

République Islamique de la Mauritanie
Honneur-fraternité-justice



Ministère de la santé

**Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des
paiements directs sur l'appauvrissement des ménages**

Base EPCV 2014

Version provisoire

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	3
INTRODUCTION	4
Aperçu sur le système de sante : Organisation, profil et utilisation des services	4
APERÇU SUR LE SYSTEME DE SANTE	5
Etat de santé.....	5
Utilisation des services de santé	5
Organisation du système de santé	8
Financement de la santé.....	9
PAIEMENTS DIRECTS DE LA SANTE	10
Niveau et caractéristiques des dépenses de consommation.....	10
Structure des paiements directs de santé	11
DEPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTE ET LEUR IMPACT SUR L'APPAUVRISSEMENT DES MENAGES	13
Dépenses catastrophique dans l'objectif de développement durable (ODD).....	13
Dépenses catastrophique suivant l'approche OMS basée sur la capacité à payer	15
Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement des ménages	16
Bref rappel de l'analyse de la pauvreté en Mauritanie.....	16
Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement	17
Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement selon le milieu de résidence	18
Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement selon le quintile de revenu	19
Déterminants des dépenses catastrophiques	20

Liste des abréviations

BDD	BASE DES DONNEES
BE	BUDGET DE L'ETAT
CATA	DEPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTE
CM	CHEF DE MENAGE
CNS	COMPTES NATIONAUX DE SANTE
CS	CENTRE DE SANTE
DTS	DEPENSES TOTALES DE SANTE
EPA	ETABLISSEMENT PUBLIC A CARACTERE ADMINISTRATIF
EPCV	ENQUETE PERMANENTE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES MENAGES
IMPOOR	APPAUVRISSMENT
MS	MINISTERE DE LA SANTE
ODD	OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DURABLE
ONS	OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE
PALU	PALUDISME
POOR	PAUVRETE INITIALE
POOR-COR	PAUVRETE CORRIGEE
PS	POSTE DE SANTE
PTF	PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS
SHR	STRUCTURE HOSPITALIERE REGIONALE

INTRODUCTION

L'équité du financement de la santé fait partie des trois objectifs principaux de chaque système de santé, à côté de l'obtention d'un niveau optimal de santé et de réactivité. La présente étude vise à contribuer à l'analyse des dimensions du financement de la santé particulièrement celles liées à la problématique de l'équité. Elle constitue la deuxième de son genre après la publication du premier rapport en juillet 2013. Elle met en exergue l'effet des paiements directs des ménages sur l'appauvrissement (en exploitant la base des données (BDD) de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) 2014, à l'aide de la méthode développée par l'OMS pour l'analyse des dépenses catastrophiques).

L'étude essaye d'apporter des réponses aux questions suivantes : 1) Qui utilise les services de santé (et de quel type sont-ils ?) ; 2) Qui paie et combien, pour quels services de santé ? ; 3) Quel est l'impact de ces paiements sur la situation financière des ménages ? ; 4) Quels types de ménages sont les plus susceptibles de faire face à des dépenses catastrophiques ?

L'étude est le fruit d'un travail d'un comité technique conjoint entre le Ministère de la Santé, l'Office National de la Statistique et l'Organisation Mondiale de la santé.

Son rapport est structuré en trois chapitres et des annexes :

Aperçu sur le système de santé : Organisation, profil et utilisation des services



Paiements directs de la santé



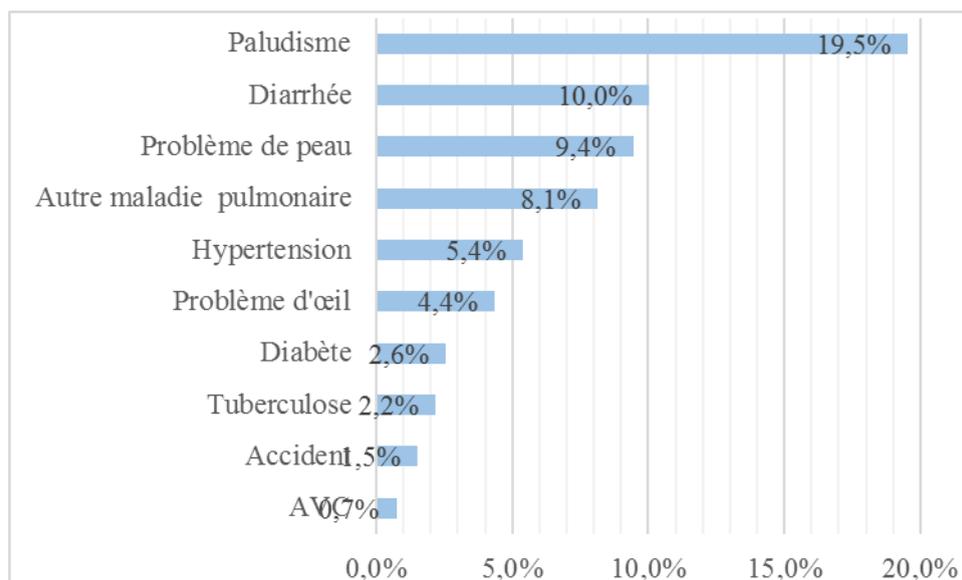
Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages

APERÇU SUR LE SYSTEME DE SANTE

Etat de santé

Selon les résultats de l'EPCV 2014, 4,9% (soit 490 cas sur 10 000 habitants) ont été malades au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Le paludisme est la principale maladie qui touche la population. Près d'une personne malade sur cinq (19,7%), au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête, souffrait de paludisme.

Graphique 1 : Taux de Prévalence des maladies au cours des 2 semaines précédant l'enquête



Les données comparées des deux EPCV 2008 et 2014 montrent un certain renversement de la tendance de l'incidence de la morbidité qui devient plus élevé en milieu urbain, en particulier périurbain, qu'en milieu rural. En effet, le périurbain serait essentiellement habité par des populations rurales venant dans les grandes villes, après avoir perdu leurs sources de revenu (ex : bétail) ou à la recherche de travail pour améliorer leurs revenus, ce qui les met en situation de forte précarité.

Le taux de mortalité brute de la population reste élevé (10,9‰) pour un taux de natalité (32,3‰). Le taux d'accroissement annuel de la population est d'environ 2,77%. L'espérance de vie est de 60,3 ans (61,8 ans pour les femmes et 58,3 ans pour les hommes). Le Nombre moyen d'enfants nés vivants par femme est de 4,3 (4,6 en milieu rural et 4 en urbain).

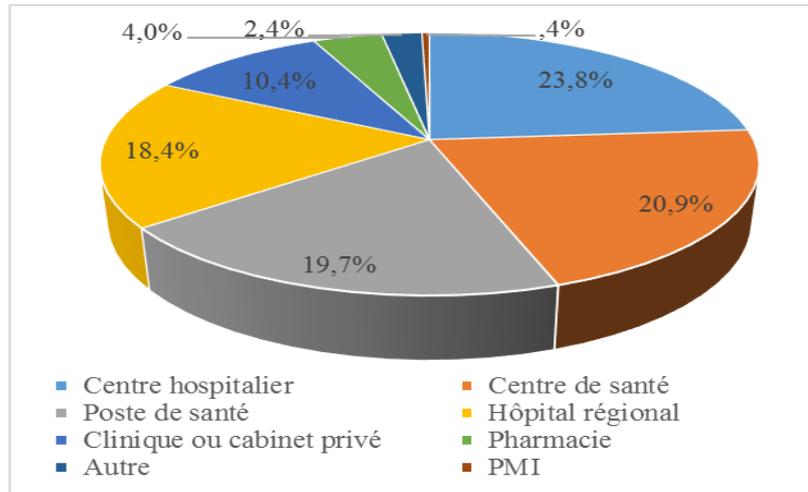
Utilisation des services de santé

Selon l'EPCV 2014, 76,5% des personnes malades au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête ont consulté un service ou du personnel de santé ou un guérisseur traditionnel au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête.

L'analyse des structures consultées en cas de maladie montre que les centres hospitaliers ont été le plus consulté en cas de maladie : 23,8% des consultations contre 12,5% en 2008. Suivant le milieu de résidence, 33,5% des malades résidants en milieu urbain et 11,6% de ceux du milieu rural ont consulté des centres hospitaliers.

En 2014, Les hôpitaux régionaux représentent 18,4% des consultations réalisées contre 13,9% en 2008. Les centres de santé ont réalisé 20% des consultations (25,8% en milieu rural et 17% en milieu urbain).

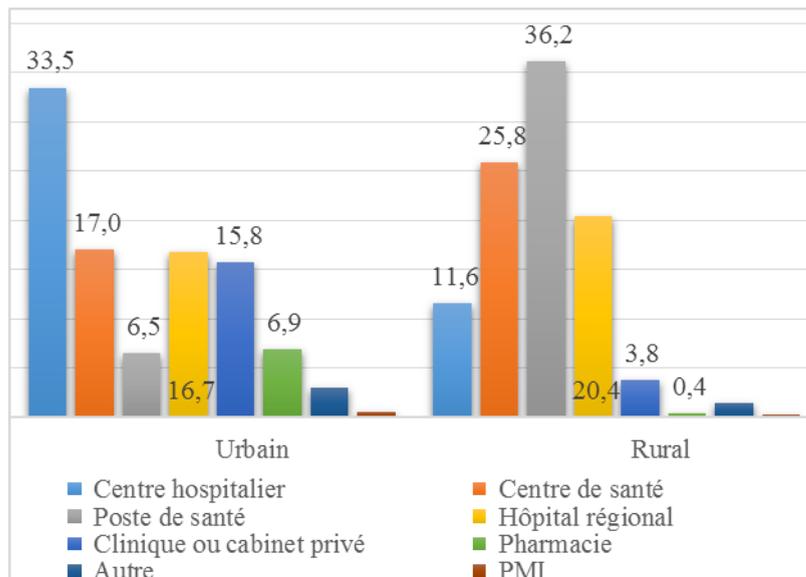
Graphique 2 : structures de santé consultées en cas de maladie



Les structures de santé de première ligne, à savoir les postes de santé, occupent une place principale dans le service sanitaire, notamment en milieu rural : en effet, plus du tiers (36,5%) des consultations en milieu rural sont effectuées au niveau des postes de santé.

Les comportements diffèrent entre les pauvres et les non pauvres. En effet, au cours des 2 semaines précédant l'enquête, les pauvres ont majoritairement consulté les postes de santé (38,1%) et les centres de santé (23%), tandis que les non pauvres ont fait recours plutôt à un centre du niveau tertiaire (27%) ou secondaire (20,2%).

Graphique 3 : structures de santé consultées en cas de maladie, selon le milieu de résidence



On note que la proportion de personnes qui consultent le poste de santé décroît par rapport au

niveau de vie (37,5% pour le premier quintile et seulement 11,5% pour le cinquième quintile). La clinique privée est faiblement utilisée par les plus pauvres (5,1% pour le premier quintile contre 17,4% pour le cinquième quintile).

Tableau 1 : structures de santé consultées en cas de maladie, selon le quintile de revenu

	1er quintile	2ème quintile	3ème quintile	4ème quintile	5ème quintile
Centre hospitalier	14,1%	21,2%	22,9%	25,9%	27,0%
Hôpital régional	15,8%	17,4%	17,4%	18,8%	20,1%
Clinique ou cabinet privé	5,1%	4,8%	6,7%	10,7%	17,4%
Centre de santé	22,9%	27,0%	19,8%	22,4%	17,0%
Poste de santé	37,5%	24,9%	25,1%	15,0%	11,5%
Pharmacie	1,6%	2,9%	4,6%	4,6%	4,3%
Autre	2,4%	1,6%	2,6%	2,3%	2,4%
PMI	,6%	,3%	,9%	,2%	,4%

Il existe également des disparités entre les wilayas, qui s'expliquent principalement par la disponibilité et l'accessibilité à certaines structures de santé. En effet, la proportion des personnes qui consultent les centres hospitaliers en cas de maladie, est plus élevée (plus du tiers des consultations) dans les wilayas de Tirs-Zemmour (100%), d'Inchiri (66,7%), de Dakhlet Nouadhibou (48,3%), de Nouakchott (38,5%), d'Adrar (34,6%) et du Tagant (33,5%).

La proportion des personnes qui consultent les postes de santé en cas de maladie, est plus élevée dans les wilayas Hodh Chargui (43,3%), du Brakna (37,9%), du Gorgol (36,9%), du Guidimagha (30,2%) et de l'Assaba (25,5%).

Tableau 2 : structures de santé consultées en cas de maladie, selon la wilaya de résidence

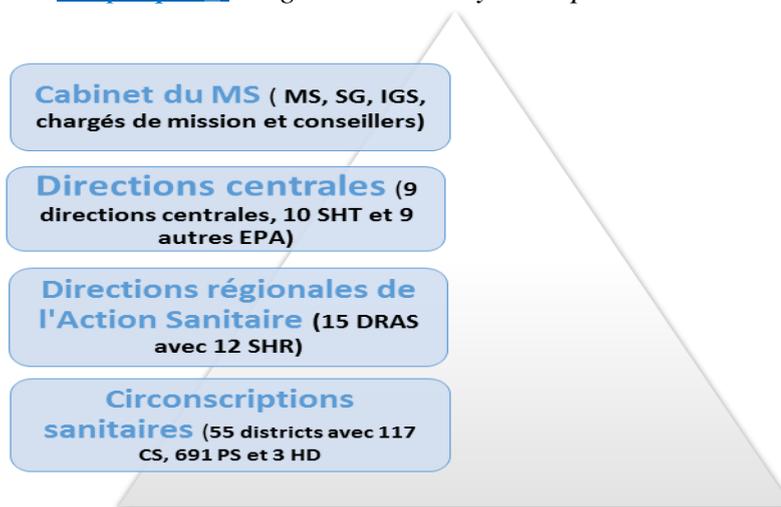
	Centre hospitalier	Hôpital régional	Centre de santé	Poste de santé	PMI	Clinique ou cabinet privé	Pharmacie	Autre
Hodh charghy	5,6%	17,9%	24,9%	44,4%	0,0%	2,6%	2,1%	2,6%
Hodh Gharby	22,9%	19,5%	27,5%	18,5%	0,0%	8,9%	1,7%	,9%
Assaba	13,8%	24,6%	23,0%	25,6%	,4%	9,8%	1,9%	,9%
Gorgol	5,9%	21,8%	33,2%	37,1%	,4%	0,0%	0,0%	1,6%
Brakna	14,5%	22,0%	18,1%	37,8%	0,0%	3,7%	1,8%	2,0%
Trarza	26,3%	30,6%	16,0%	8,1%	0,0%	16,1%	0,0%	3,0%
Adrar	36,0%	26,0%	12,2%	5,0%	0,0%	15,4%	5,4%	0,0%
Dakhlett Nouadibou	46,3%	18,7%	14,9%	3,6%	0,0%	7,2%	7,4%	1,9%
Tagant	32,0%	26,3%	28,4%	3,8%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%
Guidimagha	18,7%	18,7%	28,5%	30,5%	1,4%	0,0%	0,0%	2,1%
Tirs-ezemour	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inchiri	64,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	35,2%	0,0%
Nouakchott	38,8%	12,4%	15,6%	2,7%	,8%	18,3%	8,2%	3,3%

Organisation du système de santé

Le système de santé du pays comprend essentiellement trois composantes à importance inégale : le secteur moderne public, le secteur moderne privé et la médecine traditionnelle.

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal avec trois niveaux de prestations des services : Périphérique ou opérationnel, Intermédiaire central ou stratégique :

Graphique 4 : Organisation du système public de santé



Le système de santé est piloté, coordonné et appuyé par un système administratif organisé aussi en niveaux central, régional et de Moughataa :

Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la Santé, à savoir : les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.

Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.

Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataa avec les équipes cadres de Moughataa assurent la coordination et le suivi des actions sanitaires au niveau des formations sanitaires.

Le système privé de soins connaît un réel accroissement. Il est surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott Nouadhibou et Kiffa) et se compose¹ de 40 cliniques médicales, de 99 cabinets médicaux, de 26 cabinets de soins dentaires, de 91 pharmacies et de 600 dépôts pharmaceutiques sur toute l'étendue du territoire national. L'absence d'une forte régulation de cette privatisation du secteur a été à l'origine d'une certaine anarchie dans la répartition et la complémentarité entre les sous-systèmes de santé avec comme conséquences des insuffisances en termes de contrôle de la qualité et de supervision.

¹ Données de 2014

Financement de la santé²

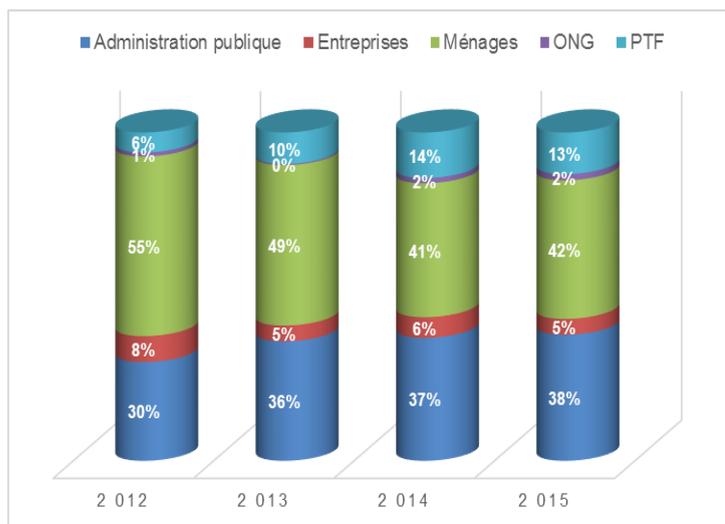
Les dépenses totales de santé ont évolué de 53,5 milliards en 2012 (MRO courante) à 83,1 milliards en 2015 soit une variation annuelle moyenne de 16%. Les DTS per capita en \$ (Monnaie courante) a enregistré aussi une évolution positive durant cette période avec une augmentation moyenne annuelle de 12%. Elles ont évolué de 54 \$ en 2012 à 74\$ en 2014 puis 69 \$ en 2015.

La part des DTS dans le PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 5% en 2015. La même tendance a été aussi observée par rapport à la part des dépenses de santé de l'administration publique dans les dépenses totales de celle dernière. Elle a évolué en passant de 4% en 2012 à 6% en 2015.

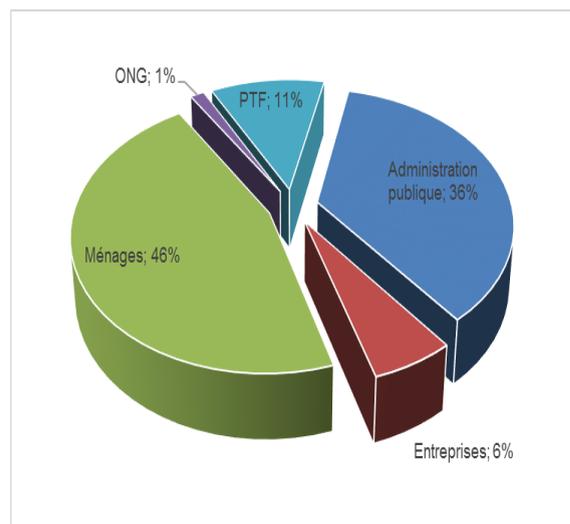
En dépit des efforts consentis par l'Etat pour améliorer l'accessibilité financière des populations, aux services de santé, les ménages restent la première source de financement des dépenses de santé.

A l'image des quatre années précédentes, la principale source de financement de la DTS en 2015 est les ménages, pour une contribution de 42%, suivis de l'administration publique (38%) et les PTF (13%). Le financement de la DTS provenant des entreprises et des ONG représente 7% de l'ensemble.

Graphique 5 : Evolution de la structure des DTS



Graphique 6 : Structure des DTS (moyenne 2012-2015)



² Rapport des comptes de santé 2012-2015 Ministère de la santé mars 2017

PAIEMENTS DIRECTS DE LA SANTE

Niveau et caractéristiques des dépenses de consommation

Les ménages ont globalement amélioré leurs dépenses entre les deux éditions de l'EPCV 2008 et 2014. En effet, La dépense annuelle totale moyenne par ménage en 2014 s'élève au niveau national à 1.737.949 MRO enregistrant ainsi un accroissement de 46,8 % par rapport à son niveau de 2008.

Le milieu de résidence est un facteur déterminant du niveau des dépenses des ménages. En effet, la dépense annuelle totale moyenne des ménages du milieu urbain a atteint 2.111.700 MRO, alors qu'en milieu rural elle a affiché 1.388.600 MRO. Par ailleurs, quel que soit leur milieu de résidence, le niveau des dépenses des ménages ont augmenté avec des proportions plus élevées en milieu rural.

L'analyse suivant de la structure de la dépense totale moyenne des ménages montre une baisse de la part de l'alimentation entre 2008 et 2016. C'est ainsi que la part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) est passé, entre 2008 et 2014, de 63,1% à 49,4%. Cette baisse s'explique par l'augmentation du poids des autres postes de dépenses notamment (éducation, la santé, la communication, le transport, etc.).

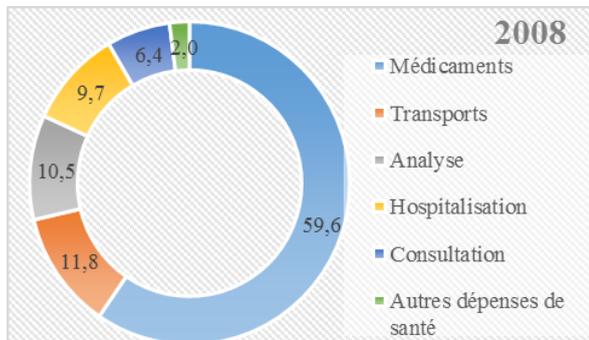
Les dépenses de santé représentent 4,4 % des dépenses totales annuelles des ménages. Ces dépenses couvrent l'ensemble des besoins en santé (à l'exception du transport de santé) : frais de consultations, d'analyses, d'opérations, de médicaments et d'autres services médicaux. Comparés aux résultats de 2008, on constate une légère augmentation de la part des dépenses allouée à la santé : passant 3,6% en 2008 à 4,4% en 2014. Les ménages ruraux affectent proportionnellement plus de ressources dans la santé que les urbains 5,4% contre 3,4%

Tableau 3 : Structure de la dépense des ménages en 2014

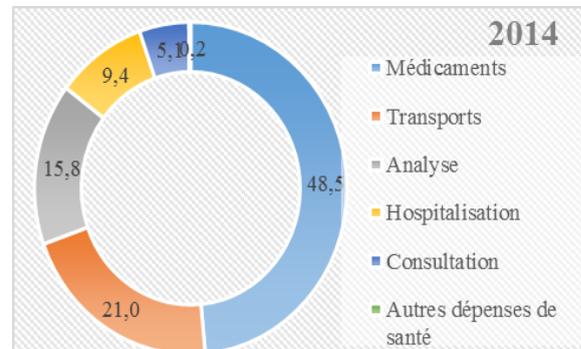
	Dépense de santé			Dépenses alimentaires		Dépenses totale des ménages
	Part des dépenses de santé dans les dépenses totale des ménages (en %)	Dépenses moyenne de santé des ménages	paiements directs de santé	Part des dépenses alimentaires dans les dépenses totale des ménages (en%)	Dépenses moyenne alimentaire des ménages	
Milieu de résidence						
Rural	5,4	96 682	77 234	56,8	790 497	1 388 595
Urbain	3,4	74 917	58 184	41,6	878 607	2 111 728
Quintile de revenu						
1	3,6	26 625	20 792	51,3	378 790	726 793
2	4,0	46 121	35 414	52,7	607 745	1 156 269
3	4,3	66 059	49 441	49,6	757 428	1 530 546
4	4,5	90 977	72 165	48,1	965 201	2 007 092
5	5,8	201 137	162 411	45,5	1 456 677	3 270 325
Total	4,4	86 167	68 031	49,4	833 064	1 737 949

Par ailleurs, l'analyse de la structure des dépenses de santé indique que l'achat de médicaments représente le poste le plus important. A ce titre, en 2014, 48,5% des dépenses de santé sont affectées aux médicaments. En 2008, l'achat de médicaments représentait 59,6% des dépenses de santé. Les frais de transport occupent la deuxième place avec 21% des dépenses de santé en 2014 enregistrant ainsi une forte augmentation par rapport à 2008.

Graphique 7 : Structure des dépenses de santé en 2008



Graphique 8 : Structure des dépenses de santé en 2014



Structure des paiements directs de santé

En 2014, les paiements directs de santé étaient de 68 031 MRO et 42 851 MRO en 2008. Le niveau des dépenses de santé a enregistré au cours de cette période une hausse de 58,8%. La part des paiements directs de santé sur les dépenses totales de santé a connu une baisse entre 2008 et 2014 : Au cours de cette période les paiements directs de santé représentent 88,2% en 2008 et 79% en 2014 des dépenses totales de santé des ménages. Ce résultat s’expliquerait par l’amélioration de l’accès aux structures sanitaires à moindre coût et une amélioration de la couverture de l’assurance maladie :

L’analyse des données de l’EPCV 2014 montrent que les paiements directs représentent 3,5% des dépenses totales des ménages enregistrant ainsi une légère hausse de 0,4 points par rapport à 2008.

Selon le niveau d’instruction des chefs de ménages les résultats de l’EPCV 2014 montrent que les ménages dirigés par des personnes d’aucun niveau ou ayant suivi l’enseignement traditionnel dépensent plus (proportionnellement) en santé : la part des paiements directs sur les dépenses totales des ménages représente 3,6% et 3,9% pour les ménages dirigés par des personnes dont le niveau d’instruction est aucun et traditionnel (respectivement). Ce taux est de 2,3% pour les ménages dirigés par des personnes de niveau d’instruction universitaire.

Le rapport entre les dépenses de santé des ménages les plus riches (5^{em} quintile) et celles des plus pauvres (1^{er} quintile) est de 7,8 : c’est-à-dire que les ménages les plus riches dépensent près de 8 fois plus que les plus pauvres. Cependant, l’écart entre la part des paiements directs pour les ménages les plus riches et ceux les plus pauvres n’est que 0,7 points de pourcentage. Ce résultat montre le poids des dépenses de santé notamment des ménages les plus pauvres qui bien que dépensent moins que les plus riches (en proportion) effectuent des dépenses catastrophique similaire (proportionnellement) que les plus riches.

L'analyse suivant la capacité à payer des ménages permet de mieux appréhender l'impact des dépenses de santé. La capacité à payer d'un ménage correspond aux dépenses de non-subsistance. La part des paiements directs de santé sur la capacité à payer est 6%. Ce ratio est de 7,9% pour les ménages ruraux et 4% pour les ménages urbains.

L'évolution de la part des paiements directs de santé sur les dépenses totales des ménages est positive pour les quintiles bas (7,6 en 2008 et 5,2 en 2014 pour le premier quintile) et négatives pour les quintiles haut (5,8 en 2008 et 7 en 2014 pour le cinquième quintile). Ce qui montre une évolution vers davantage d'équité, et qui est conforme à l'objectif d'augmentation des dépenses publique pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Tableau 4 : Structure de la dépense des dépenses en 2008 et 2014

	2014				2008			
	Part des paiements directs de santé sur les dépenses totales des ménages (en %)	Paiements directs de santé (en MRO)	Part des paiements directs de santé sur la capacité à payer (en %)	Capacité à payer (en MRO)	Part des paiements directs de santé sur les dépenses totales des ménages (en %)	Paiements directs de santé (en MRO)	Part des paiements directs de santé sur la capacité à payer (en %)	Capacité à payer (en MRO)
Sexe du CM								
Féminin	3,6	63 715	6,2	937 427	3,2	39 143	7,3	507 193
Masculin	3,4	69 582	6,0	1 062 636	3,1	44 192	6,9	664 218
Niveau d'éducation du CM								
Aucun	3,6	65 291	6,6	869 540	2,8	30 889	7,1	406 797
Traditionnel	3,9	89 623	6,7	1 040 968	3,8	52 517	8,4	598 937
Préscolaire	3,2	60 615	5,2	1 083 135	2,8	40 752	5,8	754 667
Secondaire	2,7	62 948	4,1	1 489 367	2,8	55 448	4,9	1 143 487
Supérieur	2,3	57 316	3,1	1 916 103	3,6	97 120	5,8	1 748 694
Milieu de résidence								
Rural	4,3	77 234	7,9	700 570	3,1	26 417	8,3	281 934
Urbain	2,6	58 184	4,0	1 381 466	3,2	62 907	5,4	1 039 136
Quintile de revenu								
1	2,8	20 792	5,2	350 821	2,7	18 724	7,6	165 707
2	3,0	35 414	5,8	564 541	2,8	25 573	7,6	294 663
3	3,2	49 441	6,1	824 593	3,2	34 947	8,2	429 739
4	3,6	72 165	6,0	1 167 225	3,0	43 847	6,0	748 026
5	4,7	162 411	7,0	2 241 394	3,9	90 315	5,8	1 474 512
Total	3,5	68 031	6,0	1 029 519	3,1	42 851	7,0	622 421

DEPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTE ET LEUR IMPACT SUR L'APPAUVRISSMENT DES MENAGES

Pour analyser l'impact des dépenses de santé sur la pauvreté les deux approches suivantes seront utilisées :

- ✓ Définition de catastrophique dans l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3.8.2
- ✓ Approche OMS basée sur la capacité à payer

I. Approche ODD

La dépense catastrophique : « Proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage ».

Ces dépenses importantes sont définies à l'aide de deux seuils : 10 % et 25 % des dépenses totales ou du revenu total du ménage.

$$cata_h = (\text{paiements directs de sante})/(\text{depenses totales}) > 10\% \text{ et } 25\%$$

II. Approche OMS

La dépense catastrophique : « Proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé dépassent 40% de dépenses totales moins dépenses subsistance »

$$cata_h = (\text{depense de sante directs})/(\text{capacite à payer}) > 40\%$$

Dépenses catastrophique dans l'objectif de développement durable (ODD)

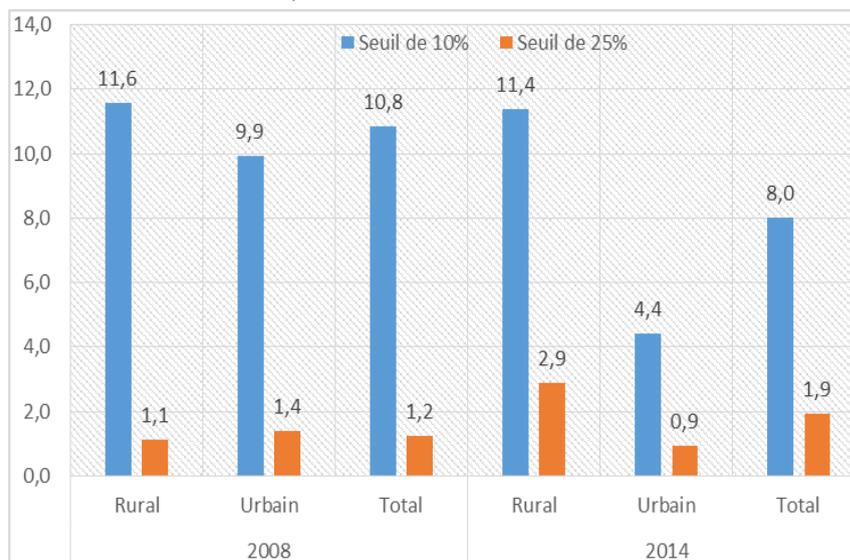
Améliorer la couverture sanitaire c'est garantir à toutes les personnes un accès à des services sanitaires sans encourir de difficultés financières. Dans cette approche, des ménages font face à des dépenses catastrophiques lorsqu'une « proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage ». Ces dépenses importantes sont définies à l'aide de deux seuils : 10 % et 25 % des dépenses totales ou du revenu total des ménages.

L'application de cette approche sur les données de l'EPCV 2008 et 2014 montre qu'en 2008, 10,8% des ménages ont fait face à des dépenses catastrophiques au seuil de 10%. Ce ratio a connu une baisse entre 2008 et 2014 et évalué à 8% en 2014. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que c'est en milieu rural où les dépenses catastrophiques sont plus fréquentes : 11,6% des ruraux contre 9,9% des urbains ont effectués des dépenses catastrophiques en 2008. En 2014, ces proportions étaient respectivement de 11,4% et 4,4%.

Des progrès ont été enregistrés en milieu urbain en 2008 et 2014. En effet, le pourcentage de ménages effectuant des dépenses de santé importantes (supérieur à 10% de leur revenu) est passé de 9,9% en 2008 à 4,4% en 2014. Ce résultat s'explique par l'amélioration de l'accès des ménages urbains aux structures sanitaires, l'accès aux médicaments et aux services sanitaires à des couts moindre selon les résultats des EPCV 2008 et 2014. En milieu rural, une baisse moins importante a été enregistrée : à ce titre, 11,6% en 2008 et 11,4% en 2014 des ménages ruraux effectuaient des dépenses catastrophiques (au seuil de 10%).

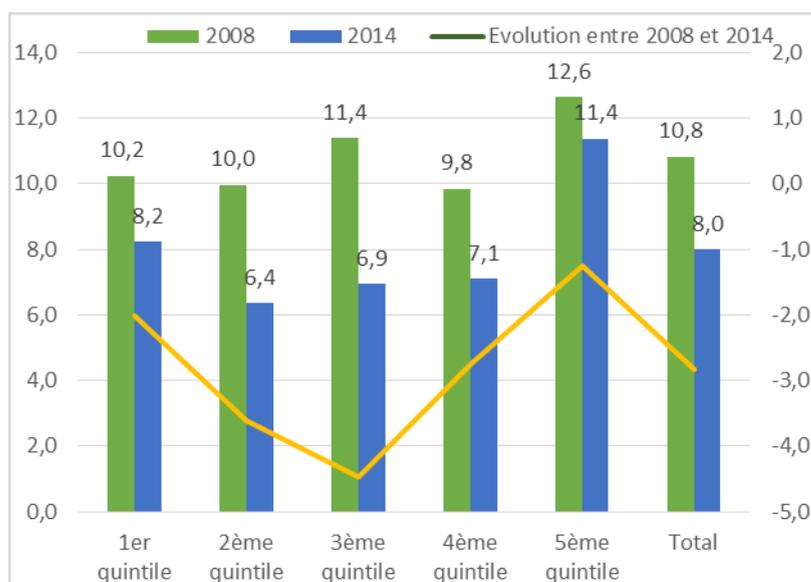
Au seuil de 25%, la proportion de ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques a légèrement augmenté passant de 1,2% en 2008 à 1,9% en 2014. En d'autres termes deux fois plus de ménages ruraux dépensent plus de 25% de leur revenu en santé. Ce résultat, s'explique par le fait que les ménages ruraux dépensent en santé (proportionnellement à leur revenu) plus ceux du milieu urbain.

Graphique 9 : Proportion de ménages faisant face à des dépenses catastrophiques au seuil de 10% et 25%, selon le milieu de résidence



L'analyse suivant les quintile de revenu montre que globalement la proportion de ménages faisant face à des dépenses catastrophiques a baissé entre 2008 et 2014. Pour les ménages les pauvres, la dont la dépenses de santé est supérieur à 10% du revenu est passé de 10,2% à 8,2%. Cette baisse est plus marquée pour les ménages des 2^{èm}, 3^{èm} et 4^{èm} quintile.

Graphique 10 : Proportion de ménages faisant face à des dépenses catastrophiques au seuil de 10% selon le quintile de revenu



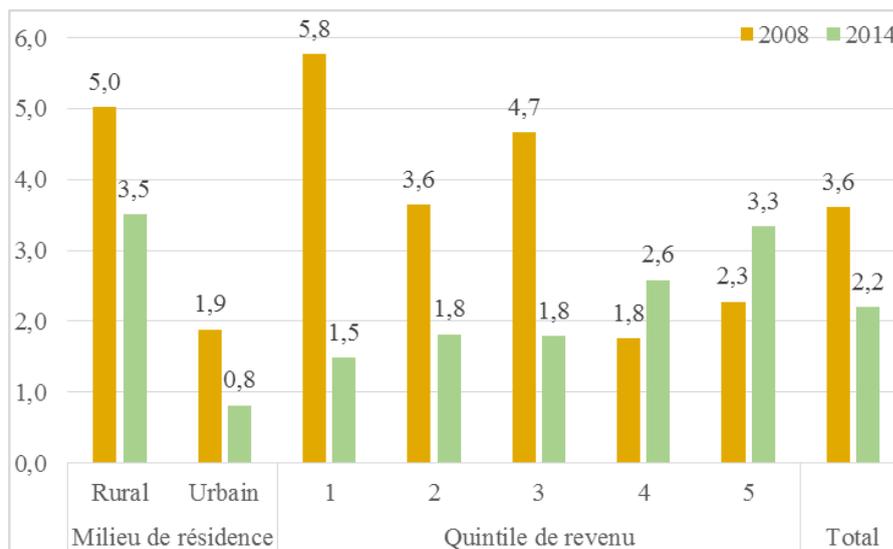
Dépenses catastrophique suivant l’approche OMS basée sur la capacité à payer

Pour cette approche les ménages effectuent des dépenses catastrophiques lorsque la « Proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé dépassent 40% de dépenses totales moins des dépenses de subsistance. La démarche méthodologique est présentée en annexe.

L’application de la définition des dépenses catastrophiques a permis de dégager que 2,2% des ménages mauritaniens consacraient 2014, 40% ou plus de leur faculté contributive (capacité à payer) aux paiements directs de la santé. Comparé à 2008, ce ratio a connu globalement une baisse de 1,4 point de pourcentage. Quel que soit le niveau d’analyse (milieu de résidence, quintile de revenu) le pourcentage des ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques a baissé.

En milieu rural, cette part s’élève à 1,9% contre uniquement 0,8% en milieu urbain. Suivant le quintile de revenu, la proportion de ménages les plus pauvres faisant face à des dépenses catastrophiques est de 1,5% et 1,8% pour les ménages du premier et deuxième quintile (respectivement). Pour les ménages les plus riches, (4^{ème} et 5^{ème} quintile) la proportion de ménage faisant face à des dépenses catastrophiques est de 2,6% et 3,3% respectivement. Ce constat pourrait s’expliqué par le fait que 3 fois plus de ménages du dernier quintile consulte des cliniques ou cabinet privés en cas de maladie (17,4% pour les ménages les plus riches contre 5,1% des ménages les plus pauvres).

Graphique 11 : Proportion des ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques (approche OMS) selon le milieu de résidence et le niveau de vie (en %)



Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement des ménages

Bref rappel de l'analyse de la pauvreté en Mauritanie

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de développement dénommée Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) couvrant la période 2016-2030 et la réalisation des ODD d'ici 2030, l'EPCV constitue l'une des principales sources de données pour le suivi des indicateurs de pauvreté et des conditions de vie des ménages en général.

La dernière édition de l'EPCV a été réalisée en 2014 sur un échantillon représentatif de 9600 ménages. Le volet dépenses (courantes, occasionnelles, rétrospectives, etc.) permet de calculer les dépenses totales des ménages. Pour chaque EPCV, depuis 1988, le seuil de pauvreté est établi avec la méthode d'actualisation par l'inflation du seuil de 1\$ de 1988. Les résultats de l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages sont analysés dans un rapport appelé « Profil de pauvreté de la Mauritanie ».

Selon les résultats de l'EPCV 2014, la proportion au niveau national de la population mauritanienne définie comme pauvre se situe à 31,0%. Ce taux de pauvreté est basé sur un seuil de pauvreté estimé en termes réels à 169 445 Ouguiyas aux prix harmonisés en 2014. Entre les deux dernières éditions de l'EPCV 2008 et 2014, la pauvreté a baissé de façon générale avec un taux national moyen annuel de 1,8%. Cette réduction a été plus forte dans le rural avec un taux moyen annuel de 2,5% contre seulement 0,7% en milieu urbain.

Tableau 5 : Seuils et indicateurs de pauvreté en 2008 et 2014

Année	Seuil de pauvreté	Incidence de pauvreté (P0)	Profondeur de pauvreté (P1)	Sévérité de pauvreté (P2)
2008	129 600	42,0	14,5	6,9
2014	169 445	31,0	9,4	4,1

Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement

Afin de déterminer l'impact des dépenses de santé sur la pauvreté, deux incidences de pauvreté sont calculés : (i) La première basée sur les dépenses totales des ménages ; (ii) La seconde établie à partir des dépenses totales des ménages réduites des paiements directs de la santé.

Pour déterminer les indicateurs de pauvreté, il a été utilisé les seuils de pauvreté en 2014 et 2008 établis, dans les différents profils de pauvreté en Mauritanie, par la méthode d'actualisation sur la base des inflations enregistrées aux cours des périodes séparant deux éditions de l'EPCV.

Les résultats de l'analyse de l'impact des dépenses catastrophiques sur les indicateurs de pauvreté montrent que si l'on retranche les paiements directs de la santé des dépenses totales des ménages, la pauvreté est plus accentuée. A cet effet, en 2014 l'incidence de pauvreté passerait de 31,3% à 33,5% soit un écart de 2,2% représentant le taux d'appauvrissement dû aux paiements directs de la santé. Le même constat est fait à partir de l'analyse des données de l'EPCV 2008 où l'incidence de pauvreté augmenterait de 0,7 points de pourcentage (passant de 41,4% à 42,1%) à cause des paiements directs de la santé.

Entre 2008 et 2014, les dépenses de santé ont eu plus d'impact sur le niveau de pauvreté des populations. En effet, en 2014 l'écart des incidences de pauvreté initialement et après les dépenses catastrophiques est de 2,2% alors qu'il était de 0,7% en 2008.

Par ailleurs, les autres indicateurs de pauvreté notamment la profondeur et la sévérité sont impactés par les dépenses catastrophiques de santé en 2008 et 2014. A ce titre, en 2014, la profondeur de la pauvreté, qui mesure la distance moyenne entre la dépense des pauvres et le seuil de pauvreté est également impacté par les dépenses catastrophiques des ménages passant de 9,5% initialement à 10,4% sous l'effet des dépenses catastrophiques de santé.

Tableau 6 : Impact des dépenses catastrophiques sur les indicateurs de pauvreté en 2008 et 2014

	EPCV 2014								Impact sur les Indicateurs de pauvreté
	Pauvreté initiale des ménages				Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé				
	Incidence (en %)	Std.Err.	[95% Conf .Interval]		Incidence (en %)	Std.Err.	[95% Conf .Interval]		
Incidence de pauvreté (P0)	31,3	0,0064	30,0	32,5	33,5	0,6	32,2	34,8	2,2
Profondeur de pauvreté (P1)	9,5	0,0030	8,9	10,1	10,4	0,3	9,8	11,0	0,9
Sévérité de pauvreté (P2)	4,2	0,0019	3,8	4,5	4,7	0,2	4,3	5,0	0,5
	EPCV 2008								Impact sur les Indicateurs de pauvreté
	Pauvreté initiale des ménages				Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé				
	Incidence (en %)	Std.Err.	[95% Conf .Interval]		Incidence (en %)	Std.Err.	[95% Conf .Interval]		
Incidence de pauvreté (P0)	41,4	0,0066	40,1	42,7	42,1	0,7	40,8	43,4	0,7
Profondeur de pauvreté (P1)	14,1	0,0030	13,5	14,7	14,5	0,3	13,9	15,1	0,4
Sévérité de pauvreté (P2)	6,6	0,0019	6,2	7,0	6,8	0,2	6,4	7,2	0,2

Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement selon le milieu de résidence

Le milieu de résidence est un déterminant des conditions de vie des ménages notamment du niveau de leur pauvreté. Comme auparavant, la pauvreté demeure toujours un phénomène rural : En 2014, le pourcentage des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté dans ce milieu est de 44,4% contre 16,7% en milieu urbain.

L'analyse suivant le milieu de résidence montre que l'incidence de la pauvreté passerait respectivement de 16,7% à 17,9% en milieu urbain et de 44,9% à 48,1% en milieu rural, soit des taux d'appauvrissement des ménages respectifs dus aux paiements directs de la santé de 1,1% et de 3,2%. Ces résultats indiquent que les dépenses de santé entraînent trois fois plus de personnes dans la pauvreté en milieu rural qu'en urbain. Ceci témoigne du réel impact des dépenses de santé notamment pour les populations les plus vulnérables (vivant dans les milieux ruraux).

Un constat similaire est fait par rapport à 2008 où l'impact des dépenses de santé aggrave l'incidence de pauvreté qui passe de 59,5% à 60,4%.

Tableau 7 : Impact des dépenses catastrophiques sur l'incidence de pauvreté en 2008 et 2014, selon le milieu de résidence

		Incidence de pauvreté (P0) en 2014		Incidence de pauvreté (P0) en 2008	
		Rural	Urbain	Rural	Urbain
Pauvreté initiale des ménages	Incidence (en %)	44,9	16,7	59,5	19,2
	Std.Err.	0,0091	0,0080	0,0077	0,0087
	[95% Conf Interval]	43,1 46,7	15,2 18,3	58,0 61,0	17,5 20,9
Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé	Incidence (en %)	48,1	17,9	60,4	19,8
	Std.Err.	0,00905	0,00814	0,0077	0,0086
	[95% Conf Interval]	46,3 49,9	16,3 19,5	58,8 61,9	18,1 21,5
Ecart		3,2	1,1	0,8	0,6

Impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement selon le quintile de revenu

Les dépenses catastrophiques ont un réel impact sur le niveau de vie des ménages notamment ceux des quintiles intermédiaires (2^{em} et 3^{em} quintile). En effet, en 2014, l'incidence de pauvreté passe de 56,4% à 64,9% pour les ménages du deuxième quintile, enregistrant ainsi un écart de 8,5 points de pourcentage. En 2008, les dépenses catastrophiques auraient augmenté l'incidence de pauvreté des ménages du troisième quintile de 8,1 points de pourcentage. Les ménages des autres quintile sont aussi impactés par les dépenses catastrophiques à des proportions moindres.

Par ailleurs, il est à noter que, pour les ménages du 1^{er} quintile en 2014 et ceux du 1^{er} et 2^{em} quintile en 2008, l'appauvrissement « nul » ne signifie pas l'absence d'impact des paiements directs des ménages. Cette catégorie de la population est, en totalité (100%) initialement pauvre qu'on retranche ou non leurs paiements directs. L'impact des dépenses catastrophiques sur l'incidence de pauvreté est plus élevé pour les ménages du deuxième quintile notamment en 2014 : l'incidence de pauvreté passerait de 56,4% à 64,9% sous l'effet des dépenses catastrophiques. Ce résultat indique que, même si 43,6% des ménages du deuxième quintile ne sont pas pauvres ces ménages vivent avec des revenus très proches du seuil de pauvreté. Par conséquent toute baisse de revenu les entraîne dans la classe des pauvres. Les ménages des autres quintiles supérieurs (3^{em}, 4^{em} et 5^{em}) sont du loin du seuil de pauvreté, ainsi les dépenses catastrophiques ont moins d'impact sur l'incidence de pauvreté de ces ménages.

Tableau 8 : Impact des dépenses catastrophiques sur l'incidence de pauvreté en 2008 et 2014, selon le quintile de revenu

Quintile de revenu	Pauvreté initiale des ménages		Pauvreté corrigée après la dépense catastrophique de santé		Ecart	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014
1	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
2	100,0	56,4	100,0	64,9	0,0	8,5
3	6,9	0,0	15,1	1,9	8,1	1,9
4	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,3
5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Global	41,4	31,3	42,7	33,5	1,3	2,2

Déterminants des dépenses catastrophiques

Les dépenses catastrophiques des ménages sont influées par plusieurs facteurs relatifs aux caractéristiques des ménages, de leurs chefs et de l'environnement dans lequel ils vivent. Ces facteurs portent sur l'ensemble des aspects d'ordre sociodémographique et socioéconomique. Par conséquent et pour mieux synthétiser les déterminants des dépenses catastrophiques, il importe d'estimer l'effet isolé - toutes choses égales par ailleurs - des variables susceptibles d'expliquer la présence des dépenses catastrophiques dans les ménages. Le choix des variables à tester dépend de leur pertinence et de la disponibilité de l'information.

En particulier, on a testé l'effet du milieu de résidence, la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, son âge, son niveau d'instruction, sa situation dans l'activité, le niveau de vie des ménages, etc. (tableau 7 ci-dessous)

L'analyse des résultats des déterminants des dépenses catastrophiques montre que certaines caractéristiques des ménages et le milieu de résidences sont les verbales explicatives des dépenses catastrophiques

- . Certains résultats (significatifs) sont interprétés ci-après. :
- Le fait de vivre dans le milieu rural augmente le risque d'effectuer des dépenses catastrophiques : En effet, les ménages ruraux ont 2,96 fois plus de chance de faire face à des dépenses catastrophiques. Ces résultats sont cohérents avec l'incidence de pauvreté en milieu rural : 44,4% des ménages ruraux contre 16,7% de ceux urbains (soit 2,6 fois plus) sont pauvres.
- Vivre dans des ménages de taille réduite (moins de trois membres) diminue le risque de faire face à des dépenses catastrophiques ;
- Appartenir dans des ménages riches (4^{em} et 5^{em} quintile) diminuerait le risque de faire des dépenses catastrophiques (ce résultat confirme ceux obtenus avec les analyses des dépenses catastrophiques au seuil de 10% et 25% et celle basée sur la capacité à payer) ;

Tableau 9 : Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par un modèle logistique

Variabes explicatives	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
<i>Milieu de résidence (rural)</i>	2.95554	.3247548	9.86	0.000	2.382905	3.665784
<i>Sexe du CM (Femme)</i>	.9777224	.1024054	-0.22	0.830	.7962725	1.20052
<i>Niveau d'instruction (supérieur)</i>	.6597027	.2051748	-1.34	0.181	.3586041	1.213616
<i>Niveau d'instruction (Aucun)</i>	1.085785	.1381698	0.65	0.518	.8461073	1.393356
<i>Taille du ménage (Moins de 3 membres)</i>	.786031	.0916311	-2.07	0.039	.625477	.9877977
<i>Groupe Socio-économique (Salarié)</i>	.844548	.1229735	-1.16	0.246	.6348659	1.123483
<i>Quintile (4 e 5 quintile)</i>	1.509305	.1554727	4.00	0.000	1.233375	1.846966
<i>Pauvreté (Pauvre)</i>	.8704039	.1181811	-1.02	0.307	.6670325	1.135781
<i>Constant du modèle</i>	.0380503	.0062031	-20.05	0.000	.0276434	.0523751

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

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 sous forme de paiement direct.

L'étude a montré que cette situation est responsable d'un taux relativement important des ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques. Cette proportion a légèrement augmenté passant de 1,2% en 2008 à 1,9% en 2014. En d'autres termes deux fois plus de ménages ruraux dépensent plus de 25% de leur revenu en santé. Ce résultat, s'explique par le fait que les ménages ruraux dépensent en santé (proportionnellement à leur revenu) plus ceux du milieu urbain.

Ce constat a été confirmé par les résultats des comptes de la santé pour la période 2012-2015 qui ont révélé un système sanitaire financé majoritairement par les ménages (46% en moyenne).

A la lumière de ces constats, il est recommandé de :

1. Finaliser, valider et mettre en œuvre une stratégie nationale du financement de la santé précisant d'une manière claire les meilleurs scénarii envisageables pour l'atteinte de la couverture santé universelle afin d'alléger les fardeaux de paiements directs sur les revenus des ménages.
2. Mettre en place une politique de maîtrise des coûts des produits pharmaceutiques. L'étude a montré que 42% des dépenses courantes de santé ont été alloués à l'acquisition des produits pharmaceutiques.

Annexes :

Aperçu sur la méthodologie

Les définitions et la construction de variables

Toutes les variables liées aux dépenses sont converties en un montant mensuel. Quand les données de l'enquête sont fournies dans d'autres unités (c'est à dire lorsque la période de rappel est de 7 jours, 2 semaines, 3 mois, 6mois, ou un an, etc.), les données doivent être converties en données mensuelles. Si l'enquête a été menée sur plus d'un mois et si le taux d'inflation était élevé, alors toutes les dépenses doivent être ajustées par l'indice des prix à la consommation (IPC).

(1) Les paiements directs de santé (oop)

Les paiements directs de santé font référence aux paiements effectués par les ménages quand ils utilisent les services de santé. Généralement, ils comprennent les frais de consultation du médecin, les frais de médicaments et les factures de l'hôpital. Bien que les dépenses effectuées chez les prestataires traditionnels soient incluses dans les paiements directs, les dépenses liées au transport et à la nutrition spéciale sont exclues. Il est également important de noter que les paiements directs sont nets de tout remboursement d'assurance.

(2) Les dépenses de consommation des ménages (exp)

Les dépenses de consommation des ménages comprennent les paiements monétaires et les dépenses en nature pour tous les biens et les services, ainsi que la valeur de l'autoconsommation.

(3) Les dépenses d'alimentation (food)

Les dépenses d'alimentation des ménages correspondent au montant consacré à tous types de nourriture par les ménages, plus la valeur de la production familiale qui est consommée par le ménage. Cependant, elles excluent les dépenses sur les boissons alcoolisées, le tabac et la consommation alimentaire en dehors de la maison (par exemple, les dépenses effectuées à l'hôtel ou au restaurant sont exclues).

(4) Le seuil de pauvreté et les dépenses de subsistance des ménages

Les dépenses de subsistance des ménages correspondent au montant minimum requis pour maintenir un niveau de vie basique dans la société. Le seuil de pauvreté utilisé dans l'analyse correspond aux dépenses de subsistance.

Il y a plusieurs façons de définir la pauvreté, mais aucune n'est parfaite compte tenu de la théorie et de la faisabilité en pratique. Ici, nous utilisons un seuil de pauvreté basé sur les dépenses basiques d'alimentation pour estimer les dépenses de subsistance requises par un ménage. Ce seuil de pauvreté est défini comme le niveau de dépenses d'alimentation du ménage médian, c'est-à-dire du ménage qui se situe au 50^{ème} centile de part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales. Afin de minimiser les erreurs de mesure, nous utilisons les dépenses moyennes d'alimentation des ménages dont la part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales se situe entre le 45^{ème} et le 55^{ème} centile dans l'échantillon. Pour prendre en compte les économies d'échelle dans la consommation, nous ajustons ces dépenses d'alimentation par la taille équivalente d'un ménage au lieu de la taille actuelle d'un ménage. La taille

Équivalente d'un ménage est définie comme :

$$eqsize = hhsiz e^{\beta}$$

Où *hhsiz* est la taille du ménage. La valeur du paramètre β a été estimée dans une étude antérieure basée sur des enquêtes auprès des ménages de 59 pays, et correspond à 0,56.

Les dépenses de subsistance sont calculées de la façon suivante:

1. Générer la part des dépenses d'alimentation sur les dépenses totales ($foodexp_h$) pour chaque ménage en divisant les dépenses d'alimentation du ménage par ses dépenses totales:

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

2. Générer la taille équivalente d'un ménage :

$$eqsize = hsize^\beta$$

3. Diviser les dépenses d'alimentation de chaque ménage par sa taille de ménage équivalente afin d'obtenir ses dépenses d'alimentation « équivalentes » ($eqfood_h$):

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

4. Identifier les valeurs de $foodexp_h$ qui sont au 45^{ème} et au 55^{ème} centile dans l'échantillon. Marquer ces valeurs comme $food45$ et $food55$ respectivement. S'il y a un poids dans l'échantillon, l'utiliser pour l'identification dans cette étape.

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

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

6. Finalement, calculer les dépenses de subsistance pour chaque ménage (se_h) :

$$se_h = pl * eqsize_h$$

Un ménage est considéré pauvre ($poor_h$) quand ses dépenses totales sont inférieures à ses dépenses de subsistance :

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

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

7. La capacité à payer du ménage (*ctp*)

La capacité à payer d'un ménage correspond à ses dépenses de non-subsistance.

La capacité à payer d'un ménage correspond aux dépenses de non-subsistance d'un ménage. Néanmoins, certains ménages peuvent avoir des dépenses d'alimentation en dessous de leurs dépenses de subsistance. Cela indique que ces ménages ont des dépenses en dessous du seuil de pauvreté calculé pour le pays. Cela peut arriver par exemple quand les dépenses d'alimentation déclarées dans l'enquête ne tiennent pas compte des subventions, des bons, de l'autoconsommation, etc. Dans ce cas particulier, on utilise les vraies dépenses d'alimentation au lieu des dépenses de subsistance pour estimer la capacité à payer du ménage :

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

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

8. Les paiements directs de santé exprimés en part de la capacité à payer (*oopctp*)

Le fardeau des paiements directs de santé est défini comme le pourcentage des paiements directs sur la capacité à payer d'un ménage :

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

9. Les dépenses de santé catastrophiques (*cata*)

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

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

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

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

10. L'indice d'équité des contributions financières (FFC)

Pour pouvoir faire des comparaisons, la distribution des contributions financières des ménages au système de santé est résumée dans un indice nommé « équité en contribution financière » (ou « *fairness of financial contributions* » en anglais, *FFC*). Cet indice est conçu pour donner plus d'importance aux ménages qui ont dépensé une grande partie de leurs dépenses de non-subsistance pour la santé. Ainsi, l'indice reflète l'iniquité des contributions dans un système de santé en général, mais aussi souligne le fardeau des ménages qui ont des dépenses catastrophiques. L'indice *FFC* est construit à partir de la différence entre *oopctp* de chaque ménage et *oopctp* dans tout l'échantillon :

$$FFC = 1 - \frac{\sqrt[3]{\sum_{h=1}^n |oopctp_h - oopctp_o|^3}}{\sum w_h}$$

$$oopctp_o = \frac{\sum w_h oop_h}{\sum w_h ctp_h}$$

L'indice *FFC* est compris entre 0 et 1. Un système équitable a des valeurs de *FFC* proches de 1.

11. L'appauvrissement (*impoor*)

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

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

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

12. Les quintiles de dépenses (*quintile*)

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

$$eqexp_h = exp_h / eqsize_h$$

NB : Pour calculer les quintiles, il faut prendre en compte le poids des ménages dans l'échantillon.

Générer les résultats

1. La distribution des besoins des ménages pour les services de santé et l'utilisation de ces services par quintile de dépense

Ceci inclue 1) les pourcentages de besoins autoévalués et l'utilisation au niveau de la population ; 2) la distribution de ces derniers par quintiles ; 3) s'il existe des informations sur différents prestataires des services, il faudra aussi présenter la distribution à travers ces différents prestataires

2. La distribution des paiements directs de santé par quintile

Ceci inclue 1) les moyennes des paiements directs de santé par ménage (*oop*) dans l'échantillon, les paiements directs de santé comme part des dépenses totales des ménages (*oopexp*), les paiements directs de santé comme part de la capacité à payer de ménages (*oopctp*) le pourcentage des ménages appauvris (*impoor*) 2) le pourcentage des ménages avec différents niveaux de fardeau financier (quatre groupes selon *oopctp*) : 0-10% ; 10-20% ; 20-40% ; et 40% ou plus de *oopctp* 3) la distribution de *oop*, *oopexp*, *oopctp* et *impoor* par quintile de dépenses.

3. La structure des paiements directs dans chaque quintile

Ceci inclue la proportion des différents types de paiements directs (par exemple paiements pour les consultations avec des médecins, paiements pour l'hospitalisation, paiements pour les médicaments, etc.) par quintile.

4. Les déterminants des dépenses de santé catastrophiques

Il faut analyser les caractéristiques des ménages qui sont liés à des dépenses de santé catastrophiques. Pour faire cela, on suggère d'estimer une régression « logistique ». La forme basique de ce modèle est la suivante :

$$y = \alpha + \sum \beta_i X_i + \varepsilon$$

$$y = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Où y est la variable dépendante, α est la constante, X est un vecteur de variables indépendantes, β est le vecteur des coefficients des variables indépendantes X_i , et p est la probabilité qu'un ménage fasse face à des dépenses catastrophiques.

Dans notre modèle, le y est la variable indicatrice des dépenses catastrophiques (1 quand un ménage fait face à des dépenses catastrophiques et 0 autrement). Les variables indépendantes sont les variables socio-économiques du ménage telles que la taille du ménage, le milieu où le ménage vit, si le ménage est pauvre ou le quintile du ménage, l'assurance du ménage (si applicable), si le ménage a des membres âgés ou jeunes et l'utilisation des services de santé dans le ménage.