



Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso

J Edouard O Doamba, Alexandre Ouedraogo et Priyanka Saksena
Auteur correspondant : J Edouard O Doamba, e-mail : doambafr@yahoo.fr

Malgré les efforts du gouvernement et la contribution des partenaires qui tendent à réduire les dépenses de santé des ménages à travers des mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès aux populations les plus défavorisées, les paiements directs des ménages finançaient toujours 36,90 %¹ des dépenses totales de santé au Burkina Faso en 2009. Cette situation s'aggrave particulièrement chez la population vivant en dessous du seuil de pauvreté qui en 2009 représentait 43,90 %² de la population. Ainsi, un défi majeur

auquel le système de santé du Burkina Faso doit faire face est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé, en particulier pour les populations les plus défavorisées.

Le but de cet article est, d'une part, de mesurer la part des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement dû à ces dépenses, et d'autre part, de déterminer les facteurs associés à cette situation au Burkina Faso. Avant de présenter les résultats, il sera fait cas de l'utilisation des services de santé et des caractéristiques des dépenses

RÉSUMÉ—Malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires, la contribution des ménages au financement de la santé reste élevée. Cette étude vise d'une part à mesurer la part des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé et leur appauvrissement, et d'autre part à identifier les facteurs associés aux dépenses catastrophiques au Burkina Faso. Une approche d'analyse descriptive et de modélisation économétrique a été utilisée. Il ressort qu'en 2009, 1,43 % des ménages burkinabè ont effectué des dépenses catastrophiques de santé, et que les paiements directs de santé ont plongé près de 45 000 ménages dans la pauvreté. Il ressort également de cette étude que la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans un ménage diminue le risque de faire des dépenses catastrophiques, et que le faible niveau de vie des ménages, la résidence dans les régions du Centre, du Centre-Est et du Nord tout comme l'hospitalisation d'un des membres du ménage augmentent le risque de faire des dépenses catastrophiques.



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

de consommation des ménages. Toute l'analyse sera faite en tenant compte des quintiles de dépenses et du milieu de résidence.

Méthode

La méthode utilisée pour déterminer l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages et l'impact sur leur appauvrissement est celle développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).³ Les outils d'analyse descriptive et la modélisation économétrique ont été mis à profit pour l'analyse des résultats. Une analyse secondaire à partir des données de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM) de 2009 de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) a été utilisée pour cette étude. La collecte des données de l'enquête a concerné 8 404 ménages selon un sondage stratifié à deux degrés. Les données sur les médicaments et les consultations couvrent les trois mois ayant précédé la collecte, et celles sur l'hospitalisation et les analyses médicales couvrent les douze mois précédents.

Système de santé du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé et situé en Afrique de l'Ouest dans la boucle du fleuve Niger. Il a une superficie de 274 200 km². Sa population était estimée en 2009 à 15 224 780 d'habitants, avec une grande majorité (77,30 %) vivant en milieu rural.⁴ Le produit intérieur brut (PIB) par habitant était de 198 630 FCFA⁵ (391,74\$US⁶) en 2009.⁷

L'organisation du système de santé du Burkina Faso prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins. Sur le plan administratif, il est organisé de façon pyramidale sur trois niveaux : le niveau central, réparti autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ; le niveau intermédiaire, qui comprend 13 directions régionales de la santé ; et le niveau périphérique, qui est représenté par les 63 districts sanitaires en 2009. Les structures de soins se répartissent en trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur traditionnel.

Sur le plan du financement de la santé, il ressort que la dépense nationale de santé⁸ (DNS) s'établissait à 296,70 milliards de FCFA en 2009, ce qui représentait 7,60 % du PIB. La répartition des dépenses de santé par source de financement laisse apparaître que le secteur privé demeure la première source de financement en 2009, avec une contribution de 116 milliards de FCFA, soit 39,10 % de la dépense nationale. Le secteur privé est essentiellement dominé par la contribution des ménages, qui représentait 36,90 % de la DNS, et la contribution des assurances et des mutuelles de santé, qui était de 1,71 % de la DNS. Le secteur privé est suivi du secteur public, avec une contribution de 104,4 milliards de FCFA (28,80 % de la DNS), et des fonds extérieurs (avec 76,3 milliards de FCFA soit 25,70 % de la DNS).¹

Dans le souci de réduire la charge financière due aux paiements directs de santé des ménages, l'État a une politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans, deux catégories de la population jugées vulnérables. Il existe également des subventions de l'État pour l'achat de médicaments et pour la restauration des patients hospitalisés.

Résultats

Utilisation des services de santé

Il ressort de l'EICVM que 15,16 % de la population burkinabè est tombée malade ou a subi une blessure au cours des 15 jours ayant précédé la collecte des données en 2009. De cette population, 54,57 % ont consulté les services de santé ou un guérisseur traditionnel. Les motifs de consultation observés étaient fortement représentés par le paludisme/ fièvre (52,76 % de la population malade), suivi de la diarrhée (4,28 %).

On constate que la proportion de la population malade ou blessée effectuant des consultations augmente au fur et à mesure que le niveau de vie s'améliore. En effet, on note 45,88 % pour le 1^{er} quintile, le plus pauvre, contre 62,63 % pour le 5^{ème} quintile, le plus riche. En ce qui a trait au milieu de résidence, nous constatons que la proportion de la population citadine qui

réalise des consultations (55,38 %) diffère peu de celle rurale (54,21 %).

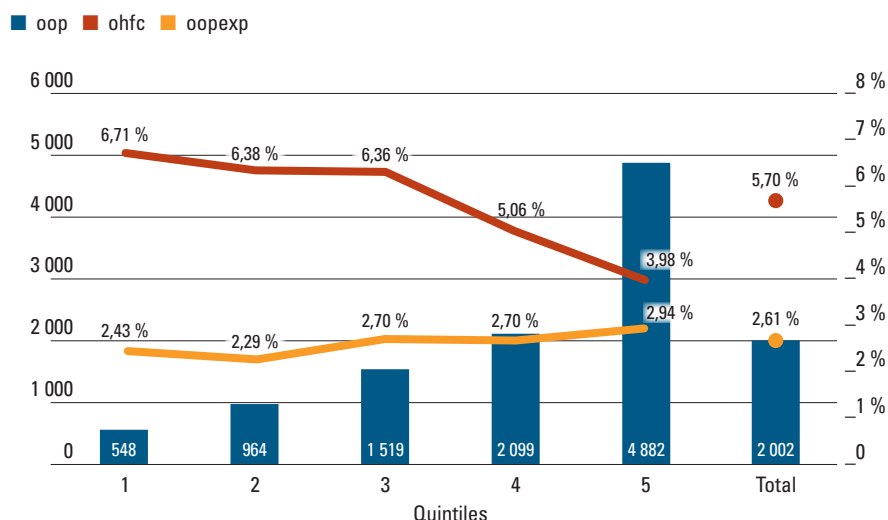
Par rapport aux ménages du quintile 1, un ménage du quintile 5 a respectivement près de 7,00 fois, 4,80 fois, 4,60 fois et 2,00 fois plus de chance de consulter un service de santé privé, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou un Centre Hospitalier Régional (CHR), un Centre Médical avec Antenne chirurgicale ou un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) que de consulter un guérisseur traditionnel.

Niveau et caractéristique des dépenses de consommation

En 2009, un ménage burkinabè consacrait en moyenne par mois un montant de 73 894 FCFA à la consommation de biens et services, dont 44 109 FCFA pour la consommation alimentaire et 2 002 FCFA pour les paiements directs de santé. On note que les dépenses de consommation moyennes augmentent à mesure que le niveau de vie du ménage s'améliore et en fonction de l'urbanisation. En effet le quintile 1 consomme 24 327 FCFA par mois contre 164 420 FCFA pour le quintile 5. Selon le milieu de résidence, les ménages citadins dépensent en moyenne plus (97 862 FCFA par mois) que les ménages ruraux (63 966 FCFA pour la même période).

Globalement, 61,74 % des dépenses de consommation du ménage est alloué à l'alimentation contre seulement 2,61 % aux paiements directs de santé. La part budgétaire de la dépense de consommation alimentaire diminue avec l'amélioration du niveau de vie et l'urbanisation. Elle passe de 63,95 % pour le quintile 1 à 54,55 % pour le quintile 5 et, par rapport au milieu de résidence, nous observons 65,07 % et 53,69 % respectivement pour le milieu rural et le milieu urbain. Les paiements directs de santé des ménages augmentent en volume avec le niveau de vie et sont plus élevés en milieu urbain. En effet, les paiements directs de santé varient de 548 FCFA par mois pour le quintile 1 à 4 882 FCFA pour le quintile 5. Les ménages du milieu urbain consacrent en moyenne par mois 3 342 FCFA contre 1 447 FCFA pour ceux du milieu rural. La part du budget des ménages consacrée à la santé est plus élevée en milieu urbain (3,37 %) qu'en milieu rural (2,29 %). Les paiements directs de

Figure 1. Paiements directs de la santé en FCFA (oop) et en % des dépenses totales des ménages (oopexp) et de leur capacité contributive à payer (ohfc) par quintile de dépenses et selon le milieu de résidence



Source : Calcul des auteurs

santé sont destinés pour la plupart à l'achat des médicaments (36,76 %), aux dépenses d'hospitalisation (32,44 %), aux analyses médicales (11,19 %) et à la consultation médicale (6,88 %). Les ménages burkinabè consacrent en moyenne 5,69 % de leur capacité à payer⁹ aux paiements directs de santé. Il ressort de la figure 1 que ce taux diminue progressivement de 6,71 % pour le 1^{er} quintile à 3,98 % pour le 5^{ème} quintile. L'analyse révèle ainsi que le paiement direct de la santé est réparti de manière inéquitable entre les quintiles au Burkina Faso.

Dépenses catastrophiques et appauvrissement des ménages

En considérant les résultats du tableau 1, il ressort qu'en 2009, 1,43 % des ménages

burkinabè consacraient plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs de santé. Cette part diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages. En milieu rural, elle s'élève à 1,54 % contre seulement 1,38 % en milieu urbain. Parmi les quintiles, c'est aux ménages des quintiles 1, 2 et 3, les plus pauvres, que revient la part la plus importante des dépenses catastrophiques. En effet, 1,77 %, 1,50 %, et 1,79 % des quintiles respectifs 1, 2 et 3 ont consacré plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs de la santé en 2009, contre respectivement 1,03 % et 1,04 % chez les ménages des quintiles 4 et 5.

Le pourcentage des ménages burkinabè qui ont des paiements directs compris entre 20 % et 40 % de leur capacité à payer

représente environ 4,54 % de l'ensemble des ménages. Ce pourcentage s'élevait à 4,2 % en milieu urbain et 5,37 % en milieu rural. Selon le niveau de vie, le pourcentage des ménages vulnérables aux dépenses catastrophiques s'élevait à 6,13 % dans le 1^{er} quintile, 5,68 % dans le 3^{ème} quintile et à seulement 2,04 % dans le 5^{ème} quintile. Les ménages n'ayant pas effectué des paiements directs de santé représentent 10,59 % de l'ensemble des ménages Burkinabè. Cette part diminue progressivement de 17,74 % pour les ménages du 1^{er} quintile à 5,69 % pour ceux du 5^{ème} quintile. On note également que la part des ménages n'ayant pas effectué de paiements directs de santé est plus élevée en milieu rural (12,20 %) qu'en milieu urbain (6,69 %).

Les paiements directs de santé peuvent pousser les ménages vers la pauvreté. En utilisant la méthodologie développée par l'OMS dont le calcul du seuil de pauvreté est fondé uniquement sur les dépenses alimentaires, l'incidence de la pauvreté au Burkina Faso était de 29,89 % en 2009. Ce taux cache des disparités selon le lieu de résidence : en effet, un peu plus du tiers (35,43 %) des ménages ruraux vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre seulement 16,52 % des ménages urbains. Si l'on enlève les paiements directs de la santé des dépenses totales des ménages, la pauvreté à l'échelle nationale passe de 29,89 % à 31,62 % soit un appauvrissement de 1,72 % représentant le taux d'appauvrissement dû aux paiements directs de la santé.

Selon le niveau de vie, les paiements directs de la santé affectent toutes les classes sociales. L'appauvrissement se manifeste beaucoup plus chez les ménages du 2^{ème} quintile où le taux de pauvreté passe de 49,36 % à 57,03 %, soit un taux d'appauvrissement de 7,67 points d'une part et chez les ménages du 3^{ème} quintile où l'on est passé d'un taux de pauvreté quasiment inexistant à 1,93 % dans les ménages urbains et 0,53 % dans les ménages ruraux de cette catégorie.

Par milieu de résidence, l'incidence de la pauvreté passerait respectivement de 16,52 % à 17,86 % en milieu urbain et de 35,43 % à 37,32 % en milieu rural, soit des taux d'appauvrissement des ménages

Tableau 1. Distribution de la part des paiements directs sur la capacité à payer des ménages selon les différents niveaux de vie et le milieu de résidence (en %)

		PD = 0	0 < PD/CP < 10 %	10% < PD/CP < 20 %	20% < PD/CP < 40 %	PD/CP supérieur à 40 %
Quintile	Quintile 1	17,74	60,87	13,49	6,13	1,77
	Quintile 2	12,14	68,8	12,34	5,21	1,5
	Quintile 3	9,37	71,21	11,95	5,68	1,79
	Quintile 4	7,71	78,59	9,01	3,66	1,03
	Quintile 5	5,96	85,17	5,79	2,04	1,04
Milieu de résidence	Urbain	6,69	75,17	11,23	5,37	1,54
	Rural	12,20	71,99	10,22	4,2	1,38
Total		10,59	72,92	10,52	4,54	1,43

PD/CP : Paiement direct sur la capacité à payer
Source : Calcul des auteurs

Tableau 2. Incidences de la pauvreté et appauvrissement (en %) selon le milieu de résidence et les classes des dépenses

Quintile	Pauvreté avant paiement direct de la santé			Pauvreté après paiement direct de la santé			Appauvrissement		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Quintile 1	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Quintile 2	50,64	49,08	49,36	59,06	56,58	57,03	8,42	7,50	7,67
Quintile 3	0,00	0,00	0,00	1,93	0,53	0,85	1,93	0,53	0,85
Quintile 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,06	0,00	0,09	0,06
Quintile 5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,04	0,00	0,09	0,04
Total	16,52	35,43	29,89	17,86	37,32	31,62	1,34	1,88	1,72

Source : Calcul des auteurs

respectifs dus aux paiements directs de la santé de 1,34 % et de 1,88 %.

Facteurs associés aux dépenses catastrophiques

Le comportement des ménages en matière de dépenses catastrophiques est habituellement influencé par la combinaison des facteurs propres aux ménages et de l'environnement dans lequel ceux-ci évoluent.¹⁰

A la lecture du tableau 3, on constate que sur un ensemble de neuf variables prédictibles d'être associées aux dépenses catastrophiques, seulement quatre sont significatives aux seuils de 10% : il s'agit de l'hospitalisation d'un des membres du ménage, de la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage, de la région de résidence et du niveau de vie du ménage.

En effet, un ménage qui hospitalise un de ses membres court 4,43 fois plus de risques d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à un ménage dont aucun de ses membres n'a été hospitalisé. La présence d'enfants de moins de 5 ans a une association négative aux dépenses catastrophiques dans le ménage. Un ménage ayant en son sein au moins un enfant de moins de 5 ans court 1,69 fois moins de risques d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à celui qui n'a aucun enfant de moins de 5 ans (1,69 correspond à l'inverse de l'Odds Ratio dans tableau 3). Quant à la région administrative de résidence du ménage, un ménage qui réside dans les régions du Nord, du Centre-Est et du Centre court respectivement 4,75 fois, 4,68 fois et 3,05 fois plus de risques

Tableau 3. Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par le modèle logistique (année 2009)

Dépenses catastrophiques	Odds Ratio	P>z
Milieu de résidence (référence: milieu rural)		
Milieu urbain	1,024	0,810
Accès au service de santé (ménage situé à 15 mn d'un centre de santé)		
Accès	0,871	0,135
Hospitalisation		
Hospitalisé	4,429	0,000
Sexe du CM (référence: féminin)		
Masculin	1,023	0,879
Taille du ménage		
Taille du ménage	0,998	0,783
Age		
Agé de 60 ans et plus	1,012	0,894
Existence d'enfants de moins de 5 ans	0,591	0,000
Régions administratives (référence: Hauts Bassins)		
Boucle du Mouhoun	1,857	0,007
Sahel	2,409	0,000
Est	0,94	0,830
Sud-Ouest	0,918	0,800
Centre-Nord	2,167	0,000
Centre-Ouest	1,626	0,027
Plateau Central	1,199	0,467
Nord	4,75	0,000
Centre-Est	4,68	0,000
Centre	3,046	0,000
Cascades	1,913	0,025
Centre-Sud	1,693	0,027
Quintiles de niveau de vie (référence Quintile 1)		
Quintile 2	0,784	0,050
Quintile 3	0,801	0,071
Quintile 4	0,278	0,000
Quintile 5	0,513	0,000
Wald chi2(23) : 779,77		
Prob > chi2 : 0,0000		Pseudo R2 : 0,0781

Source : Calcul des auteurs

d'effectuer des dépenses catastrophiques par rapport à un ménage qui réside dans la région des Hauts Bassins. L'analyse montre également que l'appartenance des ménages aux quintiles 2,3, 4 et 5 diminue le risque d'exposition du ménage à des dépenses catastrophiques par rapport aux ménages du premier quintile.

Toutefois, les caractéristiques sociodémographiques du ménage telles que le milieu de résidence du ménage, l'accessibilité du ménage aux services de santé, le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, la présence de personnes âgées de plus de 60 ans dans le ménage n'ont aucune relation avec les dépenses catastrophiques du ménage.

Discussion

L'étude a été réalisée à l'aide des données secondaires de l'EICVM 2009, ce qui n'a pas permis de collecter des données sur les remboursements des dépenses de santé par les assurances et mutuelles de santé. Nous recommandons que les prochaines enquêtes sur les conditions de vie des ménages prennent en compte les dépenses de remboursement des patients affiliés à des sociétés d'assurances ou à des mutuelles de santé ainsi que les dépenses de transport des patients.


Il ressort de l'étude que la fréquentation des centres de santé en 2009 est plus élevée dans le quintile 5 que dans le quintile 1. Les plus riches se soignent dans les formations sanitaires privées et publiques alors que les plus pauvres fréquentent les guérisseurs traditionnels. La part des médicaments reste élevée dans les paiements directs de santé. 1,43 % des ménages burkinabè ont subi des dépenses catastrophiques de santé en 2009 et 1,72 %, soit près de 45 000 ménages, sont tombés dans la pauvreté suite aux paiements directs de santé.

Ce sont les ménages des quintiles 1, 2 et 3 qui réalisent le plus de dépenses catastrophiques par rapport aux quintiles 4 et 5. Les paiements directs ont contribué à l'appauvrissement d'un grand nombre de ménages des quintiles 2 et 3 et sûrement à l'augmentation du niveau de pauvreté des ménages du quintile 1. La part des ménages faisant des dépenses catastrophiques dans les quintiles 1, 2 et 3 augmenterait si leur taux d'utilisation des services de santé était le même que les ménages des quintiles 4 et 5.

On note également que les ménages ayant hospitalisé un de leurs membres courent un grand risque de faire des dépenses catastrophiques car les dépenses d'hospitalisation coûtent cher. Les ménages des régions du Centre, du Centre-Est et du Nord sont plus exposés au risque de faire des dépenses catastrophiques que ceux de la région des Hauts Bassins car ils ont plus de formations sanitaires privées, de grands hôpitaux publics et d'officines privées (surtout dans la région du Centre) qui sont plus chers. L'association négative au risque de dépenses catastrophiques dans les ménages ayant des enfants de moins de 5 ans se justifie par la prise en charge gratuite de certaines maladies de l'enfant de moins de 5 ans dans certaines structures sanitaires publiques du gouvernement, notamment pour traiter le paludisme grave.

Conclusion

De cette étude, nous retenons qu'il s'avère nécessaire que le gouvernement renforce les politiques de gratuité des soins et médicaments existantes et mette en place une politique d'amélioration de l'accessibilité financière des ménages les plus pauvres aux services de santé. Une politique de prise en charge des

patients hospitalisés devrait également être mise en place pour soulager les ménages des patients hospitalisés. Enfin, des mécanismes favorisant l'équité dans l'utilisation des services de santé doivent être trouvés. Le gouvernement du Burkina Faso devrait considérer la mise en place d'une couverture maladie universelle pour sa population. 

Remerciements

Nous adressons notre profonde gratitude et nos vifs remerciements à l'adresse de toutes les structures et personnes qui ont apporté leur soutien à la conduite de cette étude, et plus particulièrement à l'OMS pour le financement de cette étude, à l'INSD pour la mise à disposition des bases de données utilisées et à tout le personnel de la DGISS pour leurs contributions multiformes à la réalisation de cette étude.

Références

1. DGISS. *Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2010 du Burkina Faso*, Ministère de la Santé, 2013 : 1–74.
2. INSD. *EICVM : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages*, Rapport provisoire, 2009.
3. Xu K et al. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology. Discussion paper No. 2*. HSF, World Health Organization, 2005.
4. DGISS. *Annuaire statistique de la santé 2011*, Ministère de la Santé, 2012 : 146.
5. Franc de la Communauté Financière Africaine.
6. Taux de conversion en 2013 est de 1US\$ = 507,04 FCFA.
7. DGEP. *Résultats des projections de IAP*, Ministère de l'Economie et des Finances, mars 2011.
8. La DNS intègre toutes les fonctions en rapport avec la santé y compris les activités connexes telles que la formation et la recherche.
9. La capacité à payer des ménages se définit comme étant le revenu permanent des ménages hors revenu de subsistance. Elle est égale au total des dépenses des ménages en biens et services diminué du minimum entre le seuil de pauvreté et le total des dépenses de la nourriture du ménage.
10. Ezzrari L et al. *Etude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc*, Rapport Definitif, 2007.
11. Les Odds ratio (OR) est le rapport entre la chance associée à une modalité et celui d'une modalité de référence. Les OR supérieurs à 1 représentent des modalités qui augmentent la probabilité qu'un ménage ait des dépenses catastrophiques de santé. Corrélativement les OR inférieurs à 1 sont associés à des modalités qui diminuent la probabilité qu'un ménage ait des dépenses catastrophiques de santé par rapport à la modalité de groupe de référence. Dans ce dernier cas, l'interprétation se fait en utilisant l'inverse de l'OR.