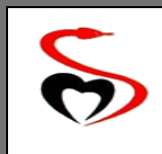


2021



REPUBLIQUE DU SENEGALE
Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

Cellule Économie de la Santé (CES)

POLICY BRIEF

ETUDE SUR LES DÉPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTÉ
ET LEUR IMPACT SUR L'APPAUVRISSMENT ET
L'UTILISATION DES SERVICES AU SÉNÉGAL

2014 ET 2018-2019

juin 2021

Par:

Aboubakry GOLLOCK, Ph.D.

Économiste de la santé, de l'innovation et de la propriété intellectuelle
Enseignant-chercheur /FASEG/UCAD



INTRODUCTION

Le droit à la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Ainsi, en septembre 2015, les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ont convenu d'atteindre, à l'horizon 2030, dix-sept (17) objectifs du développement durable (ODD) dont le troisième est consacré à la santé et au bien-être. La cible 3.8 de l'ODD 3 consiste spécifiquement à « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* ».

Cependant à l'échelle mondiale, le Rapport des Nations Unies sur les ODD de 2020 indique qu'en 2017, seuls 12 % à 27 % des habitants des pays à faible revenu étaient entièrement couverts contre le risque sanitaire. De même, la proportion de la population mondiale dépensant plus de 10 % du budget du ménage pour le paiement direct des soins de santé est passée à 9,4 %, 11,7 % et 12,7 % respectivement en 2000, 2010 et 2015. Ainsi, le nombre de personnes ayant engagé, à leur charge, des dépenses directes en santé supérieures à 10 % de l'ensemble de la consommation ou du revenu du ménage est passé de 808 millions en 2010 à environ un (01) milliard en 2020.

En Afrique subsaharienne, des études empiriques menées sur les dépenses catastrophiques de santé (DCS) ont révélé que leur incidence était de 8.66% au seuil de 40% au Burkina Faso en 2006 et de 2,4% au seuil de 10% en Côte d'Ivoire en 2015.

Au Sénégal, les résultats de l'étude menée en 2011 par le Ministère de la santé et de la prévention avait montré que 2,59 % des ménages sénégalais faisaient face à des DCS au seuil de 40% et que 1,78 % s'étaient appauvris du fait des paiements directs.

Par la suite, les rapports des Comptes de la Santé du Sénégal réalisés en 2013 et 2014-2016, montrent que les ménages continuent d'être la source la plus importante du financement de la santé du pays. Leur contribution représentait 55,17% des dépenses totales de santé en 2013. Durant la période 2014 - 2016, les dépenses des ménages représentent 46,9% des dépenses totales de santé en 2014, 49,5% en 2015 et 48,8% en 2016. Cette part importante des paiements des ménages dans les dépenses de santé traduit le lourd fardeau financier qu'ils supportent pour leurs soins de santé.

Aussi, la situation sanitaire actuelle du Sénégal est marquée par une transition épidémiologique avec la persistance des maladies infectieuses/parasitaires et la prévalence de plus en plus forte des maladies dites de civilisation (maladies chroniques, dégénératives, métaboliques, etc.). Les coûts élevés et récurrents des traitements liés à la prise en charge de ces maladies favorisent la hausse des dépenses de santé supportées par les populations.

En outre, les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'activité économique en général et les revenus des ménages en particulier ont accentué leur vulnérabilité et risque d'appauvrissement. Elle a affecté négativement la capacité financière de l'État et de ses partenaires à allouer davantage de ressources au système de santé et à assurer une couverture sanitaire adéquate à l'ensemble de la population.

Conscient de l'importance de la protection financière des ménages dans le développement économique et la résilience des systèmes de santé, l'État du Sénégal a consenti, ces dernières années, d'importants efforts tant au niveau stratégique qu'opérationnel pour réduire la part des paiements directs des populations dans leur prise en charge sanitaire.

Au niveau stratégique, l'accès des populations à des services de santé de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires est traduit par l'axe 2 du Plan Sénégal Emergent (PSE) « *amélioration significative des conditions de vie des populations, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en préservant la base de ressources et en favorisant l'émergence de territoires viables* ». En plus du PSE, cadre de référence des politiques publiques, il y a d'autres documents stratégiques notamment la Stratégie Nationale de financement de la santé 2017, la Stratégie nationale de protection sociale 2013-2017, le Programme National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028, le Dossier d'Investissement 2018-2022, etc.

Au niveau opérationnel, l'Etat s'est engagé dans différents chantiers comme la Couverture santé universelle (CSU) à travers notamment la promotion des mutuelles de santé, la gratuité des soins pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, de la prise en charge des personnes de 60 ans et plus (Plan Sesame), de la dialyse, de la césarienne, etc. A ces initiatives, s'ajoutent d'autres mesures de protection sociale et financière pour l'autonomisation des groupes vulnérables (carte d'égalité des chances, les bourses de sécurité familiale, etc.) qui facilitent l'accès aux soins à leurs bénéficiaires.

Au regard du nombre et de l'ampleur des initiatives prises par l'Etat pour assurer une protection financière adéquate et durable des populations dans l'utilisation des biens et services de santé depuis 2011 (année de publication du premier rapport sur les DCS au Sénégal), cette étude s'attèle à évaluer les progrès réalisés jusque-là dans la prise en charge des dépenses de santé susceptibles de faire basculer les ménages dans la pauvreté.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Objectif général

- Étudier les dépenses catastrophiques de santé au Sénégal et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services de 2014 et 2018-2019.

Objectifs spécifiques

- analyser la proportion des ménages sénégalais qui fait face aux dépenses catastrophiques de santé ;
- analyser la proportion des ménages appauvris du fait des dépenses directes de santé ;
- mesurer le degré d'utilisation des services de santé par les ménages appauvris du fait des dépenses directes;
- analyser les déterminants des dépenses catastrophiques de santé;
- calculer les transferts à verser aux ménages vulnérables et appauvris pour faire face aux dépenses de santé.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie repose sur celle proposée par l'OMS pour le calcul des DCS et de l'iniquité dans l'utilisation des services (Ke Xu, 2005, Adam et Ke Xu, 2008) selon laquelle un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40% de sa capacité à payer.

Conformément aux orientations reçues de l’OMS, c’est le seuil de 40 % qui est retenu pour le calcul des DCS.

Pour la détermination des facteurs explicatifs des dépenses catastrophiques de santé, un modèle « *Logit* » adapté pour une variable binaire (*cata*) a été utilisée.

Les données utilisées sont issues des extractions faites sur différentes bases des enquêtes ménages réalisées au Sénégal et relatives aux dépenses et à la consommation. Elles ont été recueillies auprès de l’Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) qui a assuré la collecte en 2014 et en 2018-2019. Elles sont issues des bases de l’Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) de 2018/2019, d’une part et de l’Enquête de référence à l’Ecoute du Sénégal ou Listening To Sénégal (L2S) de 2014/2015 d’autre part. Ces deux enquêtes réalisées à l’échelle nationale sur les ménages représentatifs incluent des données à un niveau individuel et un niveau ménage. La taille de l’échantillon des ménages de l’EHCVM est de 7 176 ménages et assure une représentativité jusqu’au niveau régional alors que celle de L2S est de 1500 ménages avec un niveau de représentativité nationale.

RÉSULTATS

Besoin déclaré et utilisation des structures de santé

Tableau 1 : Besoin déclaré et utilisation des structures de santé

Quintile	Besoin déclaré		Utilisation		Hospitalisation	
	2014	2018/2019	2014	2018/2019	2014	2018/2019
Quintile						
1	51,0	20,1	44,3	51,8	NA	1,7
2	44,9	21,1	22,3	58,7	NA	2,1
3	45,5	23,6	16,0	58,3	NA	2,4
4	44,6	25,4	17,6	61,9	NA	2,6
5	45,3	27,9	14,7	71,2	NA	3,0
Niveau d’instruction						
Aucun	44,9	24,5	25,6	60,7	NA	2,4
Primaire	53,3	21,5	22,3	58,6	NA	2,2
Secondaire	51,5	22,2	18,2	61,9	NA	2,3
Universitaire	37,8	24,8	18,8	69,6	NA	2,9
Total	46,2	23,5	23,5	60,7	NA	2,3

Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

La proportion de la population ayant déclaré avoir eu une maladie et/ou blessures a fortement diminué entre 2014 et 2018-19 en passant de 46,2% à 23,5%. En revanche, la proportion des malades ou blessés ayant recouru à une structure de santé sur la période sous revue, s’est nettement amélioré en passant quasiment du simple en 2014 (23,5%) à près du triple en 2018-19 (60,7%). Ce résultat peut s’expliquer par la baisse des barrières financières suite aux initiatives de CSU, l’amélioration de l’accessibilité géographique de services de santé avec notamment la construction d’infrastructures de santé et leur dotation en personnel de santé. En tout état de cause, ce résultat met en évidence une utilisation moyenne plus importante des services de santé modernes par les populations.

Evolutions de quelques indicateurs de dépenses ménages entre 2014 et 2018-19

Tableau 2 : Évolutions de quelques indicateurs de dépenses ménages entre 2014 et 2018-19

Indicateurs	2014	2018-19
Dépenses totales par ménage	3 668 736	4 401 092
Paiement direct	95 190	154 833
Dépenses de consultation	7 508	19 282
Dépenses en médicaments (dont pharmacopée)	45 481	80 246
Dépenses d'hospitalisation	7 550	25 825
Dépenses en examen	5 890	27 162
Part des ménages qui ont effectué des paiements directs	81,2	74,8
Part des paiements sur les dépenses totales	2,8	3,3
Part des paiements directs dans la capacité à payer	3,7	8,3
Autres dépenses de santé	7 728	2 319
Part des ménages qui ont fait des dépenses catastrophiques	1,4	1,1

Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

En 2018-2019, un ménage sénégalais dépensait en moyenne 4 401 092 F CFA par an contre 3 668 736 FCFA en 2014. En moyenne les paiements directs ont augmenté sur la période sous revue en passant de 95 190 FCFA en 2014 à 154 833 FCFA en 2018-19. Cependant, la proportion de ménages ayant effectué des paiements directs a baissé. Elle passe de 81,2% en 2014 à 74,8% en 2018-19. Cette tendance baissière de la part des ménages qui ont effectué des paiements directs vient inverser celle-là haussière de ce même taux qui avait été constatée entre 2005 et 2011 et qui était passée de 86,52 % à 88,50 %.

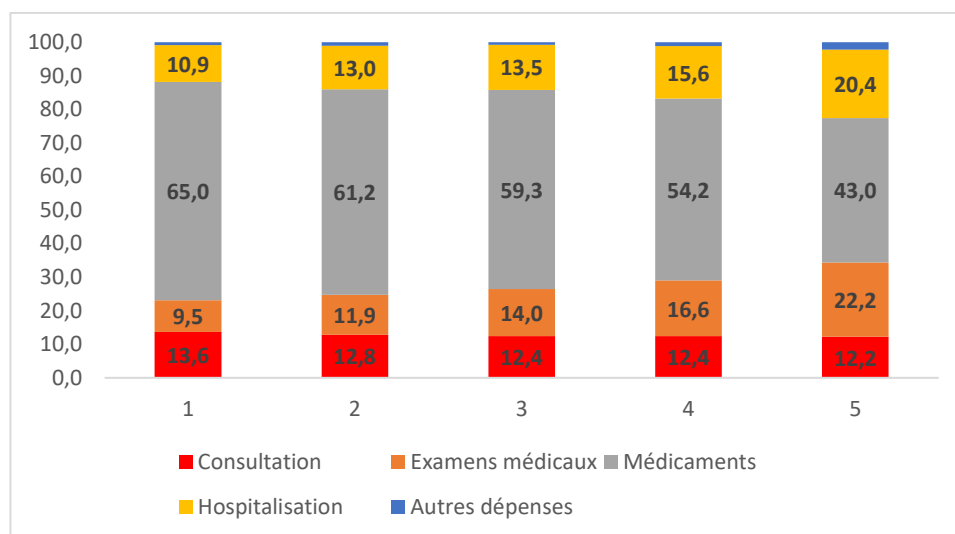
Répartitions des dépenses de santé et structure des paiements directs par quintile

Tableau 3 : Répartitions des dépenses de santé par quintile (2018-2019)

Quintile	Consultation	Examens	Médicaments	Hospitalisation	Autres dépenses
1	6 578	4 583	31 368	5 272	426
2	11 249	10 460	53 724	11 418	880
3	15 886	17 858	75 721	17 292	914
4	23 188	31 021	101 226	29 244	2 210
5	39 524	71 915	139 258	65 925	7 166
Total	19 282	27 162	80 246	25 825	2 319

Source : EHCVM 2018-19

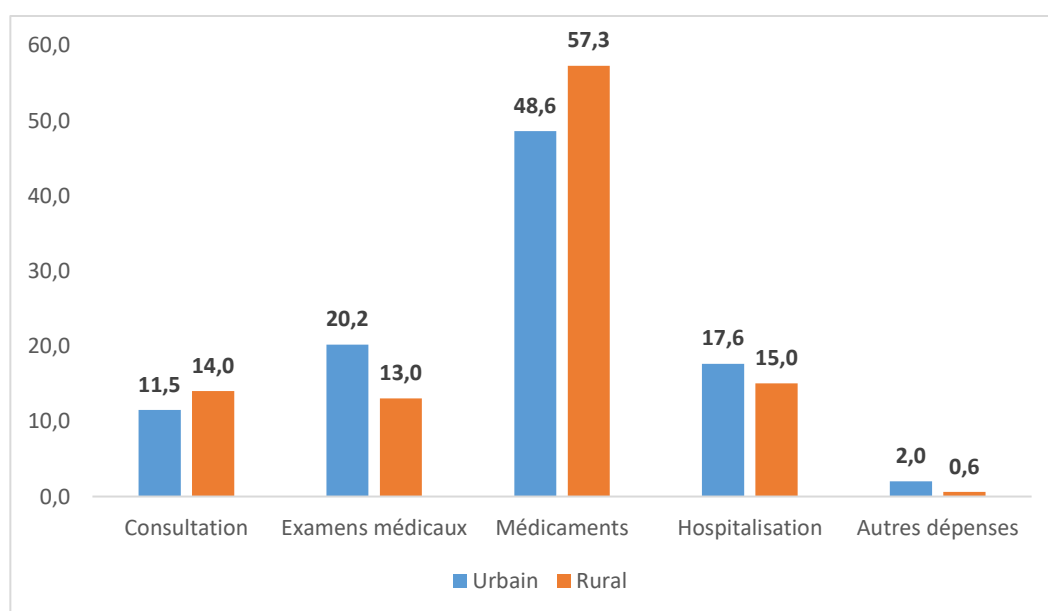
Graphique 1 : Structure des paiements directs par quintile



Source : EHCVM 2018-19

Le recours à une structure ou service de soins en santé notamment d'hospitalisation augmente avec le niveau de bien-être et d'instruction. En 2019, un peu plus de la moitié des personnes du premier quintile malades ou blessés (51,1%) ont recouru à un service de soins contre (71,2%) du cinquième quintile. Pour l'hospitalisation, il ressort qu'on passe de 1,7 % de taux d'utilisation pour le premier quintile à 3% au cinquième quintile (soit presque du simple au double).

Graphique 2 : Répartition des paiements directs par milieu de résidence



Source : EHCVM 2018-19

Les dépenses en médicaments constituent le premier poste de dépenses de santé des ménages tant en milieu urbain (48,6%) qu'en milieu rural (57,3%). De même, le paiement des médicaments reste le premier poste de dépenses quel que soit le quintile de dépense considéré.

Il représente 51,8% des dépenses de santé en 2019 contre 61,3% en 2014. En 2018-2019, les dépenses de santé des ménages du cinquième quintile (139 258 F) dépassent en moyenne du plus quadruple de la dépense moyenne d'un ménage du premier quintile en médicaments.

L'examen de la structure des dépenses selon le quintile montre que la part des paiements directs consacrée aux médicaments dans les dépenses de santé passe de 65% pour le quintile le plus pauvre (quintile 1) à 43% pour le quintile le plus riche (quintile 5).

Inversement, plus le ménage est pauvre plus la part des dépenses d'hospitalisation dans les paiements directs est faible : 10,9 % pour le quintile le plus pauvre (quintile 1) et 20,4% pour le quintile le plus riche (quintile 5). De même, pour la part des paiements directs liés aux examens médicaux qui passe de 9,5 % à 22,2 % du quintile 1 au quintile 5.

La faible utilisation des services d'hospitalisation et de diagnostic pourrait s'expliquer à la fois par des problèmes d'accessibilité financière, géographique, de disponibilité de service mais aussi de l'adoption de stratégie consistant à éviter les hospitalisations et de certains services par les plus pauvres.

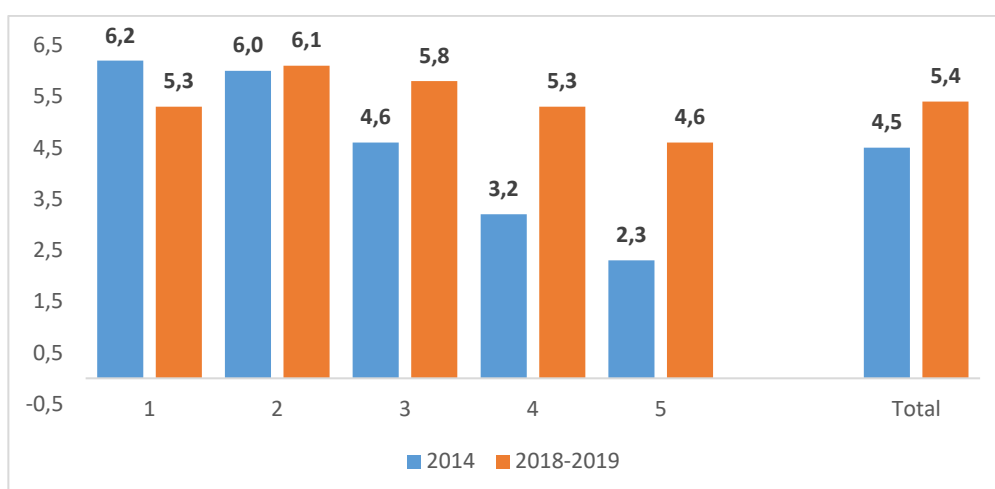
Les parts de dépenses en examens médicaux et en hospitalisation sont plus importants en milieu urbain (20,2% et 17,6% resp) qu'en milieu rural (13,0% et 15,0%). Ce résultat s'expliquerait par la proximité des infrastructures hospitalières et la diversité des services de diagnostic (examens médicaux) pour les populations résidentes en milieu urbain comparativement à celles du monde rural

Cependant, en ce qui concerne la consultation, la structure des paiements directs par quintile montre que les proportions sont relativement les mêmes pour tous les niveaux de bien-être. Elles sont de 13,6 % ; 12,8 %; 12,4 %, 12,4 % et 12,2 % pour respectivement les quintiles 1 ; 2 ; 3 ; 4 et 5. Ce résultat suggère qu'il y a une relative équité dans ce domaine. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des politiques de gratuité (Plan SESAME, enfants de moins de 5 ans, consultations pre-natale et post-natale, etc.) intègrent l'exemption partielle ou totale du ticket de la consultation.

Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer et des dépenses totales par quintile

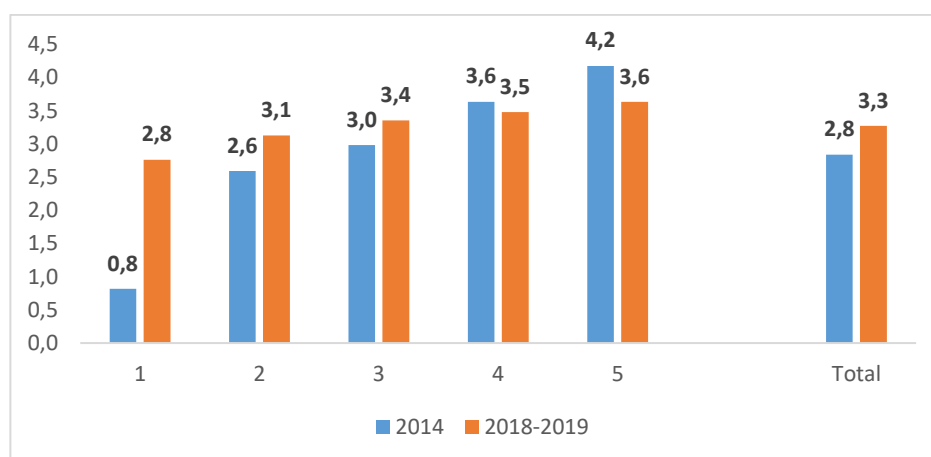
Nos résultats montrent que la capacité des ménages à faire face aux dépenses de santé a augmenté. En effet, en 2018-2019, 5,4% des ménages ont une capacité à faire face aux dépenses de santé contre 4,5 % en 2014. Hormis le premier quintile pour lequel la part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer passe de 6,2% à 5,3%, la tendance à l'augmentation de la capacité des ménages à faire face aux dépenses de santé s'observe au niveau de tous les quintiles de bien-être.

Graphique 3 : Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile



Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

Graphique 4 : Part des paiements directs de santé en pourcentage des dépenses totales par quintile



Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

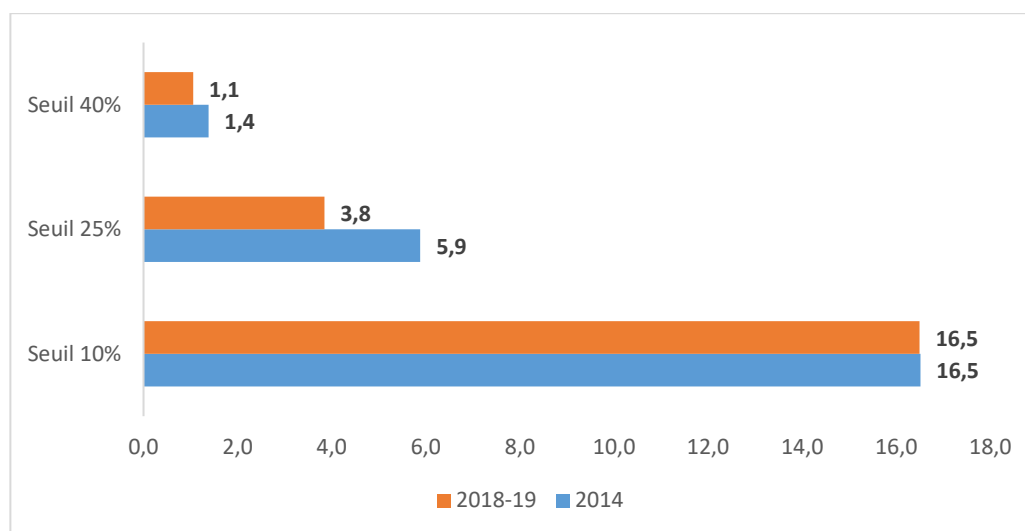
Evolution des dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré

Pour le calcul des DCS, au seuil de 40% retenu par l'OMS, nos résultats montrent que 1,4% et 1,1% des ménages au Sénégal ont respectivement fait face à des dépenses catastrophiques en 2014 et 2018-2019, soit respectivement 22 711 et 18 941 ménages. Les résultats de l'étude réalisée en 2011 avait montré que 2,59% des ménages font face à des dépenses catastrophiques de santé au seuil de 40% en 2011. Ce qui représentait environ 38 056 ménages. Ainsi, aussi bien la proportion que le nombre de ménages faisant face à des DCS a été divisé par plus de deux entre en 2011 et 2018-2019. Ce qui constitue une avancée importante dans la protection financière des populations contre les risques de basculement dans la pauvreté consécutive aux paiements au point de délivrance des services de santé.

Au seuil de 25 %, 5,8% et 3,8 % des ménages au Sénégal ont respectivement fait face à des dépenses catastrophiques en 2014 et 2018-2019. En d'autres termes, les ménages pour lesquels les paiements directs par rapport à la capacité à payer du ménage dépassent 25% représentent 3,8% en 2018-2019 contre 5,9% en 2014.

Au seuil de 10%, autant en 2014 qu'en 2018-19, 16,5% des ménages ont eu à faire face.

Graphique 5 : Dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré



Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

Impact des paiements directs sur la pauvreté

En suivant la méthodologie définie par l'OMS, l'incidence de la pauvreté est de 10,5 % en 2018-2019. Il varie selon le lieu de résidence. En effet, un peu plus du vingtième (5,3 %) des ménages urbains vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre près du sixième (16,4%) des ménages ruraux. Si l'on enlève les paiements directs de la santé des dépenses totales des ménages, l'incidence de la pauvreté passe de 10,5 % à 11,7 % soit un appauvrissement de 1,2 point de pourcentage représentant un taux d'appauvrissement de 1,3% dû aux paiements directs de la santé. Comme illustré par les résultats les paiements directs de santé appauvrissent les ménages. Il est plus observé en milieu rural (1,9%) qu'en milieu urbain (0,8%) de plus de deux fois.

Tableau 4 : Impact des paiements directs sur la pauvreté

	Taux de pauvreté avant paiement direct	Taux de pauvreté après paiement direct	Taux d'appauvrissement
Urbain	5,3	6,1	0,8
Rural	16,4	18,2	1,9
Total	10,5	11,7	1,3

Source : EHCVM 2018-19

Tableau 5 : Montants (moyen et total) à transférer

	Montant moyen à transférer		Montant total à transférer	
	Avant paiement direct	Après paiement direct	Avant paiement direct	Après paiement direct
1	348 590	324 700	65 311 995 093	67 415 067 967
2	0	165 843	0	270 309 717
3	0	320 880	0	197 825 074
4	0	604 724	0	298 675 201
5	0	0	0	0
Total	348 590	324 115	65 311 995 093	68 181 877 959

Source : EHCVM 2018-19

Pour les sortir de la pauvreté il faudra transférer en moyenne : les montants respectifs de 348 590 par ménage avant paiement direct et 324 115 après paiement direct en 2018-2019.

Résultats de la modélisation

Les résultats de la modélisation corroborent l'analyse descriptive selon laquelle les ménages les plus pauvres (quintile 1) sont plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé que les ménages des autres quintiles. A titre illustratif, les ménages du second quintile ont 2,4 moins de chance que ceux du premier de faire face à des dépenses catastrophiques. Les ménages du cinquième quintile ont 4,4 fois moins de chance que les plus pauvres de faire face à ces dépenses.

Comparativement aux ménages dirigés par une femme, ceux dirigés par un homme ont 1,9 fois plus de chance de faire face à une dépense catastrophique de santé.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats du modèle montrent un ménage du milieu urbain à 3,3 fois moins le risque de faire face à des dépenses catastrophiques de santé qu'un ménage du milieu rural.

Cette analyse corrobore aussi avec le niveau plus élevé du taux de pauvreté en milieu rural qu'en milieu urbain, où les ménages se trouvent souvent dans une vulnérabilité sans une protection sociale.

En termes de niveau d'instruction, les ménages dont le Chef de ménage (CM) a le niveau primaire (2,0) et secondaire (3,2) ont moins de risques de faire face à une dépense catastrophique en santé qu'un ménage dont le CM n'a aucun niveau d'instruction.

Concernant le statut par rapport au marché du travail, les ménages dont le CM travaille (2,8) ont moins de risques qu'un ménage dont le CM ne travaille pas de faire face à une dépense catastrophique en santé.

Un ménage dont le CM a un handicap présente 1,2 fois plus de risques d'être en situation de dépenses catastrophique en santé.

Finalement, le statut d'assuré ou non n'est pas un déterminant significatif sur l'occurrence des dépenses catastrophiques de santé.

Tableau 6 : Résultats de l'estimation du modèle

	OR seuil 40%	OR seuil 25%	OR seuil 10%
Quintile (Ref : premier quintile)			
2	0,421939***	0,623895***	0,952293
3	0,574411**	0,510136***	0,719153***
4	0,446619***	0,427033***	0,582189***
5	0,228897***	0,265074***	0,374115***
Milieu (Ref : rural)			
Urbain	0,306356***	0,515114***	0,710434***
Sexe CM (Ref : Féminin)			
Masculin	0,516860***	0,626703***	0,752327***
Niveau instruction CM (ref : Aucun)			
Primaire	0,500264**	0,856190	1,003783
Secondaire	0,315551**	0,660139*	0,706342***
Supérieur	0,435569	0,596324	0,673893***
Travail (Ref : Non)			
Oui	0,353858***	0,352660***	0,579353***
CM de plus 60 ans (Ref : Non)			
Oui	0,540309***	0,581765***	0,867945**
Handicap (Ref : Non)			
Oui	1,238363	1,520864***	1,665196***
Région (Ref : Dakar)			
Ziguinchor	0,165186***	0,257645***	0,443515***
Diourbel	0,105574***	0,354913***	0,540087***
Saint-Louis	0,083389***	0,194568***	0,433910***
Tambacounda	0,151924***	0,332428***	0,582122***
Kaolack	0,143047***	0,268391***	0,622055***
Thiès	0,076841***	0,272838***	0,471219***
Louga	0,219043***	0,367687***	0,715040***
Fatick	0,213035***	0,389833***	0,615742***
Kolda	0,141520***	0,264514***	0,726674***
Matam	0,113229***	0,284771***	0,649409***
Kaffrine	0,090082***	0,224469***	0,513020***
Kédougou	0,025768***	0,221553***	0,601312***
Sédhiou	0,167658***	0,174772***	0,438982***

(***) Significatif au seuil de 1% ; (**) significatif au seuil de 5% ; (*) significatif au seuil de 10%.

Source : Estimations à partir de l'EHCVM 2018-19

RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES

1. Prendre des mesures fortes à plusieurs niveaux pour promouvoir des prescriptions adéquates des médicaments privilégiant les génériques et la lutte contre toute pratique allant dans le sens d'entraver leur large utilisation. A ce titre, nous suggérons :

- de lutter contre les pratiques peu orthodoxes de collusion entre certains prestataires (en relation avec des laboratoires, via des délégués médicaux), de grands distributeurs et officines qui favorisent la sur-prescription de médicaments de spécialité au détriment des produits concernés par l'Initiative de Bamako (IB);
- d'offrir de fortes incitations au personnel soignant et aux officines à proposer et prescrire les génériques en première intention;

- d'aligner le taux de remboursement des médicaments d'officine (y compris des médicaments de spécialité) sur celui des médicaments IB ou même aller dans le sens de la discrimination positive en faveur des IB en matière de remboursement;
- d'assurer le contrôle par les mutuelles de santé ou les autres assureurs des prescriptions grâce au recours aux services de médecins conseils pour défavoriser la tendance à la sur-prescription de médicaments pour le traitement ou la prévention des maladies.
- d'intégrer certains médicaments dans les politiques de gratuité pour réduire leur part sur les dépenses de santé. Ce qui nécessite la réalisation d'une étude pour un meilleur ciblage des médicaments à inclure dans ces politiques

2. Réaliser une étude spécifique et approfondie sur les dépenses en médicament des ménages en vue de produire suffisamment de données probantes à même d'éclairer les choix des décideurs sur les meilleures décisions à prendre en matière de politique pour réduire les paiements directs liés à ce bien.

3. Mettre en place ou améliorer les politiques pour réduire les paiements directs de santé qui sont sources de dépenses catastrophiques. Il s'agira notamment :

- d'accélérer la CSU avec un ciblage et prise en charge des quintiles les plus pauvres dans les mécanismes d'assurance pour réduire la part des paiements directs en pourcentage des dépenses totales de Santé.
- d'élargir le paquet de services offerts aux populations plus particulièrement les quintiles les plus pauvres dans les différentes politiques d'assurance santé et de subvention (publiques et privée) aux dépenses les plus susceptibles de faire basculer cette catégorie de la population dans la pauvreté.
- de mettre en place des dispositifs pour faciliter l'accès des pauvres aux services hospitaliers et d'examens médicaux.

4. Assurer une plus grande accessibilité géographique aux structures de santé à travers la construction de nouvelles structures de santé pour rapprocher le plus les populations des soins de santé et réduire les dépenses catastrophiques de santé des ménages liées à l'iniquité dans la répartition des établissements et services de santé entre le monde rural et les milieux urbains.

CONCLUSION

En somme, cette étude a permis de mettre en exergue la nature et l'impact des dépenses de santé notamment celles catastrophiques sur le bien-être du ménage après avoir déterminé le niveau de fréquentation des structures sanitaires.

Les résultats de l'étude montrent nettement que la part de la population ayant eu un problème de santé a fortement baissé entre 2014 et 2018-19 alors que la proportion de cette population ayant recouru à un service de soins de santé en cas d'un problème de santé en sensiblement augmenté sur la période sous revue.

En outre, il ressort de l'étude que le paiement des médicaments reste structurellement le premier poste de dépenses de santé au Sénégal. Par ailleurs, l'étude révèle qu'en 2018-19, 1,1% des ménages ont fait à une situation de dépenses catastrophiques. Les paiements directs contribueraient à appauvrir 1,3% de ménages. Une comparaison par rapport aux résultats de l'étude de 2011 montre que des progrès, imputables aux politiques de santé menées ces dernières années, ont été enregistrés dans ce domaine.

