



Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement des ménages : Cas de la Mauritanie

Mohamed Mahmoud Ould Khatry,ⁱ Taleb Ely Ould Taleb Ahmedⁱⁱ et Kelly Aminata Sakhoⁱⁱⁱ
Auteur correspondant : Mohamed Mahmoud Ould Khatry, e-mail : med.khatry@yahoo.fr

RÉSUMÉ—En Mauritanie, les dépenses totales de santé représentent 3,3 % des dépenses totales des ménages dont 87,6 % constituent des paiements directs et la part restante (12,4 %) représente les paiements indirects, notamment les frais de transport liés à la santé. L'obligation de payer pour accéder aux soins de santé a eu, et continue d'avoir, des conséquences sur l'état sanitaire, le niveau de vie des populations, en particulier dans les régions à faible revenu. Le but principal de ce rapport consiste à mesurer les dépenses catastrophiques de santé des ménages mauritaniens et leur impact sur l'appauvrissement.

Il en ressort que la population qui se déclare malade ou blessée était de 7,8 % avec un taux de consultation des services de santé de 68 %. Le milieu de résidence et le niveau de vie constituent des facteurs influant sur la demande des services de santé. Les structures de santé de base attirent la proportion la plus importante des malades (52,4 %).

Par rapport aux postes des dépenses de santé, l'achat de médicaments constitue la principale rubrique de dépenses (44,1 %). Quant aux dépenses catastrophiques de santé, 4 % des ménages mauritaniens consacraient plus de 40 % de leur capacité à payer aux paiements directs (soit 24 923 ménages au total). Les ménages ruraux où la couverture sanitaire est faible sont plus exposés au risque de dépenses catastrophiques de santé que leurs homologues citadins.

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

La présente étude s'inscrit dans le cadre des efforts fournis par le Département de la santé pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et promouvoir l'équité dans le système de santé. Elle met en exergue les liens entre les paiements directs des ménages pour les services de santé, les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement. Cette étude se veut une contribution à l'orientation que vont prendre les décideurs politiques dans la mise en place de mécanismes stratégiques de financement de la santé ayant comme objectif la couverture universelle.

Méthodologie

Aperçu du système de santé

La Mauritanie est un vaste pays au confluent du Maghreb et de l'Afrique Sub-saharienne. Il a une superficie de 1 030 700 km² compris entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest. En 2012, la population était estimée à environ 3 413 929 habitants avec un PIB de 1 090 US\$ per capita.³

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations : i) un niveau opérationnel ou périphérique (au niveau du district) où il existe deux types de structures, les Centres Santé et les Postes de Santé ; ii) un niveau intermédiaire comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales

régionales ou de district ; iii) un niveau tertiaire, essentiellement concentré à Nouakchott, qui comprend quatre types d'établissements publics de référence.

Au niveau de la dépense nationale en santé, le secteur a dépensé en 2008 une enveloppe globale de 37 384 811 814 millions MRO soit 154 930 841 US\$, soit 4,8 % du PIB, ce qui représente une dépense par tête d'habitant de 12 329 MRO soit presque 51 US\$.

La répartition de l'enveloppe globale par source de financement (toutes sources de financement confondues) montre que les ménages ont financé plus de la moitié des dépenses de santé, soit 50,6 %, suivi par l'État qui a contribué à hauteur de 27,6 %. La contribution des partenaires techniques et financiers extérieurs, y compris les ONG internationales, a été de 7,8 %.

Afin de faciliter l'accès aux services de santé et de garantir sa pérennité, le secteur a mis en place en 2003 un système de recouvrement des coûts des médicaments essentiels et des prestations de services au niveau des formations sanitaires publiques. Un système d'assurance maladie obligatoire est entré en activité en 2007, fondé sur le principe de solidarité et de partage du risque. Il couvrait 8 % de la population en 2012, soit les fonctionnaires civils et militaires en service ou à la retraite, les parlementaires en activité ou à la retraite, ainsi que les employés des établissements publics.

i Ministère de la Santé, Mauritanie
ii Office Nationale de la statistique
iii Bureau de l'OMS Nouakchott



Afin de garantir l'accès universel aux services fondamentaux de santé, l'État assure la gratuité sur l'étendue du territoire national des activités de vaccination, de la prise en charge du paludisme, du VIH/SIDA, de la tuberculose et de l'hémodialyse. Au niveau tertiaire, où les coûts des soins sont élevés, l'État a mis en place un système de prise en charge de ces frais pour les personnes dites indigentes. Ce mécanisme consiste à subventionner partiellement les hôpitaux en contrepartie des soins fournis aux indigents. Cette subvention est souvent jugée insuffisante.

Résultats de l'étude

L'utilisation des services de santé

Les résultats de l'EPCV 2008⁴ ont permis de noter que 7,8 % de la population a été malade ou a subi une blessure au cours des deux semaines précédant l'enquête. 68 % de cette population a consulté un service de santé soit 76 % de la population citadine contre 62 % chez la population rurale.

Selon le niveau de vie, la proportion de la population malade ou blessée effectuant des consultations médicales augmente au fur et à mesure que le niveau de vie

s'améliore. En effet, le taux de consultation médico-sanitaire passe de 56% chez la population la plus défavorisée (1^{er} quintile) à 74 % chez la population la plus aisée (5^{ème} quintile). Pour les deuxième, troisième et quatrième quintiles, ce taux est respectivement de 58,5 % ; 66,5 % et 74,4 %. Du point de vue du Wilaya (région), ce ratio est plus élevé au Tiris zemour (94 %), Nouakchott (78 %), Brakna (76 %) et Dakhliat NDB (75 %). Il est plus faible dans les wilayas de l'Inchiri (40 %) et de Guidimagha (52 %).

Outre le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages, le taux de consultation médico-sanitaire est influencé par d'autres facteurs d'ordre économique ou démographique, tels que le type d'activité de l'individu, son statut professionnel, son sexe, son âge, la taille de son ménage, etc. Le taux de consultation médico-sanitaire est également plus élevé chez les femmes que chez les hommes, soit respectivement 67,9 % et 66,8 %.

Par groupe d'âge, c'est la population plus âgée (65 ans ou plus) qui recourt le plus aux consultations médico-sanitaires en cas de maladie ou blessure, avec un taux d'environ 84,9 %. Selon la taille des ménages, il semble que le taux de

consultation décroisse avec la taille du ménage. Par ailleurs, l'analyse selon la typologie des ménages nous montre que les ménages constitués de couples avec enfants consultaient plus une structure de santé moderne ou traditionnelle que les ménages ayant une structure plus traditionnelle.

Selon le lieu de consultation, les structures de santé de base attirent la proportion la plus importante des malades, soit 52,4 %, dont 33,6 % pour les Centres de santé et 18,8 % pour les Postes de santé. Ils sont suivis par les hôpitaux publics (26,4 %). Le secteur privé n'attire quant à lui que 12 % de la consultation des malades, toutes structures confondues.

Structure des dépenses

En 2008, la dépense totale moyenne par ménage pour les produits et services s'élevait au niveau national à 1 079 982 MRO par an, soit près de 90 000 MRO par mois. Ces dépenses couvrent l'ensemble des biens et services acquis (achetés ou autoconsommés) par les ménages.

Le milieu de résidence est un facteur déterminant pour le niveau de cette dépense. En effet, la dépense annuelle totale moyenne des ménages est de

1 560 305 MRO en milieu urbain contre 723 266 MRO pour le milieu rural. Ces niveaux de dépenses s'écartent largement de ceux de 2004, où cette moyenne était de 1 003 639 MRO pour le milieu urbain et de 590 229 MRO en milieu rural. Cette dépense annuelle variait en 2008 de 663 314 MRO au Tagant à plus de 1 857 000 MRO à Dakhlet-Nouadhibou.

La part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) a augmenté entre 2004 et 2008, passant de 51,9% à 57,8%. Par contre, la part des dépenses de santé a chuté en 2008 par rapport à 2004.

Les paiements directs de la santé

Selon la base de données de l'EPCV, le ménage mauritanien a en 2008 dépensé 41 055 MRO en services de santé, dont 35 953 MRO constituaient un paiement direct, soit l'équivalent de 17 332 MRO par personne ou 87,6 % des dépenses totales de santé des ménages.

Les paiements directs des ménages diffèrent selon le milieu de résidence et selon les classes de dépense. C'est ainsi qu'un ménage citadin consacre 52 910 MRO de ses dépenses annuelles aux paiements directs des soins de santé, contre uniquement 23 358 MRO pour un ménage rural. (Voir figure 1 et tableau 1.)

Reportés sur les dépenses totales des ménages, les paiements directs de santé représentent en moyenne 3,33 %. Cette part diffère selon le milieu de résidence et selon le niveau de vie des ménages. En effet, elle représente 3,39 % en milieu urbain et 3,23 % en milieu rural.

L'analyse des postes de paiements directs montre que l'achat de médicaments constitue la part la plus importante (69,4 %) des coûts, suivi par l'hospitalisation (11 %) et les analyses médicales (10 %). La ventilation de ces paiements en fonction du type de prestataire permet de conclure que 36,3 % de ces paiements se font dans les hôpitaux de niveaux tertiaire et secondaire.

L'EPCV 2008 a aussi fourni des informations sur les frais de transport liés à la santé qui, selon la définition de CNS ne font pas partie des paiements directs de santé. Dans le cas de Mauritanie, ces frais représentent 12,4 % des dépenses de

santé, une proportion certainement liée au rayon d'accès aux structures de santé.

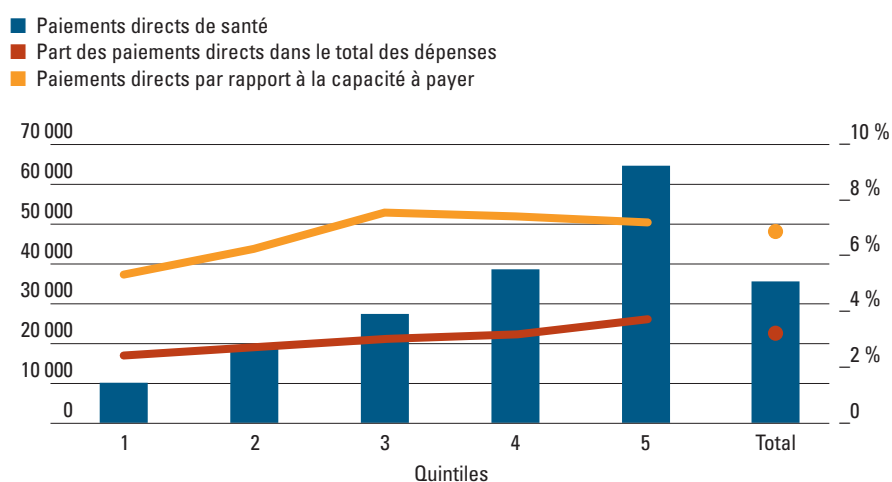
Les dépenses catastrophiques

Selon les résultats de l'EPCV, le rapport entre le paiement direct et la capacité à payer était en moyenne de 6,95 % en 2008. 4,11 % des ménages mauritaniens, soit l'équivalent de 24 923 ménages, consacraient en 2008 40 % ou plus de leur

capacité financière aux paiements directs de santé, une proportion qui diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages : en milieu rural, cette part s'élève à 5,29 % contre uniquement 2,51 % en milieu urbain. (Voir figure 2.)

Par rapport au niveau de vie, c'est aux ménages du troisième quintile (la classe moyenne) que revient la part la plus

Figure 1. Part des paiements directs dans les dépenses de santé



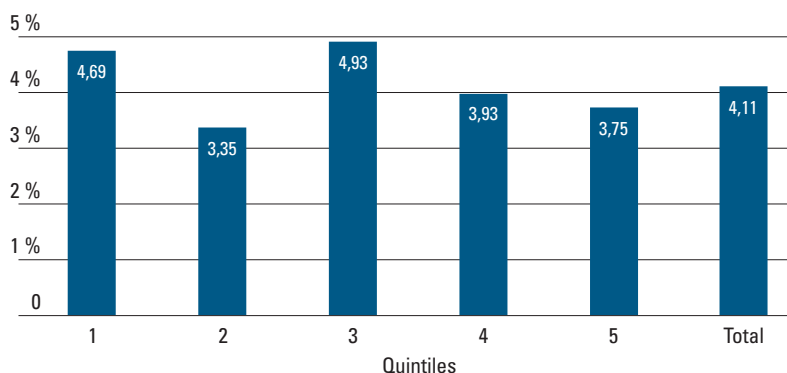
Source : EPCV et calcul des auteurs

Tableau 1. Les paiements directs de la santé en valeur (MRO) et en pourcentage des dépenses totales des ménages et leur contribution financière selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Paiements directs de la santé en MRO	Part des paiements directs dans le total des dépenses (en %)	Part de paiements directs par rapport à la capacité à payer (en %)
Rural	23 358	3,23	7,62
Urbain	52 910	3,39	6,05
Ensemble	35 953	3,33	6,95

Source : EPCV et calcul des auteurs

Figure 2. Proportion des ménages ayant fait des dépenses catastrophiques selon le niveau de vie et le milieu de résidence



Source : Calcul des auteurs

importante des dépenses catastrophiques. C'est ainsi que 4,93 % des ménages de ce quintile consacraient plus de 40 % de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé en 2008, suivis par les ménages les plus défavorisés (1er quintile) avec une proportion de 4,69 %, contre 3,75 % chez les ménages les plus aisés (5^{ème} quintile). Il est également à noter que la proportion la plus basse se retrouve dans le deuxième quintile, soit 3,35 %.

D'autre part, les résultats ont identifié que 13,7 % des ménages consacraient 20 % ou plus de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé en 2008. Cette part diffère également selon le milieu de résidence des ménages, s'élevant à 16,3 % en milieu rural contre 10,3 % en milieu urbain.

L'impact sur l'appauvrissement des ménages

Selon le profil de pauvreté 2008, le taux de pauvreté (proportion des ménages pauvres) en Mauritanie atteint 35,20 %. Ce taux cache des disparités selon le milieu

10,14 % à 18,04 %, enregistrant ainsi un écart de 7,90 points. Il est à noter que, pour les 1^{er} et 2^{ème} quintiles, la catégorie d'appauvrissement qui apparaît comme nulle (0 %) ne signifie pas l'absence d'impact des paiements directs des ménages. Cette catégorie de la population est totalement pauvre (100 %), que l'on retranche ou non leurs paiements directs.

Si l'on tient compte du lieu de résidence, l'incidence de la pauvreté passe respectivement de 15,09 % à 16,01 % en milieu urbain et de 50,14 % à 52,14 % en milieu rural, soit des taux d'appauvrissement des ménages respectifs dus aux paiements directs de la santé de 0,92 % et de 2,00 %. (Voir tableau 2.)

Les facteurs associés aux dépenses catastrophiques de santé

Les dépenses catastrophiques des ménages sont habituellement influencées par une combinaison de plusieurs facteurs relatifs aux ménages et à l'environnement dans lequel ils opèrent. Ces facteurs portent sur l'ensemble des

aspects d'ordres sociodémographique et socio-économique.⁵ Par conséquent, et pour mieux synthétiser ces facteurs de dépenses catastrophiques, il importe d'estimer l'effet isolé – toutes choses étant par ailleurs égales – des variables susceptibles d'influencer les dépenses catastrophiques de santé faites par les ménages. Le choix des variables à tester dépend de leur pertinence et de la disponibilité de l'information dans le fichier de l'EPCV 2008. En particulier, nous avons testé l'effet du milieu de résidence, de la taille du ménage, du sexe du chef de ménage, de son âge, son niveau d'instruction, sa situation professionnelle et du niveau de vie du ménage. Les résultats ainsi obtenus répondent à nos attentes, dans la mesure où la quasi-totalité des variables opèrent souvent dans le sens attendu avec un seuil de signification de moins de 1 %.

Par rapport à l'accès aux services de santé, les ménages qui se trouvent dans des zones à distance de plus de 5 km de la structure de santé la plus proche ont plus de risque de faire

Tableau 2. Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé selon le milieu de résidence et le niveau de vie

Quintile	Pauvreté initiale des ménages			Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé			Appauvrissement		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Quintile 1	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 2	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 3	11,03 %	9,77 %	10,14 %	17,48 %	18,28 %	18,04 %	6,45 %	8,50 %	7,90 %
Quintile 4				0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Quintile 5							0 %	0 %	0 %
Total	15,09 %	50,14 %	35,20 %	16,01 %	52,14 %	36,74 %	0,92 %	2,00 %	1,54 %

Source : EPCV et calcul des auteurs

de résidence car, en effet, plus de la moitié (50,14 %) des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté contre seulement 15,09 % en milieu urbain.

Si l'on tenait compte des paiements directs de la santé dans les dépenses totales des ménages, la pauvreté serait plus accentuée. À l'échelle nationale, elle passerait de 35,20 % à 36,74 %, soit un taux d'appauvrissement de 1,54 % dû aux paiements directs de la santé. L'incidence de l'appauvrissement se manifeste beaucoup plus chez le troisième quintile où l'incidence de pauvreté passe de

Tableau 3. Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par un modèle logistique

Variable	Sig.	Odds ratio ^a
Distance de plus de 5 km de la structure de santé la plus proche	,000	1,141
Milieu de résidence	,000	,492
Taille du ménage	,003	,950
Sexe du CM	,000	1,117
Age du CM	,000	1,329
Hospitalisation	,000	4,713
Pauvreté avec le seuil nationale	,000	,863
Quintile 3	,001	1,062
Constante	,000	,054

Source : Calcul des auteurs

des dépenses catastrophiques que les ménages qui résident à moins de 5 km (toutes structures confondues). Selon leur lieu de résidence, les ménages ruraux sont les plus exposés au risque des dépenses catastrophiques de santé que leurs homologues urbains. Ce résultat supporte notre analyse descriptive selon laquelle 5,3 % des ménages ruraux consacraient plus de 40 % de leur faculté contributive aux paiements directs de santé contre uniquement 2,5 % chez les ménages urbains. (Voir tableau 3.)

Discussion

Cette étude ne prend pas en considération dans le calcul des paiements directs des ménages le remboursement fait par les assurances maladies parce que le questionnaire EPCV n'a pas prévu cette question. Pour mieux apprécier la charge que supportent les ménages, il serait donc utile d'introduire ce remboursement dans les prochaines éditions de l'EPCV.

L'analyse des insuffisances liées au financement du système de santé en Mauritanie, et plus particulièrement les liens entre les paiements directs et l'appauvrissement, nous ont poussé à rechercher des solutions dans le domaine de la mutualisation du risque et du financement collectif de la santé. Le système de financement de la santé doit être conçu non seulement pour que les gens aient accès aux services de santé quand ils en ont besoin, mais aussi pour protéger les ménages contre les dépenses de santé catastrophiques.

Par rapport à l'utilisation des services de santé, il a été remarqué que l'achat des médicaments représente à peu près la moitié des paiements directs des ménages. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le dysfonctionnement du système de recouvrement des coûts qui finance entièrement les médicaments dans les structures publiques. Son dysfonctionnement se manifeste souvent au travers d'une rupture de stock fréquente des médicaments essentiels. Bien que les prix des médicaments soient homologués dans les structures privées, ils restent très élevés par rapport aux revenus des ménages pauvres et de la classe moyenne. La redynamisation de



ce système pourrait atténuer la charge financière que supportent les ménages.

Comme les frais de transport constituent une part considérable dans les dépenses de santé des ménages, il serait utile de rapprocher les services de santé de la population à travers la construction et l'équipement de structures de santé dans les zones rurales. Il a été remarqué que l'utilisation des services augmente avec le niveau de vie, ce qui explique peut-être le pourcentage élevé des dépenses catastrophiques chez les ménages de 3^{ème} quintile. Il est également possible que les ménages des deux premiers quintiles, dont la majorité habite dans le milieu rural, aient un moindre accès à cause de la faible couverture des services de santé dans ces zones. L'extension de la couverture de l'assurance maladie obligatoire à tous les salariés au niveau du pays constitue une mesure apte à alléger le fardeau financier des ménages de la classe moyenne qui sont les plus touchés par les dépenses catastrophiques.

Plus généralement, il faudra trouver d'autres mécanismes pour améliorer l'accès et la protection financière aux autres tranches de la population. Dans cette optique, la révision des mécanismes actuels de prise en charge des indigents et personnes défavorisées pourrait aussi atténuer le fardeau des dépenses de santé pour les plus démunis.

Conclusion

Le principal constat qui ressort du présent rapport est que les individus ou les ménages mauritaniens consacrent une part considérable de leur revenu aux soins de santé. Vu la faible couverture de l'assurance maladie, qui ne dépasse pas 8 % de la population, et le niveau souvent jugé insuffisant des subventions provenant du budget de l'État, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par paiement direct. Il est prouvé que ce modèle de paiement, en plus de constituer une barrière limitant l'utilisation des services, pénalise aussi lourdement les foyers déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. 🇲🇷

Références

1. http://www.ons.mr/index.php?option=com_content&view=article&id=10:epcv-2008-&catid=8:grandes-realizations&Itemid=8
2. OMS. *Systèmes de financement de la santé « comment réduire les dépenses catastrophiques*, 2005.
3. Ministère de la santé. *Plan national de développement sanitaire 2012–2020*, novembre 2011, 21.
4. Office nationale de la statistique. *Profil de pauvreté 2008 en Mauritanie*, septembre 2009, 70.
5. Ezrari A et El Alami El Fellousse. *Etude sur les dépenses catastrophiques cas de Maroc*, Décembre 2007, 28.