



Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011

Magor Sow, Malick Diop, Arona Mbengue, Abou AW, Farba Lamine Sall, Abibou Cissé, Badou Sonko, Ousseynou Diop, Sokhna Gaye et Priyanka Saksena
Auteur correspondant : Magor Sow, e-mail : magor03sow@yahoo.fr

RÉSUMÉ—Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la contribution des ménages au financement des soins de santé reste élevée au Sénégal. Le but de cette étude est de déterminer la proportion des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur la pauvreté, et de déterminer les facteurs explicatifs des dépenses catastrophiques. La méthodologie proposée par l'OMS a été utilisée à cet effet.

Il ressort qu'en 2011, 2,59 % des ménages ont effectué des dépenses catastrophiques, soit 38 056 ménages. En 2011, les paiements directs ont plongé 1,78 % des ménages dans la pauvreté contre 0,96 % en 2005. La part des dépenses en médicaments reste élevée pour les ménages : 68 % en milieu rural contre 55 % en milieu urbain en 2011. Les résultats économétriques montrent que le niveau de pauvreté, le milieu de résidence et l'existence d'un handicap au sein d'un ménage constituent des facteurs déterminants des dépenses catastrophiques.

See page 56 for the summary in English.
Ver a página 56 para o sumário em versão portuguesa.

Environ 150 millions de ménages dans le monde font face à des dépenses catastrophiques de santé, et quelque 100 millions tombent dans la pauvreté à cause des coûts des services de santé.¹

Au Sénégal, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)² de 2005 indiquaient une contribution des ménages au financement du système de santé à hauteur de 37,6 % de la dépense nationale de santé. Seulement 11 % de cette contribution correspondait à des cotisations d'assurance, les paiements directs constituant les 89 % restants. La part importante des paiements directs traduit, dans un contexte de pauvreté, le lourd fardeau supporté par les ménages pour faire face à leurs soins de santé. Ainsi, les dépenses de santé peuvent avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des ménages vulnérables et à faible capacité financière en raison de la perte de revenus qu'entraîne la maladie et des dépenses qui y sont liées. Cette étude met en évidence les phénomènes de l'appauvrissement et des dépenses catastrophiques dues aux paiements directs de santé qui peuvent survenir quand, pour payer les soins, le ménage doit s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à son revenu. L'étude identifie également les principaux facteurs associés aux dépenses catastrophiques et à l'inéquité dans l'utilisation des services de santé.

Méthodologie

Dans ce document, la méthodologie utilisée est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour analyser le fardeau des paiements directs de santé. Selon celle-ci, 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, capacité calculée à partir des dépenses totales et des dépenses d'alimentation ajustées à la taille du ménage.³ Cette même méthodologie a servi pour le calcul du seuil de pauvreté nécessaire à l'évaluation de l'effet des paiements directs sur le niveau de pauvreté des ménages et de l'utilisation des services de santé. Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles des Enquêtes de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS),⁴ qui ont été effectuées respectivement en 2005 auprès de 13 600 ménages et en 2011 auprès de 18 000 ménages.

Le système de santé du Sénégal

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² et comptait en 2011, selon les projections de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD), 12,85 millions d'habitants, dont 58,5 % vivant en milieu rural. Toujours en 2011, le PIB par tête d'habitant était estimé à 526 404 FCFA. Les ESPS ont révélé que

52 % des ménages vivaient en dessous du seuil national de la pauvreté en 2005 et 46,7 % en 2011.

En ce qui concerne le financement de la santé, l'État contribuait en 2005 à 36 % de la dépense nationale de santé, et ses partenaires techniques et financiers à 21 %. Ces fonds prépayés ont été utilisés en grande partie pour financer les services suivants (selon la classification des CNS) : soins curatifs (32 %), prévention et santé publique (22 %), médicaments (18 %) et construction et équipement (11 %).⁵

Les soins de santé primaires sont à la base de la politique de santé et l'ajustement de l'offre à la demande reste un souci constant. Moins de 20 % de la population bénéficie d'une couverture contre le risque de maladie à travers l'assurance maladie obligatoire, que l'on retrouve surtout dans les milieux urbains, et les mutuelles de santé qui ont un faible taux de pénétration. La généralisation des paiements directs au niveau des structures sanitaires publiques et privées a entraîné l'exclusion d'une bonne partie des Sénégalais des services de santé. Pour remédier à cette situation, l'État a adopté un régime d'assistance médicale qui regroupe des services de santé subventionnés et des mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Ces services comprennent les accouchements et césariennes, les soins aux personnes âgées, l'accès aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux. De plus, les traitements considérés coûteux de certaines affections tels le diabète, le cancer, les insuffisances rénales, etc. font l'objet de subventions.

Il faut cependant relever les insuffisances dans la mise en œuvre de ces mesures. Ces insuffisances découlent de la faiblesse de l'administration de ces dispositifs, notamment en ce qui concerne le ciblage des bénéficiaires et le niveau de subvention des prestations, mais également du fait des lenteurs constatées dans le recouvrement par les structures des subventions liées aux prestations.

Pour améliorer l'accessibilité aux soins des Sénégalais, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'est engagé dans une politique de développement de stratégies et d'approches orientées vers la couverture maladie universelle.



Résultats

Les besoins déclarés et l'utilisation des services par quintile

Les données indiquent que le nombre de chefs de ménage ayant déclaré une maladie a augmenté entre les deux années analysées, passant de 27,68 % en 2005 à 43,18 % en 2011. Toutefois, la proportion de ceux qui utilisent les services de santé est restée presque stable durant cette période.

L'analyse faite au niveau des quintiles met en évidence que les ménages du quatrième quintile sont plus touchés par la maladie, avec des proportions respectives de 30,66 % en 2005 et de 47,07 % en 2011, alors que ceux du premier quintile ont déclaré moins de maladies (26,01 % en 2005 et 40,04 % en 2011).

En ce qui a trait à l'utilisation des services de santé, les plus démunis (1^{er} et 2^{ème} quintiles) ont moins fréquenté ces services, avec des taux respectifs de 16,28 % et 19,75 % en 2005 contre 16,90 % et 19,06 % en 2011. Ce taux

est de 26,62 % chez les ménages du quatrième quintile et 25,07 % chez ceux du cinquième quintile en 2011.

Pour ce qui est du taux d'hospitalisation, il est passé de 10,19 % en 2005 à 13,99 % en 2011. Si l'on s'intéresse à ceux qui ont été hospitalisés dans une structure sanitaire, les plus riches les plus riches représentent la proportion la plus importante, 15,26 % en 2005 et 15,20 % en 2011. La part des chefs de ménages pauvres hospitalisés est faible (5,36 % en 2005 et 7,52 % en 2011), ce qui ne traduit sûrement pas le fait que ces individus n'ont pas été touchés par une maladie qui aurait nécessité une hospitalisation, mais plutôt l'inaccessibilité aux services hospitaliers en raison de leur revenu limité et de leur éloignement de ces structures.

Statistiques descriptives sur les dépenses totales et les paiements directs de santé

Les dépenses totales annuelles par ménage étaient évaluées à 2 333 334 FCFA (4 602,24 \$US) en 2005 contre 2 440 952 FCFA (4 814,5 \$US)⁶ en 2011, soit une hausse de 4,4 %. En 2011, les dépenses alimentaires constituaient 58 % en moyenne du total des dépenses. Les dépenses moyennes sur les paiements directs étaient de 72 781 FCFA (143,55 \$US), soit 3,06 % des dépenses totales des ménages.

Les données indiquent que les dépenses en médicaments (y compris la pharmacopée traditionnelle) demeurent un lourd fardeau pour les ménages. Toutefois, la part des dépenses en médicaments par les familles démunies passent de 66,8 % des paiements directs de santé en 2005 à 59,7 % en 2011. Par contre, la part des dépenses en frais d'hospitalisation a enregistré une hausse de 4,1 points pour s'établir en 2011 à 10,0 % du total des paiements directs. (Voir tableau 1.)

Tableau 1. Objet des paiements directs par milieu

Milieu	Consultations	Médicaments et pharmacopée	Hospitalisations	Examens et analyses	Soins
2005					
Urbain	16 %	60 %	6 %	14 %	6 %
Rural	10 %	81 %	5 %	3 %	1 %
2011					
Urbain	11 %	55 %	10 %	9 %	4 %
Rural	10 %	68 %	10 %	6 %	4 %

Répartition des paiements directs par type et par milieu

La majeure partie des paiements directs des ménages était allouée aux dépenses en médicaments et en pharmacopée traditionnelle. Cette part était estimée à 81 % en 2005 (68 % en 2011) pour les ménages vivant en milieu rural, et à 60 % en 2005 (55 % en 2011) pour ceux vivant en milieu urbain. Cette différence peut s'expliquer par la faiblesse du coût et du volume des prestations en milieu rural. Les dépenses en consultations occupent respectivement 16 % et 10 % en 2005 contre (11 % et 10 % en 2011) des paiements directs des ménages urbains et ruraux.

Répartition des paiements directs par type et par quintile

Les résultats montrent que, quelque soit le quintile de la population, le coût des médicaments constitue le pourcentage le plus important des dépenses, et que

sa part a augmenté entre 2005 et 2011. Pour ces deux années, la demande de services d'aide aux diagnostics semble plus systématisée dans le 5^{ème} quintile.

Plus le ménage est pauvre, plus la part des dépenses en médicaments dans les dépenses de santé est importante. Elle représentait environ 84 % en 2005 et 70 % en 2011 chez les plus pauvres, contre respectivement 56 % et 55 % chez les plus riches. Ces résultats montrent aussi que la part des paiements directs par rapport à la capacité à payer est passée de 4,18 % en 2005 à 7,79 % en 2011.

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

La part des paiements directs par rapport à la capacité à payer diminue des plus pauvres aux plus riches, passant de 5,03 % au 1^{er} quintile à 3,28% au 5^{ème} en 2005 (11,91 % et 4,24 % en 2011). Cette

situation s'expliquerait par l'impact du revenu et les bénéfices provenant d'une couverture d'assurance maladie pour la classe la plus riche. (Voir figure 1.)

Les dépenses catastrophiques

Les données indiquent qu'en 2011, 38 056 ménages Sénégalais, soit 2,59 % du total des ménages, ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé, c'est-à-dire lorsque la proportion des paiements directs par rapport à la capacité à payer du ménage dépasse 40 %. La plus forte concentration de ces ménages, soit 6,62 %, se trouvait dans le premier quintile de la population, celui des plus démunis.

Les ménages dont la part des paiements directs par rapport à la capacité à payer est comprise entre 20 % et 40 % présentent une grande vulnérabilité face aux dépenses élevées de santé par rapport à leurs moyens. Au niveau national, cette catégorie représentait 7,72 % des ménages. (Voir figure 2.)

Les paiements directs moyens par milieu de résidence et par quintile

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation en 2011, les ménages ruraux y consacrent en général plus de ressources. Ces résultats s'expliqueraient par le fait qu'une majorité des ménages ruraux ne bénéficient pas d'assurance maladie. En particulier, au niveau du 5^{ème} quintile, le niveau élevé des dépenses d'hospitalisation dans le monde rural serait lié à la fréquentation par ce groupe (qui ne bénéficie pas en majorité d'une couverture maladie) de structures hospitalières qui offrent des services à coût élevé.

Toutefois, une situation inverse est notée pour les quintiles 1 et 3 : les dépenses d'hospitalisation des ménages sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural en 2005 pour le 1^{er} quintile et en 2011 pour le 3^{ème} quintile.

Impact des paiements directs sur la pauvreté

En appliquant la méthodologie retenue aux données de l'ESPS 2011, il apparaît qu'avant paiement direct, 32,88 % des ménages sénégalais doivent être considérés comme pauvres. Ce pourcentage cache cependant des disparités. En effet, en

Figure 1. Part des paiements directs de santé en pourcentage de la capacité à payer par quintile

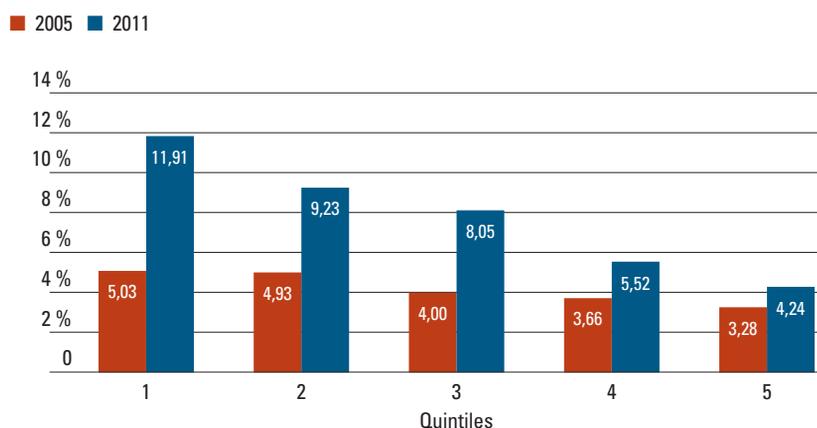
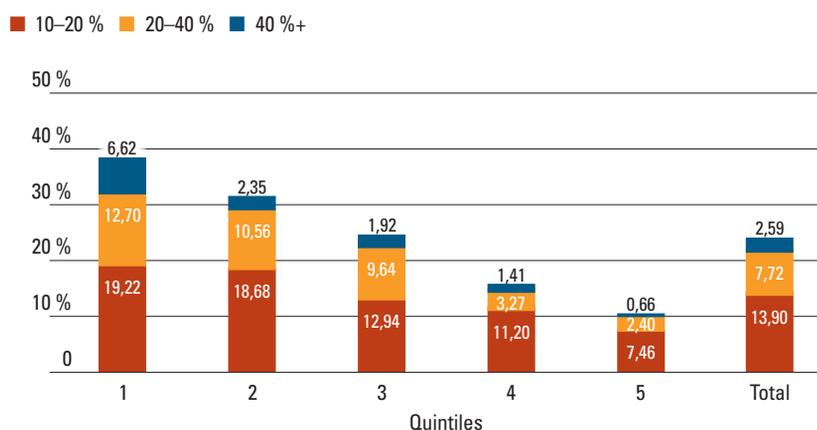


Figure 2. Distribution de la part de paiements directs sur la capacité à payer en 2011



milieu rural, la proportion des ménages pauvres est estimée à 52,06 % alors qu'en milieu urbain, elle est de 13,20 %. En utilisant ce seuil, l'appauvrissement dû à des paiements directs est de 0,96 % en 2005 et 1,78 % en 2011. Toutefois, il faut noter que la méthodologie utilisée pour le calcul du seuil de pauvreté est basée uniquement sur les dépenses alimentaires. Les résultats obtenus ne sont donc pas comparables au seuil de pauvreté national officiel.

Pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2011

Les résultats montrent que les ménages se sont appauvris en raison de paiements directs de santé. Cet appauvrissement est 2,50 % en milieu rural contre 1,04 % en milieu urbain. Les paiements directs de santé peuvent aggraver le niveau de pauvreté de certains ménages considérés pauvres avant paiements directs. En effet, l'écart de la pauvreté dû aux paiements directs était de 9 759 FCFA par ménage dans les données de 2011. Pour les plus pauvres, l'écart dû aux paiements directs de santé était de 22 826 FCFA par ménage, à comparer à 360 FCFA par ménage pour ceux du quatrième quintile. (Voir tableau 2.)

Les déterminants des dépenses catastrophiques de santé

Pour mettre en évidence les facteurs qui caractérisent les ménages qui font face à des dépenses catastrophiques, une approche économétrique à travers un modèle logistique a été utilisée. (Voir tableau 3.)

Les résultats révèlent que les ménages les plus pauvres (quintile 1) sont plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé que les autres quintiles. Dans la régression, le premier quintile était le groupe de référence (cf. tableau 3). Pour le second quintile, l'Odds Ratio était de 0,438. L'inverse de l'Odds Ratio de 0,438 est égal à 2,28, ce qui indique que le second quintile a 2,28 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que le premier. De même, le cinquième quintile a 5,21 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que le premier quintile. Cette situation s'expliquerait par l'exposition des pauvres au renchérissement du coût de la maladie

Tableau 2. Taux de pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2011

	Milieu de résidence					
	Urbain			Rural		
	Avant paiement	Après paiement	Ecart	Avant paiement	Après paiement	Ecart
Non pauvre	86,80 %	85,76 %	1,04 %	47,94 %	45,44 %	2,50 %
Pauvre	13,20 %	14,24 %		52,06 %	54,56 %	

Tableau 3. Les résultats de l'estimation du modèle logit au niveau national 2011

Variables	Odds Ratio	P>z
Quintiles de niveau de vie (référence Quintile 1)		
Quintile 2	0,438***	0,001
Quintile 3	0,393***	0,001
Quintile 4	0,329***	0,006
Quintile 5	0,192**	0,025
Taille du ménage		
Taille du ménage	0,998	0,783
Rural (référence)		
Urbain	0,385**	0,001
Age		
age5_n	0,981	0,832
age60_n	1,018	0,864
Femme (référence)		
Homme	1,149	0,619
Célibataire (référence)		
Marié	0,790	0,662
Autres	2,086	0,21
Non handicap (référence)		
Handicap	2,535***	0,001
Wald chi2(12) = 72.79 Prob > chi2 = 0.0000 Pseudo R2 = 0.1021		

du fait de complications dues à un recours tardif aux soins, en raison de la faiblesse de leur revenu, mais aussi de la précarité de leurs conditions d'existence.

Comparés aux ménages ruraux, ceux du milieu urbain courent 2,6 fois moins de risques de faire face à des dépenses catastrophiques de santé. Ce résultat peut être mis en rapport avec le taux de pauvreté élevé du milieu rural. En effet, l'analyse descriptive a montré que plus de la moitié des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté, et sont du coup pour la plupart vulnérables aux chocs qui peuvent facilement avoir un impact sur leur niveau de vie. De plus,

ils ne bénéficient souvent pas d'une assurance maladie.

Il est également à noter que le genre, le nombre d'enfants de moins de 5 ans et d'individus de 60 ans ou plus, n'ont pas un impact significatif sur le risque de se retrouver dans le groupe des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques. Pour les individus de plus de 60 ans, ce fait pourrait être lié au plan SESAM mis en place par le Gouvernement, qui permet la gratuité de certains soins aux individus de cette tranche. Pour les enfants de moins de 5 ans, l'application de tarifs préférentiels, voire d'exonérations, peut constituer le facteur explicatif.

La présence d'un handicap expose plus un ménage à faire face à des dépenses catastrophiques. En effet, l'analyse a révélé que ceux qui possèdent un handicap courent 2,5 fois plus de risques de faire face à des dépenses catastrophiques que ceux qui n'en possèdent pas, ceci pourrait s'expliquer par la lourdeur de la prise en charge de ces personnes.

Les limites de l'étude

La première limite de cette étude est liée à la périodicité des informations sur les dépenses de santé. En fait, ces informations ont été collectées sur les 12 derniers mois précédant l'enquête. Cela peut avoir un impact sur la qualité des données qui peuvent être sous-estimées car beaucoup ont tendance à oublier les dépenses plus anciennes. Pour les dépenses de santé, une autre limite est l'impossibilité de dissocier les dépenses en médicaments de celles en pharmacopée traditionnelle.

De plus, les données sur les besoins déclarés et l'utilisation ont été collectées durant les 30 jours précédant l'enquête. Cela pose un problème sérieux si on veut faire un lien avec les informations concernant les dépenses du ménage, car les deux périodes ne sont pas identiques. Enfin, en ce qui concerne l'utilisation des services de santé, seuls les chefs de ménages ont été pris en compte et l'information sur les autres membres du ménage n'est pas examinée.

Discussion

On remarque que les ménages pauvres (quintiles 1 et 2) ont le moins fréquenté les services de santé. La part des chefs de ménages pauvres hospitalisés qui utilisent des services est faible. Cela ne traduit sûrement pas le fait que ces individus n'ont pas été touchés par une maladie qui nécessite une hospitalisation mais s'expliquerait par l'inaccessibilité aux services hospitaliers en raison de leur revenu limité et de leur éloignement de ces structures.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les ménages ruraux ont consacré plus de ressources aux dépenses d'hospitalisation. Ces résultats s'expliqueraient par le fait qu'une majorité des ménages ruraux ne bénéficie pas d'assurance maladie. Le pourcentage des dépenses catastrophiques augmenterait si les ménages pauvres utilisaient les services au même titre que les plus riches (quintiles 4 et 5).

Les résultats montrent aussi que la majeure partie des paiements directs des ménages est allouée aux dépenses en médicaments et en pharmacopée traditionnelle. L'État doit mettre en place une vraie politique du médicament par le renforcement de la disponibilité des médicaments essentiels, la subvention des médicaments en général et l'intégration des médicaments dans le panier de services pris en charge par les différentes politiques de subvention et de gratuité des soins de santé.

Les résultats du modèle économétrique révèlent que le niveau de vie, le milieu de résidence et l'existence d'un membre handicapé dans le ménage constituent des facteurs déterminants des dépenses catastrophiques. Par contre, la présence d'enfants de moins de 5 ans ou de personnes âgées de 60 ans ou plus n'est pas significative, ce qui pourrait s'expliquer par les politiques de prise en charge mises en place par l'État pour ces catégories de la population.

Conclusion

Cette étude a permis de déterminer la proportion des ménages appauvris du fait des paiements directs, de mesurer le degré d'utilisation des services de santé, et de déterminer les ménages qui ont effectué des dépenses catastrophiques de santé.

L'étude montre que 2,59 % des ménages ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé en 2011 et que 1,78 % des ménages se sont appauvris du fait des paiements directs. Malgré les programmes et projets facilitant l'accès aux soins de santé mis en place par l'État, les ménages sénégalais continuent de consacrer une partie importante de leur revenu au paiement des soins de santé. La problématique de l'accessibilité aux soins de santé demeure plus marquée en milieu rural, où le pouvoir d'achat des populations est faible. Les autorités doivent mettre en place des mécanismes pour se diriger vers une couverture universelle afin de corriger l'inéquité dans l'accès aux soins de santé et les risques financiers associés, avec un accent particulier mis sur les populations pauvres et vulnérables. 🇸🇳

Références

1. Xu K et al. *Système de financement de la santé comment réduire les dépenses catastrophiques*, résumé technique 2, 2005.
2. Comité technique des CNS. *Le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*, 2005, Ministère en charge de la santé/CAFSP, 2009, 1–87.
3. Xu K et al. "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet*, 2003. 362(9378), 111–7
4. ANSD. *L'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal 2005–2006*, MEF/ANSD, Août 2007, 1–89.
5. Comité technique des CNS. *Le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*, 2005.
6. Le taux de conversion utilisé était de 1 US\$ = 507 CFA francs.

