

Tim Phillips [00:00:00] :

Bienvenue dans l'émission VoxTalk's Economics, enregistrée en direct du PSE CEPR Policy Forum à l'École d'économie de Paris. Je suis Tim Phillips.

Tim Phillips [00:00:17] :

Dans cet épisode, un investissement massif dans une assurance-santé universelle pourrait ne pas avoir un impact universel. Dans les pays à revenu moyen inférieur, les femmes sont en moins bonne santé que les hommes, et les responsables politiques de bon nombre de ces pays ont tenté, sans succès, de combler cet écart. En Inde, qui reste l'un des cinq pires pays au monde pour la santé et la survie des femmes, l'introduction récente de programmes massifs d'assurance maladie devrait permettre aux femmes et aux hommes d'accéder aux soins de santé sur un pied d'égalité. Mais est-ce le cas ? Pascaline Dupas, de l'Université de Stanford, a étudié l'impact de l'un de ces programmes avec sa coauteure, Radhika Jain, de UCL. Pascaline me rejoint maintenant. Pascaline, je vous ai déjà parlé dans le passé, mais je suis ravie de vous rencontrer en vrai pour la première fois.

Pascaline Dupas [00:01:04] :

C'est la même chose pour moi. Merci de m'accueillir.

Tim Phillips [00:01:06] :

Je crois que depuis les travaux d'Amartya Sen, nous pensons à cette histoire comme une histoire de femmes disparues, de femmes qui devraient être en vie mais qui ne le sont pas. Combien de ces femmes disparues dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, l'Inde en particulier, en raison des inégalités en matière de santé ?

Pascaline Dupas [00:01:22] :

Il est difficile de savoir quelle proportion des femmes disparues l'est en raison des inégalités en matière de santé. La façon de déterminer le nombre de femmes manquantes est de comparer les rapports des genres en vie et d'avoir une idée du nombre de femmes qui devraient être présentes. Les dernières estimations pour l'Inde datant de 2018 font état d'environ 63 millions de femmes disparues rien qu'en Inde. Pour l'ensemble du monde, ce chiffre est probablement au moins deux fois plus élevé. Mais il est très difficile de savoir comment elles ont pu disparaître. Il peut s'agir en partie de caractéristiques liées au sexe, d'avortement sélectif, mais un grand nombre de ces femmes disparues commencent à l'être à l'âge adulte, et les inégalités en matière de santé peuvent être une très bonne explication. C'est ce que nous essayons d'étudier avec ma coauteure, Radhika Jain.

Tim Phillips [00:02:03] :

Quelle en est la cause ? Est-ce parce que les femmes et les filles sont plus souvent malades et blessées ? Ou est-ce parce que lorsqu'elles sont malades, elles ont moins de chances de bénéficier d'un traitement équitable ?

Pascaline Dupas [00:02:14] :

Nous sommes en mesure d'examiner dans quelle mesure elles reçoivent un traitement et nous constatons clairement un déficit à cet égard. Nous cherchons à savoir si elles sont malades de manière disproportionnée et quelles en sont les causes. Il faut savoir qu'elles peuvent être mal soignées ou mal nourries. Cela peut être dû à un mauvais traitement, à une mauvaise alimentation. C'est beaucoup plus difficile parce que si quelqu'un ne reçoit pas de soins, on n'a pas beaucoup de données sur lui. Le manque de données sur ces sujets empêche donc les décideurs politiques d'avoir une vision claire des causes de ces problèmes et des progrès qui peuvent être accomplis. C'est pourquoi nous tirons parti de ce nouvel ensemble de données auquel nous avons accès pour progresser réellement dans cette compréhension.

Tim Phillips [00:02:48] :

Si les femmes et les hommes ont les mêmes problèmes de santé, qu'est-ce qui explique la différence dans les soins qu'ils reçoivent ? Le savons-nous ?

Pascaline Dupas [00:02:56] :

Oui. Il semble que les ménages ne soient pas prêts à dépenser autant pour la santé des femmes que pour celle des hommes. Et cela peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs. Il pourrait s'agir d'un modèle économique standard selon lequel le rendement de la santé des femmes est inférieur à celui de la santé des hommes. Dans le contexte de l'Inde, cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ont un très faible taux de participation au marché du travail. Dans le contexte de l'Inde, cela pourrait également s'expliquer par le fait que les femmes ne sont pas celles qui s'occupent de leurs parents lorsqu'ils sont âgés. C'est le fils qui est responsable. Ce n'est donc pas aussi grave pour moi si ma fille ne survit pas que si mon fils ne survit pas. Il peut également s'agir d'une discrimination pure fondée sur les tests, comme on l'appelle en économie. Il se peut que les gens n'accordent pas autant d'importance aux femmes qu'aux hommes. Mais aussi, dans le contexte des soins de santé, il peut y avoir ce que nous appelons des obstacles ou des coûts spécifiques aux femmes. Et je suppose que dans le cas de l'Inde, pour aller à l'hôpital, qui n'est peut-être pas très proche, je pense qu'il est difficile pour les femmes de prendre les transports en commun, en raison des normes de genre. Ou peut-être que c'est très coûteux pour le ménage si la femme se rend à l'hôpital et fait la queue pendant deux heures parce que, pendant ce temps, elle ne s'occupe pas des tâches ménagères dont elle est censée s'occuper.

Tim Phillips [00:04:09] :

Pour approfondir cette question, vous avez étudié l'impact d'un programme gouvernemental d'assurance maladie mis en place au Rajasthan, en Inde. En quoi consiste ce programme ? Comment fonctionne-t-il ?

Pascaline Dupas [00:04:19] :

Il s'agit donc d'un programme très ambitieux qui a été repris par un programme national. Des programmes similaires ont été mis en place dans de nombreux États de l'Inde et couvrent essentiellement les pauvres. Ainsi, tous les ménages titulaires d'une carte de « citoyen sous le

seuil de pauvreté » ont droit, en principe, à des soins hospitaliers gratuits, généralement des soins secondaires et tertiaires. Il ne s'agit donc pas de soins primaires, qui sont déjà gratuits dans les petits établissements de santé publique, mais de soins secondaires et tertiaires. Vous êtes donc censé pouvoir être admis et recevoir des services. Ensuite, les hôpitaux facturent directement à l'assureur ou au gouvernement les services qu'ils ont fournis.

Tim Phillips [00:04:55] :

En théorie, cela permet de combler le fossé entre les hommes et les femmes, car cela réduit le coût du traitement.

Pascaline Dupas [00:05:01] :

Oui, la principale raison pour laquelle on observe ces écarts et cet accès aux soins est que les ménages ne sont pas disposés à payer autant pour les femmes que pour les hommes. Lorsque le coût devient nul, les principaux obstacles à l'accès des femmes aux soins devraient être levés. Mais il y a d'autres coûts. Si vous ne subventionnez pas le transport, vous n'obtiendrez pas nécessairement une égalité et un accès aux soins complets, même si le coût de l'hôpital est gratuit. Ou s'il existe d'autres différences dans la volonté de laisser la personne renoncer aux activités qu'elle pratique par ailleurs.

Tim Phillips [00:05:32] :

Donc, au départ, dans la base de référence, quelle était l'ampleur de l'écart entre les sexes au Rajasthan que ces traitements gratuits pourraient combler ?

Pascaline Dupas [00:05:42] :

Nous n'en savons donc rien. Encore une fois, ce n'est pas parce qu'on ne sait pas qui devrait recevoir des soins qu'on ne sait pas ce qu'on peut anticiper. Mais je peux vous dire que dans le cadre du programme, nous avons accès aux données sur les demandes de remboursement des hôpitaux et que nous avons commencé à travailler sur cette question de l'accès des femmes, mais la première tabulation que nous avons faite était la suivante : quelle est la part des patients ou des demandes de remboursement dans ces ensembles de données qui concernent des femmes ? Et cette proportion était très faible. Elle est très loin des 50 ou 48 %, qui représentent la part des femmes dans l'État du Rajasthan. Il y a donc des écarts très importants. C'est très frappant. Ainsi, par exemple, pour les maladies rénales chroniques, nous constatons que seulement 28 % des patients sont des femmes. Et pour des domaines comme la cardiologie, tout ce qui concerne le cœur, c'est également très bas.

Tim Phillips [00:06:27] :

Dans cette histoire, la première chose que l'on découvre, c'est que ce qui semble être un traitement gratuit s'avère, dans de nombreux cas, ne pas l'être au moment où il est administré. Que s'est-il passé ?

Pascaline Dupas [00:06:36] :

Oui, c'est vrai. L'une de nos hypothèses était que le système n'est peut-être pas mis en œuvre exactement comme il devrait l'être et, en particulier, que les hôpitaux peuvent encore demander des paiements directs des patients. En particulier pour les types de services que les hôpitaux jugent plus coûteux que ce que le régime leur rembourse. Nous avons donc procédé à des enquêtes d'audit auprès des patients. Nous avons pu appeler les patients qui avaient été examinés très récemment et leur demander pour quelle raison ils l'avaient été. Mais aussi s'ils avaient dû payer de leur poche. Nous avons constaté qu'une bonne partie des patients devaient payer de leur poche, davantage dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics, et que les montants étaient assez élevés. Cela signifie donc que les soins ne sont pas gratuits, même à l'hôpital. À cela s'ajoutent les frais de transport qui, de toute façon, ne sont pas couverts. Donc, oui, le programme ne ramène pas du tout le coût à zéro. Cela explique donc en partie les écarts qui subsistent entre les hommes et les femmes.

Tim Phillips [00:07:33] :

Et comme vous l'avez dit, nous avons ces frais de déplacement, mais le programme s'est développé de sorte que le temps de déplacement vers les hôpitaux a vraisemblablement diminué. Cela a-t-il permis de commencer à combler l'écart entre les hommes et les femmes ?

Pascaline Dupas [00:07:45] :

En fait, si vous essayez vraiment de réfléchir à la mesure dans laquelle un programme qui réduit les coûts monétaires ou les coûts de transport en augmentant la disponibilité des hôpitaux dans le système, va réduire l'écart entre les sexes, c'est un peu délicat parce qu'il se pourrait très bien que les bénéficiaires marginaux du système soient toujours les hommes. Pensez donc aux ménages qui vivent si loin que personne ne va se faire soigner en l'absence de tout système. Puis le programme est introduit dans un hôpital qui se trouve toujours à 25 km. Peut-être qu'à cette distance, le ménage sera prêt à prendre l'homme, mais pas la femme. Il se peut donc que, pour les ménages, ce programme augmente la capacité d'obtenir des soins pour les hommes uniquement et non pour les femmes. Pour certains ménages qui reçoivent déjà des soins pour les hommes, la réduction supplémentaire des coûts peut les amener à faire venir les femmes. Mais dans l'ensemble, il n'y a pas de moyens évidents par lesquels ce programme devrait systématiquement réduire l'écart entre les hommes et les femmes. Il est possible qu'il le fasse, et qu'il augmente l'accès aux soins pour les femmes. Que davantage de femmes soient soignées grâce à ce programme, grâce à la réduction des frais de transport due au fait que davantage d'hôpitaux deviennent "convoqués", comme nous les appelons, mais aussi davantage d'hommes. En moyenne, nous constatons que les hommes sont toujours ceux qui en bénéficient de manière disproportionnée. Le programme est en fait assez coûteux et il est merveilleux de voir les gouvernements dépenser de l'argent pour les plus pauvres de leur pays. Mais nous estimons que les hommes bénéficient de manière disproportionnée de ces dépenses. Et toutes les augmentations du champ d'application du programme semblent également profiter aux hommes de manière disproportionnée.

Tim Phillips [00:09:09] :

C'est très intéressant parce que lorsqu'on n'y réfléchit pas attentivement, on se dit que, bien sûr, cela aidera à combler le fossé. Lorsque l'on y réfléchit attentivement et que l'on examine les données, on constate que c'est le contraire qui se produit. Alors, est-ce que ce sont vraiment les normes de genre qui doivent être corrigées ici ?

Pascaline Dupas [00:09:27] :

Oui, c'est certain. Mais c'est plus facile à dire qu'à faire. Les normes sont très, très accrochées. L'Inde est connue pour un certain nombre de faits très fortement liés au genre, notamment la très faible participation des femmes au marché du travail. Et ce matin même, nous avons eu une présentation à la conférence sur les taux élevés de violence entre partenaires intimes. Je ne prétends donc pas avoir une solution miracle pour changer les normes de sitôt. Dans l'article, nous sommes en mesure d'examiner un moyen par lequel les normes ont légèrement évolué en Inde, à savoir les quotas politiques pour les femmes, qui ont fait l'objet d'études approfondies dans la littérature économique. Et les chercheurs ont montré que cela peut faire bouger un peu les choses, mais cela prend du temps, il faut de multiples épisodes où le dirigeant local est une femme. Ces quotas concernent les gouvernements locaux.

Tim Phillips [00:10:12] :

Ainsi, dans les gouvernements locaux, dans les villages, certains postes des administrations locales sont réservés aux femmes.

Pascaline Dupas [00:10:20] :

C'est tout à fait exact. Il existe donc des conseils locaux dont le chef doit être une femme de temps en temps. Au Rajasthan, en tout cas, à chaque cycle électoral, on décide au hasard s'il faut ou non une femme à la tête du conseil. Nous pouvons donc exploiter cette variation dans l'exposition au leadership féminin, comme l'a fait la littérature économique dans le passé, pour voir si cela change les choses. Et nous constatons que les choses bougent un peu. Nous constatons que dans les "Gram panchayat", où les femmes dirigeantes sont plus nombreuses, l'écart entre les sexes est légèrement réduit pour certains groupes d'âge, mais pas pour tous les groupes d'âge, et ce n'est pas énorme comme différence. Ce n'est pas que cela aide à combler l'écart, loin de là, mais cela réduit juste légèrement l'écart entre les sexes. C'est donc une indication qu'en travaillant sur les attitudes liées au genre, on peut faire quelques progrès, mais qu'il reste encore beaucoup à faire. Il y a encore des groupes qui ne semblent pas en bénéficier, en particulier les femmes âgées.

Tim Phillips [00:11:14] :

C'est intéressant. Nous savons d'après des données, des données passées, que les femmes âgées en Inde sont particulièrement touchées par ce problème de discrimination en matière de santé. Cette politique fait-elle quelque chose pour les aider ?

Pascaline Dupas [00:11:28] :

La politique d'assurance maladie elle-même augmente leur accès, mais la politique de quotas ne contribue pas davantage à réduire l'écart pour ce groupe d'âge. Ce que nous constatons pour les jeunes femmes, nous ne le constatons pas du tout pour les femmes plus âgées, et c'est une question très intéressante que de savoir pourquoi. Notre hypothèse, et c'est vraiment une hypothèse, parce que nous n'en sommes pas sûrs, est que la façon dont un organe de gouvernance local, lorsqu'il est dirigé par une femme, peut progresser sur ces aspects de genre dans les soins de santé est d'encourager les agents de santé locaux à pousser les femmes et les ménages à se faire soigner davantage. Mais ces agents de santé locaux se concentrent sur les femmes en âge de procréer, et c'est donc un moyen d'atteindre les jeunes femmes et leurs enfants. Mais les belles-mères ne sont pas incluses dans cette vision, comme elles sont déjà mères, elles n'en bénéficient pas, pour autant que nous puissions le voir.

[Voiceover] [00:12:22] :

En septembre 2022, nous avons couvert un autre exemple des politiques qui semblent ne pas dépendre du genre ont un effet disparate selon le genre dans la pratique. Nous avons parlé à Abi Adams-Prassl de la façon dont la violence au travail entraîne des conséquences différentes pour l'agresseur et la victime, si cette dernière est une femme. Écoutez notre épisode *Violence Against Women at Work* (La violence contre les femmes au travail).

Tim Phillips [00:12:44] :

Nous sommes donc confrontés à un problème très difficile. Nous savons que la réduction des coûts ne suffit pas à combler le fossé et qu'elle peut même le creuser. Nous savons que le changement des normes et des institutions peut avoir un certain impact, mais c'est très difficile et cela prend beaucoup de temps. Y a-t-il quelque chose que nous puissions faire pour dire que telle intervention ne devrait pas être neutre du point de vue du genre, qu'elle devrait se concentrer sur les femmes, pour éventuellement réduire l'écart ? Existe-t-il un moyen de faire en sorte que la politique agisse de la sorte ?

Pascaline Dupas [00:13:16] :

Subventionner les soins, les rendre gratuits est nécessaire, mais nous constatons que ce n'est pas suffisant. On peut donc aller plus loin. Il est possible de payer. On peut mettre en place un système d'incitation et payer davantage les ménages. Par exemple, si une femme se présente à l'hôpital, elle reçoit un paiement supplémentaire. Cela existe déjà en partie. Il existe une subvention pour les accouchements à l'hôpital. Mais pour Radhika et moi, la principale conclusion est qu'il faut non seulement des subventions et éventuellement des incitations financières, mais aussi travailler sur d'autres normes. Les politiques totalement aveugles à la question du genre ne vont pas jusque-là. Il faut donc s'attaquer spécifiquement aux obstacles auxquels les femmes sont confrontées pour vraiment progresser dans ce domaine. Cela ne veut pas dire que les subventions ne sont pas utiles. Nous constatons que les femmes s'en sortent mieux avec que sans. Mais l'écart avec les hommes ne diminuera pas beaucoup si nous ne nous concentrons pas spécifiquement sur les besoins des femmes.

Tim Phillips [00:14:02] :

C'est une leçon très intéressante qui montre que les politiques bien intentionnées n'atteignent pas toujours les objectifs qui leur sont assignés.

Pascaline Dupas [00:14:08] :

C'est exact.

Tim Phillips [00:14:09] :

Merci, Pascaline.

Pascaline Dupas [00:14:11] :

Je vous remercie.

Tim Phillips [00:14:21] :

L'article s'intitule : *Women Left Behind: Gender Disparities in the Utilization of Government Health Insurance in India*. Les auteures sont Pascaline Dupas et Radhika Jain.

[Voiceover] [00:14:36] :

Ceci est un VoxTalk enregistré au Paris School of Economics CEPR Policy Forum, 2023. Si vous aimez ce que vous avez entendu, abonnez-vous, vous pouvez nous trouver partout où vous écoutez vos podcasts. Et vous pouvez écouter des extraits d'épisodes passés et futurs en nous suivant sur notre Instagram : *VoxTalks Economics*.