

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)

RAPPORT FINAL

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

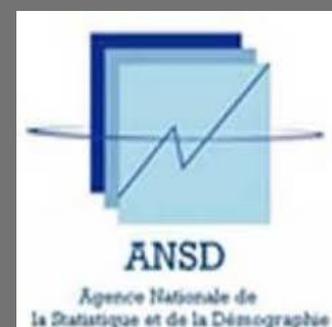
2014 ET 2018–2019

juin 2021

Par:

Aboubakry GOLLOCK, Ph.D.

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



NOTE CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ

La présente étude a été financée par le Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique. Toutefois, l'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans cette étude.

Les opinions exprimées dans la présente étude n'engagent que l'auteur/les auteurs cité(s) nommément.

Disclaimer

The World Health Organization, Regional Office for Africa, funded this study. However, the World Health Organization does not warrant that the information contained in this study is complete and correct.

The named author(s) alone are responsible for the views expressed in this study.

Auteur / Author

Dr Aboubakry GOLLOCK est économiste de la santé, de l'innovation et de la propriété intellectuelle. Il est enseignant chercheur à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et chercheur associé à l'Université de Montréal. Il est titulaire d'un Ph. D. en sciences économiques, d'un postdoctorat en santé publique au Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CR-CHUM), d'un Diplôme complémentaire au Ph.D en Analyse et évaluation des interventions en santé (AnEIS) à l'École de Santé Publique et d'un Diplôme d'Études Professionnelles Avancées (DEPA) en management des Organisations à l'Université de Montréal.

Il a plus de 20 ans d'expériences professionnelles internationales (Afrique, Europe, Amérique du Nord) dans l'enseignement supérieur et la recherche, la valorisation des connaissances et le renforcement des capacités ainsi que dans la négociation et le développement de partenariats, la gestion et l'évaluation de projets, programmes et politiques.

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce présent rapport sur les « Dépenses catastrophiques de Santé (DCS) et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal 2014 et 2018-2019 » a été réalisée par un consultant recruté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur demande du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) sous la supervision d'un Comité technique (CT). Sa réalisation a été essentiellement financée par l'OMS.

Le MSAS saisit l'occasion pour adresser ses sincères remerciements aux autres structures de l'État et aux partenaires techniques et financiers qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet exercice. Il y a lieu ici de magnifier les contributions techniques significatives de tous les experts qui ont participé aux travaux.

Mention spéciale est faite:

- à l'équipe de l'OMS-Bureau de Dakar qui a financé l'étude;
- au Consultant mandaté par l'OMS pour réaliser l'étude;
- à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) notamment la Cellule Économie de la Santé (CES) qui a assuré le suivi de la mission;
- aux membres du Comité technique de l'étude pour leur compétence et leur disponibilité;
- à l'équipe qui avait réalisé la première étude sur les DCS au Sénégal en 2012;
- à l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD);
- à l'Agence nationale de la couverture maladie universelle (ANACMU);
- au Point Focal de Global network for health financing (P4H)
- à l'United Nations of International Children's Emergency Fund (UNICEF).

A toutes les personnes physiques ou morales qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet important exercice, nous exprimons nos remerciements.

COMITE TECHNIQUE (CT) ET EQUIPE SUPPORT (ES)

| Nom et prénom | Fonction | Structure | Responsabilité |
|---------------------------------|---|---|-----------------|
| Dr Youssoupha NDIAYE | Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques | Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistique/Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (DPRS) | C.T/E.S |
| Mme. Thiané Guéye DIAW | Coordonnatrice de la Cellule d'Economie de la Santé | Cellule d'Economie de la Santé (CES)/DPRS | C.T/E.S |
| Dr. Jeff KABINDA MAOTELA | Coordinator Health System | Organisation Mondiale de la Santé (OMS) | Point focal OMS |
| M. Mame Abdoulaye GUEYE | Point Focal de Global network for health financing (P4H) | German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) | CT |
| M. Arona MBENGUE | Economiste de la sante Chef de Division chargé des Études et Recherche | Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU) | CT |
| M. Magor SOW | Economiste de la sante Chef de la Division Assistance Technique aux Mutuelles de Santé | ANACMU | CT |
| M. Malick DIOP | Chef de la Division de la Comptabilité Nationale et des Synthèses et Etudes Analytiques (DCENSEA) | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) | CT |
| M. Alioune TAMBOURA | Ingénieur statisticien Economiste au Bureau des Statistiques Sociales | ANSD | CT |
| M. Pape Ibrahima NDOUR | Ingénieur statisticien | Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale/DPRS | CT |
| Mme Aïssatou Niang GUEYE | Economiste | CES /DPRS | E.S |
| Mme Assiétou FALL | Economiste de la santé | CES /DPRS | E.S |
| Mme Nguéna NDIAYE | Economiste | CES /DPRS | E.S |
| M. Abdoulaye FAYE | Statisticien Economiste | CES /DPRS | E.S. |
| M. Ibrahima NGOM | Gestionnaire de projet | CES /DPRS | E.S. |
| M. Cheikh BA | Technicien en enseignement administration | CES /DPRS | E.S |

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| NOTE CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ | i |
| REMERCIEMENTS | ii |
| COMITE TECHNIQUE (CT) ET EQUIPE SUPPORT (ES) | iii |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | v |
| LISTE DES ILLUSTRATIONS | vi |
| RESUME EXECUTIF | vii |
| INTRODUCTION | 1 |
| I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE | 4 |
| I.1 Objectif général..... | 4 |
| 2. Objectifs spécifiques | 4 |
| II. BREVE PRESENTATION DU PAYS | 5 |
| III. METHODOLOGIE | 6 |
| 3.1 Présentation des données | 6 |
| 3.2. Définition et construction des variables de l'étude..... | 7 |
| IV. LIMITES DE L'ÉTUDE | 13 |
| V. ANALYSES ET DISCUSSION DES RESULTATS | 14 |
| V.1. Besoin déclaré et utilisation des structures de santé..... | 14 |
| V.2. Evolutions de quelques indicateurs de dépenses ménages entre 2014 et 2018-19 | 16 |
| V.3. Structure des paiements directs par quintile | 17 |
| V.4. Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer par quintile | 18 |
| V.5. Part des paiements directs de santé en pourcentage des dépenses totales par quintile..... | 19 |
| V.6 Evolution des dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré..... | 20 |
| V.7. Objet des paiements directs par milieu de résidence | 21 |
| V.8. Impact des paiements directs sur la pauvreté..... | 22 |
| V.9. Montant moyen à transférer | 23 |
| V.10. Les déterminants des dépenses catastrophiques de santé..... | 24 |
| VI. RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES | 28 |
| CONCLUSION | 30 |
| BIBLIOGRAPHIE | 32 |
| ANNEXES | I |

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ANACMU** : Agence nationale de la couverture maladie universelle
- **ANSD** : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- **CES** : Cellule Économie de la Santé
- **CMU** : Couverture Maladie universelle
- **CNS** : Comptes Nationaux de la Santé
- **COVID-19** : Coronavirus Disease 2019
- **CSU** : Couverture sanitaire universelle
- **CT** : Comité technique
- **DCS** : Dépense catastrophique de Santé
- **DPRS** : Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
- **EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- **EHCVM** : Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
- **FCFA** : Franc de la Communauté Financière Africaine
- **L2S** : Listening To Sénégal
- **MSAS** : Ministère de la santé et de l'action sociale
- **ODD** : Objectifs de Développement Durable
- **P4H** : Réseau Mondial pour les Systèmes de Financement de la Santé et la Protection Sociale en Santé
- **PIB** : Produit Interieur Brut
- **PNDSS** : Plan National de Développement. Sanitaire et Social
- **PSE** : Plan Sénégal Émergeant
- **SNFS** : Stratégie nationale de Financement de la Santé du Sénégal
- **UNICEF** : United Nations of International Children's Emergency Fund

LISTE DES ILLUSTRATIONS

1. LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Besoin déclaré et utilisation des structures de santé | 15 |
| Tableau 2 : Évolutions de quelques indicateurs de dépenses ménages entre 2014 et 2018-19 | 16 |
| Tableau 3 : Répartitions des dépenses de santé par quintile (2018-2019)..... | 17 |
| Tableau 4 : Impact des paiements directs sur la pauvreté | 23 |
| Tableau 5 : Résultats de l'estimation du modèle | 28 |
| Tableau 6 : Structure des paiements directs par quintile (Données graphique 1)..... | I |
| Tableau 7 : Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile (Données graphique 2)..... | I |
| Tableau 8 : Part des paiements directs de santé en % des dépenses totales par quintile (Données graphique 3)..... | I |
| Tableau 9 : Dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil | I |
| Tableau 10 : Répartition des paiements directs par milieu de résidence (Données graphique 5)..... | I |
| Tableau 11 : Estimation des DCS par modèle logit | II |

2. LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|--|----|
| Graphique 1 : Structure des paiements directs par quintile | 18 |
| Graphique 2 : Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile..... | 19 |
| Graphique 3 : Part des paiements directs de santé en pourcentage des dépenses totales par quintile | 19 |
| Graphique 4 : Dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré | 21 |
| Graphique 5 : Répartition des paiements directs par milieu de résidence | 22 |

RESUME EXECUTIF

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 avaient 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. 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). 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.

L'objectif de ce rapport est d'étudier les dépenses catastrophiques de santé au Sénégal et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services de 2014 et 2018-2019.

La méthodologie utilisée est de 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 utilisé. Les données utilisées 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.

En termes de résultats, il ressort de notre étude que 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.

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).

En 2018-2019, un ménage sénégalais dépensait en moyenne 4 401 092 F CFA par an contre 3 668 736 FCFA en 2014. La 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 %.

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 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.

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 dans le milieu urbain comparativement à ceux 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 respectivement 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 pour 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.

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.

Concernant, le calcul des DCS, au seuil de 40% retenu par l'OMS, 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 de 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.

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. 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.

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.

Nos recommandations de politiques s'articulent autour de quatre (04) principaux points.

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'examen 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.

En définitive, 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.

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* ».

Pourtant à l'échelle mondiale, le Rapport des Nations Unies sur les ODD de 2020 indique qu'en 2017, le nombre de personnes couvertes par des services de santé essentiels était seulement estimé entre 2,5 et 3,7 milliards, soit entre un tiers (1/3) et la moitié (1/2) de la population mondiale. Seuls 12 % à 27 % d'habitants de pays à faible revenu étaient entièrement couverts contre le risque sanitaire cette année-là. 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 2012 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 représentaient 46,9% des dépenses totales de santé en 2014, 49,5% en 2015 et 48,8% en 2016. L'analyse des répartitions des paiements directs des ménages entre les différentes de dépenses de santé montre que ceux-ci sont principalement destinés à l'achat de médicaments. 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.

Par ailleurs, 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, cette étude sur les DCS est réalisée dans un contexte particulier de pandémie de la COVID-19 même s'il faut préciser que sa période sous revue concerne les périodes 2014 et 2019. Les conséquences de la crise sanitaire sur l'activité économique, en général, et les revenus des ménages, en particulier, ont accentué leur vulnérabilité et risque d'appauvrissement. Aussi, l'avènement de la COVID-19 affecte 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.

En même temps, la majorité des ménages sénégalais, dépourvus d'assurance santé adéquate, est exposée à d'importantes dépenses de santé et frais connexes en cas de maladie. La survenance d'un risque sanitaire non-couvert impacte négativement sur le niveau de vie des ménages, l'achat des soins médicaux engendrant la perturbation de leurs conditions de vie matérielles et financières. En effet, si les dépenses de soins de santé sont importantes par rapport aux ressources disponibles du ménage, cette

perturbation du niveau de vie peut atteindre un niveau « catastrophique ». Ce qui amène certains ménages à renoncer aux services de santé ou à adopter des stratégies d'évitement des structures de santé (automédication, recours à des soins alternatifs, etc.). Ces comportements font basculer davantage de franges de la population dans la précarité et l'extrême vulnérabilité, les maintiennent en mauvaise santé et dans le cercle vicieux de la pauvreté.

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 fait, ces dernières années, d'importants efforts (aux niveaux stratégique et 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 Émergent (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 PSE, cadre de référence des politiques publiques, il faut citer 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 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) qui facilitent l'accès aux soins à leurs bénéficiaires.

Au regard du nombre et de l'ampleur des initiatives prises par l'État du Sénégal pour assurer une protection financière adéquate et durable des populations dans l'utilisation des biens et services de santé depuis 2011, il est nécessaire d'actualiser la première étude sur les DCS réalisée au Sénégal avec l'appui de l'OMS.

C'est pourquoi, environ dix ans après, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) avec l'appui de l'OMS lance une nouvelle étude en vue, en autres, d'évaluer les progrès réalisés jusque-là dans la prise en charge des dépenses de santé susceptibles de faire basculer les ménages dans la pauvreté. Au-delà des comparaisons temporelles, elle sera aussi l'occasion de comparer le Sénégal avec certains pays qui ont fait l'exercice de réaliser des études sur les DCS. Aussi, ce travail permettra aux décideurs de disposer de données probantes à même de faciliter la prise de décision en vue d'améliorer la protection financière des populations.

Le présent rapport vise à présenter les principaux résultats de l'étude sur les DCS au Sénégal en 2014 et 2018-2019. Il est structuré en quatre parties. La première présente les objectifs de l'étude, la deuxième expose la méthodologie, la troisième présente et analyse les résultats et la quatrième décline les implications en termes de politiques sous forme de recommandations.

I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

I.1 Objectif général

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

2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agira de :

- 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.

II. BREVE PRESENTATION DU PAYS

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême ouest du continent africain entre 12°5 et 16°5 de latitude nord et 11°5 et 17°5 de longitude ouest ; le Sénégal est limité au nord par la République islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée Bissau et la République de Guinée et bordé à l'ouest par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de plus de 700 km de long sur l'océan. Le Sénégal couvre une superficie de 196 712 Km².

Au plan socio-sanitaire, à l'instar de certains pays d'Afrique subsaharienne ayant entamé leur transition démographique, le mouvement de la population sénégalaise est marqué par une baisse de la mortalité et un recul timide de la fécondité, engendrant une augmentation de la population. En effet, la population du Sénégal est passée de 13 508 715 en 2013 à 15 726 037 habitants en 2018. Le taux de croissance démographique annuel intercensitaire est de 2,5%. Par ailleurs, la tendance baissière de la mortalité s'observe à travers le taux mortalité notamment des enfants de moins de 5 ans comme le montrent les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé (EDS). En outre, toujours selon les EDS avec un indice synthétique de fécondité de 4,7 enfants par femme, le rythme de croissance de la population reste à un niveau relativement important.

Au plan macroéconomique, l'économie sénégalaise a enregistré des taux de croissance relativement élevés durant la période couverte par l'étude. Sur la période 2014-2018, correspondant à la première phase de mise en œuvre du PSE, le taux de croissance du PIB est de 6,6% en moyenne. Cependant, en 2019, le taux de croissance du PIB réel a connu un infléchissement jusqu'à 4,4%, en raison d'un ralentissement des activités observées dans tous les secteurs économiques, entre 2018 et 2019 (ANSD,

2019) : secteur primaire (4,5% contre 8,1%), secteur secondaire (3,7% contre 6,5%), secteur tertiaire (4,6% contre 5,4%).

III. METHODOLOGIE

Ce présent rapport se base sur la méthodologie 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 cette méthodologie, 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. La capacité à payer d’un ménage est calculée à partir des dépenses totales et les dépenses d’alimentation ajustées à la taille du ménage.

Cette section présente les données, donne une définition opérationnelle des différents variables clés de l’étude. Le modèle utilisé pour identifier les déterminants de DCS au Sénégal ainsi que ses résultats est présenté dans la section suivante.

Conformément aux orientations reçues de l’OMS, c’est le seuil de 40 % qui est retenu. Cependant, bien que n’ayant pas été mentionnés dans la commande, d’autres seuils (25%, 10%) sont utilisés à des fins d’analyses et comparaisons. Ces derniers sont généralement appliqués dans d’autres études pour calculer les DCS et suivre les indicateurs de Couverture Santé Universelle (CSU) dans le cadre du suivi des Objectifs de Développement Durable (ODD). Ce qui pourra nous permettre de comparer nos résultats avec ceux d’une étude réalisée au Sénégal sur les DCS en 2019 (mais ne couvrant que trois régions du pays) d’une part et ceux d’autres études réalisées au niveau international utilisant les taux de 10 % et 25 % d’autre part.

3.1 Présentation des données

Les données utilisées sont principalement issues des extractions faites sur différentes bases des enquêtes ménages réalisées au Sénégal et relatives aux dépenses et à la consommation. Ces données sont 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. Les données qui nous intéressent concernent spécifiquement des sections 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'Écoute du Sénégal ou Listening To Sénégal (L2S) de 2014/2015 d'autre part. La taille de l'échantillon des ménages est estimée à 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.

Ces deux enquêtes réalisées à l'échelle nationale sur les ménages représentatifs incluent des données à un niveau individuel et un niveau ménage.

Au niveau individuel, les données collectées sont relatives aux caractéristiques socio-économiques (âge, sexe, éducation, lieu de résidence, etc.) et à l'utilisation des services de santé de l'individu.

Au niveau ménage, les données sont relatives aux dépenses totales de consommation, aux dépenses alimentaires, aux paiements directs de santé, aux primes d'assurance maladie, au nombre de personnes vivant dans le ménage, etc.

Notons que la base que la base de l'Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) de 2018/2019 est plus complète que celle de l'Enquête de référence à l'Écoute du Sénégal ou Listening To Sénégal (L2S) de 2014/2015. Certaines variables collectées par l'enquête L2S (notamment celles portant sur l'utilisation des services) étant agrégées. Pour celles-ci la structure de 2011 est utilisée pour procéder à leur désagrégation et l'analyse détaillée.

3.2. Définition et construction des variables de l'étude

Pour faciliter les comparaisons, les définitions des variables, la démarche adoptée pour leur construction ainsi que les sigles utilisés pour les illustrer seront les mêmes que ceux de l'étude de 2011 et de la plupart des études commanditées par l'OMS sur les DCS. Toutes les variables liées aux dépenses seront converties en un montant mensuel.

✓ **Besoins déclarés (*illness*)**

Les besoins déclarés (*illness*) sont obtenus en recensant l'ensemble des maladies déclarées par les individus durant une période définie qui précèdent l'enquête. La variable prend la valeur 1 si l'individu déclare une maladie (paludisme, fièvre, diarrhée, etc.) et 0 dans le cas contraire.

✓ **Utilisation des services (*utilization*)**

L'utilisation des services (*utilization*) est obtenue en combinant les variables relatives aux questions portant sur la consultation (oui ou non) d'un service de santé, d'un guérisseur, ou d'un marabout durant une période prédestinée et le genre de service de santé qui a fait l'objet de cette consultation. Si l'enquêté répond par l'affirmative à la première question et que le service de santé consulté est un hôpital, une clinique, un centre, poste ou case de santé, un cabinet de médecin, de dentiste ou de sage-femme, la variable prend la modalité 1 « utilisation de service de santé » et 0 autrement. Le taux d'utilisation est obtenu en calculant la moyenne pondérée de la variable sur toute la population.

✓ **Hospitalisation (*hospitalization*)**

La variable hospitalisation (*hospitalization*) est construite en utilisant le proxy « est ce que l'individu a effectué une dépenses d'hospitalisation pour la maladie dont il souffre », s'il répond par oui, l'hypothèse faite est qu'il a utilisé un service d'hospitalisation et la variable prend 1 et 0 dans le cas contraire. Le taux d'hospitalisation est obtenu en calculant la moyenne sur tous les individus qui ont répondu par l'affirmative à cette question.

✓ **Paiement directs (*oop*)**

Les paiements directs de santé font référence aux paiements effectués par les ménages quand ils utilisent les services de santé. Ils sont généralement réalisés au point de délivrance du bien ou service de santé et sont nets de tout remboursement d'assurance. Les dépenses liées au transport et à la nutrition spéciale sont exclues des

paiements directs. Par contre, les dépenses effectuées chez les prestataires traditionnels y sont incluses.

Les paiements directs sont approchés par les dépenses de santé portant sur les périodes concernées. Ils sont composés des dépenses de consultations (*oop_fee*), de médicaments et pharmacopée traditionnelle (*oop_drug*), d'hospitalisation (*oop_in*), d'examens biologiques et analyses (*oop_exam*) et des autres dépenses de santé (*oop_other*).

✓ **Dépenses de consommation des ménages (*exp*)**

Les dépenses de consommation des ménages comprennent les paiements monétaires et les dépenses en nature pour tous les biens et les services, ainsi que la valeur de l'autoconsommation. Les dépenses de consommation des ménages sont ainsi égales à la somme des dépenses alimentaires et des dépenses non alimentaires (y compris les dépenses en nature et celles qualifiées d'exceptionnelles).

- **Dépenses alimentaires (*food*)**

Les dépenses alimentaires des ménages correspondent au montant consacré à tous types de nourriture par les ménages, plus la valeur de l'auto-consommation. Ces dépenses excluent celles réalisées sur les boissons alcoolisées et la consommation alimentaire hors ménage (par exemple celles effectuées à l'hôtel ou au restaurant sont exclues).

✓ **Dépenses non alimentaires (*nfood*)**

Elles sont composées des dépenses en produits non alimentaires. Elles excluent les dépenses de consommations en tabac. Par contre, les dépenses de scolarisation et de santé sont prises en compte.

✓ **Dépenses exceptionnelles (*depexc*)**

Les dépenses exceptionnelles correspondent à celles liées aux constructions de logements, à l'achat de terrain et de logement clef en main, aux cérémonies diverses (baptême, mariage, anniversaire...), aux fêtes religieuses, aux impôts, colliers,

chaînes, bracelets, etc.), aux achats de mobiliers et équipements durables, aux achats de moyens de transports et des grosses réparations.

✓ **Détermination des dépenses de subsistance des ménages et du seuil de pauvreté**

Dans cette méthodologie, le seuil de pauvreté utilisé correspond aux dépenses de subsistance.

- **Calcul des dépenses de subsistance d'un ménage**

Les dépenses de subsistance des ménages correspondent au montant minimum requis pour un niveau de vie basique dans la société. La démarche adoptée le calcul de celles-ci est la suivante :

Étape 1 : on génère la part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales (foodexp_h) pour chaque ménage en divisant les dépenses d'alimentation du ménage par ses dépenses totales:

$$foodexp_h = \frac{food_h}{exp_h}$$

Étape 2: on détermine la taille équivalente du ménage (eqsize) qui est construite pour prendre en compte les économies d'échelles.

$$eqsize_h = hsize_h^\beta$$

Où hsize est la taille du ménage.

$\beta = 0,56$ valeur du paramètre estimée dans une étude antérieure basée sur des enquêtes auprès des ménages de 59 pays.

Dans les étapes suivantes, les différents calculs seront effectués pour déterminer la capacité à payer.

Etape 3 : on divise les dépenses d'alimentation de chaque ménage par sa taille de ménage équivalente afin d'obtenir ses dépenses d'alimentation « équivalentes » (eqfoodh).

$$eqfood_h = \frac{food_h}{eqsize_h}$$

Etape 4 : on classe les ménages par centile et on identifie les valeurs de parts des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales (foodexp_h) qui sont entre le 45e et le 55e centile dans la population. Ces valeurs sont notées respectivement food45 et food55.

Etape 5 : on calcule la moyenne pondérée des dépenses d'alimentation pour les ménages qui sont e 45ème et 55ème centile. Ceci établit le niveau des dépenses de subsistance par personne « équivalente », ce qui correspond aussi au seuil de pauvreté de la population considérée.

$$pl = \frac{\sum w_h * eqfood_h}{\sum w_h} \text{ ou } food45 < foodexp_h < food55$$

Etape 6 : on calcule les dépenses de subsistance pour chaque ménage (se_h)

$$se_h = pl * eqsize_h$$

- **Détermination du seuil de pauvreté**

Il y a plusieurs façons de définir la pauvreté mais aucune n'est parfaite compte tenu de la théorie et de la faisabilité en pratique. Le seuil de pauvreté peut être relatif, absolue (généralement entre 1\$ et 2 \$) ou approché par un proxy comme la dépense de subsistance.

Dans cette étude, le seuil de pauvreté utilisé correspond aux dépenses de subsistance du ménage médian ; c'est-à-dire du ménage qui se situe au 50ème centile de part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales. A cet effet, les dépenses moyennes d'alimentation des ménages dont la part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales se situe entre le 45ème et le 55ème centile sont utilisées afin de minimiser les erreurs de mesure. Ainsi, un ménage est considéré pauvre (poor_h) quand ses dépenses totales (exp_h) sont inférieures à ses dépenses de subsistance (se_h) :

$$poor_h = 1 \text{ if } exp_h < se_h$$

$$poor_h = 0 \text{ if } exp_h \geq se_h$$

✓ **Capacité à payer du ménage (ctp)**

La capacité à payer d'un ménage correspond à ses dépenses de non- subsistance d'un ménage. C'est-à-dire ce qui reste au ménage après la satisfaction de ses besoins en dépenses de subsistance.

$$ctp_h = exp_h - se_h \text{ if } se_h \leq food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h \text{ if } se_h > food_h$$

✓ **Paiements direct exprimés en part de la capacité à payer (oopctp)**

Pour identifier les ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé, une variable (*oopctp*) est créée. Elle représente le fardeau des paiements directs de santé défini comme le pourcentage des paiements directs sur la capacité à payer d'un ménage :

$$oopctp_h = \frac{oop_h}{ctp_h}$$

✓ **Dépenses de santé catastrophiques (cata)**

Un ménage fait face à des dépenses catastrophiques quand ses paiements directs de santé sont supérieurs ou égaux à 40% de sa capacité à payer (en d'autres termes à ses dépenses de subsistance). Ce seuil de 40% peut changer selon la situation du pays considéré.

La variable pour désigner les DCS est construite comme une variable muette, où la valeur 1 indique que le ménage a fait face à des dépenses catastrophiques et la valeur 0 que le ménage n'a pas fait face à des dépenses catastrophiques.

$$cata_h = 1 \text{ si } oop_h/ctp_h \geq 0.4$$

$$cata_h = 0 \text{ si } oop_h/ctp_h < 0.4$$

✓ **Appauvrissement (impoor) et calcul des montants à transférer**

Un ménage non-pauvre est appauvri par des paiements de santé lorsqu'il tombe en dessous du seuil de pauvreté après avoir effectué ces paiements. Ainsi, la variable *impoor* prend la valeur 1 si un ménage est appauvri, et 0 autrement:

$$impoor_h = 1 \text{ si } exp_h \geq se_h \text{ et } exp_h - oop_h < se_h$$

$$impoor_h = 0 \text{ autrement}$$

La différence entre la proportion de personnes en dessous du seuil de pauvreté avant et après les paiements directs nous permet d'estimer leur incidence sur la pauvreté durant les périodes de revue.

Des analyses comparatives des proportions des ménages appauvris selon le lieu de résidence de ménages et des quintiles ont été réalisées.

Le calcul des gaps à combler pour éviter que le ménages ne basculent ou ne restent dans la pauvreté nous a permis de déterminer les montants à transférer aux ménages pour alléger le fardeau des dépenses de santé. Ces montants moyens à transférer seront évalués par quintile de ménage.

✓ **Détermination des quintiles de dépense**

Les quintiles de dépenses sont générés en classant par ordre croissant la variable des dépenses totales du ménage ajusté pour sa taille équivalente (*eqexp_h*). Cette dernière est calculé de façon suivante :

$$eqexp_h = exp_h/eqsize_h$$

IV. LIMITES DE L'ETUDE

La présente étude sur les dépenses catastrophiques de santé a permis de mettre en évidence entre autres l'impact des paiements directs en santé sur l'appauvrissement des ménages. Cependant, il est important de relever quelques limites inhérentes à la nature de certaines données collectées et d'autres biais :

- La base EHCVM est plus complète que celle de L2S. La nature agrégée des dépenses de santé de la base L2S qui n'a pas permis de calculer des moyennes de dépenses en santé selon la nature de certaines prestations reçues ;
- Les différences de rubriques des dépenses en santé et de leur périodicité de mesure constituent des sources de biais. Aussi, comme pour la plupart des données d'enquêtes collectées sur des dépenses de ménages réalisées sur une période du passé, l'omission (volontaire ou involontaire) de paiements réalisés lors de l'utilisation peut constituer une source de biais dans la détermination des montants exacts de ces dépenses de santé. Notons cependant que dans le traitement des bases, différentes techniques sont utilisées pour réduire l'effet de ces biais notamment de mémoire sur les résultats de l'étude
- L'autre limite de l'étude est la difficulté à faire un lien direct les besoins déclarés, l'utilisation des services et les dépenses de santé des ménages du fait de la différence de périodicité de collecte de ces différentes informations.

V. ANALYSES ET DISCUSSION DES RESULTATS

V.1. Besoin déclaré et utilisation des structures de santé

L'analyse du tableau ci-dessus montre nettement que 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%, soit quasiment de moitié. En revanche, la proportion des malades ou blessés ayant recouru à une structure de santé sur la période sous revue, s'est nettement améliorée en passant quasiment du simple en 2014 (23,5%) à près du triple en 2018-19 (60,7%). Ce résultat s'explique 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.

L'examen selon le niveau quintile révèle que le recours à une structure ou service de soins en santé augmente avec le niveau de bien-être. En effet, 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 sept personnes sur dix (71,2%) en passant de six personnes sur dix pour ceux du quintile médian (58,3%). En ce qui concerne, l'hospitalisation nos résultats montrent aussi que l'utilisation de ces services augmente avec le bien être. On passe de 1,7 % pour le premier quintile à 3% au cinquième quintile (soit presque du simple au double). Ces résultats viennent conforter ceux de l'étude sur les DCS réalisée en 2011 au Sénégal

Par ailleurs, l'utilisation des services et l'hospitalisation augmentent avec le niveau d'instruction en 2018-2019.

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

V.2. Evolutions de quelques indicateurs de dépenses ménages entre 2014 et 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 haussière de ce même taux qui avait été constatée entre 2005 et 2011 et qui était passé de 86,52 % à 88,50 %. Ce résultat peut s'expliquer par les effets des politiques d'exemption partielles et universelles mis en place par l'Etat du Sénégal depuis quelques années.

Par ailleurs le paiement des médicaments reste le premier poste de dépenses et représente 51,8% des dépenses de santé en 2019 contre 61,3% en 2014.

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

L'analyse révèle nettement que quel que soit le quintile de dépense considéré, le médicament est le premier poste de dépenses en santé des ménages. Les dépenses des ménages du cinquième quintile (139 258 F) dépassent en moyenne plus du quadruple de la dépense moyenne d'un ménage du premier quintile en médicaments. Cette différence est plus accentuée en considérant les dépenses en examens

médicaux. Ce résultat pourrait s'expliquer par le pouvoir d'achat des quintiles les plus riches ainsi que leur plus grande propension à recourir aux officines pour se procurer les médicaments nécessaires au traitement de leur épisode morbide.

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

V.3. Structure des paiements directs par quintile

L'examen de la structure des dépenses selon le quintile montre que, plus le ménage est pauvre, plus la part relative des dépenses en médicaments dans les dépenses de santé est importante. 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).

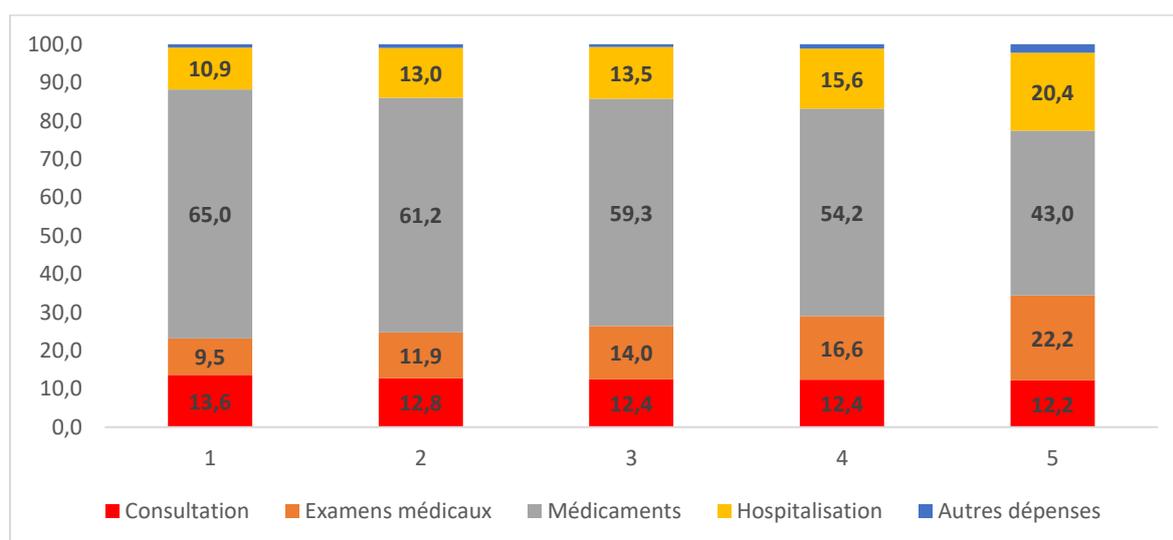
Inversement, plus le ménage est pauvre plus la part des dépenses d'hospitalisation dans les paiements directs est faible. Elle est 10,9 % pour le quintile le plus pauvre (quintile 1) alors pour le quintile le plus riche (quintile 5), il est de 20,4%. Ainsi, la part des paiements directs consacrée aux hospitalisations augmente ainsi avec le niveau de bien-être. Il est 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 par les pauvres pourrait s'expliquer à la fois par des problèmes d'accessibilité financière, géographique, de disponibilité de service mais aussi de l'adoption de stratégies consistant à éviter les hospitalisations et de certains services. De même, le recours à de médecines alternatives (tradipraticiens, marabouts, etc.) ou à l'automédication

peut expliquer cette faible de la part des paiements directs dans les dépenses d'hospitalisation des plus pauvres.

Il y a lieu de souligner qu'en ce 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 et 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.

Graphique 1 : Structure des paiements directs par quintile



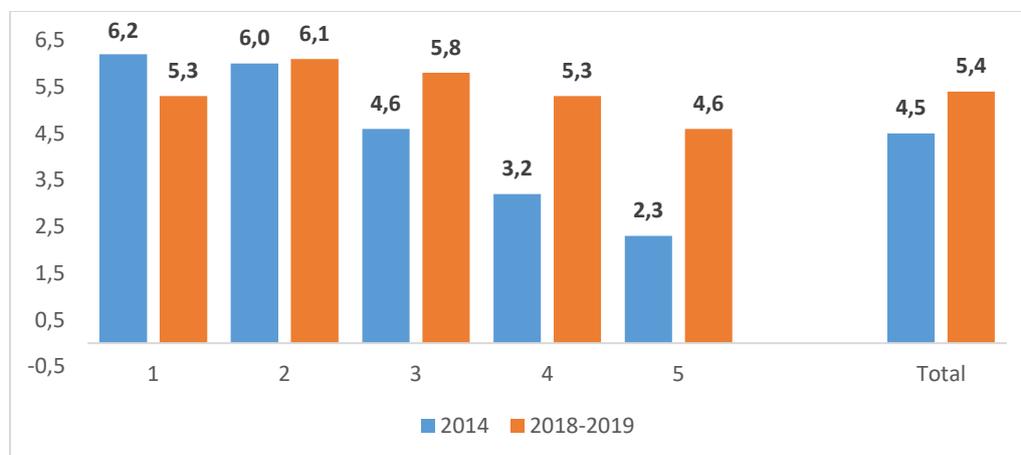
Source : EHCVM 2018-19

V.4. Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer par quintile

A l'analyse du graphique ci-dessous, il ressort nettement 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 2 : Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile

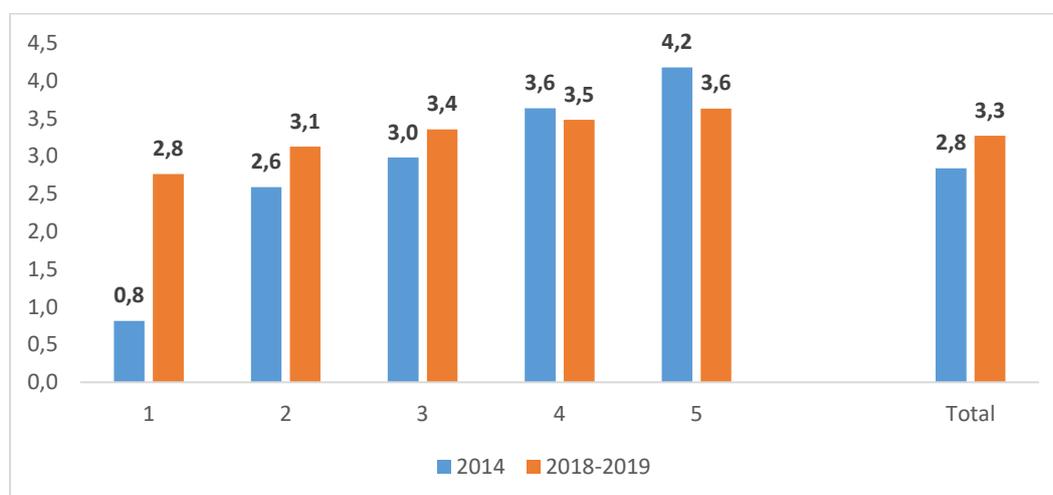


Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

V.5. Part des paiements directs de santé en pourcentage des dépenses totales par quintile

Entre 2014 et 2018-2019, la part des dépenses de santé dans les dépenses des ménages a augmenté pour les ménages des trois premiers quintiles alors que celle-ci a diminué pour les ménages deux derniers quintiles. Cela pourrait s'expliquer, d'une part, par la faiblesse relative du niveau des revenus et, d'autre part, par une faible couverture sociale des ménages des trois premiers quintiles par rapport aux deux autres.

Graphique 3 : Part des paiements directs de santé en pourcentage des dépenses totales par quintile



Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

V.6 Evolution des dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré

Au seuil de 40% retenu par l’OMS, 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. Notons que 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, pouvons-nous conclure qu’aussi bien la proportion que le nombre de ménages faisant face à des DCS a été divisé par plus de deux entre 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.

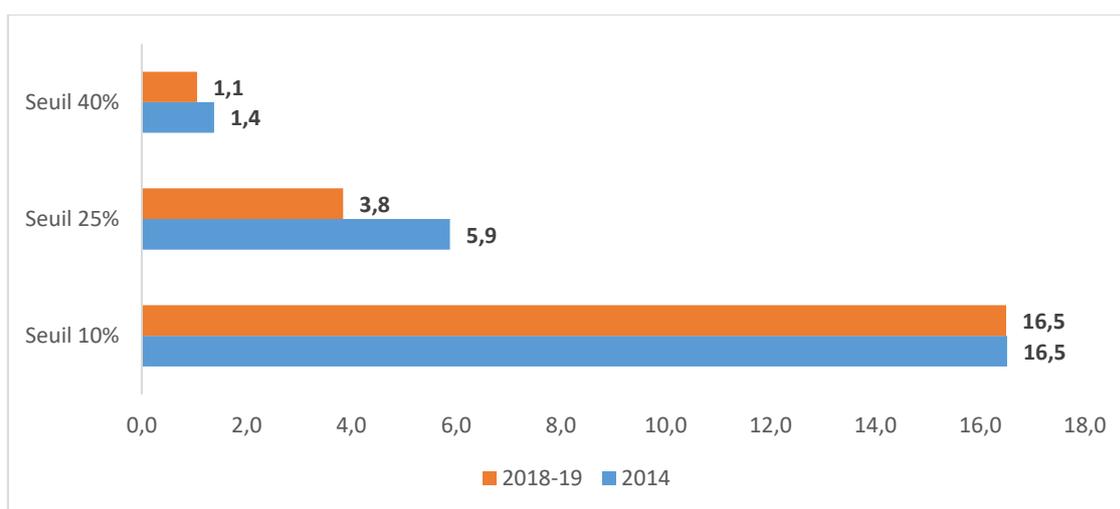
Autant au seuil de 10% qu’à celui de 25%, les résultats de nos calculs de l’incidence des DCS sont plus élevés que ceux de l’étude commanditée par l’ANACMU en 2019. En effet, les résultats de cette étude (qui ne concernait que trois régions administratives du Sénégal) indiquent que quand le seuil passe de 10% à 25% de la dépense totale des ménages, l’incidence des paiements catastrophiques diminue de 12% à 2,19% chez les ménages des trois régions considérées (Tambacounda, Diourbel et Thiès).

Cette différence pourrait s’expliquer par plusieurs raisons :

- la portée des deux études (notre étude est nationale et l’autre ne cible que trois régions) ;

- les périodes de collecte sont différentes ;
- la forte pénétration des mutuelles de santé dans une région considérée comme Thiès, pionnière de la mutualité au Sénégal peut favoriser une plus grande protection financière contre le risque santé et, par conséquent, contre les dépenses catastrophiques de santé.

Graphique 4 : Dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré

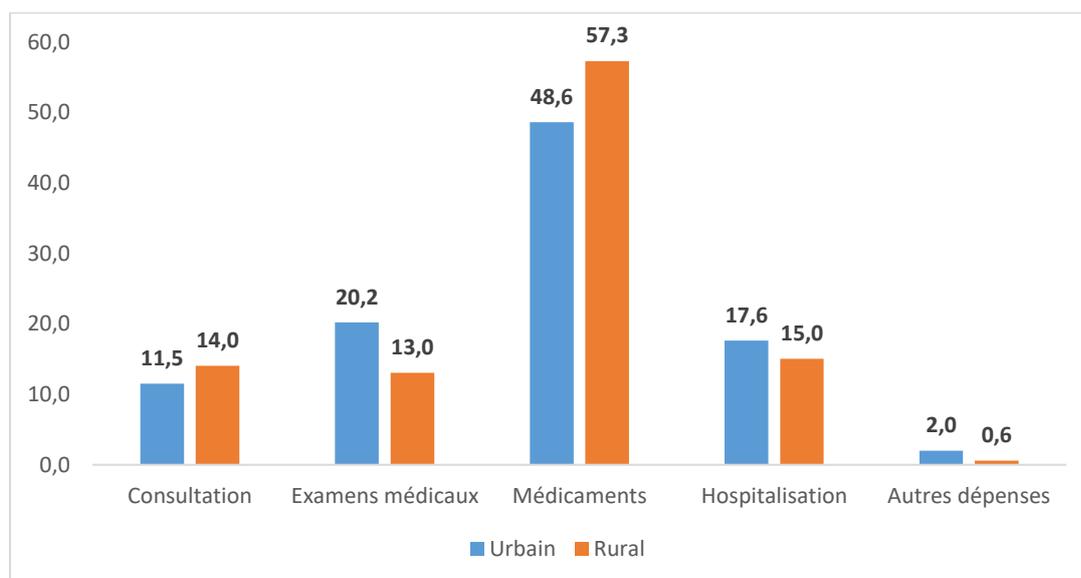


Source : L2S 2014 & EHCVM 2018-19

V.7. Objet des paiements directs par milieu de résidence

Le graphique ci-dessous permet de voir nettement que 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%), et ce davantage en milieu rural ainsi que les consultations (14,0% contre 11,5%). Par contre 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 dans le milieu urbain comparativement à ceux du monde rural.

Graphique 5 : Répartition des paiements directs par milieu de résidence



Source : EHCVM 2018-19

V.8. Impact des paiements directs sur la pauvreté

Cette section cherche à évaluer l'impact éventuel des paiements directs sur le niveau de vie des ménages. Pour se faire, comme indiqué par méthodologie définie par l'OMS, un seuil de pauvreté est calculé (voir partie méthodologie).

En suivant cette méthodologie, 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.

Pour appréhender l'impact des paiements directs de santé sur le niveau de vie des ménages, un deuxième taux de pauvreté est calculé en ne considérant que les dépenses totales hors paiements directs. A cet égard, les dépenses de subsistance du ménage sont comparées aux dépenses totales hors paiements directs.

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 santé.

- **Taux de pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2018-2019**

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

V.9. Montant moyen à transférer

Pour prévenir un éventuel basculement des ménages ou leur maintien dans la pauvreté l'instauration d'une politique de Cash transfert pourrait être une solution. Il s'agit de déterminer les montants à transférer aux ménages pour alléger le fardeau des dépenses de santé. Compte tenu du niveau de pauvreté, en 2018-2019 les ménages pauvres sont dans le 1er quintile.

Par ailleurs, la situation de pauvreté s'est détériorée du fait des paiements directs en 2019. En effet, certains ménages du 2ème, 3ème et 4ème quintile sont devenus pauvres après avoir effectué des dépenses de santé.

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 F CFA par ménage avant paiement direct et 324 115 FCFA après paiement direct en 2018-2019.

Pour éradiquer la pauvreté, il faut transférer:

- un montant de 348 590 FCFA avant paiement direct et 324700 FCFA après paiement direct par ménage pour le premier quintile ;
- un montant de 165 843 FCFA après paiement direct par ménage pour le deuxième quintile ;
- un montant de 320 880 FCFA après paiement direct par ménage pour le troisième;
- un montant de 604 724 FCFA après paiement direct par ménage pour le quatrième.

V.10. Les déterminants des dépenses catastrophiques de santé

V.10.1 Modélisation

Pour la détermination des facteurs explicatifs des dépenses catastrophiques un modèle « *logit* » est indiqué surtout pour une variable binaire. Le modèle logit permet une interprétation aux variables explicatives au travers des paramètres β associés. Cependant, il convient de noter ce modèle présente comme inconvénient de ne pas tenir compte de l'hétéroscédasticité multiplicative.

La spécification du modèle est la suivante :

Pour chaque ménage i , la variable d'intérêt y_i , prend la valeur 1 si le ménage est classé comme un ménage qui fait face aux dépenses catastrophiques et 0 sinon, est considérée comme étant la manifestation d'une variable latente y_i^* . Avec un ensemble de variables explicatives, l'équation s'écrit:

$$y_i^* = \beta' x_i + \mu_i \begin{cases} 1 & \text{si } y_i^* > 0 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

Où $\beta' = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k)$ est le vecteur des coefficients et μ_i le terme d'erreurs supposées indépendantes identiquement distribué (i.i.d.) et $x' = (x_1, x_2, \dots, x_k)$, le vecteur des variables explicatives.

Le choix de la loi logistique donne la loi de la variable qualitative y_i , ce qui permet d'avoir la probabilité pour qu'un ménage subisse ou ne subisse pas des dépenses catastrophiques de santé. Elle s'écrit donc de la façon suivante :

$$\mathbb{P}(y_i = 1) = \mathbb{P}(y_i^* > 0) = \mathbb{P}(\mu_i > -\beta'x_i)$$

Comme la loi logistique est symétrique, alors

$$\mathbb{P}(y_i = 1) = \mathbb{P}(\mu_i < \beta'x_i) = \Lambda(\beta'x_i) = \frac{e^{\beta'x_i}}{1 + e^{\beta'x_i}} \cdot \Lambda$$

Avec Λ la fonction de répartition de la loi logistique.

V.10.2 Présentation et discussion des résultats de la modélisation

Les résultats 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 deux fois (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.

Ce résultat est conforme à la théorie selon laquelle l'appartenance des ménages aux quintiles relativement plus riches (2,3, 4 et 5) diminue le risque d'exposition du ménage à des dépenses catastrophiques par rapport aux ménages du premier quintile. Cette situation s'expliquerait par l'exposition des plus pauvres au renchérissement du coût de la maladie du fait des complications dues à un recours tardif aux soins lié à la faiblesse de leur revenu. Il s'y ajoute que ces ménages ont une plus forte propension à tomber malade du fait de la précarité de leur condition d'existence (promiscuité, défaut d'hygiène, manque d'information, etc.

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

résultat va dans le même sens que ceux de l'étude réalisée en 2019 dans les régions de Thiès, Diourbel et Tambacounda sur les DCS. En effet, les résultats de celle-ci montrent que les ménages dirigés par une femme sont 24,9 % moins exposés aux dépenses catastrophiques de santé que ceux dirigés par les hommes. Il est possible d'avoir plusieurs interprétations de ce résultat :

- une relative grande autonomie financière des femmes chefs ménages ;
- les transferts que reçoivent les femmes chefs de ménages épouses d'émigrés qui les rendent moins susceptibles d'être exposés aux risques d'être exposés aux DCS,
- une plus grande promptitude des femmes chefs de ménages à utiliser les services de santé dès l'apparition des premiers symptômes d'une maladie chez elles ou un des membres de leur famille comparativement aux hommes chefs de famille ;
- l'existence de politiques de gratuité (soins prénataux et post-nataux, enfants de moins de 5 ans, etc.) qui réduisent les coûts des consultations et le risque des femmes chefs de ménages de basculer dans la pauvreté du fait des DCS.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats du modèle montrent qu'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 des dépenses catastrophiques en santé qu'un ménage dont le CM n'a aucun niveau d'instruction. Cette situation pourrait s'expliquer la plus grande propension des personnes instruites à respecter et faire respecter dans leur famille les mesures préventives contre les maladies, à utiliser à temps les services de santé et à profiter des exemptions de soins dont ils ont droit dans les structures de santé. Le capital social peut aussi jouer en leur faveur. Entre autres, ces raisons pourraient contribuer

à rendre les ménages dirigés par des instruits à être moins exposés aux DCS que les ménages dirigés par un non instruit.

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. En effet, le statut de travailleur s'accompagne souvent de revenus qui permettent d'avoir une protection sociale et/ou financière contre le risque de basculer dans la pauvreté du fait des paiements directs. Alors que la situation de précarité et de vulnérabilité économique et financière que vit les familles dont le CM est sans-emplois les expose encore plus particulièrement aux DCS.

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

VI. RECOMMANDATIONS DE POLITIQUES

Un des résultats auquel convergent quasiment toutes les études réalisées sur les DCS et les CNS au Sénégal est que les dépenses en médicaments constituent la part la plus importante des paiements directs de biens et services de santé. Elles constituent l'une des principales causes de DCS des ménages. Par conséquent, des mesures fortes de politiques de santé doivent être prises pour changer la donne.

A ce titre, il convient :

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'examen 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 et représente 51,8% des dépenses de santé en 2019 contre 61,3% en 2014. Ce résultat corrobore les constats fait jusque sur les dépenses de santé au Sénégal (études sur les DCS au Sénégal en 2012, études

sur les CNS) d'où la nécessité de faire des études approfondies et spécifiques sur les médicaments.

Par ailleurs, au Sénégal 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 et que les populations du monde rural, notamment ceux du milieu rural. Une comparaison par rapport aux résultats de l'étude de 2011 montre que des progrès, imputables aux politiques de sante menées ces dernières années, ont été enregistrés dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam Leive, Ke Xu (2008) : Comment les ménages font-ils face aux dépenses de santé à leur charge : données empiriques provenant de 15 pays d'Afrique (OMS) ; *Bulletin de Organisation mondiale de la Santé* ; Volume 86, novembre, 817-908.
- ANACMU (2021) *Rapport sur la protection financière et l'impact du régime de la couverture maladie universelle sur les membres du secteur informel au Sénégal.*
- Gbayoro et al. (2019) : *Analyse de la protection contre les risques financiers liés à la santé des ménages en Côte d'Ivoire de 2008 à 2015.* Publié Livret du Programme des Résumés « Cinquième Conférence de l'Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé (AfHEA) Garantir les Soins de Santé Primaires pour tous: base pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Afrique » 11 – 14 Mars 2019, Accra.
- Ke Xu (2005) La distribution des paiements de santé et des dépenses catastrophiques : la méthodologie, EIP/HSF/DP.05.2 – Discussion Paper
- MEFP (2014) Plan Senegal Emergent (PSE).
- MSAS (2012) Rapport d'analyse des dépenses catastrophiques de sante et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal en 2005 et 2011.
- MSAS (2015). Rapport final des comptes nationaux de la sante du Sénégal
- MSAS (2017). Rapport final des comptes nationaux de la sante du Sénégal
- MSAS (2019) Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028
- MSAS (2020) Rapport des comptes de la santé 2014 – 2016 du Sénégal
- ONU (2020) Rapport sur les objectifs de développement durable 2020
- Tin Tin Su, Bocar Kouyaté, Steffen Flessa (2006) : Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso, Bulletin of the World Health Organisation, 2006.

ANNEXES

Tableau 7 : Structure des paiements directs par quintile (Données graphique 1)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| Consultation | 13,6 | 12,8 | 12,4 | 12,4 | 12,2 |
| Examens médicaux | 9,5 | 11,9 | 14,0 | 16,6 | 22,2 |
| Médicaments | 65,0 | 61,2 | 59,3 | 54,2 | 43,0 |
| Hospitalisation | 10,9 | 13,0 | 13,5 | 15,6 | 20,4 |
| Autres dépenses | 0,9 | 1,0 | 0,7 | 1,2 | 2,2 |

Tableau 8 : Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile (Données graphique 2)

| Année /Quintile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 2014 | 6,2 | 6,0 | 4,6 | 3,2 | 2,3 | 4,5 |
| 2018-2019 | 5,3 | 6,1 | 5,8 | 5,3 | 4,6 | 5,4 |

Tableau 9 : Part des paiements directs de santé en % des dépenses totales par quintile (Données graphique 3)

| Année /Quintile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 2014 | 0,8 | 2,6 | 3,0 | 3,6 | 4,2 | 2,8 |
| 2018-2019 | 2,8 | 3,1 | 3,4 | 3,5 | 3,6 | 3,3 |

Tableau 10: Dépenses catastrophiques de santé en fonction du seuil considéré (Données graphique 4)

| Seuil dépenses catastrophiques | 2014 | 2018-19 |
|--------------------------------|------|---------|
| Seuil 10% | 16,5 | 16,5 |
| Seuil 25% | 5,9 | 3,8 |
| Seuil 40% | 1,4 | 1,1 |

Tableau 11 : Répartition des paiements directs par milieu de résidence (Données graphique 5)

| | Consultation | Examens médicaux | Médicaments | Hospitalisation | Autres dépenses |
|--------|--------------|------------------|-------------|-----------------|-----------------|
| Urbain | 11,5 | 20,2 | 48,6 | 17,6 | 2,0 |
| Rural | 14,0 | 13,0 | 57,3 | 15,0 | 0,6 |

Tableau 12 : Estimation des DCS par modèle logit

| Quintile | DCS au seuil 40% | | | | DCS au seuil 25% | | | | DCS au seuil 10% | | | |
|------------------------------|------------------|---------|-------|-------|------------------|---------|-------|-------|------------------|---------|-------|-------|
| | Coefficient | Std,Err | z | P>z | Coefficient | Std,Err | z | P>z | Coefficient | Std,Err | z | P>z |
| 2 | -0,863 | 0,284 | -3,04 | 0,002 | -0,472 | 0,153 | -3,08 | 0,002 | -0,049 | 0,083 | -0,59 | 0,558 |
| 3 | -0,554 | 0,255 | -2,18 | 0,030 | -0,673 | 0,163 | -4,14 | 0,000 | -0,330 | 0,090 | -3,66 | 0,000 |
| 4 | -0,806 | 0,286 | -2,82 | 0,005 | -0,851 | 0,176 | -4,84 | 0,000 | -0,541 | 0,097 | -5,55 | 0,000 |
| 5 | -1,474 | 0,409 | -3,61 | 0,000 | -1,328 | 0,233 | -5,7 | 0,000 | -0,983 | 0,128 | -7,7 | 0,000 |
| Milieu | | | | | | | | | | | | |
| Urbain | -1,183 | 0,217 | -5,45 | 0,000 | -0,663 | 0,122 | -5,42 | 0,000 | -0,342 | 0,066 | -5,18 | 0,000 |
| Sexe CM | | | | | | | | | | | | |
| Masculin | -0,660 | 0,205 | -3,22 | 0,001 | -0,467 | 0,123 | -3,79 | 0,000 | -0,285 | 0,070 | -4,04 | 0,000 |
| Niveau instruction CM | | | | | | | | | | | | |
| Primaire | -0,693 | 0,322 | -2,15 | 0,031 | -0,155 | 0,171 | -0,91 | 0,365 | 0,004 | 0,092 | 0,04 | 0,967 |
| Secondaire | -1,153 | 0,480 | -2,4 | 0,016 | -0,415 | 0,229 | -1,81 | 0,070 | -0,348 | 0,119 | -2,92 | 0,004 |
| Supérieur | -0,831 | 0,759 | -1,1 | 0,273 | -0,517 | 0,412 | -1,26 | 0,209 | -0,395 | 0,194 | -2,03 | 0,042 |
| Travail | | | | | | | | | | | | |
| Oui | -1,039 | 0,206 | -5,04 | 0,000 | -1,042 | 0,124 | -8,39 | 0,000 | -0,546 | 0,071 | -7,65 | 0,000 |
| CM de plus 60 ans | | | | | | | | | | | | |
| Oui | -0,616 | 0,249 | -2,47 | 0,013 | -0,542 | 0,145 | -3,73 | 0,000 | -0,142 | 0,077 | -1,84 | 0,066 |
| handicap | | | | | | | | | | | | |
| Oui | 0,214 | 0,212 | 1,01 | 0,312 | 0,419 | 0,124 | 3,37 | 0,001 | 0,510 | 0,069 | 7,35 | 0,000 |
| Région | | | | | | | | | | | | |
| Ziguinchor | -1,801 | 0,387 | -4,65 | 0,000 | -1,356 | 0,246 | -5,51 | 0,000 | -0,813 | 0,142 | -5,74 | 0,000 |
| Diourbel | -2,248 | 0,437 | -5,14 | 0,000 | -1,036 | 0,219 | -4,73 | 0,000 | -0,616 | 0,131 | -4,69 | 0,000 |
| Saint-Louis | -2,484 | 0,522 | -4,76 | 0,000 | -1,637 | 0,289 | -5,67 | 0,000 | -0,835 | 0,146 | -5,71 | 0,000 |
| Tambacounda | -1,884 | 0,416 | -4,53 | 0,000 | -1,101 | 0,245 | -4,5 | 0,000 | -0,541 | 0,142 | -3,81 | 0,000 |
| Kaolack | -1,945 | 0,416 | -4,68 | 0,000 | -1,315 | 0,249 | -5,28 | 0,000 | -0,475 | 0,131 | -3,63 | 0,000 |
| Thiès | -2,566 | 0,525 | -4,89 | 0,000 | -1,299 | 0,241 | -5,4 | 0,000 | -0,752 | 0,135 | -5,57 | 0,000 |
| Louga | -1,518 | 0,358 | -4,24 | 0,000 | -1,001 | 0,236 | -4,24 | 0,000 | -0,335 | 0,134 | -2,51 | 0,012 |
| Fatick | -1,546 | 0,371 | -4,17 | 0,000 | -0,942 | 0,228 | -4,13 | 0,000 | -0,485 | 0,137 | -3,54 | 0,000 |
| Kolda | -1,955 | 0,444 | -4,4 | 0,000 | -1,330 | 0,265 | -5,02 | 0,000 | -0,319 | 0,135 | -2,37 | 0,018 |
| Matam | -2,178 | 0,405 | -5,38 | 0,000 | -1,256 | 0,228 | -5,51 | 0,000 | -0,432 | 0,132 | -3,26 | 0,001 |
| Kaffrine | -2,407 | 0,531 | -4,53 | 0,000 | -1,494 | 0,286 | -5,22 | 0,000 | -0,667 | 0,147 | -4,55 | 0,000 |
| Kédougou | -3,659 | 1,016 | -3,6 | 0,000 | -1,507 | 0,294 | -5,13 | 0,000 | -0,509 | 0,141 | -3,62 | 0,000 |
| Sédhiou | -1,786 | 0,417 | -4,28 | 0,000 | -1,744 | 0,314 | -5,56 | 0,000 | -0,823 | 0,153 | -5,38 | 0,000 |

