

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

**Mesurer l'inégalité, juger de l'équité:
survol des méthodes d'évaluation des
effets distributifs des politiques et
programmes de santé**



**Slim Haddad,
Université de Montréal**

La commande!

- ◆ **Mesurer l'inégalité – juger de l'équité**
- ◆ **Méthodes d'évaluation des effets distributifs des politiques / programmes de santé.**
 - ◆ **Méthodes normatives pour l'analyse de la redistribution sociale**
 - ◆ **Évaluation des incidences sociales (pauvreté)**
 - ◆ **Utilisation équitable des ressources collectives**
 - ◆ **Efficacité des politiques de ciblage**
 - ◆ **Analyse d'incidences des bénéficiaires**

Sources des illustrations

- ◆ **Simulations**
- ◆ **Kerala (India) / CBMS surveys (UdeM – CDS Project)**
 - ◆ N= 3352 ménages – 17 710 ind.
- ◆ **Burkina Faso – Enquête MAPhealth**
 - ◆ N= 1602 ménages – 3 régions
- ◆ **Projet santé infantile - Etat du Ceara (Brésil)**
 - ◆ Données secondaires
Enquêtes pré – post (1987 – 1994)
- ◆ **Programme “Vaso de lecce” – Perou**
 - ◆ Tableaux extraits du rapport d'évaluation

Préambule: retour (?) sur quelques notions centrales

◆ Inégalité vs iniquité

- ◆ arrangements sociaux équitables /non équitables

◆ Égalité / équité

- ◆ horizontale
- ◆ verticale (progressivité – régressivité)

◆ Description de l'inégalité

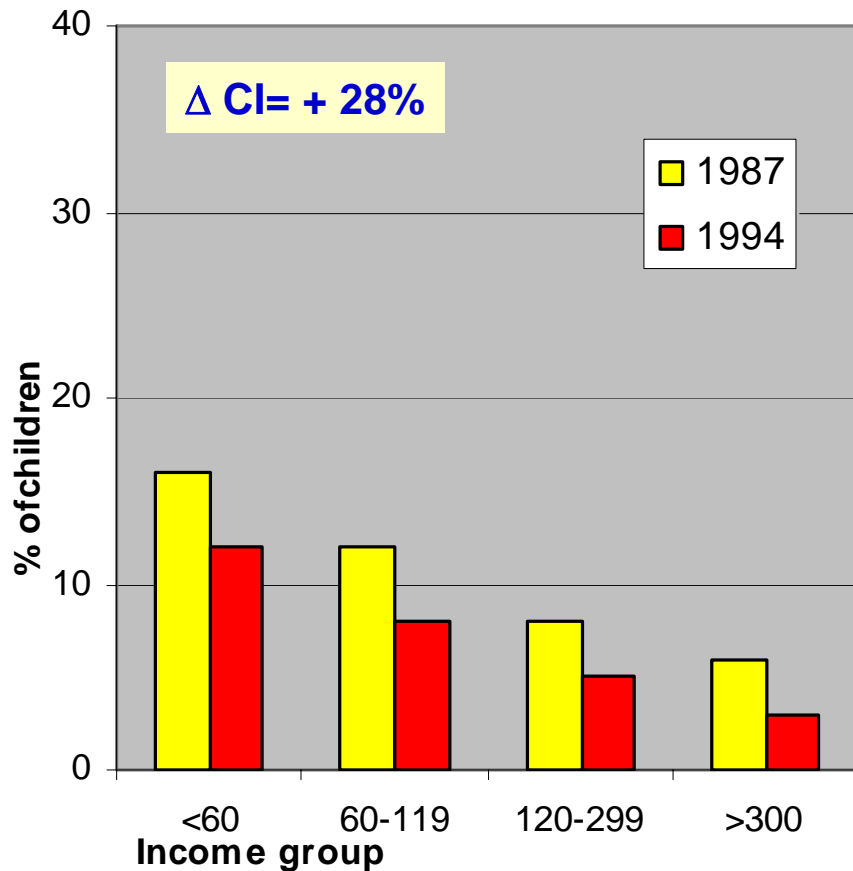
- ◆ Courbe de Lorenz – coefficient de Gini
- ◆ Courbe de concentration – coefficient de concentration
- ◆ Déviation / situation de référence: index de Kakwani et S-Gini

◆ Mesure du bien – être collectif

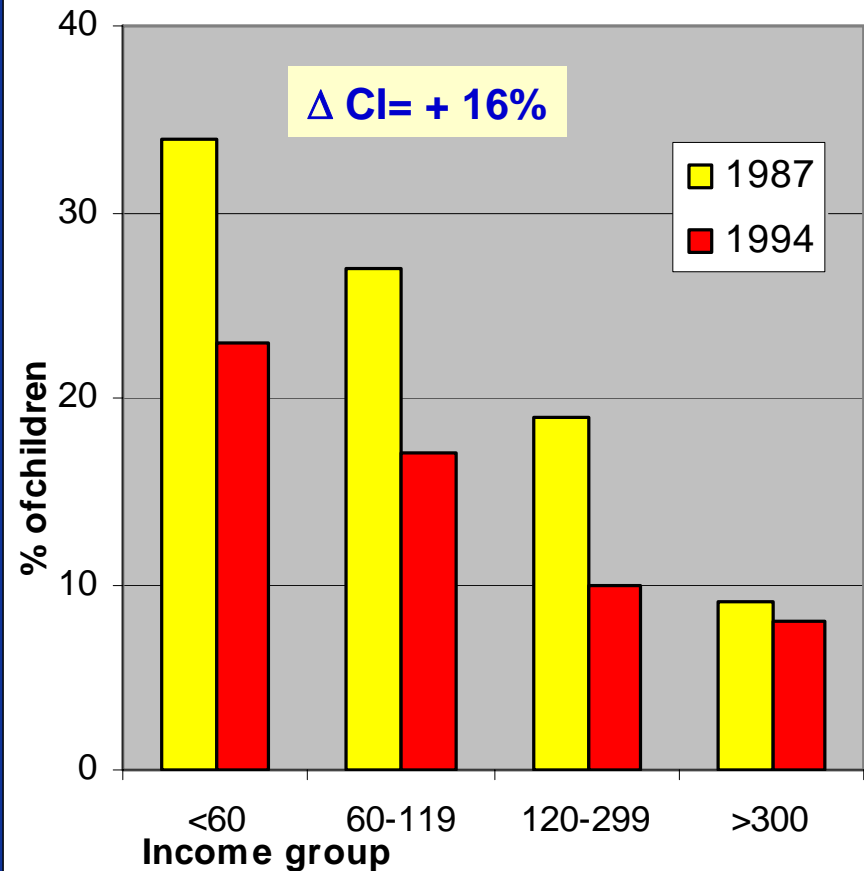
- ◆ Revenu – SSE – Pauvreté (incidence – intensité)

Inégalité et iniquité: État du Ceara, 1997-1994

Children with weigh < 2z,
Ceara State, 1987 - 1994.



Children with length < 2z,
Ceara State, 1987 - 1994.



Inégalité et iniquité

◆ De décrire et comprendre ...

- ◆ Qui reçoit quoi? De qui?
- ◆ Qui a moins/plus
- ◆ Pourquoi?

◆ ... A juger et agir?

- ◆ Que penser de ce qui se fait?
- ◆ Que faut-il faire?
- ◆ « combien » faire?

L'analyse de l'inégalité est nécessaire mais non suffisante

◆ Le positif au service du normatif:

- ◆ De l'inégalité: aux sources des conceptions communes de l'équité
- ◆ L'inégalité ne dit rien de la désirabilité sociale
- ◆ L'équité s'accommode de l'inégalité

◆ La conversion de l'inégalité en iniquité

- ◆ Base normative: rendre explicite des situations de référence « désirables »
 - ◆ Distribution de référence « souhaitée »
 - ◆ Situation de référence (ex-ante)

Équité horizontale - verticale

◆ Équité horizontale

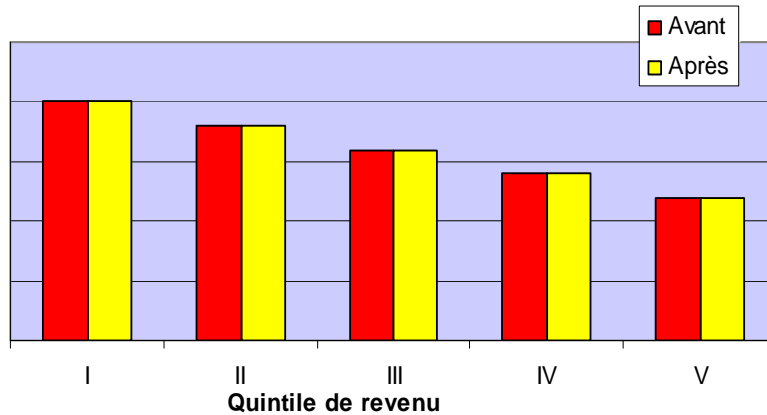
- ◆ Traitement égal des égaux

◆ Équité verticale

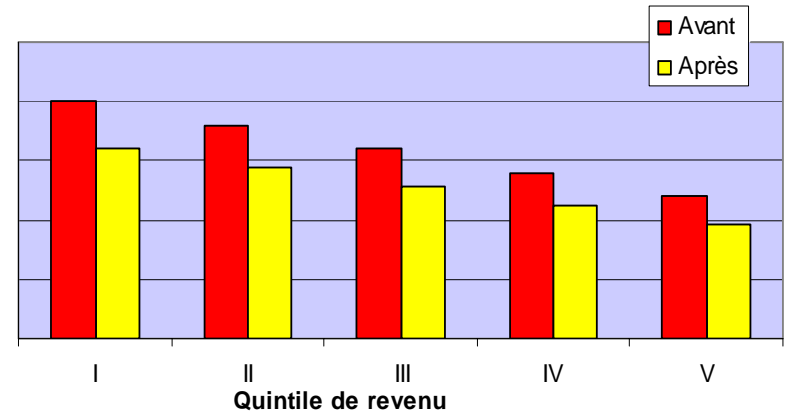
- ◆ Traitement différent des non égaux
- ◆ Le critère de proportionnalité
 - ◆ Proportionnalité – Effets progressifs / régressifs
- ◆ Indépendance besoins – efforts (\$)

Effets distributifs: modification du financement (exemple)

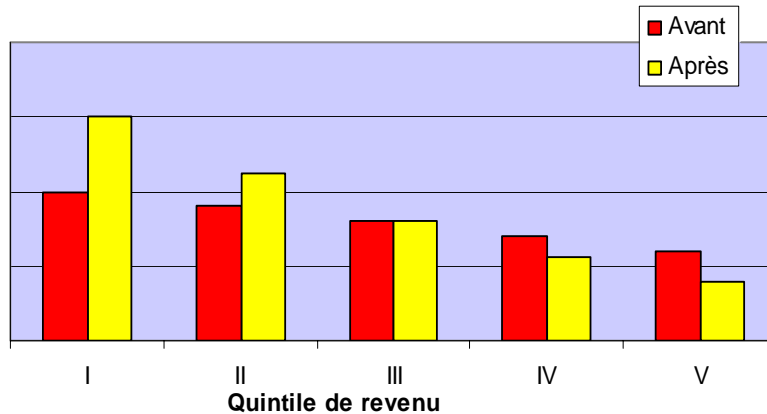
Part du revenu disponible affecté à la santé:
Absence d'effets



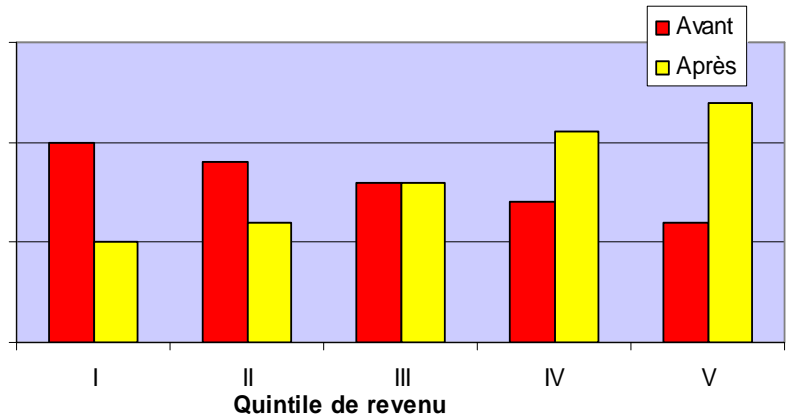
Part du revenu disponible affecté à la santé:
Effets proportionnels



Part du revenu disponible affecté à la santé:
Effets régressifs



Part du revenu disponible affecté à la santé:
Effets progressifs

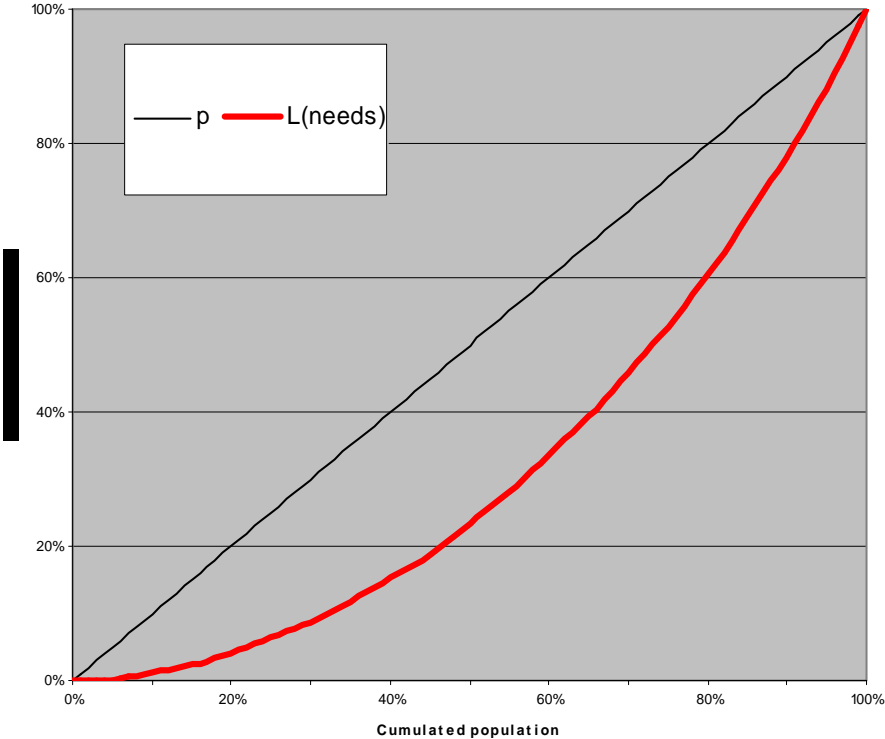


Mesurer l'inégalité

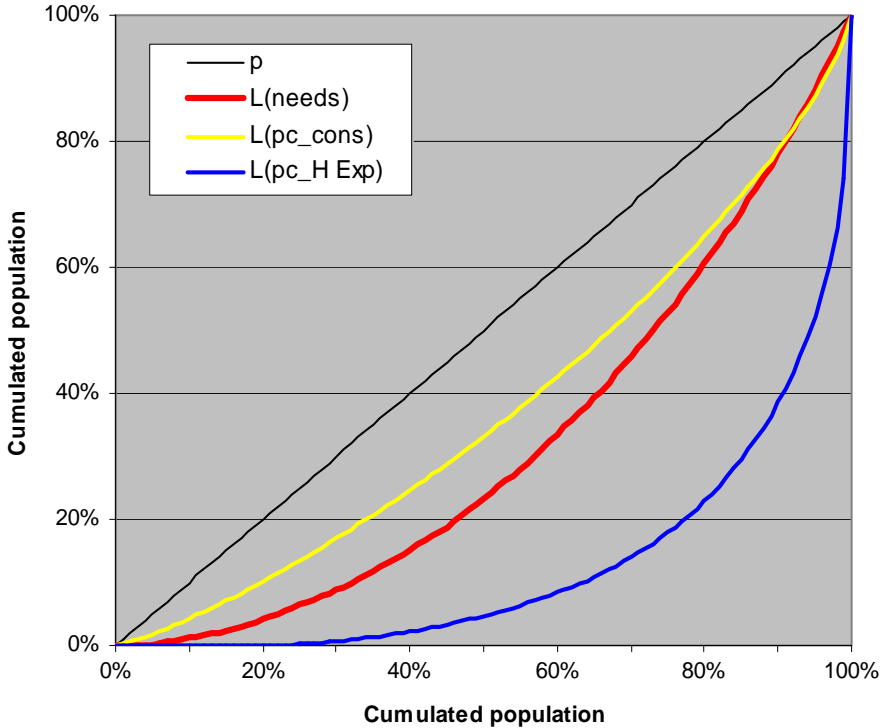
		QR	CV	Gini	Atkinson		Thiel
		(0.2 - 0.8)			e = 0.5	e = 0.8	t = 2
Household health needs	Indicator	0.286	0.643	0.364	0.136	0.300	0.206
	SE	0.077	0.008	0.040	0.004	0.010	0.005
HH health expenditures (PC)	Indicator	0.008	3.820	0.750	0.520	0.810	7.300
	SE	0.005	0.525	0.014	0.020	0.010	2.000
Income (consumption - HC_X)	Indicator	0.510	0.530	0.249	0.050	0.080	0.140
	SE	0.006	0.003	0.004	0.002	0.003	0.001

Courbes de Lorenz

Kotthattara Panchayat (2003) -
Social Inequalities

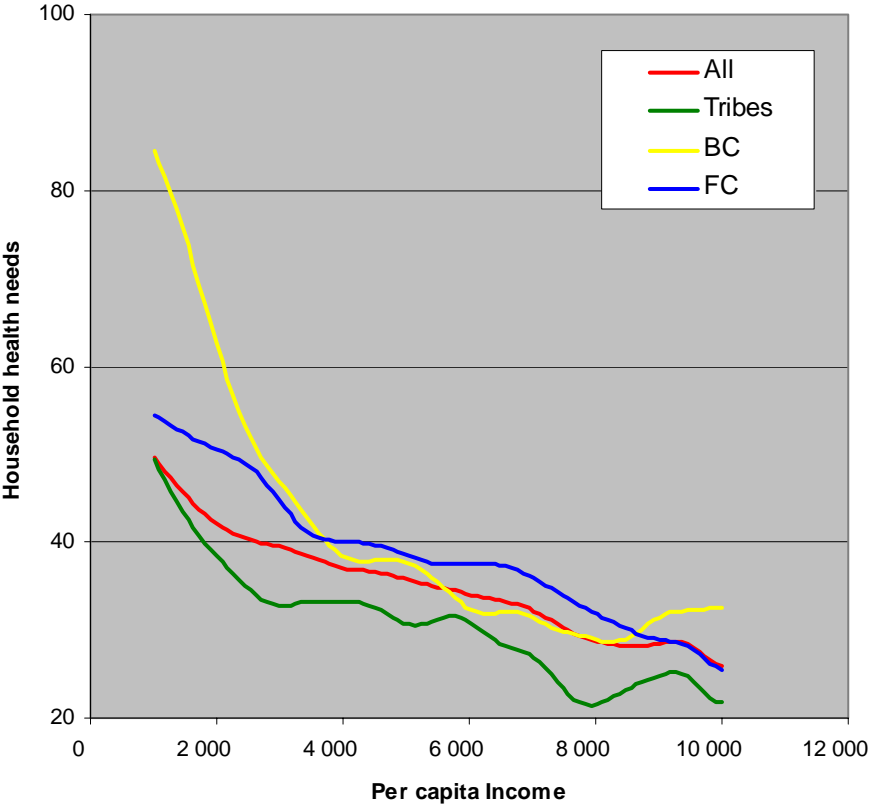


Kotthattara Panchayat (2003) -
Social Inequalities

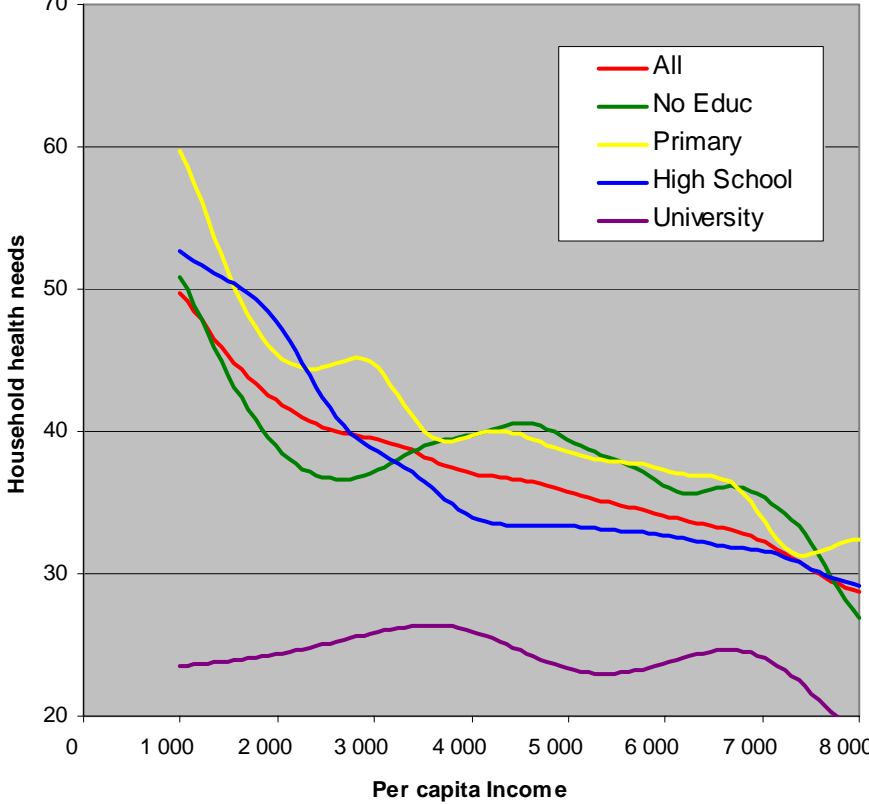


Mesurer l'inégalité socio-économique de santé

Kottathara Panchayat (2003) - N Par regression:
Needs and income across social groups

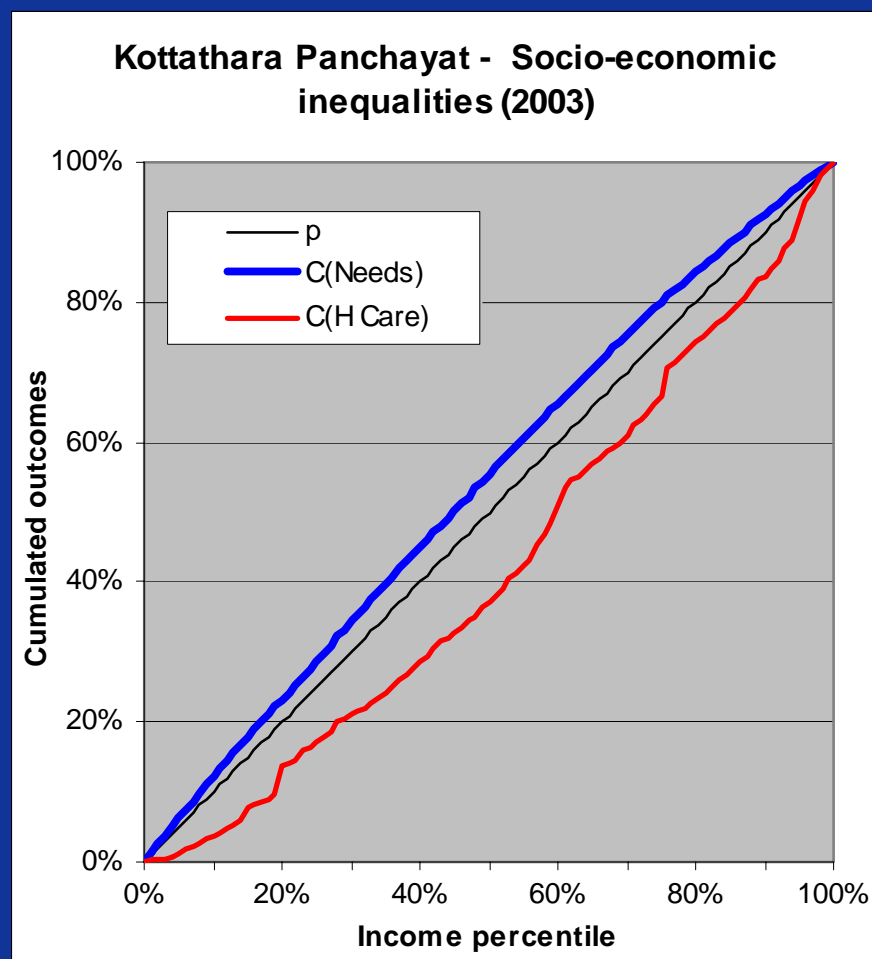


Kottathara Panchayat (2003) - N Par regression:
Needs and income by education of head



Mesurer l'inégalité socio-économique de santé (2)

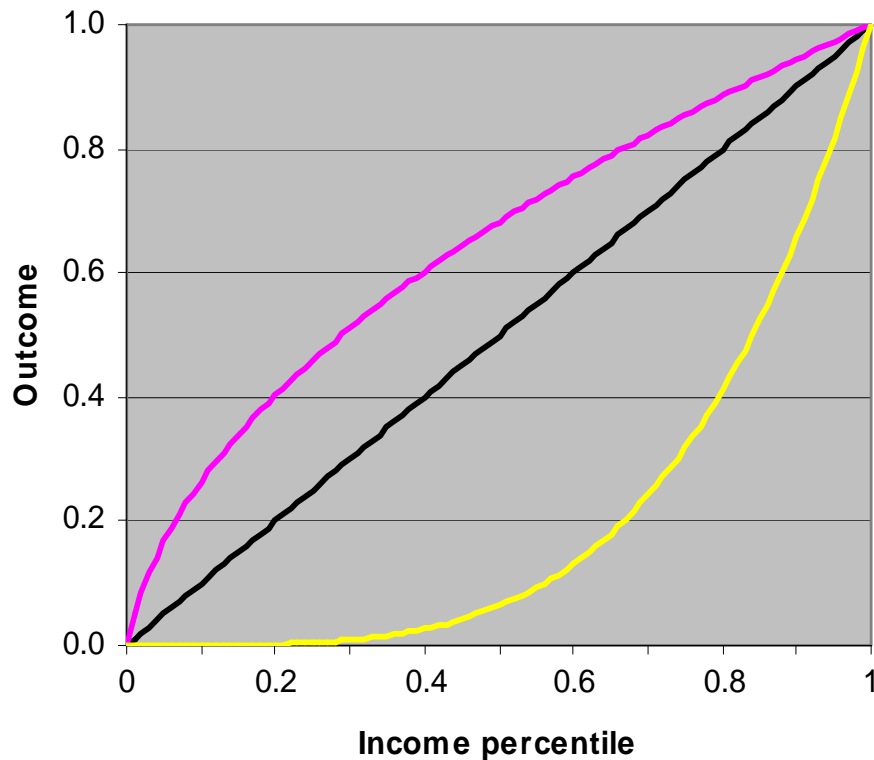
		HH health needs	pc Health Expenditures
Income Quintile	1	39.0	240
	2	36.5	260
	3	34.4	388
	4	31.6	411
	5	26.6	446
Total		33.6	349
SII			
	Estimate	-2.98	54
	SE	0.26	16
C(p)			
	Estimate	-0.076	0.157
	SE	0.006	0.038



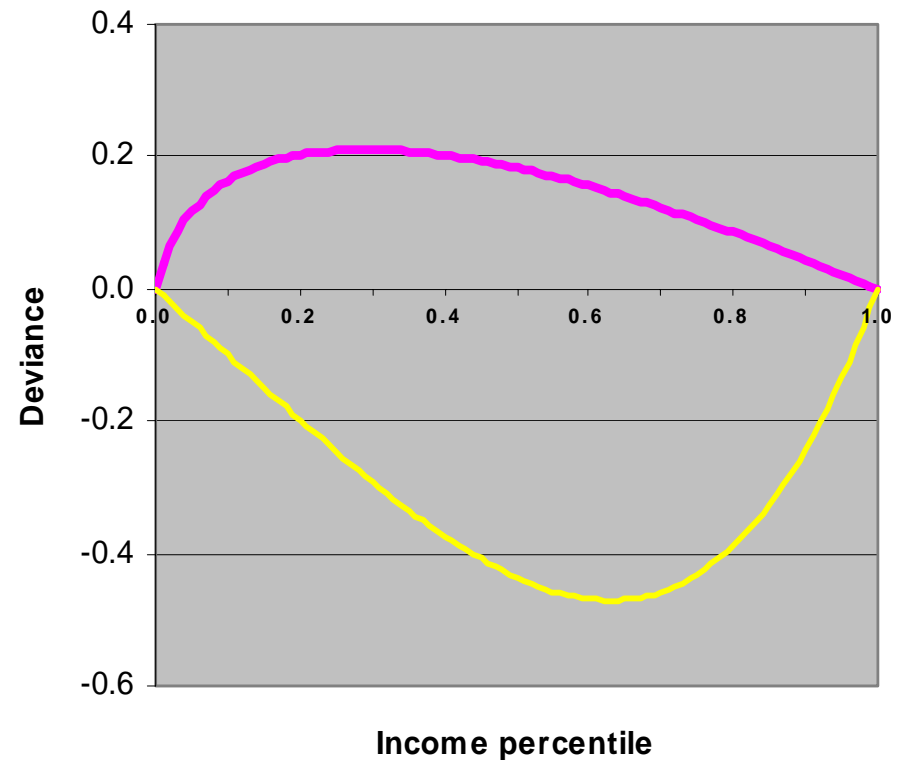
Comparer une distribution à une distribution de référence:

$$K = C(\text{obs}) - C(\text{ref}) / K = N(0, \sigma^2)$$

Concentration curves



Deviance curve: ref = diagonal



Interprétation de la courbe de déviation

1. S'il s'agit d'une grandeur positive

(santé + dépenses publiques, services ciblant les défavorisés, etc.)

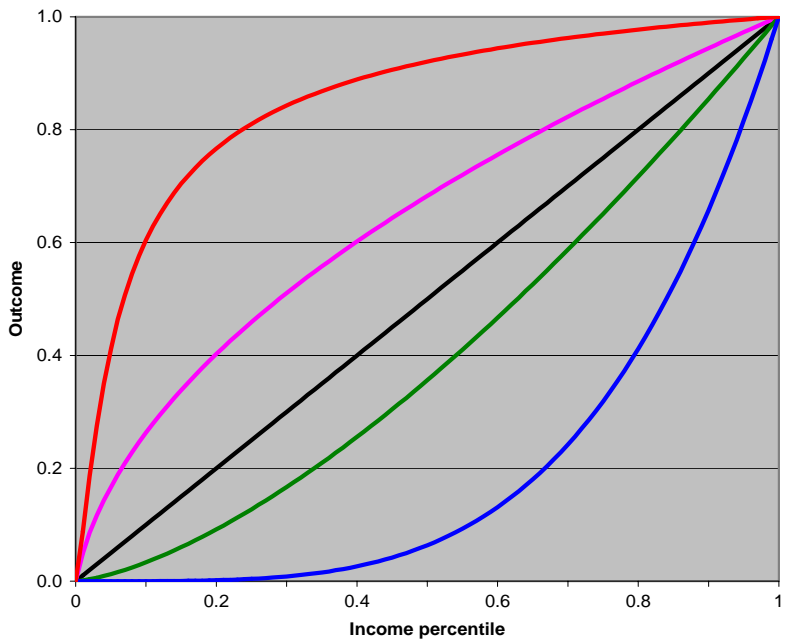
- ◆ Une courbe à l'horizontale = distribution neutre
- ◆ Une courbe sous l'horizontale = distribution favorisant les riches
- ◆ Une courbe sur l'horizontale = distribution favorisant les pauvres

2. S'il s'agit d'une grandeur négative

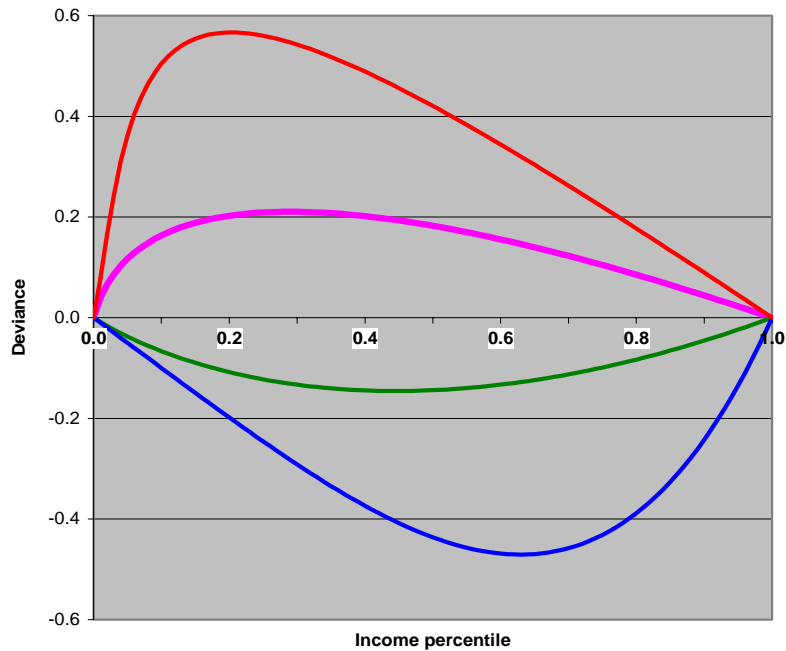
(santé -, besoin de santé, fardeau des dépenses sur les ménages)

- ◆ Une courbe à l'horizontale = distribution neutre
- ◆ Une courbe sous l'horizontale = distribution favorisant les riches
- ◆ Une courbe sur l'horizontale = distribution favorisant les pauvres

Concentration curves



Deviance curve: ref = diagonal

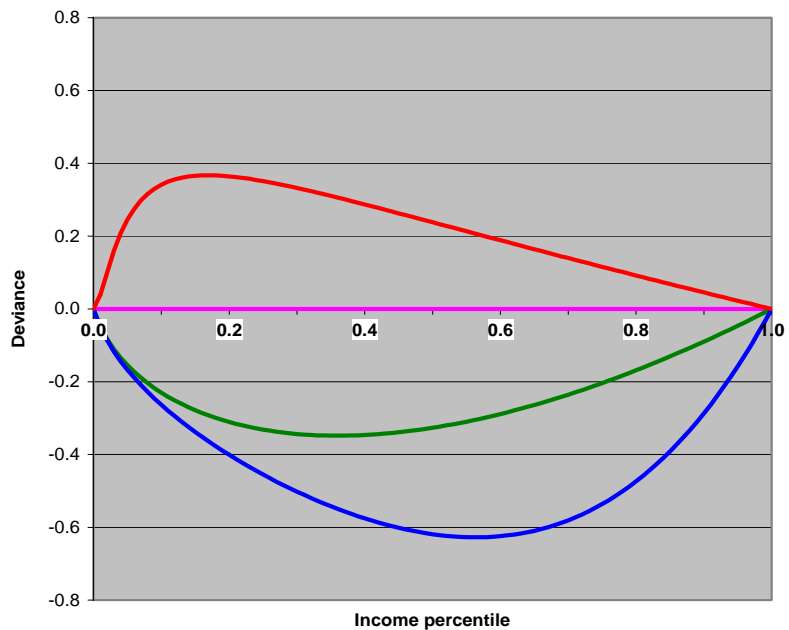


PRO RICH

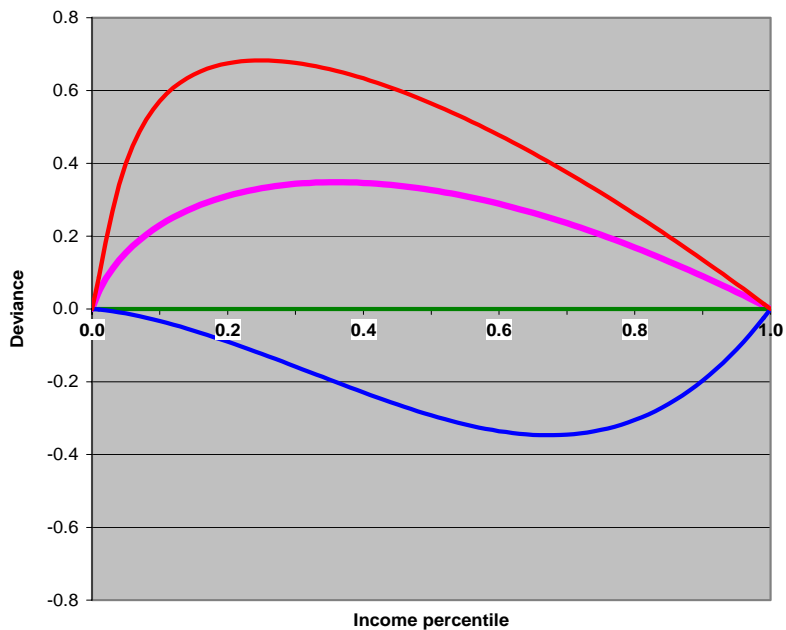
NEUTRAL

PRO POOR

Deviance curve: ref = D2 (above diagonal)



Deviance curve: Ref = D3 (Below diagonal)



PRO RICH

NEUTRAL

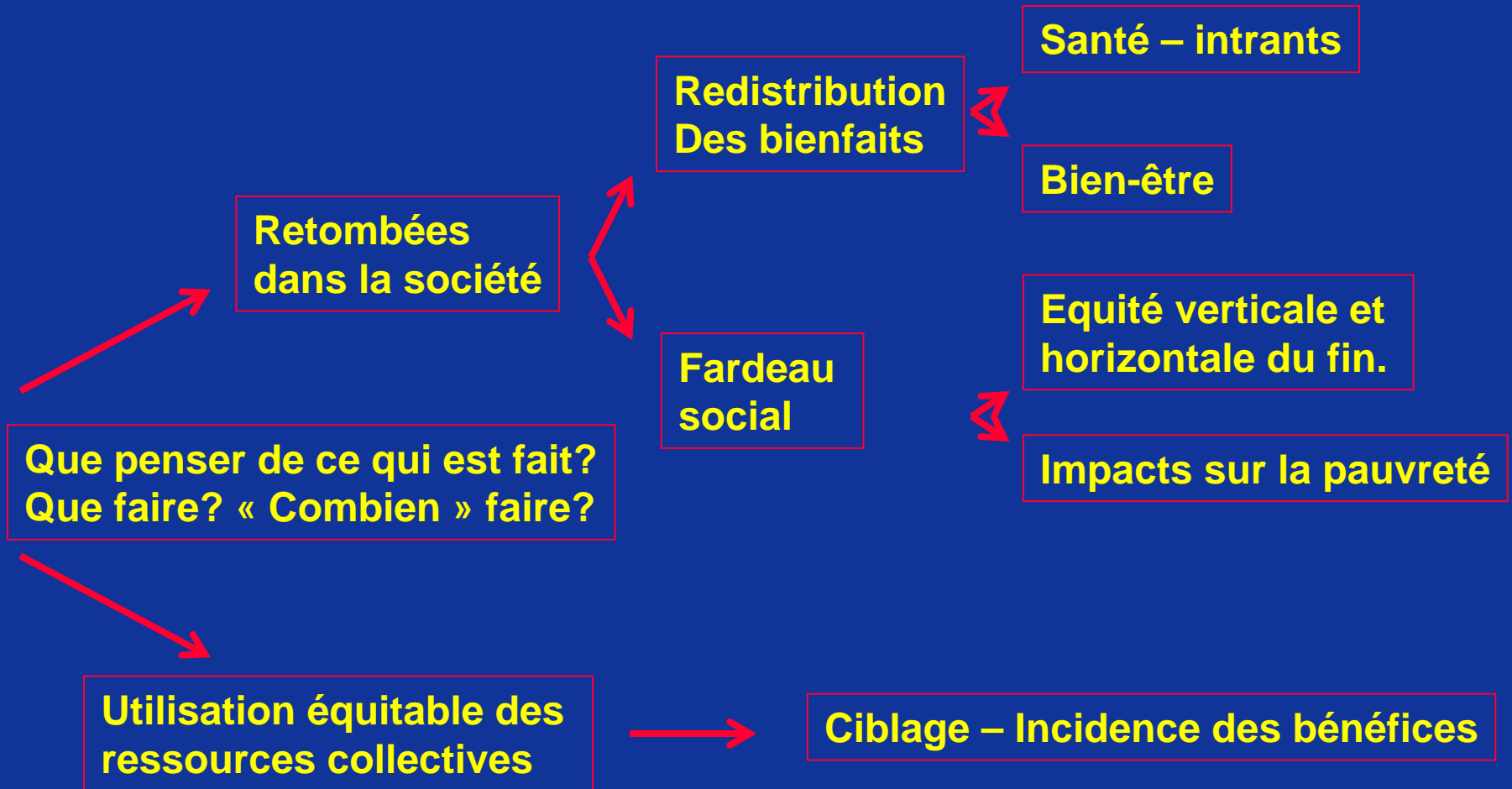
PRO POOR

Objectifs sociaux

- ◆ **Contribution à l'amélioration du sort des défavorisés**
 - ◆ **Quels retombées pour ceux qui en ont le plus besoin?**
 - ◆ **maximisation des retombées**
 - ◆ **minimisation des efforts (coûts subits)**

- ◆ **Contribution à l'objectif social de réduction des inégalités (action publique distributive)**
 - ◆ **Distribution « juste » des :**
 - ◆ **avantages: réduction des écarts de bien-être**
 - ◆ **efforts: équité du financement (fardeau des coûts)**

Méthodes d'évaluation des effets distributifs



Enjeux de l'évaluation

1. arsenal normatif limité
2. le chercheur et la définition d'une base normative
3. mesurer les bénéfices et les efforts
4. mesurer la distribution socioéconomique des bénéfices et des efforts
5. décomposer les effets distributifs

Problème #2: le chercheur et la définition d'une base normative

- ◆ Pas de critères universels pour juger du caractère juste d'une allocation ou d'un résultat.
- ◆ Très peu de projets vont pouvoir s'appuyer sur des objectifs explicites de ce type (même l'État ne se hasarde généralement pas à le faire!).
- ◆ Il va donc falloir élaborer des normes distributives de référence.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Adéquation de la distribution



Ressources - Fardeau des coûts

Opportunités de santé

Consommation

Santé – Bien être

Juger de l'adéquation: propositions de scénarios normatifs

Le Financement:

1. Équité horizontale:

- ◆ égalité du fardeau parmi les égaux:
égale distribution de XH ($0 \leq XH \leq X$)

2. Équité verticale

1. Fardeau totalement indépendant du revenu ($0 \leq XH^* \leq X$)
2. Fardeau proportionnel au revenu ($XH_i^* = p \cdot X_i$)
3. Fardeau progressif ($XH_i^* = p_{(x)} \cdot X_i$)
4. Système de financement progressif: $C_{HX} < L(x)$

Propositions de scénarios normatif

3. La consommation de services de santé

- ◆ 1. utilisation ajustée au besoin de services
 - ◆ Pour tout service k , la concentration de l'utilisation doit "coller à celle du besoin.

- ◆ 2. Variante: dépenses de santé "proxy" de la consommation
 - ◆ Si les dépenses reflètent bien les quantités:
 - ◆ une concentration plus grande des dépenses illustre un déséquilibre en faveur des riches

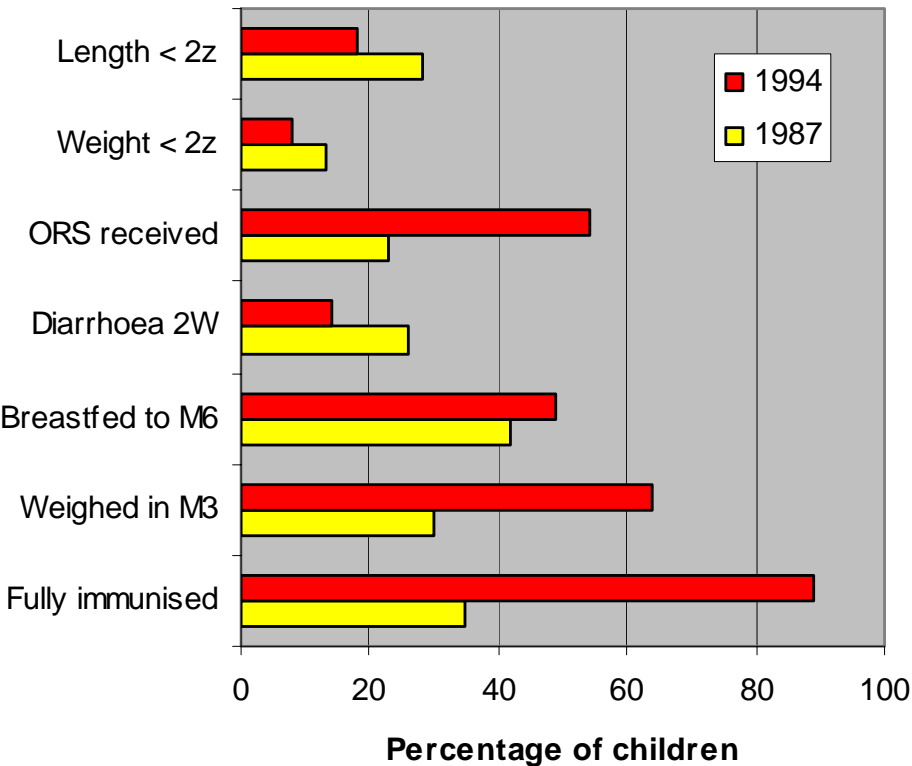
Propositions de scénarios normatif

4. La santé

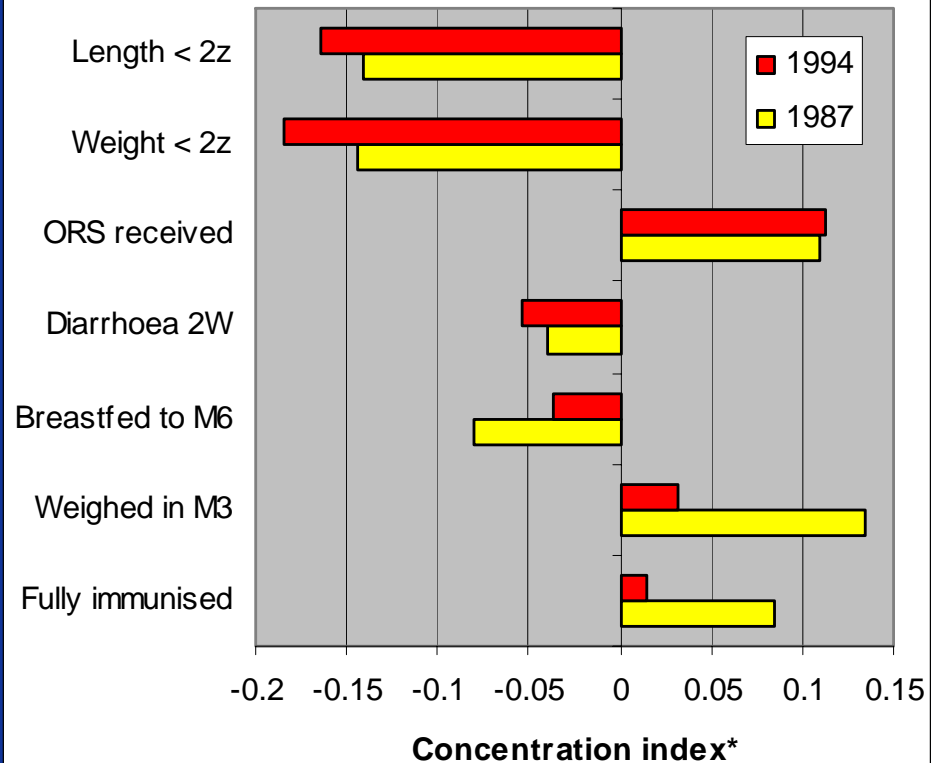
- ◆ **Juger de la distribution sur la base des déficits de santé évitables**
 - ◆ Pour toute condition de santé, éviter une “surconcentration” dans certaines catégories sociales.
 - ◆ Distribution de référence: courbe des états de santé standardisés (méthodes directes – indirectes).
- ◆ **Alternative:**
 - ◆ Le système de santé est progressif.
 - ◆ L'inégalité socio-économique de santé est moins marquée que l'inégalité de bien être.

Situations de références utilisables: Le cas du Projet santé infantile dans l'État de Ceara (Brésil)

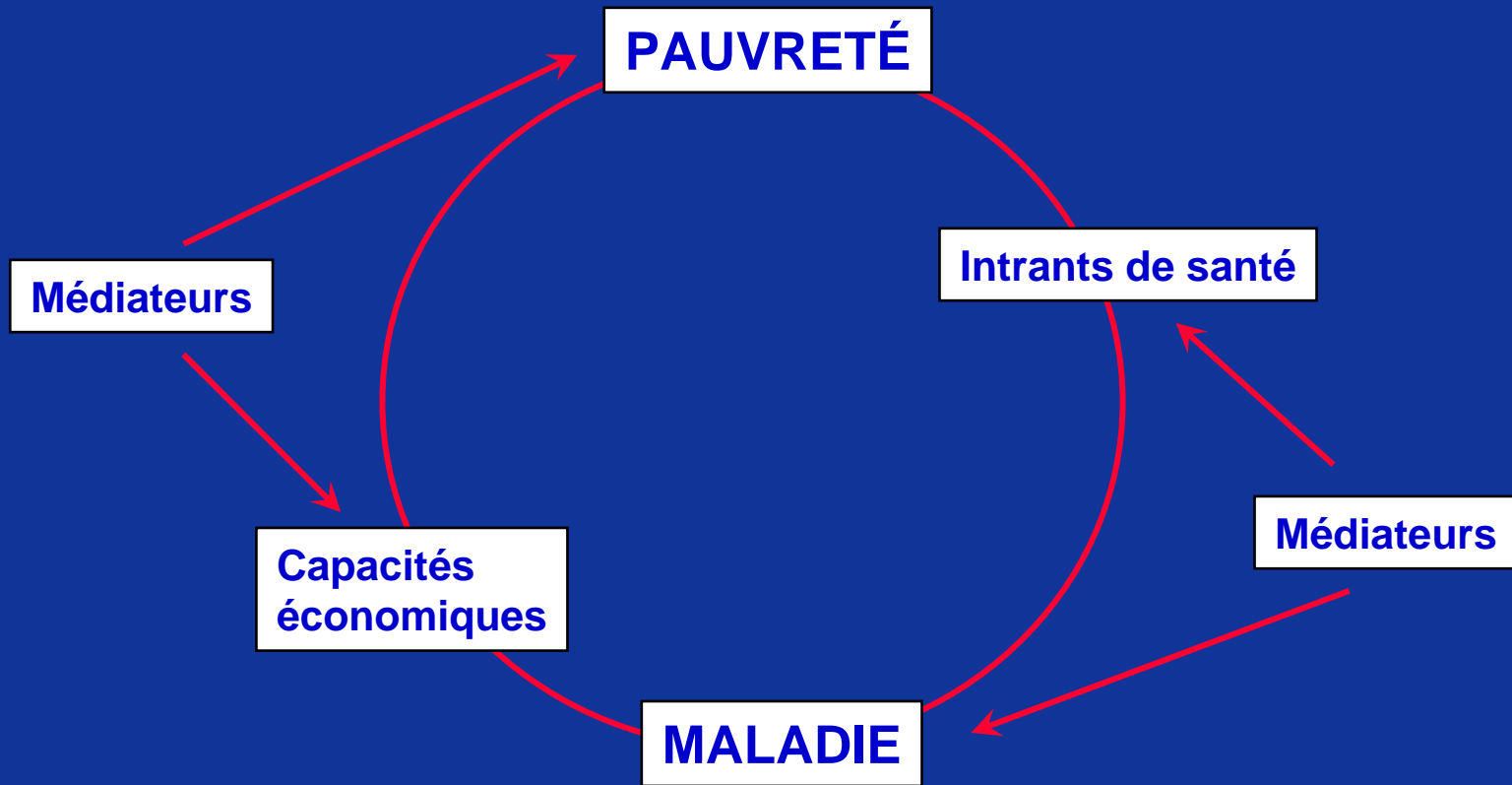
Health indicators, children < 3Y,
Ceara State, 1987 - 1994



Socioeconomic inequalities in health,
children < 3Y, Ceara State, 1987 - 1994



Le cycle pauvreté-maladie

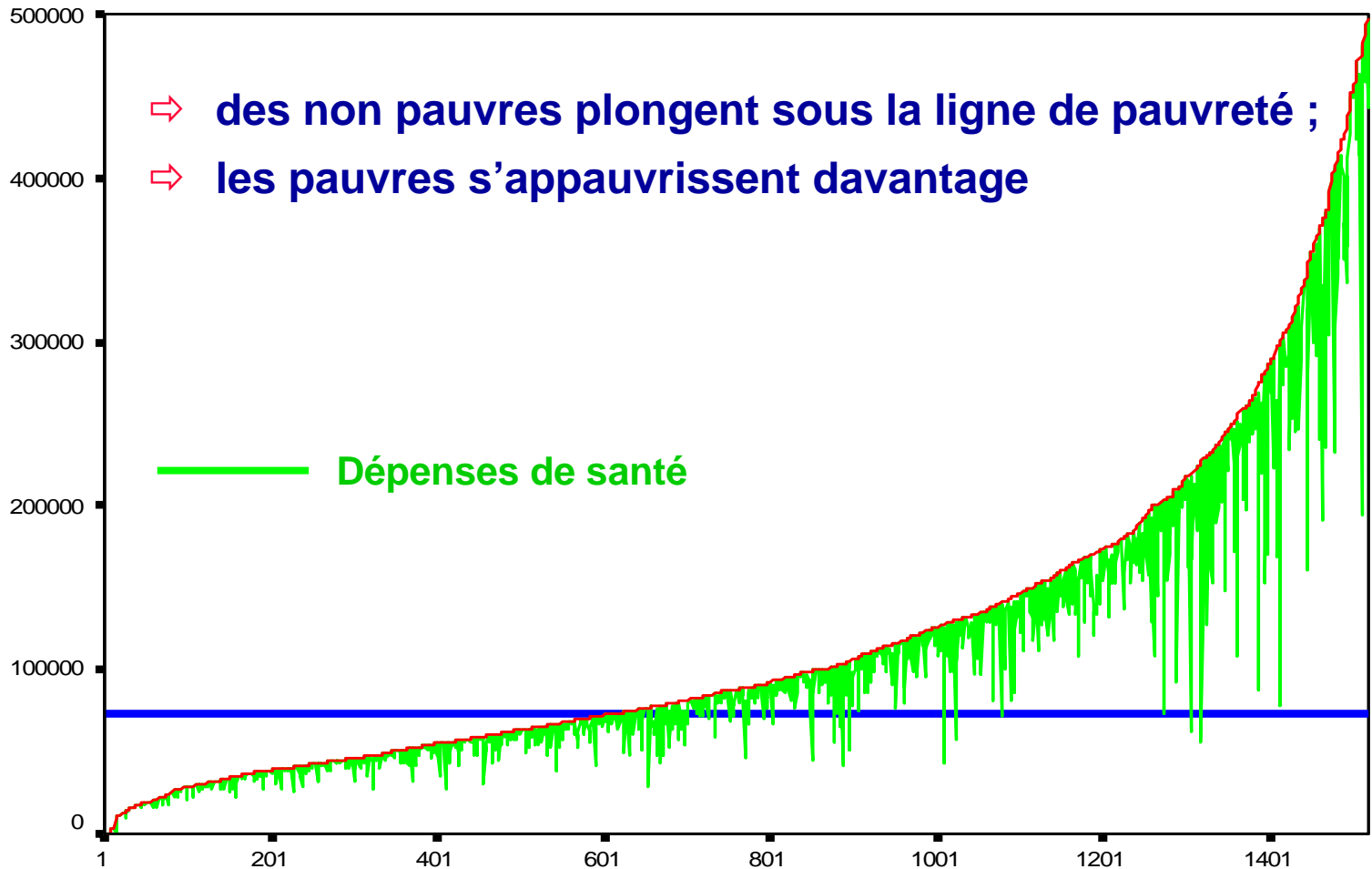


Altération des fonctions de
production - maintenance économique

Altération des fonctions de
production - maintenance de la santé

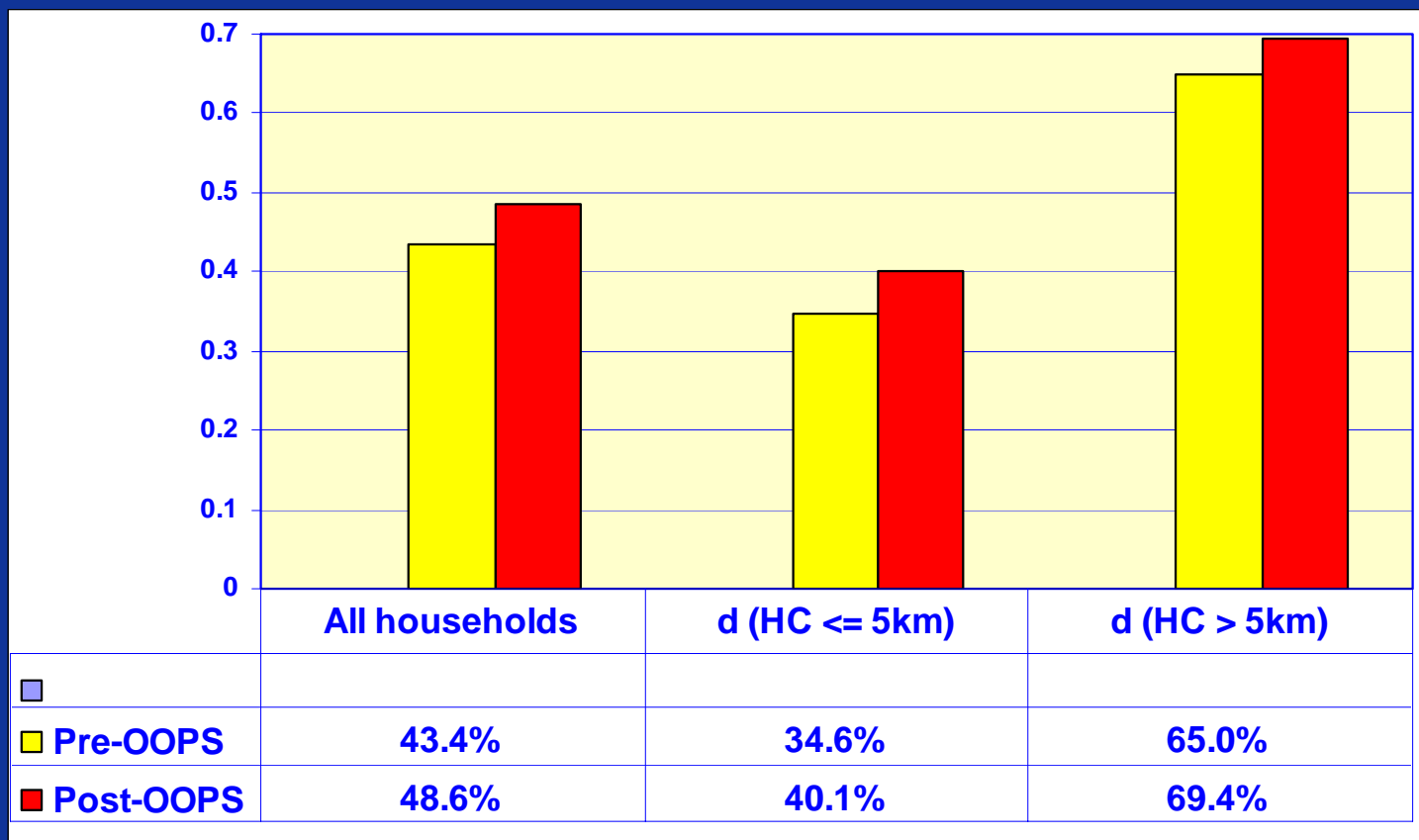
Maladie, dépenses directes de santé et appauvrissement au Burkina Faso

Revenu des ménages



Ménages rangés en fonction de leur revenu

Impact des dépenses directes de santé sur l'incidence de la pauvreté au Burkina Faso selon l'accès aux services



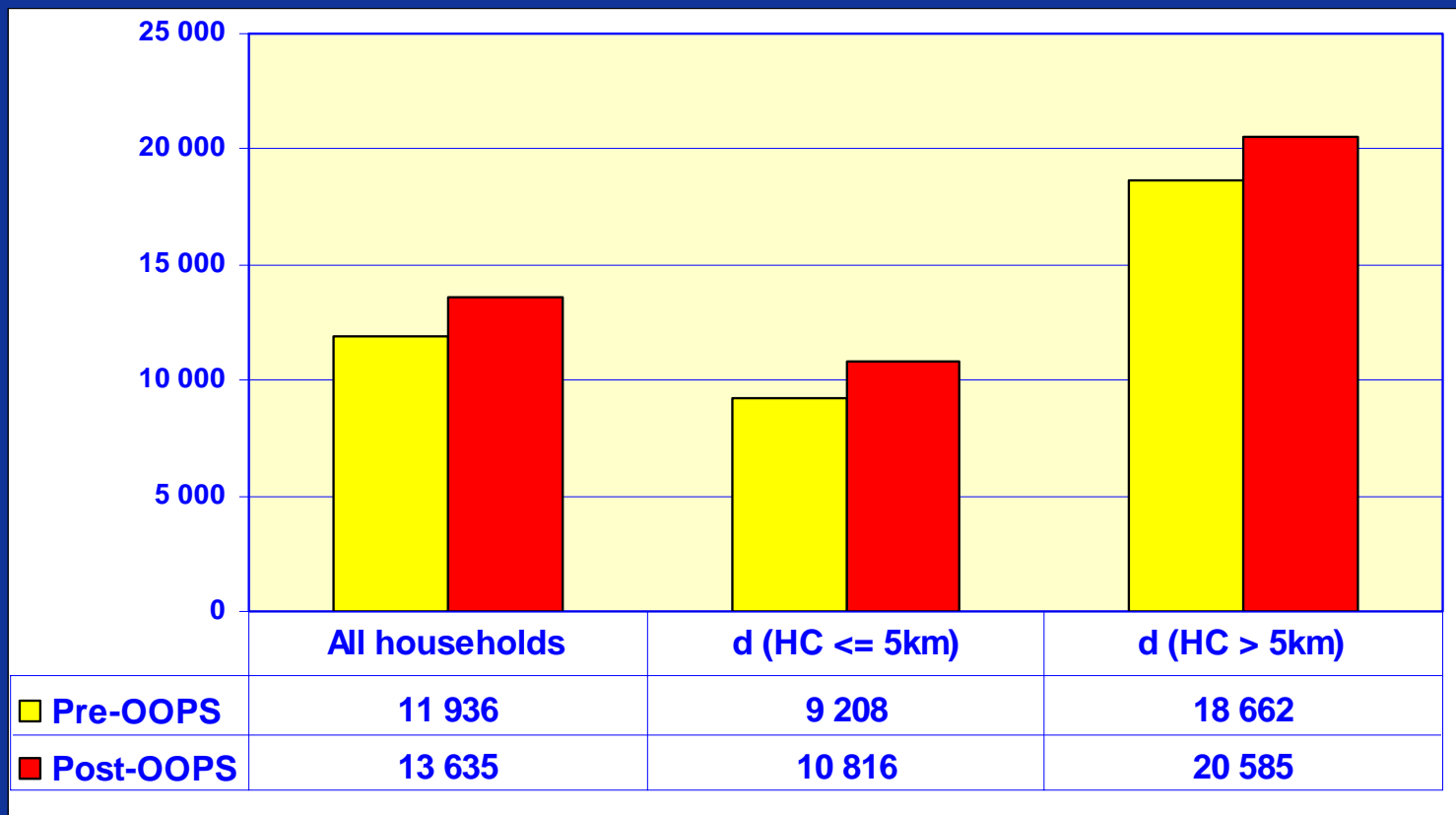
Appauvrissement
global (incidence)

+12 %

+ 16 %

+7%

Impact des dépenses directes de santé sur l'intensité de la pauvreté au Burkina Faso selon l'accès aux services



**Appauvrissement
des pauvres
(intensité)**

**+1 699
(+14) %**

**+1 608
+ 17 %**

**+1923
+ 10%**

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Utilisation équitable des ressources collectives



-
-
-
-
-
-
-
-
-

1. Efficacité des politiques de ciblage

◆ Fondement du ciblage:

◆ optimiser l'efficience allocative

- ◆ limiter le gaspillage des ressources collectives
- ◆ optimiser les chances d'atteindre les objectifs sociaux

◆ Évaluation

◆ efficacité de l'emploi des ressources:

- ◆ couverture des cibles (pauvres)?
- ◆ gaspillage (non pauvres)?

◆ Mesures de résultat:

- ◆ couverture – allocation – Retombées

Évaluation de l'efficacité du ciblage

	Pauvres	Non Pauvres	
Couverts	a	b	a + b
Non couverts	c	d	c + d
	a + c	b + d	a + b + c + d

Objectifs:

Max: couverture des pop. ciblées

Min: couverture des pop. non ciblée:

→ $T = (a / (a+c)) - (b / (b+d)) / (-1 < CT < +1)$

Exemple: le programme Vaso de Leche

- ◆ **Programme gouvernemental (Pérou)
de transferts aux municipalités**
- ◆ **Cibles:**
 - ◆ première strate: familles avec enfants de moins de 6 ans, femmes enceintes, allaitantes
 - ◆ seconde strate (éventuel): familles avec enfants de 7 à 13 ans, tuberculeux
- ◆ **Distribution de lait, substituts du lait, céréales, autres biens**

Efficacité du ciblage: Programme Vaso de Leche

Programme "Vaso de Leche": Efficacité du ciblage				
Groupe Année	% Pauvres couverts	% Non pauvres couverts	CT	pValue
Ménages avec enfants de moins de 6 ans				
1994	36.0%	12.4%	23.6%	0.001
1997	52.6%	23.5%	29.1%	0.001
2000	61.8%	27.0%	34.8%	0.001
Tous ménages				
1994	29.9%	8.3%	21.7%	0.001
1997	45.4%	16.3%	29.1%	0.001
2000	48.6%	16.8%	31.7%	0.001
Ménages avec enfants malnutris				
1994	42.5%	26.2%	16.2%	0.001
1997	63%	40%	24%	0.001

Efficacité du ciblage: Programme Vaso de Leche

Programme "Vaso de Leche": Efficacité des transferts						
Groupe Année	% des transferts alloués aux:			Transferts moyens par tête		Coefficient de transfert
	Pauvres	Non pauvres	Différence	Pauvres	Non pauvres	
Ménages avec enfants de moins de 6 ans						
1997	72.0%	28.0%	44.0%	25.3	14.70	42.10
2002	74.0%	26.0%	48.0%			
Tous ménages						
1997	63.0%	37.0%	25.0%	23.2	12.2	45.2%
2002	76.0%	24.0%	52.0%			

À qui profitent les subventions publiques ?

L'approche par « Benefit Incidence Analysis »

- ◆ **But: mesurer la répartition des bénéfices publics (subventions) entre chaque groupe social**
- ◆ **Étapes**
 1. **mesure de la valeur des contributions publiques par unité d'activité produite**
 2. **estimer les « bénéfices » (utilisation) par groupe**
 3. **estimer la part de subventions dont ont bénéficié chaque groupe social**
- ◆ **Validité des études publiées très questionnable ++++++**

Dépenses publiques de santé dans quelques pays d'Afrique (Castro-Leal et al., 2000)

Table 3. **Benefit incidence of public spending on health in selected countries**

Country	Quintile shares of								Total subsidy as % of per capita expenditure	
	Primary facilities		Hospital outpatient		Hospital inpatient		All health			
	Poorest	Richest	Poorest	Richest	Poorest	Richest	Poorest	Richest	Poorest	Richest
Africa										
Côte d'Ivoire (1995) ^a	14	22	8	39			11	32	2.0	1.3
Ghana (1992)	10	31	13	35	11	32	12	33	3.5	2.3
Guinea (1994) ^a	10	36	1	55			4	48		
Kenya (1992) ^{a, b}	22	14	13	26			14	24	6.0	1.1
Madagascar (1993) ^a	10	29	14	30			12	30	4.5	0.5
United Republic of Tanzania (1992–93)	18	21	11	37	20	36	17	29	NA ^c	NA
South Africa (1994) ^a	18	10	15	17			16	17	28.2	1.5
Others										
Indonesia (1990)	18	16	7	41	5	41	12	29	1.0	0.5
Viet Nam (1993)	20	10	9	39	13	24	12	29	2.1	0.9

^a Hospital subsidies combine inpatient and outpatient spending.

^b Rural only.

^c NA = not available.

Merci!