

Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé*

Adam Wagstaff¹

Pauvreté et mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cette association révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. L'auteur du présent article expose les faits concernant les inégalités de santé entre pauvres et non-pauvres et les conséquences des dépenses de santé sur l'appauvrissement et les inégalités de revenus. Il fait succinctement le point de ce que l'on sait de l'origine des inégalités ainsi que de l'efficacité des politiques destinées à les combattre. Enfin, il soutient que l'on ne connaît pas assez l'impact de telles politiques, malgré la variété des techniques de mesure et l'abondance des données sur l'étendue des inégalités et sur leurs causes.

Mots clés Pauvreté ; Etat sanitaire ; Revenu ; Accessibilité services santé ; Organisation financement ; Justice sociale (source : MeSH, INSERM).

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2): 97–105.

Introduction

Pauvreté et mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cette association révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. La mauvaise santé ou la fécondité exceptionnellement élevée peut influencer profondément sur le revenu des ménages (1, 2) et même faire toute la différence entre être au-dessus ou au-dessous du seuil de pauvreté (3). Qui plus est, la mauvaise santé est souvent associée à des frais de santé importants (4). Mais la pauvreté et les bas revenus sont également une cause de mauvaise santé (5). Les pays pauvres, et les catégories pauvres au sein des pays, souffrent d'une multitude de privations qui se traduisent par des niveaux élevés de mauvaise santé (6, 7). Les pauvres se trouvent donc piégés dans un cercle vicieux : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté (Figure 1).

Plusieurs organisations internationales et donateurs de premier plan se fixent maintenant comme objectif primordial d'améliorer les résultats sanitaires des pauvres de la planète (8–10). Cela traduit une tendance de plus en plus affirmée de ces organisations à définir leurs objectifs en termes de réduction de la pauvreté (11, 12) et à donner une acception toujours plus large au mot « pauvreté » (6, 13). Toutefois, cela montre également que l'on admet de plus en plus que les inégalités entre riches et pauvres en matière de résultats sanitaires sont injustes et inéquitables (14), non pas que les

pauvres soient, d'une manière ou d'une autre, plus méritants que les plus riches, mais parce que ces inégalités correspondent de toute évidence à de grandes différences dans les contraintes et les possibilités qui se présentent aux pauvres et aux riches plutôt qu'à une tendance chez les deux groupes à faire des choix différents (15–20). Les effets néfastes que la mauvaise santé exerce sur les niveaux de vie des ménages sont de plus en plus considérés comme des problèmes de justice sociale, traduisant peut-être l'idée que les pertes de revenus et les frais médicaux associés à la mauvaise santé sont involontairement et tout bonnement la conséquence de « traumatismes » sanitaires non désirés (21). Cela différencie les dépenses de santé de la plupart des autres postes du budget des ménages et conduit naturellement à penser que la charge financière de ces traumatismes incombe à la collectivité tout entière, car ils ne sauraient avoir un effet négatif sur l'inégalité des revenus et la pauvreté. Dans plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) (22) et, semble-t-il, ailleurs également (23), l'idée paraît faire son chemin selon laquelle les paiements directs de soins et les prélèvements sociaux devraient être fonction du revenu du ménage, idée dont l'OMS s'est récemment faite la championne (24).

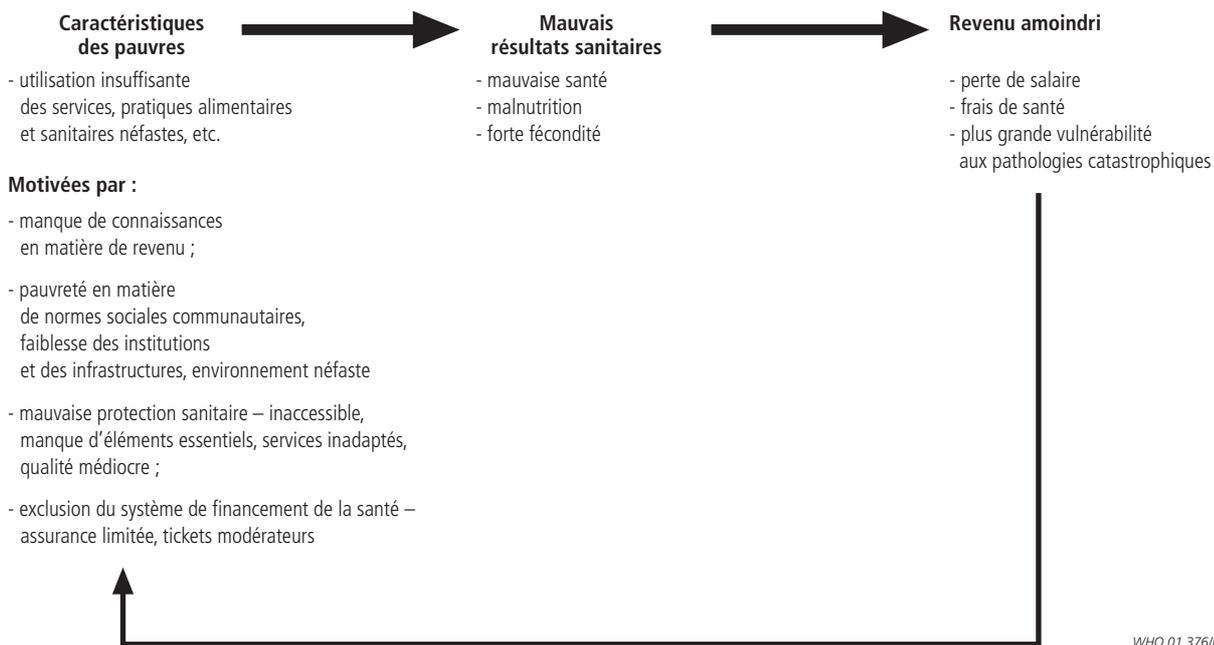
Dans le présent article, on dégagera une vue d'ensemble des recherches traitant des inégalités face à la santé qui s'exercent au détriment des pauvres, ainsi que de l'évolution de l'appauvrissement et de l'inégalité de revenus associée aux dépenses de santé. La question plus vaste de l'appauvrissement associé à la perte de revenus due à la mauvaise santé n'est pas envisagée parce que la mise en place de systèmes de protection des individus contre une telle perte dépasse le domaine

* D'après : Wagstaff A. *Poverty and health* (CMH Working Paper Series, Paper No. WG1 : 5. Disponible à l'adresse URL : www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf).

¹ Lead Economist, Banque mondiale, Washington, DC (Etats-Unis d'Amérique) ; et Professor of Economics, School of Social Sciences, University of Sussex, Brighton (Angleterre). Toute correspondance sera adressée à l'auteur à la Banque mondiale, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433 (Etats-Unis d'Amérique) (mél. : awagstaff@worldbank.org).

Les observations, interprétations et conclusions exprimées par l'auteur dans le présent article n'engagent que lui et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de la Banque mondiale, de ses administrateurs ou de ses Etats Membres.

Fig. 1. Le cycle de la santé et de la pauvreté



de la politique de santé dans sa conception actuelle. Quoi qu'il en soit, il convient de noter que le revenu perdu est probablement une cause plus grande d'appauvrissement que les paiements directs de prestations sanitaires (25). On examinera ensuite la réalité des faits en matière d'inégalités et d'appauvrissement, de même que les facteurs qui conduisent aux résultats obtenus et l'efficacité des politiques menées dans ces domaines.

Les inégalités entre pauvres et non-pauvres face à la santé

En Europe, on mesure depuis longtemps les inégalités socio-économiques face à la santé et cela, qu'il s'agisse des aspects méthodologiques (26–28) ou de l'analyse empirique (29–37). Moins de travaux empiriques ont été menés sur le sujet dans les autres régions et notamment dans les pays en développement (38–42).

Il convient d'insister sur les constatations fondamentales suivantes faites dans les publications portant sur des données empiriques. Premièrement, les inégalités en matière de santé s'exercent presque toujours au détriment des pauvres : ceux-ci ont tendance à mourir plus tôt et à présenter des niveaux de morbidité plus élevés que les plus riches.

Deuxièmement, les inégalités tendent à être plus prononcées pour les indicateurs objectifs de mauvaise santé, comme les mesures anthropométriques de la malnutrition et de la mortalité, par exemple, que pour les indicateurs subjectifs. Dans les pays en développement, on observe souvent qu'il arrive que ces indicateurs produisent des profils de répartition déformés, les plus riches se déclarant en moins bonne santé que les pauvres (43). Mais cela tend à se produire avec des indicateurs qui sont fortement tributaires de facteurs transitoires (par exemple, le fait qu'un enquêté ait ou non été malade au cours de la quinzaine précédente). D'ailleurs, de tels indicateurs dessinent un profil analogue dans les pays industrialisés (44). Dans les pays en développement (45)

comme dans le monde industrialisé (31, 36, 46), les indicateurs d'affections de plus longue durée (par exemple, longue maladie, limitation d'une activité majeure et état de santé auto-évalué), tendent à révéler des inégalités qui sont au détriment des pauvres.

Troisièmement, l'ampleur des inégalités varie beaucoup d'un pays à l'autre, bien que ces variations soient elle-mêmes fonction des indicateurs de santé et de situation économique utilisés. C'est ainsi qu'en matière de santé de l'enfant, l'Amérique latine semble présenter des inégalités plus grandes entre pauvres et non-pauvres que d'autres parties du monde en développement, quel que soit l'indicateur de santé utilisé. En revanche, pour la mortalité infanto-juvénile et la malnutrition, les inégalités sont moins prononcées en Afrique subsaharienne qu'en Afrique du Nord, en Asie ou au Proche-Orient, mais c'est l'inverse pour les inégalités concernant la diarrhée et les infections respiratoires aiguës (47).

Quatrièmement, il semble que les inégalités socio-économiques face à la santé aillent en se creusant plutôt qu'en se comblant. Et cela s'observe aussi bien dans les pays en développement (48–52) que dans le monde industrialisé (28, 53–56).

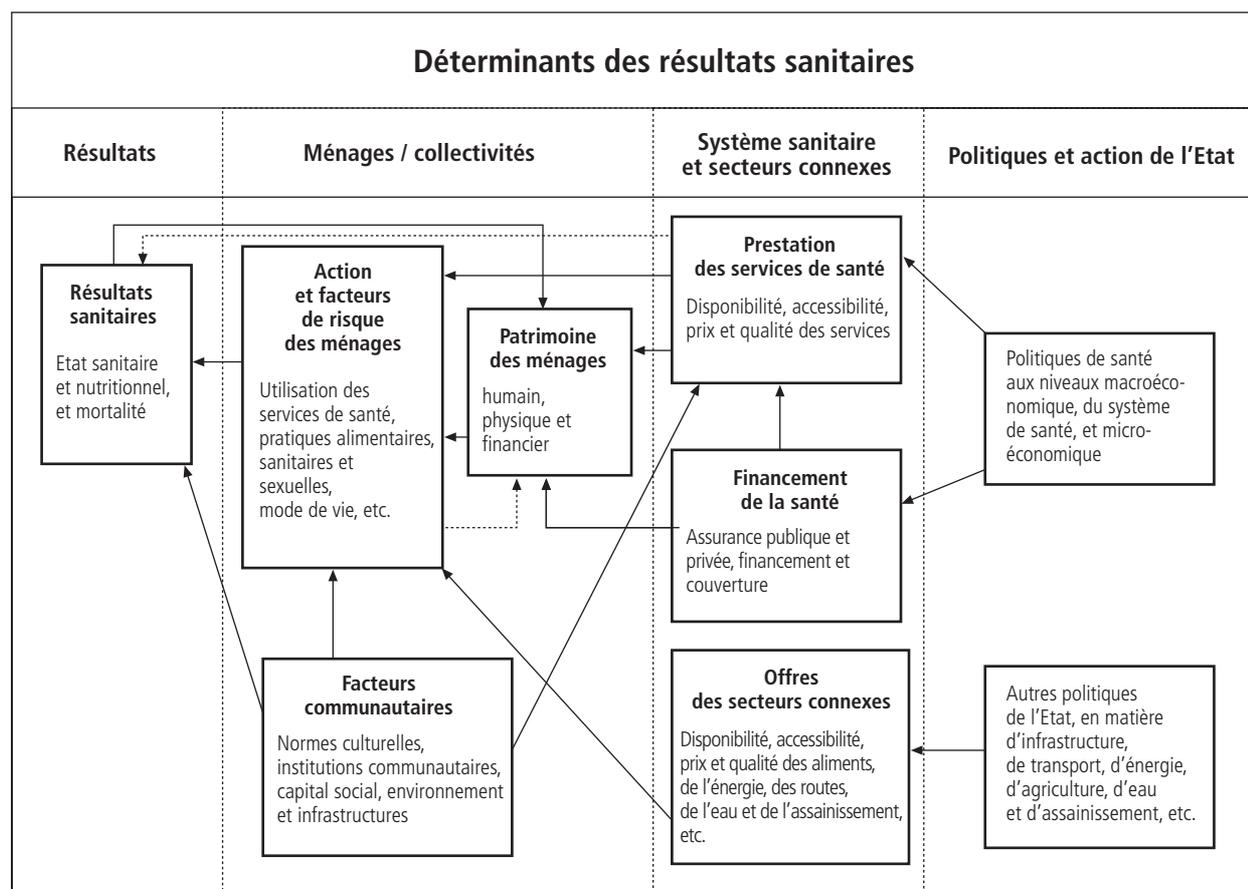
Causes des inégalités face à la santé : les déterminants immédiats

La Figure 2 schématise une méthode permettant de conceptualiser les différents itinéraires qui déterminent les résultats sanitaires (7). Elle fournit un canevas qui permet de comprendre les inégalités entre les pauvres et les plus riches face à la santé.

Comment les déterminants immédiats varient-ils d'un groupe à l'autre?

Les différents facteurs qui, aux niveaux des ménages et de la collectivité, influent sur les résultats sanitaires sont désignés, dans certains milieux, sous le nom de déterminants immédiats

Fig. 2. Cadre conceptuel permettant de comprendre les inégalités face à la santé



WHO 01.3771F

de la santé et, dans d'autres, sous celui d'apports sanitaires à l'instauration de la santé (58). On sait un certain nombre de choses sur ce qu'ils sont et sur leur étiologie (7, 59). Ils varient beaucoup selon les ménages et tendent à être moins bons dans les foyers pauvres que dans les foyers plus riches. A un certain niveau, cela explique pourquoi il existe des inégalités socio-économiques en matière de santé et pourquoi elles défavorisent les pauvres. Toutefois, les inégalités en matière de déterminants immédiats de la santé varient selon les déterminants et, comme les inégalités dans la santé elle-même, varient également selon les pays.

L'exemple le plus frappant est celui de l'utilisation des services de santé. Dans les pays de l'OCDE, les pauvres ont tendance à utiliser davantage les services de santé que les plus riches et la question se pose de savoir si, leurs besoins en soins médicaux étant plus grands, cette plus grande utilisation suffit (60-65). La situation est assez différente dans le monde en développement. Les enfants pauvres de pays pauvres ont généralement beaucoup moins de chances d'être vaccinés que les enfants plus riches (66). Le recours à la réhydratation par voie orale est moins fréquent chez les enfants pauvres que chez les enfants plus riches, et cela même si l'incidence de la diarrhée est plus élevée chez les pauvres (39). Dans les pays où le recours à la réhydratation par voie orale est plus fréquent parmi les pauvres, l'inégalité est beaucoup plus faible que l'inégalité de l'incidence de la diarrhée.

Si, dans les pays en développement, les services de santé

n'atteignent pas les pauvres, bien que leur morbidité soit plus forte, ce n'est pas uniquement parce que les plus riches utilisent leurs revenus plus élevés pour se faire soigner dans le secteur privé. Les pauvres reçoivent aussi une moindre part des crédits de l'Etat au secteur de la santé (67-71). La préférence pour les riches est particulièrement marquée dans le secteur hospitalier qui bénéficie de la plus grande part des dépenses publiques. Toutefois, quelques pays en développement parviennent, semble-t-il, à répartir les dépenses publiques de protection sanitaire en faveur des pauvres ; c'est le cas du Costa Rica et de la Malaisie (47). En Inde, l'Etat du Kerala parvient à répartir à peu près également le budget de la santé entre les différentes tranches de revenu (72).

Il semble que l'on dispose de moins d'éléments quantitatifs sur le degré d'inégalité face à d'autres déterminants immédiats de la santé. La prévalence de l'allaitement au sein est souvent plus élevée parmi les groupes socio-économiques inférieurs (48), mais cela ne semble pas être vrai des autres déterminants immédiats de la santé des enfants. Les niveaux de consommation d'alcool sont plus élevés parmi les groupes socio-économiques défavorisés dans plusieurs pays d'Europe orientale, en Finlande et en France (73). Le tabagisme et la mauvaise alimentation semblent se concentrer parmi les groupes socio-économiques défavorisés aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe septentrionale, mais non en Europe méridionale et en France (73). Parmi les populations noires d'Afrique du Sud, le tabagisme est positivement associé

à la condition socio-économique, alors que c'est l'inverse parmi les populations blanches (74).

Rôle des déterminants immédiats dans les inégalités

Savoir seulement que la distribution de tel ou tel déterminant immédiat défavorise les pauvres ne nous dit pas dans quelle mesure cette inégalité explique les inégalités face à la santé. Le rôle qu'un déterminant immédiat particulier joue dans l'inégalité face à la santé dépend, d'une part, de sa répartition à travers les groupes socio-économiques et, d'autre part, de son impact sur la santé (52). L'étude de l'Administration centrale portant sur les fonctionnaires britanniques a évalué la contribution relative des inégalités dans les différents déterminants immédiats de la santé aux inégalités face à la santé. North et al. (75) ont tenté d'expliquer la forte relation inverse entre le grade hiérarchique et l'absence pour maladie. Plusieurs facteurs de risque ont été recensés et notamment des comportements liés à la santé, des caractéristiques de travail, des faibles niveaux de satisfaction professionnelle et des situations sociales défavorable hors du travail. Grâce à des méthodes de standardisation, on a montré que les inégalités dans ces facteurs de risque n'intervenaient que dans un tiers environ des différences de ce genre d'absence selon les grades. Marmot et al. (76) ont entrepris le même genre d'étude en s'attachant aux cardiopathies coronariennes.

Causes des inégalités face à la santé : les déterminants initiaux

Pourquoi existe-t-il des inégalités dans les déterminants immédiats de la santé? La Figure 2 montre les influences des ressources du ménage, des facteurs communautaires et des déterminants du système de santé. Dans chacun de ces déterminants initiaux de la santé (57, 77, 78), les pauvres tendent à être défavorisés.

Comment les déterminants initiaux varient-ils d'un groupe socio-économique à l'autre?

Le patrimoine et les revenus, dont les inégalités varient beaucoup selon les pays (79), constituent un élément fondamental des ressources des ménages. Dans les pays en développement, toutes choses demeurant égales par ailleurs, les revenus plus élevés sont associés à une utilisation plus fréquente et plus intensive des services de santé du secteur public comme du secteur privé (67) ; au recours à des fournisseurs de soins modernes plutôt qu'à des tradipraticiens (67) ; ainsi qu'au nombre d'enfants qu'une femme met au monde et à l'âge auquel elle a le premier. La plupart des pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants s'améliorent à mesure que les revenus augmentent, de même que les pratiques d'hygiène (lavage des mains et élimination des selles, par exemple). Le patrimoine intellectuel (savoir, alphabétisme et instruction), dont les niveaux tendent à être plus bas chez les pauvres (39, 80), a aussi une influence sur les décisions des ménages quant aux déterminants immédiats de la santé. L'instruction, notamment celle des femmes, est étroitement liée à de nombreux comportements et choix propices à une bonne santé, même en tenant compte du revenu (77). Ce ne sont pas seulement les niveaux de ces variables

qui importent, mais aussi leur répartition à l'intérieur du ménage, et notamment entre l'homme et la femme. Si la femme n'a guère la maîtrise des ressources du ménage, ce qui semble particulièrement fréquent dans les milieux pauvres, les résultats sanitaires s'en ressentent souvent, qu'il s'agisse d'elle-même ou de sa famille (7).

Facteurs communautaires

S'agissant des facteurs communautaires, il est important d'envisager les influences géographiques et écologiques. En effet, il est relativement difficile de se rendre à un centre de santé si les routes qui y mènent ne sont pas carrossables pendant la saison des pluies. L'environnement compte également. Les bonnes pratiques d'hygiène sont relativement difficiles à respecter là où les conditions locales d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont mauvaises. Les communautés ont souvent des valeurs et des normes communes qui, par la pression des pairs, contribuent beaucoup à modeler les comportements en matière de santé (81). Au niveau de la communauté comme au niveau du ménage, les pauvres risquent d'être désavantagés. C'est ainsi qu'ils risquent davantage d'habiter dans des endroits écartés. En outre, dans les collectivités pauvres, les pressions sociales parmi les adolescents ont tendance à être les plus fortes et les attitudes vis-à-vis des femmes les moins favorables à l'obtention de bons résultats sanitaires (81).

On possède un bon nombre d'éléments d'appréciation concernant les incidences des déterminants des systèmes de santé sur les résultats sanitaires ainsi que sur l'utilisation des services. La disponibilité, que l'on peut définir d'après les effectifs des formations sanitaires locales, apparaît souvent comme un important déterminant de l'utilisation des services ainsi que des résultats sanitaires (82-84). L'accessibilité, c'est-à-dire la facilité avec laquelle on a accès aux formations sanitaires, a également son importance. A cet égard, la durée du trajet est importante : elle dépend de la distance à parcourir, du réseau de transport, de l'infrastructure routière et de facteurs géographiques. La distance est la variable la plus fréquemment rencontrée dans les études empiriques portant sur l'utilisation et son impact est souvent sensible (82, 85-88). Des tarifs plus élevés tendent à réduire, ou tout au moins à retarder l'utilisation, notamment parmi les pauvres, à moins qu'ils ne s'accompagnent d'un relèvement de la qualité du service (89, 90). L'existence d'une assurance tend à accroître l'utilisation des services de santé (91, 92). La qualité, ou, plus exactement, la façon dont elle est perçue, augmente également la demande de services de santé (82, 88, 89, 93). Dans tous ces domaines, les pauvres sont désavantagés. Pour eux, le trajet jusqu'aux formations sanitaires tend à être plus long (93) et à prendre plus de temps (67). La qualité des soins, entendue dans sens large incluant le service et les commodités ainsi que la qualité technique, tend aussi à être relativement basse dans les formations sanitaires accueillant des pauvres (87). Les pauvres, qui sont les utilisateurs de services de santé les plus sensibles au prix, paient souvent le prix fort en ce sens qu'ils ont moins de chances d'être couverts par une assurance, qu'elle soit privée (91) ou publique (94). Cette tendance est parfois compensée par des formules d'exonération, encore qu'en pratique cela ait souvent pour effet d'exonérer les quasi-pauvres plutôt que les pauvres (90, 94, 95).

Rôle des déterminants initiaux dans les inégalités

Comme pour les déterminants immédiats de la santé, le simple fait de savoir que la distribution de tel ou tel déterminant initial défavorise les pauvres n'indique pas le degré d'importance de cette inégalité en tant qu'élément d'explication des inégalités face à la santé. La méthode utilisée dans l'étude de l'Administration centrale du Royaume-Uni (75) offre un exemple de moyen possible d'examiner cette question. On peut aussi recourir à l'analyse de décomposition, en reliant les inégalités dans les différents déterminants de la santé, grâce à un modèle de régression des déterminants de la santé, à une mesure des inégalités face à la santé (52).

On s'est servi de cette méthode aux Philippines pour élucider les causes initiales des inégalités en matière de survie de l'enfant dans l'île de Cebu (96). Plusieurs déterminants importants de la survie de l'enfant ont été recensés et notamment le niveau d'instruction de la mère, le revenu du ménage, la couverture par l'assurance maladie, l'alimentation en eau potable, les conditions d'assainissement, le temps de trajet ou la distance jusqu'aux différentes formations sanitaires, la dotation en personnel des services locaux de soins primaires, et la disponibilité des principaux médicaments au niveau local. Du point de vue de sa contribution aux inégalités de survie entre enfants pauvres et non pauvres, le revenu était le déterminant le plus important. Les inégalités de niveau d'instruction des mères se sont également révélées importantes. Les inégalités d'accès aux services de santé étaient relativement faibles, si bien que, même s'il s'avérait qu'elles influaient fortement sur les perspectives moyennes de survie de l'enfant, elles ne permettaient pas d'expliquer les différences de survie entre enfants pauvres et non pauvres. La même méthode a été utilisée pour examiner les causes de l'accroissement des inégalités en matière de nutrition au Viet Nam pendant la période 1993–1998 (52) ainsi que celles des inégalités en matière d'état de santé auto-évalué chez des personnes de 33 ans, au Royaume-Uni (97). Dans ces deux dernières études, comme à Cebu, les inégalités dans les variables au niveau de l'individu (par exemple : niveau d'instruction) et du ménage (par exemple : revenu, logement, alimentation en eau potable et assainissement) ont contribué ensemble, pour une bonne part, à l'inégalité face à la santé.

Pauvreté et paiement des soins

En plus du souci qu'ils ont d'améliorer la santé des pauvres, les responsables du développement international se préoccupent aussi de l'incidence du coût des soins et des pertes de revenu sur la capacité des ménages d'acheter autre chose que des soins. Autrement dit, outre le désir de faire en sorte que la santé s'améliore, notamment parmi les pauvres, il y a celui d'y parvenir sans susciter pour autant une baisse excessive du niveau de vie des ménages en cause.

Ces préoccupations peuvent s'interpréter de différentes façons (21). L'une d'elles est que la répartition du coût des soins ne doit pas être telle qu'elle accroisse encore l'inégalité des revenus. Les paiements dégressifs, c'est-à-dire ceux qui, au titre du prépaiement, absorbent une part plus grande du

revenu d'un ménage pauvre que celle d'un ménage riche, violent ce principe. Les paiements directs de soins sont dégressifs dans la plupart des pays de l'OCDE (98, 99) ainsi que dans certains pays en développement dont le Bangladesh rural (100), le Burkina Faso (101), la Chine (102), le Paraguay (101), la Sierra Leone (103) et la Thaïlande (104). Dans plusieurs pays en développement, ils sont soit proportionnels au revenu, comme c'est le cas au Viet Nam (21, 105), soit progressifs, comme en Afrique du Sud (101), au Guatemala (101), en Inde (72), au Mexique (106), au Népal (107). Dans le premier groupe de pays, les pauvres utilisent manifestement les services mais y laissent une bonne part de leur revenu, alors que, dans le dernier groupe, ce sont essentiellement les plus riches qui utilisent les services de santé mais qui les financent également. En s'inquiétant de la dégressivité des paiements directs, on oublie qu'elle peut être compensée, tout au moins en partie, par une progressivité des prépaiements, c'est-à-dire des impôts, des cotisations d'assurance sociale et des primes d'assurance privée. Dans beaucoup de pays de l'OCDE, la progressivité de ces paiements indirects suffit largement, en réalité, à compenser la dégressivité des paiements directs (98).

Une deuxième interprétation de ces préoccupations relatives au coût des soins consiste à dire que les ménages ne doivent pas être contraints de dépenser plus d'un certain pourcentage de leur revenu en frais de santé, toute somme dépassant ce seuil étant considérée comme catastrophique (21). Dans plusieurs pays, plus de 1 % de tous les ménages ont consacré ces derniers temps la moitié ou plus de leurs dépenses extra-alimentaires à se faire soigner (24). Dans une autre étude récente, on a exploré la tendance aux dépenses de santé catastrophiques au Viet Nam et l'on s'est aperçu que, quelle que soit la ligne de séparation et que l'on calcule le montant des dépenses en fonction du total de celles-ci ou des seules dépenses extra-alimentaires, la proportion de la population engageant des dépenses catastrophiques a diminué entre 1993 et 1998 (21).

Une troisième interprétation consiste à dire que les dépenses de santé ne doivent pas conduire les ménages à la pauvreté ou les rendre plus pauvres encore. L'impact de la pauvreté peut se mesurer d'après l'évolution de l'effectif des pauvres (c'est-à-dire de la proportion de la population vivant dans la pauvreté), ou de l'écart de pauvreté (c'est-à-dire du déficit moyen par rapport au seuil de pauvreté) provoqué par le paiement des frais de santé (21). Avec l'écart de pauvreté, il est possible de différencier, d'une part, les pauvres qui deviennent encore plus pauvres et, d'autre part, les non-pauvres qui deviennent pauvres. Des calculs de ce genre incitent à penser que le paiement direct de soins hospitaliers pourrait avoir accru le chiffre des pauvres de 2 % en Inde (72) et que, pour un seuil de pauvreté basé sur l'alimentation, la dépense de santé globale au Viet Nam pourrait avoir augmenté l'effectif des pauvres de 4,4 % en 1993 et de 3,4 % en 1998 (21). Au Viet Nam, l'impact sur l'écart de pauvreté était bien plus faible que l'impact sur l'effectif des pauvres (respectivement 1,4 % et 0,8 % en 1993 et 1998) et les trois quarts de cet impact étaient imputables à des pauvres devenant encore plus pauvres. Dans ce pays, c'étaient des dépenses extra-hospitalières qui expliquaient l'essentiel de l'impact des paiements directs sur la pauvreté.

Inégalités dans le secteur de la santé et politique des pouvoirs publics

Etudes sommaires sur les effets des politiques

A l'occasion d'une étude comparée portant sur neuf pays de l'OCDE, on s'est aperçu que l'inégalité en matière d'état de santé auto-évalué n'était pas nettement fonction de la dépense totale de soins par habitant, du pourcentage de dépenses publiques ou du produit intérieur brut par habitant, mais qu'elle était positivement et nettement associée à l'inégalité de revenus (36). Toutefois, dans une autre étude pour laquelle on s'était servi de données agrégées et d'une méthode de décomposition, il est apparu que les dépenses publiques de santé avaient un plus fort impact sur la mortalité infanto-juvénile chez les pauvres que chez les non-pauvres, contribuant ainsi à réduire l'inégalité face à la santé (108). Dans une autre étude comparée, on a observé que les différences entre pays de l'OCDE quant à l'ampleur de l'inégalité et de l'inéquité en matière de recours aux soins s'expliquaient, en partie, par des différences dans la façon dont pauvres et plus riches faisaient pour payer les redevances, plutôt que par des différences dans l'étendue de la couverture de l'assurance (63). Cette étude a également relevé des signes tendant à montrer que la répartition de l'utilisation parmi les groupes de revenus rendait compte de certaines caractéristiques du système de prestation des soins comme, par exemple, la façon dont certains prestataires étaient payés et d'autres pas, ou encore le passage obligé par un omnipraticien à l'entrée du système. Dans une autre étude sur des pays de l'OCDE, on a observé que la progressivité des paiements, directs et indirects, trahit le montage financier du système. En effet, dans les systèmes fiscalisés, les paiements ont tendance à être grosso modo proportionnels au revenu ; dans les systèmes d'assurance sociale, ils tendent à être, au pire, légèrement dégressifs bien qu'il leur arrive d'être proportionnels voire légèrement progressifs ; et dans les systèmes où prédomine le financement privé, ils tendent à être dégressifs (98).

Les effets des programmes spécifiques

Yip et Berman (109) ont examiné les inégalités entre pauvres et plus riches en matière de couverture par l'assurance au titre du Programme égyptien d'assurance-maladie en milieu scolaire (PAMS). Ils ont également exploité les différences exogènes en matière de couverture par l'assurance pour évaluer l'impact du programme sur la distribution de l'utilisation des services ainsi que des paiements directs. Bien que le PAMS ait vocation à couvrir tous les enfants scolarisés, c'est-à-dire les 6 à 18 ans, certains d'entre eux n'étaient toujours pas assurés à l'époque de l'étude. Ceux-là servirent de groupe témoin, mais les auteurs utilisèrent une analyse de régression pour tenir compte d'autres différences entre enfants assurés et non assurés. La couverture par le PAMS s'élevait avec le revenu, surtout parce que les enfants plus pauvres avaient moins de chances d'être scolarisés, mais aussi parce que les enfants scolarisés non encore assurés risquaient davantage d'être pauvres. La couverture par le PAMS augmentait la probabilité d'une visite auprès d'un prestataire de soins, et cela pour tous les groupes de revenus, mais l'impact était particulièrement grand parmi les enfants du quintile des plus pauvres. La couverture par le PAMS aboutissait à de moindres paiements directs pour tous les groupes de revenus, mais l'impact était

beaucoup plus faible dans les quintiles des plus pauvres et des plus riches que dans le milieu de l'éventail des revenus.

Victora et al. (48) ont présenté des observations sur le programme de santé maternelle et infantile de Ceará (Brésil) qui visait expressément à réduire les inégalités face à la santé. De très sensibles améliorations ont été constatées dans les niveaux moyens d'utilisation des services et dans les résultats obtenus à la suite du lancement du programme. Toutefois, s'il s'est produit une réduction des inégalités en matière de couverture vaccinale, de surveillance du poids et de recours à la réhydratation par voie orale, l'inégalité entre enfants pauvres et plus riches s'est accusée pour chacun des trois résultats étudiés. Les auteurs ont également examiné l'impact conjugué d'un ensemble d'initiatives lancées dans la ville de Pelotas (Brésil). Parmi celles-ci figuraient une forte augmentation du nombre des formations sanitaires publiques de première ligne, la création de trois unités de soins néonataux et une hausse générale des dépenses publiques de prévention et de traitement des maladies. Pendant la période étudiée, les proportions de femmes enceintes bénéficiant de soins prénataux et d'enfants ayant reçu trois doses de vaccin DTC au cours de leur première année ont augmenté, alors que les inégalités en matière d'utilisation de ces services ont diminué. En outre, les baisses des taux moyens de mortalité et de malnutrition infantiles ont été accompagnées de réductions des inégalités dans ces résultats.

Les études avant/après effectuées avec des groupes témoins, qui constituent un moyen plus efficace de juger de l'impact d'un programme que les simples études avant/après, sont relativement rares dans ce domaine. L'une d'elles a été celle de Bhuiya et al. (110) qui ont examiné l'impact sur les différentiels de mortalité des enfants de 1 à 5 ans d'un programme de santé maternelle et infantile mené par le Centre international du Bangladesh pour les maladies diarrhéiques. Dans certains secteurs non couverts par le programme, constituant le groupe témoin, seul les services de santé publics étaient offerts, alors que, dans d'autres, une organisation non gouvernementale (le BRAC, ex-Comité pour le Développement rural du Bangladesh) menait une action de développement économique qui s'ajoutait à la fourniture de services de santé publics. Le programme du BRAC visait à atténuer la pauvreté tout en assurant la promotion de la femme et la plupart de ses activités, qui consistaient notamment à fournir des soins essentiels, ciblaient les femmes pauvres. Pendant la période étudiée, les taux de mortalité infanto-juvénile ont baissé d'un peu plus de 40 % dans les deux secteurs, la baisse étant marginalement plus élevée dans le secteur témoin. Toutefois, la baisse se produisait assez diversement selon les groupes de revenus. Dans le secteur témoin, le plus fort pourcentage de baisse s'observait dans le groupe le plus riche, alors que, dans le secteur du programme de santé maternelle et infantile, les plus fortes réductions se situaient dans le groupe le plus pauvre.

Diop et al. ont effectué une comparaison avant/après de deux districts du Niger où des réformes de financement ont été engagées au début des années 1990 (111). Avant le début de l'étude, la disponibilité des médicaments a été améliorée, des personnels de santé ont été formés et le potentiel d'encadrement et de gestion a été renforcé. Dans le district de Say, un système de redevances a été mis en place, prévoyant des exonérations pour certaines catégories. Le produit de ces redevances était retenu au niveau du district afin de financer

l'achat de produits pharmaceutiques et la constitution d'une caisse de solidarité. Dans le district de Boboye, les redevances ont été réduites mais on a institué une taxe locale dont le produit était affecté au fonds de santé du district. Enfin, dans le district d'Illéla, qui a servi de témoin, le statu quo a été maintenu. Dans la couche la plus pauvre des populations d'Illéla et de Say, l'utilisation des services de santé publics a baissé pendant la période étudiée. Cette baisse a été plus forte à Say, où des redevances étaient exigées, et la baisse de fréquentation y a été proportionnellement plus forte dans la couche la plus pauvre que dans l'ensemble de la population. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, la baisse d'utilisation dans la couche la plus pauvre n'a pas été statistiquement significative. En revanche, l'utilisation a doublé dans la couche la plus pauvre de la population de Boboye, où s'appliquait la formule « redevance et taxe ». Cette évolution était non seulement statistiquement significative, mais aussi beaucoup plus grande que celle de l'ensemble de la population du district.

Conclusion

Trois points méritent d'être soulignés. Premièrement, on sait beaucoup de choses de l'ampleur des inégalités face à la santé entre pauvres et non-pauvres dans les pays en développement, et l'on a une certaine connaissance des inégalités en matière de déterminants de la santé. Le plus frappant, à cet égard, est l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de soins financés par l'Etat d'atteindre les pauvres dans tous les pays en développement, question qui mérite que les gouvernements et les organismes d'aide y réfléchissent sérieusement.

Deuxièmement, on sait trop peu de choses de l'importance relative des inégalités en matière de déterminants de la santé et d'utilisation des services de santé. Ce que l'on sait incite à penser que les inégalités face à la santé, et très vraisemblablement en matière d'utilisation des services, traduit des inégalités dans des variables qui interviennent aux niveaux

des individus et des ménages, telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement. Cela tend à montrer que les politiques qui s'attaquent aux inégalités dans le secteur de la santé devraient viser à réduire à la fois les inégalités sur le plan de la qualité et de la disponibilité des services de santé, par exemple (du côté de l'offre), et les inégalités en matière de revenu, de savoir (notamment dans le domaine de la santé), d'accessibilité des services de santé, d'alimentation en eau potable, de conditions d'assainissement, etc. (du côté de la demande). Il faut que les ministères de la santé collaborent plus étroitement avec d'autres ministères, mais aussi qu'ils prennent un peu plus de hauteur, par exemple en étudiant d'autres méthodes de prestation des soins permettant d'atteindre les pauvres et en trouvant de meilleurs moyens d'enrichir la connaissance que les pauvres ont des comportements propices à la santé.

Troisièmement, on n'en sait pas assez de l'impact des programmes et des politiques axés sur les inégalités dans le secteur de la santé. Nous en savons sans aucun doute trop peu sur les meilleurs moyens d'atteindre les pauvres. Pour combler cette lacune, davantage de travaux s'imposent dans le droit-fil des études dont il vient d'être question sur les inégalités dans le secteur de la santé et la politique des pouvoirs publics. ■

Remerciements

Je tiens à remercier M. George Alleyne de m'avoir invité à rédiger le présent article pour la Commission Macroéconomie et Santé ainsi que mes co-rédacteurs du chapitre sur le thème santé, nutrition et population du livre de la Banque mondiale intitulé *Poverty reduction strategy sourcebook*, dont je me suis inspiré. Je suis également reconnaissant envers deux arbitres scientifiques anonymes et les rédacteurs du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* des utiles observations qu'ils ont formulées sur une précédente version de l'article.

Conflit d'intérêts : aucun déclaré.

Bibliographie

1. Banque mondiale. *Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*. Luxembourg, Communautés européennes, 1998.
2. Bloom D, Sachs J. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brookings Papers on Economic Activity* 1998;2:207-95.
3. Eastwood R, Lipton M. The impact of changes in human fertility on poverty. *Journal of Development Studies* 1999;36:1-30.
4. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S. *Voices of the poor : can anyone hear us?* New York : Oxford University Press ; 2000.
5. Pritchett L, Summers LH. Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources* 1996;31:841-68.
6. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001: Combattre la pauvreté*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001.
7. Claeson M, Griffin CG, Johnston TA, McLachlan M, Soucat ALB, Wagstaff A, et al. Santé. In : *Stratégies de Réduction de la Pauvreté. Recueil de références*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001.
8. Banque mondiale. *Health, nutrition and population sector strategy*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 1997.
9. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 - Pour un réel changement*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1999.
10. Department for International Development. *Better health for poor people*. London : Department for International Development ; 1999.
11. Banque mondiale. *Qu'est-ce que la Banque mondiale?* Washington (DC) : Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : www.banque mondiale.org/apropos/questceque/.
12. Department for International Development. *Eliminating world poverty : a challenge for the 21st century*. London : The Stationery Office ; 1997. Livre blanc sur le développement international.
13. Sen A. *Development as freedom*. New York : Knopf ; 1999.
14. Department of Health. *Tackling health inequalities : consultation on a plan for delivery*. London : Department of Health ; 2001.
15. Le Grand J. Equity, health and health care. *Social Justice Research* 1987;1:257-74.
16. Alleyne GAO, Casas J, Castillo-Salgado C. Equality, equity : why bother? *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:76-7.
17. Wagstaff A. Economics, health and development : some ethical dilemmas facing the World Bank and the international community. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:262-7.
18. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Introduction. In : Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health : from ethics to action*. Oxford : Oxford University Press ; 2001.

19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22:429–45.
20. Braveman P, Starfield B, Geiger H. World health report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ* 2001;323:678–80.
21. Wagstaff A, van Doorslaer E. *Paying for health care : quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Viet Nam 1993–98*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Policy Research Working Paper No. 2715.
22. Organisation de Coopération et de Développement économiques. *La réforme des systèmes de santé : Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Paris : Organisation de Coopération et de Développement économiques ; 1992.
23. Murray C, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K. *Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000. GPE Discussion Paper No. 24.
24. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un service de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000.
25. Smith J. Healthy bodies and thick wallets : the dual relation between health and socioeconomic status. *Journal of Economic Perspectives* 1999;13:145–66.
26. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine* 1991;33:545–57.
27. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health : measurement, computation and statistical inference. *Journal of Econometrics* 1997;77:87–104.
28. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health : an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine* 1997;44:757–71.
29. Drever F, Whitehead M. *Health inequalities : decennial supplement*. London : The Stationery Office ; 1997. Series DS No. 15.
30. Fox J. *Health inequalities in European countries*. Aldershot : Gower ; 1989.
31. Kunst AE, Geurts JJ, van den Berg J. International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:117–23.
32. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhouf F, Geurts JJM, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997;349:1655–9.
33. Marmot M, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387–93.
34. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in health : the Black report*. Harmondsworth : Penguin ; 1982.
35. Vagero D, Erikson R. *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. *Lancet* 1997;350:516–17.
36. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Caonge S, Gertham U-G, Gerfin M, et al. Income-related inequalities in health : some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1997;16:93–112.
37. Whitehead M. William Farr's legacy to the study of health inequalities. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:86–7.
38. Bonilla-Chacin M, Hammer J. *Life and death among the poorest*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 1999. Document non publié.
39. Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Pande R, Wagstaff A. *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2000. Health, Nutrition and Population Discussion Paper.
40. Wagstaff A, Watanabe N. *Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2000. Policy Research Working Paper No. 2434.
41. Wagstaff A. Inégalités socio-économiques et mortalité de l'enfant : comparaison dans neuf pays en développement. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2000;3:18–28.
42. Filmer D. *Malaria among the poor and less poor in sub-Saharan Africa*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Document non publié.
43. Baker J, van der Gaag J. Equity in health care and health care financing : Evidence from five developing countries. In : Van Doorslaer E, Wagstaff E, Rutten F. *Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective*. Oxford : Oxford University Press ; 1993.
44. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective*. Oxford : Oxford University Press ; 1993.
45. Wagstaff A. *Poverty and health*. Boston (MA) : WHO Commission on Macroeconomics and Health ; 2001. Working Group No.1, Working Paper No. 5.
46. Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. In : Fox J. *Health inequalities in European countries*. Aldershot : Gower ; 1989. pp. 199–230.
47. Wagstaff A. *Inequalities in health in developing countries : swimming against the tide?* Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Policy Research Working Paper.
48. Victora C, Barros F, Vaughan J, Silva A, Tomasi E. Explaining trends in inequities : evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000;356:1093–8.
49. Wagstaff A, Nguyen N. *Poverty and survival prospects of Vietnamese children under Doi Moi*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Policy Research Working Paper.
50. Stecklov G, Bommier A, Boerma T. *Trends in equity in child survival in developing countries : an illustrative analysis using Ugandan data*. Chapel Hill (NC) : Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill ; 1999. Document non publié.
51. Vega J, Hollstein R, Delgado I, Perez K, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile : socioeconomic differentials and mortality in a middle-income nation. In : Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequalities in health : from ethics to action*. Oxford : Oxford University Press ; 2001.
52. Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. *On decomposing the causes of health sector inequalities, with an application to malnutrition inequalities in Viet Nam*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Policy Research Working Paper No. 2714.
53. Graham H. The challenge of health inequalities. In : Graham H. *Understanding health inequalities*. Buckingham and Philadelphia (PA) : Open University Press ; 2000.
54. Propper C, Upward R. Need, equity and the NHS : the distribution of health care expenditure 1974–87. *Fiscal Studies* 1992;13:1–21.
55. Schalick LM, Hadden WC, Pamuk E, Navarro V, Pappas G. The widening gap in death rates among income groups in the United States from 1967 to 1986. *International Journal of Health Services* 2000;30:13–26.
56. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine* 1993;329:103–9.
57. Mosley W, and Chen L. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review* 1984;10:25–45.
58. Grossman M. *The demand for health : a theoretical and empirical investigation*. New York : National Bureau of Economic Research ; 1972.
59. Organisation mondiale de la Santé. *CHD 1996–1997 report*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1998. document non publié WHO/CHD/98.5.
60. Le Grand J. The distribution of public expenditure : the case of health care. *Economica* 1978;45:125–42.
61. Le Grand J. *The strategy of equality : redistribution and the social services*. London and Boston (MA) : Allen and Unwin ; 1982.
62. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Calonge S, Christiansen T, Gerfin M, Gottschalk P, et al. Equity in the delivery of health care : some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1992;11:389–411.
63. Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Gertham U-G, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 2000;19:553–84.
64. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991;10:169–205.

65. Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources* 2000;35:716–33.
66. Pande R, Yazbeck A. *What's in a country average? Income, gender, and regional inequalities in immunization in India*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Document non publié.
67. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public social spending in Africa : Do the poor benefit? *World Bank Research Observer* 1999;14:49–72.
68. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa : do the poor benefit? [Les dépenses publiques relatives aux soins de santé en Afrique : les pauvres en profitent-ils?]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:66–74 (résumé en français).
69. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. *Health policy in poor countries : weak links in the chain*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 1998. Policy Research Working Paper No.1874.
70. Sahn D, Younger S. Expenditure incidence in Africa : microeconomic evidence. *Fiscal Studies* 2000;21:329–48.
71. Yaqub S. *How equitable is public spending on health and education?* Washington (DC) : Banque mondiale ; 1999. Document de référence pour le rapport sur le développement dans le monde 2000–2001.
72. Banque mondiale. *Raising the sights : better health systems for India's poor*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001.
73. Kunst A. *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality*. The Hague : CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek ; 1997.
74. Marmot M, Mustard J. Coronary heart disease from a population perspective. In : Evans R, Barer M, Marmor T. *Why are some people healthy and others not?* New York : Aldine de Gruyter ; 1994.
75. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence : the Whitehall II study. *BMJ* 1993;306:361–6.
76. Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton P. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;32:244–9.
77. Cebu Study Team. Underlying and proximate determinants of child health : The Cebu longitudinal health and nutrition study. *American Journal of Epidemiology* 1991;133:185–201.
78. Schultz T. Studying the impact of household economic and community variables on child mortality. *Population and Development Review* 1984;10:215–35.
79. Banque mondiale. *Indicateurs du développement dans le monde 2001*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001.
80. Filmer D, Pritchett L. The effect of household wealth on educational attainment : evidence from 35 countries. *Population and Development Review* 1999;25:85–120.
81. Woolcock M, Narayan M. Social capital : implications for development theory, research and policy. *World Bank Research Observer* 2000;15:225–49.
82. Lavy V, Strauss J, Thomas D, de Vreder P. Quality of care, survival and health outcomes in Ghana. *Journal of Health Economics* 1996;15:333–57.
83. Panis C, Lillard L. Health inputs and child mortality. *Journal of Health Economics* 1994;13:455–89.
84. Rosenzweig M, Wolpin K. Governmental interventions and household behavior in a developing country : anticipating the unanticipated consequences of social programs. *Journal of Development Economics* 1982;10:209–25.
85. Benefo K, Schultz T. Fertility and child mortality in Côte d'Ivoire and Ghana. *World Bank Economic Review* 1996;10:123–58.
86. Mwabu G, Ainsworth M, Nyamete A. Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya : an empirical analysis. *Journal of Human Resources* 1993;28:838–62.
87. Thomas D, Lavy V, Strauss D. Public policy and anthropometric outcomes in the Côte d'Ivoire. *Journal of Public Economics* 1996;61:155–92.
88. Wong E, Popkin B, Guilkey D, Akin J. Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines. *Social Science and Medicine* 1987;24:927–44.
89. Alderman H, Lavy V. Household responses to public health services : cost and quality tradeoffs. *World Bank Research Observer* 1996;11:3–22.
90. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning* 1997;12:273–85.
91. Gertler P, Sturm R. Private health insurance and public expenditures in Jamaica. *Journal of Econometrics* 1997;77:237–58.
92. Schwartz J, Akin J, Popkin B. Price and income elasticities of demand for modern health care : the case of infant delivery in the Philippines. *World Bank Economic Review* 1988;2:49–76.
93. Akin J, Hutchinson P. Health care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy and Planning* 1999;14:135–51.
94. Banque mondiale, Agence suédoise de coopération pour le développement international, Agence australienne de Développement international, Ambassade royale des Pays-Bas, Ministère de la Santé du Viet Nam. *Growing healthy : a review of Viet Nam's health sector*. Hanoi : Banque mondiale ; 2001.
95. Leighton C, Diop F. *Protection of the poor under cost recovery*. Bethesda (MD) : Abt Associates ; 1999. Document non publié.
96. Wagstaff A. *Unpacking the causes of inequalities in child survival : the case of Cebu, the Philippines*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2000. Document non publié.
97. Wagstaff A, Paci P, Joshi H. *Inequalities in health : Who you are? Where you live? Or who your parents were? Evidence from a cohort of British 33-year-olds*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2001. Policy Research Working Paper No.2713.
98. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Berg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G. Equity in the finance of health care : some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 1999;18:263–90.
99. Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Berg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291–314.
100. Sen B. *Health and poverty in the context of country development strategy : a case study on Bangladesh*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1997. Macroeconomics and Health Development Series No. 26. Document non publié WHO/ICO/MESD.26.
101. Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L, et al. Inequalities in health care use and expenditures : empirical data from eight developing countries and countries in transition [Inégalités de l'utilisation des prestations de santé et des dépenses de santé : données empiriques recueillies dans huit pays en développement ou en transition]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:55–65 (résumé en français).
102. Gao J, Tang S, Tolhurst R, Rao K. Changing access to health services in urban China : implications for equity. *Health Policy and Planning* 2001;16:302–12.
103. Fabricant SJ, Kamara CW, Mills A. Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management* 1999;14:179–99.
104. Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more : health-related inequality in Thailand. *Social Science and Medicine* 1997;44:1781–90.
105. Wagstaff A. *Measuring equity in health care financing : reflections on and alternatives to WHO's fairness of financing index*. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2000. Policy Research Working Paper No. 2550.
106. Parker S, Pier E. Mexico. In : Greene E, Zevallos J, Suarez R. *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Washington (DC) : Organisation panaméricaine de la santé/Banque mondiale ; 1999.
107. Hotchkiss DR, Rous JJ, Karmacharya K, Sangraula P. Household health expenditures in Nepal : implications for health care financing reform. *Health Policy and Planning* 1998;13:371–83.
108. Bidani B, Ravallion M. Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics* 1997;77:125–39.
109. Yip W, Berman P. Targeted health insurance in a low income country and its impact on access and equity in access : Egypt's school health insurance. *Health Economics* 2001;10:207–20.
110. Bhuiya A, Chowdhury M, Ahmed F, Adams A. Bangladesh : an intervention study of factors underlying increasing equity in child survival. In : Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health : from ethics to action*. Oxford : Oxford University Press ; 2001.
111. Diop F, Yazbeck A, Bitran R. The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning* 1995;10:223–40.