niveau d'instruction et du pouvoir économique des ménages sont des éléments qui amènent les prestataires à se sentir responsables devant les usagers et la population dans son ensemble. En Mauritanie, ce comportement de responsabilité se mesurait à la proportion de comités de santé des villages qui se réunissaient régulièrement. Bien que l'on puisse trouver que c'est là un indicateur plutôt faible pour une question aussi importante et d'aussi grande portée, cela révèle une tentative pour quantifier le niveau de participation des représentants d'un large segment de la population aux délibérations qui ont trait à la santé. Les données recueillies ont montré que le niveau de participation globale était faible en Mauritanie (figure 3.6). C'est dans les régions les plus pauvres du pays que le niveau de participation le plus bas a été enregistré. Ces résultats confirment qu'il faut encourager davantage l'implication des communautés et des ménages dans les régions pauvres.

Figure 3.6 Participation par région, Mauritanie, 2000



Source : Soucat, A. Présentation de DRSP (documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), 2001

Suivre l'argent : Outils d'analyse du rôle des affectations de ressources et du financement dans le paysage de l'inégalité

Les choix en matière d'allocations des ressources et du financement sont des éléments déterminants pour une utilisation efficace des systèmes de santé. Pour bien mesurer le rôle que jouent ces facteurs dans l'utilisation inégalitaire des services de santé, il faut procéder à une analyse (i) des ressources que les gouvernements affectent au secteur de la santé, (ii) des trois fonctions du financement de la santé présentées au chapitre 2 : mobilisation des ressources, mise en commun des ressources et mécanismes de paiement des prestataires.

Une Revue des Dépenses publiques (RDP) est un ensemble d'outils qui servent à analyser les quatre aspects ci-dessus du financement de la santé : affectations des ressources gouvernementales, mobilisation des ressources,

mise en commun des ressources et mécanismes de paiement des prestataires. Les RDP sont utilisées depuis un certain nombre d'années pour étudier la gestion d'ensemble de l'économie par le secteur public. Au sein du secteur de la santé, on peut utiliser les RDP pour évaluer l'efficacité technique et l'utilisation des crédits, pour étudier l'iniquité et l'inégalité, l'élaboration et l'exécution du budget, les coûts et un certain nombre d'autres questions importantes pour les décideurs politiques et les partisans des réformes de santé. Les éléments des RDP qui analysent le poids des dotations gouvernementales sur l'inégalité sont abordés ci-dessous.

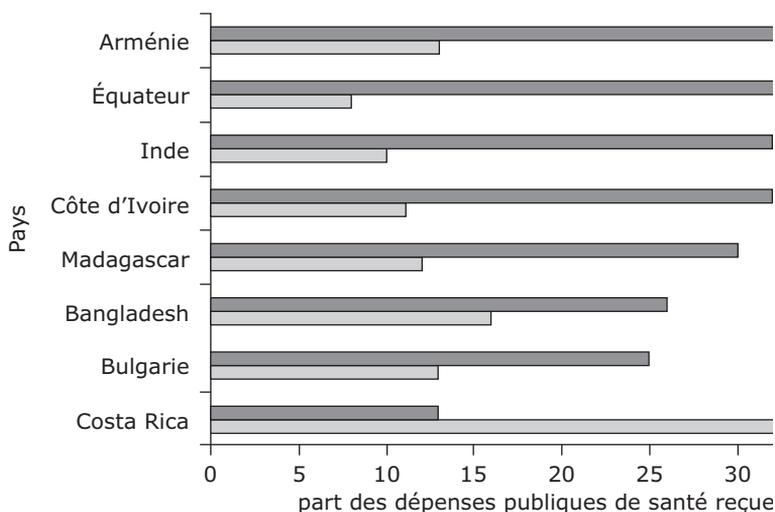
Analyse des attributions de crédit du gouvernement

Ce sont les dotations budgétaires du gouvernement pour le secteur de la santé qui constituent le lien le plus évident entre l'inégalité et le financement de la santé. L'analyse de l'incidence des avantages, outil utilisé dans les RDP, a été présentée au chapitre 1 et utilisée pour évaluer dans quelle mesure les subventions des pouvoirs publics au secteur de la santé étaient favorables aux pauvres ou aux riches. Une analyse de l'incidence des avantages combine les coûts unitaires pour le gouvernement de la fourniture des différents types de soins aux différents niveaux de prestation avec les taux d'utilisation des services par les différents groupes socioéconomiques pour les globaliser à un niveau national. L'analyse de l'incidence des avantages en Inde (dont un résumé est présenté dans l'encadré 1.3) a été utilisée comme illustration du biais pro-riches dans le secteur de la santé au niveau national. La figure 3.7, extraite de l'analyse des avantages en Inde, présente un tableau où l'on voit que les inégalités sont très marquées, puisqu'il n'y a que 10 pour cent du total net des subventions publiques qui vont aux 20 pour cent les plus pauvres de la population et trois fois plus vont au quintile le plus riche.

Comme dans le cas de l'Inde, les résultats d'ensemble des analyses de l'incidence des avantages constituent un outil politique puissant quand on les présente au niveau global. Toutefois, il sont surtout utiles comme outils de plaidoyer et de suivi. Du point de vue de l'analyse, ce qu'il y a de plus intéressant ce sont les facteurs qui sous-tendent les résultats d'ensemble. Il est instructif de désagréger les résultats pour essayer d'identifier quels éléments du secteur sont les moteurs clés de l'inégalité. Dans l'encadré 1.3, les données désagrégées de l'analyse de l'incidence des avantages pour les 16 États les plus grands révèlent une hétérogénéité considérable d'un État à l'autre. Dans certains les dépenses publiques vont de préférence aux

pauvres tandis que dans d'autres ce qui va aux riches est 5 à 10 fois supérieur à ce qui va aux pauvres. En identifiant les réussites et les échecs au niveau des régions, l'analyse de l'incidence des avantages permet au gouvernement fédéral de commencer à identifier ce qui marche dans le combat contre l'inégalité et ce qui ne marche pas. L'analyse de l'incidence des avantages peut également être désagrégée de différentes manières.

Figure 3.7 Part des subventions publiques pour les soins curatifs par groupes de revenu

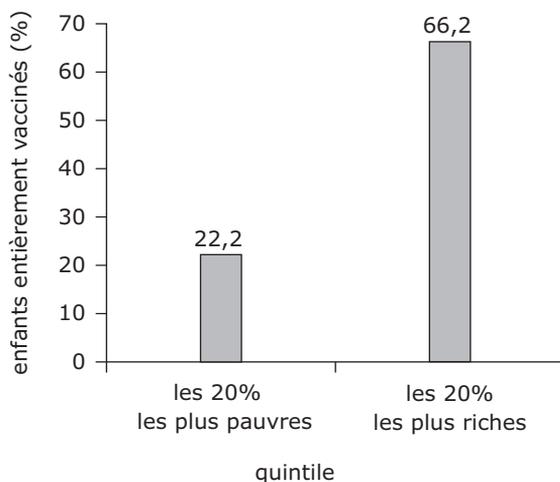


Source :Basé sur les données tirées de Peters et autres (2002)

Deux facteurs contribuent à l'orientation pro-riches des dépenses publiques. En premier lieu, il y a une dérive de l'utilisation globale des services publics en direction des riches parce que les groupes à haut revenu ont plus tendance à se faire soigner. Le second facteur a trait au type et au niveau de service auxquels ont recours les différents groupes de revenu parce que certains niveaux de soins coûtent considérablement plus cher que d'autres. Les données sur l'Inde montrent que les riches ont beaucoup plus tendance à fréquenter l'hôpital en consultations externes et pour se faire hospitaliser (figure 3.8). Cependant, les statistiques des consultations externes dans les établissements de soins primaires ont révélé une ventilation légèrement pro-pauvres. Les courbes de concentration de la figure 3.8 montrent les avantages cumulés par groupes de revenu, des plus

pauvres au plus riches. Une courbe de concentration sous la diagonale indique un biais pro-riches et, au-dessus de la diagonale un biais pro-pauvres.¹¹ Le principal vecteur de l'inégalité globale dans l'utilisation des services en Inde est le segment hôpital du secteur de santé.

Figure 3.8 Courbe de concentration des avantages des subventions par type de soins

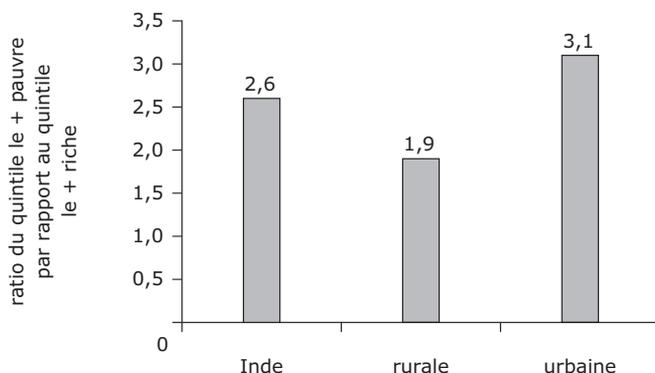


Source : Basé sur des données tirées de Mahal et autres (2002)

L'analyse de l'incidence des avantages pour l'Inde a fourni un surcroît de données pour analyser le degré d'inégalité des subventions par sexe et entre les zones urbaines et rurales. Les femmes bénéficient plus des services curatifs que les hommes. De façon cumulée, 54 pour cent des avantages sont allés aux femmes contre 47 pour cent aux hommes alors qu'ils représentaient un pourcentage plus élevé de l'échantillon de population. Les services de soins curatifs n'incluaient aucun service lié aux grossesses. Au niveau national, il ne semble pas que le recours aux soins curatifs soit marqué par la moindre discrimination sexuelle.

Si l'on segmente les données en fonction de l'habitat, il apparaît que le niveau d'inégalité lié aux subventions est plus élevé dans les zones rurales. La figure 3.9 montre que la courbe de concentration des subventions publiques en zone urbaine est presque identique à la diagonale alors que la courbe de concentration pour la population rurale montre des avantages pro-riches. La différence entre habitat urbain et habitat rural peut s'expliquer par le fait par une augmentation de l'accessibilité aux hôpitaux publics en zone urbaine. Parce que ce sont les hospitalisations qui rapportent le plus d'avantages en termes de subventions, la fréquentation accrue de l'hôpital public en zones rurales donnera forcément aux subventions du gouvernement au secteur de l'hôpital une orientation pro-pauvres. Outre les différences distributionnelles dans les échantillons ruraux et urbains, il y a inégalité entre les taux moyens d'utilisation. Alors que la population rurale en Inde représentait plus de 75 pour cent du total national, elle n'a perçu que 67,6 pour cent des avantages nets des soins curatifs tandis que, pour la population des zones urbaines, le pourcentage était de 32,4 pour cent.

Figure 3.9 *Courbe de concentration des avantages des subventions pour les soins curatifs selon l'habitat*



Source : Basé sur les données tirées de Peters et autres (2002)

Les résultats de l'analyse de l'incidence des avantages en Inde fait émerger un certain nombre d'actions possibles qui pourraient avoir un impact sur l'inégalité. Les grandes variations d'un État à l'autre et le fait que certains États ont réussi, ou presque réussi, une répartition équitable, sont des signes encourageants que les gouvernements des États sont capables d'inverser le cours de l'inégalité. Trois exemples positifs devraient encourager les autorités fédérales à mieux comprendre les raisons des réussites et les causes des échecs. Cependant, le nombre écrasant d'États qui ne réussissent pas à répartir équitablement les subventions gouvernementales confirme qu'il n'est pas facile de s'attaquer aux causes sous-jacentes de l'inégalité. Les travaux de l'analyse de l'incidence des avantages permettent de tirer quelques conclusions quant aux actions générales à mener.

Affectation des ressources Un certain nombre de décisions d'affectations de ressources peuvent être envisagées par les États et le gouvernement central :

- Étant donné que les hôpitaux tertiaires sont majoritairement fréquentés par les plus riches, le secteur public peut envisager de réaffecter une partie des ressources budgétaires aux établissements de soins primaires et secondaires.
- Étant donné que les services de soins préventifs semblent être un bon investissement en termes d'équité et d'efficacité, le secteur public peut envisager de réaffecter une partie des ressources budgétaires aux soins préventifs.
- Les différences entre zones rurales et zones urbaines donnent à penser qu'il faut affecter davantage de ressources aux zones rurales.

Localisation des établissements de soins et accessibilité pour les pauvres
La situation des établissements est un déterminant important pour l'utilisation des services de soins, en particulier pour les pauvres. La différence de fréquentation entre les établissements ruraux et les établissements urbains peut s'expliquer par la facilité d'accès dans les villes. Pour vérifier la justesse de ces conclusions, on peut examiner ce qui différencie les États à la lumière des cartes de densité de la pauvreté et de la localisation des établissements.

Détermination des objectifs et suivi des résultats L'analyse de l'incidence des avantages est une étude qui offre aux décideurs politiques la possibilité de fixer des objectifs spécifiques de l'équité pour l'utilisation des ressources des intrants / extrants. Par exemple, les affectations de ressources pourraient avoir comme objectif la couverture géographique, la priorité étant accordée aux zones où les niveaux de pauvreté sont élevés. La budgétisation au niveau des services pourrait prendre un caractère plus stratégique dans la répartition entre les établissements tertiaires, secondaires et primaires. Les objectifs d'extrants peuvent inclure des études distributives annuelles de l'utilisation des services dans des endroits sélectionnés de façon aléatoire. Des mécanismes comme ceux-là pourraient être utilisés pour évaluer les performances et les lier à des mesures incitatives sous la forme de budgétisation liée au rendement.

Décrire et expliquer les bonnes pratiques Une autre utilisation possible des variations de l'inégalité de rendement consiste à activer et à stimuler la fonction gouvernementale d'évaluation et de partage des connaissances. Les efforts en matière d'évaluation permettent de dégager les bonnes pratiques et, ce qui est plus important, d'analyser les causes à la fois des bonnes et des mauvaises pratiques. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les analyses empiriques permettent de mettre en lumière les points forts et les points faibles, mais ne fournissent pas de résultats approfondis. Les analyses qualitatives peuvent être utilisées pour évaluer dans quelle mesure les différents facteurs de l'offre et de la demande permettent de parvenir à de bons résultats en matière d'équité dans plusieurs États.

Comme nous l'avons souligné dans le cas de l'Inde, les outils d'analyse des dépenses publiques peuvent servir à analyser les causes possibles de l'inégalité dans l'utilisation des services de santé. La décomposition minutieuse des données révèle les erreurs d'orientation des dépenses de santé et appelle à mettre en œuvre des actions de correction. L'analyse de l'incidence des avantages est un excellent outil pour suivre l'impact des changements de politique sur les inégalités en matière d'affectation des ressources.

Fonctions de financement et inégalité

Comme nous l'avons observé au chapitre 2, les trois fonctions du financement – mobilisation de ressources, mise en commun, méthodes de paiement des prestataires — peuvent accentuer ou diminuer l'inégalité.

L'encadré 3.1 reprend les questions à se poser pour déterminer si, ou comment, les choix en matière de politique de financement de la santé ont un impact sur l'utilisation des services de santé. L'examen des dépenses publiques de base permet d'analyser comment les grandes réformes du financement de la santé peuvent contribuer à changer radicalement le mode de financement des soins de santé dans un pays. Un examen de cet ordre permet également d'identifier des réformes ou des changements de moindre ampleur qui permettent, dans le cadre du dispositif existant, d'apporter des correctifs aux inégalités en matière d'utilisation des services de santé.

Encadré 3.1 *Déterminer comment les choix en matière de politique de financement de la santé ont un impact sur les inégalités dans l'utilisation des services de santé*

Lorsqu'on examine l'impact des différentes méthodes pour trouver des ressources (financement par l'impôt, assurance sociale de santé, assurance santé privée), il faut se demander si on peut penser que les choix :

- augmenteront ou diminueront les possibilités d'accès des groupes à revenu faible
- inciteront les pauvres à se faire soigner ou les en dissuaderont
- augmenteront ou diminueront le fardeau financier qui pèse sur les pauvres
- accentueront le niveau de la pauvreté (nombre et profondeur)
- permettront des transferts des riches vers les pauvres et vice-versa
- amélioreront la qualité des services dans les établissements où les pauvres se font soigner (retenue ou recyclage)^a

Lorsque l'on conçoit ou évalue les différents dispositifs de mise en commun des ressources dans le secteur de la santé, il faut se demander si on peut penser que les choix :

- augmenteront le nombre et le pourcentage de pauvres couverts par ce dispositif
- diminueront les risques de paiements « catastrophiques » pour les pauvres
- augmenteront l'accès aux soins préventifs et aux soins curatifs simples

Lorsqu'on regarde l'impact des différentes méthodes de paiement des prestataires sur les inégalités, il faut se demander si on peut penser que le mécanisme choisi :

- incitera les établissements de soins ou les prestataires à chercher à servir les couches pauvres ou vulnérables de la population
- accroîtra le taux d'utilisation parmi les pauvres
- améliorera la qualité des soins dispensés aux pauvres
- liera la productivité au paiement en matière de soins dispensés aux pauvres

^a « Retenue et recyclage » renvoie aux dispositions qui permettent aux établissements qui perçoivent les copaiements de les conserver (au lieu de les adresser au Trésor) et de les utiliser pour améliorer la qualité des soins.

Qui paie ? Le chapitre 2 a détaillé quatre grands moyens de mobiliser des ressources : les recettes fiscales, les cotisations aux assurances sociales, les primes des assurances privées et le paiement des usagers. Les deux moyens les plus fréquents dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont les recettes fiscales générales et le paiement des usagers. Les mécanismes d'assurance publique et privée sont beaucoup moins développés, surtout dans les pays où de larges segments de la population active travaillent dans le secteur informel ou sont au chômage. L'analyse de l'incidence des avantages permet de savoir qui bénéficie des dépenses que le secteur public consacre à la santé mais n'aborde pas la question tout aussi importante de savoir qui paie les services. Quelle que soit la source de financement, c'est en général le public qui paie en fin de compte. L'incidence du revenu sur le paiement varie selon le mécanisme de paiement retenu.

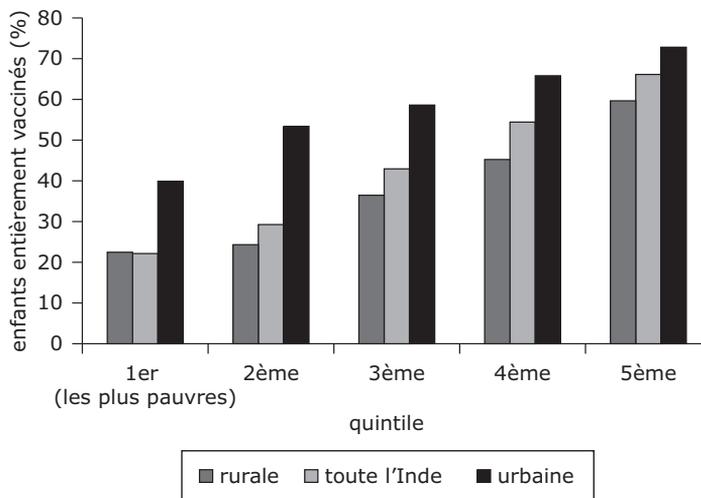
Deux questions se posent quand on examine qui paie vraiment les soins de santé. La première est une question de justice, la seconde a trait aux mesures incitatives.

En ce qui concerne la justice, la question est de savoir si le paiement devrait être proportionnel ou progressif. Est-ce que l'on veut que les dépenses de santé soient un outil de redistribution des richesses ? L'autre solution est de lier le paiement à l'utilisation. De nombreux pays ont la ferme conviction que des secteurs comme celui de l'éducation et de la santé devraient être les véhicules de la redistribution des ressources. En fait, le gouvernement voit souvent dans les dépenses de santé et d'éducation des investissements

destinés à répondre aux besoins des pauvres. Malgré la noblesse de ces aspirations, la réalité décrite au chapitre 1 indique que la redistribution n'est pas prête de se produire tant que ce sont les riches qui continuent à être les bénéficiaires d'une bonne partie des subventions publiques.

Pour évaluer dans quelle mesure il y a redistribution, il faut non seulement bien saisir l'incidence des avantages, mais également l'incidence des paiements. Les enquêtes auprès des ménages permettent assez facilement de saisir l'incidence du paiement des usagers et des primes d'assurance. Pour les autres sources, pour la fiscalité par exemple, les choses sont beaucoup plus difficiles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La raison principale de cette difficulté est que, dans ces pays, ce sont les impôts indirects (les taxes sur les ventes et les tarifs douaniers à l'importation et à l'exportation) qui sont les formes d'imposition les plus fréquentes. Ce fait, combiné à la difficulté d'identifier les groupes de revenu, rend très difficile le calcul de l'incidence des paiements.

Figure 3.10 Incidence des avantages et des impositions sur le secteur de la santé au Canada



Source :Mustard et autres 1997 ; Evans 2002

L'exemple suivant est une illustration du pouvoir des outils qui permettent de calculer l'incidence des paiement ou des taxes et donne à penser que les

efforts pour estimer une telle incidence dans les pays à faible revenu peuvent faire une énorme différence dans le débat sur les actions politiques. Au Canada, dont le système des soins de santé est financé essentiellement par l'imposition, on a calculé le coût du secteur de la santé en même temps que son incidence sur la fiscalité générale. La figure 3.10 résume l'effet que le système de santé canadien, favorable aux pauvres, a en matière de redistribution : une grande partie des avantages va aux pauvres alors que les riches sont plus imposés.

Ce que l'on sait de l'incidence des avantages dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire et les témoignages anecdotiques dont on dispose sur l'incidence des paiements tendent à prouver que la balance penche en faveur des riches plutôt qu'en faveur des pauvres, comme c'est le cas au Canada, raison de plus pour souligner que tous les pays feraient bien de mettre au point des outils d'analyse et des données pour suivre l'incidence des paiements et des avantages.

Ce que l'on constate en matière d'équité peut avoir un grand poids politique, mais lorsque l'on considère l'inégalité dans l'utilisation des services de santé, la question qu'il faut se poser est celle-ci : dans quelle mesure la mobilisation des ressources incite-t-elle les pauvres à se faire soigner ou les en dissuade-t-elle ? La question des mesures incitatives repose sur le lien entre paiement et utilisation. Dans le cas des systèmes de copaiement, ce lien est direct et tout à fait tangible. Dans les systèmes de santé financés par l'imposition, le lien est pratiquement inexistant. Quant aux systèmes d'assurance sociale et privée, ils se situent entre ces deux extrêmes. Le lien paiement-utilisation est renforcé si le copaiement se fait au niveau de l'établissement. Un lien fort entre le paiement et l'utilisation risque de dissuader d'aller se faire soigner, mais pas dans tous les cas ni pour tous les usagers potentiels des services de santé.

Il y a un certain nombre de facteurs qui déterminent la force ou la faiblesse du lien entre paiement et utilisation. Le plus évident est l'obstacle financier que représentent les paiements en raison de leur impact direct sur ceux dont les ressources sont limitées. En général, tout système dans lequel il y a un lien direct entre le paiement et l'utilisation, par exemple le ticket modérateur ou le copaiement au niveau de l'établissement, risque plus d'avoir un impact négatif sur l'utilisation des services par les pauvres. Il existe toutefois des facteurs qui compensent. Par exemple, si l'usage qui est fait des ressources ainsi collectées est transparent et ciblé, cela peut constituer une compensation. Les faits donnent à penser, que le paiement peut accroître l'utilisation s'il est utilisé pour améliorer la qualité des soins

d'une façon que les pauvres apprécient. Aussi est-il absolument impératif d'analyser l'impact du paiement sur les pauvres avant de se hâter de conclure que ce système devrait être complètement éliminé.

Il y a un autre facteur important qui peut avoir un effet de compensation. C'est l'ampleur des stratégies d'exonération et leur fonctionnement pour protéger les pauvres. Une politique d'exonération bien conçue et bien mise en œuvre peut procurer des ressources aux établissements de santé tout en épargnant aux pauvres un fardeau financier supplémentaire. Il faut toutefois noter que les politiques d'exonération bien conçues et bien mises en œuvre sont rares dans les secteurs de la santé et dans d'autres dans les pays à revenu faible et intermédiaire. On trouvera au chapitre 4 un exemple de système de ticket modérateur bien conçu assorti de mécanismes d'exonération efficaces.

Pour analyser les goulets d'étranglement existants que la production de recettes pour la santé crée et auxquels les pauvres sont confrontés, il y a deux niveaux de questions à se poser. Le premier niveau, et le plus simple des deux, est de savoir dans quelle mesure il y a un lien direct entre le paiement à l'établissement sous forme de ticket modérateur ou de copaiement et l'utilisation des services. Il est probable que plus ce lien est fort plus l'utilisation des services diminuera. L'analyse de base des sources de financement du système de santé combinée avec les données des enquêtes auprès des ménages peut apporter des réponses aux questions relatives à l'utilisation et au paiement.

Le second niveau de questions a trait aux facteurs qui peuvent atténuer l'effet dissuasif du lien entre le paiement et l'utilisation. Est-ce que les paiements servent à améliorer la qualité et l'efficacité pour les pauvres ? Est-ce qu'il existe des mécanismes d'exonération fonctionnels efficaces qui éliminent les obstacles financiers ou les atténuent ? Pour obtenir des réponses à ces questions, le mieux est d'associer la collecte des données quantitatives et des données qualitatives pour chercher à savoir ce que les pauvres pensent du système existant et ce qu'ils considèrent comme la contrainte la plus pesante.

Qui est couvert ? Les mécanismes de mise en commun tels que l'assurance santé privée ou publique répartissent entre bien portants et malades les risques financiers que font courir les paiements des services de santé. En outre, ils minorent le risque de dépenses « catastrophiques » en cas de recours aux services de soins. Avec cette mise en commun, le lien paiement-utilisation est moins fort, ce qui diminue le risque d'obstacle

financier à l'utilisation des services de soins. Ces deux effets positifs de la mise en commun font qu'il y aurait de grandes chances que la couverture maladie universelle profite aux pauvres. La couverture maladie universelle est un admirable objectif mais elle est bien loin d'être la réalité dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Même certains pays à haut revenu, comme les États-Unis, sont loin d'être parvenus à la couverture maladie universelle. On estime à plus de 45 millions le nombre d'Américains qui ne sont couverts ni par un système d'assurance sociale comme Medicare ou Medicaid ni par une assurance-maladie privée.

Les enquêtes auprès des ménages qui comportent des questions sur la couverture santé et contiennent des identificateurs de la richesse relative des ménages fournissent un moyen assez simple de savoir qui est couvert par une assurance-santé. Pour comprendre les raisons de l'absence de couverture chez les pauvres, il faut recourir à un processus d'analyse plus complexe, qui demande généralement des outils à la fois quantitatifs et qualitatifs. Les raisons possibles peuvent être les suivantes :

- Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les systèmes d'assurance sociale couvrent généralement une faible proportion de la population et sont liés à l'emploi dans le secteur formel (public ou privé).
- La plupart des systèmes de santé sont bien développés dans les pôles d'emplois du secteur formel, qui se situent généralement en milieu urbain et couvrent les ménages aisés, et parfois ne couvrent que l'affilié et non la famille entière.
- Les marchés de l'assurance ne sont généralement pas très développés dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Les systèmes d'assurance-maladie privés souffrent d'un certain nombre de carences du marché (risque subjectif, sélection adverse) contre lesquelles les gouvernements ne peuvent pas grand-chose même dans les pays à haut revenu qui ont une forte capacité de régulation.

Quelle est l'étendue de la couverture ? Se demander qui est couvert par les mécanismes de mise en commun est une bonne première question parce que l'absence de couverture a généralement comme conséquence que les pauvres ont moins recours aux services de santé. Mais les taux de couverture peuvent masquer quelques questions importantes qui ont des incidences sur l'inégalité en matière d'utilisation des services de santé pour

ceux qui sont couverts. La question cruciale qui en découle concerne l'étendue de cette couverture. Selon toute vraisemblance, la couverture assurance inclut un nombre limité de services qui peuvent varier selon les ressources des ménages et qui, en fin de compte, accroît les inégalités. D'autres caractéristiques des contrats d'assurance ont un impact sur l'inégalité. Ce sont notamment les plafonnements de la couverture financière et l'importance des paiements aux établissements.

Il est assez facile d'analyser dans le détail la couverture des différents régimes et polices d'assurance, mais c'est un travail fastidieux. Ce qu'il y a de plus difficile, c'est d'identifier qui est couvert par les différentes polices et d'analyser quel impact les différentes caractéristiques des polices ont sur la demande et l'utilisation en matière de services de soins de santé. Les questions à explorer sont notamment les suivantes :

- Est-ce que les régimes d'assurance couvrent à la fois les services de soins curatifs onéreux et les services préventifs, qui sont moins onéreux ? Les paiements « catastrophiques » des services coûteux sont pour beaucoup dans l'accroissement du nombre de pauvres et dans l'intensification de la pauvreté de ceux qui sont déjà en dessous du seuil de pauvreté. Les politiques qui atténuent l'impact des paiements « catastrophiques » en assurant aux populations économiquement vulnérables la couverture des soins curatifs onéreux sont une façon de combattre l'inégalité. Les dispositifs d'assurance qui permettent l'accès aux services de soins primaires moins onéreux peuvent également avoir pour effet une diminution durable des inégalités. Il a été constaté que les régimes de micro-assurance communautaire, essentiellement au Rwanda, accroissaient considérablement l'accès aux soins aussi bien pour les riches que pour les pauvres et, par là même, permettaient aux groupes vulnérables de recourir davantage aux services de santé.
- Il peut y avoir sous-couverture de l'assurance santé de diverses manières, en particulier dans les régimes obéissant aux lois du marché. Des plafonnements bas de la couverture financière annuelle totale d'une police d'assurance peuvent faire baisser la demande de soins de santé onéreux. Il peut y avoir d'autres obstacles : des minimum déductibles élevés et des copaiements élevés au niveau des établissements.

Le lien du paiement du prestataire par l'usager Comme cela a été analysé au chapitre 2, les méthodes de paiement aux prestataires, aux hôpitaux et aux particuliers peuvent avoir une influence considérable sur leur comportement. Les différents mécanismes de paiement ont un effet incitatif sur les comportements des prestataires. De la même manière, le lien entre le paiement par le consommateur et l'utilisation du service a une incidence sur la demande ou l'utilisation probable d'un service particulier. Il y a une relation du même ordre dans le lien entre la méthode de paiement du prestataire et le service que celui-ci fournit. Dans ce cas, cependant, c'est le comportement du prestataire, lorsqu'il fournit les services aux pauvres, qui est en question (c'est-à-dire l'offre de services aux pauvres). L'analyse devrait se concentrer sur la façon dont les différentes méthodes de paiement incitent, ou non, les prestataires à servir les pauvres. Toutefois, l'impact des mécanismes de paiement sur l'inégalité ne devrait pas être le seul facteur déterminant du choix de la méthode de rétribution. Il y a d'autres facteurs à prendre en considération, notamment l'efficacité, la maîtrise des coûts, la qualité des soins et des questions pratiques ayant trait à la capacité du système à mettre en œuvre des mécanismes complexes et à les contrôler.

Les aspects du financement de la santé décrits au chapitre 2 peuvent aider à formuler les questions analytiques qui permettent de déterminer dans quelle mesure les mécanismes de paiements des prestataires constituent des goulets d'étranglement pour les pauvres et comment leur réforme peut rendre la fourniture des services favorable aux pauvres. Il apparaît qu'il y a trois questions qui peuvent aider à mieux comprendre ce qui peut inciter à aller dans cette voie. Quel est le montant de la rétribution (ou quelle est l'unité de paiement)? Quand est-ce que les paiements sont effectués (avant la fourniture du service, ou après?) Quelles sont les conditions du paiement (ou les critères de performance)? On peut appliquer chacune de ces questions simples aux diverses méthodes de paiement des prestataires pour évaluer dans quelle mesure il y a incitation à servir les pauvres.

La gamme des méthodes de paiements des prestataires s'étend du lien zéro entre utilisation et prestataire, où la rémunération du prestataire est totalement indépendante de la productivité, au lien très fort qui veut qu'il n'y ait paiement que s'il y a consultation et service. A l'autre bout de la chaîne, les hôpitaux sont payés sur le principe de paiement contre service, c'est-à-dire qu'ils ne perçoivent une rémunération qu'une fois le service fourni. Si on se préoccupe de l'impact que les dispositifs de paiements des prestataires ont sur l'inégalité, la fourniture de services de santé aux pauvres devrait être à la mesure du paiement au prestataire et y être liée.

On peut recourir à une combinaison d'outils qualitatifs et quantitatifs pour essayer de discerner comment les prestataires sont susceptibles de réagir aux différents modes de paiements. Dans les pays où l'on expérimente des méthodes de rémunération, l'impact peut se mesurer par le truchement d'enquêtes auprès des ménages et des établissements de santé, qui peuvent être complétées en interrogeant les prestataires et des informateurs clés. Dans les pays où les expérimentations sont peu développées, ou inexistantes, l'impact d'une réforme s'évalue par le biais d'un travail qualitatif intensif complété par la consultation d'études internationales.

Check-list pour l'analyse

La complexité du problème de l'inégalité et le fait que le contexte culturel et institutionnel compte beaucoup et varie d'un endroit ou d'une région à l'autre font qu'il est impératif de fonder les actions sur l'analyse. Peu de pays possèdent les ressources et la patience requises pour mettre au point tous les outils d'analyse décrits dans le présent chapitre. La bonne nouvelle, cependant, est que la plupart des pays disposent d'une masse de données utiles, notamment les enquêtes auprès des ménages, beaucoup plus élevée que celles qui sont actuellement exploitées. La Budgétisation marginale pour les Blocages (Marginal Budgeting for Bottlenecks = MBB), mise au point par l'UNICEF et la Banque mondiale, est un exemple d'outil global comportant un volet analytique qui condense le cadre de huit étapes en cinq domaines d'actions prioritaires, l'objectif étant d'exploiter les données disponibles pour aider l'utilisateur à faire le point sur les contraintes les plus astreignantes et à les identifier.

Pour aider à naviguer dans la longue liste des outils d'analyse passés en revue dans ce chapitre, on trouvera ci-dessous une brève check-list des questions à traiter quand on s'attaque à l'inégalité :

1. Identifier les pauvres et les personnes vulnérables
2. Identifier l'écart en matière d'utilisation des services entre les différents groupes de revenu
3. Identifier les écarts entre les différents types de services
4. Chercher à comprendre les différentes causes sous-jacentes des écarts dans l'utilisation des services
5. Classer les contraintes les plus astreignantes auxquelles les pauvres sont confrontés à la fois du côté de l'offre de fourniture de services et du côté de la demande de soins

6. Identifier les choix que fait le secteur public en matière d'affectations des ressources en faveur des riches et en faveur des pauvres
7. Analyser l'impact des choix majeurs de mobilisation des ressources sur l'utilisation des services de santé par les pauvres
8. Analyser les écarts dans les mécanismes de mise en commun des ressources et leur impact sur les pauvres
9. Analyser dans quelle mesure les mécanismes prédominants de paiement des prestataires les motivent pour servir les pauvres.

Une politique ou une réforme qui ne prend pas en compte la plupart des points mentionnés dans la check-list n'a guère de chances d'aboutir à un changement positif, si bien intentionnée soit-elle. Cependant, s'interdire d'agir tant que tout ce qui est évoqué ci-dessus n'a pas été accompli retarde la mise en œuvre de changements, parfois évidents, qui peuvent avoir un impact positif rapide. Il faut faire preuve de pragmatisme et de modération et associer continûment apprentissage et action. Une approche pragmatique est également essentielle pour s'imprégner des réalités institutionnelles liées à la capacité et à la flexibilité limitées des secteurs de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour réussir à combattre l'inégalité dans le secteur de la santé, une politique doit combiner l'évaluation de l'ampleur et de la nature des inégalités, l'analyse des blocages, hiérarchisée et qui débouche sur de l'action, une prise de conscience réaliste des contraintes institutionnelles du secteur de la santé, et une certaine dose d'humilité quant à la possibilité que l'action puisse rapidement produire des résultats mesurables.

Annexe 3.1 Sources des données et leurs limites

Enquêtes auprès des ménages et autres données spécifiques

Les enquêtes auprès des ménages sont organisées régulièrement dans beaucoup de pays et constituent probablement la plus importante source de données pour l'analyse de l'équité¹² en matière de santé. Certaines de ces enquêtes ayant des objectifs multiples sont centrées sur toute une série de questions démographiques et socioéconomiques tandis que d'autres sont explicitement axées sur la santé. Ces enquêtes sont des prélèvements d'échantillons de la population et sont représentatives de l'ensemble de cette population (ou d'une population cible donnée ainsi définie pour les besoins de l'enquête), ou on fait en sorte qu'ils le soient. Elles présentent l'avantage de permettre de recueillir des données plus détaillées que cela n'est possible avec un recensement général. Bien que de nombreuses enquêtes soient des sondages ponctuels, il y a de plus en plus de programmes d'enquêtes de suivi intégrées. Il y a notamment the Living Standards Measurement Study (l'étude sur la mesure des niveaux de vie) (Banque mondiale), les enquêtes démographiques et de santé (ORC Macro), les enquêtes à indicateurs multiples (UNICEF) et les enquêtes de l'OMS. L'étude sur la mesure des niveaux de vie est différente des autres enquêtes en ce sens qu'elle collecte des données détaillées sur les dépenses ou les revenus. D'une certaine manière, ces études sont une forme d'enquête « Budget de famille ». De nombreux pays ont fréquemment recours à ces enquêtes sous une forme ou sous une autre. Leur objectif principal est d'apporter des informations essentielles sur les ressources des ménages et sur leurs dépenses. Dans certains pays, ces enquêtes se concentrent exclusivement sur cet objectif et, de ce fait, sont d'intérêt limité pour l'analyse de l'équité. Cependant, il arrive aussi fréquemment qu'elles comportent des modules supplémentaires, par exemple sur la santé et la nutrition, ce qui en fait un instrument idéal pour une analyse détaillée des rapports entre la condition socioéconomique et les variables de santé.

En dehors des enquêtes auprès des ménages à grande échelle, il y a toute une masse de données particulières utilisables pour analyser l'équité en matière de santé. Il peut s'agir d'enquêtes ponctuelles à petite échelle et d'études spécifiques. Il est également possible d'analyser, sous l'angle de l'équité, les données des sondages réalisés auprès des usagers à leur sortie des établissements de santé. Par rapport aux enquêtes-ménages, l'organisation des sondages « sortie des hôpitaux » ne coûte pas cher (surtout s'ils font partie des enquêtes sur les établissements de santé), et

c'est un moyen efficace de collecter des données sur l'utilisation des services et l'impression qu'en ont les usagers. Avec ces sondages, il est également plus facile d'opérer un rapprochement entre les réactions de quelqu'un qui vient de se faire soigner (par exemple, ses impressions sur la qualité du service, sur le paiement et sur la délivrance de médicaments) et un prestataire particulier et une consultation, ce qui est souvent plus difficile avec un enquête de ménages générale où les prestataires particuliers ne sont pas identifiés et où l'intervalle de près de quatre semaines entre visite et enquête peut être source de fortes erreurs d'appréciation. Toutefois, à la différence de l'enquête générale, le sondage ne fournit des informations que sur les usagers des services de santé.

Si les données des enquêtes peuvent présenter un intérêt considérable pour l'analyse de l'équité en matière de santé, il est important d'avoir bien conscience de leurs limites. D'une part, les enquêtes à grande échelle reviennent cher, ce qui fait qu'elles ne sont pas organisées régulièrement. De plus, leur portée, leur axe principal et leurs instruments de mesure peuvent varier d'une enquête à l'autre et dans le temps, ce qui limite les possibilités de comparaisons. Une autre difficulté tient au mode de sélection de l'échantillon et aux incidences que cela peut avoir sur l'extrapolation à partir des données. Il est important que les analystes aient conscience de la « représentativité » des données de l'enquête et qu'ils prennent cet élément en compte lorsqu'ils tirent des conclusions sur l'ensemble de la population.¹³

Données classiques : Systèmes d'information de santé et recensements

Certaines formes de données classiques peuvent être exploitables pour l'analyse de l'équité en matière de santé. Les systèmes d'information de santé (health information systems : HIS) collectent un ensemble de données relatives à la santé par le truchement de systèmes de collecte de données permanentes. Ces données incluent des données statistiques administratives sur les services de santé (tirées, par exemple, des archives des hôpitaux, des registres d'entrées des patients), des données épidémiologiques et de surveillance, et des données sur les événements de la vie (déclarations de naissances, décès, mariages, etc.). Ces données sont principalement utilisées à des fins de gestion : planification, évaluation des besoins, affectation des ressources et évaluation de la qualité. Toutefois, dans certains contextes ces données englobent des variables démographiques et socioéconomiques qui permettent une analyse de l'équité. C'est le cas en Grande Bretagne où les

données sur la mortalité, fondées sur les certificats de décès, sont utilisées depuis le 19^{ème} siècle, pour procéder à des classements de taux de mortalité par profession. D'autres pays ont effectué des analyses similaires par groupe ethnique ou par niveau d'instruction. Bien que de nombreux systèmes d'information de santé n'aient pas l'habitude de prendre en compte les caractéristiques socioéconomiques et démographiques, cela pourrait changer à l'avenir du fait qu'on se rend davantage compte qu'il est important qu'il y ait un suivi de l'équité des systèmes de santé.

Les recensements périodiques de la population et du logement sont une autre source de données classiques. Ces données sont importantes parce qu'elles permettent, dans les pays développés comme dans les pays en développement, de suivre les questions démographiques, socioéconomiques, et les tendances environnementales, et de faire des projections. Les recensements nationaux de population et de logement fournissent également des statistiques et des indicateurs précieux pour évaluer la condition de divers groupes de population particuliers, tels que ceux qui connaissent des problèmes de discrimination sexuelle, ou bien les enfants, les jeunes, ou encore les personnes âgées handicapées, et les immigrés. Il y a eu, au cours des dernières années, des recensements de population dans la plupart des pays. Le plus souvent, les données de ces recensements ne contiennent que peu d'informations sur la santé et les niveaux de vie, mais elles ont parfois été utilisées pour étudier les inégalités en matière de santé en les liant aux données des systèmes d'information de santé. Par exemple, les différences socioéconomiques dans l'incidence des maladies et dans l'hospitalisation ont été étudiées en rapprochant d'une part les causes de décès et les sorties d'hôpital enregistrées dans les documents des établissements et, d'autre part, les données des recensements. Aux Etats-Unis, on a également cherché à rapprocher les données de surveillance de la santé publique des mesures socioéconomiques à l'échelle d'une zone donnée en prenant appui sur le géocodage. Si les données de faible qualité et peu disponibles interdisent souvent de tels rapprochements dans les pays pauvres, on peut utiliser les données des recensements pour étudier les questions d'équité en construisant des indicateurs de besoins pour des zones géographiques en prenant appui sur les profils démographiques et socioéconomiques de la population.

Ces données classiques ont beau être utilisables pour l'analyse de l'équité en matière de santé, il faut bien prendre conscience des insuffisances qu'elles présentent couramment. En particulier, la couverture est souvent incomplète et elles peuvent être de piètre qualité. Par exemple, du fait des différences spatiales dans la couverture des infrastructures des

établissements de santé, les données classiques seront vraisemblablement plus complètes et plus représentatives en zone urbaine qu'en zone rurale. De la même manière, il est probable que les gens aisés voudront se faire soigner et le seront et, de ce fait, figureront dans les systèmes d'information de santé. De plus, lorsque ces données sont utilisées à des fins de gestion, les personnels peuvent être encouragés à prendre des libertés avec l'exactitude de ce qu'ils enregistrent. Le tableau A3.1 présente un résumé des sources des données et de leurs limites.

Exemples de données des enquêtes

Enquêtes démographiques et de santé (EDS et EDS+) Depuis 1984¹⁴, les EDS sont une source importante de données relatives à la santé des personnes et des ménages. Elles ont été conçues à partir des résultats des enquêtes sur la fécondité dans le monde¹⁵ et des enquêtes de prévalence de la contraception avec, en plus, l'ajout d'un ensemble d'indicateurs dans les domaines de la démographie, de la santé et de la nutrition. Les EDS sont représentatives au niveau national avec des échantillons qui vont généralement de 5 000 à 30 000 ménages.

L'EDS standard comporte un questionnaire ménage et un questionnaire femmes (âgées de 15 à 49 ans). Le questionnaire principal est centré sur des indicateurs de base et est normalisé sur l'ensemble des pays. Le questionnaire ménage couvre les données démographiques de base pour tous les membres, les caractéristiques du ménage et du logement, l'état nutritionnel des jeunes enfants et des mères de 15 à 49 ans. Le questionnaire femmes contient des informations sur le milieu socioculturel, sur les comportements et les intentions en matière de reproduction, sur la contraception, les soins de grossesse, l'allaitement et la nutrition, la santé des enfants, le statut des femmes, le sida et autres maladies sexuellement transmissibles, le milieu socioculturel du mari, et sur d'autres points. Certaines enquêtes comportent des modules spécialement conçus pour répondre à des besoins particuliers.

En plus des EDS standard, des enquêtes transitoires sont quelquefois lancées pour recueillir des informations sur une série réduite d'indicateurs de suivi de performance. Ces enquêtes sont fondées sur de plus petits échantillons et sont souvent conduites entre les phases de l'EDS. En plus, de nombreuses EDS ont souvent comporté des outils pour collecter des données communautaires (par exemples des modules de disponibilité des services). Plus récemment, des enquêtes détaillées sur les établissements de

Tableau A3.1 Sources des données et leurs limites

Type de données	Exemples	Avantages	Désavantages
Données des enquêtes (ménages)	Étude sur la mesure des niveaux de vie (LSMS), Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)	Les données sont représentatives d'une population spécifique (souvent au niveau national), et également de sous-populations. De nombreuses enquêtes apportent une masse d'informations sur la santé, les niveaux de vie et d'autres variables complémentaires. Les enquêtes se déroulent souvent à fréquence régulière, suivent parfois les ménages pendant un certain temps.	Les erreurs liées ou étrangères à l'échantillonnage peuvent être importantes. Les enquêtes peuvent ne pas être représentatives des petites sous-populations qui présentent un intérêt.
Données des enquêtes (sondage sortie des établissements de santé)	Enquêtes ponctuelles souvent liées aux enquêtes sur les établissements	Relativement peu onéreuses à mettre en œuvre. Fournissent des informations détaillées sur les usagers des services de santé qui peuvent être rapprochées des caractéristiques des prestataires. Les données sur les paiements et autres caractéristiques de la visite ont plus de chances d'être exactes.	Les sondages sortie des établissements ne donnent aucune information sur les non-utilisateurs. Les données contiennent souvent des informations limitées sur les caractéristiques des ménages et sur la situation socioéconomique. Les réponses à l'enquête peuvent être biaisées par « courtoisie » à l'égard des prestataires ou par peur des répercussions. Les données peuvent être de faible qualité. Les données peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble de la population.
Données administratives	Système d'information santé (HIS), Déclarations à l'état-civil, système national de surveillance, surveillance par système sentinelle	Données aisément disponibles	Les informations complémentaires que fournissent les données, par exemple sur les niveaux de vie, sont limitées.
Données des recensements	Mise en œuvre à l'échelon national dans beaucoup de pays	Les données couvrent la totalité de la population cible (ou presque)	Les données ne fournissent sur la santé que des informations limitées. La collecte des données est irrégulière. Les informations complémentaires que fournissent les données, par exemple sur les niveaux de vie, sont limitées.

Source: Claeson et autres 2003.

santé – les évaluations de prestations de services – ont été mises en œuvre à côté des enquêtes ménages, l'objectif étant de fournir des informations sur les caractéristiques des services de santé, notamment sur leur qualité, les infrastructures et la disponibilité.

On trouvera sur le site <http://www.measuredhs.com> des informations complémentaires, notamment une liste des enquêtes passées et en cours, des rapports d'enquêtes, des questionnaires et des indications sur la façon d'accéder aux données.

Étude sur la mesure des niveaux de vie (LSMS) Cette étude a été établie par la Banque mondiale en 1980 pour explorer les voies permettant d'améliorer la qualité et les types de données sur les ménages collectées par les services gouvernementaux des statistiques dans les pays en développement. Ces études sont des enquêtes multivariées conçue pour réaliser quatre types d'analyses : (i) statistiques descriptives simples sur les niveaux de vie, (ii) suivi de la pauvreté et des niveaux de vie dans la durée, (iii) description de la fréquence et de la couverture des programmes gouvernementaux, (iv) évaluation de l'impact des politiques et des programmes sur le comportement et le bien-être des ménages (Grosh et Glewwe 2000). Les premières enquêtes ont été réalisées en Côte d'Ivoire et au Pérou. D'autres premières enquêtes ont suivi le même format, même si, au fil du temps, des variations considérables y étaient apportées.

Le questionnaire ménage constitue le cœur de l'étude sur la mesure des niveaux de vie. Il comporte généralement un module santé qui fournit des informations sur (i) les comportements liés à la santé, (ii) l'utilisation des services de santé, (iii) les dépenses de santé, (iv) le statut de l'assurance, (v) l'accès aux services de santé. Le niveau de détails de la partie santé a cependant varié d'une enquête à l'autre. Les données complémentaires sont généralement collectées par le biais de questionnaires destinés à la communauté et portant sur les prix. En outre, certaines études LSMS ont collecté des données détaillées sur les prestataires de service (établissements de santé ou école). Les enquêtes d'établissements ont été incluses pour fournir des données complémentaires principalement sur le coût des soins de santé et des médicaments, et sur la qualité des soins.

On trouvera sur le site <http://www.worldbank.org/lms/> des informations complémentaires, notamment une liste des enquêtes passées et en cours, des rapports d'enquêtes, des questionnaires et des indications sur la façon d'accéder aux données.

Enquêtes par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF Ces enquêtes ont été mises au point par l'UNICEF et d'autres en 1998 pour suivre la réalisation des objectifs du Sommet mondial pour les enfants. En 1996, 60 pays en développement avaient effectué des enquêtes par grappes indépendantes et 40 autres avaient incorporé des modules de ces enquêtes dans d'autres enquêtes.

Les premiers recours à ces enquêtes ont conduit à des révisions de la méthodologie et des questionnaires. Ces révisions prenaient appui sur l'expertise et l'expérience de nombreuses organisations, notamment l'OMS, l'UNESCO, l'Organisation internationale du travail, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, la division des statistiques des Nations-Unies, les centres pour le contrôle et la prévention des maladies, MEASURE EDS (USAID = Agence des Etats-Unis pour le développement international), et des établissements universitaires. Ces enquêtes comportent généralement trois composantes : un questionnaire ménages, un questionnaire (pour les femmes de 15 à 49 ans), un questionnaire pour enfants de moins de 5 ans). Le contenu précis de ces questionnaires a quelque peu varié d'un pays à l'autre. Les questionnaires ménages couvrent souvent l'éducation, le travail des enfants, la mortalité maternelle, les handicaps des enfants, l'utilisation de la contraception, l'eau et les systèmes sanitaires et l'iodation du sel. Les questionnaires femmes ont en général comporté des parties sur la mortalité infantile, l'anatoxine tétanique, la santé maternelle, l'emploi de la contraception, et le VIH/SIDA. Finalement, le questionnaire enfants couvre la déclaration de naissance, la vitamine A, l'allaitement, le traitement des maladies, le paludisme, les vaccinations et l'anthropométrie.

Enquêtes sur la santé mondiale par l'organisation mondiale de la santé (OMS) L'OMS a mis au point une enquête sur la santé dans le monde pour compiler des informations de référence détaillées sur la santé des populations et sur les résultats par rapport aux investissements dans les systèmes de santé. Ces enquêtes ont été mises en œuvre dans 70 pays qui couvrent tout l'éventail du développement en collaboration avec les gens engagés dans les systèmes classiques d'information sur la santé. L'objectif global des enquêtes sur la santé mondiale est d'étudier la façon dont les populations rendent compte de leur santé, de comprendre quel prix les gens attachent à l'état de santé et de mesurer les performances des systèmes de santé en fonction de leur capacité à répondre aux besoins. En outre, ces enquêtes abordent des questions diverses comme les dépenses de santé, la

mortalité adulte, les conditions des accouchements, divers facteurs de risque, etc.

Dans sa première phase, l'enquête sur la santé mondiale cible les adultes qui vivent dans des ménages ordinaires (âgés de 18 ans ou plus). Un échantillon des ménages représentatif à l'échelon national est constitué, et les adultes sont sélectionnés de façon aléatoire à partir d'un fichier des ménages. La taille des échantillons varie de 1 000 à 10 000 personnes.

Le contenu des questionnaires varie d'un pays à l'autre mais, dans la plupart des cas, il couvre les informations de caractère général sur les ménages, le géocodage, la prévention du paludisme, les soins à domicile, l'assurance santé, les indicateurs de revenu, et les dépenses de ménage (y compris les dépenses de santé). En outre, un module particulier est réservé aux personnes qui ont reçu une formation de professionnels de santé, ou qui sont employés comme tels. Ce module couvre un jeu limité de questions, notamment la profession, le lieu de travail, les horaires de travail, les formes et le montant du salaire, les principales activités au travail, le second emploi, le cas échéant les raisons pour lesquelles la personne ne travaille pas, et la formation professionnelle. Le questionnaire individuel comprend des parties sur les caractéristiques sociodémographiques, la description de l'état de santé, le prix attaché à la santé, les facteurs de risque, la mortalité, la couverture, la capacité du système de santé à répondre aux besoins, les objectifs de santé et le capital social.

On trouvera sur le site :

<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html> des informations complémentaires, notamment sur les rapports et les questionnaires des pays.

Évaluation multipays par l'OMS de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance Actuellement, l'OMS coordonne une évaluation multipays de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Les instruments de l'enquête intégrée relatifs aux coûts et à la qualité ont été élaborés et mis au point (ou sont en cours de l'être) au Bangladesh, au Pérou, en Tanzanie et en Ouganda. Les évaluations multipays ont pour objectif (i) de décrire en détail les effets des prises en charge intégrées sur les performances des agents de santé, les systèmes de santé et le comportement des familles (ii) de déterminer si, et dans quelle mesure, la stratégie des prises en charge intégrées a, dans son ensemble, un impact mesurable sur les résultats en matière de santé (réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans), (iii) d'évaluer le coût de la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée au niveau national, au niveau du district et au

niveau de l'établissement de santé, (iv) d'accroître la durabilité de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et d'autres stratégies relatives à la santé de l'enfant en fournissant une base d'amélioration de la mise en œuvre, et (v) de soutenir les plans et les plaidoyers pour que les ministères de la santé des pays en développement et leurs partenaires nationaux et internationaux en matière de développement entreprennent des actions en faveur de l'enfance. Au plan mondial, 30 pays sont engagés dans la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, mais à des phases différentes du programme.

On trouvera sur le site <http://www.who.int/imci-mce/> des informations complémentaires, notamment sur les rapports et les questionnaires des pays et sur le mode d'accès aux données.

Enquêtes RAND RAND a appuyé la conception et la mise en œuvre d'enquêtes sur la vie de famille dans les pays en développement depuis les années 70. Actuellement, sont disponibles les enquêtes de pays suivantes : Indonésie (1993-94, 1997-98, et 2000), Malaisie (1976-77 et 1988), Guatemala (1995) et Bangladesh (1996). On trouvera sur le site <http://www.rand.org> des informations complémentaires, notamment sur le mode d'accès aux données.

Enquêtes de l'université de Caroline du Nord Le Carolina Population Center (Centre sur la démographie de Caroline du Nord) à Chapel Hill a effectué toute une série d'exercices de collecte de données différentes. Une bonne partie de ces données sont disponibles et on trouvera une information à ce sujet sur le site <http://www.cpc.unc.edu/projects/projects.php>.

Enquêtes longitudinales sur la santé et la nutrition de l'île de Cebu L'enquête longitudinale sur la santé et la nutrition conduite dans l'île de Cebu est une étude de cohorte de femmes philippines qui ont accouché entre le 1^{er} mai 1983 et le 30 avril 1984 et qui ont été réinterviewées à trois reprises par la suite jusqu'en 1988-89.

Enquête sur la santé et la nutrition en Chine L'enquête sur la santé et la nutrition en Chine est une enquête longitudinale en six vagues conduite dans huit provinces de Chine entre 1989 et 2004. Elle fournit une masse d'informations détaillées sur la santé et la nutrition d'adultes et d'enfants et également sur des examens médicaux.

Projets de Nang Rong (Thaïlande) Les projets de Nang Rong sont le résultat d'une grande campagne de collecte de données qui a débuté en 1984 par un recensement des ménages dans 51 villages. Ces villages ont de nouveau été soumis à enquête en 1988, puis en 1994-95. Les nouveaux venus ont été interviewés et un sous-échantillon de personnes venant d'une autre région a été constitué.

Annexe 3.2 Évaluation des besoins des bénéficiaires

On imagine difficilement qu'un médecin puisse recommander un traitement à un patient sans lui avoir d'abord posé toute une série de questions pour comprendre ce dont il souffre, s'informer sur ses antécédents médicaux, ses allergies et chercher à obtenir d'autres renseignements vitaux. Un traitement fondé sur une information incomplète risque de donner de piètres résultats, le patient risque d'être mécontent, et le médecin et le patient risquent de perdre leur temps et leur argent. On peut alors se demander pourquoi les décideurs conçoivent et mettent en œuvre des politiques sans avoir préalablement consulté le groupe à qui elles sont destinées. Les responsables qui mettent en œuvre des politiques et des programmes destinés aux besoins d'une communauté sans s'être préalablement informés auprès de la population risquent de mettre en place quelque chose d'inefficace qui se solde par un gaspillage des ressources, des résultats médiocres et le mécontentement des bénéficiaires.

Une évaluation des besoins des bénéficiaires est un outil d'analyse qualitative qui permet de savoir ce que souhaitent les futurs bénéficiaires d'une action projetée ou en cours destinée à améliorer leur vie et, du même coup, de renforcer l'impact de cette action. Outre que cette évaluation régulière et banale joue un rôle crucial dans le processus de planification, elle apporte en retour un flot continu d'informations sur les réactions du groupe bénéficiaire, ce qui permet aux responsables d'améliorer et de modifier naturellement le programme pour répondre aux besoins en perpétuelle évolution de la population cible. De la même manière, pour reprendre notre analogie avec le médecin, un médecin qui surveille continuellement le cours d'un traitement en effectuant des examens de contrôle réguliers et en posant au patient les bonnes questions peut modifier la thérapeutique pour qu'elle réponde mieux au besoin du patient et qu'il tolère mieux les médicaments. Cette approche qu'on désigne souvent par l'expression « écoute de l'organisme » ou « consultation

« systématique » garantit que la population bénéficiaire pourra se faire entendre et que ses préoccupations seront intégrées dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet. Si les bénéficiaires d'une initiative destinée à améliorer leur vie se l'approprient finalement, le succès et la viabilité du projet sont assurés. Les projets qui émanent de l'évaluation des besoins des bénéficiaires ont plus de chances d'être acceptés et mis à profit par les populations bénéficiaires, donc de connaître un succès durable. Il est rare que les destinataires d'une initiative puissent faire entendre leur voix au moment de son élaboration et de sa mise en œuvre. Les communautés qui sont associées aux phases d'élaboration et de conception d'un projet se sentent mieux informées et plus concernées. Parce que les initiatives basées sur ces évaluations sont ancrées dans l'expression des besoins de la communauté bénéficiaire, de tels projets ont plus de chances de susciter une pleine participation aux activités du programme. Une participation accrue aux activités d'un projet accroît le désir de s'approprier le projet parmi la population bénéficiaire.

Cette approche permet d'identifier et de concevoir les activités liées au projet de développement, d'attirer l'attention sur les contraintes qui peuvent bloquer la participation du groupe cible, de voir comment il réagit aux actions mises en œuvre et de découvrir de nouveaux éléments d'information qui, autrement, n'auraient pas vu le jour. Les problèmes d'orientation que cette approche permet d'aborder sont d'une grande portée. On trouvera ci-dessous plusieurs problèmes de cet ordre assortis d'exemples :

- *Mieux comprendre la façon dont les gens voient les problèmes.* Quelle est la racine de la pauvreté aux yeux des pauvres ? Voir les causes de la pauvreté comme les pauvres les voient aide à identifier les problèmes et à repérer les zones à améliorer où il est possible de mettre en œuvre des actions de développement.
- *Mieux comprendre le cadre de la réglementation et des incitations au sein de la communauté.* Quels sont, aux yeux des pauvres, les facteurs au niveau microéconomique et macroéconomique qui affectent l'accumulation du capital humain ainsi que l'accès à la terre et au crédit ? Quels changements dans le système des incitations répondraient le mieux au vœu des pauvres ? Bien comprendre le fonctionnement du dispositif de la réglementation et des incitations aide les décideurs à concevoir des actions en fonction des contraintes qui peuvent entraver la participation.

- *Mesurer l'efficacité de la fourniture des services publics.* Quels sont les facteurs qui ont une incidence sur l'utilisation ou la non-utilisation des services publics par le groupe cible ? La compréhension des facteurs qui restreignent l'accès à certains services permet d'apporter des améliorations qui font que ces services publics et ces institutions prennent du prix aux yeux du groupe cible et correspondent mieux à sa situation.
- *Concevoir des politiques qui établissent des filets de sécurité pour les pauvres ou les améliorent.* Sur quels filets de sécurité les pauvres peuvent-ils compter dans la vie courante? Quels ont les filets de sécurité dont les pauvres tirent le plus grand bénéfice et quels sont ceux qui leur sont le moins utiles ? Comprendre ce que sont les filets de sécurité de la vie normale met au jour de nouvelles informations qui peuvent servir à orienter la construction de filets de sécurité efficaces.

Les conclusions de cette analyse sont riches d'enseignement et débouchent sur des actions des pouvoirs publics et des changements opérationnels qui améliorent l'impact d'un projet. Elles révèlent les préoccupations et les problèmes : les décideurs politiques peuvent utiliser ces informations pour opérer des changements immédiats et corriger les difficultés auxquelles la population cible est confrontée. Quant à la population bénéficiaire, elle se sent à son tour écoutée et, de ce fait, disposée à croire et à participer aux activités du programme. Ces analyses mettent également au jour des questions qui jusqu'alors étaient ignorées des responsables du projet et des décideurs politiques. Les informations nouvelles peuvent être mises à profit pour explorer les voies d'autres conceptions et d'autres processus qui, jusqu'alors, n'avaient jamais été envisagés et dont l'impact sur la population cible serait plus fort.

Au moment de la mise en œuvre de l'évaluation des besoins de bénéficiaires, il ne faut pas oublier de prendre en considération les facteurs suivants:¹⁶

- Bien saisir le contexte, et notamment le cadre socioculturel et l'environnement institutionnel, avant la mise en place du projet.
- Fixer des objectifs réalisables et réalistes.
- Sélectionner des institutions compétentes mais étrangères au projet pour en garantir la crédibilité. Sélectionner des chercheurs de terrain qui soient familiers de la culture des bénéficiaires et qui

connaissent leur langage, qui soient sensibles aux phénomènes culturels, respectueux, discrets, ouverts et aimables, qui aient la mémoire des entretiens et qui sachent écrire et écouter.

- Préparer un cahier des charges pour la mise en œuvre de l'évaluation des besoins des bénéficiaires.
- Mettre au point des guides d'entretiens qui soient souples et permettent de faire surgir des informations nouvelles auxquelles les responsables du projet n'avaient pas pensé jusqu'alors. Trois méthodes de base peuvent être utilisées pour faire émerger les besoins de la population cible
- Les questions des entretiens, qui seront sous forme de conversations, devront être ouvertes. Les entretiens devront être si possible en tête-à-tête plutôt qu'en groupe pour que les personnes se sentent encouragées à parler librement.
- Les groupes de discussion devraient être de 6 à 12 personnes ayant des profils communs sauf si l'objectif est de faire émerger des conflits entre les parties prenantes. Les questions devraient également être ouvertes.
- C'est un chercheur de terrain qui devrait être l'observateur du déroulement de l'opération et il devrait passer entre trois semaines et trois mois dans la communauté en question, dans laquelle il serait ainsi suffisamment impliqué pour être en mesure d'en présenter l'état.
- Constituer un échantillon assez large pour être sûr de bien comprendre les problèmes. Ne pas limiter les entretiens au seul groupe bénéficiaire. Il faudrait également interviewer les acteurs clés qui sont concernés par les enjeux afin d'avoir de la situation une vue plus complète. Par exemple, dans un projet sur la santé, il faudrait interviewer les agents de santé.
- Prétester le guide d'entretiens.
- Mettre en œuvre l'évaluation.
- Suivre et contrôler l'évaluation pour être sûr qu'elle saisit bien les besoins et les priorités de la population bénéficiaire au regard de l'action projetée.
- Rédiger le rapport de telle sorte que les responsables du projet et les décideurs puissent immédiatement intégrer les informations dans la conception, dans les modifications ou dans l'évaluation de l'intervention projetée, ou en cours,

Annexe 3.3 Lectures complémentaires recommandées

Sélection prise dans Goldman et autres (à paraître)

Boyle, M., Y. Racine K. Georgiades, D.Snelling, S. Hong, W.Omariba, P.Hurley, et P. Rao-Melacini. 2006. "The Influence of Economic Development Level, Household Wealth and Maternal Education on Child Health in the Developing World." *Social Science and Medicine* 63 (8):2242-54

Cette étude transversale sur les variations en matière de santé de l'enfant (indicateurs : poids et taille selon l'âge) par rapport à trois variables, à savoir le développement économique (PIB en parité du pouvoir d'achat), les ressources des ménages et l'éducation des jeunes mères, a montré que le contexte national avait des incidences importantes sur les trois éléments. Les données des enquêtes démographiques et de santé ont été utilisées. Ces enquêtes donnaient des informations sur les mères de 15 à 49 ans prises dans 17 303 pôles (un pôle englobait 20 à 25 ménages de zone rurale ou 30 à 45 ménages de zone urbaine). Un modèle de régression multiple a été utilisé pour séparer les variations uniques des variations partagées en matière de santé de l'enfant attribuables aux trois variables.

Filmer, D., et L. Pritchette.2001. "Estimating Wealth Effects without Expenditure Data—or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India." *Demography* 3 (8): 115-32.

Les résultats de l'enquête India's National Family Health Survey (équivalent pour l'Inde des enquêtes démographiques et de santé) ont été utilisés pour établir un indice (basé sur 21 indicateurs d'actifs) qui, faute de données sur les dépenses, sert d'indicateur supplétif de richesses. L'indicateur a été à son tour utilisé pour étudier l'effet de la richesse sur la scolarisation des enfants. L'indice linéaire a été construit selon l'analyse en composantes principales (technique simple pour extraire d'un jeu de variables des combinaison linéaires orthogonales qui saisissent le mieux les informations courantes). Les données de l'enquête pour 1992-93 couvrent 88 000 ménages (soit environ 500 000 personnes) sur l'ensemble du territoire de l'Inde.

Fotso, J., et Kuate-Defo. 2005. « Measuring Socioeconomic Status in Health Research in Developing countries :Should We Be Focusing on Households, Communities or Both ? » *Social Indicators Research* 72 (2): 189-237.

Examine et teste les diverses méthodologies (niveau des ménages par rapport au niveau de la communauté) utilisées pour calculer les indices de

statut socioéconomique en matière de recherche liée à la santé dans les pays en développement. Les auteurs s'appuient sur les données des enquêtes démographiques et de santé conduites au Burkina Faso, au Cameroun, en République arabe d'Égypte, au Kenya et au Zimbabwe dans les années 90.

Gwatkin, D., A. Bhuiya, et C. Victora. 2004. « **Making Health Systems More Equitable.** » *Lancet* 364 (9441): 1273-80. (Comment rendre plus équitables les systèmes de santé)

Cette analyse transversale, qui utilise les données de deux études, démontre que « la loi inversée des soins de santé » (inverse care law) de Tudor Hart, selon laquelle la disponibilité des soins médicaux est inversement proportionnelle aux besoins des pauvres, est toujours valable au sein des pays, comme d'un pays à l'autre. Y sont décrits des cas de réussites d'adaptations de programmes de santé bien ciblés sur la pauvreté, qui ont abouti à un accroissement de la couverture de santé pour les pauvres. Les données de l'étude de Filmer de 2003, qui porte sur 21 pays en développement, ou en transition, sont utilisées pour évaluer le rôle des subventions des pouvoirs publics dans la réduction de l'écart entre pauvres et riches au regard des possibilités d'accès aux soins.

Hadden, W., G. Pappas, et A. Khan. 2003. « **Social Stratification, Development and Health in Pakistan : An empirical exploration of Relationships in Population-Based National Health Examination Survey Data.** » *Social Science and Medicine* 57 (10):1863-74.

Les régressions et les corrélations de Pearson sont utilisées pour étudier le lien entre le statut socioéconomique des individus (mesuré par le niveau scolaire et la possession de biens de consommation durables par les ménages), un indice de développement social de la communauté (établi à partir de données sur l'éducation, la structure de la population, l'accès aux médias et la diversité économique) et les indicateurs de sous-alimentation (déficit de poids, anémie, grosses caries dentaires et un régime alimentaire qui ne varie jamais). L'étude révèle que le déficit pondéral est lié au statut économique, l'anémie à l'éducation et au développement social, et les grosses caries dentaires, comme le régime alimentaire invariable, à la fois au développement et au statut économique, qui exercent l'un sur l'autre une action réciproque. Les données concernant les individus sont extraites de the National Health Survey of Pakistan (enquête nationale sur la santé de la population du Pakistan) qui a été conduite de 1991 à 1994 et qui couvrait plus de 6 000 adultes.

Ho, D., B. Höjer, et L. Persson. 1997. « **Are there Social Inequities in Child Morbidity and Mortality in Rural Vietnam ?** » *Journal of Tropical Pediatrics* 43 (4): 226-31.

Étudie le lien entre les divers facteurs socioéconomiques (pauvreté, éducation, emploi, caractéristiques de la maternité) et la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans pendant une période de rapide changement social au Vietnam. Cette étude, qui s'inscrit dans le cadre d'une enquête auprès des ménages, est le résultat d'une collaboration entre Vietnamiens et Suédois. C'est l'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés qui a été retenu pour les ménages ayant plusieurs enfants de la tranche d'âge objet de l'enquête et cinq communes avaient été sélectionnée de façon aléatoire pour représenter la diversité des sources de revenu.

Lakshminarayanan, R. 2003. « **Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience.** » (La décentralisation et ses incidences sur la santé génésique : l'expérience des Philippines) *Reproductive Health Matters* 11 (21) :96-107.

Dans les années 90, le système de santé des Philippines, qui jusqu'alors dépendait du gouvernement central, passa sous l'autorité des organismes gouvernementaux locaux et intermédiaires. Cette étude examine les effets de la décentralisation sur les prestations de services de santé génésique et les répercussions que ce transfert a eues sur la santé. L'analyse que l'auteur présente de cette expérience montre que la décentralisation ne se traduit pas toujours par un progrès de l'efficience, de l'équité et de l'efficacité. Cinq ans après ce changement, les résultats en matière de santé aux Philippines ne s'étaient pas améliorés. La mortalité infantile oscillait autour de 35 décès pour 1 000 naissances viables et les taux de vaccination stagnaient aux alentours de 70 pour cent.

Laterveer, L., L. Niessen, et A. Yazbeck, 2003. « **Pro-Poor Health Policies in Poverty Reduction Strategies.** » (Politique de santé en faveur des pauvres dans les stratégies de réduction de la pauvreté) *Health Policy and Planning* 18 (2) :138-45.

Cette étude évalue dans quelle mesure les documents intérimaires de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) (interim Poverty Reduction Strategy Papers) (PRSPs) essaient de répondre aux problèmes de santé les plus urgents auxquels sont confrontés les pauvres et les personnes vulnérables. Plus précisément, les auteurs portent leur attention sur (i) les données relatives à la répartition et à la composition de la charge de la

maladie, (ii) sur les éléments qui prouvent que les propositions d'action visent à renforcer l'équité (iii) sur les informations concernant les dépenses de santé (iv) sur les éléments qui prouvent l'existence d'initiatives en faveur des pauvres et (v) sur d'autres actions ou d'autres initiatives de collecte de données visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les pauvres.

Moser, K., D. Leon et D. Gwatkin. 2005. « How Does Progress Towards the Child Mortality Millenium Development Goal Affect Inequalities between the Poorest and Least Poor ? Analysis of Demographic and Health Survey Data. » *BMJ* 331 (7526) : 1180-82.

Cette étude montre que le progrès vers les objectifs de développement du millénaire (OMD) concernant la mortalité des enfants de moins de cinq ans (mortalité infantile) peut avoir une incidence négative sur l'équité. L'OMD concernant la mortalité infantile est défini comme une moyenne, et les auteurs montrent que la mortalité infantile parmi les populations les plus pauvres s'accroît par comparaison avec la mortalité infantile parmi les moins pauvres au fur et à mesure qu'il y a progrès de l'OMD concernant la mortalité infantile. L'étude compare les données des enquêtes démographiques et de santé de 1991 et 2001 portant sur 22 pays à revenu faible et intermédiaire (en Afrique, en Amérique latine, aux Caraïbes et en Asie) qui représentent près de 30 pour cent de la population mondiale.

Notes

1. Ces séminaires étaient : « Comment atteindre les OMD : santé génésique, réduction de la pauvreté et réforme du secteur de santé » (séminaires présentiels) et « les résultats en matière de santé et les pauvres » (sur site Web)
2. Les causes possibles décrites ici ne concernaient que la question de l'inégalité dans l'accès aux services de santé. Ce cadre peut également servir pour étudier l'inégalité des résultats en matière de santé, comme nous l'avons fait au chapitre 2 pour comprendre les raisons de la mort de Safar Banu.
3. Toute une fraction de cette partie est une adaptation d'une note technique de la Banque mondiale (Note technique 4C : Outils d'analyse des comportements en matière de santé, de nutrition et de démographie (Health, Nutrition and Population Behaviors = HNP)) rédigée pour soutenir les travaux sur les Documents stratégiques de Réduction de la Pauvreté et document de référence pour Claeson et autres (2003)

4. Comme cela a été indiqué dans les chapitres précédents, la plupart des données sur l'inégalité ont été recalculées à partir des enquêtes démographiques et de santé, qui n'étaient pas destinées à mesurer l'inégalité et ne comportaient pas de mesures de revenu des ménages ni de la consommation. Ces enquêtes ne comportaient pas de questions relatives aux actifs utilisées dans Gwatkin et autres (2007) et dans d'autres documents pour construire les quintiles de richesse des ménages.
5. Il existe deux ensembles utiles d'indicateurs de services de santé qui présentent l'un et l'autre des mesures à envisager pour améliorer la disponibilité. Ce sont USAID (pas de date) -- Agence des Etats-Unis pour le développement international) et Knowles, Leighton et Stinson (199).
6. On trouvera en annexe 3.2 une brève discussion de l'évaluation des bénéficiaires comme outil d'analyse des besoins des pauvres.
7. Cette section est une adaptation d'une note technique de la Banque mondiale (Note technique 4B : Exemple de l'utilisation d'informations sur les clients pour mieux gérer les maladies à prévention vaccinale dans l'Inde rurale), rédigée pour soutenir les travaux sur les Documents stratégiques de Réduction de la Pauvreté et document de référence pour Claeson et autres (2003)
8. Cette section est une adaptation d'une note technique de la Banque mondiale (Note technique 4C : Outils d'analyse des comportements en matière de santé, de nutrition et de démographie (Health, Nutrition and Population Behaviors = HNP)) rédigée pour soutenir les travaux sur les Documents stratégiques de Réduction de la Pauvreté et document de référence pour Claeson et autres (2003).
9. O'Donnell et autres (2007) fournissent des explications détaillées sur l'utilisation de l'analyse de régression et les techniques statistiques de pointe (y compris les programmes informatiques) pour analyser l'inégalité dans le secteur de la santé.
10. Cette section est basée sur Soucat et autres (2005) et sur trois documents de Agnes Soucat (i) une note technique de la Banque mondiale en appui au guide de référence des documents stratégiques de réduction de la pauvreté (et document de référence pour Claeson et autres (2003), (ii) une présentation par elle-même de l'analyse du secteur de la santé, et (iii) un module du cours sur Internet de l'Institut de la Banque mondiale « Performances du système de santé et les pauvres . »

11. Le chapitre 1 comporte une analyse de l'utilisation et de l'interprétation des courbes de concentration.
12. Cette annexe est basée sur O'Donnell et autres (2007).
13. On trouvera d'autres préoccupations d'une nature technique dans O'Donnell et autres (2007) au chapitre 2.
14. Pour de plus amples informations sur l'historique des DHS (EDS = enquêtes démographiques et de santé), se reporter au site <http://www.measuredhs.com/aboutdhs/history.cfm>. En 1997, l'appellation *DHS+* fut adoptée pour marquer l'intégration des activités des DHS dans le cadre du programme MEASURE. La *DHS+* a ainsi reçu mandat de collecter et d'analyser les données démographiques et les données de santé pour le planning familial au niveau régional et national et pour les programmes de santé.
15. Les Enquêtes mondiales sur la fécondité étaient un ensemble d'enquêtes internationales comparables sur la fécondité conduites dans 41 pays en développement à la fin des années 70 et au début des années 80. Le projet était sous l'autorité de l'institut international de la statistique et financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international et le Fonds des Nations Unies pour la population.
16. Pour plus de détails, se reporter à Salmen et Amelga (1998)



4

Un menu de politiques pour les pauvres

Au fil des années, de nombreuses solutions apparemment intuitives au problème de l'inégalité en matière de soins de santé ont été mises en œuvre avec seulement un coefficient de réussite limité. Cela peut tenir en partie au caractère idéologique et simpliste, plutôt que pratique, des solutions ; mais cela témoigne aussi de la nature complexe du problème et du contexte situationnel, et également des causes sous-jacentes possibles.

Cependant, ces dernières années, la littérature scientifique a de plus en plus décrit des réussites d'expériences pilotes et de programmes qui apportent une lueur d'espoir et tout un arsenal d'outils qui ont fait leurs preuves dans la lutte contre les inégalités. Ce chapitre s'ouvre sur un résumé explicite des réussites (dont certaines sont résumées dans les 14 chapitres qui suivent) que de nombreux pays ont enregistrées dans leurs efforts pour réduire les inégalités en matière d'utilisation des services de santé. Ces exemples confirment l'idée que les réussites sont possibles par le biais de programmes conçus avec empirisme et dans un esprit d'ouverture, affinés par l'apport des pauvres, tenant compte des particularismes géographiques et constamment soumis à des évaluations et à des ajustements pour mieux atteindre leurs objectifs. Mais alors, si les situations locales sont déterminantes, comment peut-on y glaner des enseignements qui pourraient s'appliquer en d'autres lieux et à d'autres moments ?

Ce chapitre apporte trois réponses à cette question :

- En premier lieu, il présente deux schémas conceptuels qui offrent des stratégies qui semblent sous-tendre les réussites et sont

d'application plus générale : (i) thèmes récurrents et (ii) un cadre de responsabilité. L'annexe 4.1 donne ce cadre et explique comment ils se rattache aux conclusions des chapitres 5 à 18.

- En second lieu, il organise les actions qui ont le plus souvent réussi en une matrice – un « menu » de politiques pro-pauvres identifiées par leur portée (niveau macro, système de santé, ou niveau micro) et par leurs cinq fonctions les plus courantes (finances, paiement du prestataire, organisation, réglementation, persuasion).
- En troisième lieu, à partir du menu, le chapitre condense des « règles générales » qui suggèrent les angles d'attaque qui peuvent le mieux réussir à réduire les inégalités dans les domaines des cinq fonctions du menu.

Redisons-le, il n'y a cependant pas de menu universel, mais simplement des prismes différents au travers desquels voir les divers aspects des réussites.

L'espoir

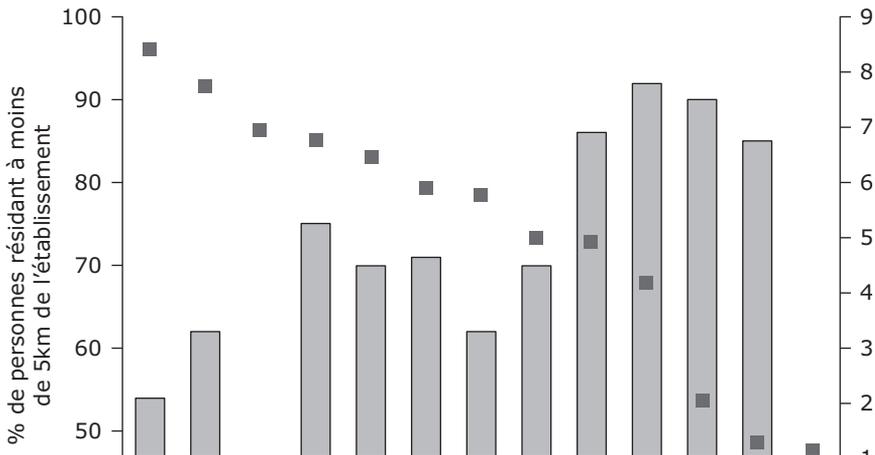
En février 2004, le programme de la Banque mondiale Reaching the Poor Progam (RPP) (atteindre les pauvres) organisa une conférence pour présenter 36 exemples de projets qui évaluaient les degrés de réussite ou d'échec des efforts de réorientation des programmes de santé, nutrition et population dans les pays à faible revenu afin que les plus démunis profitent plus de ces services.¹Cette conférence, ainsi que le programme RPP, s'inscrivent dans un contexte de plus en plus marqué d'acceptation du fait, comme nous le résumons au chapitre 1, qu'il y a beaucoup plus de chances que les services de santé, nutrition et population bénéficient plus aux populations aisées qu'aux pauvres.

À la fin de la conférence, Cesar Victora, qui était membre du panel, présenta en résumé un graphique qui illustrait le message le plus important de la réunion : malgré les preuves accablantes des inégalités, les services de santé peuvent être orientés vers les pauvres (figure 4.1). Pour 28 des 36 programmes présentés à la conférence, la figure 4.1 fait ressortir la part des avantages qui vont aux 20 pour cent les plus pauvres dans chaque pays (en abscisse) et la proportion de cette tranche de 20 pour cent qui reçoit ces avantages (en ordonnée). Et beaucoup de ces programmes pro-pauvres, sinon la plupart, atteignaient au moins la moitié des 20 pour cent les plus pauvres. Ces résultats, inutile de le dire, étaient extrêmement encourageants. Ils faisaient apparaître également la nécessité de mieux comprendre ces îlots de réussite.

Thèmes récurrents

La majorité des 14 réussites des *programmes* du secteur de santé résumés dans les chapitres 5 à 18 sont extraits de la conférence RPP de 2004. Ces exemples ont été sélectionnés pour souligner certains des messages essentiels sur ce qui marche et pour donner des exemples concrets d'un menu en expansion d'options de politique générale en faveur des pauvres. D'une part, leur diversité donne à entendre qu'il n'y a pas de méthode universelle pour lutter contre les inégalités. Les solutions particulières provenaient, selon le cas, de l'intervention du gouvernement, des partenariats public-privé, et amélioraient la fourniture des services, l'engagement de la communauté ou les changements dans les allocations de ressources.

Figure 4.1 Résultats des études présentées à la conférence RPP



Source : Cesar Victora à la conférence du programme de la Banque mondiale « Atteindre les pauvres » en 2004

D'autre part, les 14 cas font également ressortir certains thèmes récurrents concernant le comportement et la stratégie. Voici cinq thèmes que l'on peut discerner dans les exemples de réussites :

- *Analyse des causes de l'inégalité.* L'analyse révèle les principaux facteurs d'inégalité dans l'utilisation des services. Identifier la nature du problème et porter l'attention en priorité sur les goulets d'étranglement, voilà la meilleure façon de progresser.

- *Élaborer des solutions sur mesure adaptées aux contraintes locales et utiliser les capacités de l'endroit.* Ce n'est absolument pas parce qu'une ligne d'action marche dans un pays qu'elle va automatiquement marcher dans un contexte différent. Les programmes qui réussissent tiennent compte des causes particulières locales de l'inégalité, des capacités existantes du secteur de santé et du contexte culturel qui influence les pauvres et le secteur de la santé.
- *Essayer de nouvelles façons de travailler.* Les systèmes échouent pour des raisons structurelles qui perdurent et sont difficiles à changer. Le combat contre l'inégalité exige parfois une pensée innovante et le courage d'essayer une autre organisation des choses.
- *Améliorer les résultats dans la durée en tirant les enseignements des projets pilotes et des expérimentations.* Une conséquence indirecte de la complexité et du caractère persistant de la pauvreté et de l'inégalité est la nécessité de procéder à des ajustements à mi-parcours lorsque de nouvelles politiques ont été mises en place. Il faut de la patience et une vision du long terme pour apporter les modifications qu'exige la situation.
- *Vérifier que l'utilisation des services par les pauvres s'améliore et que les goulets d'étranglement sont en voie de disparition.* L'enfer est pavé de bonnes intentions. Il ne suffit pas de lancer un projet de lutte contre l'inégalité pour que le succès soit assuré — la vigilance s'impose.

Un menu de politiques en faveur des pauvres

La seconde réponse à la question de savoir comment tirer des enseignements des réussites des initiatives en apparence spécifiques est de les classer selon une typologie. On peut présenter les instruments dans une grille, ou un menu, selon deux catégories, ou typologies. Dans la première typologie (« verticale »), les actions sont classées selon leur portée — niveau macro (politique général et finance), niveau système de santé, et niveau micro (communauté et établissements) (Claeson et autres 2003). La seconde typologie (« horizontale ») classe les actions selon cinq domaines interdépendants : finances, paiements des prestataires, organisation, régulation, et persuasion (Roberts et autres 2004). Les instruments de la politique générale utilisés dans les programmes qui ont réussi, et qui sont présentés dans les chapitres suivants, peuvent s'insérer dans le tableau vertical et horizontal des typologies (tableau 4.1). En annexe 4.1, on

Tableau 4.1 Un menu de politiques en faveur des pauvres

	Finance	Paiement des prestataires	Organisation	Régulation	Persuasion
Niveau macro	Étendre la couverture assurance des pauvres Ciblage géographique (allocation) Ciblage sur besoins (allocation) Transferts conditionnels ciblés (en liquide)		Approches intégrées (santé, filets de sécurité, éducation, routes, etc.)	Outils de suivi RDP/AIA Création et mise à jour cartographie pauvreté	Charte des droits des pauvres Transferts conditionnels (partie conditionnelle)
Niveau système de santé	Niveau ciblage soins (équilibre allocation -apport) Système de bons pour les pauvres	Contractualisation Primes d'incitation à soigner les pauvres Allocation en fonction des performances liées à l'équité Aide financière accordée en cas de difficulté à trouver un prestataire	Paquets avantages pro-pauvres Allocation équilibrée ressources humaines	Normes pour établissements servant les pauvres Règlementation du marché des intrants (médicaments, matériel, etc)	Marketing social Accent sur éducation à la santé Renforcement des actions de proximité Hiérarchisation des demandes
Niveau micro (communauté et établissement)	Politique d'exonération pour les pauvres Fonds d'équité pour établissement	Paiement prestataire lié à utilisation par les pauvres Mécanismes communautaires d'identification des pauvres	Gestion des services locale ou par la communauté Planification participative Campagne d'information sur les soins Fourniture des soins par unités mobiles	Supervision locale ou par la communauté Supervision des établissements desservant les pauvres Identification active des pauvres	Mobilisation de la communauté Campagnes d'éducation à la santé

Source : Auteur

Note : AIA = analyse de l'incidence des avantages ; RDP= revue des dépenses publiques

trouvera une autre méthode de présentation des instruments. Le cadre de responsabilité mis au point pour le Rapport de la Banque mondiale de 2004 (World Bank 2004) est utilisé pour montrer comment chacun des 14 cas étudiés dans ce livre se rattache à un ou à plusieurs aspects fondamentaux des rapports de responsabilité entre les citoyens, le gouvernement et les prestataires de soins.

Règles générales

La troisième réponse à la question de savoir comment tirer des enseignements des succès « artisanaux » suppose que l'on fasse preuve de jugement pour dégager quelques principes intuitifs de base. Il est à la fois difficile et dangereux de ramener un problème complexe à des principes de cet ordre ou à des règles générales. Cependant quelques principes de base peuvent aider les décideurs à se frayer un chemin dans le labyrinthe des choix possibles pour réformer certaines missions du système de santé. La typologie horizontale décrite ci-dessus et utilisée dans le tableau 4.1 peut permettre de dégager six règles générales pour corriger les inégalités dans l'utilisation des services de santé.

Réformes financières—Allocation et mobilisation des ressources

1. *Ne pas lier à l'utilisation le paiement par l'utilisateur pauvre.* Les choix qui déterminent la mobilisation des ressources ont pour objectif principal la nécessité de rassembler des fonds pour le secteur de la santé. Les choix faits peuvent, cependant, avoir des conséquences non recherchées en matière d'équité, d'efficacité et de qualité des soins. Dans un certain nombre de cas évalués, les actions entreprises ont réduit les inégalités si elles minoraient ou éliminaient les obstacles financiers qui dissuadent les ménages pauvres de se faire soigner. L'extension de la couverture assurance santé des pauvres (en Colombie, au Mexique, au Rwanda) a eu cet effet, de même que les mécanismes d'exonération du ticket modérateur (fonds d'équité au Cambodge, programme de carte de santé en Indonésie).
2. *Faire en sorte que l'argent suive les pauvres.* Par leur nombre et leur taille les hôpitaux drainent à eux seuls la majeure partie de l'allocation des ressources du secteur sanitaire. Les services hospitaliers tendent à être outrageusement pro-riches dans les

pays à revenu faible et intermédiaire. Certaines des réformes couronnées de succès, que nous avons examinées, comportaient un dispositif de nature à réorienter les mécanismes d'allocation des ressources en direction des pauvres. C'était le but du ciblage géographique au Brésil, des transferts conditionnels ciblés au Chili et au Mexique et du ciblage au niveau des établissements qui servent les pauvres en République du Kirghizistan.

Les réformes du paiement des prestataires

3. *Lier le paiement des prestataires à l'utilisation des services par les pauvres.* Les dirigeants des établissements et les prestataires de soins sont sensibles aux mesures d'incitation, surtout si elles sont financières. Il est absolument manifeste que le mode de rétribution des prestataires a une influence sur les types de services prodigués et sur la population desservie. On souligne de plus en plus, dans la littérature scientifique, que la création de liens explicites entre la rétribution des prestataires et l'utilisation des services par les pauvres diminue les inégalités. On peut citer comme exemple les mesures d'incitation envers les municipalités du Brésil qui font que les pauvres ont davantage recours aux soins de santé, les mesures d'incitation envers les organisations non gouvernementales sous contrat (ONG) qui réussissent à atteindre les pauvres (contractualisation au Cambodge) et paiement aux hôpitaux qui soignent les pauvres (fonds d'équité au Cambodge).

Réformes organisationnelles

4. *Réduire la distance entre les pauvres et les services.* Les réformes organisationnelles couvrent tout un éventail d'actions, par exemple la décentralisation, les mécanismes de fourniture des services et l'établissement de priorités. Les cas étudiés confirment que les réformes qui ont rapproché géographiquement les services des pauvres ont eu un impact positif sur l'inégalité. Une façon de définir la distance entre les services et les pauvres est de prendre les types de services offerts. Un certain nombre de programmes ont défini un paquet d'avantages pour répondre aux besoins des pauvres (contractualisation au Brésil et au Cambodge, Colombie, Mexique, Népal, Rwanda). La distance sociale entre les

prestataires et les pauvres est également un facteur important. Parmi les méthodes efficaces pour réduire la distance sociale dans les services de santé, citons l'appel aux membres de la communauté, qui sont connus et qui ont la confiance des gens, pour qu'ils assurent les prestations de soins (India Self-Employed Women's Association (Association des travailleuses indépendantes en Inde), la participation de la communauté à la gestion des services (Rwanda) et à la conception des programmes.

Réformes de la réglementation

5. *Faire entendre davantage la voix des pauvres.* Les pauvres et ceux qui sont socialement vulnérables souffrent d'un certain nombre de déficits par rapport aux nantis. Les deux déficits qui jouent un rôle décisif comme vecteurs de l'inégalité en matière de santé se situent dans le domaine politique et dans celui du marché. Ne pas avoir beaucoup voix au chapitre politique affaiblit le poids des gens *sur le chemin long de la responsabilité* et ne pas pouvoir intervenir beaucoup sur le marché affaiblit leur poids *sur le chemin court*. Un certain nombre de politiques évaluées ont réussi à réduire les inégalités en impliquant les pauvres dans la conception et la mise en œuvre des réformes du secteur sanitaire. C'est le cas au Népal avec la planification participative, au Rwanda avec les contrôles exercés par la communauté, au Cambodge (fonds d'équité) avec l'identification des pauvres confiée à la communauté, en Tanzanie avec les recherches sur les besoins et les préférences des pauvres, au Chili avec la planification familiale et au Kenya avec la mobilisation de la communauté.

Réformes des modes de persuasion - Changement de comportement

6. *Réduire l'écart entre le besoin et la demande chez les pauvres.* Le cadre décrit au chapitre 2 part du principe que ce sont les ménages qui sont les principaux producteurs de santé. Un élément fondamental de ce processus de production des ménages est la consommation (l'utilisation) effective des services de santé. Le fait que les services de santé soient nécessaires ne se traduit pas automatiquement par de la demande. Les règles générales 1 et 4 cherchent à corriger l'écart persistant entre la demande et leur utilisation par les

pauvres. En d'autres termes, il peut y avoir, de la part des pauvres, une demande de services, mais il y a des obstacles (financiers, géographiques, etc.) qui s'opposent à leur utilisation. Les conclusions des travaux de recherche font apparaître un second « écart » chez les pauvres entre leurs besoins de services de santé et la demande qu'ils expriment. La réduction de cet écart entre besoin et demande peut exiger un travail d'information et de persuasion ainsi que des mesures incitatives. C'est ce qui se fait au Chili et au Mexique avec les transferts conditionnels, en Tanzanie avec le marketing social, au Brésil, au Cambodge, au Chili et au Kenya avec l'éducation de proximité à la santé.

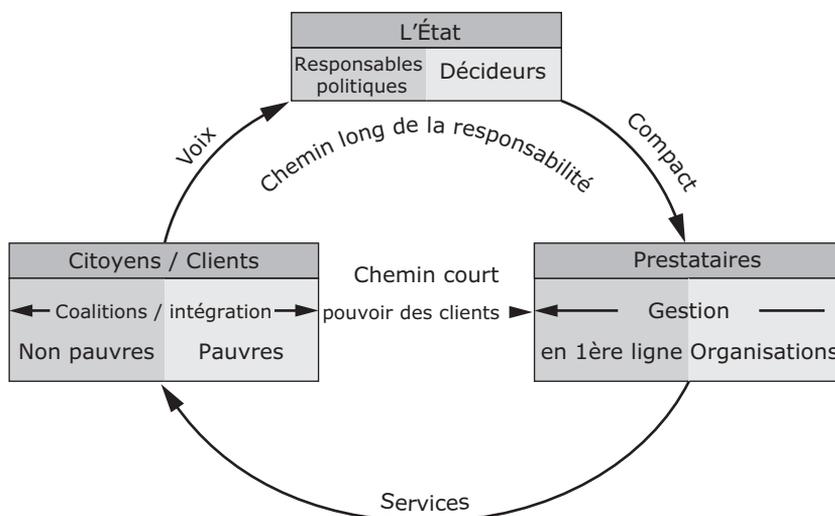
Annexe 4.1 Cadre de responsabilité

Dans le même temps où le RPP (Programme « Atteindre les pauvres ») finançait et diffusait les évaluations des politiques qui réduisaient les inégalités, la Banque mondiale, dans l'édition 2004 de son *Rapport sur le Développement dans le Monde* puisait dans le corpus des connaissances mondiales pour créer « un cadre de base de responsabilisation », outil conçu pour guider l'élaboration de politiques visant à faire en sorte que les services soient favorables aux pauvres. (World Bank 2004)

Ce cadre ne propose pas un modèle de politiques précises. Il décrit plutôt les relations de base entre les trois groupes essentiels qui constituent le système des services : le public, l'État (en tant que source des lois et de l'action politique), et les prestataires de services (figure A4.1). Il invite de la sorte à considérer les services comme faisant partie intégrante de ces relations, ce qui invite à se demander laquelle de ces relations est la plus propice à résoudre un problème donné concernant les services.

Le cadre décrit deux niveaux de relations : (i) la relation bilatérale de responsabilité entre les trois entités et (ii) les chemins par lesquels le public exerce son influence sur les prestataires —le chemin long et le chemin court via la relation bilatérale avec les prestataires.

Figure A4.1 Cadre de responsabilité des fournitures de services



Source : Banque mondiale 2004

Description des trois entités et de leurs relations bilatérales :

Le public (Citoyens/Clients) Les membres du public ont un rôle double—comme citoyens et comme clients des prestataires de services. En tant que citoyens, ils participent au processus politique à titre individuel, ou comme membres d'une coalition (communauté, partis politiques, syndicats, associations professionnelles, etc.). En tant que clients (du secteur de la santé), ils espèrent protéger leur santé et celle de leur famille en demandant et en recevant des soins.

L'État L'État utilise ses pouvoirs pour réguler, légiférer et prélever des impôts. Les situations politiques varient grandement d'un pays à l'autre, allant des régimes démocratiques aux régimes du parti unique ; dans certains cas, c'est l'exécutif qui dirige, dans d'autres, c'est le législatif. Les décideurs politiques exercent également le pouvoir de l'État. Dans certains pays, les politiciens et les décideurs politiques sont les mêmes personnes, dans d'autres, ils sont distincts.

Les prestataires Les prestataires de services peuvent être des organisations publiques, par exemple des ministères ou des départements de la santé, ou encore des organisations à but non lucratif ou à but lucratif. Il peut arriver que le même service soit offert par plusieurs prestataires en tous points semblables. Lorsque le prestataire appartient au secteur public, il est important de bien faire la différence entre le décideur politique et le dirigeant de l'organisation du prestataire. Le premier fixe et fait appliquer les règles du jeu qui s'imposent à tous les prestataires ; le second veille à ce que la « cuisine » interne soit en conformité avec la spécificité de l'organisation. Les prestataires de première ligne sont au contact direct des clients.

Idéalement, ces trois relations lient entre eux les acteurs.

- En tant que clients, les membres du public font entendre leur voix à l'État.
- L'État passe un *contrat* avec les prestataires organisationnels.
- En tant que clients, les membres du public exercent leur *pouvoir de clients* sur les prestataires par le truchement des prestataires de première ligne.

Itinéraire des deux chemins de la responsabilité :

Le chemin court C'est l'interaction de base du marché ; un consommateur demande et le producteur fournit le bien ou le service. Les marchés des chaussures, des légumes ou d'autres transactions de marchés concurrentiels mettent en jeu un système de responsabilité bien défini entre le client et le prestataire. Le client paie le produit ou le service. S'il n'est pas satisfait, il peut aller ailleurs ou tenter une action en justice. En général, cette voie conduit le client à exercer son *pouvoir de client* sur le prestataire (tenu pour responsable) par le biais du paiement.

Dans le secteur de la santé, cette voie peut se révéler inopérante pour les pauvres de deux façons. En premier lieu, les pauvres ont, par définition, des ressources limitées, et donc leur pouvoir sur les prestataires est, lui aussi, limité. En second lieu, le secteur sanitaire se caractérise par une asymétrie d'information considérable et par des conflits d'intérêts. Diverses carences du marché, comme les externalités liées à la maladie et la fragmentation des marchés de l'assurance, ainsi que les soucis d'équité peuvent justifier une intervention des pouvoirs publics pour financer les services de santé et de nutrition et amener le gouvernement à jouer un rôle.

Le chemin long qui va des clients aux décideurs politiques, puis des décideurs politiques aux prestataires, est quelquefois essayé quand le chemin court conduit à une impasse. Le client influence le décideur politique (politicien ou bureaucrate) en *faisant entendre sa voix* et, à son tour, le décideur politique exerce son pouvoir sur le prestataire par le biais de la relation de *contrat*. Dans le cas des services du secteur de santé, et aussi d'autres secteurs, cet itinéraire conduit souvent à une impasse ; il faut alors renforcer les deux éléments de la relation de responsabilisation, la voix et le contrat.

Pour réussir, il faut que les actions de lutte contre les inégalités dans l'utilisation des services de santé portent sur la relation entre ces trois groupes. *Le Rapport sur le Développement dans le Monde (2004)* de la Banque mondiale décrit dans le détail le pouvoir du client, les relations de la voix et du contrat et donne un grand nombre d'exemples d'applicabilité dans le secteur de la santé. Le reste de l'annexe établit des liens entre les principaux instruments des politiques décrits aux chapitres 5 à 18 et le cadre. Ce qui ressort de ces 14 études et des publications scientifiques est qu'il est utile de tenir compte de ces trois acteurs principaux et de réfléchir aux rapports de responsabilité qui les relient. Ces études montrent également que les programmes qui ont été couronnés de succès n'ont pas exploité toutes les façons possibles de peser sur ces rapports mais qu'ils ont employé des combinaisons différentes pour s'attaquer aux obstacles auxquels les pauvres de ces pays sont confrontés.

Solution choisie : Augmentation du pouvoir d'achat (le chemin court)

Les fonds d'équité santé au Cambodge donnent aux plus pauvres un pouvoir d'intervention sur le marché de la santé en passant un contrat avec les ONG indépendantes qui se chargent de gérer les fonds apportés par des bailleurs et qui servent à payer les hôpitaux chaque fois qu'ils dispensent des soins aux pauvres. Les ménages pauvres, en particulier ceux qui sont repérés par le processus d'identification active (avant qu'ils n'aillent se faire soigner) peuvent d'autant mieux peser sur le marché qu'ils savent que le prestataire a le plus grand intérêt à les soigner.

Au Chili, en Colombie et au Mexique, le programme Seguro Popular a étendu l'assurance maladie pour les pauvres, ce qui a augmenté leur pouvoir d'achat sur le marché de la santé. Ces trois pays connaissent une extension de la protection de l'assurance maladie, qui couvre maintenant un pourcentage accru de pauvres, ce qui leur donne accès à un paquet d'avantages et fait que leur utilisation des services se traduit par des paiements aux prestataires.

Le programme de cartes de santé en Indonésie ouvre aux pauvres l'accès gratuit aux services de santé (l'élément récupération des coûts étant éliminé). Si le paiement des prestataires n'est pas directement lié à l'utilisation des services, il y a cependant un lien entre le complément budgétaire qu'ils perçoivent et le pourcentage de la population de leur région qui possède une carte de santé.

Rwanda : Les mutuelles de santé communautaires fondées sur la micro-assurance ont mis en place un système d'achat par la communauté en faveur des pauvres tout en étendant la couverture pour ceux-ci.

Tanzanie : Le marketing social des moustiquaires imprégnées a diminué le prix d'achat des moustiquaires en ciblant des subventions sur les enfants et les femmes enceintes.

Le Mexique (PROGRESO/Oportunidades) et le Chili ne se limitent pas à l'abaissement des barrières financières pour l'accession aux soins, ils vont au-delà par l'instauration de programmes de transferts d'argent conditionnels pour inciter les familles pauvres à recourir aux services de santé.

Solution choisie : Accroître la coproduction (le chemin court)

Brésil : le programme de santé familiale comprend une intense campagne de sensibilisation axée sur l'éducation à la santé, qui donne aux ménages pauvres les moyens de devenir des producteurs principaux de bonne santé en se faisant soigner et en effectuant des choix meilleurs.

Chili : programme Solidario inclut un volet qui concerne l'action auprès des ménages pris séparément, l'objectif étant de créer un plan de

développement qui, en partie, renforce le rôle des ménages comme producteurs de bonne santé.

Inde : le programme de services de santé SEWA est essentiellement un programme communautaire de fourniture de services qui a comblé l'écart entre les prestataires et la population desservie.

Kenya : la campagne de vaccination a comporté un effort considérable de mobilisation de la communauté, qui a renforcé le rôle des pauvres dans la production de la santé et a augmenté les chances qu'ils se fassent soigner.

Rwanda : Les mutuelles de santé communautaires fondées sur la micro-assurance ont augmenté le rôle de la communauté comme coproductrice de services de santé et, dans le même temps, abaissé les barrières financières d'accès aux soins et renforcé la protection financière.

Accroître la pression (chemin court)

Brésil : le programme de santé familiale a recours aux actions de proximité pour renforcer le pouvoir de pression des pauvres en les informant.

Cambodge : les fonds d'équité santé utilisent la technique d'identification active des pauvres fondée sur des actions de proximité pour informer sur la disponibilité des services et l'aide financière.

Chili : le programme *Solidario* inclut un volet demande qui est une source d'information importante et qui fournit des outils pour que cette information se traduise en demande de services. La mise au point de plans pour chaque ménage pauvre a contribué efficacement à renforcer la participation.

Kenya : la campagne de vaccination repose fortement sur les structures et l'organisation communautaires en sensibilisant à l'importance d'informer les pauvres.

Népal : l'expérience de planification participative est entièrement axée sur la participation des pauvres et de ceux qui sont vulnérables à la conception d'un paquet de services de santé comportant des mécanismes clairs de fourniture.

Kenya : le programme de mutuelles communautaires inclut, dans le mécanisme de gestion, un rôle pour la communauté, qui est chargée de suivre la mise en œuvre des dispositifs.

Tanzanie : le marketing social des services de prévention (moustiquaires imprégnées) utilise les techniques de marketing commercial, notamment la diffusion de l'information et la création de la demande, pour s'assurer que l'information essentielle sur les produits parvient aux pauvres pour leur donner envie de participer et d'utiliser.

Le chemin long

Brésil : selon le programme de santé familiale, atteindre les pauvres était l'objectif clairement affiché pour redéfinir la méthode de fourniture des services. Ce programme comprenait des actions de proximité et d'éducation spécialement conçues pour les pauvres. De plus, pour sa mise en œuvre progressive, il visait en premier lieu les zones les plus démunies. Pour faciliter la réalisation des objectifs pro-pauvres par des mesures incitatives, le programme incluait des mesures financières à destination des municipalités si elles montraient que les pauvres en étaient les bénéficiaires.

Cambodge : la contractualisation de la fourniture ou de la gestion des services avec les ONG avait un effet de stimulation et créait un environnement qui augmentaient les chances que les services atteignent les pauvres. La séparation du volet politique/finances du volet livraison qu'impliquait la contractualisation, faisait partie du changement dû au contrat, mais se trouvait également renforcée par les mesures incitatives dont bénéficiaient les ONG pour qu'elles servent les pauvres. Des mécanismes de diffusion de l'information avaient été créés (avant et pendant les enquêtes auprès des ménages) pour que soit suivie l'utilisation du programme par les pauvres. Il y avait un autre volet important, c'était la mise au point d'un paquet d'avantages pro-pauvres.

Cambodge : les fonds d'équité santé avaient pour objectif principal le renforcement du chemin court de la responsabilité mais ils ont également changé les mesures incitatives pour que les hôpitaux encouragent les pauvres à utiliser les services en créant un mécanisme de paiement qui liait le paiement aux établissements de santé à l'utilisation des services hospitaliers par les pauvres.

Chili : le programme *Solidario* abordait de nombreux aspects du cadre par les deux chemins. L'une des pièces maîtresses du programme était une vigoureuse stratégie d'actions de proximité qui associait les ménages à l'amélioration de l'accès aux services de santé existants, mais sous-utilisés, et les amenait à s'assurer.

Colombie : l'extension de l'assurance maladie aux pauvres incluait plusieurs actions destinées à consolider le contrat, notamment une enquête sur les ressources autres que le revenu afin d'identifier les pauvres et d'améliorer le ciblage, une subvention pour les primes d'assurance (allocation améliorée) pour les pauvres une fois que ceux-ci avaient été identifiés, création d'un dispositif de subventions croisées du secteur formel au secteur informel et séparation entre financement et fourniture par le truchement de la contractualisation.

Indonésie : le programme des cartes de santé complétait le mécanisme d'abaissement des barrières financières en exonérant du ticket modérateur les porteurs de cartes et en augmentant les allocations de ressources aux établissements situés dans des régions où les détenteurs de cartes étaient nombreux.

République du Kirghizistan : la réforme du financement de la santé incluait plusieurs actions essentielles pour améliorer l'efficacité et l'équité dans le secteur sanitaire. La réforme a consolidé les mécanismes de mise en commun des ressources qui, à leur tour, ont permis de séparer le financement des prestations. D'autres actions incluaient le recours à d'autres méthodes de rétribution des prestataires, la redéfinition d'un paquet d'avantages et la rationalisation des soins hospitaliers pour consolider les établissements de niveau inférieur.

Annexe 4.2 Lectures complémentaires recommandées

Sélection prise dans Goldman et autres (à paraître)

De Allegri, M., B ; Kouyaté, H. Becher, A. Gbangou, S. Pokhrel, M. Sanon, et R. Sauerborn. 2006. « Understanding Enrolment in Community Health Insurance in Sub-Saharan Africa : A Population-Based Case-Control Study in Burkina Faso. » *Bulletin of the World Health Organization* 84 (ii):852-58.

Cherche à identifier les facteurs qui, au niveau des ménages et de la communauté, influencent la décision d'adhérer aux programmes communautaires d'assurance maladie au Burkina Faso. Ces programmes sont un dispositif qui remplace la formule du ticket modérateur et dont le fonctionnement repose sur la mise en commun des risques et de ressources au niveau de la communauté. Les auteurs ont établi qu'il y avait un lien entre les inégalités existantes et la décision d'adhérer aux programmes d'assurance maladie. Pour encourager l'adhésion, les auteurs recommandent des actions de marketing social visant à transformer les comportements vis-à-vis du partage des risques.

Gakidou, E., S. Oza, C. Vidal Fuertes, A. Li, D. Lee, A. Sousa, M. Hogan, S. Vander Hoorn, et M. Ezzati. 2007. « Improving Child Survival through Environmental and Nutritional Interventions : The Importance of Targeting Interventions toward the Poor. » *JAMA* 298 (16):1876-87.

Analyse dans quelle mesure les actions liées aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de nutrition et d'environnement

(amélioration de la nutrition de l'enfant, accès à l'eau potable et aux installations sanitaires, approvisionnement en combustibles) pourraient accélérer la réalisation des OMD et réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. L'analyse couvrait l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne ; les données étaient tirées des enquêtes démographiques et de santé de 42 pays de ces parties du monde, de l'Organisation mondiale de la santé et des études épidémiologiques. Les auteurs ont trouvé que les actions qui éliminent de l'alimentation et de l'environnement tout risque pour la santé des enfants rapprocheraient le taux de mortalité infantile de 30 à 50 pour cent du taux fixé par les OMD. Si on parvenait à réduire les risques de moitié et si cette réduction s'appliquait d'abord aux plus pauvres, la baisse du taux de mortalité serait supérieure de 50 pour cent à ce qu'elle serait dans le scénario de pleine réduction des risques ; et si on appliquait la réduction de moitié des risques aux pauvres, l'abaissement du taux de mortalité serait supérieur à ce qu'il serait si la réduction s'appliquait d'abord aux plus riches.

Masanja, H., J. Schellenberg, D. de Savigny, H. Mshinda, et C. Victora. 2005. « **Impact of Integrated Management of Childhood Illness on Inequalities in Child Health in Rural Tanzania.** » *Health and Policy Planning* 20 (S1): S77-S82.

La stratégie d'évaluation multi-pays de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est un dispositif conçu pour codifier les techniques de prévention et de traitement des maladies de l'enfance les plus courantes et de les traduire en directives pour les établissements de santé de premier niveau et pour les communautés. Utilisant les indices de concentration et les données des résultats en matière de santé de l'enfant, l'étude est axée sur les effets de cette stratégie sur l'équité des résultats en matière de santé dans les zones rurales de Tanzanie entre 1999 et 2002. Pour ce faire, elle compare deux districts où cette stratégie est à l'œuvre (le district rural de Morogoro et le district de Rufiji) et deux districts où elle ne l'est pas (Kilombero et Ulanga).

Wagstaff, A., F. Bustreo, J. Bryce, et Claeson. 2004. " **Child Health: Reaching the Poor**" *American Journal of Public Health* 94 (8):726-36.

Panorama des publications scientifiques actuelles qui explorent les inégalités dans les déterminants immédiats des résultats en matière de santé de l'enfance, par exemple la nutrition, et dans les déterminants sous-jacents, tels que l'état de l'alimentation pendant la grossesse. Les auteurs cherchent également à identifier les points où ces programmes pourraient être les plus efficaces pour réduire les inégalités.

Note

1. Le programme « Reaching the Poor » (Atteindre les Pauvres) est une recherche financée par la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, et les gouvernements des Pays-Bas et de Suède.

5

Brésil, Colmater les brèches dans la couverture universelle de santé

Le Brésil est parmi les 12 pays du monde qui ont des inégalités de revenus les plus élevées. Il est reconnu que l'inégalité en matière de santé est un problème majeur dans les pays d'Amérique. Le Brésil a entrepris un certain nombre d'actions dans ce secteur visant à faciliter l'accès pour les plus pauvres aux soins de santé, notamment par le biais de programmes de couverture universelle des soins primaires. Ces programmes ont généralement pour objectif d'améliorer les conditions d'accès pour les pauvres aux soins de santé et de lutter contre les inégalités persistantes. En plus de ces programmes de couverture de santé universelle, le Brésil a mis en œuvre des programmes spécialement destinés aux pauvres ; des programmes qui comportent des incitations financières ou des primes pour les municipalités qui assurent les soins de santé aux familles les plus pauvres ; des programmes qui comportent des incitations financières pour les familles les plus pauvres pour qu'elles puissent bien utiliser les services publics de santé et d'éducation.

Les défis

Les exemples suivants illustrent les défis que le Brésil doit relever dans la lutte qu'il mène pour améliorer les conditions d'accès aux soins de santé pour les plus pauvres.

Le Programme national de vaccination

Le "Programme national de vaccination du Brésil, instauré en 1973, est un programme universel destiné à éradiquer les maladies que la vaccination peut prévenir, par exemple la polio, la rougeole, la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Ce sont les services de prévention des soins primaires qui assuraient les vaccinations dans les dispensaires. Pour amplifier la pénétration du programme, des campagnes nationales ont été organisées pour accentuer la prise de conscience de l'importance des vaccins pour prévenir les maladies. En outre, pour améliorer les prestations de services, on a institué de nouveaux lieux de vaccination, là où les pauvres font généralement leurs courses ou se rassemblent : les supermarchés, les centres commerciaux et les foyer municipaux.

Les résultats de ces vaccinations au Brésil ont montré que, alors que la couverture augmentait de façon significative entre 1994 et 2000, c'était parmi les enfants des foyers des 20% les plus pauvres (le quintile du bas de l'échelle) que l'on observait la plus forte concentration de vaccinations incomplètes. À Sergipe, ville du nord-est du pays, une étude conduite en 2000 a révélé que les enfants des 20% des foyers les plus pauvres bénéficiaient le moins de cette campagne contrairement aux enfants des foyers des 20% les plus riches, image exacte de l'inégalité de la couverture. Le tableau 5.1 montre la persistance des inégalités entre les chiffres de 1996 et l'étude de Sergipe.

Tableau 5.1 Prévalence des vaccinations incomplètes parmi les enfants de 12 mois et plus : quintiles de richesse et indices de concentration

Quintiles de richesse	Enquête démographique et de santé (1996)	
	n = 3 827	Sergipe (2000) n = 1 436
1 (les plus pauvres)	33.4	28.0
2	16.4	20.4
3	14.2	20.6
4	11.9	15.5
5	15.3	17.8
Tous	19.3	20.5
	p = 0.001	p = 0.176
	CI = -21.8	CI = -10.8

Source : Données issues de BEMFAM (the Brazilian family Well-being Society) et de l'enquête démographique et de santé au Brésil 1996.

IC = indice de concentration

Programme national de soins prénatals

Le programme national de soins prénatals, établi depuis longtemps, présente également des insuffisances au détriment des brésiliennes les plus pauvres. Les services nationaux de soins prénatals sont très utilisés, plus de 90% des femmes y ont recours pour un bilan de santé et, en moyenne, le nombre de consultations par personne est supérieur à six. La couverture du programme de soins prénatals est certes bonne, mais ce sont les mères des foyers les moins pauvres qui semblent en avoir profité le plus, telle est l'image de l'inégalité de couverture. La plus forte concentration de femmes qui ne bénéficient pas des soins prénatals qu'il faudrait se situe dans le quintile le plus pauvre, ce qui montre que le programme était insuffisamment centré sur les pauvres (Tableau 5.2). Qu'il s'agisse de ces carences ou du niveau de couverture du programme, le tableau était moins noir que celui du programme de vaccination.

Bien que le pays eût réussi à réaliser de grands progrès en ce qui concerne les questions de vaccinations incomplètes et d'insuffisances des soins prénatals, les inégalités persistaient. Les familles des 20% les plus pauvres de la population étaient constamment parmi celles qui ne bénéficiaient pas du tout des services ou qui bénéficiaient de services incomplets ou inadaptés par comparaison avec les familles des groupes à revenus plus élevés.

Tableau 5.2 Proportion de mères recevant des soins prénatals insuffisants : quintiles de richesse et indices de concentration

Quintiles de richesse	Enquête démographique et de santé (1996)	
		Sergipe (2000)
1 (les plus pauvres)	70.0	49.1
2	43.5	48.3
3	27.4	35.3
4	19.1	30.2
5	13.6	18.7
Tous	38.4	35.7
	p = 0.001	p = 0.001
	CI = -31.7	CI = -18.3

Source : Données issues de BEMFAM (the Brazilian family Well-being Society) et de l'enquête démographique et sanitaire au Brésil 1996.

IC = indice de concentration

Le pastorat pour enfants

Le pastorat pour enfants est un exemple d'initiative non gouvernementale destinée aux enfants les plus pauvres. Lancé en 1983 par l'église catholique, ce programme repose sur le bénévolat, principalement des femmes, qui appartiennent à la communauté locale et qui donnent une journée par mois de leur temps. Elles dispensent des informations et des conseils de soins de santé pour les jeunes mères et les enfants, y compris les vaccinations. Les cibles de ce pastorat sont les enfants sous-alimentés et les enfants des familles les plus pauvres. Les travaux des chercheurs ont montré que, malgré sa mission, ce programme ne couvrait pas l'ensemble de la population et que les enfants qui en bénéficiaient le plus n'étaient pas ceux des foyers les plus pauvres ni ceux qui étaient le plus sous-alimentés. Ce programme fonctionnait en dehors du système public existant de soins de santé primaires, était fondé sur le bénévolat et recrutait ses bénévoles à l'intérieur des communautés qui en bénéficiaient. Cette formule place les communautés qui ont les capacités d'organisation et les infrastructures les moins performantes, généralement les communautés les plus pauvres, en position défavorable en ce qui concerne les services offerts.

Ce qui est décrit ici de la situation du Brésil donne à penser que, pour parvenir à l'égalité en matière de performances du système de santé, il faut compléter la couverture universelle par d'autres stratégies visant à permettre aux pauvres de mieux utiliser les services disponibles.

Changement de politique : comment compléter la couverture de santé universelle

C'est dans ce contexte que, en 1994, le gouvernement du Brésil instaura le Family Health Program (Programme de santé familiale) (PSF ou Programa de Saúde da Família) qui visait à réorganiser les services de soins de santé primaires et à améliorer l'accès aux soins pour les pauvres. Les principaux objectifs du PSF étaient d'atteindre l'ensemble de la population, en particulier les pauvres. Ci-dessous deux éléments du programme destinés aux pauvres :

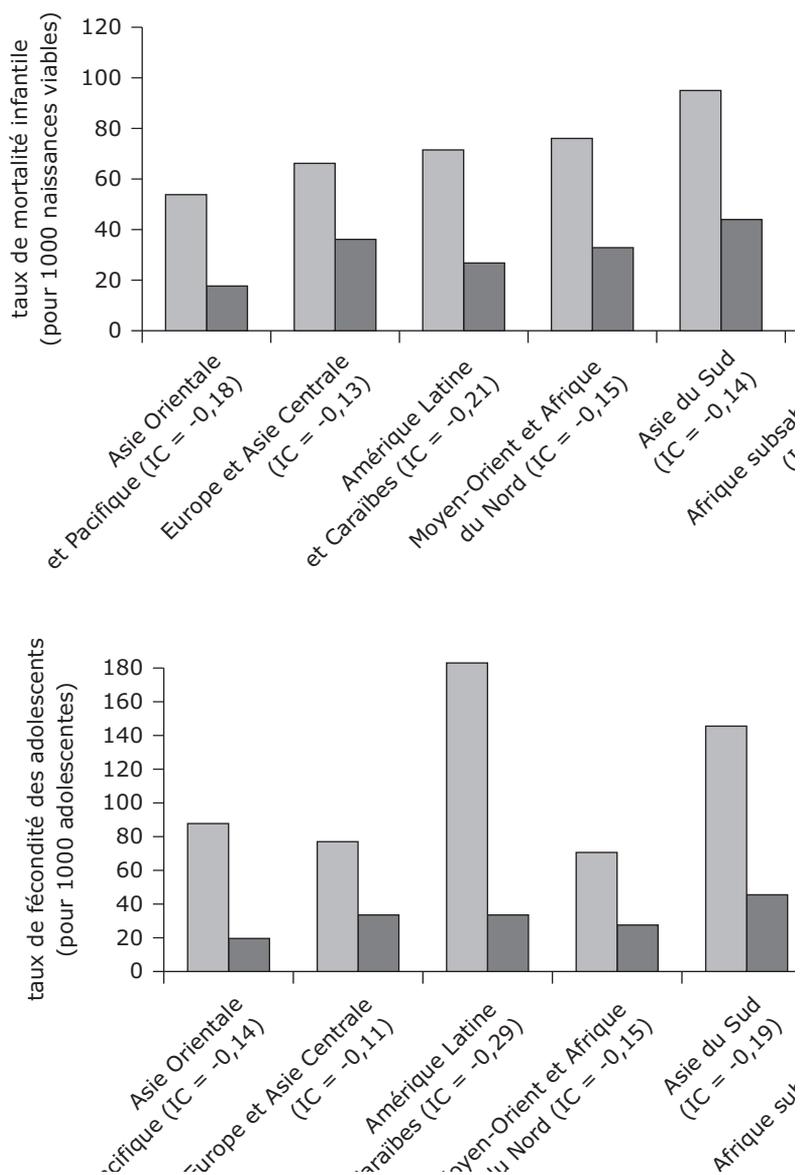
- *Implantation par étapes.* Dans sa mise en œuvre, le programme a d'abord été centré sur les zones les plus pauvres de même que sur celles qui n'avaient jamais eu accès aux services de soins de santé primaires.

- *Travail de proximité.* Les services du PSF étaient assurés par des équipes de santé, chacune ayant pour mission de surveiller la santé de ménages et de familles. Dans cette démarche, ce n'est plus le patient ou la famille qui se rend dans l'établissement de santé pour chercher une solution à un problème particulier, mais l'équipe qui prend directement contact avec les clients en se rendant à leur domicile ou à l'occasion de réunions de la collectivité

Ces équipes avaient été constituées pour faciliter l'identification des facteurs qui représentent de possibles dangers pour la santé de la communauté. Leurs interventions avaient pour objet aussi bien de traiter ces menaces que d'enseigner à la communauté comment les prévenir. Les équipes étaient composées d'un médecin généraliste, d'un infirmier diplômé, d'un aide soignant et de quatre travailleurs sociaux. Le ministère de la Santé allouait une subvention aux municipalités en fonction de leur capacité à couvrir 70 pour cent de la population.

Le PSF a été mis en place par étapes sur l'ensemble du Brésil et, en 1996, on estimait que 49,8 pour cent du territoire était couvert dans le nord-est et 26 pour cent dans le sud-est. En 2003, à Porto Alegre, où le PSF venait d'être mis en place, la proportion de ses emplacements était des plus fortes, alors qu'ils étaient situés dans des zones où se trouvaient les familles du quintile le plus pauvre et où celles du haut de l'échelle étaient une infime minorité (figure 5.1). À Sergipe, où le programme était en place depuis 1996, la plus forte concentration de familles se trouvait dans le quintile le plus pauvre, mais les familles du quintile de revenu le plus élevé participaient également dans une proportion plus grande qu'à Porto Alegre.

Figure 5.1 Répartition des richesses par habitants dan les zones couvertes par le PSF



Source : Neuman et autres 1999

Synthèse

Les programmes universels visent à mettre les services à la disposition de tous mais, assez souvent, ils n'atteignent pas forcément leur objectif. Au Brésil, les programmes universels de vaccination et de soins prénatals mettent en lumière le fait que, pour atteindre les pauvres, il faut mettre en œuvre des actions spécialement conçues pour que les pauvres et les personnes vulnérables puissent plus facilement avoir accès à ces services. Le PSF fournit un excellent exemple de la façon dont on peut améliorer cet accès en ciblant mieux l'objectif des programmes universels. Par comparaison avec les programmes gouvernementaux de vaccination et de soins prénatals évalués et le pastorat ciblé du programme pour enfants, le PSF atteint les pauvres plus rapidement. L'évaluation du PSF montre que si on maintient une forte orientation en faveur des pauvres, si on accentue la prise de conscience par des efforts de pédagogie auprès des individus et de la communauté et si on accroît les services de proximité par des visites à domicile et des implantations bien choisies, le résultat peut être une meilleure participation des pauvres au système de santé. Les études futures qui chercheront à identifier les facteurs qui déterminent les divers comportements face aux services de santé apporteront peut être un éclairage sur ces questions et aideront à améliorer encore l'usage que la population pauvre fait de ces services.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de Barros et autres (2005)



6

Cambodge : Contrats avec les organisations non gouvernementales dans l'intérêt des pauvres

Des années de guerre et de turbulences politiques ont fortement ébranlé les infrastructures de santé du Cambodge, particulièrement dans les zones rurales du pays. Au milieu des années 90, il était évident que le système des soins de santé primaires était insuffisant. Il semble que le personnel paramédical et le personnel de gestion étaient en nombre suffisant, mais leur formation laissait à désirer et ils n'avaient pas le moral. À cette époque, il n'y avait que 4 enfants sur dix, entre 12 et 24 mois, à avoir reçu tous les vaccins.

Changement de politique : Contractualisation avec les ONG

Pour remédier aux insuffisances de son système de santé, le gouvernement cambodgien a obtenu un prêt de la Banque asiatique de développement. Le système des soins de santé primaires a été réorganisé et élargi. Les petits districts administratifs ont été fondus en unités plus grandes et plus viables. On a construit des centres médico-sociaux et rénové les anciens, chacun servant 10 000 habitants. Ces centres dispensaient un ensemble de services préventifs et curatifs entièrement repensé, qui comportait les vaccinations, l'espace des naissances, les soins prénatals, la fourniture d'oligoéléments, les simples traitements pour la diarrhée, les affections de l'appareil respiratoire et la tuberculose. Les contrats avec les organisations non gouvernementales (ONG) internationales, qui étaient chargées

d'assurer les prestations de ces soins primaires, faisaient partie du plan de mise en œuvre. Ce projet-pilote était le plus vaste du genre et comportait une étude de référence, une étude à mi-parcours et puis à l'achèvement.

Pour que ces districts pilotes soient autant que possible comparables, les districts qui recevaient déjà un supplément d'aide pour les soins de santé ne pouvaient pas faire acte de candidature. Le ministère de la santé conclut des contrats avec les ONG dans cinq districts. Aux fins de comparaison, quatre districts dans lesquels le gouvernement était prestataire de services de santé étaient inclus dans l'expérience, qui commença au début de 1999.

Les districts étaient répartis en trois systèmes d'organisation.

- *Sous-traitance externe.* Les contractants étaient responsables sur toute la ligne de la prestation des services de soins. Ils pouvaient également embaucher, licencier et fixer les salaires. Ils se procuraient les médicaments et les fournitures essentiels et en disposaient. Ils étaient responsables de l'organisation et de la dotation en effectifs des établissements de soins.
- *Sous-traitance interne.* Les contractants intégraient le système du ministère de la santé pour en renforcer les structures existantes. Ils ne pouvaient ni recruter ni licencier le personnel de santé, mais ils pouvaient en demander le transfert. Les médicaments et les fournitures étaient acheminés par les voies normales du ministère de la Santé. Les contractants recevaient également un supplément budgétaire nominal pour primes au personnel et dépenses de fonctionnement.
- *Gestion publique.* La gestion des services de soins continuait d'être sous la responsabilité d'une équipe d'agents de santé dépendant des autorités du district. Les médicaments et les fournitures étaient acheminés par les voies normales des pouvoirs publics. Les contractants recevaient également un complément budgétaire minimal pour primes au personnel et frais de fonctionnement.

Les contractants, sélectionnés par une procédure d'appel d'offres international, avaient un contrat de quatre ans assorti d'un forfait annuel par habitant pour assurer des prestations de soins de santé primaires précis. Tous les adjudicataires faisaient partie des ONG internationales et avaient une expérience préalable du Cambodge.

Les districts du régime de sous-traitance devaient acheter leur propre matériel et payer les salaires. Ces éléments étaient inclus dans le budget du

ministère dans le cas des deux autres catégories. Dans les neuf districts tests, la construction, la rénovation, le mobilier et le matériel étaient à la charge du ministère et n'étaient pas imputés sur les budgets des contrats.

Le tableau 6.1 fait apparaître les dépenses de fonctionnement annuelles moyennes par habitant pour les trois dispositifs sur une période de deux ans et demi. Les dépenses plus élevées pour les districts en régime de sous-traitance sont en grande partie attribuables aux salaires plus élevés du personnel.

Tableau 6.1 Dépenses de fonctionnement annuelles moyennes par habitant (dollars US)

Catégorie de dépenses	sous-traitance	sous contrat	pouvoirs publics
Assistance technique des ONG	1.28	0.77	0
Salaires du personnel ^a	1.32	0.55	0.53
Médicaments, fournitures et dépenses de fonctionnement ^b	1.28	1.08	1.12
Total	3.88	2.40	1.65

Source : Schwartz et Bhushan 2005, tableau 8,2.

a. Salaires, primes et autres allocations

b. Médicaments, fournitures, voyage, carburant, par jour, fournitures de bureau, communications, entretien et réparation des bâtiments et des véhicules.

Les responsables des districts avaient des contraintes budgétaires différentes, des valeurs de référence différentes pour la couverture et la distribution des prestations et éventuellement des différences dans les tranches de la population, autant d'éléments qui pesaient probablement sur les décisions d'affectation de ressources. La méthodologie de l'enquête tenait compte de ces facteurs et d'autres connexes pour isoler l'effet de ces contrats sur les prestations de services de santé destinés aux pauvres

Synthèse

La recherche comportait les questions suivantes :

- Est-ce que les prestations de soins de santé primaires étaient aussi également distribuées avant et après l'essai de contractualisation ? Lequel des dispositifs permettait d'atteindre le mieux les pauvres ?
- Quels facteurs autres que la richesse ont une incidence sur la distribution équitable de la prestation des services ? Est-ce que les prestations de service sont meilleures pour les pauvres que pour

les riches dans les districts sous contrat ou dans ceux gérés par les pouvoirs publics ?

Les réponses à ces questions étaient obtenues par le truchement d'enquêtes auprès des ménages, de comparaisons entre les groupes tests et les groupes témoins, et par la mesure des résultats fournie par des indicateurs objectifs.

Enquêtes auprès des ménages

Avant que les centres ne soient construits et les équipements achetés, le gouvernement lança en mai-juin 1997 une enquête initiale préalable à la contractualisation auprès des ménages dans les districts ruraux qui étaient candidats. Une enquête de suivi auprès des ménages fut organisée en juin-août 2001 deux ans et demi après que les contrats eurent été mis en place.

En plus des informations sur la vaccination des enfants, les soins prénatals et les accoucheurs, on collecta des données dans l'échantillon sur les caractéristiques socioéconomiques et démographiques, et également sur l'usage que tous les habitants faisaient des services de soins curatifs. Dans les deux enquêtes, les ménages comptaient en moyenne cinq à six personnes. Au total, chacune des enquêtes concerna plus de vingt mille personnes. Les informations recueillies constituent un ensemble unique de données pour effectuer des comparaisons relatives à l'équité de la distribution des services de soins de santé primaires fournis par les contractants et par les pouvoirs publics.

Les données de l'enquête initiale ont servi à mettre au point des indicateurs pour chaque district et à fixer des objectifs pour améliorer la couverture des services de santé. Au nom de l'équité, la moitié la plus pauvre de la population de tous les districts devait avoir accès aux services de santé.

Les indicateurs de soins de santé

Les indicateurs utilisés pour mesurer la couverture des services de santé sont conformes aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD) fixés par les Nations Unies et aux documents de stratégie de la Banque mondiale pour la réduction de la pauvreté (DRSP), dont les objectifs sont les soins préventifs aux enfants et aux jeunes mères (tableau 6.2).

Les districts sous contrat réussissaient mieux que ceux qui étaient gérés par les pouvoirs publics à inverser la distribution des services de soins de santé, à rendre plus équitable une distribution qui, au départ, favorisait ceux qui n'étaient pas pauvres.

Tableau 6.2 Indicateurs de services de santé. Définitions et objectifs de couverture

Indicateur	Définition	Objectif de couverture (pourcentage)
Enfant ayant eu toutes les vaccinations	Enfants de 12 à 23 mois entièrement immunisés	70
Vitamin A	Forte dose de vitamine A administrée deux fois au cours des 12 derniers mois à enfants de 6 à 59 mois	70
Soins prénatals	Au moins deux consultations pour soins prénatals avec prise de tension au moins une fois chez des femmes ayant accouché l'année précédente.	50
Accouchement assisté par professionnel qualifié	Pour les accouchements de l'année écoulée, l'accoucheur était une infirmière qualifiée, une sage-femme, un médecin ou un auxiliaire de santé.	50
Accouchement dans un établissement de santé	Accouchement dans un établissement de santé privé ou public au cours de l'année précédente.	10
Recours à méthode d'espacement des naissances	Femmes ayant un enfant de 6 à 23 mois et utilisant actuellement une méthode moderne d'espacement des naissances	30
Connaissance des méthodes d'espacement des naissances	Femmes qui ont accouché au cours des 24 mois précédents et qui sont au courant d'au moins quatre méthodes modernes d'espacement des naissances et qui savent où se procurer ce qu'il faut.	70
Recours aux établissements publics de santé	Utilisation des établissements publics de santé (hôpital de district ou centre de soins de santé) en cas de maladie au cours des quatre semaines précédentes.	en augmentation ^a

Source : Schwartz et Bushan 2005, tableau 8.4.

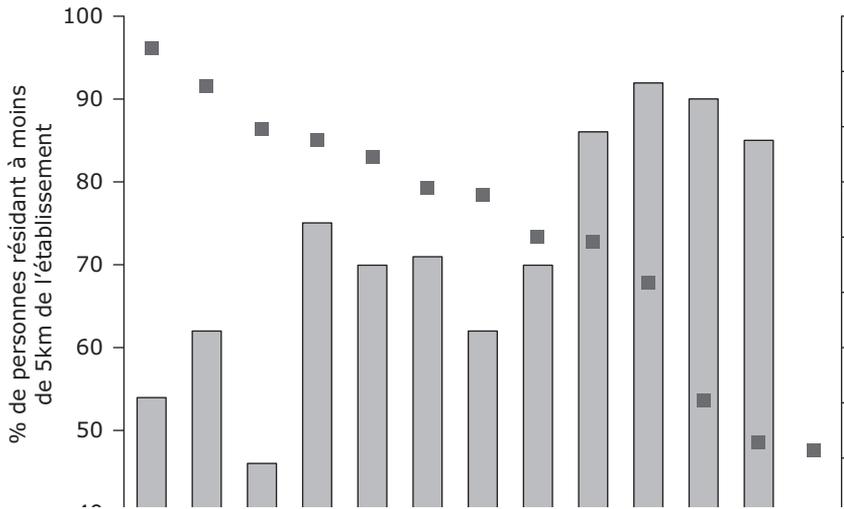
a.. Objectif de pourcentage non précisé.

L'enquête de base de 1997 montrait que, dans tous les districts, la distribution des services était inéquitable, et que c'était le plus souvent au détriment des pauvres. Il n'y avait qu'un seul indicateur, celui qui portait sur l'utilisation des établissements publics de soins pour maladies, dans un seul district, à marquer un net avantage pour les pauvres. Les autres indicateurs qui, avant la contractualisation, traduisaient un avantage pour les pauvres, avaient trait aux vaccinations, au recours à un accoucheur formé, à l'information sur l'espacement des naissances et à la mise en pratique. Dans les deux districts sélectionnés pour la sous-traitance, cinq des huit indicateurs accusaient la plus grande inégalité sur les neuf districts.

En 2001, la distribution des services des soins de santé semblait avoir basculé vers une répartition plus équitable, moins favorable aux riches sur l'ensemble des neuf districts, mais à quelques exceptions près, elle n'était pas en faveur des pauvres. Dans tous les districts sous contrat, on notait une distribution plus équitable. Cependant, dans trois des quatre districts gérés par les pouvoirs publics, l'avantage était toujours du côté des riches dans tous les secteurs et la tendance s'était accentuée depuis l'enquête de départ de 2001.

En 2003, les districts sous contrat obtenaient de meilleurs résultats que ceux sous gestion des pouvoirs publics, les indices de concentration indiquant une distribution des services des soins de santé plus équitable ou plus favorable aux pauvres (figure 6.1). Il y avait une évolution vers un schéma de distribution plus favorable aux pauvres dans les districts sous contrat, à deux exceptions près (vitamine A dans les districts faisant appel à la sous-traitance externe et accouchements dans les établissements de santé dans les districts faisant appel à la sous-traitance interne). Quant aux districts sous gestion publique, on ne constatait une évolution en faveur des pauvres que pour les programmes verticaux (vaccination, vitamine A et méthodes modernes d'espacement des naissances) et ces progrès étaient plus faibles que dans les districts sous contrat. Les districts sous gestion publique évoluaient vers une distribution encore moins favorable aux pauvres dans les prestations assurées dans les établissements de santé : soins prénatals, accouchements assistés par professionnels qualifiés, accouchements dans les établissements de santé et recours à ces établissements en cas de maladie.

Figure 6.1 Évolution des indices de concentration, 1997-2003



Source : Schwartz et Bhushan 2005.

Notes : VCE = vaccination complète des enfants ; VITA = vitamine A ; SPN = soins prénatals ; AAAQ = accouchement assisté par accoucheur qualifié ; ADES = accouchement dans un établissement de santé ; MMEN = méthodes modernes d'espacement des naissances ; CMMEN = connaissances des méthodes modernes d'espacement des naissances ; RESM = recours aux établissements de santé en cas de maladie.

L'étude de la contractualisation est limitée parce qu'elle ne permet pas de percevoir les différences dans les motivations, dans les décisions d'affectation des ressources, dans les incitations, ni dans la façon dont les services sont assurés et suivis par les dirigeants. Ces carences expliquent peut-être dans une certaine mesure les différences que l'on observe entre les districts sous contrat et ceux sous gestion publique.

Sans recherches plus approfondies, on ne peut qu'avancer des hypothèses sur les raisons des résultats contrastés. Il se peut que les cadres des ONG aient été mieux formés que leurs homologues locaux aux méthodes de gestion, de mise en oeuvre, de contrôle et de suivi des actions en direction des pauvres. Il se peut que les cadres des ONG aient espéré des récompenses personnelles s'ils atteignaient tous les objectifs qui leur avaient été fixés. C'était pour eux la première expérience de contractualisation sur une grande échelle et on avait peut-être affecté au Cambodge des dirigeants confirmés pour accroître les chances de réussite et

pour qu'il y ait une suite à ces contrats. Des questions de cet ordre demandent des recherches plus approfondies, en particulier sur d'autres projets de contractualisation à grande échelle.

En conclusion, l'expérience du Cambodge, qui consiste à venir en aide aux pauvres par le truchement de la contractualisation, est difficile à généraliser à d'autres pays. La pénurie d'infrastructures et le fait que, dans les zones rurales, les agents de santé du gouvernement soient fermés aux évolutions au départ de l'expérience de contractualisation, a conduit à concevoir des approches innovantes telles qu'une redéfinition des districts opérationnels et un essai de nouvelles méthodes de prestation de services pour reconstruire le système de soins de santé primaires. La même situation se retrouve dans les zones urbaines à forte densité de population de quatre grandes villes du Bangladesh et dans les zones rurales d'Afghanistan et du Pakistan. Les résultats d'une expérience de contractualisation à grande échelle dans ces pays serait éclairante pour savoir si l'expérience du Cambodge peut effectivement servir de modèle à d'autres pays en développement.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de Schwartz et Bushan (2005)

7

Cambodge : Fonds d'équité de santé pour les pauvres

À la fin des années 80, sur les conseils de grandes agences internationales, les ministères de la Santé des pays en développement ont de plus en plus instauré le principe de la quote-part à la charge des usagers dans leurs établissements de santé pour faire face à des situations financières de très grande difficulté. Sur le papier, les plans des ministères comportaient des dispositions qui en exemptaient les pauvres et ces dispositions étaient parfois effectives. Mais, assez souvent, elles ne l'étaient pas. L'application de ces dispositions dépassait rarement la distribution de circulaires aux établissements de santé. Les prestataires de première ligne avaient tendance à ne tenir aucun compte de ces circulaires ou à en faire une interprétation restrictive, surtout lorsqu'une part importante de ce ticket modérateur revenait à l'établissement et représentait une source de revenu dont les agents de santé avaient grand besoin. Dans ce paysage social, les exemptions accordées étaient peu nombreuses, ce qui faisait que les pauvres payaient cette redevance au même titre que tout le monde.

La solution la plus évidente à ce problème — dédommager les prestataires de services pour le manque à gagner que représentaient les soins donnés aux pauvres — se heurtait à des difficultés également évidentes, dont le coût. Comme nous l'avons noté, si les gouvernements avaient été séduits par cette participation financière des usagers, c'était en grande partie parce que c'était une source possible de revenus, mais dans la mesure où ces revenus restaient au niveau de l'établissement, cela ne changeait pas les ressources des ministères de la Santé. Peu de ministères

estimaient pouvoir se permettre la dépense supplémentaire de dédommager les établissements pour le manque à gagner que représentaient les exonérations. Les défis logistiques étaient également un facteur important. Même si les ministères avaient été disposés à supporter ce coût, la plupart se seraient trouvés confrontés aux formidables défis de mettre au point un système pour vérifier l'exactitude et l'honnêteté des demandes de remboursements présentées par les établissements et de transférer rapidement les fonds aux intéressés.

Le Cambodge était l'un des nombreux pays qui se trouvaient confrontés à ce problème. Son système de santé avait été pratiquement détruit sous le régime des Khmers rouges dans les années 70 et pendant la guerre civile qui s'ensuivit. La reconstruction s'était révélée difficile, le ministère étant incapable d'assurer de façon régulière l'apport de fonds nécessaires aux établissements excentrés. Donc, en 1997, le système du ticket modérateur fut instauré. Pour compléter les salaires et couvrir les dépenses de fonctionnement, les dirigeants des établissements conservaient la majeure partie de ce revenu. Le gouvernement cambodgien avait pris un décret exemptant les pauvres, mais les exemptions n'avaient pas été nombreuses. Les charges qui, de ce fait, pesaient sur les pauvres étaient un sujet de préoccupation majeur.

Changement de politique : les fonds d'équité de santé

Devant cette situation, de nombreuses organisations extérieures non gouvernementales (ONG) commencèrent à expérimenter d'autres modes de financement de la santé dans les zones où elles exerçaient leur activité. Parmi les solutions que cette expérimentation a dégagées, il y avait un « fonds d'équité de santé » (FE), organisme fonctionnant indépendamment du système de santé, dont la mission était d'identifier les personnes ayant particulièrement besoin d'aide financière pour se faire soigner, notamment à l'hôpital, et qui rémunérait les prestataires pour les soins offerts aux démunis.

À la fin de 2006, 26 FE étaient opérationnels, chacun étant autonome. Ils ont tous les mêmes caractéristiques de base mentionnées ci-dessus, c'est-à-dire indépendance, repérage des pauvres et remboursement des frais de santé aux prestataires en leurs noms. Il sont toutefois d'une très grande diversité.

Comment sont-ils gérés ?

Si quelques-uns sont administrés directement par des agences internationales, la plupart sont gérés par des ONG cambodgiennes. Il y a plusieurs sortes d'ONG à être impliquées dans l'opération. Par exemple, certaines sont des organisations nationales préexistantes ; d'autres sont locales et ont été créées spécialement pour gérer les FE. Dans un cas au moins, (district de Kirivong), des moines bouddhistes de la pagode locale jouent un rôle éminent dans l'agence de gestion.

Qui sont les ayants droit ?

Tous les FE prennent appui sur certaines caractéristiques précises des ménages pour désigner ceux qui ont droit au soutien. Cependant, les procédures de définition des caractéristiques ont généralement un caractère beaucoup moins officiel que les procédures alternatives d'enquête de ressources (comme celles décrites pour le programme PROGRESA en Colombie et au Mexique, respectivement chapitres 9 et 14) qui, pour définir les éléments qui caractérisent le plus la pauvreté, prennent appui sur les analyses statistiques des données d'enquêtes faites auprès des ménages. Plus fréquemment, en ce qui concerne les signes extérieurs de pauvreté au Cambodge, ce sont les avis des observateurs locaux bien informés qui sont pris en compte. Les caractéristiques le plus souvent retenues sont le métier et la situation du chef de famille, le nombre de personnes à charge, la propriété foncière, le matériau de construction du logement et la possession d'actifs productifs.

Une fois que la liste des caractéristiques a été dressée, les gens qui sont en situation de précarité au regard de certaines de ces caractéristiques sont jugés comme ayant droit au soutien des FE. Dans certains cas, on établit plus d'un niveau de pauvreté. Il y a les personnes jugées « très pauvres » et qui ont droit à une aide plus importante que ceux classés dans la catégorie des « pauvres ».

Identification des ayants droit

Une fois définis les critères d'aide des FE, il faut identifier les personnes qui répondent à ces critères, ce qui se fait soit passivement soit activement.

L'identification passive consiste à déterminer l'état de pauvreté d'un individu dès qu'il se présente à l'établissement de santé. Ce sont

généralement les membres des FE présents dans l'établissement du réseau qui procèdent à cette évaluation. Si un patient qui se présente à l'accueil de l'établissement n'a pas d'argent pour payer son admission, la personne qui est à l'accueil l'adresse à un membre du FE, qui lui pose toute une série de questions sur sa situation. Si les réponses indiquent que le patient est pauvre conformément à la définition de la pauvreté, le représentant du FE prend des dispositions pour que la personne puisse bénéficier du programme. Les représentants du FE se rendent souvent dans les salles de l'établissement pour voir s'il y a des patients qui remplissent les conditions de la prise en charge — par exemple des patients qui n'ont pu payer les droits d'admission qu'en empruntant de grosses sommes ou en vendant des actifs productifs. Lorsque cela est possible, les membres du FE se rendent au domicile des bénéficiaires une fois qu'ils ont quitté l'établissement de santé. Cela leur permet de vérifier leur situation financière et de leur apporter le réconfort de la collectivité.

L'identification active, que l'on appelle également la préidentification, repose sur une enquête qui porte sur la population d'un district pour déterminer à l'avance les personnes dont l'état de pauvreté justifie qu'ils bénéficient de l'aide des FE. Celles qui répondent aux conditions reçoivent un document à leur nom qu'elles présentent à leur arrivée à l'établissement de santé du réseau. Dans certains cas, l'enquête est effectuée par des enquêteurs extérieurs qui utilisent des questionnaires officiels. Dans d'autres, la procédure est considérablement simplifiée : on prend appui sur ce que savent les dirigeants respectés de la communauté.

Les deux approches ne sont pas incompatibles et certains FE combinent les deux, chacune ayant fait la preuve qu'elle avait des avantages et des limites. Les partisans de l'approche passive soulignent sa simplicité, son coût peu élevé, le fait qu'elle est bien acceptée des gens des zones couvertes et qu'elle peut être appliquée sans que la période assez longue de mise en place de la préidentification soit nécessaire, sans parler de l'effort considérable qu'il faut déployer pour la tenir à jour. Ils reconnaissent en même temps que la stratégie passive risque de passer à côté de tous ceux qui, n'étant pas au courant qu'il existe un soutien financier possible, hésitent à venir dans un établissement de santé. Les adeptes de l'identification active soutiennent que la plus grande complexité de cette approche et son coût plus élevé sont plus que justifiés par le fait qu'elle est plus exacte et sa ouverture des pauvres est plus étendue. Le tableau 7.1 apporte des informations sur les procédures d'identification et sur les critères qui permettent de repérer les bénéficiaires dans quatre FE situés dans des hôpitaux du Cambodge.

Proportion de la population pouvant prétendre à l'aide

L'application des procédures d'identification des ayants droit a abouti à des pourcentages variables de la population pouvant prétendre au soutien des FE. Cela traduit en partie les différences de situations économiques des districts ainsi que les différences de procédures. En général, le pourcentage allait de 12 à 25 pour cent du total. Ces chiffres sont, dans la plupart des cas, bien en dessous des 35 à 75 pour cent de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté qui est de 1 dollar par jour.

Services couverts

Les services qui bénéficient de l'aide des FE sont dispensés par les établissements publics. La plupart des FE attribuent leur aide avant tout ou exclusivement pour couvrir les frais de soins dans les hôpitaux de district, qui sont beaucoup plus élevés que les frais de soins de santé primaires assurés dans les établissements de premier niveau et donc bien au-dessus des moyens des patients pauvres. Certains FE ont commencé à élargir le cadre de leurs activités et à inclure les frais de soins primaires assurés dans les établissements de premier niveau.

Avantages offerts

L'avantage le plus fréquemment offert est le paiement du ticket modérateur des ayant droit à l'aide. Il s'agit souvent de la totalité de la somme, mais il y a d'autres cas de figure. Il arrive, par exemple, que la proportion de la redevance couverte varie selon le degré de pauvreté du patient. Certains FE vont au-delà et couvrent les frais de transport et de repas, ainsi que d'autres frais, si besoin.

Coût

En moyenne, le coût annuel de fonctionnement des FE est de l'ordre de 0, 50 dollars US par ayant droit. Toutefois, ce chiffre varie grandement en fonction des avantages offerts, de l'approche utilisée pour identifier les bénéficiaires et d'autres éléments.

Tableau 7.1 Procédures et critères d'identification des plus pauvres dans quatre FE

	Svay Rieng	Pearang	Kirivong	Sotnikum
Procédure d'identification				
Méthode d'identification	Evaluation des ménages	Evaluation des ménages	Evaluation des ménages	Evaluation des ménages
Lieu de sélection	Ménage	Ménage	Village	Bureau hôpital ONG
Moment de la sélection	Ex ante	Ex ante	Ex ante	Au moment de la maladie
Processus de sélection	Pré-identification Vérification (moyen de contrôle supplétif des ressources) (base de données)	Pré-identification Vérification (moyen de contrôle supplétif des ressources) (base de données)	Approbation de la pré-identification sur liste des ayants droit visée par le chef des moines	Identification passive (moyen de contrôle supplétif des ressources) au moment de la maladie, à l'hôpital, par personnel ONG locale
Outil de sélection	Questionnaire officiel noté	Questionnaire officiel noté	Liste officielle de critères pour ciblage communautaire	Informel ; entretien non officialisé
Attestation de droit	Base de données des attestations de droit aux fonds	Base de données des attestations de droit aux fonds	Liste des ayants droit à un bon (validité limitée)	Aucun (sauf enregistrement dans les livres des ONG)
Autre processus	Identification passive au moment de la maladie, à l'hôpital, par personnel hospitalier	Identification passive au moment de la maladie, à l'hôpital, par personnel hospitalier	Lettre de certification signée du moine chef de la pagode	Aucun

Tableau 7.1 (suite...)

	Svay Rieng	Pearang	Kirivong	Sotnikum
Critères				
Caractéristiques des ménages	Profession du chef de famille Situation de famille Nombre d'enfants < 18 ans Nombre de personnes âgées à charge	Profession du chef de famille Situation de famille Nombre de personnes à charge	Nombre de personnes à charge (autres critères)	Situation de famille Nombre de personnes handicapées Nombre de personnes à charge Nombre d'enfants qui travaillent
État de santé	Non pertinent	Durée d'une grave maladie au cours de l'année précédente	Non pertinent	Maladie chronique dans le ménage
Actifs productifs et possessions	Type d'habitation Moyen de transport Superficie de la terre Nombre de vaches, de buffles et de porcs	Toit et mur et m2/ personne Superficie de terre productive Matériel électronique Moyens de transport Éléments d'actif agricole et bétail	Type d'habitation Superficie des terres arables Moyens de transport (autres critères) Animaux de ferme (autres critères) Matériel électronique (autres critères)	Superficie de la terre / rizières Actifs productifs
Revenu / dépenses	Non pertinent	Revenu monétaire / dépenses Dépenses de santé au cours de l'année précédente	Revenu du ménage	Manque de sécurité alimentaire
Autres	Non pertinent	Non pertinent	Non pertinent	Apparence et capital social
Scoring	Score / critère et seuil	Score / critère et seuil	Non pertinent	Non pertinent

Source de financement

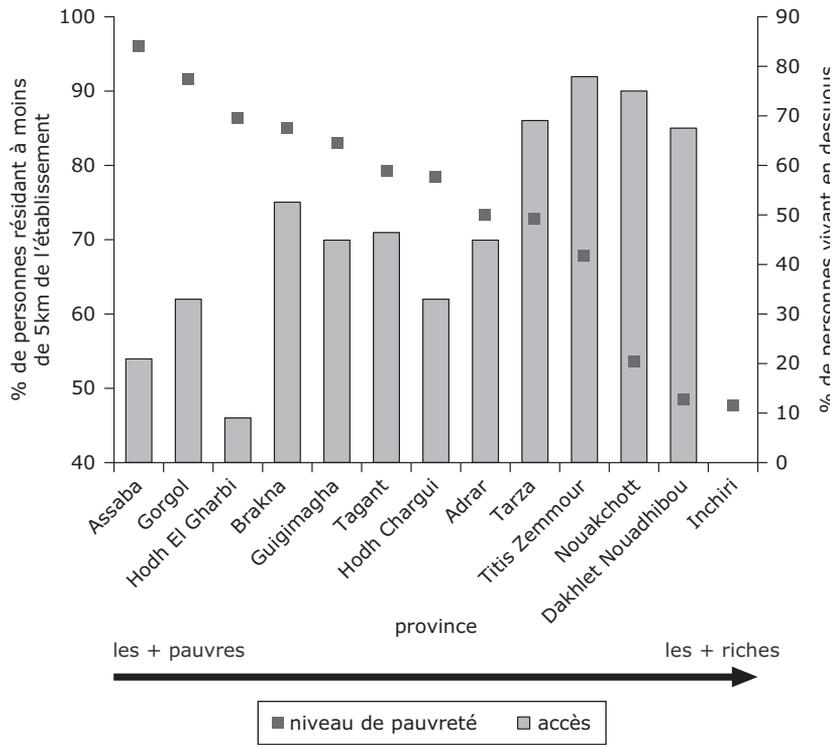
Les fonds nécessaires pour couvrir ces dépenses viennent principalement d'organismes extérieurs. Ceux-ci et les ONG qui en étaient les destinataires ont également joué un rôle majeur dans l'instauration des FE et dans les réformes importantes dont ces fonds étaient un élément. Exception notable à ce mode de financement : le district de Kirivong, mentionné ci-dessus, où les pagodes bouddhistes ont participé à l'administration du projet et également aidé à recueillir des fonds en sollicitant les familles aisées de la région du projet.

Synthèse

Au cours des deux ou trois premières années, la plupart des FE pour lesquelles nous disposons de statistiques ont enregistré un accroissement du nombre de personnes se faisant soigner dans les hôpitaux avec le soutien des FE. À la fin de 2004, dernière période pour laquelle nous disposons de données, le nombre de bénéficiaires de l'aide des FE allait de moins de 10 pour cent de tous les patients des hôpitaux concernés à plus de 50 pour cent.

Pour avoir des données sur les hospitalisations des patients qui bénéficiaient de l'aide des FE et de ceux qui n'en bénéficiaient pas dans quatre hôpitaux avec FE intégrés (Sotnnikum, Sway Rieng, Pearang et Kirivong), entre le troisième trimestre 2000 et le dernier trimestre 2004, on peut se reporter à la figure 7.1. On note une augmentation du nombre des patients dans trois cas après que les FE furent instaurés (Sotnnikum et Sway Rieng) ou après que des attestations de droit aux FE furent délivrées (Pearang). D'après les données relatives aux trois derniers hôpitaux, il semble que les patients bénéficiant de l'aide des FE n'avaient jamais consulté avant faute de moyens. Si on peut supposer que l'instauration de FE a eu des incidences sur le nombre de patients de ces trois hôpitaux, le nombre de ceux se faisant soigner à l'hôpital de Kirivong était trop faible pour que l'on puisse en tirer des conclusions quant à l'impact du FE sur la fréquentation de l'hôpital dans cette zone.

Figure 7.1 Hospitalisations de bénéficiaires et de non bénéficiaires de FE dans les quatre hôpitaux avec FE intégrés



Source : Noirhomme et autres 2007

Bien que les FE n'aient pas encore été évalués avec la même rigueur que d'autres projets en matière d'équité de santé, il semble qu'ils aient rempli leur mission, qui était d'atteindre les couches les plus pauvres de la population du Cambodge. Dans un FE rural (Sotnikum), plus de 90 pour cent des patients étaient des pauvres ou des très pauvres, contre 60 pour cent sur l'ensemble du Cambodge et 75 pour cent dans le district de cet établissement. Dans un autre (Kirivong), les bénéficiaires du FE étaient nettement plus pauvres que les autres habitants du district quel que soit le critère retenu : métier, alphabétisation, revenu, propriété foncière, et autres. Ce qui tend à corroborer ce point de vue, ou au moins permet de le supposer, c'est que les données indiquent que le nombre d'utilisateurs payants de l'hôpital est demeuré stable tandis que le nombre de bénéficiaires du FE s'est accru, ce qui donne à penser que les gens aisés continuaient à se soigner à leurs frais plutôt qu'à faire appel aux FE.

Les 26 FE établis à la fin de 2006 couvrent environ un tiers des 76 districts opérationnels de santé. Le concept de FE a reçu un solide appui des pouvoirs publics et fait maintenant partie de leur stratégie de réduction de la pauvreté. Cela et l'intérêt que les donateurs continuent de porter à cette idée permettent d'espérer que le nombre de districts couverts par les FE va connaître un accroissement significatif dans les années qui viennent.

Note

1. Ce chapitre prend essentiellement appui sur une série d'articles publiés dans la revue *Health Policy and Planning* : Noirhomme et autres (52007) ; Jacobs et Price (2006) et Hardeman et autres (2004)

8

Chili : programme d'actions intégrées pour les pauvres

Dans le courant des années 90, le produit intérieur brut a augmenté pour atteindre un taux annuel de près de 5%. Cette croissance associée à la stabilité de la distribution des revenus ont fait que la proportion de pauvres a baissé de plus de la moitié (passant de 33 pour cent à 15 pour cent de la population). Il faut cependant noter que tous les pauvres ne profitèrent pas également de cette situation. En particulier, les plus pauvres d'entre eux restèrent en majorité sur le bord du chemin. La proportion d'extrême pauvreté stagnait obstinément à environ 5 à 6 pour cent de la population.

À ces gens et à ces familles d'une extrême pauvreté, il manquait beaucoup plus qu'un revenu décent. Ils n'avaient pratiquement pas d'instruction non plus, étaient très mal logés et avaient des problèmes de santé. Par exemple, parmi les enfants nés de mère appartenant à la tranche des 5 pour cent qui n'avaient aucune instruction, le taux de mortalité infantile était de 35 pour 1000 naissances viables alors que la moyenne nationale était inférieure à 10.

Ces facteurs étaient renforcés par les préjugés sociétaux qui excluaient souvent les pauvres de l'ensemble d'une bonne partie de la vie de la cité. Le segment de la population qui n'avait pas le droit de vote était également privé du soutien et de la protection contre le risque qu'apportaient généralement les familles, les associations de quartier et autres réseaux informels. Au-delà de ces facteurs matériels et sociaux, il y avait des problèmes psychologiques : manque de confiance, piètre opinion de soi, méfiance à l'égard des institutions sociales et peu d'intérêt pour les projets.

Pour traiter les problèmes de la pauvreté, le gouvernement chilien avait précédemment mis en place toute une série de programmes d'aide sociale soumis à des conditions de ressources. Cette aide destinée aux pauvres était financée par l'État et portait sur l'accès à l'eau, l'assurance maladie et les allocations de pension. Mais, tout en étant relativement efficaces par comparaison avec ceux des pays voisins, ces programmes n'atteignaient pas, comme il aurait fallu, les ménages les plus pauvres du Chili. Cela tenait, dans une très large mesure, au fait que les plus pauvres ne se manifestaient pas et ne participaient pas aux programmes. S'ils ne participaient pas, c'était essentiellement parce qu'ils n'étaient pas informés de l'existence de ces programmes ou de la réglementation, parce qu'ils n'avaient pas confiance dans les services des pouvoirs publics ou qu'ils craignaient la discrimination. Il y avait un autre facteur, c'était que les organismes prestataires, dont l'action envers les pauvres n'était qu'une de leurs missions parmi d'autres, étaient insuffisamment incités à rechercher les familles indigentes difficiles à trouver.

Changement de politique : Chili Solidario

Peu après sa venue au pouvoir au début des années 2000, le gouvernement de Ricardo Lagos décida en première priorité de s'attaquer à ces problèmes pour améliorer le sort des 225 000 ménages les plus pauvres du Chili. À cette fin, après beaucoup de discussions et d'expérimentations, le gouvernement adopta une approche qui faisait généralement consensus, mais qui était rarement mise en pratique, à savoir une stratégie intégrée qui traitait sérieusement toutes les dimensions de la pauvreté en s'attaquant simultanément aux différentes formes de la misère qui frappait les pauvres. Il en résulta une initiative s'appela Chili Solidario (Le Chili Solidaire).

Comment identifier les situations d'extrême pauvreté

Comme pour d'autres initiatives en Amérique latine et ailleurs, les ménages ayant droit de participer au programme Solidario ont été identifiés par une enquête sur la situation socio-économique, c'est-à-dire une approche quantitative basée sur un recensement ou une enquête de grande ampleur pour déterminer les caractéristiques du ménage qui sont les signes les plus évidents de la pauvreté. Dans le cas du Chili, un test de cet ordre existait déjà et les renseignements étaient collectés par le biais d'une enquête gouvernementale semestrielle portant sur les ménages et ayant un

caractère socioéconomique. (Cette enquête était désignée par le sigle espagnol CASEN). Dans la version utilisée à l'époque du lancement de Solidario, les réponses à 13 questions regroupées sous quatre rubriques –logement, emploi, éducation, revenu-patrimoine – étaient agencées de façon à classer chaque ménage, ce qui permettait de fixer un score seuil ou plafond séparant les ménages les plus pauvres, qui avaient droit de participer au programme Solidario, des ménages aisés, qui n'y avaient pas droit. Le résultat était une liste de contrôle (intitulée CAS d'après le sigle espagnol), qui comportait ces 13 questions. Les travailleurs sociaux se servaient de cette liste pour mener leur enquête, classer les ménages et inviter ceux qui se situaient en dessous du seuil à participer au programme.

Création et mise en œuvre du plan de développement des ménages

Première étape de la participation : les chefs des familles sélectionnées doivent donner leur accord pour participer avec un conseiller soutien familial de Solidario à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de développement des ménages couvrant tous les membres de la famille. L'objectif de ce plan est de remplir les 53 conditions minimales dans sept domaines de la vie familiale, qui sont, en plus de la santé, l'identification des personnes (c'est-à-dire la possession de papiers d'identité de base), l'éducation, la dynamique familiale, les conditions de logement, l'emploi et le revenu. (L'encadré 8.1 présente les conditions minimales à remplir en matière de santé et dans les six autres domaines.)

Le contenu des plans variait en fonction de la situation de chaque famille. Un plan pour une famille ayant un bon niveau d'instruction, dont les membres sont sans travail, pourrait accorder la première priorité à l'emploi, tandis que, pour une autre, où règne la mésentente, le plan pourrait être centré sur la dynamique familiale.

Une fois que le plan avait été mis au point et avait recueilli l'accord de tous, le support familial Solidario aidait la famille à le mettre en pratique. L'essentiel du soutien portait sur les deux principales composantes du programmes décrites ci-dessous : en premier lieu, aider les membres de la famille à avoir accès à tout l'éventail des dispositions du programme, dont beaucoup existaient avant, conçues pour répondre aux besoins de la famille ; en second lieu, intégrer les familles dans le système de paiement des subsides auxquels elles avaient droit pendant la durée de leur participation au programme.

Le soutien, d'une durée limitée, comportait deux phases. La première, intensive, durait deux ans. La seconde, qui était la phase de suivi, durait trois ans. Pendant la première phase, le conseiller se rendait régulièrement dans les familles, une fois par semaine les deux premiers mois, moins fréquemment ensuite. Au cours de ces visites, il aidait la famille à développer son plan, à identifier les services dont elle avait besoin et à les obtenir ainsi qu'à faire les démarches pour toucher les subsides. Il apportait également d'autres soutiens socio-psychologiques. Au cours de la seconde phase, le conseiller n'intervenait plus, mais les familles continuaient à bénéficier prioritairement des services dont elles avaient besoin et à percevoir les subsides. Après la seconde phase, au terme de laquelle la famille avait participé au programme pendant une durée totale de cinq ans, tout soutien cessait ; et si le programme avait été une réussite, la famille était armée pour prendre son essor et échapper à la pauvreté sans aide supplémentaire.

Encadré 8.1 *Exemples des conditions minimales que devaient remplir les participants au programme Solidario du Chili*

Santé

- La famille doit être intégrée au système de soins de santé primaires.
- Les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans devront se soumettre à un bilan de santé et à d'autres formalités conformément aux directives du ministère de la santé.
- Les personnes âgées et celles atteintes de maladies chroniques devront être suivies par un médecin.
- Les personnes handicapées physiques qui pourraient bénéficier d'une rééducation devront participer à un programme de rééducation adapté.
- Tous les membres des familles devront recevoir une information personnelle sur les soins de santé.

Autres domaines

- *Identification personnelle.* Tous les membres de la famille devront posséder une carte d'identité délivrée par l'état civil (condition préalable pour bénéficier de nombreux services sociaux).

- *Éducation.* Les enfants, dont les mères travaillent, et qui sont dans des familles où il n'y a pas d'autres adultes pour s'occuper d'eux, devront aller dans une garderie.
- *Éducation.* Les adultes et les enfants de plus de douze ans devront savoir lire et écrire, ou alors suivre un programme d'enseignement conçu pour faire acquérir ces aptitudes.
- *Dynamique familiale.* Les membres d'une famille devront se donner comme règle de se concerter tous les jours sur un certain nombre de sujets, notamment sur la routine de leur vie et sur les emplois du temps.
- *Dynamique familiale.* Les tâches ménagères devront être réparties équitablement.
- *Dynamique familiale.* La famille devra être informée des ressources de la collectivité et des programmes de développement que proposent les réseaux locaux, comme les clubs sportifs, les clubs du troisième âge et les foyers sociaux.
- *Logement.* Le statut juridique de la propriété ou de la location de l'habitation de la famille devra être défini clairement.
- *Logement.* La famille devra avoir accès à de l'eau claire, à une source d'énergie convenable, à un système d'égout et d'évacuation des eaux usées satisfaisant.

Établir des liens entre les participants et les programmes et les services

Comme nous l'avons noté, le Chili avait déjà mis en place des programmes sociaux destinés aux pauvres. Mais ils étaient le plus souvent abordés de façon passive, c'est-à-dire qu'ils étaient à la disposition de ceux qui demandaient, mais ne cherchaient pas à aller vers les gens ni à les encourager à utiliser les programmes. Cette passivité, associée au manque d'information et à la méfiance des familles indigentes, dont nous avons déjà parlé, expliquait le peu de participants à ces programmes.

La responsabilité principale des conseillers du programme Solidario était de changer cette approche en veillant à ce que les familles avec lesquelles ils travaillaient fussent au courant de l'existence des programmes qui répondaient à leurs besoins et y participent. À cette fin, ils jouaient le rôle d'interface entre les familles et les programmes. Par exemple, ils veillaient à ce que les diverses agences gouvernementales qui attribuaient les subsides aux démunis les versent aux familles qui y avaient droit. Ces subsides comportaient les allocations pour enfants et adolescents,

notamment des familles pauvres, et les prestations de retraite pour les personnes âgées en précarité et pour les handicapés.

Concernant la santé, cette aide active signifiait l'intégration des familles d'indigents dans le programme national d'assurance santé du gouvernement chilien (Fondo Nacional de Salud, FONASA). Cette inscription assurait aux participants la gratuité des soins médicaux primaires dispensés principalement dans les établissements de santé municipaux, les fonds étant fournis par le gouvernement central. Comme ces fonds étaient dans une large mesure attribués en fonction du nombre de soignés, l'accroissement des inscriptions des indigents constituait une source supplémentaire de revenu pour les prestataires de services.

Attribution d'une indemnité spéciale aux participants

En plus des subsides attribués régulièrement dans le cadre des programmes, les participants au programme Solidario percevaient une allocation spéciale s'ils avançaient de façon satisfaisante dans la mise en œuvre du plan familial adopté au départ. Ces allocations étaient modestes, environ le quart de celles versées dans le cadre du programme Mexico PROGRESA/Opportunities décrit au chapitre 14. Au début, elles représentaient environ l'équivalent de 15 dollars par mois, puis allaient s'amenuisant pour n'être plus que d'environ 5 dollars vers la fin de la phase initiale de deux ans. Les familles qui avaient réussi cette phase intensive continuaient à percevoir une allocation pendant les trois années de la période de suivi.

Les responsabilités administratives concernant ce programme étaient réparties sur un ensemble d'agences gouvernementales. Au cœur du dispositif, il y avait deux personnes morales au gouvernement central, et une unité dans chacune des municipalités participant au programme, et dont le nombre dépassait 300.

La première des deux entités centrales était le ministère de la planification du Chili, qui était responsable de l'ensemble du programme. La seconde était une agence nationale axée sur la réduction de la pauvreté : le Fonds d'Investissement Social et de Solidarité (Fondo Solidario de Inversion Social, ou FOSIS), qui avait offert toute une gamme de programmes de développement économique et social et de perfectionnement des compétences. Dans un premier temps, au début de 2002, FOSIS organisa un projet pilote, le Programa Puente (le programme relais) dans 4 des 13 régions du Chili. Encouragé par les premiers résultats

de l'expérience, le gouvernement décida peu après de l'étendre à l'ensemble du pays en le transformant en Chili Solidaire, FOSIS et Puente prenant la tête d'une campagne de persuasion en direction des municipalités.

Pour administrer Solidario sur le terrain, chaque municipalité participante instaura une Unité d'Intervention Familiale. Dans un premier temps, chaque unité entreprit une enquête pour déterminer le nombre de familles indigentes au sein de la municipalité, puis recruta le nombre de conseillers soutien des familles dont elle avait besoin. Certains étaient des personnels des autres services de la municipalité détachés auprès de Solidario à temps partiel. D'autres, employés par FOSIS, étaient à plein temps. À la mi-2004, quelque 2 500 soutiens familiaux étaient au travail, chacun ayant en charge 50 à 55 familles.

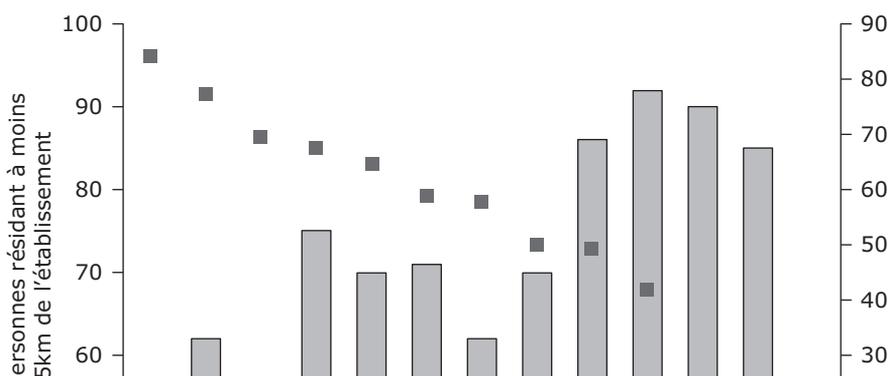
En outre, les Unités d'Interventions Familiales se chargeaient d'obtenir la participation des différents services municipaux dont dépendaient les prestations offertes. Le financement complémentaire qu'assurait Solidario pour couvrir les frais supplémentaires des municipalités se révéla fort utile pour persuader les municipalités réticentes et fournit à Solidario un moyen de pression accru pour veiller à ce que les indigents soient traités comme il fallait.

Synthèse

Au bout de 18 à 24 mois après son lancement, Solidario avait contacté quelque 125 à 130 000 familles indigentes et plus de 95 pour cent d'entre elles avaient accepté de participer. Comme le montre la figure 8.1, les participants étaient massivement des pauvres : le taux d'inscription était de 11 pour cent parmi les 5 pour cent de la population la plus pauvre et baissait régulièrement avec le niveau économique, si bien que ne participait pratiquement aucune famille de la tranche des hauts revenus.

Depuis lors, le programme s'est considérablement développé et a commencé à évoluer en se fondant sur l'expérience des années de lancement. Par exemple, il a élargi son approche de l'identification des bénéficiaires en incluant les personnes vulnérables aussi bien que celles en situation de pauvreté. En outre, le gouvernement a élaboré un programme élargi de développement de l'enfance en y intégrant Solidario. Dans les zones urbaines et rurales, les visites à caractère préventif destinées aux enfants des ménages intégrés au programme Solidario étaient nettement plus nombreuses que dans les ménages qui ne participaient pas. Dans les zones rurales, les bilans de santé pour les femmes enceintes étaient également plus nombreux.

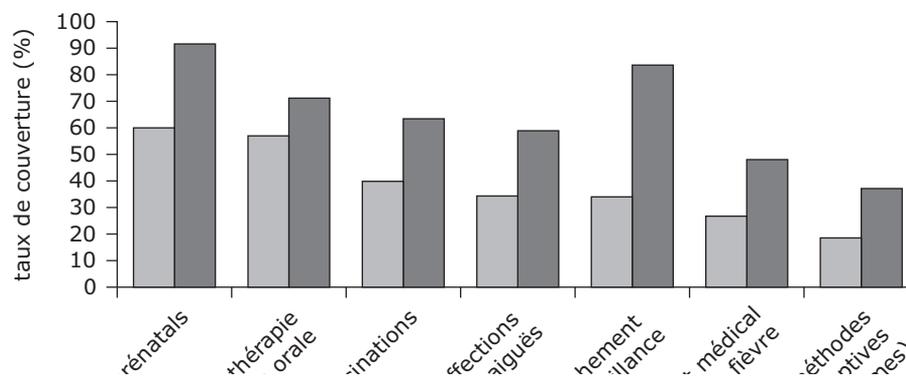
Figure 8.1 Participants au programme Chili Solidaire classés par groupe économique, 2003



Source : Banque mondiale 2008a

Note : Chaque colonne représente 5 pour cent de la population, des plus pauvres (gauche) aux plus riches (droite)

Figure 8.2 Estimation des participants au programme Chili Solidaire par groupe économique, 2006



Source : Banque mondiale 2008a

Note : Chaque colonne représente 5 pour cent de la population, des plus pauvres (gauche) aux plus riches (droite)

Les résultats de cette évolution en termes de distribution apparaissent sur la figure 8.2, qui présente une estimation des taux d'inscription à partir de 2006. Ces taux se situaient à environ 20 pour cent des 5 pour cent les plus pauvres de la population et la couverture de la tranche des 5 pour cent

suivants à des niveaux plus élevés était nettement plus faible. Au total, environ 15 à 20 pour cent des prestations de l'ensemble du programme bénéficiaient aux 5 pour cent les plus pauvres et environ 55 pour cent aux 20 pour cent de la population la plus pauvre. Même si l'objectif ambitieux de Solidario, qui était de toucher prioritairement les 5 pour cent les plus pauvres, n'était pas atteint, ces résultats sont équivalents à ceux du programme PROGRESA/Opportunidades du Mexique, qui était le programme à grande échelle ciblé avec le plus de précision connu jusqu'alors.

Note

1. Ce chapitre puise à de nombreuses sources, la plupart non publiées. Trois des plus importantes étaient Government of Chile (2004) ; Galasso (2006) et Palma et Urzúa (2005)



9

Colombie : Extension de l'assurance santé pour les pauvres

Avant 1993, le ministère de la Santé colombien était constitutionnellement chargé d'assurer les soins de santé à tous les Colombiens. Malheureusement, l'inefficacité, les subsides publics mal ciblés et la fragmentation des marchés étaient endémiques dans le secteur des soins de santé en Colombie. En fait, il n'y avait qu'un Colombien sur cinq à avoir une protection contre le risque financier que représentaient les accidents de santé des maladies graves, et seuls ceux qui avaient de plus grosses ressources financières avaient les moyens de souscrire à un plan de sécurité sociale ou de payer les soins de leur poche.

Le système précaire de soins de santé en Colombie reposait sur un mythe. Les décideurs politiques croyaient que le système de santé publique ciblait bien les pauvres, que les soins étaient gratuits pour tous, mais tout particulièrement pour les pauvres et que ceux-ci n'avaient pas besoin d'aller se faire soigner dans le privé. Les fonds publics du ministère des Finances, alimentés par les recettes fiscales, finançaient tout un réseau d'hôpitaux et de centres médico-sociaux publics. En fait, une part importante du financement des soins de santé provenait de la poche des ménages, le reste étant fourni par les systèmes de sécurité sociale insuffisants et inefficaces. Lorsque la maladie survenait, les pauvres avaient trois choix : (i) essayer de se faire soigner dans un établissement public. (ii) payer des prestataires privés ou (iii) se passer de soins médicaux. Condamnés à se soigner eux-mêmes, en dernière analyse, les pauvres, et ceux qui avaient un faible niveau d'instruction, couraient davantage de risques que les riches parce

que les contrôles de qualité sur le marché pharmaceutique n'étaient pas stricts du tout et qu'il était possible de se procurer des médicaments sans ordonnance.

Avant 1993, il était évident que c'était le coût qui était l'obstacle le plus important à l'accès aux soins de santé. Dans le premier quintile, c'est-à-dire le groupe le plus pauvre, lorsque les gens tombaient malades, il n'y avait qu'une personne sur six qui se faisait soigner. Les pauvres avaient moins accès aux services de santé que les riches, payaient de leur poche lorsqu'ils se faisaient soigner, que ce soit dans le public ou le privé et, proportionnellement, ils prélevaient plus sur leur revenu, quels que soient les soins qu'ils recevaient.

Le réseau gouvernemental de prestations des soins de santé ne fonctionnait pas vraiment dans l'intérêt des pauvres, laissant les malades, qui étaient déjà en situation de précarité, avec d'énormes notes de soins et la perspective de ne pouvoir s'arracher à une misère abjecte.

Avant 1993, le système colombien des soins de santé attribuait des subsides publics directement aux hôpitaux plutôt qu'aux usagers. Parmi les malades soignés dans les hôpitaux, seuls 20 pour cents appartenaient à la tranche la plus pauvre de la population et près de 60 pour cent à la tranche des revenus intermédiaires et élevés. En 1992, 12 pour cent des hospitalisations et 20 pour cent de toutes les interventions chirurgicales effectuées dans le secteur public concernaient des patients appartenant à la tranche des 20 pour cent les plus riches. Ainsi, les individus appartenant aux groupes à haut revenu et à revenu intermédiaire, qui avaient les moyens de recourir à des hôpitaux et à des services médicaux privés prenaient la place des pauvres dans les établissements publics.

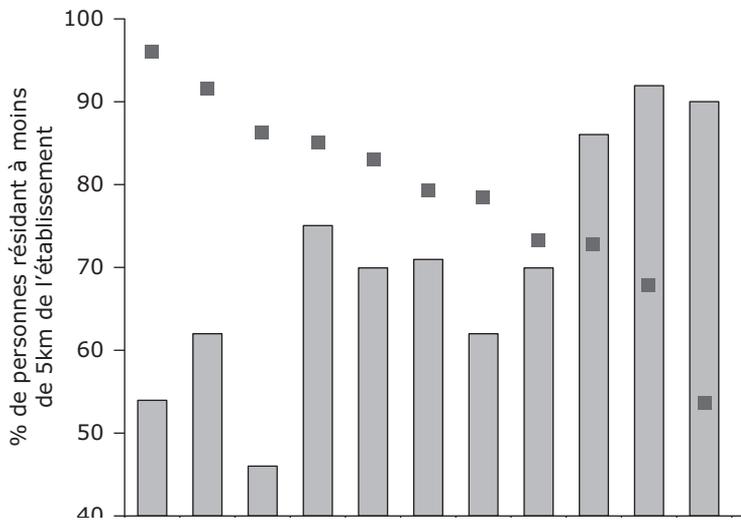
Plus important encore, les pauvres qui pouvaient aller à l'hôpital public payaient de leur poche plus souvent que les patients des groupes à revenu intermédiaire ou élevé qui, eux, étaient souvent couverts par une assurance privée. Il était rare que les pauvres soient soignés gratuitement dans les établissements publics. En fait, 91 pour cent des patients les plus pauvres hospitalisés payaient de leur poche alors que c'était le cas seulement de 69 pour cent des patients du quintile le plus riche (figure 9.1).

Avant la réforme, le secteur privé était important à la fois pour financer et pour délivrer les prestations de santé. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages organisée par le gouvernement en 1992, 40 pour cent de tous les actes médicaux et 45 pour cent de toutes les hospitalisations se faisaient dans le secteur privé. À cette époque, il n'y avait que 20 pour cent de la population colombienne à avoir une assurance santé.

Changement de politique : La réforme de 1993 du secteur de la santé

La Loi n°100/93 décida la création d'un nouveau système national de soins de santé avec couverture d'une assurance santé universelle et réorganisa le financement et la fourniture des soins. Les subventions publiques iraient dorénavant directement aux personnes, et non aux institutions.

Figure 9.1 Population payant son hospitalisation dans les hôpitaux publics classée par niveau de revenu



La réforme a introduit quatre éléments principaux pour toucher les pauvres :

- Un indice supplétif d'évaluation des ressources pour veiller à ce que les subventions publiques de santé aillent à ceux qui en ont le plus besoin (SISBEN, Système de sélection des bénéficiaires des programmes sociaux ; Nuñez et Espinosa 2004)
- Transformation des subventions traditionnelles de stimulation de l'offre, qui finançaient le réseau public de soins de santé, en subventions de la demande, qui couvraient les primes d'assurance individuelle pour les pauvres
- Un fonds d'équité dans lequel les recettes des apports salariaux et les ressources du Trésor contribuaient à l'interfinancement des primes d'assurance pour les pauvres

- Passation de marchés pour la prestation de services de santé du secteur public et du secteur privé

Le nouveau système comporte un plan de couverture d'assurance santé universelle composé de deux régimes :

- Le régime contributif (RC) couvre les salariés et les travailleurs indépendants qui sont affiliés au plan. Les cotisations sont versées à l'assureur de leur choix.
- Le régime subventionné (RS) couvre les pauvres et les indigents qui n'ont pas les moyens de prendre une assurance.

Le SISBEN est un système universel de sélection des bénéficiaires des programmes sociaux en Colombie. Il comporte un indice supplétif d'évaluation des ressources établi à partir des données statistiques, qui sert d'indicateur du bien-être économique des ménages. Les variables qui déterminent le bien-être comprennent un logement convenable, l'accès aux services publics de base, la possession de biens de consommation durables, des dotations en capital humain, un revenu actuel (cette dernière variable n'a pas été reprise dans la nouvelle version de l'indice SISBEN parce qu'elle n'est pas fiable et qu'elle n'a pas de valeur prédictive). Le système comprend tout un jeu de normes et de procédures définies à l'échelon central mais mises en œuvre au niveau municipal pour recueillir les informations nécessaires au calcul de l'indice de bien-être social et pour sélectionner les bénéficiaires des nombreux programmes sociaux. Le régime d'assurance santé subventionné est l'un des programmes où il y a eu le plus d'avantages pour ceux sélectionnés par SISBEN, et dont avaient bénéficié plus de 11,4 millions de pauvres et de personnes vulnérables à la fin de 2002.

Les apports salariaux vont dans un fonds national de santé (Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA) et sont répartis sur quatre comptes séparés. Le fonds finance les primes d'assurance pour tous les affiliés au RC. Dans le processus d'interfinancement RC-RS, une partie des apports salariaux est affectée au financement du RS, en même temps que sont effectués des transferts du Trésor vers les régions. Les individus qui ont droit au RS, mais qui ne sont pas encore assurés, doivent se faire soigner en hôpital public.

Toute personne qui est assurée est libre de choisir un assureur et de consulter le prestataire qu'elle veut dans le réseau de l'assureur. Les deux régimes ont un paquet d'avantages de base, mais le POS (Plan obligatoire

de santé) doit être complété par des services fournis par les hôpitaux publics et financés par des subventions traditionnelles de l'offre. Selon la loi N°100, ces subventions devaient se transformer avec le temps en subventions de la demande pour parvenir à une couverture assurance santé universelle avec le même POS dans les deux régimes.

Bien que la Colombie ait encore à relever d'importants défis pour étendre la couverture d'assurance santé à tous les pauvres, par exemple améliorer la qualité des services et proposer un plan de prestations plus complet pour les pauvres, quelques réalisations importantes méritent attention.

Synthèse

Le SISBEN a établi un mécanisme technique, objectif, équitable et uniforme de sélection des bénéficiaires des dépenses publiques utilisable à tous les niveaux de l'administration. Il permettait de classer les postulants aux programmes sociaux rapidement, équitablement et uniformément. Il renforçait le développement institutionnel des municipalités en établissant un système moderne d'information sociale et il confortait la coordination interinstitutionnelle au sein des municipalités, accentuant ainsi l'impact des dépenses en matière de programmes sociaux. Il évitait les doublons et concentrait les efforts sur les plus démunis. Il améliorait le diagnostic socioéconomique de la population pauvre, ce qui permettait de mieux préparer les programmes d'assurance sociale pour les démunis et facilitait la réalisation des objectifs aux divers niveaux de l'administration.

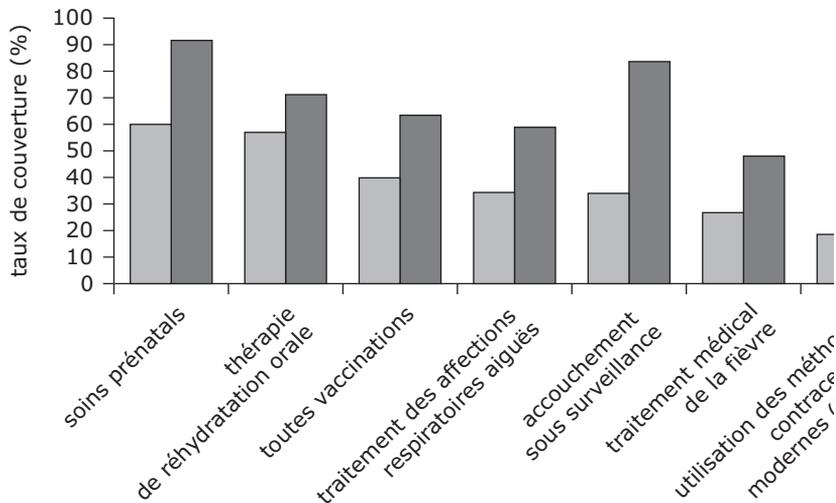
La réforme de 1993 donnait aux pauvres davantage de possibilités d'accès aux soins de santé. Toutefois, des différences persistaient entre ceux qui étaient assurés et ceux qui ne l'étaient pas. Les premiers se faisaient plus fréquemment soigner que les seconds, aussi bien dans les zones urbaines que rurales, et ils avaient davantage recours aux services des soins préventifs.

La réforme de 1993 accentuait la protection financière pour tous, mais tout particulièrement pour la population rurale pauvre. Avant 1993, 23 pour cent des Colombiens avaient une protection financière contre les risques d'accidents de santé. Une décennie plus tard, ils étaient 62 pour cent à avoir accès à une assurance santé, ce qui était un changement impressionnant quand on compare à tous les pays d'Amérique latine qui avaient un système de soins de santé identique à celui de Colombie avant 1993.

La réforme améliora l'équité du système en introduisant des instruments de protection financière pour les pauvres, dont ne disposaient jusqu'alors

que ceux qui avaient officiellement un emploi et les riches (figure 9.2). La couverture d'assurance parmi les plus riches n'augmenta qu'assez modérément, passant de 60 pour cent en 1992 à 82 pour cent en 2003 tandis que, parmi les plus pauvres, elle passait de 9 pour cent en 1992 à 49 pour cent en 2003. Avec l'introduction du régime d'assurance subventionné, l'accès à l'assurance santé n'était plus lié à l'emploi officiel ni au revenu.

Figure 9.2 Population assurée, classée par niveau de revenu



Source : Escobar 2005

La réforme a réduit les obstacles économiques qui barraient l'accès aux soins de santé, et tous les groupes, quel que fût leur revenu, en ont profité, mais tout particulièrement les pauvres qui avaient contracté une assurance. Le manque d'argent était toujours la raison principale avancée par les pauvres, qu'ils fussent assurés ou non, pour ne pas se faire soigner (figures 9.3a et 9.3b). Cet obstacle économique était deux fois plus élevé dans le groupe des plus pauvres qui n'étaient pas assurés que parmi ceux qui l'étaient.

Les dépenses de santé en pourcentage du revenu sont beaucoup plus importantes pour ceux qui n'ont pas d'assurance que pour les affiliés au régime contributif ou au régime subventionné. Si on avait une assurance réglementaire en Colombie, cela réduisait de 50 à 60 pour cent les dépenses personnelles pour traitement ambulatoire. Les pauvres dépensaient environ 4 pour cent de leur revenu en traitement ambulatoire s'ils étaient affiliés au

RS, mais 8 pour cent s'ils n'avaient pas d'assurance. En 2003, les dépenses personnelles de ces derniers pour hospitalisation absorbaient plus de 35 pour cent de leurs revenus. Les pauvres affiliés au RC dépensaient une plus faible part de leur revenu pour se faire hospitaliser que ceux qui étaient affiliés au RS. Cependant, un accident de santé demandant hospitalisation avait comme conséquence que 14 pour cent de ceux qui n'étaient pas assurés se retrouvaient en dessous du seuil de pauvreté tandis que ceux qui étaient assurés n'étaient que 4 pour cent à connaître ce sort s'ils étaient affiliés au régime subventionné (tableau 9.1).

L'introduction de l'assurance santé améliora l'accès aux soins préventifs. Alors que 65 pour cent des assurés ont consulté un médecin ou un dentiste au moins une fois en 2003 à titre préventif, sans être malade, ceux qui n'avaient pas d'assurance n'étaient que 35 pour cent à l'avoir fait.

Pour l'affiliation à l'assurance du régime subventionné, la réglementation donnait la priorité aux enfants, aux mères célibataires, aux personnes âgées, aux handicapés et aux personnes atteintes d'affections chroniques. Dans les faits, ceux qui étaient pauvres et assurés étaient en moins bonne santé que leurs homologues qui n'avaient pas d'assurance, ce qui pouvait être interprété à tort comme une sélection naturelle inversée. En réalité, cependant, ce n'était pas les gens qui décidaient de s'affilier au RS, l'extension annuelle de la couverture dépendant de la disponibilité des ressources financières.

Il n'existait aucune étude longitudinale permettant de savoir si l'accès à l'assurance santé parmi les pauvres avait globalement une incidence sur leur état de santé. On pouvait cependant faire quelques déductions à partir des données sur la mortalité infantile, les accouchements en établissement de santé et les soins prénatals.

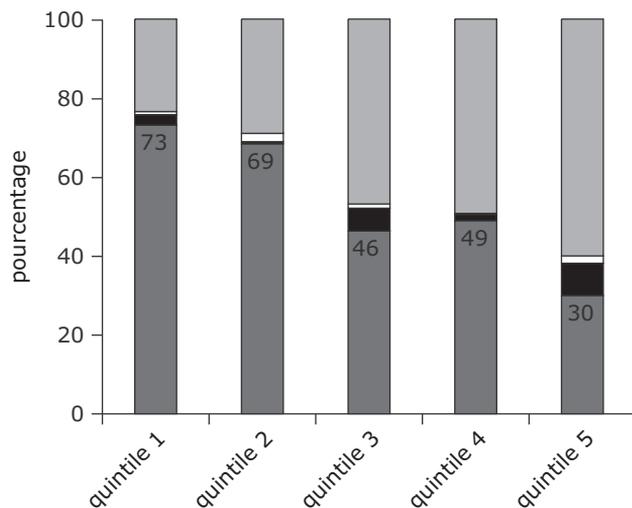
Table 9.1 Personnes se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté et du minimum vital à la suite d'un accident de santé (points de pourcentage)

Accident de santé	Sans assurance		Affiliés au régime subventionné	
	Seuil de pauvreté	Minimum vital	Seuil de pauvreté	Minimum vital
Soins ambulatoires	5	6	4	3
Hospitalisation	14	18	4	11

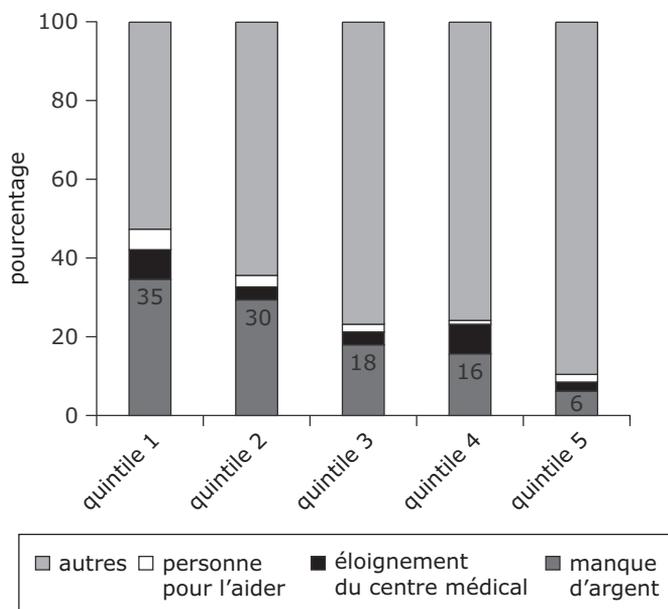
Source: Escobar 2005.

Figure 9.3 Raisons invoquées pour ne pas se faire soigner, 2003

a. par les non assurés



b. par les assurés

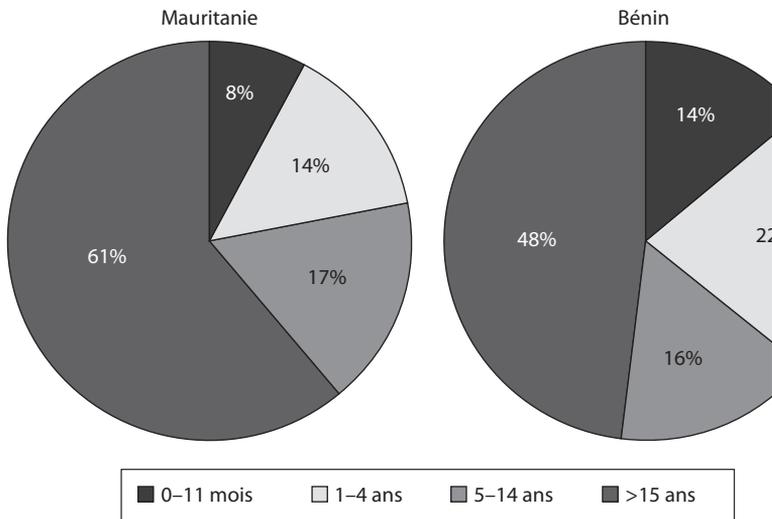


Source : Escobar 2005

Les assurés, en Colombie comme dans les autres pays, se faisaient soigner plus souvent et plus rapidement que les non assurés. Cela était particulièrement frappant lorsqu'il s'agissait d'accouchements, de la santé des enfants et des jeunes mères. On observait un taux de mortalité infantile plus faible parmi les enfants dont les mères avaient été suivies pendant leur grossesse, avaient eu recours aux soins prénatals et avaient eu un accouchement médicalement assisté. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) indiquaient que l'accès à ces services s'était considérablement amélioré, notamment en zones rurales. Selon ces enquêtes (1986, 1995 et 2000), les progrès s'observaient dans les domaines suivants :accouchement médicalement assistés, 66 pour cent ; accouchements en établissement de santé, 18 pour cent ; et soins prénatals parmi les femmes des zones rurales,49 pour cent. Les changements après 1993 tenaient au fait que les assurés avaient davantage accès aux soins de santé.

L'EDS de 2000 indiquait que l'accès aux soins prénatals et la possibilité d'accoucher en établissement de santé réduisaient la mortalité infantile. La figure 9.4 fait apparaître une différence vraiment étonnante entre les taux de mortalité parmi les enfants dont les mères avaient eu recours aux soins prénatals et avaient accouché en établissements de santé et parmi ceux dont les mères n'avaient pas eu accès à ces services.

Figure 9.4 Impact des accouchements en établissement de santé et des soins prénatals sur le taux de mortalité infantile



Source : Escobar 2005

Malgré des résultats positifs, il a été reproché au plan d'assurance sociale de Colombie de n'être pas parvenu à la couverture universelle et de financer un paquet d'avantages moins complet pour les pauvres (RS) que pour les riches (RC). La transformation plus lente que prévue des subventions par la voie de l'offre, qui financent les hôpitaux publics, en subventions répondant à la demande pour financer l'assurance maladie des pauvres, a également fait l'objet de critiques parce qu'elle ralentissait l'extension du paquet des avantages du RS.

Il y a eu plusieurs tentatives pour revenir, par la voie législative, au système de soins de santé centralisé dans son organisation et son fonctionnement, comme c'était le cas en 1992, mais elles ont échoué. Cependant, la Colombie a encore de nombreux défis à relever pour parachever la consolidation du plan d'assurance sociale, non seulement pour que la population entière soit couverte, mais également pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Le passage au nouveau système fondé sur l'assurance a été difficile politiquement, administrativement et techniquement. Le processus de décentralisation des pouvoirs engagé au début des années 90 a eu comme effets des inconvénients et des avantages pour la mise en œuvre de la réforme du système de santé de 1993.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de Escobar (2005)

10

Inde : services de soins de santé communautaires

En Inde, comme ailleurs, les pauvres meurent plus tôt, sont plus sujets à la maladie et ont moins accès aux soins de santé que les riches. Toucher cette population pauvre, en grande partie analphabète, géographiquement dispersée, en particulier dans les zones rurales éloignées, pose de nombreux problèmes : en premier lieu, comment identifier et surmonter les difficultés auxquelles les pauvres se heurtent pour se faire soigner.

En Inde, le secteur public est immense mais ne dispose pas de fonds suffisants, loin s'en faut, pour couvrir les besoins courants en matière de santé. Le secteur privé connaît une rapide expansion, mais hors de toute réglementation. Faute de normes sanitaires, il compte de nombreux praticiens non qualifiés qui prescrivent probablement des traitements inappropriés. Les patients paient de leurs poches une bonne partie de leurs soins, aussi bien dans le public que dans le privé.

Par rapport à l'ensemble de l'Inde, le secteur de santé privé à but lucratif est prospère dans le Gujrat. Les problèmes que le Gujrat connaît en matière de soins de santé publics ou privés sont les mêmes que partout ailleurs en Inde. La plupart des gens, aussi bien dans le Gujrat urbain que rural, vont dans le secteur privé pour les consultations externes et pour les hospitalisations. Selon l'enquête de la National Sample Survey Organization (NSSO) de 1995-96, près de 82 pour cent des consultations externes en zones rurales et 76 pour cent en zones urbaines étaient effectuées dans le secteur privé. En ce qui concerne les hospitalisations, c'était 71 pour cent dans les zones urbaines du Gujrat et 67,4 pour cent dans les zones rurales. Parmi

les zones couvertes par cette étude, le système public de santé n'est fort que dans la ville de Ahmedabad où quatre grands hôpitaux gouvernementaux assurent les consultations externes et les hospitalisations.

L'éloignement et le manque de ressources financières sont les obstacles majeurs qui empêchent les pauvres du Gujerat de se faire soigner. Les établissements de soins (en particulier pour les soins curatifs et pour les hospitalisations, qui coûtent cher) ne manquent pas dans les centres urbains. Mais pour les habitants des villages éloignés des centres urbains l'endroit le plus proche où se faire soigner peut se trouver à des heures de distance. Environ 12 pour cent des femmes des zones rurales doivent parcourir au moins 5 kilomètres pour parvenir à l'établissement de santé le plus proche. D'après l'enquête de la NSSO de 1995-96, il est probable que les habitants du quintile le plus riche (établi en fonction des dépenses annuelles des ménages) des zones rurales du Gujerat se feront hospitaliser 4,6 fois plus sur une période d'un an que les habitants du quintile le plus pauvre. Dans les zones urbaines, le ratio est de 2,9.

Changement de politique : L'Association des travailleuses indépendantes (SEWA)

L'Association des travailleuses indépendantes (SEWA) est un syndicat qui a été créé en 1972 à Ahmedabad, dans l'État du Gujerat, pour représenter les femmes pauvres qui gagnent leur vie en travaillant à leur compte en dehors du secteur structuré ou dans le cadre d'une petite entreprise. À la différence de celles qui sont employées dans le secteur organisé, ces femmes ne perçoivent pas de salaire régulier ni de prestations sociales.

SEWA a deux objectifs principaux : (i) aider ces femmes à se constituer un plein emploi qui leur assurerait travail, revenu, nourriture et protection sociale ; (ii) leur permettre d'accéder à l'autonomie, individuellement et collectivement, à l'indépendance économique et les rendre capables de décider par elles-mêmes. En plus de ses activités dans la banque et le crédit (Banque SEWA) ainsi que dans l'assurance (Vimo SEWA), SEWA s'engagea activement dans le secteur de la santé publique au début des années 70 avec la volonté d'assurer à ses membres, et à d'autres, la possibilité d'avoir accès aux soins préventifs et primaires. L'objectif était de venir en aide aux très pauvres, en particulier à ceux qui résidaient dans des zones non desservies par des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux (ONG). SEWA se trouvait confrontée à de nombreux défis pour procurer aux très pauvres les services de santé dont ils avaient besoin.

SEWA commença à s'impliquer dans le domaine de la santé publique au début des années 70 par une campagne de sensibilisation aux questions de santé et par l'instauration d'allocations de maternité. Au début des années 80, SEWA obtint par une négociation avec le gouvernement indien la possibilité de contribuer à fournir des soins de maternité aux femmes en précarité. SEWA Santé a toujours eu comme objectif essentiel de développer la formation des femmes au niveau local, en particulier des sages-femmes traditionnelles (*dais*) pour qu'elles deviennent des médecins aux pieds nus dans leur communauté. Aujourd'hui, les activités de SEWA dans le domaine de la santé sont nombreuses et diverses. Elles comprennent les soins de santé primaires assurés par 60 centres de santé fixes et des unités mobiles de santé, la sensibilisation aux questions de santé et la formation, le développement de compétences parmi les dirigeants locaux de SEWA et les *dais*, la possibilité de se procurer des médicaments à bon marché dans les drugstores, les questions de santé professionnelle et mentale, et la production et la commercialisation de médicaments traditionnels. L'évaluation financée par le programme Reaching the Poor (Atteindre les pauvres) porte sur les trois activités résumées dans le tableau 10.1.

Pour répondre à la demande des habitants des régions reculées et des zones mal desservies, SEWA Health a entrepris en 1999 d'organiser des unités mobiles de santé génésique pour les femmes. Ces unités s'installent surtout dans les bidonvilles d'Ahmedabad et dans les villages des trois districts et sont en grande partie financées par le Fonds des nations Unies pour la population (FNUAP) et par le gouvernement indien. Plus de 35 interventions de ces unités sont effectuées chaque mois, chacune accueillant en moyenne 30 femmes, soit un total de plus de 12 500 patientes par an. Les soins y sont donnés par des médecins et par 35 médecins et gestionnaires aux pieds nus. Ces opérations sont renouvelées dans chaque zone une fois par an en moyenne.

Ces unités mobiles de santé génésique proposent les activités suivantes : sensibilisation aux questions de santé et formation, examens et tests diagnostiques (y compris les examens gynécologiques et les frottis) orientation vers un spécialiste et suivi. Ces activités ont généralement lieu l'après-midi et durent de trois à quatre heures. Les participantes paient 5 roupies (0,11 dollar US) et un tiers du prix total des médicaments fournis (celles qui sont très pauvres peuvent toutefois être dispensées de ce paiement).

Tableau 10.1 Les trois services de santé SEWA couverts par le programme « Atteindre les pauvres »

Variable	Unités mobiles de santé génésique	Dépistage et traitement de la tuberculose	Séances d'éducation aux femmes
Date de démarrage	1999	1999	1999
Population ciblée	Femmes en âge de procréer	Hommes et femmes, tous âges	Femmes en âge de procréer
Couverture géographique	Essentiellement les districts d'Ahmedabad, de Kheda et de Patan	Quartiers nord et est d'Ahmedabad (375 000 habitants)	Essentiellement les districts d'Ahmedabad, de Kheda et de Patan (mais également les autres districts où le syndicat SEWA compte des membres)
Services	Éducation et formation, examens et tests diagnostiques (examens gynécologiques et frottis) traitement, orientation vers un spécialiste, suivi	Diagnostic, traitement, médicaments	Éducation : orientation SEWA, premiers secours, maladies générales et VIH/SIDA, vaccination et soins pour enfants, maladies aérogènes et d'origine hydrique, tuberculose, santé sexuelle et génésique
Taux d'utilisation annuelle	12 500 femmes	575 patients en cours de traitement au centre DOTS ; 23 traités par des travailleurs médicaux aux pieds nus DOTS	6 000 femmes
Coût pour l'utilisateur	Tarif de la consultation : 5 roupies ; médicaments vendus au prix de gros (environ un tiers du prix du marché)	Services gratuits, coûts indirects seulement	Droits d'adhésion au syndicat SEWA : 5 roupies
Bailleur de fonds externe	FNUAP et gouvernement indien	OMS, gouvernement indien et municipalité d'Ahmedabad	Gouvernement indien, FNUAP et Fondation Ford
Ressources humaines	6 médecins à temps partiel, 50 médecins et responsables aux pieds nus	5 centres fixes (dotés de 2 à 3 employés chacun) et 11 prestataires locaux de DOTS	35 travailleurs locaux, personnel à plein temps

Source : Gwatkin, Wagstaff et Yazbeck 2005, tableau 9.1.

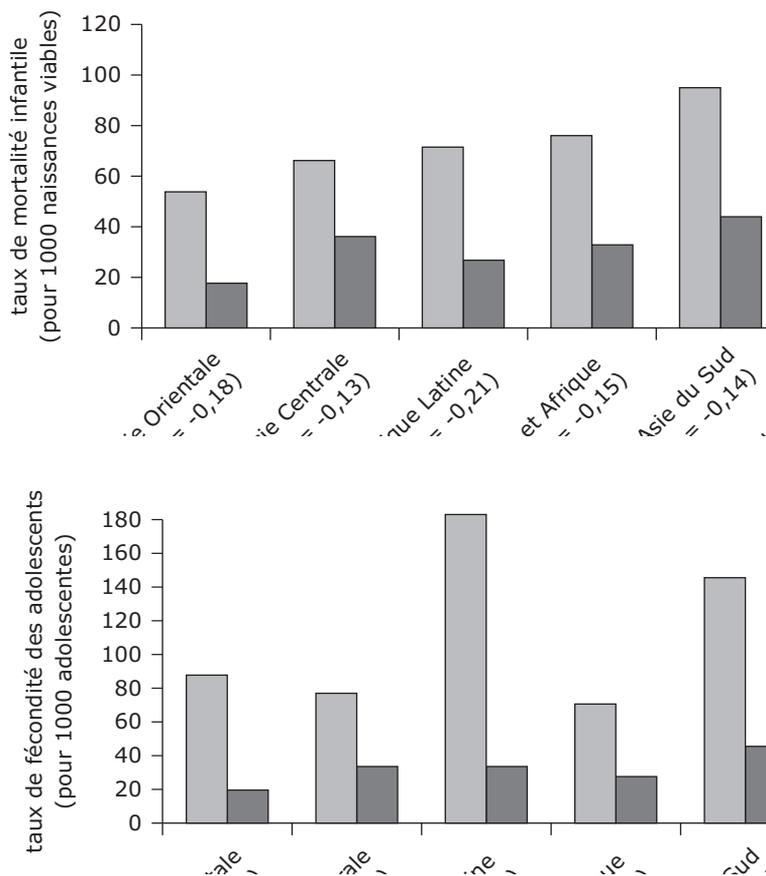
Note: DOTS: Traitement de brève durée sous surveillance directe; FNUAP: Fonds des Nations Unies pour la population ; WHO = OMS : Organisation mondiale de la santé. Rs = roupies indien - 1 dollar = 43,5 roupies

Dans les zones rurales, SEWA Health organise de plus en plus ces opérations en collaboration avec le gouvernement du Gujrat. Ces activités se déroulent directement dans les centres publics de soins primaires, qui sont généralement situés dans de petits villages, ou à proximité. Ces unités diffèrent des unités «type » décrites ci-dessus dans la mesure où les médicaments sont donnés gratuitement, leur gamme étant limitée à la liste qui figure sur le formulaire pharmaceutique officiel et les soins étant prodigués par des médecins et des infirmiers du public. Les femmes résidant dans les villages voisins ont la gratuité des transports.

Synthèse

Une enquête a été conduite auprès d'un échantillon de 376 femmes de milieu urbain et 158 de zones rurales, alors qu'elles participaient aux activités d'unités sélectionnées de façon aléatoire, pour évaluer le statut socioéconomique de celles qui ont recours aux unités de santé génésique. Les résultats ont été comparés à ceux d'enquêtes récentes, représentatives, portant sur la population urbaine et rurale du Gujrat en général. Il en ressort que les unités mobiles de santé génésique sont d'une grande efficacité pour les femmes d'Ahmedabad en situation de pauvreté. Selon une comparaison fondée sur un indice composite du statut socioéconomique, les participantes à ces opérations en zone urbaine sont sensiblement plus pauvres que la population d'Ahmedabad. Par exemple, elles avaient nettement moins de chances de posséder un cyclomoteur ou un scooter (12 pour cent contre 43 pour cent) et il était probable qu'elles utilisaient les toilettes publiques (plutôt que des toilettes privées ou partagées) (22 pour cent contre 9 pour cent) et, également, elles avaient moins de chances d'utiliser le gaz naturel pour faire la cuisine (35 pour cent contre 66 pour cent). La figure 10.1a illustre la répartition des usagères des unités en milieu urbain classées par déciles de l'indice socioéconomique. L'asymétrie observable sur la gauche du graphique indique que les usagères étaient plus vraisemblablement issues des segments les plus pauvres de la population générale. Le pourcentage d'usagères s'inscrivant en dessous du 30^{ème} centile du score du statut socioéconomique, qui correspond plus ou moins au seuil de pauvreté en Inde, était de 52 pour cent.

Figure 10.1 *Distribution statistique des usagères des unités mobiles de santé génésique SEWA, citadines et rurales, par déciles de l'indice socioéconomique*



Source : Ranson et autres 2005.

Dans les zones rurales, les unités ont moins bien réussi à toucher les femmes en précarité. Les femmes des zones rurales ne se distinguaient pas de façon marquante de la population rurale générale sur l'indice socioéconomique. La figure 10.1b indique que la majorité des usagères rurales sont issues des déciles moins pauvres de la population. Seuls 5,7 pour cent des usagères s'inscrivaient en dessous du 30^{ème} centile, ce qui donne à penser que les unités mobiles de santé génésique SEWA en milieu rural ne ciblent pas efficacement les plus pauvres.

Les services en milieu urbain semblaient, pour la plupart, avoir efficacement ciblé les pauvres. Les raisons de cette réussite sont vraisemblablement les suivantes :

- Le personnel de SEWA traite les gens avec respect et chaleur humaine et leur fournit des renseignements détaillés.
- Les services (surtout les unités mobiles de santé génésiques et les séances d'éducation pour les femmes) sont offerts « directement à la porte des gens » ; autrement dit, SEWA apporte les services aux pauvres au lieu d'essayer de les faire venir.
- Les services sont délivrés par des femmes et (du moins en partie) par les pauvres eux-mêmes.
- Les services sont généralement associés aux efforts pour éduquer et mobiliser la communauté ; par exemple, l'arrivée des unités mobiles de santé génésique est précédée par les travailleurs de SEWA Health qui font du porte à porte pour informer la population sur les services et lui expliquer comment les utiliser.
- Les services sont gratuits, ou peu coûteux, et les médicaments sont beaucoup moins chers dans les établissements SEWA que dans les boutiques privées.
- SEWA est un organisme que les gens connaissent et en qui ils ont confiance.

Les entretiens approfondis avec les travailleurs locaux de SEWA Health laissent entendre qu'il y a deux obstacles majeurs qui empêchent les femmes pauvres des zones rurales de recourir aux unités mobiles de santé génésique. En premier lieu, le droit d'inscription de 5 roupies en exclut certaines. En second lieu, il leur est parfois difficile de participer parce que les horaires coïncident avec les heures de travail.

Il y a probablement d'autres raisons, plus générales, qui expliquent les difficultés à fournir des services aux pauvres des zones rurales. Des études conduites dans d'autres domaines d'activité de SEWA ont révélé des écarts du même ordre en termes d'équité d'utilisation des services ruraux et urbains. Par exemple, le taux de réclamations des adhérents les plus pauvres au régime d'assurance SEWA (Vimo SEWA) en milieu rural est inférieur à celui des moins pauvres, et cela tient aux raisons suivantes :

- Problèmes d'accès géographiques tant aux établissements hospitaliers qu'aux conseillers locaux de Vimo SEWA ;

- Des « liens » plus faibles entre les adhérents et les représentants locaux de SEWA en milieu rural (les contacts y sont moins fréquents et moins intensifs) ; et
- Des capacités plus faibles parmi les conseillers locaux de SEWA en zones rurales

SEWA Health a pris des dispositions pour améliorer l'accessibilité aux unités mobiles de santé génésique en milieu rural. L'organisme dispense du droit d'enregistrement et des frais de médicaments les personnes particulièrement démunies, généralement quelques femmes à chacune des interventions de l'unité. Ces exemptions pourraient peut-être être accordées plus largement et de manière plus objective, par exemple en faisant bénéficier toutes les femmes détentrices d'une carte attestant que leurs revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté.

Il convient également de garder présent à l'esprit qu'un service qui ne parvient pas à atteindre les plus pauvres de ceux qui sont en situation de précarité en milieu rural ne signifie pas forcément que le service a échoué « à toucher les pauvres ». Même les ménages classés dans les déciles supérieurs de l'indice socioéconomique en milieu rural doivent être considérés comme « moins pauvres » plutôt que comme « riches ». Par comparaison avec leurs homologues des villes, ces ménages ruraux possèdent moins de réserves d'argent, de richesse matérielle et donc leur sécurité économique est moindre.

En conclusion, les résultats de cette étude donnent à penser que les prestations de services par le truchement d'un grand syndicat axé sur le développement peut faciliter les prestations des services de soins de santé. Les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds peuvent veiller à ce que les ONG bien établies désireuses de fournir des services de santé aient la capacité et les ressources pour le faire.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de l'étude de Ransom et autres (2005)

11

Indonésie : cartes de santé pour les pauvres

Dans l'automne 1997, conséquence d'une crise économique, l'Indonésie commença à enregistrer une baisse spectaculaire de l'utilisation des services des soins de santé publics. Cette crise provoqua une montée des prix des biens de base comme les denrées alimentaires et les produits pharmaceutiques. Les pauvres devaient lutter pour subvenir à leurs besoins élémentaires avant même de se soigner. Au bout du compte, cette crise provoqua une détérioration de la qualité des soins donnés dans les établissements de santé publics en Indonésie.

Changement de politique : le programme des cartes de santé

Conjointement avec le programme de protection sociale (PPS) (Jarang Pengaman Sosial ou JPS), le gouvernement indonésien a mis en place le programme indonésien de cartes de santé pour atténuer l'impact de la crise économique sur les services de santé. Des dispositifs de cet ordre existaient déjà, mais la couverture géographique et le champ d'activité ont été modifiés et étendus avec le programme PPS.

Le programme de subsides pour soins de santé prévoyait la distribution, au niveau des districts, de cartes de santé aux ménages pauvres dans toutes les provinces. La carte de santé permettait d'aller consulter gratuitement dans certains hôpitaux publics, dans les centres de santé locaux et dans les dispensaires de village pour y recevoir des soins ou pour des questions de planning familial. Les services gratuits proposés aux titulaires de cartes de santé comprenaient : (i) les soins en ambulatoire

ou en hospitalisation, (ii) la contraception pour les femmes en âge de procréer, (iii) les soins prénatals et (iv) l'assistance à l'accouchement. En rémunération du surcroît de travail, les prestataires de services recevaient une somme forfaitaire dépendant du nombre de cartes de santé allouées au district. Cela avait pour conséquence que le lien entre l'utilisateur de la carte de santé, qui avait droit à une aide financière, et la rémunération versée aux prestataires de services, était faible.

L'accès à ce programme était déterminé à partir des listes établies au niveau des villages, essentiellement sur la base des classements du Conseil national de coordination du planning familial concernant la « prospérité » des ménages, avec quelques modifications apportées par l'administration locale via un « comité de la santé ». Un ménage était considéré comme étant dans le besoin quand il n'avait pas assez d'argent pour pratiquer sa religion, manger des aliments de base deux fois par jour, posséder des vêtements différents pour l'école ou le travail et la maison, avoir un sol qui ne soit pas en terre, ou avoir accès à des soins médicaux modernes ou à des méthodes de contraception. Tout ménage ne répondant pas à l'une de ces conditions avait droit à une carte. Le conseil national du planning familial (BKKBN) collectait ces informations par le biais du recensement. Les responsables locaux étaient également habilités à distribuer des cartes de santé aux personnes dont ils estimaient qu'elles en avaient besoin. La carte de santé pouvait alors être utilisée par tous les membres du foyer.

Synthèse

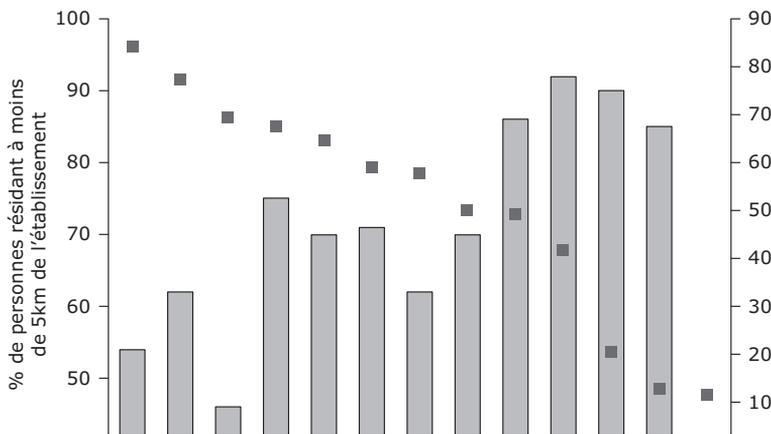
Après le lancement du programme des cartes de santé en septembre 1998, les pauvres qui en étaient les bénéficiaires ont utilisé davantage les services de santé et les riches sont passés des prestataires privés aux prestataires publics (figure 11.1).

Les études montrent que 10,6 des ménages indonésiens possèdent une carte de santé. Les titulaires de cartes se sont révélés plus pauvres, moins instruits et plus souvent employés dans le secteur agricole que ceux qui ne possédaient pas de carte. À noter également que le chef de famille était plus souvent une femme.

Les pauvres étaient également majoritaires en ce qui concerne l'utilisation des cartes, mais légèrement moins que pour la possession, ce qui montre que la subvention par l'offre était moins probante. La figure 11.2 compare la possession et l'utilisation de ces cartes. Les personnes bénéficiant des prestations étaient en moyenne plus riches que l'ensemble

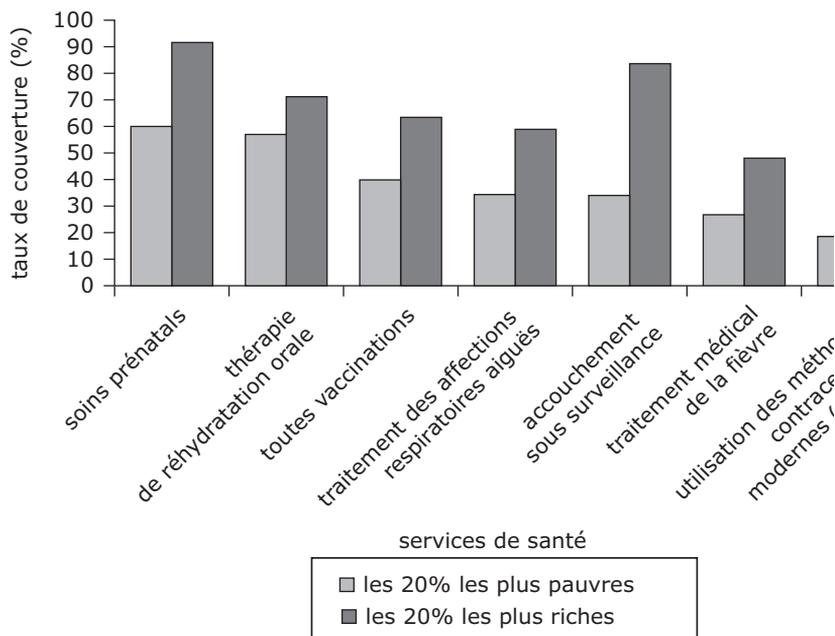
des détenteurs de cartes. Les 20 pour cent les plus pauvres de la population possédaient 35 pour cent des cartes, mais il y avait une quantité importante de fuites au bénéfice des non pauvres. Considérant que 10 pour cent environ des ménages indonésiens avaient reçu une carte de santé, si le ciblage avait été parfait, les 10 pour cent de la population la plus pauvre auraient dû posséder la totalité des cartes. En fait, environ 39 pour cent des cartes étaient détenues par les ménages des trois quintiles les plus riches.

Figure 11.1 Consultations ambulatoires par type de prestataire (pourcentage)



Source : Pradhan et Sparrow 2001.

Figure 11.2 Comparaison entre la possession d'une carte de santé et son utilisation pour soins ambulatoires



Source : Saadah, Pradhan, et Sparrow 2001

Tableau 11.1 Utilisation des cartes de santé (pourcentage des personnes ayant consulté au cours des trois mois précédents)

Consultation	Chef de famille déclarant posséder une carte de santé	Chef de famille déclarant ne pas posséder une carte de santé
A reçu des soins ambulatoires	15.10	12.91
Est allé consulter un prestataire public	10.61	6.75
A utilisé sa carte de santé	6.74	0.15
N'a pas utilisé sa carte	3.88	6.60
Est allé consulter un prestataire privé	4.82	6.48
N'est pas allé consulter	84.57	86.77

Source : Saadah, Pradhan, et Sparrow 2001

Dans les trois mois qui ont suivi la distribution de cartes de santé, 15 pour cent des détenteurs d'une carte ont consulté un prestataire de services ambulatoires contre 13 pour cent de ceux qui n'avaient pas de carte. Toutefois les détenteurs d'une carte ne l'utilisaient pas toujours. Sur les 11 pour cent de détenteurs d'une carte, qui ont consulté un prestataire public, environ un tiers (3,88÷ 10,61) ont déclaré ne pas utiliser leur carte (tableau 11.1). Outre les raisons d'ordre technique justifiant ce fait, il y avait plusieurs autres explications possibles. Certains établissements publics auraient limité le temps qu'ils consacraient aux patients porteurs d'une carte et certains patients pensaient que les soins reçus, quand on avait une carte, étaient de moins bonne qualité que les services et les médicaments obtenus sans carte. Dans les zones éloignées, les difficultés d'accès à l'établissement public le plus proche ont pu dissuader les patients.

Bien que la conception du programme eût ses limites, l'étude a montré que, par ses subventions directes pour les services de soins de santé de base aux pauvres, il a réussi à accroître le recours à ces services. Le plan a également testé les mécanismes permettant d'affecter des fonds directement au niveau de l'établissement avec un soutien budgétaire accru au secteur public pour répondre à l'accroissement de la demande. Il y avait cependant un inconvénient à ne subventionner que les prestataires de services publics et pas ceux du secteur privé.

La possession de cartes de santé et les prestations offertes dans le cadre du programme de cartes de santé se sont révélées dans les deux cas favorables aux pauvres. Toutefois, l'utilisation des services était moins favorable que la possession de la carte. Lorsque les riches possédaient une carte, il y avait plus de chances qu'ils s'en servent. Le fait que les subventions étaient allouées aux prestataires de soins de santé et non directement aux ménages a pu contribuer à ce résultat.

La possession d'une carte a eu un impact positif sur le recours aux soins de santé ambulatoires pour les ménages des deux quintiles les plus pauvres. Pour l'ensemble des ménages, la possession d'une carte a entraîné un transfert important du secteur privé vers le secteur public. La carte de santé n'étant valable que chez les prestataires de services publics, les détenteurs de cartes ont utilisé ces services plus fréquemment que ceux qui n'en avaient pas.

Le programme de cartes de santé s'est traduit par une nette augmentation de leur utilisation par les bénéficiaires pauvres. Pour les bénéficiaires non pauvres, le programme a eu pour effet principal le transfert de patients du secteur privé au secteur public. L'effet le plus

marquant du programme semble avoir été une augmentation générale de l'offre de services publics imputable à l'appui budgétaire reçu dans le cadre du programme PPS. Cet apport budgétaire a peut-être aussi contribué d'une certaine manière à l'amélioration de la qualité des services. Les études indiquent que le programme de cartes de santé (distribution des cartes et subventions au niveau de l'offre) a eu pour effet une augmentation de 65 pour cent du taux de recours aux soins ambulatoires. Si cela est vérifié, le renouveau du secteur public en tant que prestataire de soins ambulatoires pourrait être attribué au programme de cartes de santé.

Le lien entre la fourniture de services aux détenteurs d'une carte et la rémunération aux prestataires de services était relativement faible. Ces derniers ont été dédommagés par un forfait calculé sur le nombre de cartes distribuées dans leur secteur. Ainsi, le fait de soigner un détenteur de carte n'entraînait pas une compensation financière directe pour le prestataire.

Dans l'ensemble, les effets combinés de la carte de santé et de la poussée de l'offre ont augmenté les taux d'utilisation. Cependant, si l'accent avait davantage été mis sur les subventions au niveau de la demande et sur l'inclusion à la fois des prestataires publics et privés, l'impact du programme aurait pu être supérieur. Le PPS s'est néanmoins révélé utile. En son absence, l'utilisation des services ambulatoires aurait été de 5,5 pour cent inférieure au taux de contact observé. Les résultats indiquent qu'un lien plus étroit entre l'utilisation des cartes de santé et le financement aurait abouti à un programme mieux ciblé.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de l'étude de Saadah, Pradhan, et Sparrow (2001)

12

Kenya : extension des campagnes de vaccination

Dans les pays en développement, les vaccinations s'effectuent généralement dans les dispensaires et dans les services de consultation externe des hôpitaux qui constituent l'ossature des services de soins de santé de ces pays. Cependant, lorsque les services de santé sont faibles, comme c'est le cas dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, de nombreux enfants ne peuvent pas être touchés. En 2000, par exemple, il n'y avait environ qu'un tiers des enfants à être vaccinés contre la rougeole dans les 19 pays pour lesquels on dispose de données fiables.

Cette situation était préjudiciable non seulement au tiers d'enfants qu'on laissait sans protection, mais également aux futures générations d'autres enfants. Les enfants non vaccinés étaient assez nombreux pour constituer un « refuge », où le virus de la rougeole pouvait se terrer pour réapparaître par la suite et causer ultérieurement des éruptions de la maladie dans des endroits où il y avait eu défaut de couverture vaccinale.

Ce problème et la disponibilité de technologies simples et efficaces a eu comme effet que les spécialistes s'impatientaient de plus en plus devant la lenteur du train-train des services de santé et commençaient à chercher d'autres voies pour vacciner. Ainsi, à la fin des années 90, le bureau régional africain de l'Organisation mondiale de la santé mit au point et développa une stratégie qui avait auparavant été appliquée avec énormément de succès en Amérique latine.

Le Kenya est l'un des nombreux pays d'Afrique à avoir cherché à accroître la couverture vaccinale des services de santé réguliers en

entreprenant des campagnes massives – officiellement connues sous l'appellation d'activités de vaccinations supplémentaires (AVS).

Changement de politique : campagnes de vaccination

L'une des composantes centrales de cette stratégie, aussi bien globalement que sous la forme qu'elle a prise au Kenya, consistait à proposer aux enfants qui avaient été oubliés par les services de santé réguliers une seconde chance de se faire vacciner contre la rougeole, soit dans les structures régulières soit dans le cadre d'une campagne qui s'efforçait de toucher les enfants qui avaient été oubliés, en installant près de leurs domiciles des centres provisoires de vaccination et en les annonçant à grand renfort de publicité. Il y avait – et il y a—deux types de campagne :

- Des campagnes de rattrapage entreprises au début de l'intensification des efforts des pays. Il s'agit d'initiatives ponctuelles visant à traiter l'arriéré d'enfants non protégés en vaccinant tous les enfants de moins de 15 ans.
- Les campagnes de suivi entreprises tous les deux à quatre ans après la campagne de rattrapage, l'objectif étant d'atteindre les enfants non protégés nés depuis qu'a eu lieu la campagne de rattrapage.

Les deux types de campagne adoptent la même démarche de base, recourant à d'intenses actions de sensibilisation pour amplifier les services de vaccination proposés dans les établissements publics de santé réguliers. Généralement, les responsables des campagnes organisent d'intenses activités de communication de masse et des opérations publicitaires qu'ils renforcent en créant des comités de mobilisation sociale composés de groupes et de personnes influents dans chaque localité à couvrir. Les membres de ces comités reçoivent la formation et l'appui dont ils ont besoin pour apporter aux familles une information sur l'utilité de la vaccination et sa disponibilité à une date et un endroit précis.

Une équipe de deux à quatre agents de vaccination accompagnés d'assistants se rend ensuite au lieu indiqué — habituellement un centre de santé, une école, une église, une mosquée, ou une tente dressée dans une gare routière ou un marché— et vaccine jusqu'à 200 enfants par jour. Parfois, d'autres services ou d'autres produits de santé, tels que d'autres vaccins, des moustiquaires imprégnées ou des vitamines sont fournis. Selon le nombre d'enfants à vacciner, l'équipe reste sur place de quelques heures à

quelques jours, puis se rend au point de vaccination suivant où elle recommence la même opération jusqu'à ce que l'ensemble de la région ou du pays soit couvert.

Cette démarche donne lieu à controverse. Ses nombreux partisans font valoir les réussites que chacun peut constater et soulignent que ces campagnes sont une occasion de réaliser d'autres interventions en matière de santé. En revanche, ses détracteurs font observer que les résultats immédiats sont acquis au détriment d'autres missions importantes dont sont ainsi détournés les rares personnels de santé et que, du même coup, sont dévoyés les rares fonds prévus pour les activités courantes. Ce faisant, soutiennent les détracteurs, ces campagnes gênent la réalisation de l'objectif clé à long terme qui est de renforcer le système de santé afin d'assurer les vaccinations et autres services sur une base permanente.

Synthèse

Ces critiques n'ont pas dissuadé les gouvernements africains de persévérer dans leurs campagnes de vaccination. Entre 2001 et 2006, 42 pays africains ont monté une campagne de rattrapage de vaccination contre la rougeole et, chacun, au moins une campagne de suivi, touchant ainsi plus de 300 millions d'enfants. En 2007, 16 pays organisaient des campagnes antirougeoles, l'objectif étant de toucher près de 40 millions d'autres enfants. En 2005, 21 pays de la région ont monté des campagnes similaires contre la polio.

En moyenne, les campagnes de vaccination contre la rougeole ont touché près de 95 pour cent des enfants qu'elles ciblaient dans les 19 pays pour lesquels existent des données pertinentes. Ce faisant, les campagnes peuvent vraisemblablement revendiquer le mérite d'être à l'origine, au moins d'une partie, peut-être de l'essentiel, de la baisse de 90% des décès dus à la rougeole que ces pays ont déclarés entre 2000 et 2006.

Mais ces chiffres globaux ne reflètent pas directement l'impact de ces campagnes sur l'équité en matière de santé. Pour cela, il faut poursuivre l'analyse en étudiant la distribution sociale et économique des enfants que les campagnes ont touchés. À cet égard, l'expérience des campagnes de vaccination contre la rougeole au Kenya, où le problème de la ventilation a fait l'objet d'un examen direct, est riche d'enseignement.

En juin 2002, le ministère de la santé du Kenya a organisé une première campagne nationale de rattrapage dont l'objectif était de vacciner 13,5 millions d'enfants et de leur apporter un complément en vitamine A. Peu

après, le ministère lança une enquête de grande ampleur auprès des ménages dans toutes les parties du pays afin d'évaluer les résultats de la campagne. L'enquête s'attachait à découvrir si les enfants des ménages couverts avaient été vaccinés dans le cadre des activités de vaccination régulières ou à la faveur de la campagne, en prenant essentiellement appui sur les documents fournis aux mères au moment de la vaccination et complétés par les souvenirs de ces dernières. Le questionnaire de l'enquête comportait suffisamment de renseignements sur les caractéristiques des ménages pour permettre une évaluation de leurs avoirs et de leur patrimoine, ce qui rendait possible une comparaison des expériences en matière de vaccination parmi les enfants situés à des niveaux économiques différents.

Dans l'ensemble, la campagne a accru de 77 à 90 pour cent le taux de vaccination contre la rougeole parmi les enfants du Kenya de 9 à 23 mois. Comme le montre le tableau 12.1, ces augmentations ont été les plus fortes au sein des groupes économiques les plus démunis, que ces variations aient été mesurées en valeur absolue ou relative. À titre d'exemple, parmi les enfants des 20 pour cent des ménages les plus pauvres, la couverture a augmenté de 32 pour cent, soit 21 points de pourcentage, contre une baisse (statistiquement négligeable) de 2 pour cent, soit deux points de pourcentage, parmi les enfants des 20 pour cent des ménages les plus aisés.

Tableau 12.1 Couverture vaccinale contre la rougeole au Kenya avant et après la campagne de rattrapage de 2002

Couverture	1er quintile (les plus pauvres)	2ème quintile	3ème quintile	4ème quintile	5ème quintile
Taux de couverture avant la campagne (pourcentage)	65	71	84	80	89
Taux de couverture après la campagne (pourcentage)	86	92	91	92	87
Variation absolue (points de pourcentage)	+21	+21	+7	+12	-2
Variation relative (pourcentage)	+32	+30	+8	+15	-2
Variation statistiquement significative ?	Oui	Oui	Non	Oui	Non

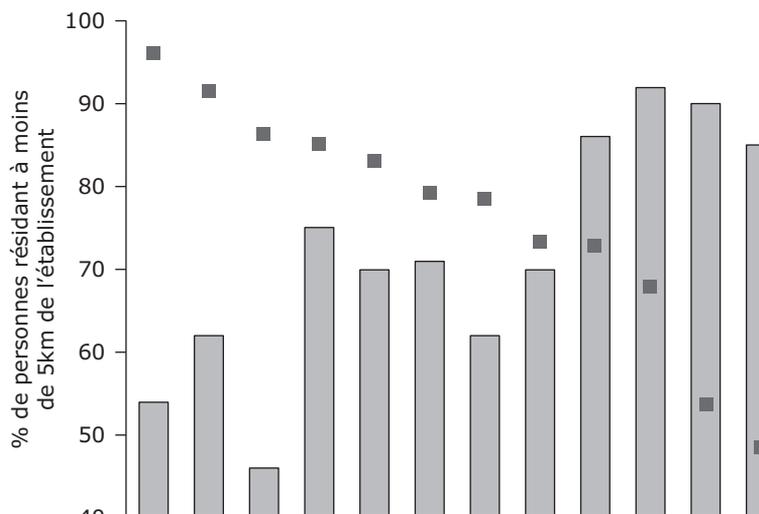
Source : Banque mondiale 2008b.

Certes, nombre d'enfants vaccinés lors de la campagne étaient déjà bien protégés grâce aux vaccinations qui leur avaient été administrées précédemment dans le cadre des services réguliers de santé. (Les campagnes de vaccination contre la rougeole cherchent généralement à vacciner tous les enfants des zones où elles se déroulent quel que soit le statut vaccinal préalable des enfants. Bien qu'une seule dose de vaccin correctement administrée à l'âge optimal assure une protection de 85 pour cent, la protection n'est pas totale dans 15 pour cent des cas, même dans les meilleures conditions —et les conditions de mise en œuvre des programmes dans les pays à faible revenu sont rarement les meilleures.) Si ces enfants ont reçu un degré potentiellement important de protection supplémentaire, les plus grands bénéficiaires ont cependant été les enfants qui n'avaient pas été précédemment vaccinés contre la rougeole.

La répartition de la couverture parmi ces enfants jusqu'alors non protégés était également favorable aux pauvres. Comme on peut le voir sur la figure 12.1, près de 17 pour cent des enfants vaccinés dans les ménages du quintile le plus pauvre n'avaient pas été couverts précédemment. Ce chiffre baisse régulièrement lorsqu'on passe d'un groupe de revenu à l'autre pour atteindre un niveau inférieur à 4 pour cent dans les ménages du quintile le plus riche.

Il semble qu'une raison expliquant pourquoi cette répartition des avantages était favorable aux pauvres était que, pour les familles, le coût de la vaccination était plus faible. On estime qu'un vaccin revenait au même prix pour le gouvernement et les bailleurs de fonds (environ 0,90 dollar US) aussi bien dans le cadre du programme régulier que dans celui d'une campagne de rattrapage, mais le fait de rapprocher des familles les opérations de vaccination réduisait considérablement les dépenses en transport pour les familles ainsi que la perte du temps de travail. Le résultat est que le coût moyen d'un vaccin pour une famille ne s'élevait qu'à 0,11 dollar US dans le cadre de la campagne alors qu'il était de 0,86 dollar US lorsqu'il était administré dans le cadre des services réguliers.

Figure 12.1 Pourcentage d'enfants couverts par la campagne de masse du Kenya en 2002 qui n'avaient pas jusqu'alors été vaccinés contre la rougeole



Source : Banque mondiale 2008b.

Dans quelle mesure ces résultats sont-ils représentatifs ? Il est impossible de le savoir avec certitude ; mais il n'y a pas non plus de raison évidente de considérer que le programme et la campagne de vaccination réguliers du Kenya, ou le cadre dans lequel ils se sont déroulés, sont nettement différents de ceux des nombreux autres pays africains qui ont expérimenté des campagnes de vaccination contre la rougeole. D'autres éléments significatifs sont fournis par des études minutieuses menées au Ghana et en Zambie qui montrent que des moustiquaires imprégnées distribuées à la faveur de campagnes antirougeoles ont effectivement atteint même les groupes les plus pauvres, ce qui donne à penser qu'il en a été de même de la vaccination.

Une autre considération de caractère général est que, dans les situations où la couverture avant la campagne de AVS était déjà élevée, il est vraisemblable qu'un nombre disproportionné d'enfants non vaccinés seront pauvres—comme cela a été le cas au Kenya. Dans ces conditions, il est difficile d'accroître sensiblement l'ensemble de la couverture sans engager des actions efficaces de sensibilisation auprès des groupes défavorisés.

Dans la mesure où ces considérations et ces données sont fondées, les résultats obtenus au Kenya sembleraient suffisants pour étayer une hypothèse de travail selon laquelle les pauvres ont des chances d'être les principaux bénéficiaires des campagnes de vaccination contre la rougeole, et peut-être également contre la polio, entreprises ailleurs en Afrique subsaharienne. Il semble que cela serait particulièrement le cas dans les pays où un niveau assez élevé de protection globale avait été atteint avant que les campagnes ne soient lancées.

Il n'est bien sûr pas question de nier les insuffisances possibles des campagnes, qui ont été pointées par les détracteurs, comme cela a été signalé plus haut. Mais ces constats mettent en lumière un avantage de la méthode adoptée pour ces campagnes, qui peut avoir une importance non négligeable, et qui mérite d'être pris en considération dans toute évaluation des possibilités qu'offre cette approche.

Note

1. Ce chapitre prend appui sur de nombreuses sources. Quatre des plus importantes sont les suivantes : Vijayaraghavan et autres (2007), OMS (2006), Otten et autres (2005), et la « synthèse » sur la rougeole du Bureau régional africain de l'OMS présentée sur le site Web sur la rougeole (<http://www.afro.who.int/measles/>).



13

République du Kirghizistan : Réforme du financement de la santé et les pauvres

En 2001, dans le cadre du système de santé, plus de 50 pour cent des dépenses de santé sortaient de la poche des patients, principalement pour les soins des malades hospitalisés et pour l'achat de médicaments des malades en consultation externe. Pour se faire soigner en hôpital, les patients devaient contribuer au paiement des médicaments, des seringues, des sondes, des pansements, du linge, de la nourriture, et même des carnets, des ampoules électriques, etc. Ces paiements s'ajoutaient à ce qu'il fallait donner de la main à la main au personnel soignant (Banque mondiale 2008c). En 2001, la moyenne des frais à la charge des patients était de 1 846 soms kirghiz (46 dollars US) pour les personnes qui ont indiqué avoir recouru au système de santé. Cette somme équivalait à cinq fois la consommation mensuelle moyenne par habitant, ce qui conduisait à se demander comment la grande majorité des pauvres du pays pouvait payer cela.

La part élevée des frais à la charge des patients est un phénomène relativement nouveau qui est apparu dans la République du Kirghizistan au cours de la période de transition qui a suivi l'indépendance. À l'époque soviétique, les services de santé étaient gratuits à part les cadeaux offerts à l'occasion au personnel soignant et la participation au coût des médicaments fortement subventionnés pour les malades en consultation externe. Avec l'éclatement de l'Union soviétique et le déclin économique général de la période de transition, les dépenses publiques de santé ont chuté, passant de 3,6 pour cent du PIB à 1,9 pour cent en 2000 (Banque mondiale 2008c). Le vaste réseau de prestataires implantés durant la

période soviétique absorbait une part croissante des dépenses publiques de plus en plus limitées. Le personnel et les installations consommaient 75 pour cent du budget santé, ce qui laissait peu de ressources pour les dépenses médicales directes telles que les médicaments et les fournitures (Banque mondiale 2008c).

Changement de politique : les réformes du financement de la santé au Kirghizistan (2001-05)

La République du Kirghizistan a engagé des réformes d'une grande portée du financement de la santé en 2001-05 dans le cadre du programme décennal Manas de réforme du secteur de la santé. L'un des principaux objectifs des réformes était la réduction de l'impact négatif que les frais à la charge des patients avait sur les ménages démunis. Étant donné la marge budgétaire limitée, il était évident que le secteur de la santé ne pourrait pas recevoir de fonds publics supplémentaires pour réduire les frais à la charge des patients. Il fallait réduire le secteur des grands hôpitaux de manière à réaliser des gains d'efficacité. Pour réduire les frais à la charge des patients, les économies ont été utilisées pour l'achat de médicaments et de fournitures médicales et pour mieux rétribuer les personnels.

Les réformes du financement de la santé reposaient sur la division acheteur-prestataire. Le Fonds d'Assurance maladie obligatoire (The Mandatory Health Insurance Fund (MHIF)) est devenu l'acheteur de la plupart des services de santé individuelle. Quant au ministère de la santé, il est demeuré l'acheteur de certains de ces services de santé individuelle (par exemple, les soins du cancer et de la tuberculose) ainsi que des services de santé publique. Il continua également à assurer des fonctions d'intendance. La division acheteur-prestataire n'a pas entraîné un changement concernant les sources financières, mais seulement l'acheminement des fonds et les dispositions relatives aux achats. Le Fonds d'assurance maladie est devenu l'acheteur des services de santé, utilisant principalement les recettes fiscales générales et un petit impôt. Les réformes ont été introduites de façon progressive en commençant par deux oblasts (états) en 2001, puis deux autres oblasts par an jusqu'à ce que le programme soit entièrement bouclé en 2005.

Les réformes comprenaient quatre blocs fondamentaux :

- *Centralisation des circuits de financement de la santé (mise en commun).* Avant les réformes, les prestataires— presque tous publics — étaient financés sur les recettes fiscales générales correspondant

aux structures administratives hiérarchiques : les prestataires au niveau de l'État (fédéral) étaient financés sur les impôts perçus au niveau national, les installations des oblasts étaient financées sur les impôts des oblasts et les installations des rayons (districts) étaient financées sur les impôts des rayons. Le financement et les prises de décisions ne sortaient pas du cadre de chaque structure administrative, ce qui occasionnait des doublons et n'incitait pas à éliminer les sources d'inefficacité. Les réformes du financement ont permis de centraliser les circuits de financement au niveau des oblasts et de mettre en commun les recettes fiscales dans les départements réservés aux oblasts du Fonds. Cette mesure a éliminé les regroupements de ressources au niveau des rayons et des villes et a permis de réaffecter les ressources au sein de l'oblast sans tenir compte des frontières entre villes et rayons.

- *Méthodes d'achats prévisibles.* Avant les réformes, les prestataires étaient payés selon des normes basées sur les intrants formulées dans des budgets par article reflétant les comportements historiques. Les gestionnaires ne pouvaient pas réaffecter les fonds d'une catégorie de ligne budgétaire à l'autre si le besoin ou l'occasion se présentaient. Dans le contexte des réformes, les budgets par article fondés sur les intrants ont été remplacés par un paiement par capitation pour les prestataires de soins primaires et par des paiements à l'intervention pour les soins hospitaliers.
- *Définition explicite des avantages.* Le troisième bloc comprenait une réglementation claire des droits aux prestations selon l'Enveloppe des Prestations garanties par l'État (State Guaranteed Benefit Package). Cette enveloppe précise quels sont les soins primaires gratuits pour la population entière et les conditions d'orientation vers un spécialiste avec ticket modérateur officiellement fixé. Le ticket modérateur est un forfait payé à l'admission. Des exemptions sont accordées dans le cas de certaines catégories de maladies qui nécessitent un niveau de soins élevé, telles que l'invalidité, le cancer, une crise cardiaque récente, la tuberculose, etc., ainsi que pour les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale. Les hôpitaux reçoivent un remboursement plus élevé pour ces malades dispensés de paiement afin d'éviter une sélection adverse. Les hôpitaux conservent les recettes du ticket modérateur mais obligation leur est faite d'en utiliser 80 pour cent pour achat de médicaments, de fournitures et d'alimentation.

- *Réduction de la taille du secteur hospitalier.* Ces changements dans le financement de la santé ont créé un environnement favorable à une réduction de la capacité hospitalière excédentaire. Étant donné que la plupart des hôpitaux étaient construits sous forme de pavillons composés de 15 à 20 petits bâtiments, la réduction de la taille des établissements offrait de grandes possibilités d'économies sur les coûts fixes. Les bâtiments inutiles ont été démolis, loués (à des pharmacies, par exemple, ou convertis à d'autres usages (par exemple, en unités de promotion de la santé). Entre 2001 et 2004, la capacité physique du secteur hospitalier est passée de 1 464 bâtiments à 784 avec en corollaire un changement de la surface opérationnelle totale, des coûts d'équipement et d'entretien. Du même coup, la machine administrative a permis la réduction de l'ensemble du parc immobilier en opérant la fusion d'établissements qui soignaient des populations très proches.

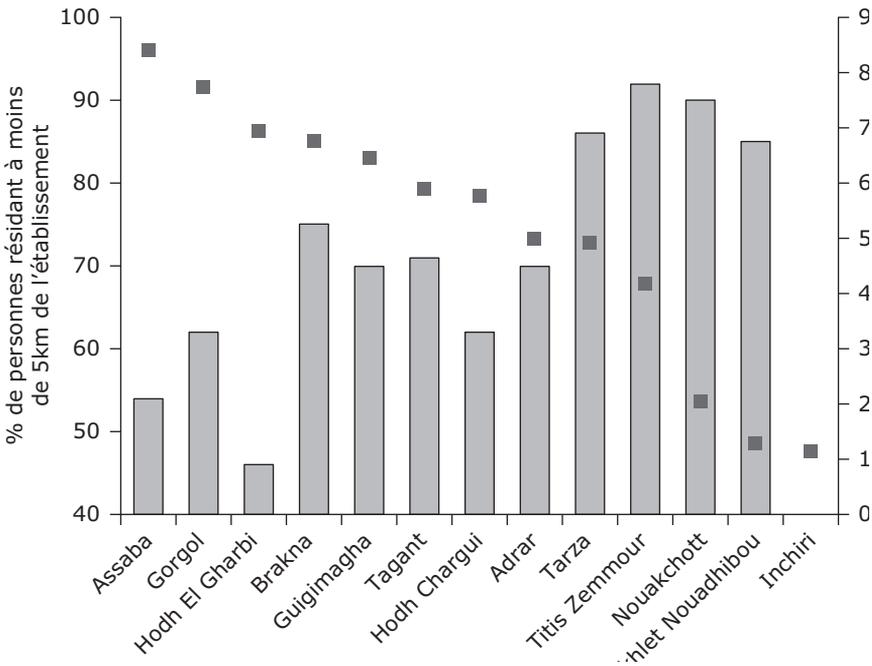
Synthèse

L'impact des réformes sur la charge financière imposée aux patients a été évalué par le biais de deux enquêtes menées auprès des ménages. La première a été conduite avant la mise en oeuvre des réformes et la seconde après que les réformes eurent atteint la moitié des oblasts.

D'après ces évaluations, les réformes ont eu un impact positif sur le fardeau financier en matière d'hospitalisation, surtout pour les pauvres. Les frais de soins hospitaliers à la charge des patients ont augmenté sensiblement dans les oblasts témoins (près de 600 soms, soit 15 dollars US). En revanche, pour la même période, ils n'ont augmenté que de 200 soms (soit 5 dollars US) dans les oblasts bénéficiant de la réforme. En supposant que ces derniers aient suivi les mêmes tendances que les oblasts témoins, les réformes ont réussi à limiter de 393 soms (soit 10 dollars US) la hausse de l'hospitalisation à la charge des patients pour un ménage moyen.

La figure 13.1 montre que l'impact des réformes a été plus marqué sur les groupes à faible revenu. En cas d'hospitalisation, les 40 pour cent les plus pauvres (quintiles 1 et 2) subissaient une augmentation sensible des paiements à leur charge dans les oblasts témoins, alors que dans les oblasts sous réforme, on notait une légère baisse. En revanche, il y avait une augmentation dans les deux types d'oblasts pour les 40 pour cent les plus riches (quintiles 4 et 5), ce qui indique que les réformes n'ont ni ralenti ni accéléré le rythme de croissance des dépenses à la charge des riches.

Figure 13.1 Effet des réformes sur les frais de soins à la charge des patients en cas d'hospitalisation



Source : Banque mondiale 2008c

Note : Les résultats sont des valeurs prévues issues d'un modèle de régression multiple en deux parties qui estime les effets des réformes sur les dépenses individuelles des soins de santé, tenant compte d'un certain nombre de caractéristiques des personnes, des ménages et des régions. DD est une estimation de différence des différences et représente la différence dans la tendance des dépenses à la charge des patients entre 2000 et 2003 dans les oblasts sous réforme par rapport aux oblasts témoins.

***L'estimation DD est statistiquement significative au niveau de 1 pour cent.

L'analyse des données secondaires est cohérente avec l'explication selon laquelle l'impact positif sur la protection financière a été facilité par des gains d'efficacité plus marqués dans les oblasts où les réformes financières étaient mises en œuvre :

- La restructuration a été plus intensive dans les oblasts réformés, avec une réduction du nombre de lits de 44 pour cent contre 18 pour cent dans les oblasts témoins durant la même période.

- Il y a eu une réduction de personnel de 28 pour cent dans les oblasts réformés contre 24 pour cent dans les oblasts témoins.
- Il a également été démontré que la restructuration permettait des économies importantes en matière de dépenses des services publics estimées à 60 pour cent dans les oblasts où la restructuration avait été effectuée.
- Dans les oblasts réformés, les dépenses non médicales dans les hôpitaux (services publics et personnel) sont passées de 83,6 pour cent des dépenses totales en 2000 à 63,4 pour cent en 2003.
- La ventilation des paiements à la charge des patients a montré une baisse différentielle des médicaments dans les hôpitaux.

L'étude a également mis en lumière que, pendant la même période, les réformes avaient eu des retombées sur les visites à l'hôpital et les médicaments pour les malades en consultation externe. Dans les oblasts réformés, les paiements à la charge des patients en consultation externe pour l'achat de médicaments et pour les visites ont augmenté par rapport aux oblasts témoins et inversé l'effet protecteur des réformes en matière d'hospitalisation. Cette tendance était plus marquée pour les non pauvres que pour les pauvres. C'est assurément un résultat négatif du point de vue de la protection financière, mais des dépenses mensuelles à la charge des patients ont sans doute un effet moins catastrophique et sont moins un facteur d'appauvrissement que de gros frais d'hospitalisation à payer en une seule fois.

L'expérience kirghize montre qu'il est possible de limiter le fardeau financier des patients dans un pays pauvre, dont la capacité budgétaire est limitée, si on sait utiliser plus efficacement les ressources publiques. C'est là une leçon particulièrement encourageante pour d'autres économies en transition de la Communauté des États indépendants qui doivent faire face à de faibles niveaux de finances publiques et qui sont aux prises avec de graves problèmes d'inefficacité.

Les réformes kirghizes comprenaient l'instauration d'un ticket modérateur pour les hospitalisations. Généralement, l'introduction d'une participation aux frais est liée à un impact négatif sur la protection financière. L'expérience kirghize montre que lorsque le ticket modérateur est introduit dans un environnement où se pratiquent à haute dose les paiements de la main à la main (au personnel mais également pour l'achat de médicaments et de fournitures), cela n'a pas forcément comme conséquence un alourdissement de la charge financière pour les patients. Le

ticket modérateur peut être un facteur de clarté et introduire de la transparence dans la sélection de qui a droit aux prestations, et constituer une véritable protection pour les pauvres par le biais des mécanismes d'exonération.

Au bout du compte, les résultats de l'expérience kirghize confirment également qu'il n'existe pas de recette miracle pour améliorer la protection financière. Cette expérience reposait sur une approche systémique complexe plutôt que sur l'emploi d'instruments de réforme isolés. La mise en œuvre d'une approche systémique complexe ne va pas de soi et demande un échéancier plus long et un soutien politique stable.

Note

1. Ce chapitre a été rédigé par Melitta Jakab avec l'appui de l'OMS/EURO et est basé sur son rapport intitulé « An empirical Evaluation of the Kyrghyz Health Reform : Does it work for the poor ? » (Une évaluation empirique de la Réforme de la santé au Kirghizistan : Profite-t-elle aux pauvres ?) Harvard University / OMS (2007). Les sources d'information comprennent celles fournies par la Banque mondiale 2008c.
2. L'OMS a également financé le recueil de données pour ce rapport.



14

Mexique : payer les pauvres pour qu'ils utilisent les services de santé

Malgré les subventions alimentaires et les programmes d'aide humanitaire, le Mexique a connu un taux tenace de pauvreté élevé jusque dans les années 90. On s'est finalement rendu compte que les programmes d'allègement de la pauvreté étaient mal ciblés, coûteux et inefficaces. Les dépenses administratives absorbaient un tiers du budget de ces programmes. Au lieu d'engager des actions de formation pour aider les pauvres à s'arracher à la pauvreté, les anciens programmes se contentaient de distribuer des subventions qui n'étaient qu'une aide sociale temporaire.

Changement de politique : transferts conditionnels en espèces dans les domaines de la santé et de l'éducation

Pour combattre le taux élevé tenace de pauvreté et remplacer le programme d'aide sociale qui ne fonctionnait pas, le Mexique a lancé le Programme d'éducation, nutrition et santé connu sous l'appellation de son acronyme espagnol PROGRESA) en 1997. PROGRESA a substitué aux subventions des versements conditionnels en espèces pour encourager les ménages à investir dans l'éducation, la nutrition et les soins de santé, et pour leur permettre de le faire.

Depuis qu'il a été lancé, PROGRESA s'est développé régulièrement. Il a réussi à survivre au changement historique de pouvoir qui a vu la défaite du parti politique qui l'avait instauré (l'intitulé du programme a été changé en Oportunidades en 2001). En bénéficiant maintenant plus de 20

millions de gens, soit un tiers de la population du Mexique. Ces résultats ont eu un coût administratif relativement modeste. Globalement, les dépenses d'ordre administratif ont été maintenues à moins de 10 pour cent des dépenses totales.

Sélection des bénéficiaires

Pour être sûr que les avantages du programme parvenaient bien aux pauvres, PROGRESA a d'abord sélectionné les villages bénéficiaires, puis les familles. La sélection des villages pauvres s'effectuait par le biais d'une fiche score de la communauté basée sur les données d'un recensement national qui porte sur le niveau d'instruction, le logement et l'état de santé. Les villages qui obtenaient le score le plus faible et qui étaient situés à proximité d'établissements de santé et d'enseignement étaient sélectionnés. Dans les villages retenus, les familles étaient sélectionnées par un dispositif supplétif d'évaluation des ressources. Les informations qui avaient étroitement trait au revenu étaient collectées auprès des ménages par des recensements spéciaux au niveau local et étaient combinées pour établir un classement de la pauvreté. Les ménages classés au bas de l'échelle avaient droit de participer au programme. À l'origine, environ la moitié des ménages des villages sélectionnés étaient incorporés. Cependant, à la suite de protestations locales, PROGRESA révisa ses critères de sélection et environ 80 pour cent des ménages des villages sélectionnés furent considérés comme ayant droit. Ainsi, la sélection des communautés devenait plus importante pour déterminer l'efficacité du ciblage de PROGRESA que l'identification des ménages. En 2001, lorsque PROGRESA se transforma en Oportunidades, le programme fut étendu aux zones urbaines.

Détermination et prestation des avantages

L'objectif des avantages du programme était de favoriser le développement humain et de réduire la pauvreté sur le long terme, mais également de la soulager dans l'immédiat. Les femmes des familles bénéficiaires avaient droit à une subvention régulière à condition qu'elles fassent la preuve qu'elles amélioreraient leur propre situation et celle de leur famille dans les domaines de l'instruction, de la santé et de la nutrition. Ainsi, les avantages attribués au titre du programme étaient des transferts « conditionnels » en espèces, que les participantes recevaient si elles veillaient à l'assiduité scolaire de leurs enfants et au suivi médical de leur famille.

- *Santé.* Une famille reconnue comme ayant droit recevait une allocation mensuelle alimentaire de 125 pesos (12 dollars US) si chaque enfant subissait de deux à quatre examens de santé par an et chaque adulte un. Quant aux femmes enceintes, c'était sept examens pré- et postnatals qu'elles devaient subir. Les enfants avaient droit à des compléments nutritionnels.
- *Éducation.* Jusqu'à 305 pesos (28 dollars US) étaient versés pour chaque enfant de la troisième à la neuvième années d'école à condition qu'il suive au moins 85 pour cent des cours. Les sommes étaient plus élevées pour les grandes classes et pour les filles.

Le programme Oportunidas a étendu les allocations scolaires au niveau du lycée. L'administration Fox a également annoncé l'instauration d'une nouvelle composante du programme, *Des opportunités pour les Jeunes* (Jovernes con Oportunidas), un plan d'épargne pour les élèves des lycées, qui augmente au fur et à mesure du cursus, de la neuvième année à la fin des études.

Aux termes du programme, la somme allouée à chaque bénéficiaire était fonction de son assiduité, information communiquée par les enseignants et le personnel de santé des établissements où les bénéficiaires se sont inscrits au moment de leur entrée dans le programme. Les fonds étaient télégraphiés aux points de distribution locaux où les bénéficiaires venaient percevoir ce qui leur revenait. Ceux-ci étaient informés de l'arrivée des fonds par les bénévoles élus de la communauté, qui remplissaient bien d'autres fonctions de liaison entre l'administration et les bénéficiaires. Au total, ces transferts conditionnels en espèces représentent environ 20 pour cent des revenus des familles affiliées au programme.

Synthèse

Nous examinons d'abord les défis que posait la mise en œuvre, puis nous nous concentrons sur les réalisations dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Les problèmes de mise en œuvre

Exécuter un programme aussi radicalement différent de ses prédécesseurs posait de nombreux problèmes. Il fallait expliquer aux habitants la procédure technocratique supplémentaire complexe d'identification des bénéficiaires pour

qu'ils en comprennent et acceptent la légitimité. C'est la raison pour laquelle les responsables du programme ont jugé nécessaire d'inclure plus d'organismes qu'il n'était prévu à l'origine, ce qui diluait l'efficacité du ciblage (mais ne la réduisait absolument pas complètement à néant).

Le versement des allocations au moment prévu était un autre problème. Il y avait d'abord des retards qui se produisaient à plusieurs étapes du processus : au sein de la communauté, retard à remettre aux autorités les formulaires remplis, au bureau central retard à établir les versements une fois les formulaires arrivés. Autre écueil du même ordre: le nombre des points de distribution souvent éloignés du domicile des bénéficiaires. Pour calmer le mécontentement des bénéficiaires, ce nombre fut finalement augmenté.

Il y avait d'autres problèmes : il fallait tenir à jour les listes des ménages des ayants droit et veiller à l'efficacité et à la rectitude des procédures d'identification et de paiement des bénéficiaires. Les premières évaluations n'ont pas détecté de gros problèmes en ce qui concerne l'efficacité de procédures, ni leur rectitude, mais ces questions demeuraient au centre des préoccupations des responsables du programme.

Les réalisations du programme

Malgré ces contraintes, le programme a continué de se développer et a conservé sa force après la venue au pouvoir du gouvernement Fox. Deux évaluations ont été réalisées par des enquêtes auprès des ménages, l'une juste avant le lancement du programme, l'autre deux ans après, dans 320 villages qui en avaient bénéficié et dans 186 qui n'étaient pas concernés. Ces études, et d'autres, ont montré que c'étaient les pauvres qui profitaient de la plupart des avantages et que ce programme avait comme effet (i) un accroissement notable de la scolarisation dans les établissements du premier cycle du secondaire (ii) une baisse des niveaux de malnutrition et de maladie chez les enfants (iii) des réductions de la pauvreté.

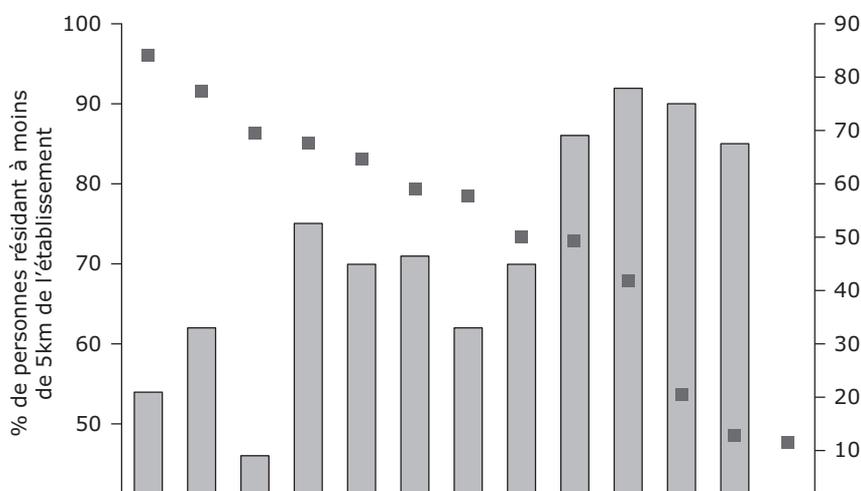
Bilan de l'action en faveur des pauvres

Le programme concerne plus de 20 millions de gens, soit actuellement un cinquième de la population du Mexique. Les subsides versés au titre de ce programme représentent 20 pour cent du revenu des ménages bénéficiaires.

Le bilan de l'action de PROGRESA en faveur des pauvres est résumé en figure 14.1. Comme on le voit, près de 60 pour cent des gens touchés par le programme se situaient dans les 20 pour cent les plus pauvres de la

population et 80 pour cent des bénéficiaires dans les 40 pour cent les plus pauvres. Les indicateurs de résultats font également apparaître des améliorations enviables, notamment une réduction de 45 pour cent de la grande pauvreté.

Figure 14.1 Réussites de PROGRESA/Oportunidades dans son action en faveur des pauvres



Source : Coady, Filmer et Gwatkin 2005

Les principaux facteurs qui expliquent ces fortes avancées étaient la sélection des villages en situation de pauvreté, le fait de conditionner le paiement des allocations à la scolarisation des enfants et à leur participation aux programmes sanitaires (parce que les pauvres ont davantage d'enfants que les riches). Le fait de choisir en priorité les familles pauvres dans les villages était moins important (parce que, dans les villages sélectionnés, la plupart des familles étaient pauvres et que le programme ne concernait pas les zones à plus hauts revenus).

Bilan en matière de santé pour les adultes et les enfants

La maladie affecte profondément le développement de l'enfant et la productivité de l'adulte. Grâce à l'amélioration de l'alimentation et aux soins préventifs, les enfants du programme PROGRESA/Oportunidades souffrent moins de maladies entre la petite enfance et l'âge de cinq ans que les autres

enfants. Il a été établi qu'il y avait un accroissement de 16 pour cent du taux annuel de croissance chez les enfants dans les 12 à 36 premiers mois de leur vie et une réduction de 20 à 25 pour cent de survenue de maladies entre la petite enfance et l'âge de cinq ans. Dans les ménages qui participent au programme, il y a 17 pour cent de moins de journées d'immobilisation dues à la maladie chez les adultes que dans les autres ménages.

Bilan en matière d'éducation

Le programme a développé la scolarisation des garçons et des filles tant au niveau primaire que secondaire. Au niveau primaire, où la scolarisation était élevée au départ, le programme a fait monter les taux de 1,07 pour cent pour les garçons et de 1,45 pour cent pour les filles.

Au niveau secondaire, la scolarisation a augmenté de 8 pour cent pour les garçons et de 14 pour cent pour les filles. On estime que, en prenant pour base une durée de 6,2 années, la durée de la scolarité augmentait d'environ 10 pour cent pour un adolescent de 18 ans en moyenne.

Par comparaison avec les autres enfants du Mexique, ceux qui participent au programme entrent à l'école plus tôt, redoublent moins de classes, et abandonnent moins fréquemment, en particulier entre le primaire et le secondaire. Malgré les incitations financières plus fortes pour que les filles entrent au second cycle, il semble que le programme encourage plus les garçons que les filles à poursuivre leurs études.

Bien que le programme ait accru le nombre d'enfants qui poursuivent leurs études, il est difficile de quantifier l'impact qu'il a pu avoir sur les performances. On ne constate pas d'améliorations sensibles dans le résultat des tests, mais selon les enseignants et d'autres personnels du système éducatif interrogés, le programme avait néanmoins été bénéfique aux élèves. Dans les villages participant au programme PROGRESA/Oportunidades, il y avait moins de garçons et de filles à prendre un travail salarié ou non parce que le nombre de ceux qui poursuivaient leurs études avait augmenté.

En conclusion, les impacts positifs de PROGRESA/Oportunidades montrent que le programme de transferts conditionnels en espèces peut être un instrument pratique efficace à la fois pour réduire la pauvreté du présent et améliorer l'avenir des enfants en investissant plus dans la santé et l'éducation. L'expérience de PROGRESA/Oportunidades montre également qu'il est possible d'exécuter un programme sur une très grande échelle même dans des zones pauvres isolées, où il y a peu de services, et en particulier dans un pays en développement où l'aide sociale est limitée.

Au nombre des facteurs qui expliquent la réussite du programme, il y avait l'évaluation initiale planifiée dès le début. Cela permettait de disposer d'un groupe témoin et cela garantissait que l'on pouvait avoir connaissances des résultats dans les premières phases du programme, à un moment où il est plus facile d'opérer des rectifications de trajectoire et où les programmes sont plus à la merci de coupes budgétaires. Il était également important de faire appel à des universitaires de prestige pour cette évaluation, ce qui rendait les résultats difficilement contestables.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de l'étude de Coady, Filmer et Gwatkin (2005) et de Coady (2003)



15

Mexique : Fournir aux pauvres une assurance maladie subventionnée

Dans les années 40, le Mexique a résolu le problème de la couverture d'assurance maladie des travailleurs du secteur formel en ayant recours au dispositif typiquement latino-américain d'institutions de sécurité sociale pour les employés des établissements privés et publics. Ces institutions collectent des primes auprès des employés et de leurs employeurs, obtiennent un financement supplémentaire sous forme de subventions prises sur les recettes fiscales de l'État, et utilisent ces ressources pour offrir des services aux employés assurés. Ce système a assez bien fonctionné pour la moitié de la population mexicaine qui y avait accès.

Les plus nantis sont généralement employés dans les usines, les services publics, et autres organismes, qui sont plus susceptibles d'offrir une assurance maladie. Le résultat est que cette fraction de la population a une meilleure connaissance de la couverture sanitaire, y a plus facilement accès et est plus souvent couverte. La moitié pauvre de la population a beaucoup moins de chance. Les pauvres travaillent généralement dans des établissements plus petits et mal réglementés, travailleurs indépendants effectuant des travaux domestiques, ou étant sans travail, comme c'est le cas de nombreuses femmes chefs de famille. Étant donné qu'ils sont hors du marché officiel du travail, ils n'ont en général pas accès à l'assurance maladie souscrite sur le lieu du travail ou n'ont pas les moyens d'en prendre une. Cette fraction de la population était contrainte de recourir à des services de moindre qualité accessibles, moyennant paiement, dans les

établissements du ministère de la Santé, ou dans ceux du secteur privé, coûteux et souvent non réglementés.

Le système de santé mexicain était déséquilibré et pâtissait d'un manque de fonds. Les programmes de santé publics ont été incapables de relever les défis qui sont apparus au moment où la santé du pays basculait dans une économie en voie de modernisation. Au total, les dépenses de soins de santé par habitant au Mexique étaient inférieures à la moyenne d'Amérique latine. Plus de la moitié de l'argent dépensé pour la santé sortait des poches des habitants et ces sommes étaient plus élevées que dans beaucoup d'autres pays d'Amérique latine. Le financement n'était réparti ni efficacement ni équitablement—près de la moitié de la population n'était pas assurée, et elle ne recevait qu'un tiers des fonds affectés à la santé. Les gens mieux nantis avaient une couverture santé, alors que, chez les pauvres, cette couverture était très faible—peut-être 10 pour cent. Il y avait un gros risque de paupérisation du fait des dépenses de santé ; entre deux et quatre millions de ménages dépensaient 30 pour cent de leur revenu annuel pour la santé.

Changement de politique : assurance maladie subventionnée pour les pauvres par le biais du Seguro popular

Le gouvernement qui est arrivé au pouvoir en 2000 s'est fixé comme première priorité de corriger ce déséquilibre. Il a mis en place un train de réformes qui ont donné naissance à un nouveau programme d'assurance santé, Seguro popular (SP), pour tous ceux qui n'étaient pas couverts par les systèmes de sécurité sociale existants. L'objectif de ce programme facultatif était, et est toujours, d'offrir à ces gens une couverture santé subventionnée comparable à celle des bénéficiaires de la sécurité sociale.

Les ministères de la santé des 32 États du Mexique ont comme mission principale d'identifier, d'affilier et d'assister les participants ayant droit au SP. Ce programme était conçu pour cibler en priorité les familles les plus pauvres. Les paiements réguliers des primes sont subventionnés selon un barème fixé par l'État, et les familles des 20 pour cent les plus pauvres de la population ne paient pas. Ce système donne droit aux participants, *sans frais supplémentaire*, à quelque 250 actes médicaux dans des établissements précis (pour la plupart, les mêmes établissements publics qui, auparavant, faisaient payer aux participants les services auxquels ils avaient accès). Les participants au SP ont également droit à 17 actes médicaux fournis par un réseau d'établissements de soins tertiaires de niveau supérieur administrés par les pouvoirs publics au niveau fédéral et au niveau de l'État. L'écart entre ce que rapporte le paiement des primes et le coût total du programme

est comblé par les subventions de l'État. La majorité du financement provient du gouvernement fédéral, qui verse des subventions aux gouvernements des États selon une formule qui tient compte du niveau de développement de l'État, les pauvres recevant plus que les riches. Cette formule tient également compte du nombre de familles affiliées, ce qui constitue une incitation à améliorer la qualité des services et à accroître le nombre de familles adhérentes. Les gouvernements des États financent le reste des coûts sur fonds propres.

Les besoins financiers du programme SP constituent la raison principale de l'accroissement récent du volume des ressources que le gouvernement fédéral affectait jusqu'alors à la santé. Par exemple, le budget du ministère fédéral de la Santé a augmenté d'environ 53 pour cent entre 2000 et 2005, en grande partie du fait de la mise en œuvre du programme. Il est prévu que l'assurance maladie universelle ajoute un point de pourcentage du budget des investissements publics à l'investissement dans la santé. Ce chiffre a grimpé à 66,5 pour cent en 2006.

Assurer la participation des pauvres

Le programme SP se donne pour objectif d'assurer la couverture universelle d'ici à 2010 et de toucher ceux qui ne sont pas assurés, riches comme pauvres. Toutefois, il est conçu pour veiller à ce que les défavorisés soient servis en premier, plutôt qu'en dernier (ou jamais) comme c'est le cas dans de nombreux programmes de couverture universelle.

La législation qui régit le programme demande que la couverture des groupes démunis soit accentuée et que ce soit une priorité absolue au cours des sept années de mise en route du programme (de 2000 à la fin 2010). Pour que ce programme n'en reste pas au stade des déclarations d'intention, il comprend trois mesures interdépendantes. La première est une échelle de taux des primes graduée en fonction du statut économique et prévoyant la gratuité pour les pauvres. La deuxième est un mécanisme qui permet une identification assez juste des familles ayant droit aux subventions pour les primes ou à la gratuité. La troisième est un système de paiement des agences chargées de la mise en œuvre qui les incite à affilier les familles pauvres identifiées jusqu'alors.

Des primes subventionnées pour les pauvres

Ce système est fondé sur le prépaiement d'un ensemble de services qui augmentera au rythme de la demande et dans la mesure où le financement le permettra. Le montant des primes pour participer au programme, qui est

sur une base de volontariat, varie selon le statut économique des participants. Les familles paient jusqu'à 5 pour cent du revenu dont elles disposent (défini comme la somme totale des dépenses après que les besoins essentiels ont été couverts). Le montant de la prime diminue et la subvention des pouvoirs publics augmente au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle économique, les 20 pour cent les plus pauvres de la population étant totalement exemptés.

Identification des pauvres

Les États disposent de plusieurs options pour identifier les pauvres qui ont droit aux différents niveaux de subvention. L'une de ces options est de suivre l'exemple du programme existant et hautement évolutif PROGRESA/Oportunidades, décrit plus en détail au chapitre 14, dont les adhérents (appartenant également, en principe, à la tranche des 40 pour cent les plus pauvres de la population), ont automatiquement droit à la couverture du programme SP. Une autre option consiste à adopter une méthode d'identification des futurs bénéficiaires identique à celle de PROGRESA/Oportunidades, élaborée par le programme SP même. Ou bien les États sont libres d'adopter les approches suivies par plusieurs autres programmes fédéraux de subvention ou d'admettre tous les membres des groupes identifiés sans une évaluation de chacun des membres.

Les approches du programme PROGRESA/Oportunidades et du programme SP selon un mécanisme supplétif d'évaluation des ressources (décrit au chapitre 14 pour déterminer les Mexicains ayant droit aux transferts en espèces et, au chapitre 9, les Colombiens ayant droit au plan d'assurance maladie universelle. Ces critères d'identification des pauvres ne reposent pas sur les revenus ou les dépenses, qui jusqu'à un passé récent étaient la mesure standard du statut économique, mais sur des informations relatives aux biens des ménages et de ceux qui vivent sous le même toit. Les travailleurs sociaux attribuent une note à chaque élément sur la base de directives élaborées à partir d'études statistiques sur le statut économique des ménages, additionnent les résultats et comparent le total à celui d'autres membres de la population. La prime du SP pour une famille est calculée en fonction de la place qu'elle occupe sur l'échelle économique ainsi déterminée : plus elle se classe bas, moins elle paie.

Le mécanisme supplétif d'évaluation des ressources n'est appliqué qu'aux habitants des villages pauvres qui ne peuvent pas prétendre à d'autres programmes d'aide sociale et qui sont sélectionnés sur la base de

données de recensement portant sur des éléments tels que les conditions de travail, les équipements municipaux, et les niveaux d'instruction. Il en résulte un processus à deux niveaux : d'abord l'identification des collectivités pauvres, puis, au sein de ces collectivités, l'identification des personnes les plus pauvres.

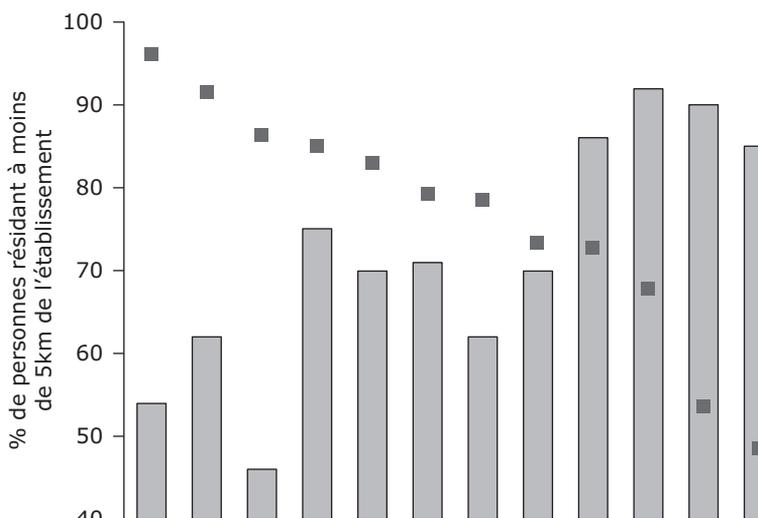
Incitation à l'affiliation des pauvres

Le soutien fédéral accordé au SP dans les gouvernements des États remplace largement et progressivement l'assistance du gouvernement fédéral fournie sur la base des niveaux de l'année antérieure et des effectifs des agents de santé de l'État. Ce changement conditionne le volume de l'aide fédérale au nombre de personnes auxquelles les États viennent en aide plutôt qu'au nombre de gens qu'ils emploient et aux installations qu'ils gèrent, ce qui incite les États à faire entrer le plus possible de gens dans le programme SP afin de maximiser et de stabiliser l'enveloppe de subventions que l'État fédéral leur alloue. Le fait que les pauvres, contrairement aux groupes à plus haut revenu, n'ont pas à payer les primes a pour conséquence qu'ils sont vraisemblablement plus rapidement disposés à participer au programme que les riches qu'il faudra persuader de payer pour se faire admettre. Les pauvres deviennent ainsi pour l'organisme de gestion le groupe d'affiliés qui peut rapporter le plus, et non le groupe le moins intéressant, comme le pensent les gestionnaires des autres programmes en raison des difficultés et des dépenses plus importantes qu'entraînent les efforts pour les atteindre.

Synthèse

À la fin de 2005, deuxième des sept années de mise en route, le SP comptait 11,5 millions d'affiliés, soit un peu moins de 20 pour cent des 65 à 75 millions de Mexicains non couverts par le système de sécurité sociale. Environ 40 pour cent de ces inscrits faisaient partie des 20 pour cent les plus pauvres de la population contre moins de 3 pour cent des 20 pour cent de la population aisée (figure 15.1). En 2004, la couverture d'assurance santé parmi les 20 pour cent les plus pauvres des familles mexicaines atteignait 37 pour cent, contre 7 pour cent en 2000. Les participants au programme SP qui avaient besoin de se faire soigner avaient nettement plus de chances d'y parvenir que ceux qui n'étaient pas affiliés.

Figure 15.1 Affiliation au Programme Seguro Popular du Mexique par niveau économique



Source : Gadikou et autres 2006.

Ces résultats ont fait du programme SP un programme beaucoup plus progressiste que les programmes de sécurité sociale qu'il visait à compléter, les bénéficiaires de ces derniers restant fortement concentrés parmi les groupes à revenu élevé. Cependant, le premier bilan du programme SP a été nettement moins porteur de progrès que celui du programme de transferts conditionnels de fonds de PROGRESA/Oportunidades. Comme nous l'avons montré au chapitre 14, ce programme avait touché quelque 80 pour cent des 20 pour cent les plus pauvres de la population mexicaine sept ans après qu'il eut été lancé en 1998 et près de 60 pour cent de ses bénéficiaires d'alors faisaient partie de ce groupe.

Dans une certaine mesure, cette différence peut s'expliquer par la différence d'objectifs des deux programmes : PROGRESA/Oportunidades ne visait que les 20 pour cent les plus pauvres de la population alors que SP est conçu pour toucher tous ceux qui ne sont pas assurés, dont beaucoup se situent en dehors de ce groupe. Deux autres facteurs probables ont trait au fait que les deux projets ont une existence de durée différente, aux niveaux de revenus des États et à leur adhésion aux programmes à des moments différents. Selon certains, il y a un autre facteur déterminant, à savoir la décision de certains États d'adopter un mode d'identification des bénéficiaires moins rigoureux que celui de PROGRESA/Oportunidades, à gestion centralisée. (Par exemple, le gouvernement du District fédéral du

Mexique a choisi d'adopter le système notoirement inexact utilisé par un programme très ancien de distribution de lait subventionné). Si ce cas de figure se révélait exact, cela illustrerait un inconvénient de la décentralisation de la conception des programmes dans un contexte où les autorités locales paraissent moins progressistes que le pouvoir central.

Depuis que les données ci-dessus mentionnées ont été recueillies, le programme SP est pratiquement parvenu à la moitié de la période de ses sept années de démarrage. Quel est son avenir ? Des observateurs informés attirent l'attention sur deux des principaux défis qu'il devra probablement relever :

- Il y a d'abord la question de savoir si le gouvernement fédéral continuera à fournir les fonds dont le projet aura besoin dans les années à venir. Des élections nationales ont abouti à un changement de gouvernement à la fin de 2006. On peut rarement présumer qu'un nouveau pouvoir voudra poursuivre un projet mis en place par son prédécesseur et étroitement associé à ce dernier. Cependant, l'une des premières décisions de ce gouvernement a été d'assurer tous les enfants nés à partir de sa prise de pouvoir, indiquant par là même sa volonté de poursuivre le programme.
- En second lieu, les personnes autres que les 20 pour cent les plus pauvres seront-elles disposées à payer les primes de participation au SP dans les années à venir ? Cette partie de la population va représenter une proportion de plus en plus importante qu'il faudra affilier dans les prochaines années si le SP veut réaliser son objectif de couverture de soins universelle. S'il ne parvient pas à attirer ces personnes, le SP se retrouvera dans la situation hautement inhabituelle d'être un programme de couverture universelle qui, faute d'avoir complètement atteint son objectif, reste une initiative qui bénéficie aux pauvres dans des proportions excessives et finalement rate sa cible qui était d'établir une couverture médicale *universelle*.

Note

1. Ce chapitre prend principalement appui sur une série de six articles de 2006 sur la réforme de la santé au Mexique parus dans *The Lancet*, et en particulier le premier et le cinquième de cette série : Frenk et autres (2006) et Gakidou et autres (2006). Autres documents de référence : Knaul et Frenk (2005) et Secretaria de Salud de México (2006). Des informations supplémentaires sont empruntées à Scott (2006)



16

Népal : La planification participative

Le Népal, pays en développement, est un excellent exemple du dilemme mondial en matière de santé auquel est confrontée la plus forte génération de jeunes que le monde ait jamais connue. La planète compte maintenant plus d'un milliard de jeunes entre 10 et 19 ans, dont la majorité vit dans les pays en développement. Nombre de ces adolescents se marient et fondent des familles, mais compte tenu des *a priori* et des jugements sociaux et moraux concernant la sexualité, ils n'ont pas accès aux informations et aux services de santé génésique. Ce sont les femmes qui constituent la fraction la plus défavorisée de la population : elles sont pauvres, vivent en milieu rural et sont sans instruction. Ces carences en matière de services et d'information non seulement portent atteinte à la vie des personnes mais compromettent le bien-être futur des sociétés où elles vivent.

Changement de politique : le projet en faveur des adolescents au Népal

Au Népal, pays où les besoins des jeunes en matière de santé génésique sont particulièrement aigus, une approche participative au niveau local a été instaurée pour combler le déficit d'information des jeunes des milieux défavorisés dans ce domaine. Le projet en faveur des adolescents du Népal (PAN) était un projet d'une durée de cinq ans qui a été conduit de 1998 à 2003 en collaboration avec un organisme international de prestations de services (Engender health), un organisme de recherche international (International center for Research on Women) et une organisation non gouvernementale népalaise (New ERA Ltd. et BP Memorial Health

Foundation). Les milieux du développement voient dans les approches participatives un moyen efficace d'accroître l'autonomie et la responsabilité— deux facteurs clés pour améliorer les services de santé destinés aux défavorisés. Pour tester l'efficacité des approches participatives à la santé génésique des jeunes par comparaison avec les autres approches, le projet a mis en place, en milieu urbain et rural, des programmes sur des sites d'étude et des sites témoins, au total quatre sites.

Sur les sites d'études, l'accent a été mis sur la participation de la collectivité et sur la mobilisation active des groupes sans défense, comme les pauvres, les jeunes femmes et les minorités ethniques, à tous les stades du programme. Le NAP a pris en compte les priorités de développement plus générales exprimées par divers membres de la communauté. Ainsi, des interventions visant à améliorer les services conçus pour les jeunes, l'éducation par le groupe et l'aide psychologique ont été associées à des interventions de plus grande ampleur jugées prioritaires par la communauté et visant à améliorer le contexte socioéconomique et les débouchés offerts aux jeunes. Ces interventions comprenaient des programmes d'éducation pour adultes, des activités de gestion des codes sociaux, et des parcours d'accès à des moyens de subsistance économique. En conséquence, l'ensemble de ces interventions avait pour objectif de lever les obstacles structurels, normatifs et systémiques à la santé génésique des jeunes. En outre, les jeunes, leurs parents et d'autres membres de la communauté participaient activement à la mise en œuvre des actions conduites sur les sites d'étude par le truchement de tout un éventail de groupes de proximité établis durant le projet. En revanche, sur les sites témoins, l'équipe de projet a conçu et mis en œuvre des interventions conventionnelles de santé génésique qui portaient exclusivement sur les facteurs de risques les plus immédiats, tels que les maladies sexuellement transmissibles ou les grossesses non souhaitées. Dans la conception et l'approche de leurs interventions, les sites d'étude mettaient tout particulièrement l'accent sur les handicaps socioéconomiques dont la source était le sexe, l'habitat rural ou urbain, les ressources, l'origine ethnique, le niveau d'instruction et la situation de famille, ce qui n'était pas le cas sur les sites témoins.

La pauvreté était mesurée à l'aune des biens que possédaient les ménages. Bien qu'elle soit un facteur crucial, la pauvreté n'est pas le seul handicap qui empêche les jeunes d'avoir accès aux informations et aux services qu'il faut en matière de santé génésique. L'étude a examiné toute une série d'obstacles auxquels se heurtent les jeunes, en plus de la

pauvreté—la discrimination sexuelle, l'habitat rural ou urbain, le niveau d'instruction. Concernant l'impact des divers types de handicaps dont souffrent les jeunes, l'étude a retenu comme facteurs déterminants de la santé génésique des jeunes les soins prénatals, l'accouchement dans un établissement de santé et l'information sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Les données sur lesquelles se fonde cette étude proviennent de deux enquêtes quantitatives transversales, l'une de référence (965 ménages), l'autre finale (1 003 ménages), ainsi que de méthodes qualitatives et participatives. L'enquête de référence ciblait la tranche d'âge de 14 à 21 ans, garçons et filles, mariés ou non. Au terme du programme d'interventions, les données recueillies portaient sur la tranche d'âge de 18 à 25 ans de manière à couvrir tous les jeunes qui pouvaient avoir participé au projet ou en avoir été les bénéficiaires.

Synthèse

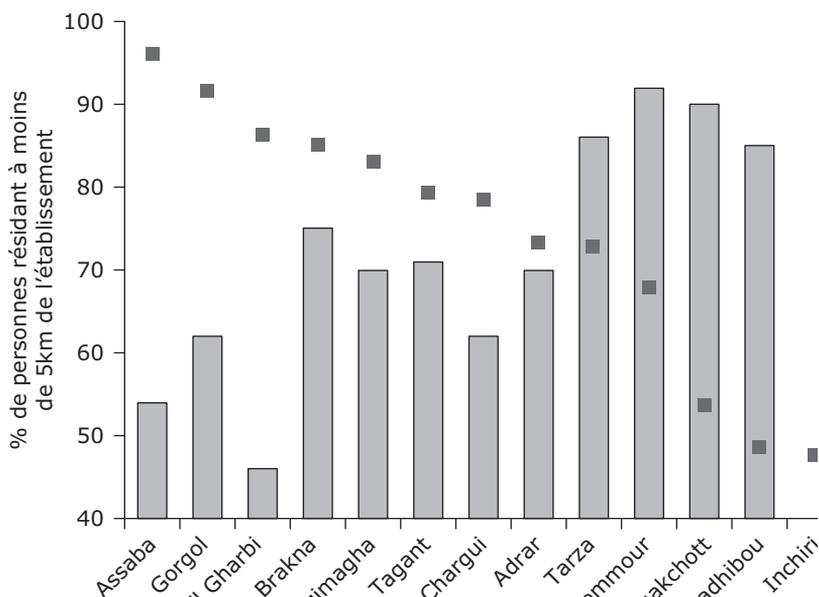
L'approche participative a, en général, mieux réussi à réduire les disparités liées aux handicaps sociaux en matière de santé génésique chez les jeunes. Les résultats ont été mesurés par rapport à trois indicateurs : les accouchements en établissements de santé, les soins prénatals et l'information sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Dans les deux groupes, la superposition entre les ressources des ménages et le statut rural ou urbain correspondait presque exactement aux disparités entre zones rurales et zones urbaines et l'écart entre les deux groupes était très marqué. Deux autres mesures des handicaps, à savoir le niveau d'instruction et l'origine ethnique correspondent également, et de façon non négligeable, à la fois aux ressources et à l'habitat rural ou urbain.

Accouchement en établissement de santé

Selon l'enquête de référence, le site d'étude comme le site témoin accusaient des disparités marquantes entre les jeunes femmes riches et pauvres en ce qui concernait l'accès aux établissements de santé pour accoucher (figure 16.1). Selon l'enquête de fin de projet, sur le site d'étude, l'accès pour accouchement des jeunes femmes pauvres aux établissements de santé s'était rapproché de la situation des jeunes femmes riches, mais on ne constatait pas une évolution du même ordre sur le site témoin. Comme le montre la figure 16.1, cela tient au fait que, pour l'accès pour accouchement aux établissements de santé, l'amélioration se concentrait sur les 50 pour cent

les plus pauvres de la population sur le site d'étude, alors que sur le site témoin, riches comme pauvres en avaient bénéficié.

Figure 16.1 *Accouchement en établissement de santé : première grossesse, jeunes femmes mariées pauvres et non pauvres, Népal*



Source :Projet en faveur des adolescents au Népal, enquêtes de référence sur les adolescents et les ménages de 1999 et enquêtes de fin de projet de 2003.

Soins prénatals

Les résultats de l'analyse de régression montrent qu'avant l'intervention, une jeune citadine d'un site d'étude avait 16 fois plus de chances de bénéficier de soins prénatals que son homologue rurale. À l'issue du projet, ce chiffre était tombé à 1,2. Les sites témoins n'affichent pas d'amélioration similaire en ce qui concerne l'accès aux soins prénatals des jeunes rurales (Malhotra et autres 2005).

Connaissances précise des modes de transmission du VIH/SIDA

L'enquête de référence indique que, sur tous les sites, les jeunes filles étaient moins capables que les garçons de citer correctement au moins deux

modes de transmission du VIH. Sur le site d'étude urbain, l'intervention a été une telle source d'amélioration dans ce domaine que la proportion de jeunes filles bien informées a dépassé celle des garçons. Les sites témoins n'affichaient pas la même évolution. Dans le même temps, aucune intervention n'a cependant réduit de façon significative l'écart de connaissances sur le VIH entre ceux et celles qui avaient de l'instruction et ceux et celles qui n'en avaient pas (Malhotra et autres 2005).

Pourquoi l'approche participative a-t-elle réussi ?

La réussite de l'approche participative a tenu principalement à trois de ses caractéristiques : (i) elle a facilité la coproduction de services (ii) elle a responsabilisé les jeunes et accru l'obligation des prestataires de services et des décideurs à rendre des comptes à la collectivité, et (iii) elle a accru la demande d'information et de services de la collectivité.

Coproduction

De par sa nature, la santé génésique des adolescents se prête particulièrement bien à la coproduction par les clients et au libre-service, et la conception de l'intervention participative facilitait une telle coopération. Des pairs bien informés et formés, des réseaux sociaux fiables se sont dégagés comme sources de prestation de services. Les interventions sur les sites d'étude ont fait appel au réseaux sociaux et les ont consolidés pour assurer les l'échange d'information et les conseils, ce qui n'était pas le cas sur les sites témoins. En ce qui concerne la compréhension de la signification des services et de la façon de les utiliser au mieux, on note, chez les jeunes gens, une amélioration plus nette sur les sites d'étude que sur les sites témoins.

Responsabilisation et obligation de rendre des comptes

De gros efforts ont été déployés pour diffuser l'information et établir des structures et des groupes de décision. L'approche participative a mieux réussi à responsabiliser les jeunes ainsi que les adultes de la communauté, et à accroître l'obligation faite aux prestataires et aux décideurs de rendre des comptes à la collectivité. Les comités, les groupes de travail et les clubs de jeunes instaurés sur les sites d'étude ont développé les compétences des communautés sur les points suivants : formation de consensus, prise de décision, planification, organisation, consultations, demande de moyens, obligation de rendre compte

pour les divers participants. Par exemple, les adultes et les jeunes ont appris à négocier avec le comité de développement du village et se sont *conjointement* rendu compte qu'ils pouvaient réclamer des fonds au gouvernement pour poursuivre les activités de leur projet. Le programme a formé les prestataires à se montrer aimables et courtois avec les jeunes, et à être à leur écoute, et les jeunes ont compris qu'ils pouvaient exiger ces comportements.

Le demande des communautés

Sur les sites d'étude, on ne cherchait pas seulement à modifier les résultats de santé génésique, mais également à changer les normes et les institutions sociales fondamentales, élément déterminant pour que la demande d'information et de services augmente chez les défavorisés. L'approche participative a créé un nouvel état d'esprit dans les communautés, marqué par une compréhension plus profonde et plus fine de la santé génésique et de ses répercussions sur toute une gamme d'aspects de la vie. Les communautés comprennent mieux également comment la famille, les différences entre les sexes, les structures sociales et les normes font obstacle à un comportement sexuel et reproductif plus sain. Cette meilleure compréhension est l'assurance que la demande de santé génésique se maintiendra.

En conclusion, des efforts d'ampleur limitée au niveau des communautés peuvent se révéler fructueux en matière de responsabilisation et contraindre à rendre des comptes. Les approches participatives, en particulier, peuvent réussir à donner aux jeunes, notamment aux jeunes défavorisés, les moyens de négocier pour obtenir des parents, des prestataires et des décideurs des informations et des services appropriés, accessibles et fiables. Une définition élargie du terme « défavorisé » est un besoin qui s'impose de toute urgence. Il est incontestable que la pauvreté en est la mesure clé déterminante. Cela dit, dans de nombreuses collectivités rurales du monde en développement, la situation des plus défavorisés tient à l'intrication complexe de divers facteurs contextuels, qu'il faut prendre en compte. Les analyses de la pauvreté en tant que mesure des handicaps sociaux doivent s'accompagner d'analyses de l'habitat rural ou urbain, de la différence entre les sexes, de l'accès à l'instruction et d'autres marqueurs importants des différences sociales, culturelles et économiques.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de l'étude de Malhotra et autres (2005a, 2005b) et de Malhotra, Malthus et Pande (2005)

17

Rwanda : Assurance maladie communautaire

En 1994, le Rwanda a subi un génocide au cours duquel près d'un million de gens ont péri. Le tissu social du pays s'est petit à petit reconstitué tant bien que mal avec l'aide de la communauté internationale. L'économie reprend et, entre 1995 et 2001, le PIB a enregistré un taux d'accroissement annuel de 6 pour cent. Plus récemment, son rythme de croissance annuelle s'est situé entre 4 et 6 pour cent. Malgré ces signes encourageants de reprise et de croissance, le Rwanda demeure l'un des pays les plus pauvres du monde, son PIB par habitant étant inférieur à 300 dollars US par an. Six Rwandais sur 10 vivent dans la pauvreté. Dans les zones rurales, où vivent 90 pour cent de la population, 60 pour cent sont dans une situation de grande pauvreté.

Ce niveau de pauvreté a contraint les Rwandais à mettre au point des stratégies d'adaptation en matière de soins de santé. Ces stratégies ont été élaborées entre voisins, dans les villages et dans les communautés plus importantes. Un système de valeurs fondées sur l'entraide mutuelle et la solidarité communautaire, instauré en réponse à des besoins criants, est depuis longtemps une des caractéristiques de la société du Rwanda. Par exemple, les associations de *hamac* (systèmes d'entraide mutuelle) transportent les malades aux établissements de santé ; des collectes de fonds sont organisées au niveau du quartier pour faire face aux situations d'urgence ; des tontines structurées sont instaurées au niveau de la cellule pour répondre aux besoins prioritaires, en particulier aux besoins de soins médicaux.

Comme le ticket modérateur a été réintroduit dans les établissements de santé publics et ceux de la mission pour couvrir les frais de fonctionnement, des initiatives supplémentaires d'entraide ont vu le jour au sein des communautés ; ce ressort, qui est un des traits culturels de la société rwandaise, n'avait guère été remarqué avant 1994, mais plus récemment les autorités sanitaires et les organisations non gouvernementales (ONG) ont su exploiter ces initiatives communautaires et transformer ces plans d'adaptation spontanés en stratégies délibérées de création d'un système d'assurance basé sur la communauté (CBH).

Changement de politique : émergence des régimes d'assurance maladie communautaire

En 1998, le ministère de la Santé, lança des expériences pilotes dans les districts de la santé de Byumba, Kabgayi et Kabutare. Ces projets pilotes ont joué un rôle clé dans la conception et l'organisation des politiques de CBH dans l'ensemble du pays, ont fourni une plateforme pour compiler des informations permettant d'évaluer les résultats par rapport aux objectifs du système de santé et ils ont familiarisé les acteurs et les partenaires du service de santé avec les stratégies élaborées pour en appuyer l'extension.

Les CBHI sont des organisations d'assurance santé reposant sur un partenariat entre la communauté et les prestataires de santé. Pour réglementer les relations contractuelles entre les membres et l'organisation mutualiste, le schéma des mutuelles élabore ses propres statuts et ses structures organisationnelles (assemblées générales, conseils d'administration, comités de surveillance, bureaux exécutifs). La participation se fait sur la base du volontariat et d'un contrat d'adhésion entre la mutuelle et l'adhérent. Les mutuelles établissent également des relations avec les prestataires de services pour prendre en charge les services de soins inclus dans les paquets d'activité de leurs adhérents. Les statuts, comme les conventions avec les prestataires, comportent des dispositions prévues pour minimiser les risques liés à l'assurance santé (sélection adverse), risque moral, escalade des coûts et fraude).

La population cible de chaque CBHI comprend tous les habitants de la circonscription hospitalière du centre de santé partenaire. Les événements à faible risque (inclus dans « le paquet du centre de santé ») du paquet de bénéfices du régime de CBHI sont répartis sur la population de la circonscription hospitalière du centre de santé partenaire. Dans chaque district sanitaire, les régimes de CBHI forment une fédération, qui a pour fonction de mettre en commun les événements à gros risque (le « paquet hôpital »). La

fédération a également un rôle d'interface et de représentation sociales des régimes CBHI individuels dans leurs interactions et leurs relations contractuelles avec les prestataires de soins de santé et les partenaires extérieurs. Elle apporte également aux régimes individuels une assistance technique en matière de formation et une mise à jour de l'information.

Les membres paient une cotisation annuelle à la mutuelle. Moyennant une cotisation de 7,60 dollars US, ils peuvent adhérer en tant que famille, le maximum étant sept personnes. L'adhésion donne aux membres de la famille droit à un paquet d'avantages qui comprend tous les soins préventifs et curatifs, les consultations prénatales, l'accouchement, les examens de laboratoire, les médicaments de la liste de médicaments essentiels du ministère de la Santé, et le transport en ambulance à l'hôpital du district. S'ils sont orientés vers un centre hospitalier, les membres ont droit à un paquet de services limité à l'hôpital du district. Les malades paient un ticket modérateur de 0,30 dollar US pour chaque consultation au centre. Les membres qui ont été orientés à l'hôpital ont directement accès au paquet hôpital sans avoir à payer de ticket modérateur. Les centres de santé ont une fonction de filtrage pour décourager les recours non justifiés aux services hospitaliers.

Depuis leur création en 1998, un processus d'apprentissage continu sur les mutuelles a été mis en place au Rwanda. Il porte notamment sur les régimes de mutuelles dans les districts pilotes et dans les autres et est conduit par des affiliés et des animateurs de santé, qui identifient et conçoivent les outils juridiques nécessaires pour soutenir les organisations mutualistes de santé, qui échangent leurs expériences, partagent les informations sur les stratégies et les outils de gestion, et tirent les enseignements des meilleures pratiques. Un contexte propice à l'apprentissage a favorisé les stratégies innovantes de renforcement des régimes de mutuelles dans les districts pilotes et d'implantation de nouvelles mutuelles dans d'autres parties du pays. Tout en conservant la conception technique de la phase pilote, ces initiatives locales ont tiré profit du mouvement de décentralisation à l'œuvre au Rwanda, en combinant des partenariats entre les structures administratives locales, les associations de proximité, et les systèmes de micro-assurance pour renforcer les systèmes d'appui aux mutuelles et développer la politique d'adhésion.

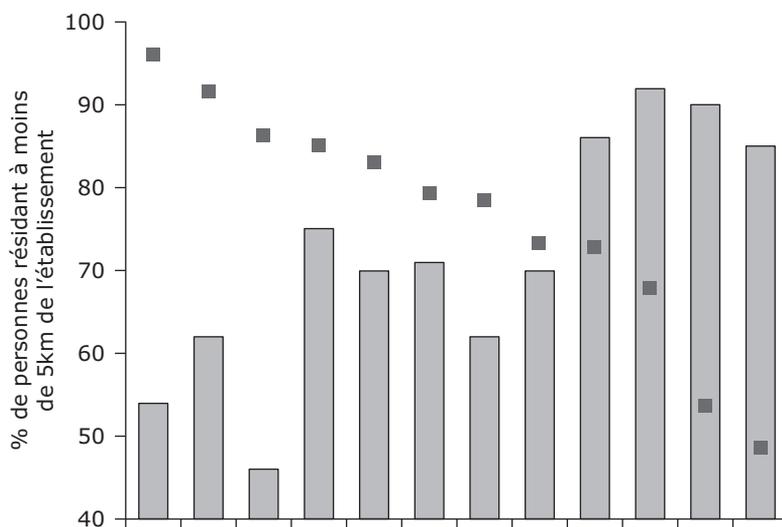
Synthèse

Au Rwanda, les régimes de mutuelles ont pris leur essor. Il y avait une seule mutuelle en 1998, et ce nombre est passé à 60 en 2001, ce qui était lié

directement à la phase pilote appuyée par le ministère de la santé. Tenant compte des leçons et des recommandations de la phase pilote, une phase d'adaptation, qui débuta en 2001, permit l'extension des mutuelles et l'augmentation du taux d'adhésion. En juillet 2003, 97 mutuelles couvraient un demi million de Rwandais. En 2004, le pays, dans son ensemble, comptait 214 mutuelles à la suite des efforts promotionnels combinés du pouvoir central (ministère de la Santé et ministère des Affaires locales), des provinces, des districts, du personnel de santé local, des leaders d'opinion locaux et des ONG. À la mi-2004, on estimait que la couverture nationale des mutuelles s'élevait à 1,7 millions de Rwandais, soit environ 21 pour cent de la population.

Les mutuelles ayant levé l'obstacle financier à l'accès aux soins, les adhérents ont quatre fois plus de chances que ceux qui ne le sont pas de recourir aux soins de santé modernes en cas de maladie. Les résultats de l'enquête conduite auprès des ménages pendant la phase pilote, résumés sur la figure 17.1, ont été recoupés par les données de routine que les centres de santé ont collectées pendant cette phase de routine, et plus récemment par celles des centres de santé des mêmes districts pilotes, et également par les résultats des centres de santé des districts qui ont implanté des mutuelles entre 2001 et 2003. Les mutuelles ont fait progresser les services de santé génésique, notamment en matière de soins prénatals et d'accouchements. En revanche, elles ont eu sans effet sur les services de planning familial.

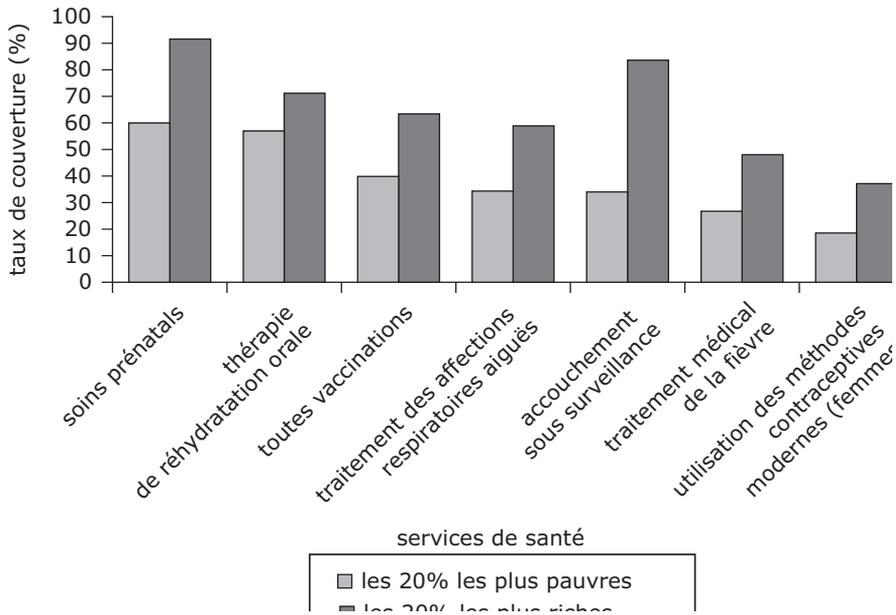
Figure 17.1 *Proportion de malades classés par quartile de revenu, ayant recours à un prestataire de santé moderne, 2000*



Source : Enquêtes auprès des ménages dans les districts de Byumba, Kabgayi, Kabutare 2000.

Grâce à leur fonction d'assurance, les mutuelles mettent les adhérents à l'abri de la pauvreté dans laquelle ils pourraient tomber à la suite d'une maladie, et cela par le biais de deux mécanismes. En premier lieu, lorsqu'ils sont malades, les adhérents se font soigner plus tôt que ceux qui ne sont pas assurés, ce qui génère des gains d'efficacité en matière de consommation de services de santé. En second lieu, les membres mutualistes qui sont malades paient au centre de santé un faible ticket modérateur. Le résultat est que les frais personnels sont réduits de façon non négligeable pour les mutualistes (figure 17.2).

Figure 17.2 Dépenses personnelles pour raison de maladie



Source : Enquête auprès des patients à la sortie du centre de santé 2000

Promotion des mutuelles

Deux stratégies principales ont été arrêtées pour faciliter l'accès des pauvres aux bénéfices des mutuelles : microfinance et subventions

Microfinance

Faisant fond sur le partenariat entre les régimes de mutuelles, les associations locales et les plans de microfinance (*banques populaires*), les membres des associations locales, nouvelles et anciennes, sont motivés pour adhérer en groupe aux mutuelles. Les plans de microfinance accordent des prêts modestes aux membres des associations pour qu'ils puissent payer leurs cotisations annuelles aux mutuelles. Le microfinancement a dynamisé l'adhésion des pauvres aux régimes des mutuelles et a également offert aux pauvres la possibilité d'obtenir des microprêts pour financer des activités génératrices de revenus. Ce dispositif financier a vu le jour grâce aux accords institutionnels entre les mutuelles, les plans de microfinancement et les centres de santé, et aussi grâce aux innovations introduites par les acteurs locaux.

Subventions

Les ONG et les districts administratifs utilisent les passerelles entre la communauté, les mutuelles et les prestataires de soins de santé pour prendre en charge l'adhésion des pauvres, des indigents et des groupes vulnérables (orphelins, veuves et personnes vivants avec le VIH/SIDA). Conformément à ces plans de subventions basés sur la demande, ce sont les représentants de la communauté qui se chargent d'identifier les plus pauvres, les indigents et les groupes vulnérables ; les mutuelles gèrent le recours aux soins de santé pour ces groupes et le financement est assuré par les ONG et les districts administratifs qui servent d'intermédiaires pour les sources primaires de financement, par exemple le financement public et l'aide extérieure.

L'enseignement à tirer de l'expérience des mutuelles au Rwanda

Les mutuelles au Rwanda sont encore une action en cours, mais on peut déjà en tirer de précieux enseignements pour l'extension de microplans d'assurance santé sur l'ensemble du pays, de même que pour leur adaptation à d'autres pays en développement.

Enseignement n°1 Au Rwanda, les mutuelles reposent sur une approche marginaliste, s'inspirant des expériences intérieures et extérieures des plans de prépaiement en Afrique australe et des mutuelles de santé en Afrique occidentale. Le ministère de la Santé a été le moteur du lancement

de la phase pilote et s'est assuré l'assistance technique de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) / Rwanda et de Abt Associates Inc. pour améliorer la conception et l'organisation de mutuelles déjà en activité. Le ministère de la santé est demeuré à distance respectueuse de la conception et de la gestion de ces régimes de mutuelles, se contentant de donner une marge d'autonomie et de fonctionnement aux communautés et aux prestataires locaux. La phase pilote a été riche d'informations sur les performances de ce régime et a été l'occasion de multiples forums qui ont permis aux parties prenantes d'échanger leurs expériences et de débattre des conséquences et des implications des mutuelles pour le système de santé du Rwanda. L'approche marginaliste a fourni une base de connaissances et ouvert des perspectives qui ont permis de dégager des orientations pour le développement des mutuelles.

Enseignement n°2 Au fur et à mesure que se formait un consensus sur les bénéfices des mutuelles, apparaissaient, à de multiples niveaux dans le pays, des impulsions pour appuyer et développer le système. Des dirigeants politiques nationaux, à commencer par le président, lancèrent un appel à toutes les parties prenantes pour qu'elles se mobilisent et mettent en place des mutuelles dans tout le pays. Le soutien du ministère de la Santé motivait les communautés locales et ce soutien stimulait à son tour les actions promotionnelles du ministère des Affaires locales. Au niveau de la province et du district, les préfets et les maires coordonnent activement les actions de promotion lancées par le ministère des Affaires locales. À l'échelon local, les représentants de la cellule d'appui et du secteur, avec le personnel de santé et les leaders d'opinion locaux, déploient une grande activité de sensibilisation. Ces impulsions et cet activisme à de multiples niveaux ont renforcé la légitimité des mutuelles et leur ont gagné l'adhésion de nombreux secteurs.

Enseignement n°3 L'implication des organismes décentralisés et des ONG dans les activités de promotion dans un contexte de politique générale où l'action sociale était un thème central, tout cela a déclenché une mobilisation sous tous azimuts. Les initiatives locales auxquelles ce mouvement a donné naissance ont amélioré l'accessibilité des pauvres aux bénéfices des mutuelles. Les partenariats entre les plans de microfinance locaux, les mutuelles et les associations locales ont accru les possibilités pour les pauvres d'obtenir des microcrédits et les districts administratifs utilisent les dispositifs des mutuelles comme fonds de solidarité

300 *Combattre l'inégalité dans le secteur de la santé*

intermédiaires pour que les subventions basées sur la demandes soient orientées vers les plus défavorisés du secteur de santé, élargissant de la sorte leur possibilité d'accès aux mutuelles.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation de l'étude de Diop et Butera (2005)

18

Tanzanie : Marketing social pour la prévention du paludisme

Chaque année, le paludisme infecte plus de 500 millions de gens dans le monde. Les segments les plus vulnérables de la population sont les bébés, les jeunes enfants et les femmes enceintes. Les bébés et les jeunes enfants sont vulnérables parce qu'ils n'ont pas encore de défenses immunitaires contre le paludisme. Quant aux femmes enceintes, elles accusent une baisse des défenses immunitaires, en particulier pendant leur première ou leur seconde grossesse, ce qui accroît leur vulnérabilité au paludisme. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF), le paludisme a causé en 2003 la mort de plus de 3 000 enfants chaque jour, principalement en Afrique.

En 2000, les dirigeants africains se sont réunis pour le Sommet africain « Faire reculer le paludisme » et on signé la déclaration d'Abuja, qui demande que, pour 2005, 60 pour cent des enfants soient protégés par des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Il a été prouvé que les moustiquaires traitées aux insecticides réduisaient effectivement la mortalité due au paludisme en moyenne de 18 pour cent chez les enfants en Afrique subsaharienne et amélioreraient le résultat des accouchements. Pour réaliser l'objectif de la déclaration d'Abuja, le principal défi est d'imaginer un mécanisme efficace, équitable et durable pour procurer des moustiquaires imprégnées aux pauvres et aux segments les plus vulnérables de la population.

Changement de politique : le projet KINET

Le Projet Kilombero de moustiquaires imprégnées (KINET) avait pour objectif d'accroître, en recourant aux moustiquaires imprégnées, la couverture sanitaire d'une population définie en Tanzanie, à savoir les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de cinq ans, par le truchement d'une action de marketing social conjuguée à des techniques de participation communautaire. Lancé en 1997, KINET fut mis en œuvre par le Centre de recherche et de développement dans le domaine de la santé d'Ifakara (Ifakara Health Research and Development Centre) (IHRDC) dans les districts de Kilombero et d'Ulanga au sud-ouest de la Tanzanie. Situés sur les terres basses de la plaine inondable du Kilombero, ces deux districts enregistrent, chaque année, des précipitations abondantes de novembre à mai et sont d'importantes zones de transmission du paludisme, en particulier pendant la saison des pluies.

Le marketing social repose sur les principes et les pratiques du marketing commercial pour fournir des biens sociaux avantageux à des tarifs abordables, et souvent subventionnés, à des groupes particuliers. Le marketing social de moustiquaires imprégnées d'insecticide, assuré par un partenariat public-privé et une véritable participation de la communauté, a rapidement réussi à accroître la fourniture de moustiquaires aux populations les plus pauvres de Tanzanie, en particulier aux enfants et aux femmes enceintes. Ce programme a permis d'améliorer les résultats en matière de santé en réduisant l'impact du paludisme sur la morbidité et la mortalité des enfants.

Pour déterminer dans quelle mesure le projet était d'une réelle efficacité pour les pauvres, il comportait une composante intégrée d'évaluation et un dispositif de collecte d'informations de référence sur les statistiques démographiques, les facteurs de risque de mortalité infantile et sur l'état des connaissances en matière de maladies des enfants. Les études de marketing ont permis de déterminer les moyens de se procurer ces moustiquaires imprégnées, ce qu'on savait à leur sujet, les préférences des gens, et la façon de les utiliser. Ces données constituaient une base de référence pour évaluer les réussites de l'opération.

Les informations recueillies montraient que, si les villageois percevaient qu'il y avait un lien entre les moustiques et le paludisme, le lien entre le paludisme et la mort de leurs enfants ne leur paraissait pas aussi évident. Beaucoup n'étaient pas convaincus que l'hypertrophie de la rate, les convulsions et les accès de forte fièvre étaient dus au paludisme.

Les études de marketing ont établi que les moustiquaires étaient disponibles et que le fléau que constituait les moustiques était la raison principale de leur utilisation dans 37 pour cent des foyers qui disposaient au moins d'une moustiquaire en 1996. Celles-ci étaient rarement imprégnées d'insecticide bien que les gens fussent au courant de cette technique. Ainsi, les gens savaient qu'il y avait des moustiquaires disponibles, mais ils les considéraient surtout comme une commodité plutôt que comme un moyen de se protéger de la maladie. Ces conclusions ont mis en lumière un autre défi à relever pour faire adopter les moustiquaires : il fallait amener les gens à percevoir différemment l'intérêt des moustiquaires et ce sont ces constats qui ont servi de base aux travaux de planification du projet qui ont suivi.

La participation des communautés dans les premières phases du programme et la poursuite de leur implication durant la mise au point du produit ont largement contribué à l'établissement d'une stratégie efficace de marketing social et également à la réussite du projet. Des réunions de sensibilisation ont permis aux responsables locaux de faire état de leurs préoccupations au sujet du projet et aux chercheurs d'identifier des possibilités de mettre à profit les points forts des communautés. Elles leur ont également permis de repérer les faiblesses éventuelles qui risquaient de compromettre la réussite des efforts de marketing social et qui appelaient l'attention des communautés. Le choix des produits, l'élaboration d'une stratégie de marketing, notamment le message à diffuser, et la méthode de livraison du produit ont été l'occasion d'un véritable effort de collaboration entre l'équipe de chercheurs et la population cible. Ce processus diffère des méthodes de marketing traditionnelles qui donnent généralement au vendeur la maîtrise des décisions.

Le projet KINET a été mis en œuvre en étroite collaboration avec les responsables locaux en matière de santé et d'éducation pour concevoir une stratégie d'information, d'éducation et de sensibilisation guidée par les principes fondamentaux de marketing social, notamment la promotion de certains messages accompagnant un produit dont la marque et le logo étaient attractifs, un produit spécialement conçu pour le consommateur et ciblant des populations précises (Andreasen 1995). La connaissance et la compréhension qu'avait acquises l'équipe du projet KINET concernant les préférences et le statut socioéconomique des membres des communautés ajoutées au fait que les communautés avaient conscience de l'importance de la réussite du programme, tout cela créait les bases d'une collaboration et d'un dialogue entre l'équipe et les communautés fort utiles pour l'exploration des concepts et de durabilité et de couverture des dépenses.

Choix et tarification des produits

L'appellation de marque choisie pour les moustiquaires imprégnées et pour l'insecticide était Zuia Mbu (qui signifie « préventions des moustiques » en kishwahili). Les produits choisis étaient des moustiquaires en polyester vert foncé, de haute qualité, disponibles en deux tailles et l'insecticide pour les imprégner était une solution aqueuse de lambda-cyhalothrin (ICON TM). Cet insecticide se présentait sous forme de sachets de 6 ml, ce qui permettait de réimprégner un seul filet et éliminait le danger possible d'exposer les enfants ou d'autres membres de la maison à une surdose d'insecticide.

Le prix du produit était arrêté au cours de réunions de sensibilisation organisées dans les villages et sur la base de ce qui avait été considéré comme un prix abordable dans d'autres régions. Les études de marketing ont révélé que les populations locales étaient disposées à payer une somme proche de la couverture des dépenses pour les moustiquaires et un peu moins pour l'insecticide. Les moustiquaires ont été vendues au prix de 3000 shillings tanzaniens (5 dollars US de 1997) et les sachets d'insecticide au prix de 250 shillings tanzaniens (0,42 dollar US de 1997).

Promotion des produits par le biais d'une communication efficace

Dans le but d'amener les populations à mieux prendre conscience du lien qu'il y a entre le paludisme, l'état de mauvaise santé et la fonction protectrice des moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'IHRDC et l'équipe de gestion sanitaire du district ont mis au point une campagne promotionnelle et des matériels adaptés basés sur des conclusions des recherches sur la manière dont les communautés perçoivent les maladies infantiles graves. Ces opérations de promotion comprenaient des campagnes d'affichage et des distributions de dépliants et de cahiers d'écoliers, etc. Des campagnes de communication de masse étaient organisées à l'occasion d'événements sportifs, de représentations théâtrales locales et d'autres formes de divertissement, comme le chant, la danse et des réunions amicales de lancement du produit. Cette stratégie était communiquée aux agents chargés des ventes et aux personnes ressources des villages (notamment les responsables locaux, les instituteurs et les aides maternelles). Les personnels des centres médicosociaux recevaient une formation pour savoir quoi dire aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants. Les interactions de personne à personne au cours de la présentation du message sont une composante importante du marketing social.

Distribution

Les produits étaient distribués dans des points de ventes publics et privés. Les agents chargés des ventes étaient nommés dans chaque village par les responsables de la communauté et d'autres membres en concertation avec le personnel du programme dans le cadre de réunions ouvertes. Ces agents comprenaient des personnels de santé, des prêtres, des responsables de la communauté et des commerçants. Ils étaient rémunérés à la commission et un système de récompenses avait été instauré pour les vendeurs qui atteignaient ou dépassaient leurs objectifs. Ils étaient formés à traiter les moustiquaires et à tenir registre de leurs ventes. Par la suite, ils participèrent à des sessions semestrielles de formation et de bilan. Au départ, c'est le personnel du projet qui distribuait le produit aux vendeurs. Lorsque la zone couverte par le programme s'est étendue, ce sont des grossistes qui ont assumé ce rôle.

Synthèse

Une caractéristique importante du projet était l'identification d'une zone particulière comme cadre de l'évaluation d'un échantillon du programme. Un système de surveillance démographique a été mis en place en 1996 à partir d'un recensement intégral de la population couverte par la phase 1 du projet, soit 55 000 personnes regroupées dans 11 000 ménages dans 18 villages. Le recensement a permis de collecter des données de référence essentielles sur la population et d'établir la carte des résidences ainsi que des constructions provisoires que les cultivateurs érigent pour être près de leurs champs. Chaque ménage interrogé dans le cadre de l'étude de référence était revu tous les quatre mois pour que soient consignées les évolutions dans la composition de la population, les flux migratoires dans la région, les naissances, les grossesses et les morts. Par ailleurs, étaient recueillies des données sur la possession de moustiquaires et d'autres avoirs, comme un toit en fer blanc, une radio ou une bicyclette et un score du statut socioéconomique était calculé pour chaque ménage. Une fois ce score établi, les quelque 10 000 ménages qui avaient fait l'objet de l'enquête étaient classés par quintiles. Pendant la durée du programme, toute une série d'enquêtes et d'évaluations ont été réalisées afin d'établir des données de référence et d'enregistrer les évolutions. Une étude menée postérieurement à la phase de mise en œuvre a évalué la réussite du programme en mesurant l'augmentation du pourcentage d'utilisation des

moustiquaires et l'impact de cette augmentation sur les indices de morbidité et de mortalité dues au paludisme chez les enfants.

Résultats distributionnels

Entre 1997 et 2000, ce programme de marketing social a permis d'augmenter de plus de 100 pour cent l'utilisation de moustiquaires imprégnées dans les quatre premiers quintiles. Le pourcentage d'utilisation dans le quintile le plus pauvre, qui était de 20 pour cent en 1997, était monté à 73 pour cent en 2002. Le ratio quintile le plus pauvre / quintile le moins pauvre (qui est un indicateur d'équité) est passé de 0,30 au départ à 0,75 au bout de cinq ans. La possession de moustiquaires en 1997, 2000 et 2002 classée par catégorie socioéconomique est indiquée en figure 18.1.

La réussite du programme de marketing social est confirmée par l'augmentation globale du pourcentage de gens à posséder des moustiquaires (imprégnées d'insecticide ou non), qui est passé de 58 à 83 pour cent. L'utilisation des moustiquaires imprégnées est passée de 10 à 61 pour cent.

Rapport coût-efficacité

Le rapport coût-efficacité du projet KINET, qui a donné lieu à une distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Tanzanie, a également été évalué. Le coût des moustiquaires traitées s'élevait à 1 560 dollars US par décès évité et à 57 dollars US par année de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI). Lorsque les moustiquaires non imprégnées étaient incluses, les coûts tombaient à 1 018 dollars US par décès évité et à 37 dollars US par AVCI. Le coût par décès évité reste dans les limites des résultats contrôlés randomisés conduits au Ghana et au Kenya qui étaient respectivement de 2 304 dollars US et de 3 228 dollars US par décès évité.

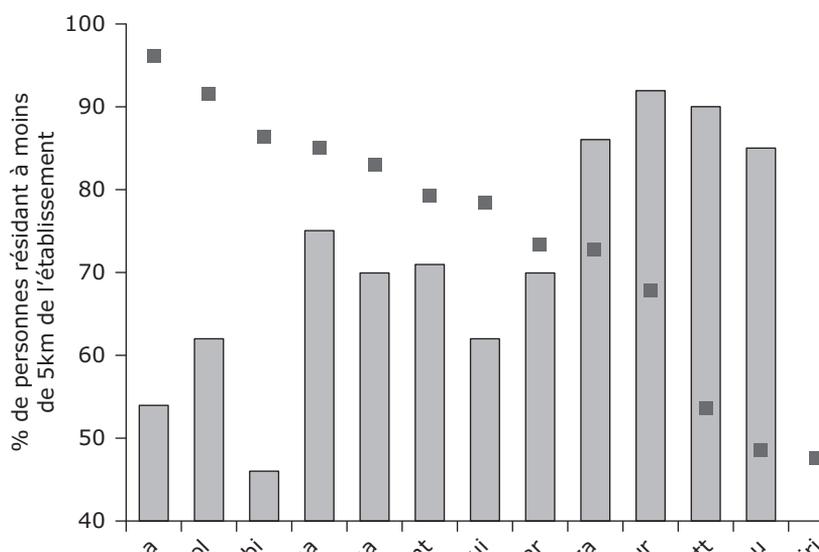
Résultats en matière de santé

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont réussi à protéger les enfants du paludisme et de maladies associées. Plusieurs études ont évalué le taux de survie et de morbidité chez les enfants après la mise en oeuvre du programme. Une étude a révélé une augmentation du taux de survie de 27 pour cent parmi les enfants âgés de 1 mois à quatre ans qui étaient protégés par une moustiquaire imprégnée. Selon une autre étude, si les

moustiquaires imprégnées et non imprégnées avaient un impact sur la morbidité associée au paludisme, et en particulier sur l'anémie (définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 80g/l) et sur l'augmentation du volume de la rate, les moustiquaires imprégnées avaient toujours un effet protecteur supérieur (voir tableau 18.1).

Le marketing social a permis de réaliser un objectif important du projet en mettant des moustiquaires à la disposition des plus démunis et en atteignant les groupes cibles des populations que sont les femmes enceintes et les enfants. En 2000, le programme avait couvert une population de près de 350 000 personnes dans 122 villages de Tanzanie. Les résultats de cet effort soulignent que le marketing social est une méthode efficace au plan du rapport coût-efficacité pour lutter contre les infections paludéennes et l'impact sur les enfants en termes de morbidité et de mortalité.

Figure 18.1 Pourcentage des ménages possédant une moustiquaire avant et après le programme de marketing social, classé par catégorie socioéconomique



Source : Nathan et autres 2004.

Tableau 18.1 Efficacité de la protection assurée par les moustiquaires imprégnées et non imprégnées dans les districts de Kilombero et d'Ulanga dans le sud-ouest de la Tanzanie, 1999 (pourcentage)

Affection	Moustiquaires imprégnées	Moustiquaires non imprégnées
Parasitose (présence du parasite du paludisme)	62	51
Anémie (hémoglobine < 80g/l)	63	37
Hypertrophie de la rate (splénomégalie)	76	71

Source : Abdula et autres 2001.

Ce modèle de marketing social caractérisé par un partenariat public-privé implique que, contrairement aux activités commerciales du secteur privé, le retour financier sur investissement de l'État risque d'être faible, sinon nul. Cela dit, il permet toutefois des transferts de biens par le circuit du système commercial et vise donc à instaurer une méthode de distribution durable, ce qui répond à un objectif social, et, dans le même temps, il constitue un appui au commerce. Outre les résultats positifs immédiats qu'il procure, un système de marketing social comme le projet KINET peut avoir des avantages à plus long terme, même s'ils sont moins tangibles. Ces avantages se ressentent dans le domaine de l'éducation, de l'organisation de la communauté et des perspectives de transformation au niveau de l'individu. Le renforcement des capacités institutionnelles et des ressources techniques nationales traduisent également les impacts à long terme. Les infrastructures communautaires pourraient servir de cadre à d'autres initiatives de la communauté en matière de prévention sanitaire.

Note

1. Ce chapitre est une adaptation d'études d'Abdulla et autres (2001), d'Andreasen (1995), de Hanson et autres (2003), de Nathan et autres (2004) et de Schellenberg et autres (1999, 2001).

19

Vigilance

Le Programme « Atteindre les Pauvres », qui a débuté en 2001, a été lancé en partie en raison des inégalités dans le secteur de la santé — preuve accablante que, par rapport aux autres groupes, les plus démunis étaient en bien plus mauvaise santé et utilisaient beaucoup moins le système de soins. Une autre raison, et ce qui est à la base de ce chapitre, est la rareté des publications qui dressent le bilan de l'impact des politiques et des réformes de santé sur la réduction des inégalités.

Ce manque d'information sur ce qui fonctionne bien ne traduit pas un manque d'intérêt. En fait, pratiquement tous les pays et toutes les agences de développement soulignent à quel point il importe d'atteindre les pauvres et de les aider dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Le chaînon manquant, c'est une tentative systématique pour mesurer si les réformes au sein du secteur sanitaire ont vraiment contribué à réduire les inégalités et pénétré plus avant les couches de la population pauvre.

Le secteur de la santé n'est pas un cas unique. Il manque manifestement aux efforts de développement au niveau mondial des instruments de mesure solides pour suivre les progrès par rapport aux objectifs fixés. Dans beaucoup trop de cas, on ne dispose même pas des informations de référence pour pouvoir procéder à un examen critique des résultats. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer la faiblesse générale des mécanismes de suivi des programmes de développement. Deux de ces facteurs sont inscrits au cœur même de la situation des pays à revenu faible et intermédiaire — une capacité limitée et des difficultés pour mesurer l'état de l'économie.

Capacité limitée. L'absence de la composante « suivi et évaluation » dans les projets de santé peut être attribuée en partie à la capacité limitée des pays à collecter, analyser, synthétiser et diffuser les données. Ce problème a conduit à la création d'une branche d'activité consacrée à « l'enseignement » du suivi et de l'évaluation et plusieurs programmes de soutien vertical ont vu le jour pour fournir cette capacité de suivi et d'évaluation.¹

Difficulté de mesurer les richesses et le revenu. Mesurer les richesses et le revenu dans les pays à faible revenu ou à faible capacité n'est pas évident. Au fil des années, des instruments de substitution pour mesurer « les moyens » ont été élaborés ; c'est ainsi que le lieu de résidence et le sexe du chef de famille ont été pris en compte, mais des substituts de cet ordre ne sont pas d'un grand support pour analyser les données du secteur de la santé, qui sont stratifiées par le statut économique.

Il y a deux autres difficultés de caractère plus politique :

Investissement limité dans les activités de mesure. Les gouvernements semblent réticents à investir dans l'évaluation des performances. Les composantes « suivi et évaluation » sont généralement les dernières à être mises en œuvre ; dans bien des cas, elles ne connaissent même pas un début d'exécution et sont finalement abandonnées. Le fait que le suivi et l'évaluation « n'appartiennent » pas au gouvernement peut être dû, en partie, à des engagements contradictoires des agences de développement ou des bailleurs. Ces conflits d'engagements ont conduit les bailleurs à contourner les dispositions budgétaires gouvernementales et à financer directement les composantes, par exemple la composante suivi-évaluation, qui ne sont pas tenues fermement par le gouvernement.

Manque de mesures incitatives. Il y a un facteur lié à la question de la réticence : les gouvernements prennent un risque politique à mesurer les résultats de leurs propres programmes. Dans les pays relativement pauvres, les dirigeants peuvent beaucoup hésiter à financer une évaluation qui pourrait révéler qu'ils n'ont pas réussi à modifier l'orientation pro-riches de leur secteur sanitaire. Les cadres moyens peuvent ne pas se sentir très motivés non plus dans la mesure où un échec avéré pourrait avoir des conséquences sur leur budget. Quant aux établissements, ils peuvent y voir un jeu à somme nulle dans lequel le coût de l'évaluation n'est pas pris en compte dans les dépenses du système.

Ce ne sont là que quelques-unes des explications probables du manque de suivi et d'évaluation de nombreux projets de réformes du secteur de la santé. Quelles qu'en soient les raisons, cette absence d'information a, comme effet indirect, qu'on se fie beaucoup plus aux intentions et aux hypothèses qu'aux résultats. Un autre effet indirect est qu'en règle générale on mesure les inputs et les processus au lieu des inégalités dans l'utilisation des services. Les preuves accablantes des inégalités dans le secteur sanitaire des pays à revenu faible et intermédiaire démontrent que les bonnes intentions ne suffisent pas, que les hypothèses non vérifiées peuvent nous égarer et qu'un vague suivi de l'ensemble des inputs et des processus peut être un gaspillage de ressources.

Bref, malgré les obstacles, l'avancement des réformes effectives du secteur de la santé dépend en grande partie des progrès dans le domaine du suivi. Pour que ce progrès se réalise, il est essentiel d'élaborer des mécanismes de suivi qui soient fiables du fait de leur caractère impartial et de la grande qualité des données qu'ils produisent. Une telle crédibilité est particulièrement importante en raison de la sensibilité politique de la question de l'inégalité.

Pour concevoir un cadre de suivi crédible, il faut se poser les questions suivantes :

- *Sur quoi faire porter le suivi ?* Le plan de suivi ne peut pas tout mesurer. Il faut choisir un sous-ensemble d'indicateurs qui mesurent les changements dans les situations d'inégalité qui sont attribuables au changement de politique.
- *Comment procéder ?* Comment est-ce que les données seront collectées ? Selon quelle fréquence et comment seront-elles exploitées ? Quelle stratégie pour diffuser les résultats ?
- *Qui associer à cette opération ?* La réponse à cette question conditionne fortement l'impression de transparence et d'indépendance que laissera, ou ne laissera pas, le dispositif.

Sur quoi faire porter le suivi ?

Nous allons nous arrêter sur la réponse à la première question, à savoir sur quoi faire porter le suivi ? L'élaboration d'une politique, qui comprend la définition et l'analyse d'un problème et l'établissement d'une liste d'actions prioritaires, produit tout naturellement des indicateurs à suivre. Dans le cas

de réformes conçues pour réduire les inégalités dans l'utilisation des services de soins, l'élaboration de la politique produit trois indicateurs. En premier lieu, la définition du problème (l'inégalité dans l'utilisation des services de soins) produit une liste d'outputs possibles concernant l'utilisation des services. En second lieu, l'analyse des causes sous-jacentes du problème produit une liste de goulets d'étranglement au niveau des ménages et du système de santé. Et en troisième lieu, la liste des priorités précise les changements souhaitables dans l'affectation des ressources. Ces trois jeux d'indicateurs à suivre peuvent s'insérer dans la cadre du suivi sous la forme des trois questions suivantes. En d'autres termes, la question « Sur quoi faire porter le suivi ? » se reformule en trois questions plus précises :

1. Est-ce que les inégalités dans l'utilisation des services sont en train de changer ?
2. Est-ce que les goulets d'étranglement du côté de l'offre ou du côté de la demande sont en voie de résorption ?
3. Est-ce que la configuration de l'affectation des ressources est en train de changer ?

On trouvera ci-dessous, empruntés aux 14 études que couvrent les chapitres 5 à 18, des passages qui mettent en lumière des éléments possibles d'un dispositif de suivi dans les trois dimensions, à savoir l'utilisation des services, les goulets d'étranglement et l'affectation des ressources.

Est-ce que la configuration de l'affectation des ressources est en train de changer ? Les 14 programmes résumés dans ce livre comportent tous une évaluation de l'utilisation des services par groupe de richesse. Voici quelques exemples sélectionnés pour mettre en lumière les différentes approches :

- **Cambodge** (chapitre 6). L'utilisation de sept services essentiels de soins préventifs et curatifs au niveau primaire par groupes socio-économiques a fait l'objet d'un suivi.
- **Inde** (chapitre 10). L'utilisation de trois services de santé communautaires par groupes classés selon le statut socio-économique parmi les populations urbaines et rurales a fait l'objet d'un suivi.
- **Indonésie** (chapitre 11) Le recours aux services de soins primaires par les groupes socio-économiques qui bénéficient du programme

des cartes de santé et par les porteurs de ces cartes a fait l'objet d'un suivi.

- **Kenya** (chapitre 12). Les campagnes de vaccination couvertes par les groupes socio-économiques ont été suivies pour mesurer leur efficacité à servir les populations difficiles à atteindre.
- **Mexique** (chapitre 14). L'utilisation des services de santé de base pour les enfants et les femmes enceintes dans le cadre du programme de transfert monétaire conditionnel a été suivi pour que soit évalué dans quelle mesure le programme accroissait la demande de ces services et leur utilisation.
- **Népal** (chapitre 16). Le suivi des services de santé génésique dans le cadre du programme de planification participative portait non seulement sur l'utilisation de ces services vitaux par différents groupes socio-économiques, mais également sur l'information sur le sida que recevaient ces mêmes groupes.

Est-ce que les goulets d'étranglement du côté de l'offre ou du côté de la demande sont en voie de résorption ? Évaluer dans quelle mesure les goulets d'étranglement ont été résorbés devrait faire partie intégrante du dispositif de suivi. Les 14 programmes ont tous identifiés des goulets d'étranglement particuliers auxquels étaient confrontés les pauvres. En voici quelques exemples :

- **Brésil** (chapitre 5). Deux importants goulets d'étranglement ont été détectés dans les programmes de santé familiale. En premier lieu, il y a une disparité entre les besoins et les services fournis. En second lieu, il y a le manque d'information sur les questions de santé dont souffrent les ménages pauvres. Cette situation impose que soit mis en place un dispositif de suivi qui évalue dans quelle mesure les établissements adaptent leurs paquets de services pour qu'ils répondent aux besoins des pauvres, et qui apprécie l'effet de l'éducation à la santé sur les changements de comportements des ménages pauvres.
- **Cambodge** (chapitre 8). Le fonds d'équité a été conçu pour résorber le goulet d'étranglement que constituait pour les pauvres qui voulaient se faire soigner dans les hôpitaux la barrière financière. Un dispositif de suivi pourrait évaluer dans quelle mesure l'identification active ou passive des pauvres par les organisations non gouvernementales, qui administraient le fonds,

éliminait le goulet d'étranglement. Ce même dispositif pourrait également servir à identifier d'autres goulets d'étranglement au niveau des ménages.

- **Chili** (chapitre 8). Le programme intégré avait pour objectif de faire disparaître un certain nombre de contraintes auxquelles les ménages et le système étaient confrontés. Un dispositif de suivi pourrait vérifier l'efficacité des éléments suivants du programme (i) identification des ressources des pauvres par le biais d'un système supplétif d'évaluation des ressources (contrainte liée à l'offre), (ii) changement dans les comportements et la motivation grâce aux actions de proximité et aux programmes de développement des ménages (contrainte liée à la demande) (iii) changement dans les comportements et la motivation comme effet des transferts monétaires conditionnels.
- **Colombie** (chapitre 9) Dans le cadre du programme d'extension de l'assurance maladie, le goulet d'étranglement préoccupant au niveau du système était l'identification des pauvres et le goulet d'étranglement préoccupant lié à la demande était la barrière financière pour se faire soigner.
- **Mexique** (chapitre 15). Dans ce cas, le dispositif de suivi devrait chercher à apprécier dans quelle mesure le système supplétif d'évaluation des ressources a permis une identification correcte des pauvres et observer les changements en matière de couverture d'assurance pour les pauvres.
- **Tanzanie** (chapitre 18). Il y avait un point capital dans le plan de marketing social des moustiquaires pour la prévention du paludisme, c'est que les pauvres n'avaient pas vraiment compris, faute d'information, qu'il y avait un lien entre le paludisme, les ennuis de santé et la protection assurée par les moustiquaires imprégnées d'insecticide. Un dispositif de suivi efficace pourrait évaluer dans quelle mesure une campagne de marketing social modifiait la prise de conscience des pauvres et leur niveau d'information.

Est-ce que la configuration de l'affectation des ressources est en train de changer ? Un élément majeur de la réforme des systèmes de santé est en train de changer les affectations de ressources. Comme nous l'avons noté aux chapitres 1 et 3, les outils destinés à la revue des dépenses publiques, tels que l'analyse de l'incidence des avantages, peuvent servir à évaluer

dans quelle mesure la priorité absolue en matière de dépenses publiques est accordée aux besoins des pauvres et aux programmes afférents. C'est ainsi que les revues des dépenses publiques permettent d'évaluer dans quelle mesure les réformes influent sur les choix de dépenses. En voici quelques exemples empruntés aux 14 études de cas :

- **Colombie** (chapitre 9). L'extension de la couverture assurance-maladie pour les pauvres a fait que, avec le temps, il y a eu de plus en plus de subventions d'aide à l'emploi qui passaient du secteur formel au secteur informel de l'économie.
- **République du Kirghistan** (chapitre 13). Dans le cadre du programme de réformes du secteur de la santé, une revue des dépenses publiques a évalué dans quelle mesure les dépenses personnelles des pauvres diminuaient du fait des réformes. La revue a également servi à mesurer les changements dans l'affectation des inputs, notamment des ressources humaines et des lits d'hôpitaux.
- **Rwanda** (chapitre 17). Dans le cadre de l'extension de la micro assurance-maladie communautaire, des revues de dépenses des ménages ont mesuré les changements dans les dépenses personnelles des pauvres après leur adhésion à la mutuelle de santé.

Autres éléments du dispositif de suivi

La littérature spécialisée sur le suivi aborde trois autres sujets directement liés au développement des dispositifs de suivi, à savoir l'utilisation des services de repérage, l'importance de l'écoute et le suivi des dépenses.

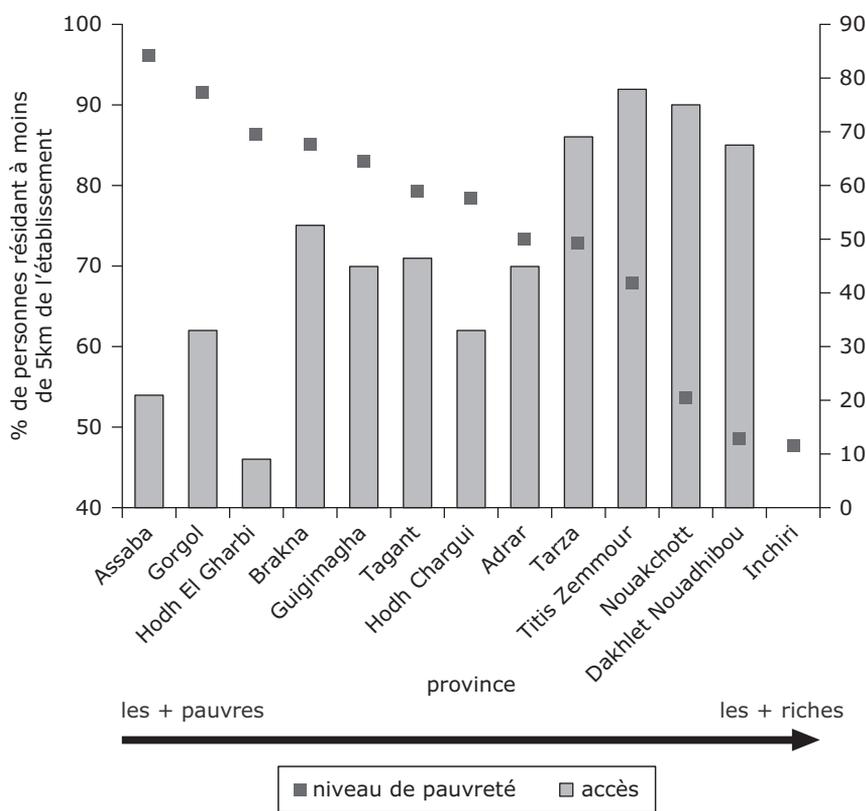
Services de repérage et de suivi

Le rapport sur le développement dans le monde, 2004, de la Banque mondiale, axé sur les moyens à mettre en œuvre pour que les services profitent aux pauvres, a identifié trois groupes de services de santé basés sur des caractéristiques qui leur sont spécifiques (figure 19.1).

Le dispositif de suivi doit comprendre des services de « repérage » - services à suivre - appartenant à chacun des trois groupes. C'est-à-dire que chacun de ces groupes présente une difficulté différente pour atteindre les pauvres, c'est pourquoi il est indispensable que le dispositif de suivi puisse capter les réussites et les échecs dans chacun. Il faut également que les

mécanismes de suivi repèrent les différences des rôles que les clients jouent dans le processus de suivi de ces trois groupes.

Figure 19.1 *Trois catégories de services de santé*



Source : Banque mondiale 2004.

Prendre l'habitude d'être à l'écoute

Au chapitre 3, nous avons souligné à quel point il est crucial d'être à l'écoute des pauvres pour comprendre pourquoi le système de santé leur fait défaut. Les techniques d'écoute active et passive, décrites comme faisant partie d'une approche analytique pour comprendre les initiatives à prendre et selon quelle priorité, peuvent également être utiles pour construire un

système de suivi solide capable de repérer les contraintes et les goulets d'étranglement. Voici quelques éléments de suivi participatif :

- Les consultations des représentants des pauvres (appartenant à la société civile et aux mouvements de la base) peuvent influencer sur la sélection des indicateurs de suivi et sur les méthodes de repérage.
- Les représentants des pauvres appartenant à la société civile peuvent orienter la mise en œuvre du processus de suivi avec le financement des pouvoirs publics, des bailleurs, ou des deux.
- Les représentants des pauvres appartenant à la société civile peuvent jouer un rôle essentiel dans la diffusion des résultats et dans l'établissement de bilans pour accroître l'efficacité et la transparence.

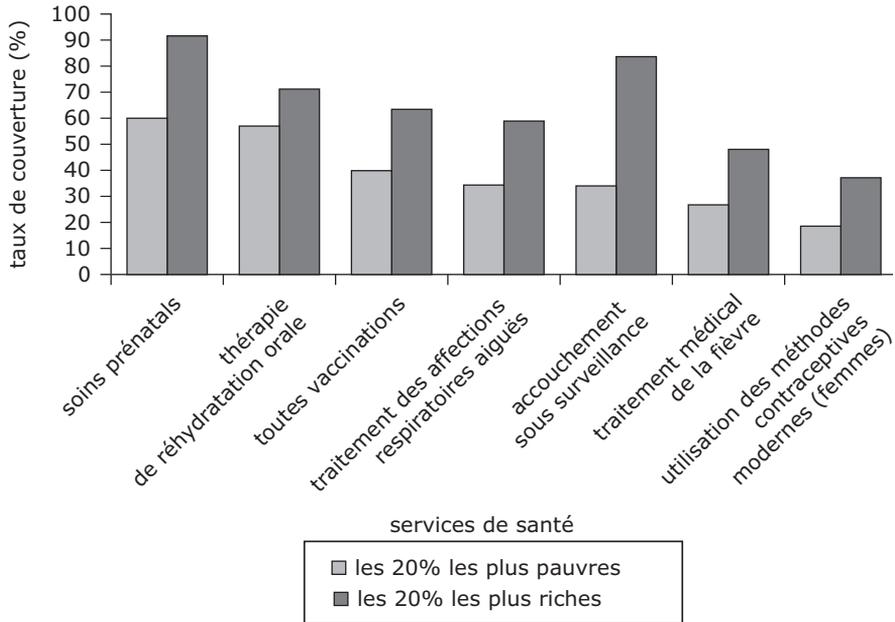
Suivre l'argent : suivi de dépenses

L'une des premières tentatives de suivi des dépenses a porté sur les dépenses en médicaments dans plusieurs pays africains dans les années 90 (Banque mondiale 1994). L'analyse a montré que sur 100 dollars US budgétisés pour les médicaments, on estimait qu'il n'y avait que 12 dollars US à parvenir aux clients auxquels ils étaient destinés (figure 9.2).

L'exemple africain est assez ancien et n'est pas centré sur la question de l'inégalité. Mais il démontre que le suivi du trajet de l'argent tout au long du système, depuis la phase d'inscription au budget jusqu'à l'utilisation terminale des fonds, est essentiel pour déterminer si toutes les ressources atteignent bien les cibles visées et par là même pour évaluer l'efficacité du projet.

Il existe un outil particulier pour « suivre l'argent », ces sont les enquêtes sur le suivi des dépenses publiques (PETS en anglais). Ce sont des armes puissantes pour débusquer et analyser les inégalités dans le flux des ressources depuis l'inscription au budget jusqu'à leur destination finale. Toutefois, pour qu'elles soient efficaces, il y a deux conditions clés. En premier lieu, il faut que ces enquêtes puissent avoir accès aux données dans toutes les phases du processus de l'exécution des dépenses. D'après une analyse récente des PETS dans le secteur sanitaire, il apparaît que si ces enquêtes ne disposent pas de la totalité des données, cela limite sérieusement leur applicabilité (Lindelov 2008). En second lieu, l'analyse doit être centrée sur les établissements qui servent généralement les pauvres. C'était effectivement le cas dans les travaux révolutionnaires qui ont permis d'identifier dans quelle mesure les écoles d'Ouganda recevaient les ressources inscrites au budget (Reinnika et Svensson 2004).

Figure 19.2 *Suivi des dépenses en médicaments en Afrique dans les années 80.*



Source : Base de donnée WHO et Banque mondiale.

Annexe 19.1 Lectures complémentaires recommandées

Sélection prise dans Goldman et autres (à paraître)

Cissé, B., S. Luchini, et J. Moatti. 2007. « *Progressivity and Horizontal Equity in Health Care Finance and Delivery: What about Africa?* » *Health Policy* 80 (1):51-68.

Dans cette étude transversale qui utilise les données de l'enquête auprès des ménages de 1998-99 sur les dépenses pour soins de santé et le recours à ces soins dans quatre capitales d'Afrique occidentale (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar), on estime que les courbes et les indices de concentration évaluent l'inégalité et la progressivité horizontales. Les résultats semblent nettement indiquer que, dans les quatre capitales d'Afrique occidentale, les prestations d'assurance maladie ont un caractère régressif. D'autres travaux de recherche menés dans les pays développés font apparaître ce même caractère régressif, mais son ampleur est limitée par comparaison avec ce que révèle cette étude.

Haddad, S., Nougara, et P. Fournier. 2006. « *Learning from Health System Reforms : Lessons from Burkina Faso.* » *Tropical Medicine and International Health* 2 (12):1889-97.

Cette étude analyse les effets du programme d'ajustement macroéconomique du Burkina Faso sur les dotations en ressources pour le secteur de la santé et les conséquences des politiques de santé mises en oeuvre dans le cadre de ce programme sur les résultats en matière de santé. Cette analyse prend appui sur des données qui couvrent la période de 1983 à 2003 et comprend des documents tirés de sources nationales et internationales, une base de données socioéconomiques secondaires, et également des questionnaires et des interviews auxquels ont répondu des personnels et des responsables du secteur de la santé et des patients. Des données des enquêtes auprès des ménages et des établissements de santé ont également été exploitées

McMichael, C., E. Waters, et J. Volmink. 2005. « *Evidence-based Public Health: What does it offer Developing Countries?* » *Journal of Public Health* 27 (2): 215-21.

Cette étude est centrée sur les questions qui tournent autour de la pertinence des études systématiques de santé publique fondées sur le niveau de preuve dans les pays en développement. Les auteurs font valoir

que les études systématiques sur les priorités en matière de santé dans les pays en développement font défaut ; il n'est pas possible de mettre en œuvre de nombreuses interventions analysées lorsqu'il y a pénurie de ressources; et les recherches primaires conduites dans les pays en développement sont limitées. Tous ces éléments limitent l'utilité des études systématiques actuellement disponibles et des recherches primaires pour la prise de décisions dans les pays en développement. Les auteurs présentent un panorama des études systématiques de la bibliothèque Cochrane et des revues spécialisées et suggèrent des solutions pour surmonter les obstacles liés aux limites des études systématiques fondées sur le niveau de preuve dans le contexte des pays en développement.

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R. Rannan-Liya, A. Somanathan, S. Adhikari, B. Akkazieva, D. Harbianto, et autres. 2008. « Who pays for Health Care in Asia ? » *Journal of Health Economics* 27 (2): 460-75.

Cette étude évalue l'incidence, au plan de la ventilation, du financement des soins de santé (par le biais de l'impôt, de l'assurance sociale et des paiements directs) dans 13 pays et régions d'Afrique de niveaux de développement inégaux, par rapport à leurs possibilités financières. Les données relatives aux dépenses de santé et à leur utilisation proviennent des prévisions budgétaires des comptes publics de santé, des dépenses des ménages et des enquêtes socioéconomiques.

Wagstaff, A. 2007. « Health Systems in East Asia : What Can Developing Countries Learn from Japan and the Asian Tigers? » *Health Economics* 16 (5): 441-56.

Cette étude transversale de 2005, qui porte sur les données relatives à la santé fournies par l'Organisation de coopération et de développement économique et l'OMS, présente une vue d'ensemble analytique des mécanismes de financement et de fourniture par rapport aux groupes classés selon le revenu au Japon et dans les Tigres asiatiques (Taïwan, la République de Corée, Hong Kong [Chine] et Singapour). Les politiques et le dispositif institutionnel étaient liés aux résultats (dépenses de santé, coûts unitaires, utilisation des services, etc.) présentant un intérêt pour cinq systèmes de santé d'Asie, l'objectif étant de glaner des leçons pour d'autres pays asiatiques en développement. L'auteur analyse les facteurs suivants : répartition de la charge financière de la santé sur l'ensemble des groupes classés selon le revenu ; progressivité des mécanismes de financement de la santé ; protection des pauvres contre les dépenses en cas d'accident de santé

grave ; et taux d'utilisation des services selon les groupes de revenu. Les résultats sont interprétés à la lumière du dispositif prévu pour amortir le coût du copaiement.

Wirth, M., D. Balk, E. Delamonica, A. Storeygard, E. Sacks, et A. Minujin. 2006. "Setting the Stage for Equity-Sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health Millennium Development Goals." *Bulletin of the World Health Organization* 84 (7):519-27.

Les analyses bivariées (stratification simple) sont utilisées pour explorer les rapports entre 11 indicateurs de santé et 6 paramètres de stratification sociale liés aux objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) de la santé des enfants. Cette analyse vise à démontrer la nécessité d'effectuer un suivi des objectifs des OMD en matière de santé pour évaluer leur sensibilité à l'équité. Les paramètres de stratification sociale (sexe, éducation, habitat urbain ou rural, ethnicité, ressources et situation géographique de la résidence) sont exploités pour vérifier si les différenciations en matière de santé de l'enfant sont associées aux différenciations de la situation socioéconomique. Chaque paramètre de stratification est censé se substituer à un facteur significatif d'équité.

Note

1. Le programme de soutien le plus important est le Health Metrics Network (le Réseau de métrologie sanitaire) financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, <http://www.who.int/healthmetrics/en/>.



Références

- Abdulla, S., J. A. Schellenberg, R. Nathan, O. Mukasa, T. Marchant, T. Smith, M. Tanner, and C. Lengeler. 2001. "Impact on Malaria Morbidity of a Programme Supplying Insecticide Treated Nets in Children Aged under 2 Years in Tanzania: Community Cross Sectional Study." *BMJ* 322: 270–73.
- Andreasen, A. 1995. *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ashford, L., D. Gwatkin, and A. Yazbeck. 2006. *Designing Health and Population Programs to Reach the Poor*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barros, A. J. D., C. G. Victora, J. A. Cesar, N. A. Neumann, and A. D. Bertoldi. 2005. "Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Neediest?" In *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, ed. D. R. Gwatkin, A. Wagstaff, and A. Yazbeck, 281–306. Washington, DC: World Bank.
- Beegle, K., E. Frankenberg, and D. Thomas. 2001. "Bargaining Power within Couples and Use of Prenatal and Delivery Care in Indonesia." *Studies in Family Planning* 32 (2): 130–46.
- Campbell White, A., T. Merrick, and A. Yazbeck. 2006. *Reproductive Health, The Missing Millennium Development Goal: Poverty, Health and Development in a Changing World*. Washington, DC: World Bank.
- CIET (Community Information, Empowerment and Transparency)-Canada. 2001. "Health and Population Sector Programme, 1998–2003, Service Delivery Survey, Second Cycle." Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka, Bangladesh.
- Claeson, M., C. Griffin, T. Johnston, A. Soucat, A. Wagstaff, and A. Yazbeck. 2003. "Health, Nutrition, and Population." In *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*

- Vol. II: *Macroeconomic and Sectoral Approaches*, ed. Jeni Klugman. Washington, DC: World Bank.
- Coady, D. 2003. "Alleviating Structural Poverty in Developing Countries: The Approach of PROGRESA in Mexico." Background Paper for the 2004 *World Development Report*, World Bank, Washington, DC.
- Coady, D. P., D. P. Filmer, and D. R. Gwatkin. 2005. "PROGRESA for Progress: Mexico's Health, Nutrition, and Education Program." *Development Outreach* 7 (2): 10–12.
- Diop, F. P., and J. D. Butera. 2005. "Community-Based Health Insurance in Rwanda." *Development Outreach* 7 (2): 19–22.
- Ensor, T., and S. Cooper. 2004. "Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side." *Health Policy and Planning* 19 (2): 69–79.
- Escobar, M.-L. 2005. "Health Sector Reform in Colombia." *Development Outreach* 7 (2): 6–9.
- Evans, R. G. 2002. "Financing Health Care: Taxation and the Alternatives." In *Funding Health Care: Options for Europe*, ed. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, and J. Kutzin, 31–58. Philadelphia: Open University Press.
- Filmer, D. 2004. "The Incidence of Public Expenditures on Health and Education." Background paper for *The World Development Report 2004*. Washington, DC: World Bank.
- Filmer, D., and L. H. Pritchett. 2001. "Estimating Wealth Effects without Expenditure Data—or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India." *Demography* 38 (1): 115–32.
- Frenk, J., E. González-Pier, O. Gómez-Dantés, M. Lezana, and F. Knaul. 2006. "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico." *Lancet* 368 (9546): 1524–34.
- Gakidou, E., R. Lozano, E. González-Pier, J. Abbott-Klafter, J. Barofsky, C. Bryson-Cahn, D. Feehan, D. Lee, H. Hernández-Llamas, and C. Murray. 2006. "Assessing the Effect of the 2001–06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card." *Lancet* 368 (9550): 1920–35.
- Galasso, E. 2006. "'With Their Effort and One Opportunity': Eliminating Extreme Poverty in Chile." Development Research Group, World Bank, Washington, DC.
- Gaudin, S., and A. Yazbeck. 2006. "Immunization in India 1993–1999: Wealth, Gender, and Regional Inequalities Revisited." *Social Science and Medicine* 62 (3): 694–706.
- Goldman, A., G. Azcona, G. Pammie, R. Crawford, and A. Yazbeck. Forthcoming. *Health Inequalities in Developing Countries: An Annotated Bibliography*. Washington, DC: World Bank.

- Government of Chile. 2004. "An Introduction to Chile Solidario and El Programa Puente." Prepared for the World Bank International Conference on Local Development, Washington, DC, June 16–19. http://www1.worldbank.org/sp/LDConference/Materials/Parallel/PS2/PS2_S13_bm1.pdf.
- Grosh, M., and P. Glewwe. 2000. *Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from 15 Years of the Living Standards Measurement Studies*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, D., S. Rutstein, K. Johnson, E. Suliman, A. Wagstaff, and A. Amouzou. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, D., A. Wagstaff, and A. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, DC: World Bank.
- Hanson, K., N. Kikumbih, J. Armstrong Schellenberg, H. Mponda, R. Nathan, S. Lake, A. Mills, M. Tanner, and C. Lengeler. 2003. "Cost-Effectiveness of Social Marketing of Insecticide-Treated Nets for Malaria Control in the United Republic of Tanzania." *Bulletin of the World Health Organization* 81 (4): 269–76.
- Hardeman, W., W. Van Damme, M. Van Pelt, P. Ir, H. Kimvan, and B. Meessen. 2004. "Access to Health Care for All: User Fees Plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia." *Health Policy and Planning* 19 (1): 22–32.
- IIPS (International Institute for Population Sciences). 1995. *National Family Health Survey: India 1992–93*. Bombay: IIPS.
- . 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2): India 1998–99*. Bombay, India, and Calverton, MD: IIPS and ORC Macro.
- Jacobs, B., and N. Price. 2006. "Improving Access for the Poorest to Public Sector Health Services: Insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia." *Health Policy and Planning* 21 (1): 27–39.
- Jakab, M. 2007. "An Empirical Evaluation of the Kyrgyz Health Reform: Does It Work for the Poor?" PhD Dissertation, Harvard University, Cambridge, MA.
- Jalan, J., and M. Ravallion. 2001. "Does Piped Water Reduce Diarrhea for Children in Rural India?" Policy Research Paper No. 2664, World Bank, Washington, DC.
- Jejeebhoy, S. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.
- Knaul, F., and J. Frenk. 2005. "Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage through Structural Reform." *Health Affairs* 24 (6): 1467–76.
- Knowles, J. C., C. Leighton, and W. Stinson. 1997. "Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators." Special Initiatives Report No. 1. Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, MD.

- Lindelow, M. 2008. "Tracking Public Money in the Health Sector in Mozambique: Conceptual and Practical Challenges." In *Are You Being Served?* ed. S. Amin, J. Das, and M. Goldstein, 173–90. Washington, DC: World Bank.
- Loevinsohn, B., and A. Harding. 2005. "Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries." *Lancet* 366 (9486): 676–81.
- Mahal, A., J. Singh, F. Afridi, V. Lamba, A. Gumber, and V. Selvaraju. 2002. "Who Benefits from Public Sector Health Spending in India? Results of a Benefit Incidence Analysis for India." Background Paper for *Better Health Systems for India's Poor*. National Council for Applied Economic Research, New Delhi.
- Malhotra, A., S. Mathur, R. Pande, and E. Roca. 2005a. "Do Participatory Programs Work? Improving Reproductive Health for Disadvantaged Youth in Nepal." *Development Outreach* 7 (2): 32–5.
- . 2005b. "Nepal: The Distributional Impact of Participatory Approaches on Reproductive Health for Disadvantaged Youths." In *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff, and A. Yazbeck, 211–41. Washington, DC: World Bank.
- Mustard, C. A., S. Derksen, J.-M. Berthelot, M. Wolfson, and L. L. Roos. 1997. "Age-Specific Education and Income Gradients in Morbidity and Mortality in a Canadian Province." *Social Science and Medicine* 45 (3): 383–97.
- Nathan, R., H. Masanja, H. Mshinda, J. A. Schellenberg, D. Savigny, C. Lengeler, M. Tanner, and C. G. Victora. 2004. "Mosquito Nets and the Poor: Can Social Marketing Redress Inequities in Access?" *Tropical Medicine and International Health* 9 (10): 1121–26.
- Neumann N. A., C. G. Victora, R. Halpern, P. R. Guimaraes, and J. A. Cesar. 1999. "A Pastoral da Criança em Criciúma, Santa Catarina, Brasil: cobertura e características sócio-demográficas das famílias participantes." *Cad Saude Publica* 15 (3): 543–52.
- Noirhomme, M., B. Meessen, F. Griffiths, P. Ir, B. Jacobs, R. Thor, B. Criel, and W. Van Damme. 2007. "Improving Access to Hospital Care for the Poor: Comparative Analysis of Four Health Equity Funds in Cambodia." *Health Policy and Planning* 22 (4): 246–62.
- Núñez, J., and S. Espinosa. 2004. "Asistencia Social en Colombia: Diagnósticos y Propuestas." Unpublished, National Department of Statistics, Bogotá.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff, and M. Lindelow. 2007. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: World Bank.
- Otten, M., R. Kezaala, A. Fall, B. Masresha, R. Martin, L. Cairns, R. Eggers, and others. 2005. "Public-Health Impact of Accelerated Measles Control in the WHO African Region 2000–03." *Lancet* 366 (9488): 832–39.
- Palma, J., and R. Urzúa. 2005. "Anti-Poverty Policies and Citizenry: The Chile 'Solidario' Experience." Management of Social Transitions Policy Paper No. 12. UNESCO, Paris.

- Pande, R., and A. Yazbeck. 2003. "What's in a Country Average? Wealth, Gender, and Regional Inequalities in Immunization in India." *Social Science and Medicine* 57 (11): 2075–88.
- Peters, D., A. Yazbeck, R. Sharma, G. N. V. Ramana, L. Pritchett, and A. Wagstaff. 2002. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options*. Washington, DC: World Bank.
- Ranson, M. K., P. Joshi, M. Shah, and Y. Shaikh. 2005. "India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services among the Poor." In *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff, and A. Yazbeck. Washington, DC: World Bank.
- Reinikka, R., and J. Svensson. 2004. "Local Capture: Evidence from a Central Government Transfer Program in Uganda." *Quarterly Journal of Economics* 119 (2): 679–704.
- Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, and M. Reich. 2004. *Getting Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.
- Saadah, F., M. Pradhan, and R. Sparrow. 2001. "The Effectiveness of the Health Card as an Instrument to Ensure Access to Medical Care for the Poor during the Crisis." Paper prepared for the Third Annual Conference of the Global Development Network, Rio de Janeiro, Brazil, December 9–12.
- Salmen, L., and M. Amelga. 1998. "Implementing Beneficiary Assessment in Education: A Guide for Practitioners (with Examples from Brazil)." Working Paper No. 20945, World Bank, Washington, DC.
- Schellenberg, J., S. Abdulla, H. Minja, N. Rose, O. Mukasa, T. Marchant, H. Mponda, N. Kikumbih, E. Lyimo, T. Manchester, M. Tanner, and C. Lengeler. 1999. "KINET: A Social Marketing Programme of Treated Nets and Net Treatment for Malaria Control in Tanzania, with Evaluation of Child Health and Long-Term Survival." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 93 (3): 225–31.
- Schellenberg, J., S. Abdulla, R. Nathan, O. Mukasa, T. Marchant, N. Kikumbih, A. Mushi, H. Mponda, H. Minja, and H. Mshinda. 2001. "Effect of Large-Scale Social Marketing of Insecticide-Treated Nets on Child Survival in Rural Tanzania." *Lancet* 357 (9264): 1241–47.
- Schwartz, J., and I. Bhushan. 2005. "Cambodia: Using Contracting to Reduce Inequity in Primary Health Care Delivery." In *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, ed. D. R. Gwatkin, A. Wagstaff, and A. Yazbeck, 137–62. Washington, DC: World Bank.
- Scott, J. 2006. "Seguro Popular Incidence Analysis." In "Decentralized Service Delivery for the Poor," vol. 2, 147–66. World Bank, Washington, DC.
- Secretaría de Salud de México. 2006. *Salud: México 2001-2005: Información para la rendición de cuentas*. Federal District, Mexico. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2005/sm2005.htm>.
- Soucat, A., R. Levine, A. Wagstaff, A. Yazbeck, C. Griffin, T. Johnston, P. Hutchinson, and R. Knippenberg. 2005. "Assessing the Performance of Health Services in

- Reaching the Poor." In *Public Services Delivery*, ed. A. Shah, 153–92. Public Sector Governance and Accountability Series. Washington, DC: World Bank.
- USAID (United States Agency for International Development). No date. *Health and Family Planning Indicators: A Tool for Results Frameworks*. USAID, Washington, DC.
- Victora G., J. Vaughan, F. Barros, A. Silva, and E. Tomasi. 2000. "Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian Child Health Studies." *The Lancet* 356 (9235): 1093–98.
- Vijayaraghavan, M., R. Martin, N. Sangrujee, G. Kimani, S. Oyombe, A. Kalu, A. Runyago, G. Wanjau, L. Cairns, and S. Muchiri. 2002. "Measles Supplemental Immunization Activities Improve Measles Vaccine Coverage and Equity: Evidence from Kenya." *Health Policy* 83 (1): 27–36.
- Wagstaff, A., and M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington, DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization). 2006. "Measles SIAs Field Guide." WHO Regional Office for Africa. www.afro.who.int/measles/guidelines/measles_sias_field_guide_revised_jan2006.pdf.
- . 2008. "Indicators for IMCI at First-Level Facilities and Households. Revision 1, 2001." WHO, Geneva.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, DC: World Bank.
- . 1994. *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*. Development in Practice series. Washington, DC: World Bank.
- . 2003. *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies Vols. I and II*. Washington, DC: World Bank.
- . 2004. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: World Bank.
- . 2008a. "Chile: Reaching the Poor with Health Services through Provision of Multidimensional Support." Reaching the Poor Policy Briefs, World Bank, Washington, DC.
- . 2008b. "Kenya: Immunization Reaching the Poor through Mass Campaigns." Reaching the Poor Policy Briefs, World Bank, Washington, DC.
- . 2008c. "Reducing Financial Burden of Health Care for the Poor—the Case of Kyrgyz Health Financing Reform." Reaching the Poor Policy Briefs, World Bank, Washington, DC.
- Yazbeck, A. 2004. "Real and Perceived Threats to Reproductive Health: A Way Forward." *Reproductive Health Matters* 12 (24): 25–34.
- . 2007. "Shining the Spotlight on Inequality in Health." Guest blog, Public Libraries of Science. <http://www.plos.org/cms/node/283>.
- Yazbeck, A., and D. Peters. 2003. *Health Policy Research in South Asia: Guiding Reforms and Building Capacity*. Washington, DC: World Bank.

Index

Le renvoi aux encadrés, aux figures, aux notes et aux tableaux est indiqué par les lettres suivantes : *e, f, n, t*.

A

Abdulla, S., 308*n*

Abudja (déclaration d'), 301

accessibilité aux services de santé, *Voir également*

sous chaque pays, 119, 125, 127

cadre de responsabilité, 186

huit étapes pour que les pauvres
puissent réellement utiliser

les services de santé, 88,89, 89*f*, 127-128, 130*f*

accouchements assistés. *Voir également*

sous chaque pays,

biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*

infirmières et sages-femmes auxiliaires, 122-123

tableau récapitulatif des données

par pays et régions du monde, 70-75*t*

actifs des ménages, 31,32

Adhikari,S., 320

affectation des dépenses publiques de santé, 140, 145

affectation des ressources, 145

Afrique *Voir* Moyen-Orient et Afrique du Nord

et Afrique saharienne,

Afrique du Nord. *Voir* Moyen-Orient et Afrique du Nord,

Afrique subsaharienne. *Voir également sous* chaque pays,

accouchements assistés : tableau récapitulatif des données

par pays et régions du monde, 70-75*t*

biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*

contraception : tableau récapitulatif des données

par pays et régions du monde, 64-71*t*

fécondité des adolescents : tableau récapitulatif des données

par pays et régions du monde, 40-45*t*

graves retards de croissance : tableau récapitulatif

des données par pays et régions du monde, 46-50*t*

- mortalité infantile : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 34-39t
 - niveaux d'inégalité en matière de santé, 1-27
- soins prénatals : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 58-63t
- vaccination :tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 52-57t
- Agence des États-Unis pour le développement international, 163,
- Akkazieva, B., 320
- allaitement maternel, 124
- Amelga, M., 175n16
- Amérique du Sud. *Voir* Amérique latine et Caraïbes,
- Amérique latine et Caraïbes.
 - Voir également sous* chaque pays,
- accouchements assistés : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 70-75t
 - biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
- contraception : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 64-68t
- fécondité des adolescents : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 40-45t
- graves retards de croissance : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, 46-51t
- lectures complémentaires recommandées, 78-80
- mortalité infantile : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 34-39t
 - niveaux d'inégalité en matière de santé, 1-27
- soins prénatals : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 58-63t
- vaccination :tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 52-57t
- analyse de l'incidence des avantages, 18, 19f, 21,72-73, 76-77, 141-143 143-144f, 148
- analyse de régression, 124-125
- analyse multivariée, 108
- Andreason, A.,303, 308n
- Anwar,I., 107
- Arménie, 19
- Arokiasamy, P.,78
- Asie.*Voir* Asie du Sud et Pacifique ;
 - Europe et Asie centrale ; Asie du Sud,
- Asie du Sud. *Voir également sous* chaque pays,

- accouchements assistés : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 70-75t
- biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
- contraception : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 64-71t
- fécondité des adolescents : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 40-45t
- graves retards de croissance : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, 46-50t
- lectures complémentaires recommandées, 107
- mortalité infantile : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 34-39t
- niveaux d'inégalité en matière de santé, 1-27
- soins prénatals : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 58-63t
- vaccination : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 52-57t
- Asie orientale et Pacifique *voir sous* chaque pays,
 - accouchements assistés : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 70-75t
 - biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
 - contraception : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 64-71t
 - fécondité des adolescents : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, 40-45t
 - graves retards de croissance : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, 46-50t
 - lectures complémentaires recommandées, 107, 319
 - mortalité infantile : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 34-39t
 - niveaux d'inégalité en matière de santé, 2, 3, 6f, 7, 19, 20
 - soins prénatals : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde 58-63t
 - vaccination : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 52-57t
- Association des Travailleuses indépendantes (SEWA), 242-245
- assurance privée, 151
- assurance santé communautaire, 293-300
- assurance sociale, 93, 148, 150-152
- Atteindre les Pauvres (programme), 194
- ayants droit (définition et identification), 213
 - Colombie, 231-240

FE Cambodge, 212-213
 Mexique, 279-285
 PROGRESA/Oportunidades, 282
 Seguro Popular, 280-281
 Népal, 287-292
Solidario Chili, 222

B

Balk,D., 32*f*
 Bangladesh, 19
 lectures complémentaires recommandées, 80, 107
 Banque asiatique de développement, 203
 Banque mondiale,
 budgétisation marginale pour les blocages (MBB), 155
 cadre de responsabilité, 186, 188
 déterminants multisectoriels, 100
 documents de stratégie de réduction de la pauvreté, 83, 173*n*3, 174*n*8
 données de l'analyse d'incidence des avantages, 18
 études sur la mesure des niveaux de vie, 2, 162
 évaluation de l'avancée des OMD, 173, 192
 étude sur la mesure des niveaux de vie, 162-163
 mesurer l'inégalité en matière de santé, 2,3
 programme « atteindre les pauvres) (RPP), 179*f*
 proposition de paquet de soins de santé, 116
 transports comme facteur d'inégalité en matière de santé, 102
 Banu, Safar, 85, 86*b*-87, 109*n*1, 173*n*2
 Barros, F., 81, 201
 Becher,H., 192
 Beegle,K., 103
 Bénin, 134-135, 134*f*
 Bhuiya, A. 171
 Bhusham,I., 210
 biais pro-riches dans les services, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*
 des soins de santé, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*
 Bill et Melinda Gates, 194*n*1, 321*n*1
 Blum,L., 107
 Borghi,J., 107
 Boyle,M., 170
Brésil, 195-201
 ciblage géographique, 182
 couverture de santé universelle, 152-153, 198-201, 200*f*

- évaluation et suivi, 313
- incidence des transports sur l'inégalité, 102
- lectures complémentaires recommandées, 107
- le pastorat pour enfants, 195-198
- programme national de soins prénatals, 196-197, 196*t*
- programme national de vaccination, 195-196, 196*t*
- niveau de l'inégalité en matière de santé, 6*f*, 7
- politiques de lutte contre l'inégalité en matière de santé, 182, 183, 184, 188, 189

- Brockerhoff, M., 108
- Bryce, J., 108, 193
- budgetisation marginale pour les blocages, 155
- Bulgarie, 19*f*
- Burkina Faso, 102, 192
- Bustreo, 193
- Butera, 300*n*

C

- cadre de responsabilité, 186
- Cambodge**, 203-210
 - évaluation et suivi, 313, 314
 - indice de concentration 20, 26-27, 209*f*
 - fonds d'équité (FE), 211-220
 - avantages offerts par, 215-218
 - ayants droit (identification des), 213-215
 - comment sont-ils gérés ?, 213
 - coûts, 215
 - enquêtes auprès des ménages, 157, 206
 - évaluation et analyse des, 218-220
 - financement des, 218
 - gestion par les ONG, 183, 213
 - hospitalisations (données sur les), 218, 219*f*
 - politique pro-pauvres, 183, 184, 189-191
 - services couverts par, 215
- cartes de santé pour les pauvres, Indonésie, 249-253, 252*f*, *t*, 313
 - Khmers rouges (régime des), 212
 - ONG,
 - contractualisation avec, 182, 183, 189-192, 203-210, 205*t*
 - FE gérés par, 213
 - politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur de santé, 182-185

- Cameroun, 131*f*-133*f*
- campagne de vaccination contre la polio, 231
- campagne de suivi en matière de vaccination, 256
- campagne de rattrapage en matière de vaccination, 256, 257
- Campbell, O., 107
- Campbell White., 10, 109*m*1
- Canada, 149*f*
- Caraïbes. *Voir* Amérique latine et Caraïbes,
- causes de l'inégalité en matière de santé, 111-114
 - accessibilité aux soins, 125, 127, 241-242
 - analyse de régression, 124
 - biais pro-riches des services de soins de santé, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*
 - causes liées à l'offre, 112
 - check-list des outils d'analyse, 155
 - contexte des causes interdépendantes, 113-115
 - données de l'analyse de l'incidence des avantages, 149*f*
 - données des enquêtes auprès des ménages sur, 118, 157, 160, 161*t*
 - eau et systèmes sanitaires, 103-104
 - écoute active, 117-118, 121
 - enquêtes communautaires sur, 120
 - enquêtes sur les établissements de santé, 119
 - évaluation des bénéficiaires, 166
 - exercices de consultation sur, 121
 - facteurs culturels et comportementaux, 86
 - facteurs culturels ou religieux, 114
 - facteurs de réseau multisectoriel, 113
 - facteurs environnementaux, 104-105
 - facteurs liés à la demande, 113
 - facteurs liés à l'éducation, 103
 - facteurs liés aux transports, 100-103
 - lectures complémentaires recommandées, 170-172
 - mauvaise affectation des dépenses publiques, 15-16
 - outil de diagnostic *voir* huit étapes,
 - pour que les pauvres aient vraiment accès aux services de santé, 127-140
 - qualité des services de santé disponibles, 126
 - statistiques gouvernementales sur, 119-120
 - ticket modérateur, 268
 - vaccination en Inde comme étude de cas de, 121-123, 122*f*
- Cebu : enquêtes longitudinales santé, nutrition
 - aux Philippines, 124, 168
- centre international de recherche sur les femmes, 287

- centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 163
- chemin court, 188-190
- chemin long, 188-191
- Chili** *Solidario*, 221,229
 - comment identifier les situations d'extrême pauvreté, 222
 - évaluation et suivi, 314
 - FONASA, 226
 - FOSIS, 226
 - liens entre participants et programmes, 225
 - plan de développement des ménages, 223
 - politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur de santé, 185, 190
 - transferts conditionnels, 185
- Chine (République de), 105, 165
- Chowdhury, M., 107
- ciblage des inputs et outputs, 146
- Cissé, B., 319
- Claeson, M., 193
- Coady, D., 277
- Cochrane bibliothèque 320
- Colombie**, 231-240
 - amélioration de l'accès à l'assurance santé, 235- 239, 239f
 - coût des soins de santé, 231,232, 233f, 237t
 - enquêtes auprès des ménages, 233,239,240
 - évaluation et suivi, 314
 - identification des ayant droit aux FE, 213-214
 - niveau de l'inégalité en matière de santé, 7, 1- 27
 - politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur de santé, 95, 184,189, 191
 - réforme du secteur de la santé, 233-235
 - SISBEN, 233-235
 - soins prénatals, accouchements assistés et mortalité infantile, 239-240, 239f
- Communauté des états indépendants (CEI), 268
- comportements des ménages et risque de générer l'inégalité en matière de santé, 88
- contraception, 1, 81n2
 - biais pro-riches dans les services de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
 - lectures complémentaires recommandées, 107-108
 - tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 64-71t
 - contractualisation dans secteur santé, 97
- Cooper, S.,102

copaiement pour hospitalisation, 268-269
 coproduction (augmentation de la), 189-190
 Corée (République de), 320
 Costa Rica, 19*f*
 Côte d'Ivoire, 19*f*, 126, 162
 courbes de concentration, 24-25, 25*f*, 143
 avantages des subventions, 280-282
 mortalité infantile, 1, 81*n*1
 voir également sous chaque pays
 vaccination, *voir sous chaque pays*
 coût des services de santé, 126
voir également sous chaque pays
 cause d'inégalité dans, 26-27
 ticket modérateur, 151, 268
 couverture, 151-153
 couverture « catastrophique », 153
 couverture vaccinale, 258*t*
 des personnes, 152
 des services, 153
 universelle, 152
 Cuyler, 79

D

Doktor, Gopal, 86-87*b*
 Das-Gupta, S., 107
 De Allegri, M., 192
 de Savigny, D., 108, 193
 Delamonica, E., 321
 denrées alimentaires : prix et disponibilité, 105, 127
 Dieltiens, G., 107
 Diop, F.P., 300*n*
 Diwan, V., 108
 données (source des), 157, 161*t*
 données des enquêtes auprès des ménages, 118
 données des recensements, 158
 données sur système d'information santé, 161*t*
 Doorslaer, E. van, 320

E

- écart de richesse, 20, 22f
- écoute (importance d'être à l' des pauvres), 116, 122
- écoute (prendre l'habitude d'être à l'), 316-317
- écoute active, 117
- écoute passive, 117
- éducation des femmes (importance de l'), 103
- emplacement des établissements de santé, 145
- EngenderHealth, 287
- enquête de l'université de Caroline du nord, 165
- enquête sur le suivi des dépenses publiques (PETS), 317
- enquêtes auprès des ménages, 118-119
- enquêtes communautaires, 120-121
- enquêtes démographiques et de santé, 2, 17, 119, 128, 157, 173, 174n4
- enquêtes de prévalence sur la contraception, 160
- enquêtes mondiales sur la fécondité, 175n15
- enquêtes par grappes à indicateurs multiples, 4, 157, 163
- enquêtes sur la santé mondiale, 163-164
- enquêtes sur la vie familiale, 165
- enquêtes sur les établissements de soins, 119
- Ensor, T., 102
- entretiens approfondis, 121
- Équateur, 19f
- équité, 148, 159
- équité des mécanismes de financement
 - du secteur santé, 147e, &'_, 149
- Eriksson, B., 109
- Escobar, M.L., 240
- Etats-Unis, 93, 98, 152
- Ethiopie, 16
- Etude sur la mesure des niveaux de vie, 162-163
- Europe et Asie centrale. *Voir aussi* chaque pays,
- études démographiques et de santé (EDS), 2, 160
- études sur la mesure des niveaux de vie, 162
- Europe et Asie centrale. *Voir également*
 - sous* chaque pays,
 - accouchements assistés : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, données
 - par pays et régions du monde, 70-75t
 - biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e

- contraception : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 64-71t
- fécondité des adolescents : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 40-45t
- graves retards de croissance : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 46-50t
- mortalité infantile : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 34-39t
- niveau d'inégalité dans,
 - soins prénatals : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 58-63t
 - vaccination : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 52-57t
- évaluation des bénéficiaires, 166
- évaluation et suivi,
 - changement dans la configuration de l'affectation des ressources, 314
 - difficulté à mesurer richesse ou revenu dans pays à revenu faible et à faibles possibilités, 310
 - financement du secteur santé et cadre de responsabilité, 186
 - goulets d'étranglement du côté de l'offre et de la demande, 313
 - importance d'être à l'écoute des pauvres, 122
 - lectures complémentaires recommandées, 319-321
 - réticence des gouvernements à investir dans, suivi des dépenses, 310
 - sur quoi faire porter le suivi, 311-315
- exercices de consultation, 121
- Ezzati, M., 192

F

- facteurs communautaires sources d'inégalité en matière de santé, 88
- facteurs comportementaux et culturels : sources d'inégalité en matière de santé, 86
- facteurs liés à la demande, 113
- fécondité,
 - fécondité des adolescents,
 - niveaux d'inégalité dans,
 - tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 40-45t
- FE (fonds d'équité santé), Cambodge.

- Voir sous* Cambodge
- Filmer, D., 82*n*3, 170
- financement du secteur de la santé, 92-99,
voir également sous chaque pays
- affectation et mobilisation des ressources, 93-94, 140 -155, 182
- assurance communautaire, 294
- assurance privée, 151-152
- assurance sociale, 149-150
- cause d'inégalité liée à l'offre, 112
- contractualisation, 98
- couverture « catastrophique », 153
- couverture universelle, 152
- données de l'analyse de l'incidence des avantages, 143
- équité, 148
- évaluation et suivi via repérage des dépenses, 317, 318*f*
- imposition, 93, 148, 149*f*
- incidence des choix de politiques sur l'équité, 148
- lien entre paiements et utilisation, 183
- mise en commun, 95
- paiements des prestataires, 97-98
- paiements personnels, 148, 149*f*
- stratégies d'exonérations pour les pauvres, 103
- ticket modérateur, 95
- Fitzmaurice, A., 80
- Fondation Bill et Melinda Gates, 194, 321
- Fondo Nacional de Salud (FONASA), Chili, 226
- Fondo Solidario de Inversion Social,
 (FOSIS), Chili, 226
- fonds d'équité de santé (FE) *voir sous* Cambodge,
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 175*n*15, 243
- Fotso, J., 170
- Fournier, P., 319
- Frankenbeg, E., 103
- Frenk, J., 285
- Fuertes, C. Vidal, 192
- Fuller, M., 80

G

- Gakidou, E., 192
- Galasso, E., 229
- Gates [Bill et Melinda] Fondation, 194, 321

Gaudin, S., 82ⁿ⁵
 Gausia, K., 107
 Gbangou, A., 192
 Georgiades, K., 170
 Ghana, 125-127
 Glewwe, P., 162
 Gouvernements,
 affectations des dépenses de santé, 17-18, 19^f, 21^b, 140-147, 144^f
 dans cadre de responsabilité, 186^f, 187
 évaluation et suivi : réticence à investir, 310
 statistiques sur les causes d'inégalité
 en matière de santé, 119
 gradient total, 23
 Graham, W., 80
 Grande Bretagne, 102, 159
 Griffin, C., 106
 Grosh, M., 162
 grossesse. *Voir* services de santé génésique
 groupe de discussion, 121
 groupes homogènes de diagnostic, 98
 Guatemala, 102
 Gwatkin, D., 79, 171, 173

H

Haddad, S., 319
 Hadden, W., 171
 Hanson, K., 308ⁿ
 Harbianto, D., 320
 Hardeman, W., 220ⁿ¹
 Hatt, 80
 Health Metrics Network, 321
 (Réseau de Métrologie sanitaire), 321
 HIV/SIDA, 163,
 détection (suivi), 316^f
 données des EDS, 162
 enquêtes par grappes à indicateurs multiples, 163
 informations des enquêtes auprès des ménages, 118
 programme commun des Nations-Unies sur HIV/SIDA, 146
 Népal, 289, 290-291, 298, 313
 Hoa, D., 172
 Hogan, M., 192

Höjer, B., 108, 172
 Hong Kong (Chine), 320
 Hong, S., 170
 Houweling, T., 107
 huit étapes pour que les pauvres aient
 vraiment accès aux services de santé, 127-139
 accessibilité aux services de soins (étape 1), 127, 138-139
 adéquation des services (étape 5), 134
 disponibilité de ressources humaines (étape 2), 129
 disponibilité de ressources matérielles (étape 3), 129
 qualité organisationnelle (étape 4), 131-132
 qualité technique (étape 7), 91, 137
 responsabilité envers la communauté (étape 8), 137-138
 timing et continuité (étape 6), 91, 135
 Hurley, P., 170

I

imposition 93, 148, 149f

Inde 19f, 241-248

 accès aux soins de santé, 241-242
 biais pro-riches dans secteur santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
 données de l'analyse de l'incidence des avantages, 19f, 19, 21b, 141-146, 144f
 étude de cas de vaccination, 121, 122t
 évaluation et suivi, 312
 infirmières et sages-femmes auxiliaires, 123
 lectures complémentaires recommandées, 78, 79, 170
 niveau d'inégalité en matière de santé, 8e
 politiques de lutte contre l'inégalité, 184, 189
 politiques en matière de nutrition, 105
 santé génésique, 242, 244t, 245, 246f
 SEWA, 242-245
 utilisation des indices d'actif, 28-29, 29-32t, 33f, 82n5
 indicateurs nutritionnels, 105
 indice de concentration (IC), 20, 26-27, 209f
 Indonésie, 97, 249-254
 évaluation et suivi, 313
 inégalité(s) en matière de santé, 1-27
 analyse de l'incidence des avantages, 19f, 19, 21b, 141-146, 144f
 eau et systèmes sanitaires comme facteurs d', 103-104
 efforts de suivi et d'évaluation pour combattre, 312-313

indices d'actifs, 28-29, 29-32*t*, 33*f*, 82*n*5
 courbes de concentration (présentées comme), 20, 26-27, 209*f*
 écart de richesse (présenté comme), 20, 22*f*
 éducation comme facteur d', 103
 facteurs liés à l'offre, 112, 313
 financement du secteur de la santé, 92-99
 lectures complémentaires recommandées, 78-80
 mesurer les niveaux d' 2,4
 odds ratio (mettant en évidence), 22
 présentation des données sur
 questions de financement, *voir*
 tableau récapitulatif de données par régions et pays
 réseau multisectoriel de facteurs, 114-115
 infirmières sages-femmes auxiliaires en Inde, 122-123
 Institut de la Banque mondiale, 111
 Institut international de statistique, 175*n*15

J

Jacobs, B., 220*n*1
 Jakab, M., 269*n*1
 Jalan, J., 104
 Japon, 320
 Jejeelboy, S., 103, 104
 Johnston, T., 105

K

Kazakhstan, 5, 16
Kenya 255-261
 accès aux services de soins de santé, 125
 campagne de vaccination, 256-257
 coût des services de soins, 126
 évaluation et suivi, 313
 politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur santé, 190
 réformes de la réglementation, 185
 Khan, A., 171
 Khe, N., 108
 Khmers Rouges, 212
 Killewo, J., 107
 KINET (projet), 302-303
Kirgizistan (République du), 263-269

coût des soins de santé en, 263
 évaluation et suivi, 315
 réformes financières, 183, 264-266
 hospitalisation en, 266, 267f, 268
 politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur de santé, 182
 réforme du système de soins de santé, 264-266
 Knowles, J.C., 174n5
 Kouyaté, B., 192
 Kuate-Defo, B., 170
 Kunst, A., 107

L

Lagos, Ricardo, 222
 Lakshminarayanan, R., 172
 Laterveer, L., 172
 Lee, D., 192
 Leighton, C., 174n5
 Leon, D., 173
 Li, A., 192
 Lindelow, M., 317
 Luchini, S., 319

M

Madagascar, 19f
 Magadi, M., 108
 Mahal, A., 21
 maladies de l'enfant (prise en charge intégrée des), 193
 Malaisie, 103, 125, 165
 Malhotra, A., 292
 marketing social, 301
 Marshall, T., 107
 Masanja, H., 193
 maternité. *Voir* services de santé génésique,
 Mathur, S., 292
 Mauritanie, 129, 130f, 134f
 McMichael, C., 319
 MEASURE EDS 163
 Merrick, T., 109
 mesure des résultats dans le combat contre
 les inégalités en matière de santé, 1-27

- Voir* évaluation et suivi
- mesurer les inégalités en matière de santé, 4,5
- Mexique** 271-285
- évaluation et suivi, 314
 - lectures complémentaires recommandées, 80
 - réformes organisationnelles, 183-184
 - utilisation des procédures de mise en commun, 95-96
 - PROGRESA/Oportunidades*, 271-277
 - avantages en matière d'éducation, 272-273
 - avantages en matière de santé, 272-273
 - ayants droits : définition et identification, 167, 272
 - difficultés de mise en œuvre, 273-274
 - effets sur la santé des enfants et des adultes, 275-276
 - enquêtes auprès des ménages comme outil d'évaluation, 274
 - réduction de l'écart entre besoins et demande, 185, 186
 - transferts conditionnels à la place des subventions, 271-273
 - Seguro Popular* : comparaison, 279-285
 - atteindre et servir les pauvres : réussites, 274-275, 275f
 - Seguro Popular*, 279-285
 - ayants droits : définition et identification, 280-281
 - place dans le cadre de responsabilité, 189
 - primes subventionnées, 281-282
 - réformes financières, 182
 - PROGRESA/Oportunidades* : comparaison, 282
 - assurance santé subventionnée pour les pauvres, 281-283
 - couverture universelle, 284-285
 - mesures incitatives du gouvernement pour l'affiliation, 283
 - microfinancement, 298
 - programme de sécurité sociale, 283
 - résultats, 283, 284f
- Minuijin, A., 321
- Moatti, J., 319
- mobilisation des ressources, 93, 94, 140, 155, 182
- mortalité infantile, *voir également* sous pays
 - indice de concentration dans, 20, 26, 27, 209f
 - niveaux d'inégalité, 5, 10, 5-6f, 7, 8^e, 9
 - lectures complémentaires recommandées, 78-79
- Moser, K., 173
- Moyen-Orient et Afrique du Nord
- Voir également* sous chaque pays,
 - accouchements assistés : tableau récapitulatif des données par pays et régions du monde, 70-75t

- biais pro-riches dans services de soins de santé, 10-13, 11t,12f, 14-15e
- contraception : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 64-71t
- fécondité des adolescents : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 40-45t
- graves retards de croissance : tableau récapitulatif
 - des données par pays et régions du monde, 46-50t
- mortalité infantile : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 34-39t
- niveaux d'inégalité en matière de santé, 6-7f, 1-27
- soins prénatals : tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 56-63t
- vaccination :tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 52-57t
- Mozambique, 5, 136, 136f
- Mshinda, H., 108, 193
- mesure des performances. *Voir* évaluation et suivi
- mortalité infantile. *Voir également* sous chaque pays,
 - courbes de concentration, 24-25, 25f, 143, 209f
 - lectures complémentaires recommandées, 78-80
 - niveaux d'inégalité en matière de santé, 1-27
 - odds ratios 22
 - tableau récapitulatif des données par pays
 - et régions du monde,
- moustiquaires imprégnées, 301-308
- Moyen-Orient et Afrique du Nord,*voir également* sous chaque pays,
- Mushi,A., 108

N

- Nam Rong (Projets de), 166
- Nathan,R., 308n
- Népal**, 287-300
 - accouchement en établissement de santé, 289-290, 290f
 - engagement de la communauté, 292
 - évaluation et suivi, 313
 - HIV/SIDA, 290-291
 - identification des ayants droit, 288
 - planification participative, 291
 - politiques de lutte contre l'inégalité dans le secteur de la santé, 184-185
 - projet en faveur des adolescents, 287-288
 - responsabilisation et obligation de rendre des comptes, 291-292

soins prénatals, 290
 Nicaragua, 126
 Niessen, L., 172
 Nigeria, 125
 Noirhomme, M., 220
 Nougara, A., 319

O

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), 79, 100, 101t, 106, 173, 206, 321
 campagne de vaccination antirougeole, 231-234, 232t, 233f
 contrôle du niveau des ressources
 Voir ayants droits : définition et identification
 MEASURE EDS, 163
 Ochoa, H., 80
 odds ratio, 22
 O'Donnell, O., 28, 174n9, 175n13, 320
 Omariba, W., 170
 OMS, 4, 157, 163, 165, 269n2
 Organisation mondiale de la Santé, 106, 163-164
 décès par paludisme, 301
 enquêtes sur la santé mondiale, 4, 157, 163-164
 gestion intégrée des maladies de l'enfance (IMCI), 120, 137, 165
 Kenya, 126, 261n
 République du Kirghizistan, 263-269
 évaluation et suivi, 315
 révisions des enquêtes par grappes
 à indicateurs multiples (MICS), 163
 ONG (Organisations non gouvernementales),
 Voir également sous chaque pays, 97, 183
 Onwujekwe, O., 109
Oportunidades. Voir sous Mexique
 Organisation internationale du Travail (OIT), 163
 Otten, M., 261
 outil de diagnostic, *voir* huit étapes
 Oza, S., 192n
 Ouganda, 164

P

Pakistan, 171

- Palma, J., 229
- Paludisme, 109, 189, 301-30/8
- Pande, R., 82n5
- Pappas, G., 171
- pastorat pour enfants, 198
- pauvreté et inégalité en matière de santé, 83-108
 - biais pro-riches des services de soins de santé, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
 - causes interdépendantes locales et contextuelles, 113-115
 - documents de stratégies de réduction
 - de la pauvreté (PRSPs) 84, 172
 - financement. *Voir* financement secteur santé,
 - importance d'être à l'écoute des pauvres,
 - lectures complémentaires recommandées, 99-101
 - outil de diagnostic *Voir* huit étapes pour
 - que les pauvres aient vraiment accès
 - aux soins,
- Persson, L., 172
- Peters, D., 21e
- Philippines, 172
- Pitchforth, E., 80
- planification participative, 287-292
- points de vue des dirigeants
 - des pays à revenu faible et intermédiaire
 - sur les causes de l'inégalité en matière de santé, 111
- politiques de lutte contre l'inégalité
 - en matière de santé, 4, 177-194
 - accroître la coproduction, 189-190
 - accroître la pression, 190
 - augmentation du pouvoir d'achat, 189
 - cadre de responsabilité, 186-190
 - conférence RPP, 178-179, 179f
 - financement du secteur santé, 182
 - lecture complémentaires recommandées, 107-109
 - menu ou matrice, 180, 181t
 - paiement des prestataires, 97-98
 - politiques agricoles, 105
 - réformes de la réglementation, 184
 - réformes organisationnelles, 183-184
 - règles générales, 182
 - thèmes récurrents, 179, 179f
- pollution de l'air intérieur, 104-106
- Pokhrel, S., 192

pouvoir d'achat (accroissement du), 189
 Pradhan, M., 254
 prestataires de services de soins 187
 dans cadre de responsabilité, 186-190
 paiement des prestataires, 97-98
 Price, N., 220ⁿ¹
 prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, 120, 137, 165
 programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 163
 programme de protection sociale (PPS) 249, 254
 (JPS social insurance program),
 programme des cartes de santé, 249-253, 252 *f, t*, 313
 programme de santé familiale, Brésil, 197
 programme relais, Chili, 226
 Pritchett, L., 82ⁿ³
PROGRESA voir sous Mexique
 public (le) comme élément du cadre de responsabilité, 187

Q

qualité des services de santé disponibles 112
 qualité organisationnelle, 90-91, 131-132, 133^f, 137
 qualité technique 91, 137
 analyse de régression 103
 paiements personnels 148, 267^f
 ticket modérateur 268

R

Racine, Y., 170
 RAND, 165
 Rannan-Eliya, R., 320
 Ranson, M.K., 248
 Rao-Melacini, P., 170
 Ravallion, M., 104
 Reaching the Poor (Programme), 194
 recensements (données des) 158
 Reinnika, R., 317
 République de Chine, 105, 165
 République de Corée, 320
 République dominicaine, 13
 Réseau de Métrologie sanitaire,
 (Health Metrics Network) 321ⁿ

- ressources humaines (disponibilité des), 90, 129-130
- retard de croissance (grave), 7*f*, 46-51*t*
 - eau et système sanitaire, 103
 - niveaux d'inégalité dans
 - tableau récapitulatif des données
 - par pays et régions du monde, 34-75*t*
- retenue et recyclage, 109*n*2
- Roberts, M., 180
- Ronsmans, C., 107
- Royaume-Uni, 102
- RPP (Reaching the Poor Program), 178, 179*f*, 194*n*1, 309
- Revue des dépenses publiques (RDP), 140-141
- Ruiz, M., 80
- Rwanda** assurance maladie communautaire, 293-300
 - dépenses personnelles, 297*f*
 - émergence des, 294
 - enseignement à tirer de l'expérience des mutuelles, 298-300
 - évaluation et suivi, 315
 - financement, 95,96
 - génocide et reconstitution, 293
 - microfinance, 298
 - politiques de lutte contre l'inégalité dans le secteur santé, 184
 - réussites, 295, 296, 297*f*
 - subventions, 298

S

- Saadah, F., 254
- Sacks, E., 321
- Saha, S., 107
- Salmen, L., 175*n*16
- Sanchez, H., 80
- Sanon, M., 192
- santé des femmes
 - importance de l'eau et des systèmes sanitaires 103-104
 - importance de l'éducation dans la 103
 - incidences des politiques agricoles sur l'alimentation, 105
 - lectures complémentaires recommandées, 78-81, 107-109, 319-321
 - niveaux d'inégalité les plus élevés, 10-14, 11*t*, 14*f*, 15*f*, 16*f*
 - santé génésique, 1, 81*n*2, 242, 244*t*, 245, 246*f*
 - SEWA 242-243
- Sauerborn, R., 192
- Savigny, D. de, 108, 193

- Schellenberg, D., 108, 193
 Schellenberg, J., 108
 Schmeer, K., 106
 Schwartz, J., 210
 Scott, J., 285
Seguro Popular. Voir sous Mexique,
Solidario. Voir sous Chili,
 services de santé génésique,
 voir sous chaque pays
 accouchements assistés,
 tableau récapitulatif des données par
 pays et régions du monde, 70-75t
 biais pro-riches dans, 10-13, 11t, 12f, 14-15e
 infirmières et sages-femmes auxiliaires, 122-123
 soins prénatals
 tableau récapitulatif des données par
 pays et régions du monde, 58-63t
 services de soins pour enfants
 voir sous chaque pays
 fécondité des adolescents
 niveaux d'inégalité dans
 tableau récapitulatif par pays et régions du monde, 40-45t
 lectures complémentaires recommandées, 78-81, 107-109, 319-321
 SEWA, 242-245
 Silva, A., 81
 Singapour, 320
 Snelling, D., 170
 soins prénatals *voir également* sous chaque pays
- Somanathan, A., 320
 sondages sortie des établissements de santé
 Soucat, A., 133, 174n10
 Soucat, M., 174n10
 Sousa, A., 192
 Sparrow, R., 254
 Sri Lanka, 103, 126
 Stinson, W., 174n5
 Storeygard, A., 321
 stratégies d'exonération pour les pauvres, 151
 subventions, 298
 courbes de concentration, 24-25, 25f, 143, 209f
 Mexique : *Seguro Popular,*

Suède, 194
Svenson, J., 317

T

Taïwan (Chine) 320
Tanzanie, marketing social des moustiquaires imprégnées 301-308
 choix et tarification des produits 304
 communication et promotion des produits 304
 distribution des produits 305
 évaluation et suivi 314
 évaluation multipays, 164
 lectures complémentaires recommandées, 193
 participation de la communauté 304
 politiques de lutte contre l'inégalité dans secteur de santé, 184
 le projet pilote KINET 302-303
 rapport coût-efficacité 306
 résultats en matière de santé 306-307
 utilisation des enquêtes auprès des ménages, 305
Thaïlande, 166
Thomas, D., 81
timing et continuité des services de santé disponibles, 91, 135, 136f
Toan, N., 108
Tomasi, E., 81
transferts conditionnels en espèces,
 Chili, *Solidario*, 183, 226-227
 Mexique, *Progreso/Oportunidades*, 183, 226, 271-273

U

UNESCO, 163,
UNICEF, 163
Urzúa, 229
utilisation des services de soins (accroissement de l')
Uzochukwu, 109

V

Vaccination, 255-261
 voir également sous chaque pays,
 activités de vaccinations supplémentaires (AVS), 260

biais pro-riches dans secteur santé, 10-13, 11*t*, 12*f*, 14-15*e*
 campagnes de rattrapage, 256
 campagnes de suivi, 256
 courbes de concentration, 24-25, 25*f*, 143
 écart de richesse, 20, 22
 étude de cas en Inde, 121-123, 122*f*
 gestion indicelle des actifs, 28-29, 29-32*t*, 33*f*, 82*n*5
 gradient total, 23
 infirmières, sages-femmes auxiliaires, 122-123
 tableau récapitulatif des données par
 pays et régions du monde, 52-57*t*
 timing et continuité, 91, 135, 136*f*
 van Doorslaer, E.,
 van Teijlingen, E., 75, 80
 Vander Hoorn., 192
 Vaughan, J., 81
 Vayena, E., 107
 Victora, C., 81, 108, 171, 193
 Vietnam, 172
 Vijayaraghavan, M.,
 Volmink, J., 319

W

Wagstaff, A., 79, 193, 320
 Waters, E., 319
 Waters, H., 80
 Wirth, M., 321

X

Xuan, L., 108

Y

Yazbeck, 2, 10, 28, 82*n*5, 106, 109*n*1, 116, 172
 Yemen (République du) 13

Z

Zimbawe, 13, 102
 Zulu, E., 108