

2012

# RAPPORT D'ANALYSE DES DEPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTE ET LEUR IMPACT SUR L'APPAUVRISSEMENT ET L'UTILISATION DES SERVICES AU SENEGAL 2005 & 2011



Sénégal  
Exploitation des données de ESPS 2005 et ESPS 2011



---

## **SOMMAIRE**

Sigles

Remerciements

Introduction

I- Objectifs

I-1. Objectif général

I-2. Objectifs spécifiques.

II- Présentation du Sénégal

III- Méthodologie.

III-1 Présentation des données

III-2 Construction des variables de l'étude

IV- Limites de l'étude

V- Analyse et interprétation des données

VI- Recommandations de politiques.

VII- Conclusion

Annexes

## **COMITE TECHNIQUE**

1. Ousseynou Diop	Economiste de la santé/coord.CAFSP/MSAS
2. Magor Sow	Economiste de la santé/DPRS/MSAS
3. Arona Mbengue	Economiste de la santé/DPRS/MSAS
4. Abou AW	Ingénieur des Travaux Statistiques ANSD/MEF
5. Malick Diop	Ingénieur Statisticien Economiste ANSD/MEF
6. Abibou Cissé	Economiste de la santé/MSAS
7. Badou Sonko	Informaticien /MSAS
8. Sokhna Gaye	Statisticienne /MSAS
9. Farba Lamine Sall	Economiste de la santé/OMS

### **Appui Technique:**

Priyanka Saksena OMS

## ■ Sigles

**ANSO** : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

**CAFSP** : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

**CNS** : Comptes Nationaux de la Santé

**CPC** : Consultation primaire curative

**CPN** : Consultation prénatale

**CTB** : Coopération Technique Belge

**DES** : Direction des Etablissements publics de Santé

**ESPS** : Enquêtes de Suivi de la Pauvreté au Sénégal

**MEF** : Ministère de l'Economie et des Finances

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PAMAS** : Programme d'Appui à la Micro-Assurance Santé

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PRN** : Programme de Renforcement Nutritionnel

## **Remerciements :**

L’élaboration du rapport d’analyse sur les dépenses catastrophiques et l’iniquité dans l’utilisation des services de santé a été réalisée par le Ministère de la Santé, de l’Action Sociale en collaboration étroite avec l’Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La réalisation de ce rapport a été essentiellement financée par l’OMS avec une participation la CTB à travers son programme d’Appui à la microassurance Santé (PAMAS).

Le Ministère en charge de la Santé, saisit l’occasion de la publication du présent rapport pour adresser ses sincères remerciements aux partenaires techniques et financiers qui n’ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet exercice.

Mention spéciale est faite:

- aux membres du comité technique chargés de l’étude pour leur compétence et leur disponibilité ;
- à l’Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) ;
- à Priyanka SAKSENA expert à l’OMS pour ses contributions et sa disponibilité
- A toutes les personnes physiques ou morales qui n’ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet important exercice.

## Introduction

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

Au Sénégal, Les comptes nationaux de la santé de 2005 ont montré que les ménages contribuent au financement du système de santé à hauteur de **37,6%** de la Dépense Nationale de Santé dont **11%** seulement sont constituées de cotisations à des systèmes d'assurances et **89%** de paiements directs. 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 pour les ménages vulnérables et à faible capacité financière des répercussions sur leur qualité de vie en raison de la perte de revenu qu'entraîne la maladie. Aussi, certains ménages renoncent à utiliser les services de santé en raison du coût élevé des paiements directs ou des charges y afférentes.

Fort de ce constat, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a initié un appui aux pays pour qu'ils mènent une étude qui vise à évaluer et à analyser ces dépenses qui ont un impact sur les conditions de vie des ménages. Cette étude met en évidence le concept de dépenses catastrophiques. Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, le ménage doit s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à son revenu. La présente étude vise à identifier et analyser les principaux facteurs déterminants de dépenses catastrophiques des ménages. Elle se propose également de mesurer l'inéquité dans l'utilisation des services de soins. Elle s'articule autour de trois points. La première partie présente le pays et la méthodologie adoptée. La seconde fait l'analyse et l'interprétation des résultats. La troisième partie formule des recommandations à l'endroit des décideurs

## I. Objectifs

### I.1 Objectif général

Mettre en évidence la pertinence d'améliorer les politiques de financement de la santé et un meilleur ciblage des bénéficiaires.

### I.2 Objectifs spécifiques

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

## II. Présentation du Sénégal

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 Km<sup>2</sup> et compte en 2011 selon les projections de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), **12,85 millions** habitants, dont 58,5% en milieu rural. Celle-ci varie largement entre les régions. La région de Dakar concentre à elle seule, près du quart de la population pour 0,3 % de la superficie nationale.

La population du Sénégal en 2010 reste caractérisée par son extrême jeunesse. La population ayant moins de 25 ans représente 64%. Il faut aussi signaler que la proportion des **enfants de moins de 4 ans** est de 15,3% et les personnes âgées (**65 ans et plus**) représente 3,9%.

### II.1 Données socio-économiques

L'année 2011 est marquée par une contraction de l'activité économique du Sénégal. Le taux de croissance économique en termes réels a progressé de 2,1% après 4,3% en 2010.

Par contre l'activité économique s'était bien comportée en 2005 avec un taux de croissance 5,6%.

En terme nominal, le Produit Intérieur Brut (*PIB*) est évalué à 6 767 milliards F CFA en 2011 contre 4 593 milliards en 2005 soit un PIB par tête respectif de 526 404 F CFA et 421 109 F CFA. Le taux d'inflation en 2011 est de 3,4% alors qu'il avait baissé de 0,05% en 2005.

Les enquêtes de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) ont révélé que 52% des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté en 2005 et 46,7% en 2011.

## **II.2 Données sanitaires**

Dans le secteur de la santé, les soins de santé primaires constituent la base de définition de la politique de santé. Le rapprochement de l'offre à la demande reste un souci constant et justifie les efforts de couverture du pays en infrastructures et équipements sanitaires et la multiplication des districts sanitaires. La couverture en postes de santé, centres de santé et hôpitaux régionaux a été renforcée, pour améliorer l'accessibilité à la base et contribuer à une meilleure satisfaction des besoins sanitaires des populations. En dépit de l'amélioration de l'accessibilité géographique, les difficultés d'accès aux soins demeure du fait de la généralisation de la tarification des actes induits par l'adoption de l'Initiative de Bamako depuis le début des années 90.

La faiblesse de la couverture sociale, moins de 20% de la population, conjuguée aux difficultés nées de la généralisation du paiement des prestations a entraîné l'exclusion d'une bonne partie de sénégalais des services de santé que requière leur état de santé. Pour remédier à cette situation l'Etat a adopté des politiques de subvention partielle ou intégrale.

Ces mesures ont permis un meilleur accès aux services de santé en rapport aux programmes et prestations ci-dessous :

- le Programme élargi de vaccination (*PEV*) ;
- la Consultation prénatale (*CPN*) / la Consultation primaire curative (*CPC*) ;
- le Plan Sésame (prise en charge *des personnes âgées*) ;
- la Prise en charge totale de la dialyse ;
- le Programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (*PCIME*) ;
- le Programme de prise en charge des épidémies ;
- le Programme de Renforcement Nutritionnel (*PRN*) ;
- la prise en charge des césariennes ;
- la prise en charge des maladies (Paludisme, Tuberculose, SIDA, *etc*).
- etc.

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

### **II.3 Financement du système de la santé**

Le système de santé au Sénégal est financé principalement par trois sources :

- *Les fonds publics* : essentiellement composés des fonds de l'administration centrale, des collectivités locales et des emprunts.
- *Les fonds des ménages* : constitués principalement des paiements directs.

- *Les fonds du reste du monde* : constitués par la coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations, les firmes internationales, les Initiatives globales et les fonds des ressortissants Sénégalais de l'Extérieur.

Les résultats des CNS de 2005 ont montré que les ménages contribuent à hauteur de 37% de la dépense nationale de santé. Ils sont suivis de l'Etat 36% et des partenaires techniques et financiers 21%. Ces fonds ont été utilisés en grande partie pour financer les Soins curatifs (32%), Prévention et santé publique (22%) Médicaments (18%) Construction et Équipement (11%).

### **III. Méthodologie.**

Ce rapport utilise la méthodologie proposée par l'OMS pour analyser le fardeau des paiements de santé. 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 calculé à partir des dépenses totales et les dépenses d'alimentation ajustées à la taille du ménage. Cette section du document traite la présentation des données et de la construction des différents variables.

#### **III.1 Présentation des données**

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles des enquêtes de suivi de la pauvreté au Sénégal (ESPS 2005 et 2011). Ces enquêtes se sont déroulées respectivement en 2005 et 2011 et couvrent tout le territoire national. Elles sont réalisées par l'ANSD. L'objectif visé est la collecte de données statistiques permettant de suivre l'évolution de la pauvreté.

#### **III.2 Construction des variables de l'étude**

Pour la construction des variables, la méthodologie proposée par l'OMS est adoptée. Néanmoins, certains traitements spécifiques sont appliqués.

Les paiements directs (*oop*) sont approchés par les dépenses de santé portant sur les 12 derniers mois qui précédent l'enquête. 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*), de soins médicaux (*oop\_soin*), de lunettes et prothèses (*oop\_optprot*), de matériels de traitements (*oop\_matrai*) et des autres dépenses de santé (*oop\_other*). Cependant, il faut souligner que les dépenses de transports ne sont pas prises en compte.

Les dépenses d'alimentations et les dépenses non-alimentaires sont utilisées avec un ajustement pour la taille du ménage à la façon suivante pour arriver à la capacité à payer et au seuil de pauvreté.

Les dépenses alimentaires (*food*) sont constituées des dépenses en produits alimentaires et de l'autoconsommation des ménages. Par contre, les dépenses en boissons alcoolisées et celles payées pour des repas et aliments consommés hors du ménage sont exclues. Les dépenses non alimentaires (*nfood*) sont composées des dépenses en produits non alimentaires. Elles excluent les dépenses en cigarettes et tabac. Les dépenses de scolarisation et de santé sont également prises en compte. Les dépenses exceptionnelles (*depexc*) sont constituées de celles des constructions de logements, d'achat de terrain et de logement clef en main, des cérémonies diverses (baptême, mariage, anniversaire....), des fêtes (Korité, Tabaski, Noël..), des impôts, amendes, taxes contravention, des achats et modifications de parures (bijoux, colliers, chaînes, bracelets, ...), de mobiliers et équipements durables, d'achats de moyens de transports et des grosses réparations. Cependant, dans le cadre de cette étude, seules les dépenses des cérémonies diverses et des fêtes sont prises en compte dans le calcul des dépenses totales du ménage. Ce choix se

justifie par le fait que la population cible est celle des pauvres et des vulnérables et que ces dernières n'effectuent pas souvent les autres types de dépenses.

Les dépenses de consommation (*exp*) des ménages regroupent les dépenses alimentaires et non alimentaires. Les dépenses alimentaires sont constituées de celles courantes et exceptionnelles. Les dépenses courantes alimentaires et non alimentaires ont été annualisées en multipliant le montant mensuel donné par le ménage par la fréquence d'utilisation du bien durant l'année. Les dépenses exceptionnelles sont collectées sur les 12 derniers mois. Aussi faudra-t-il préciser que les observations telles que fournies dans la base de données ne permettent pas d'éclater les dépenses exceptionnelles en dépenses alimentaires et non alimentaires. Cependant, compte tenu de leur importance elles sont prises dans les dépenses totales.

Finalement, la taille du ménage équivalente (*eqsize*) est construite pour prendre en compte les économies d'échelles. Elle est obtenue en multipliant la taille du ménage par un coefficient d'ajustement de 0,56 qui est déterminé par une étude faite sur 59 pays.

A ce stade, différents calculs ont été effectués pour déterminer la capacité à payer.

Le seuil de pauvreté est obtenu en calculant la moyenne pondérée des dépenses d'alimentation pour les ménages qui sont entre le *45<sup>ème</sup>* et le *55<sup>ème</sup>* centile. Ce seuil correspond au niveau des dépenses de subsistance par personne « équivalente ». Les dépenses de subsistance sont obtenues en multipliant la dépense de subsistance par personne « équivalente » par la taille du ménage équivalente. La capacité à payer d'un ménage correspond à ses dépenses de non-subsistance. Elle est définie suivant les conditions ci après:

- Si la dépense de subsistance est inférieure ou égale aux dépenses alimentaires, la capacité à payer du ménage correspond à la différence entre la dépense totale et la dépense de subsistance. Dans le cas contraire, elle correspond à la différence entre la dépense totale et la dépense alimentaire.

Pour identifier les ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé, une variable (*oopctp*) est créée. Elle représente la part des paiements directs dans la capacité à payer. Elle est utilisée pour créer la variable *cata* qui prend la valeur 1 si le ménage fait face à des dépenses catastrophiques et 0 sinon. Un ménage fait face à des dépenses catastrophiques s'il utilise au moins 40% de sa capacité à payer pour faire face à ses dépenses de santé.

En plus, un ménage est considéré comme pauvre si ses dépenses totales sont inférieures à la dépense de subsistance moyenne. Il permet aussi de mesurer l'impact des paiements directs de santé sur la pauvreté.

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

L'utilisation des services (*utilization*) est obtenue en combinant les variables « Est-ce que l'individu a consulté un service de santé, un guérisseur, ou marabout durant les 4 dernières semaines » et « quel genre de service de santé a-t-il consulté pour la première fois ». 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.

La variable hospitalisation (***hospitalization***) est construite en utilisant le proxy « *est ce que l'individu a effectué une dépense 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 toute la population des individus qui ont répondu par l'affirmative à cette question.

#### **IV. Les limites de l'étude :**

L'analyse faite à partir des données des ESPS a permis de mettre en évidence l'impact des paiements directs sur les conditions de vie de ménages et les conséquences qu'ils peuvent engendrer pour le ménage sur le plan économique, social, etc. Il faut, néanmoins, souligner certaines limites de cette étude.

La première est liée à la périodicité des informations sur les dépenses de santé. En fait, ces informations sont collectées sur les 12 derniers mois précédents l'enquête. Cela peut avoir une conséquence sur la qualité des données qui peuvent être sous estimées car les individus ont tendance à oublier les anciennes dépenses et du coup les informations fournies peuvent concerner uniquement une partie des dépenses de santé que le ménage a réalisé durant l'année.

L'autre est la périodicité des informations sur l'utilisation des services de santé et les besoins déclarés. Ces informations sont collectées durant les 30 derniers jours précédents l'enquête. Cela posera un problème sérieux si on veut lier les informations aux dépenses du ménage car il y aura un problème de comparaison dû au fait que les deux périodes ne sont

pas identiques. Par conséquent, il serait difficile voire impossible de lier les besoins déclarés et l'utilisation des services de santé aux dépenses de santé effectués par le ménage. Une troisième limite est qu'il est impossible de dissocier les dépenses en médicaments et en pharmacopée traditionnelle. Cela aurait dû permettre d'évaluer la part qu'occupe chaque dépense et de mettre en évidence la catégorie de ménages qui utilisent les pharmacopées traditionnelles et de discriminer ces dépenses par rapport aux différents quintiles de pauvreté.

## V. Analyse et interprétation des résultats

### V.1 Le besoin déclaré et l'utilisation des services par quintile

**Tableau 1: Maladie déclarée et utilisation des services de santé en 2005 et 2011.**

<i>quintile</i>	<i>Besoin déclaré</i>		<i>Taux d'utilisation</i>		<i>Taux d'hospitalisation</i>	
	<b>2005</b>	<b>2011</b>	<b>2005</b>	<b>2011</b>	<b>2005</b>	<b>2011</b>
1	26,01%	40,04%	16,28%	16,90%	5,36%	7,52%
2	26,76%	43,27%	19,75%	19,06%	8,67%	12,36%
3	27,58%	45,33%	22,78%	22,84%	9,68%	18,04%
4	30,66%	47,07%	25,35%	26,62%	11,99%	16,85%
5	27,42%	40,20%	27,12%	25,07%	15,26%	15,20%
<b>Total</b>	<b>27,68%</b>	<b>43,18%</b>	<b>22,26%</b>	<b>22,09%</b>	<b>10,19%</b>	<b>13,99%</b>

Source: ESPS I & II/ANSD

L'examen du tableau ci-dessus révèle que le nombre de chefs de ménage qui ont déclaré une maladie a augmenté entre les deux années en 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 sur la période. Pour ce qui est du taux d'hospitalisation, la proportion est passée de 10,19% en 2005 à 13,99% en 2011.

L'analyse faite au niveau des quintiles montre que les ménages du quatrième quintile ont été les plus touchés par une maladie avec des proportions respectives de 30,66% en

2005 et de 47,07% en 2011 et ceux du premier les moins touchés (26,01% en 2005 et 40,04% en 2011). Le pourcentage de ménage ayant déclaré une maladie est respectivement de 43,27%, 45,33% et 40,20% en 2011 (contre 26,76%, 27,58% et 27,42% en 2005) dans le deuxième, troisième et cinquième quintile.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, il faut remarquer que les pauvres (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> quintile) ont le moins fréquenté ces services avec des taux de fréquentation 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 en 2011.

En s'intéressant à ceux qui ont été hospitalisés dans une structure sanitaire, il faut noter que les riches présentent la proportion la plus importante avec 15,26% en 2005 et 15,20% en 2011. Cependant, la part des chefs de ménages pauvres hospitalisés est faible (5,36% en 2005 et 7,52% en 2011). Cela ne traduit sûrement pas le fait que ces individus n'ont pas été touchés par une maladie qui nécessite une hospitalisation mais par l'inaccessibilité aux services hospitaliers en raison de leur revenu limité et de leur éloignement à ces structures. A cet effet, ils préfèrent ne pas déclarer leur maladie ou utiliser d'autres voies et moyens de soins, notamment la médecine traditionnelle et l'automédication.

## V.2 Statistiques descriptives sur les dépenses totales et les paiements directs de santé

**Tableau 2: Evolution de quelques indicateurs de dépenses des ménages entre 2005 et 2011.**

	2005	2011	Variation
Dépenses totales par ménage	2 333 334	2 440 952	107 618
Paiement direct	55 434	72 780	17 346,00
Dépenses de consultation	7 806	7 879	73
Dépenses en médicaments (dont pharmacopée)	37 011	43 483	6 472,00
Dépenses d'hospitalisation	3 256	7 289	4 033,00
Dépenses en soins médicaux	2 550	3 051	501
Dépenses en examen	5 970	5 880	-90,00
Part des ménages qui ont effectué des paiements direct	86,52%	88,50%	1,98%
Part des paiements sur les dépenses total	2,14%	3,06%	0,92%
Part des paiements directs dans la capacité à payer	4,18%	7,79%	3,61%
Autres dépenses de santé	1 391	5 136	3 745,00
Part des ménages qui ont fait des dépenses catastrophiques	0,02%	2,59%	2,57%

**Source:** ESPS I & II/ANSD.

Les dépenses totales par ménage, composées des dépenses alimentaires et non alimentaires, sont évaluées à **2 440 952 F CFA** en 2011, contre **2 333 334 F CFA** en 2005 soit une hausse de 4,4%. Pour 2011, elles sont constituées de 58% en dépenses alimentaires, 33,4% en dépenses non alimentaires et 8,6% en dépenses (alimentaires et non alimentaires) non réparties. Les dépenses moyennes non alimentaires, estimées à **807 515 F CFA**, comprennent **71 983 F CFA** de paiements directs représentant ainsi 8,9% de ces dépenses. L'analyse des résultats montre que les dépenses en médicaments (dont pharmacopée traditionnelle) demeurent un lourd fardeau pour les ménages. Toutefois la part des dépenses en médicaments s'est améliorée en passant de **66,8%** des paiements directs de

sante en 2005 à **59,7%** en 2011. Par contre les parts des dépenses en hospitalisation ont enregistré une hausse de 4,1 points pour s'établir, en 2011, à 10,0% des paiements directs. Les résultats montrent 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. Cette évolution s'explique par la baisse de la capacité à payer (5,9%) pendant que les paiements directs des ménages augmentent (30,1%). Ce qui accentue le risque de faire face à des dépenses catastrophiques.

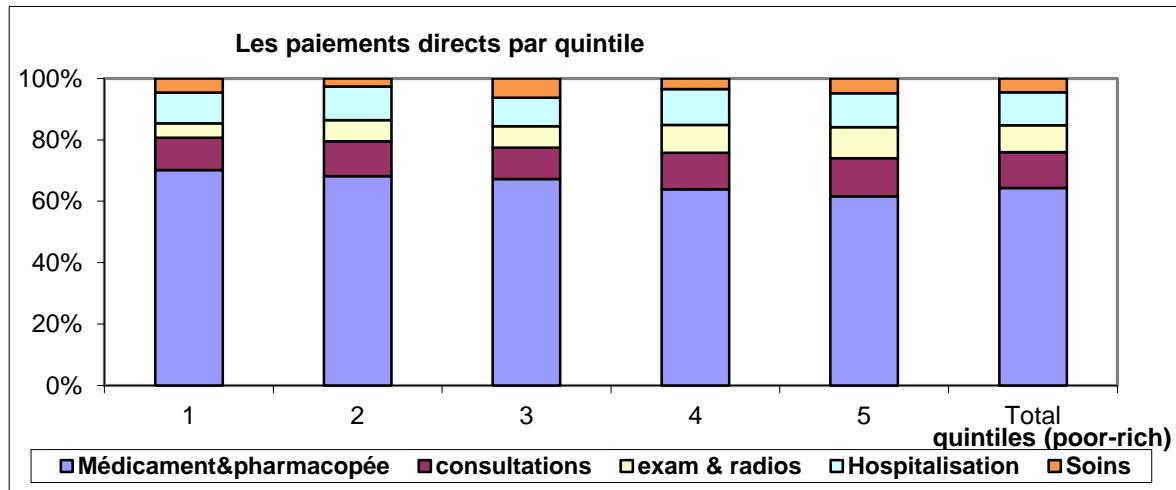
**Tableau 3: Répartition des paiements directs par type et par quintile**

quintile	Médicament&pharmaco		Consultations		Exam		Hospitalisation		Soins	
	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005
<b>1</b>	15 557	11 943	2 336	1 582	1 055	116	2 213	464	1 023	86
<b>2</b>	25 043	21 748	4 153	2 763	2 557	436	4 012	987	967	325
<b>3</b>	37 823	30 141	5 715	4 414	3 958	972	5 198	1 599	3 529	725
<b>4</b>	47 928	44 821	8 940	8 588	6 797	3 167	8 744	2 680	2 607	2 362
<b>5</b>	91 145	76 409	18 272	21 686	15 050	12 410	16 300	10 551	7 129	9 254
<b>Total</b>	<b>43 483</b>	<b>37 011</b>	<b>7 879</b>	<b>7 806</b>	<b>5 880</b>	<b>3 420</b>	<b>7 289</b>	<b>3 256</b>	<b>3 051</b>	<b>2 550</b>

Source: ESPS I & II/ANSD

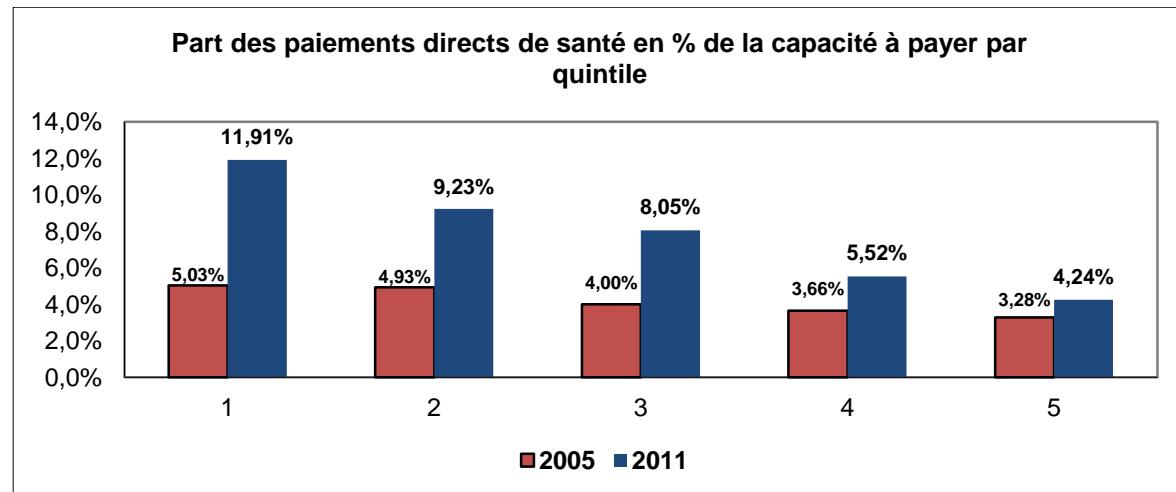
Quelque soit le quintile, le médicament reste le motif de dépenses le plus important et sa part a augmenté entre 2005 et 2011. Pour ces deux années, la demande de services d'aide aux diagnostics semble plus systématisée dans le 5<sup>ième</sup> quintile.

### Graphique 1: Structure des paiements directs par quintile



Les résultats montrent que plus le ménage est pauvre, plus la part relative des dépenses en médicaments dans les dépenses de santé est importante. Elle représente environ 70% en 2011 et 84% en 2005 chez les plus pauvres contre 55% et 56% chez les plus riches.

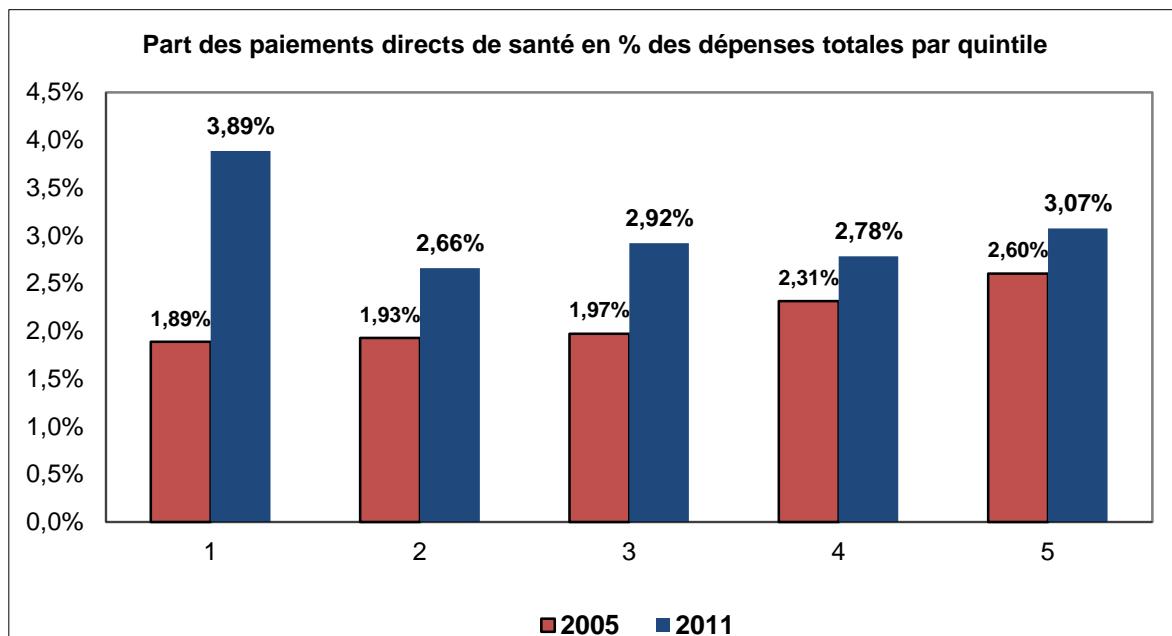
### Graphique 2: Part des paiements directs de santé en % de la capacité à payer par quintile



La part des paiements directs par rapport à la capacité à payer diminue des plus pauvres aux plus riches passant de 11,91% au 1<sup>er</sup> quintile à 4,24% au 5<sup>ème</sup> quintile en 2011

(respectivement 5,03% et 3,28% en 2005). Cette situation s'expliquerait par l'effet revenu et le bénéfice d'une couverture sociale pour la classe la plus riche.

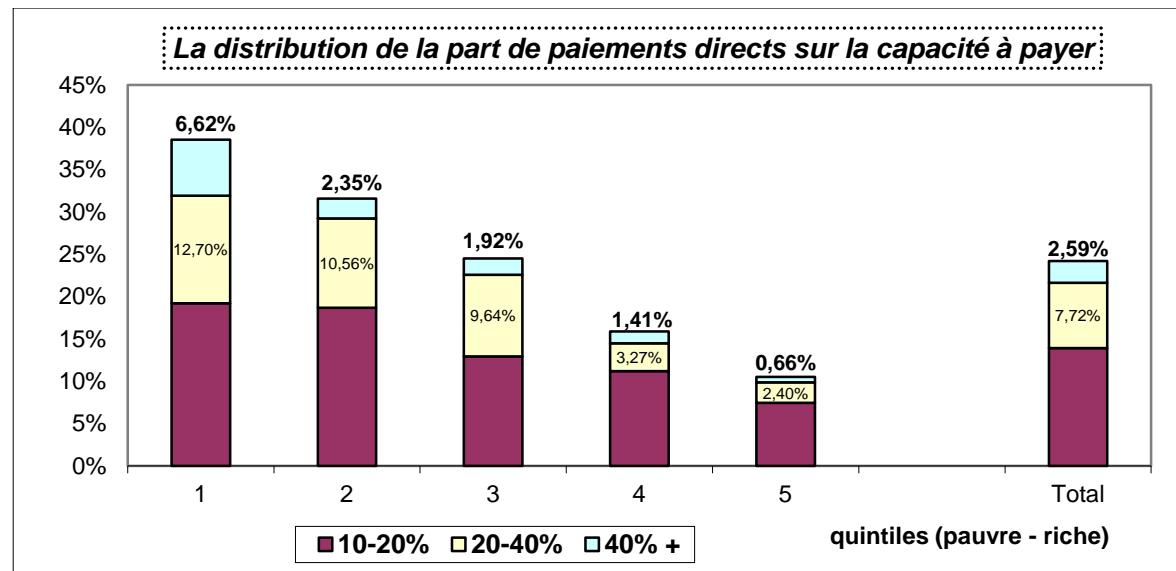
**Graphique 3: Part des paiements directs de santé en % des dépenses totales par quintile**



En 2011, le rapport entre les paiements directs de santé et les dépenses totales est plus important au 1<sup>er</sup> quintile et au 5<sup>ième</sup> quintile. Pour le 1<sup>er</sup> quintile cela s'expliquerait par la faiblesse du niveau des revenus et l'absence de couverture sociale tandis que pour le 5<sup>ième</sup> le recours à des services plus couteux, en termes de prestations et de médicaments de spécialité, en constituerait la cause.

En 2005, la part des paiements directs dans les dépenses totales du ménage est plus importante chez les riches. Il est passé de 1,89% chez les plus pauvres à 2,60% aux plus riches.

### Graphique 4: La distribution de la part de paiements directs sur la capacité à payer en 2011



Ce graphique montre que **2,59%** des ménages font face à des dépenses catastrophiques de santé, où les paiements directs par rapport à la capacité à payer du ménage dépassent 40%.

Donc, **38 056** ménages au pays ont fait face à des dépenses catastrophiques en 2011. Le quintile 1 enregistre le plus fort taux de ménages qui ont fait face à des dépenses catastrophiques avec **6,62%**.

Les ménages dont la part des paiements directs par rapport à la capacité à payer est comprise entre 20% et 40% présentent une vulnérabilité certaine face aux dépenses catastrophiques. En effet, la survenue d'une affection à soins couteux peut faire basculer ces ménages dans le groupe exposé aux dépenses catastrophiques.

Au niveau national, les ménages qui présentent une vulnérabilité face aux dépenses catastrophiques représentent 7,72%. Dans les quintiles 1, 2 et 3 la proportion est respectivement de 12,70%, 10,56% et 8,64%. Ces résultats seraient liés au niveau élevé de la part des paiements directs dans la capacité à payer chez les pauvres.

**Tableau 4: Objet des paiements directs par milieu**

Milieu	Consultation	Médicament &pharmacopée	Hospitalisation	Examen analyse	Soins
<b>2005</b>					
<b>Urbain</b>	16%	60%	6%	8%	6%
<b>Rural</b>	10%	81%	5%	2%	1%
<b>2011</b>					
<b>Urbain</b>	11%	55%	10%	9%	4%
<b>Rural</b>	10%	68%	10%	6%	4%

**Source:** ESPS I & II/ANSD

La plupart des paiements directs des ménages est allouée aux dépenses de médicaments et pharmacopée traditionnelle. Cette part est évaluée à 68% en 2011 (contre 81% en 2005) pour les ménages qui vivent en milieu rural et à 55% en 2011 (contre 60%) pour les urbains. Cette situation pourrait s'expliquer par la faiblesse du coût et du volume des prestations en milieu rural. Les dépenses en consultations occupent respectivement 11% et 10% en 2011 (contre 16% et 10% en 2005) des paiements directs des ménages urbains et ruraux.

En outre, les paiements directs calculés par quintile et par milieu de résidence révèlent que les dépenses moyennes en médicaments des ménages au niveau des quatre premiers quintiles sont plus importantes en milieu rural qu'en milieu urbain.

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, les ménages ruraux 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<sup>ème</sup> quintile, le niveau élevé des dépenses d'hospitalisation dans le monde rural serait lié à la

fréquentation de ce groupe (qui ne bénéficie pas en majorité d'une couverture maladie) aux structures hospitalières qui offrent des services de qualité à coût élevé.

Toutefois, pour les quintiles 1 et 3, des situations inverses sont notées. Les dépenses d'hospitalisation des ménages sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural en 2005 pour le 1<sup>er</sup> quintile et en 2011 pour le 3<sup>ème</sup> quintile.

### V.3 Impact des paiements directs sur la pauvreté

Cette partie analyse l'impact que les paiements directs pourraient avoir sur le niveau de vie des ménages. Pour cela, un seuil de pauvreté est calculé suivant la méthodologie proposée par l'OMS (voir partie méthodologie). Un ménage est considéré comme pauvre si ses dépenses sont inférieures à ce seuil.

En appliquant la méthodologie retenue aux données de l'ESPS 2011, il apparaît qu'avant paiement direct 32,88% des ménages sénégalais sont considérés comme pauvres. Ce pourcentage cache des disparités. En effet, en milieu rural, la proportion des ménages pauvres est estimée à 52,1% alors qu'en milieu urbain, elle est de 13,2%. Le phénomène est plus ressenti dans les autres milieux urbains (22,70% contre 7,53% à Dakar). Toutefois, il faut noter que la méthodologie utilisée pour le calcul du seuil de pauvreté est basée uniquement sur les dépenses alimentaires. Donc les résultats obtenus ne sont pas directement comparables au seuil de pauvreté national officiel.

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.

Les résultats montrent que 34,66% des ménages sénégalais vivent en dessous du seuil de pauvreté après paiement direct. Ce pourcentage est de 54,6% en milieu rural contre 14,2% en milieu urbain.

Les deux taux, déterminant respectivement la proportion des pauvres avant et après paiements directs, permettent de mesurer l'incidence des paiements directs sur la pauvreté. L'incidence est mesurée par la différence entre les taux après et avant paiements directs.

De ces résultats, il apparaît que **1,78%** des ménages se sont appauvris à cause des paiements directs de santé.

**Tableau 5: Taux de pauvreté avant et après paiement direct par milieu de résidence en 2011**

pauvreté	<i>milieu de résidence</i>			
	<b>urbain</b>		<b>rural</b>	
	<i>Avant paiement</i>	<i>Après paiement</i>	<i>Avant paiement</i>	<i>Après paiement</i>
<b>non pauvre</b>	86,8%	85,8%	47,9%	45,4%
<b>Pauvre</b>	13,2%	14,2%	52,1%	54,6%

Source : ESPSI&II/ANSD

Les résultats précédents ont montré que certains ménages se sont appauvris à cause des paiements directs de santé. Cet appauvrissement est beaucoup plus prononcé en milieu rural (2,50%) qu'en milieu urbain (1,04%). Pour éviter une détérioration de leur niveau de vie ou leur appauvrissement, des stratégies de prise en charge devraient être mises en place. Il s'agit de déterminer les montants à transférer aux ménages pour alléger le fardeau des dépenses de santé. En 2011 les ménages pauvres se trouvent dans le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> quintile. Pour les sortir de la pauvreté il faudra transférer en moyenne :

- les montants respectifs de **707 963 F CFA**/ménage et **121 256 F CFA**/ménage en 2011.

La situation de pauvreté s'est détériorée du fait des paiements directs en 2011. En effet, certains ménages du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> quintile en 2011 sont devenus pauvres après avoir effectué des dépenses de santé.

Pour éradiquer la pauvreté, il faut transférer:

- un montant de 730 789 FCFA par ménage pour le premier quintile ;
- un montant de 146 466 FCFA par ménage pour le deuxième quintile ;
- un montant de 785 FCFA par ménage pour le troisième ;
- un montant de 360 FCFA par ménage pour le quatrième.

A défaut d'éradiquer la pauvreté, l'Etat peut verser des subventions qui prennent en charge les dépenses en santé des ménages pour stabiliser la situation de la pauvreté. Ainsi, l'Etat devrait-il prendre en charge des montants allant de 22 826 FCFA /ménage pour les plus pauvres à 360 FCFA /ménage pour ceux du quatrième quintile.

#### V.4 Les déterminants des dépenses catastrophiques de santé

L'analyse descriptive faite au niveau national révèle que certains ménages sénégalais font face à des dépenses catastrophiques de santé et d'autres en sont exposés. Du milieu rural au milieu urbain, du plus pauvre au plus riche, l'étude montre également qu'un bon nombre de ménages courent le risque de faire face à ces genres de paiements. Pour mieux apprécier les caractéristiques de ces ménages et mettre en place des stratégies pour lutter contre ce fléau, il s'avère nécessaire de connaître les facteurs qui favorisent l'exposition des ménages à ces dépenses. Pour y arriver, une étude explicative semble être nécessaire.

Pour ce faire, il est procédé à l'analyse des facteurs expliquant le fait qu'un ménage fait face à des dépenses catastrophiques de santé. L'étude adopte une approche économétrique à travers l'estimation d'un modèle. La variable indiquant qu'un ménage fait face ou non à

des dépenses catastrophiques étant dichotomique, la modélisation des variables qualitatives et plus particulièrement la modélisation logistique est utilisée pour mettre en évidence les déterminants des dépenses catastrophiques de santé.

**Tableau 6: les résultats de l'estimation du modèle logit au niveau national 2011**

Variables	Odds Ratio	P>z
<i>quintile 1</i>	<i>référence</i>	
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	0,981	0,453
<i>Rural</i>	<i>référence</i>	
urbain	0,385**	0,001
<i>Age</i>		
age5_n	0,981	0,832
age60_n	1,018	0,864
<i>Femme</i>	<i>référence</i>	
Homme	1,149	0,619
<i>Célibataire</i>	<i>référence</i>	
marie	0,790	0,662
Autres	2,086	0,21
<i>non handicap</i>	<i>référence</i>	
handicap	2,535***	0,001
<b>Wald chi2(12)</b>	<b>= 72.79</b>	<b>Prob &gt; chi2 = 0.0000</b>
		<b>Pseudo R2 = 0.1021</b>

Les résultats confirment que les ménages les plus pauvres (quintile 1) sont plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé que les autres quintiles. A titre illustratif, les ménages du second quintile ont deux fois (2,28) moins de chance que ceux du premier de faire face à des dépenses catastrophiques et ceux du cinquième ont 5,21 fois moins de chance que les plus pauvres de faire face à ces dépenses. 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 l'étroitesse de leur revenu. Il s'y ajoute que ces ménages ont une plus forte propension à la maladie du fait de la précarité de leur condition d'existence (promiscuité, défaut d'hygiène, manque d'information, etc.).

Comparés aux ménages ruraux, ceux du milieu urbain courent 2,6 fois moins le risque 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 vivent en dessous du seuil de pauvreté et du coup les ménages sont pour la plupart vulnérables aux chocs aléatoires qui peuvent facilement impacter sur leur niveau de vie. En plus, ils ne bénéficient souvent pas d'une protection sociale.

Par ailleurs, le genre n'a pas d'impact sur le risque de faire face à des dépenses catastrophiques de santé. De même le nombre d'enfants de moins de 5 ans et celui d'individus de 60 ans et plus n'ont pas un impact significatif sur le risque de tomber 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 pour faire bénéficier les personnes de cette tranche d'âge de la gratuité de certains soins.

Pour les enfants de moins de 5 ans, l'application de tarif préférentiel voire d'exonération peut constituer le facteur explicatif.

La présence d'un handicapé expose plus le ménage à faire face à des dépenses catastrophiques. En effet, l'analyse a révélé que ceux qui en ont courent 2,5 fois plus le

risque de faire face à des dépenses catastrophiques, ceci pourrait s'expliquer par la lourdeur de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap.

## **VI. Recommandations de politiques**

- Trouver des mécanismes appropriés pour aller vers une couverture universelle de santé pour tous les Sénégalais (système de protection sociale à travers l'exploration de tous les volets assurantiels notamment les régimes d'assurance sociale pour atteindre les couches les plus vulnérables) en impliquant tous les secteurs concernés;
- Renforcer les politiques en matière de prévention pour réduire les paiements directs de santé qui sont sources de dépenses catastrophiques ;
- Encourager la mise en place d'une politique véritable de médicament par le renforcement de la disponibilité des médicaments essentiels et le subventionnement des médicaments en général, et notamment ceux utilisés dans la prise en charge des maladies chroniques ;
- Intégrer le médicament dans le paquet de service pris en charge dans les différentes politiques de subvention et de gratuité des soins de santé ;
- Inciter les prestataires à prescrire des médicaments génériques plus accessibles financièrement surtout pour les couches défavorisées par un encouragement de la politique de substitution ;
- Prendre en compte dans la définition des politiques publiques de santé et de protection sociale la dimension «dépenses catastrophiques de santé et de l'iniquité dans l'utilisation des services de santé » ;
- Mener une étude sur «les déterminants de dépenses en médicaments» ;
- Mener une étude d'évaluation des coûts des prestations de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire afin de proposer des tarifs pertinents qui tiennent compte de la capacité à payer des ménages.

### ***Conclusion :***

L'objectif général de cette étude était de mettre en évidence la pertinence d'améliorer les politiques de financement de la santé. Plus spécifiquement cette étude a permis de déterminer la proportion des ménages appauvris du fait des dépenses catastrophiques, de mesurer le degré d'utilisation des services de santé, de calculer les montants à transférer aux ménages vulnérables et appauvris et enfin d'identifier les principaux facteurs déterminants des dépenses catastrophiques de santé.

Les résultats de l'étude ont montré que les dépenses en médicaments constituent les principales causes de dépenses catastrophiques des ménages. Les dépenses en médicaments représentent environ **59,7%** des paiements directs en 2011 contre **66,8%** en 2005.

L'étude a aussi montré que **2,59%** des ménages font face à des dépenses catastrophiques de santé en 2011, soit **38 056** ménages et la proportion des ménages qui présente une vulnérabilité représente 7,72% et sont essentiellement identifiés dans les quintiles 1, 2 et 3.

Concernant l'utilisation des services de santé, l'étude révèle que les chefs de ménage qui ont déclaré une maladie ont augmenté entre les deux années en passant de 27,68% en 2005 à 43,18% en 2011.

Il est donc nécessaire que le Ministère en charge de la santé explore régulièrement les effets des dépenses catastrophiques de santé sur l'équité et l'accès aux soins surtout pour les populations les plus pauvres.

## **ANNEXES**

#### *Structure du financement du système de santé source*

- Les fonds publics sont répartis comme suit : 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales.
- Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de Fcfa répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 53,4 milliards de Fcfa dont 59% proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des fonds des sénégalais de l'extérieur.

#### *Gestion des fonds CNS 2005*

- Le Secteur Public gère 134,3 milliards de Fcfa soit 53% de la Dépense Nationale de Santé dont 78,2% pour le Ministère de la Santé et de la Prévention et 7% pour les collectivités locales ;
- Le Secteur Privé gère 43% de la DNS dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance et 9% par les assurances sociales ;
- Les Partenaires Extérieurs gèrent 4% de la DNS et contribuent à hauteur de 21% au financement du secteur.

#### *Présentation du système de santé sénégalais*

Le système de santé du Sénégal a une organisation de type pyramidal à trois (3) niveaux :

- *Au sommet*, le Niveau Central ou National joue un rôle politique et normatif. Il est composé du cabinet du ministre, du secrétariat général, des Directions et Services

Centraux. Au *niveau opérationnel*, on trouve les Établissements Publics de Santé de niveau 3 (EPS3);

- *Au niveau intermédiaire*, la Région Médicale (RM) joue un rôle stratégique. Elle est dirigée par un médecin coordonnant les activités sanitaires de la région. Au *niveau opérationnel*, on trouve les Établissements Publics de Santé de niveau 1 et 2 (EPS 1 et 2) ;
- *À la base*, le district sanitaire constitue la zone opérationnelle. Il est composé d'au moins un Centre de Santé (CS ou Hôpital de District), de Postes de Santé (PS), de Maternités Rurales et de Cases de Santé.

 Les différents tableaux d'analyses

**Statistique sur les dépenses totales et les paiements directs de santé 2005 & 2011**

	2005	2011	Variation
Dépenses totales par ménage	2 333 334	2 440 952	107 618
Paiement direct	55 434	72 780	17 346,00
Dépenses de consultation	7 806	7 879	73
Dépenses en médicaments (dont pharmacopée)	37 011	43 483	6 472,00
Dépenses d'hospitalisation	3 256	7 289	4 033,00
Dépenses en soins médicaux	2 550	3 051	501
Dépenses en examen	5 970	5 880	-90,00
Part des ménages qui ont effectué des paiements direct	86,52%	88,50%	1,98%
Part des paiements sur les dépenses total	2,14%	3,06%	0,92%
Part des paiements directs dans la capacité à payer	4,18%	7,79%	3,61%
Autres dépenses de santé	1 391	5 136	3 745,00
Part des ménages qui ont fait des dépenses catastrophiques	0,02%	2,59%	2,57%

### Maladie déclarée et utilisation des services de santé en 2005 et 2011.

<i>quintile</i>	<i>Besoin déclaré</i>		<i>Taux d'utilisation</i>		<i>Taux d'hospitalisation</i>	
	<b>2005</b>	<b>2011</b>	<b>2005</b>	<b>2011</b>	<b>2005</b>	<b>2011</b>
1	26,01%	40,04%	16,28%	16,90%	5,36%	7,52%
2	26,76%	43,27%	19,75%	19,06%	8,67%	12,36%
3	27,58%	45,33%	22,78%	22,84%	9,68%	18,04%
4	30,66%	47,07%	25,35%	26,62%	11,99%	16,85%
5	27,42%	40,20%	27,12%	25,07%	15,26%	15,20%
<b>Total</b>	<b>27,68%</b>	<b>43,18%</b>	<b>22,26%</b>	<b>22,09%</b>	<b>10,19%</b>	<b>13,99%</b>

### Paiements directs en pourcentage des Dépenses totales

	<b>2005</b>	<b>2011</b>
<b>quintile</b>	<b>oopexp</b>	
1	1,89%	3,89%
2	1,93%	2,66%
3	1,97%	2,92%
4	2,31%	2,78%
5	2,60%	3,07%
<b>Total</b>	<b>2,14%</b>	<b>3,06%</b>

### Paiements directs en pourcentage de la capacité à payer

	<b>2005</b>	<b>2011</b>
<b>quintile</b>	<b>oopctp</b>	
1	5,03%	11,91%
2	4,93%	9,23%
3	4,00%	8,05%
4	3,66%	5,52%
5	3,28%	4,24%
<b>Total</b>	<b>4,18%</b>	<b>7,79%</b>

### La distribution de la part de paiements directs sur la capacité à payer

<b>Quintile</b>	<b>10-20%</b>	<b>20-40%</b>	<b>40% +</b>
1	19,22%	12,70%	6,62%
2	18,68%	10,56%	2,35%
3	12,94%	9,64%	1,92%
4	11,20%	3,27%	1,41%
5	7,46%	2,40%	0,66%
<b>Total</b>	<b>13,90%</b>	<b>7,72%</b>	<b>2,59%</b>

**Montant à transférer aux pauvres pour qu'ils sortent de la pauvreté avant et après  
paiements directs**

quintile	gapbi	gapai	dgap	
1	707 963	730 789		22 826
2	121 256	146 066		24 810
3	-	785		785
4	-	360		360
5	-	-		-
<b>Montant moyen à transférer à chaque ménage</b>	<b>165 888</b>	<b>175 647</b>	<b>9 759</b>	<b>9 759</b>

### Type de paiements directs moyens par milieu de résidence et par quintile

quintile	Milieu	paiements directs	consultation	examen	médicaments	soins	hospitalisation	autres dépenses
<b>2005</b>								
1er quintile	Urbain	13 094	1 993	411	9 596	125	307	662
	Rural	14 391	1 530	79	12 238	46	59	439
2ème quintile	Urbain	24 680	3 575	1 144	17 969	307	853	832
	Rural	26 882	2 535	237	22 808	94	177	1 030
3ème quintile	Urbain	40 670	5 660	1 482	30 506	502	1 105	1 416
	Rural	36 285	3 438	572	29 854	252	427	1 742
4ème quintile	Urbain	65 414	10 090	4 038	44 396	1 315	3 011	2 564
	Rural	57 016	5 545	1 403	45 683	425	1 046	2 914
5ème quintile	Urbain	138 473	23 047	13 337	75 908	6 011	9 945	10 225
	Rural	115 115	11 642	5 565	80 109	686	4 150	12 962
<b>2 011</b>								
1er quintile	Urbain	19 186	4 011	1 285	9 273	257	1 194	3 166
	Rural	23 487	2 032	1 013	16 698	1 162	2 398	183
2ème quintile	Urbain	30 072	4 765	1 531	18 636	933	2 951	1 256
	Rural	40 440	3 902	2 978	27 669	981	4 446	463
3ème quintile	Urbain	59 030	5 952	4 845	34 402	1 804	6 473	5 553
	Rural	59 681	5 508	3 183	40 807	5 034	4 085	1 064
4ème quintile	Urbain	68 582	8 417	6 561	37 439	3 062	8 557	4 546
	Rural	101 075	10 046	7 298	70 115	1 644	9 139	2 833
5ème quintile	Urbain	168 570	18 496	15 763	92 372	7 480	16 062	18 396
	Rural	142 336	16 637	9 837	82 170	4 556	18 038	11 096

xi: logit cata i.quintile hysize urban age5\_n age60\_n male marie autres handicap, or

cata	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
_Iquintile_2	0,438	0,111	-3,26	0,001	0,267	0,720
_Iquintile_3	0,393	0,114	-3,22	0,001	0,222	0,694
_Iquintile_4	0,329	0,134	-2,74	0,006	0,148	0,729
_Iquintile_5	0,192	0,142	-2,24	0,025	0,045	0,815
hysize	0,981	0,025	-0,75	0,453	0,932	1,032
urban	0,385	0,108	-3,4	0,001	0,222	0,668
age5_n	0,981	0,087	-0,21	0,832	0,825	1,168
age60_n	1,018	0,109	0,17	0,864	0,826	1,255
male	1,149	0,321	0,5	0,619	0,664	1,988
marie	0,790	0,426	-0,44	0,662	0,275	2,273
autres	2,086	1,223	1,25	0,21	0,661	6,581
handicap	2,535	0,705	3,34	0,001	1,470	4,371

		Difference_bas	Difference_haut
Quintile 2	0,438	0,171	0,282
Quintile 3	0,393	0,170	0,301
Quintile 4	0,329	0,181	0,400
Quintile 5	0,192	0,147	0,623
Taille du ménage	0,981	0,048	0,051
Urbain	0,385	0,163	0,282
Nombre d'enfants	0,981	0,157	0,186
Nombre de membres agés	1,018	0,192	0,237
Chef du ménage masculin	1,149	0,485	0,839
marié	0,790	0,515	1,483
autres situation matrimoniale	2,086	1,425	4,496
handicapé dans le ménage	2,535	1,065	1,837

