

INSTITUT SUPERIEUR DE LA SANTE

MEMOIRE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

ANNEE ACADEMIQUE 2004-2005

THEME :

Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation :

Le cas de la clientèle de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff, à Dakar.

REALISE PAR :

Mr Karna Georges KONE

DESS - économie de la santé

SOUS LA DIRECTION DE :

- **Dr Hervé LAFRAGE**

Economiste de la santé

Maître de conférence U. Paris Dauphine

- **Dr Richard LALOU**

Sociologue démographe

Chercheur à l'IRD-Hann (Dakar)

DEDICACES

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui me sont chères, et qui ont œuvré pour mon bien être. Ces personnes ont toujours trouvé les mots justes pour m'encourager, me soutenir et me conseiller à mes moments difficiles. Elles ont tout mis à ma disposition pour ma réussite et mon épanouissement social parce qu'elles ont cru en mes compétences.

Je m'adresse plus particulièrement à :

- ✚ Dieu tout puissant, qui me comble de grâce et m'assiste dans les épreuves.
- ✚ Ma grande mère, Machênè KONATE "Ayaha "pour tout l'amour maternel que tu m'apporté, l'arbre que tu as entretenu, commence à donner des fruits, ce travail est le tien. Que Dieu t'accorde santé et longévité afin que tu puisses profité du fruit de ton fils.
- ✚ Mon père, M. KONE Mamadou, pour ses conseils, son soutien spirituel, financier et matériel. Que Dieu t'accorde longévité et santé.
- ✚ Ma mère Mme TANO Monique, pour m'avoir donné la vie, pour ses conseils, son soutien spirituel, financier et matériel. Que Dieu t'accorde longévité et santé.
- ✚ Mes Tantes et oncles, en particulier, Mme KONE Afou, Mme Nicole AMIEN et Mme TANO Viviane, pour leurs soutiens sans faille et leur confiance en ma personne ; que Dieu vous accorde santé et longévité.
- ✚ Mon oncle (Tuteur) M.KONE Domia, pour son hospitalité, grâce à toi, j'ai pu avoir un séjour agréable à Dakar, que Dieu te bénisse et qu'il t'accorde grâce et santé pour ce que tu as fait pour moi.
- ✚ La famille Niasse, pour m'avoir accueilli pendant mes premiers mois à Dakar, que Dieu vous rende au centuple la "teranga" que vous m'avez réservez. « *dieureudieuf yalna lène yalla faay !* »
- ✚ Mes frères et Sœurs (Adéline, et Mariam), pour leur soutien moral, que Dieu veille sur leurs vies.
- ✚ Mes cousins et cousines, pour leur soutien moral et spirituel.
- ✚ Mes ami(e)s les plus intimes pour toute l'assistance multiforme dont j'ai bénéficié auprès de vous.

REMERCIEMENTS

- ✦ Au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique de la République de Côte d'Ivoire pour son soutien financier.
- ✦ Aux conseils régionaux de Boundiali et de Tengrela pour leur soutien financier. En particulier :
 - Dr KONE Draman Président du conseil régional de Boundiali (RCI)
 - Mr KONE Tiémoko Président du conseil régional de Tengrela (RCI)
- ✦ A l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD, Dakar - Sénégal), pour nous avoir accueilli en son sein pour le stage et pour avoir financé cette étude.
- ✦ Au Dr MENA Mo, Directeur de l'Institut Supérieur de la Santé au CESAG pour ces conseils et sa disponibilité.
- ✦ Au Dr Hervé LAFRAGE, Economiste de la santé, Maître de conférence à l'université Paris Dauphine, vous avez été pour nous un père plutôt qu'un maître acerbe. Vous avez sacrifié votre temps combien précieux pour diriger ce travail. Sincères remerciements.
- ✦ Au Dr Richard LALOU, Sociologue et Démographe, Chercheur à l'Unité Mobile de Recherche (UMR) 151- Population Environnement et Développement de l'IRD-Hann (Dakar) pour nous avoir accepté au sien de son unité pour notre stage et pour la réalisation de cette étude. La méthode, la rigueur et la clarté qui transparaissent de votre encadrement nous ont fait comprendre l'importance de l'amour du travail bien fait. Sincères remerciements.
- ✦ Au Dr Belco KODIO, Médecin – Epidémiologiste, Professeur associé au CESAG. Votre disponibilité et vos conseils nous ont permis d'arriver au terme de ce travail.
- ✦ Au Dr Farba Lamine SALL, Economiste de la santé, Directeur de Cabinet au Ministère de la santé et de la prévention médicale (Sénégal), Professeur associé au CESAG. Votre disponibilité et vos conseils nous ont permis d'arriver au terme de ce travail. Sincères remerciements.
- ✦ A Monsieur Mactar GUEYE, à la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) du Ministère de l'Economie et des Finances (Sénégal). Votre disponibilité et vos conseils nous ont permis d'arriver au terme de ce travail, toute notre reconnaissance.

- ✚ A tout le corps enseignant de l'Institut Supérieur de la santé (ISS) sans lequel ce travail n'aurait pas été possible.
- ✚ A Mesdames GUEYE et M'BENGUE, à l'ISS et à Mr Mamadou Yatoudeme N'Diaye à l'UMR 151 – IRD, pour leur disponibilité et leur soutien permanent, toute notre gratitude.
- ✚ Au Dr Saliou DIALLO Directeur de l'Hôpital Général de Grand – Yoff (HOGGY) et au L/C Massamba DIOP Directeur de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) pour nous avoir autorisé à enquêter au sien de leur structure et pour leur disponibilité.
- ✚ Au personnel des Hôpitaux de HOGGY et de l'HALD, en particulier au personnel du bureau de Facturation et des Majors des différents services d'hospitalisation, Pour leur disponibilité. Infiniment Merci.
- ✚ Au Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention du Sénégal pour nous avoir autorisé à réaliser ce travail.
- ✚ Aux collègues de la 7^{ème} promotion en Economie de la santé pour les joies partagées et les difficultés endurées ensemble. Puisse cette formation être le début d'une amitié pérenne.
- ✚ A toutes celles et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail.

Puisse la lumière de l'éternel guider nos pas vers un avenir que nous souhaitons plus radieux.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

CAD : Comité d'Aide au Développement.

CREDES : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.

DPS : Direction de la Prévision et de la Statistique (Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal)

E S I S : Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé.

ECAM : Enquête Camerounaise Auprès des Ménages

ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

F CFA : Franc de la Communauté Financière d'Afrique

F M I : Fond Monétaire International

FAR : Femme en Age de Reproduction.

HALD : Hôpital Aristide Le Dantec.

HOGGY : Hôpital Général de Grand – Yoff

IB : Initiative de Bamako

IPM : Institut de Prévoyance Maladie

IPRES : Institution de Prévoyance retraite du Sénégal.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PIB : Produit Intérieur Brut

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SPAD : Système Pour l'Analyse des Données

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

URSS : Union des Républiques Soviétique Socialistes.

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

VVS : Valeur d'une Vie Statistique (le VVS est définie comme étant le montant demandé pour accepter un risque divisé par le degré de risque.)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs de la couverture sanitaire.....	26
Tableau 2 : Répartition des ménages selon l'hôpital et le niveau de formation du chef de ménage	42
Tableau 3 : Répartition des malades selon les quintiles du revenu par tête et le lieu d'hospitalisation	46
Tableau 4: Revenu moyen du ménage selon le sexe et le niveau d'éducation du chef de ménage	47
Tableau 5 : Répartition des malades ou blessés selon le lieu d'hospitalisation et la maladie..	47
Tableau 6 : les coûts moyens d'hospitalisation selon les deux hôpitaux	48
Tableau 7: Moyenne des factures d'hospitalisation en fonction de l'hôpital et de la maladie	49
Tableau 8 : Moyenne des dépenses indirectes (M.D.I) d'hospitalisation en fonction de l'hôpital et de la maladie	49
Tableau 9: Répartition des ménages selon le niveau de vie par hôpital.....	52
Tableau 10 : Répartition des ménages selon la taille	53
Tableau 11 : Répartition des malades selon le sexe et le niveau de vie.....	54
Tableau 12 : Répartition (en %) des malades selon l'âge et le niveau de vie	56
Tableau 13 : Répartition (en %) des chefs de ménages selon le niveau de formation.....	57
Tableau 14 : Répartition (en %) de l'ensemble des malades selon le niveau de vie et la maladie ou blessures.....	59
Tableau 15 : Répartition (en %) des malades selon la gravité perçue de la maladie par le niveau de vie.....	60
Tableau 16 : Répartition (en %) des malades selon le nombre de recours antérieur par la catégorie sociale	62
Tableau 17 : Répartition (en %) des malades selon le type de premier recours par la catégorie sociale.....	63
Tableau 18 : Répartition (en %) des malades selon le mode d'entrée à l'hôpital selon le niveau de vie des malades.....	64
Tableau 19 : Dépense moyenne en médicament des ménages.....	67
Tableau 20 : Dépense moyenne en actes médicaux des ménages.....	68
Tableau 21 : Répartition des ménages selon la facture moyenne par l'hôpital.....	70

Tableau 22 : Facture moyenne selon le niveau du ménage par les motifs d'hospitalisation. .	70
Tableau 23 : Répartition (en %) des ménages selon les quintiles des factures d'hospitalisation par hôpital et par niveau de vie.	72
Tableau 24 : Moyenne des dépenses indirectes des ménages selon l'hôpital par le niveau de vie.....	73
Tableau 25 : Dépense totale moyenne d'hospitalisation des ménages selon le niveau de vie par l'hôpital	74
Tableau 26 : Dépense totale moyenne d'hospitalisation des ménages selon le niveau de vie par motifs d'hospitalisation.....	75
Tableau 27 : Répartition (en %) des ménages selon les sources de financement par l'hôpital.	76
Tableau 28 : Répartition des ménages selon l'impact des dépenses par l'hôpital	80
Tableau 29 : Répartition des ménages ayant subis une dépense catastrophique selon le motif d'hospitalisation.	81
Tableau 30 : Répartition (en %) des ménages vulnérables selon la taille du ménage.....	82
Tableau 31 : Répartition des ménages vulnérables selon les quintiles de revenu par tête.....	83
Tableau 32 : Répartition des ménages vulnérables selon la source de financement des dépenses d'hospitalisation.....	84
Tableau 33 : Répartition (en %) des ménages vulnérables selon les catégories sociales.....	86
Tableau 34 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon la durée de la maladie	88
Tableau 35 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon les catégories sociales.....	88
Tableau 36 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon les motifs d'hospitalisation.	88
Tableau 37: Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon le niveau formation du chef de ménage.....	89
Tableau 38: Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon le activité principale du chef de ménage.....	89

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : SANTE et PIB	13
Graphique 2 : Cadre conceptuel	27
Graphique 3 : Représentation factorielle selon le lieu d’hospitalisation et le lieu de résidence	41
Graphique 4 : Répartition des chefs de ménages selon l’hôpital et l’activité principale du chef de ménage.....	43
Graphique 5: Répartition des malades selon l’âge	44
Graphique 6 : Répartition des malades selon la maladie et le sexe.....	45
Graphique 7: Traduction spatiale de la différence entre les deux hôpitaux	50
Graphique 8 : Répartition des malades selon le sexe et le niveau de vie.....	54
Graphique 9 : Répartition des malades très pauvre et non pauvre de l’HOGGY selon l’âge..	55
Graphique 10: Répartition (en %) des chefs de ménage très pauvre et riche selon le niveau de formation	58
Graphique 11 : Répartition des ménages pauvres et non pauvres selon l’ancienneté de la maladie par le niveau de vie	61
Graphique 12 : Répartition (en %) des malades très pauvre et non pauvre de l’HOGGY selon le type de premier.....	64
Graphique 13 : Représentation spatiale de l’itinéraire thérapeutique selon les facteurs socio - démographiques du ménage.....	65
Graphique 14 : Répartition (en %) des ménages très pauvres selon l’hôpital par les dépenses en actes médicaux.....	69
Graphique 15 : Répartition des ménages très pauvres selon les quintiles de facture d’accouchement par niveau de vie.	72
Graphique 16 : Répartition des ménages selon les quintiles de dépense totale par hôpital.	75
Graphique 17: Répartition des ménages très pauvres selon les sources de financement pour un accouchement.....	77
Graphique 18 : Source de financement des dépenses d’hospitalisation des ménages très pauvres et non pauvre.....	78
Graphique 19 : Proportion des ménages vulnérables selon le lieu d’hospitalisation.....	80
Graphique 20 : Proportion des ménages vulnérables selon la taille.....	82
Graphique 21 : Proportion des ménages vulnérables selon les quintiles de revenu par tête....	83

Graphique 22 : Proportion des ménages vulnérables de l’HOGGY B selon le niveau de vie .	85
Graphique 23: Représentation spatiale des déterminants de vulnérabilité des ménages face à la facture d’hospitalisation.	87
Graphique 24 : Représentation spatiale des caractéristiques des ménages vulnérables selon la couverture médicale.	90

TABLE DE MATIERE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHIQUES	vii
INTRODUCTION.....	1
I. PROBLEMATIQUE.....	4
1.1. Formulation du problème de recherche.....	4
1.2. Objectif général.....	7
1.3. Objectifs spécifiques	7
1.4. Importance du sujet de recherche.....	7
1.5. Utilisation des résultats de la recherche	8
II. REVUE DE LA LITTERARURE.....	9
2.1. Définition des concepts	9
2.2. Revue de la littérature sur le sujet	12
III. CONTEXTE GENERAL : Le Sénégal	22
3.1. Situation géographique.....	22
3.2. Caractéristiques socio -économiques	22
3.3. Système de santé et la situation sanitaire au Sénégal.....	23
3.4. Cadre conceptuel	26
4.1. Stratégie de la recherche	29
4.1.1 Choix de la stratégie de recherche.....	29
4.1.2. Validité de l'étude	29
4.2. Planification opérationnelle de la recherche	30
4.2.1. Population à l'étude.....	30
4.2.2. Définition des variables.....	30
4.2.2.1. Description des variables à l'étude.....	31
4.2.2.1.1. Modes de financement des dépenses de soins hospitaliers	31
4.2.2.1.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages.....	31
4.2.2.1.3. Types de problème de santé	32
4.2.2.1.4. Niveau des dépenses de soins hospitaliers	32
4.3. Description des indicateurs	32
4.3.1 Détermination du seuil pauvreté normatif.....	32
4.3.2. Détermination de l'impact de vulnérabilité.....	35
4.4. Méthode de collecte des données.....	36
4.4.1 Collecte des données.	36
4.4.2 Présentation du questionnaire.....	37
4.5.1. Stratégie d'analyse des données quantitatives	38
4.5.2. Stratégie d'analyse des données qualitatives	38
V. RESULTATS	40
5.1 Caractéristique générale de la population	40
5.1.1 Lieu d'habitation des ménages.....	40
5.1.2. Niveau de formation du chef de ménage et du malade	41
5.1.3 Catégorie professionnelle du chef de ménage.....	42
5.1.4 Age et sexe des malades.....	43

5.1.5 Répartition des ménages selon les quintiles des revenus par tête et le lieu d'hospitalisation.	45
5.1.6 Motif d'hospitalisation	47
5.1.7 Les coûts d'hospitalisation.	48
5.2. Les caractéristiques selon les catégories sociales des ménages.	51
5.2.1 Classification des ménages selon les catégories sociales.	51
5.2.2 Caractéristique sociodémographique.	52
5.2.2.1 Taille des ménages	52
5.2.2.2 Structure par sexe et par âge	53
5.2.2.3 Niveau d'éducation	56
5.2.3. Maladie et niveau de vie.	58
5.2.3.1 Motif d'hospitalisation	58
5.2.3.2 Gravité perçue de la maladie	59
5.2.3.3 Ancienneté de la maladie	60
5.2.3.4. Nombre de recours antérieurs	61
5.2.3.5. Caractéristiques du premier recours	62
5.2.3.6 Mode d'entrée à l'hôpital	64
5.2.4 Coût de l'hospitalisation.	66
5.2.4.1 Coût des médicaments.	66
5.2.4.2 Coût des actes médicaux	68
5.2.4.3 Facture d'hospitalisation	69
5.2.4.4 Dépense indirecte	73
5.2.4.5 Dépense totale d'hospitalisation.	74
5.2.4.6. Sources de financement.	76
5.3. Vulnérabilité du ménage	78
5.3.1 Déterminants de vulnérabilité du ménage face à la dépense d'hospitalisation	78
5.3.2 L'ampleur de la vulnérabilité des ménages.	79
5.3.2.1 L'ampleur selon le lieu d'hospitalisation	79
5.3.2.2. L'ampleur selon les motifs d'hospitalisation.	80
5.3.2.3 L'ampleur selon la taille du ménage.	81
5.3.2.4. L'ampleur selon le revenu par tête.	82
5.3.2.5. L'ampleur selon la source de financement.	84
5.3.2.6. L'ampleur selon le niveau de vie	85
5.3.3 Caractéristiques des ménages sans couvertures médicales vulnérables.	87
5.3.4. Analyse des entretiens	90
VI. DISCUSSION	93
6.1. Limites de l'étude.	93
6.2. Discussion des résultats.	93
6.2.1 Typologie de la clientèle et coûts d'hospitalisation	93
6.2.2 Déterminants de vulnérabilité du ménage	94
6.2.3 Conséquence des dépenses sur les ménages vulnérable.	97
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	98
1 .Conclusion.	98
2 .Recommandations	99
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXE	I

INTRODUCTION

« La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ». En Afrique, cet adage est connu de tout un chacun qui, en l'absence de tiers payeur, supporte à lui seul le coût de sa santé. Au moins 50% des dépenses de santé sont payées directement par les utilisateurs dans les pays pauvres [Yves Antoine F. ; mars2000]¹ .

Souvent ce coût est prohibitif ; et la santé, notre bien le plus précieux, peut se dégrader très vite. Ainsi, s'amorce un cercle vicieux : la pauvreté qui engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretenant à son tour la pauvreté [Banque Mondiale ; 2000]² .

Plusieurs travaux ont montré que le fardeau de la santé tend à s'accroître avec la pauvreté et que la maladie est une source d'appauvrissement supplémentaire des ménages démunis [Slim Haddad et al.]³ .

Les réformes mises en œuvre, notamment dans le domaine du financement, n'ont pas résolu les problèmes d'inégalité et d'accès aux soins des démunis. La généralisation de la tarification des services aux populations et la promotion du secteur privé, sont deux réformes mises en œuvre dans la région, qui ont clairement contribué à renforcer les inégalités d'accès aux soins ; ce qui a davantage affecté les populations défavorisées [Slim H. et al]⁴ .

En l'absence de dispositif d'assurance maladie ou de prise en charge efficace des indigents (93% des ménages urbains démunis n'en bénéficient pas) [UNICEF, 2004]⁵ ; ces politiques peuvent à la fois ; renforcer la disponibilité de soins de qualité et les rendre difficilement accessibles à une fraction de la population. Une étude réalisée par le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) sur l'Initiative de Bamako a montré que dix (10) ans après son instauration le bilan de cette politique reste mitigé. Par exemple nous avons les taux de fréquentation des centres de santé qui ne

¹ Yves Antoine FLORI ; mars 2000 ; *Financement des politiques de santé*.

² Banque Mondiale, 2000 ; *Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*.

³ Slim Haddad & Adrien Nougat ara, 2004 ; *Equité du financement de la santé au Burkina Faso*.

⁴ Voire (3)

⁵ UNICEF, CF, 2004 ; *Qualité et accès en milieu urbain*.

s'améliorent pas, les taux de recouvrement baissent pendant que les charges s'accroissent [CREDES ; Sept 2000]⁶.

Ainsi face à la maladie, les populations urbaines démunies risquent de se retrouver face à un dilemme : ne pas recourir aux soins et subir la dégradation de leur santé, ou recourir aux soins et courir des risques de conditions de vie dégradées sous le poids des dépenses de santé. Ce dilemme peut s'avérer tragique en cas de grave maladie. Les effets néfastes que la mauvaise santé exerce sur les niveaux de vie des ménages sont de plus en plus considérés comme des problèmes de justice sociale, traduisant peut-être l'idée de pertes de revenus et frais médicaux associés à la mauvaise santé qui sont involontairement et tout bonnement la conséquence de traumatisme sanitaire non désiré [Wagstaff et al; 2001]⁷. Les résultats des enquêtes menées par l'UNICEF suggèrent que les ménages démunis renoncent effectivement et très souvent au recours à l'hospitalisation, cela d'autant plus que le recours aux soins y apparaît deux fois moins fréquent chez les démunis que chez les non démunis, alors qu'il est difficile de concevoir que les premiers sont moins en proie aux maladies que les seconds [UNICEF, 2004]⁸.

Cependant, même si les ménages démunis renoncent deux fois sur quatre à un recours hospitalier, il n'en demeure pas moins que le taux d'hospitalisation observé à Dakar (0.14 recours par personne par an) montre que chaque ménage doit faire face à une hospitalisation d'un de ces membres au cours d'une année.

Face à ces dépenses de soins hospitaliers, les ménages démunis ont dû consentir des sacrifices qui peuvent déstabiliser plus ou moins durablement l'économie du ménage. On peut donc se demander quels seraient les déterminants et le niveau de vulnérabilité de l'économie du ménage face à ces dépenses d'hospitalisation.

C'est l'objet de la présente réflexion qui propose l'étude des déterminants socio-économiques et du niveau de la vulnérabilité des ménages de la ville de PIKINE (banlieue de Dakar) suite aux dépenses de soins hospitaliers

⁶ CREDES, sept 2000 ; *le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement*.

⁷ Wagstaff A, al Banque Mondiale, 2001; *Quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Viet Nam*.

⁸ Voir (5)

Comme le montre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la lutte contre la pauvreté passe par un bon état de santé des populations ; mais surtout par la maîtrise et une bonne évaluation des conséquences du recours aux soins hospitaliers. Cela permettra une meilleure orientation des politiques en matière de lutte contre la pauvreté et de développement axé sur la prise en charge des ménages démunis face aux problèmes de santé. Ce travail incombe à l'économiste de la santé qui doit orienter les décisions et les choix de politique des pouvoirs publics et institutions de développement en matière de santé. De la même manière le macro-économiste fournit des instruments pour orienter les politiques pour les grands équilibres macro-économiques, l'économiste de la santé à son niveau, met à la disposition des décideurs de politique de santé, des outils nécessaires pour relever les grands défis en matière de santé. Ce sont là ces outils que nous nous proposons de fournir aux décideurs grâce au programme du diplôme d'Economie de la Santé suivi à l'Institut Supérieur de la Santé du Centre Africain d'Etude Supérieur en Gestion (CESAG).

I. PROBLEMATIQUE

Pour poser la problématique de notre sujet nous allons d'abord formuler le problème de recherche, ensuite nous évoquerons les objectifs de l'étude, l'importance du sujet, l'utilisation des résultats et enfin l'hypothèse de recherche.

1.1. Formulation du problème de recherche

La santé bénéficie aujourd'hui d'un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales. C'est ainsi que le souci de la santé des pauvres est devenu un aspect essentiel de la problématique du développement. De fait, trois (3) des huit (8) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visent l'obtention pour 2015 d'avancées précises dans le domaine de la santé à savoir : réduire les taux de mortalité infantile, de décès maternels, de propagation du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose. Cela montre que la santé, précisément la santé des pauvres est déterminante pour le développement humain en général et en particulier pour le recul de la pauvreté.

La population des pays en développement est bien plus touchée par les maladies infectieuses que celle du monde développé. Environ 99% de tous les décès dus au SIDA, à la tuberculose et au paludisme se produisent dans les pays en développement [David E. Bloom et al ; Mars 2004]⁹.

D'après l'article d'Adam Wagstaff, dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), les pauvres ont tendance à utiliser les services de santé plus que les riches car ils ont des niveaux de morbidité plus élevés que ces derniers¹⁰. Selon le projet "Qualité et accès aux soins en milieu urbain" ; réalisé par l'UNICEF dans la région de Dakar, dans 90,8% des épisodes morbides, les malades et leurs familles ont cherché à soigner la maladie.

Concernant le type de recours thérapeutiques les résultats du projet ont montré que les services de santé modernes sont les plus sollicités (63% des recours). Parmi les ménages qui

⁹ David E. Bloom (al), FMI, Mars 2004 ; *Bilan de santé*, in finance et développement ; volume 41 n°1

¹⁰ Adam Wagstaff, OMS ; 2002 ; *Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé* ; in bulletin de l'OMS recueil d'articles n°7

utilisent les services de santé modernes, le premier quintile (pauvre) représente 23 % contre seulement 12% pour le cinquième quintile (riche). Ce résultat confirme ceux d'A. Wagstaff cités plus haut. Parmi les services de santé modernes ; le centre de santé est le premier recours lors d'un épisode morbide (26%) suivi par les postes de santé publics (21.4%), des hôpitaux (19.4%) et des structures privées (moins de 10%) [Eugênia Gomes, Dec 2000]¹¹.

Cette utilisation des services de soins engendre souvent des dépenses plus ou moins élevées, difficilement supportables par les ménages pauvres. Surtout lorsqu'ils ne sont pas couverts par une assurance maladie ; ces ménages en payant eux-mêmes les frais médicaux, ont toutes les chances de se retrouver dans un état de pauvreté extrême. Suite à l'initiative de Bamako qui a définitivement mis fin à la gratuité dans le système de santé, les malades doivent désormais payer de leur poche pour leur santé. Lorsqu'ils sont contraints d'arrêter de travailler et de s'endetter, ils s'appauvrissent d'avantage et il se crée ainsi un cercle vicieux entre pauvreté et santé.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où sont concentrés les pays les plus pauvres de la planète. Bien que ne représentant que 10% de la population mondiale, elle héberge 65% des personnes séropositives et 75% des décès liés à la pandémie y sont répertoriés depuis 2003 [Paule Kemgui ; Jan 2005]¹².

Au Sénégal 30% de la population vivent en -dessous du seuil de pauvreté avec un PIB/habitant de 530 dollars américains¹³. Dans ce contexte de précarité, la capacité d'honorer les dépenses d'hospitalisation se pose en terme de survie des populations, mais malheureusement le manque de réseau de solidarité et de couverture médicale reste encore une réalité.

¹¹ - Eugênia Gomes do E. santo ; décembre 2000, *Etude sur l'équité dans l'accès aux soins et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar*.

¹² - Paule Kemgui ; janvier 2005 ; *Inégalité sociale, pauvreté et santé*.

¹³ - Basenya Olivier ; Décembre 2003 ; *Analyse des conséquences pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar*.

Les causes de ces dépenses catastrophiques de soins sont multiples. Les principales d'entre elles sont :

- L'origine socio-économique du ménage
- Le niveau des dépenses de l'hospitalisation
- Le type de problème de santé
- Les modalités de financement de ces dépenses

Les conséquences de ces dépenses de soins hospitaliers peuvent être classées en trois groupes :

- Les conséquences sociales et culturelles : dégradation des liens de fraternité, rupture ou exclusion des réseaux de solidarités,
- Les conséquences économiques : perte de revenu, coup d'opportunité subi par les ménages, niveau d'endettement du ménage, réduction des dépenses scolaires et de subsistances (nourriture, eau, électricité), vente de biens et de moyens de production, nombre de jours d'inactivité, paupérisation du ménage.
- Les conséquences macro-économiques : baisse du Produit Intérieur Brut (PIB), augmentation de la pauvreté, du chômage, incidence de la pauvreté.

Notre étude se focalisera uniquement sur les causes socio-économiques de la vulnérabilité des économies familiales et du niveau de vulnérabilité des ménages face aux dépenses de soins hospitaliers.

Quels sont l'ampleur et les déterminants de la vulnérabilité des ménages face aux dépenses de soins hospitaliers ?

Comment peut-on réduire cet impact dans le but de lutter contre la pauvreté ?

A travers cette présente étude qui rentre dans le cadre du domaine du financement de la santé nous essayerons de répondre à ces questions.

1.2. Objectif général

Déterminer l'ampleur et les déterminants de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains face aux dépenses d'hospitalisation.

1.3. Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer le coût financier moyen d'une hospitalisation pour le ménage.
- ❖ Déterminer les causes de la vulnérabilité socio-économique des ménages face aux dépenses d'hospitalisation.
- ❖ Mesurer l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages face aux dépenses de soins hospitaliers.

1.4. Importance du sujet de recherche

Faire face à la santé des pauvres est très important pour la réalisation des OMD. Les dépenses en soins de santé sont parmi les principales causes de paupérisation des ménages. Cette étude permettra donc de montrer les déterminants et l'ampleur de la vulnérabilité des ménages due aux dépenses de soins hospitaliers.

Les dépenses en soins de santé représentent près de 10% des dépenses courantes des ménages, cependant en cas d'hospitalisation cette dépense peut dépasser les 100% des dépenses courantes. La mise en place d'un système de financement équitable de ces dépenses de soins hospitaliers peut permettre à la population de ne pas tomber dans la trappe de pauvreté.

1.5. Utilisation des résultats de la recherche

Les résultats de notre recherche pourraient être utilisés par :

- ❖ Les Institutions de lutte contre la pauvreté et de développement : qui pourraient utiliser les résultats de cette étude pour mener une bonne orientation de leurs actions, et aider les pays pauvres à mettre en place une couverture médicale pour les personnes indigentes.
- ❖ Le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions : notre étude pourrait leur permettre de revoir leur politique de recouvrement des coûts au niveau des hôpitaux qui fait de l'hôpital une clinique.
- ❖ Les Instituts de protection sociale, les mutuelles et les Assurances : pourraient trouver dans notre étude un intérêt en ce sens que celle-ci permet d'avoir une information fiable sur les coûts d'hospitalisation.
- ❖ Les hôpitaux : en générale, les hôpitaux ignorent l'impact qu'ont les dépenses d'hospitalisation sur l'économie des ménages. Cette étude permettrait de les édifier sur les conséquences de ces dépenses afin qu'ils puissent faire une gestion efficiente des budgets, dans le but de réduire les coûts d'hospitalisation et rendre les soins hospitaliers accessibles aux personnes démunies.

1.6. Hypothèses de recherche

- H1 : Les factures induites par l'hospitalisation représente pour près d'un quart des ménages, une somme supérieure à leur revenu mensuel.
- H2 : La vulnérabilité concerne d'abord les pauvres.
- H3 : La tarification peut vulnérabiliser les ménages non pauvres.
- H4 : Plus de la moitié des ménages vulnérabilisés n'ont pas de couverture maladie

II. REVUE DE LA LITTERATURE

Ce chapitre fait un bref aperçu sur la revue de la littérature sur le sujet de la santé et la pauvreté. Cependant, il fait, bien avant, une définition des différents concepts relatifs notre sujet.

2.1. Définition des concepts

- ❖ **Impact** : d'après le Petit Robert, l'impact désigne l'effet d'une action forte, brutale. Dans notre travail nous parlerons d'impact socio-économique, qui doit être compris comme des effets négatifs directs causés par les dépenses de soins hospitaliers.
- ❖ **Vulnérabilité** : la vulnérabilité est définie comme la propension d'un système (ménage) à subir des dommages (perte de bien être au-dessus d'une norme socialement acceptable), résultant des événements incertains ou imprévisibles.
- ❖ **Soin hospitalier** : Dans le cadre de notre étude les soins hospitaliers sont les soins qui entraînent une hospitalisation effective d'au moins une journée du malade dans un hôpital de dernier recours (centre hospitalo-universitaire).
- ❖ **Ménages** : Unité principale d'analyse de l'étude, le ménage est défini comme un groupe de personnes, apparentées ou non, qui partagent le même toit, mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels, notamment la nourriture et le logement, et reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage. Défini comme une unité budgétaire dans cette étude, le ménage se distingue de l'unité familiale qui regroupe des personnes unies par le sang ou le mariage.
- ❖ **Pauvre** : D'après le Petit Robert, le pauvre est défini comme celui qui manque du nécessaire ; qui n'a pas suffisamment d'argent, de moyens, pour subvenir à ces besoins. Dans le cadre de notre étude, le pauvre est celui qui en dessous du seuil de pauvreté.

❖ **Seuil de pauvreté** : On distingue cependant deux types de seuil de pauvreté : le seuil de pauvreté relative et le seuil de pauvreté absolue

- L'approche de la pauvreté relative est voisine du concept d'inégalité, dans la mesure où elle s'intéresse aux différences relatives entre les individus d'une même communauté. Il existe diverses manières de déterminer un seuil de pauvreté relative dont les plus connues sont l'usage des caractéristiques centrales : les quantiles (médiane, quartile, quintile, décile, centile,) et la moyenne [MARIKO, CISSE, UNICEF, CF, IRD ; Nov. 2000]¹⁴.

- Le seuil de pauvreté absolue peut être défini comme le niveau de bien-être nécessaire à un individu pour survivre dans un contexte donné. Nous avons deux conceptions du seuil de pauvreté absolue : le seuil biologique et le seuil normatif.

Le seuil biologique fait référence à un niveau de vie en dessous duquel, la vie de l'individu serait en danger. Il s'exprime par le minimum dont un individu a besoin en matière d'alimentation, de logement, d'habillement. Ce besoin varie en fonction de l'environnement dans lequel vit l'individu.

Le seuil normatif comprend non seulement les besoins biologiques mais aussi les besoins sociaux (éducation, santé, loisir, etc....) que la communauté juge nécessaires ; ce seuil varie en fonction des valeurs, désirs et attentes de la communauté. C'est cette conception, beaucoup plus complète qui a été utilisée dans notre étude.

❖ **Dépense** : Emploi d'argent, spécialement à des fins autres que le placement.

Dans le cadre de notre étude toutes les dépenses analysées sont celles effectuées par les ménages.

❖ **Dépense de soins hospitaliers** : l'emploi d'argent par les ménages pour l'acquisition de soins de santé au niveau des CHU. Elle comprend les actes médicaux et les médicaments.

¹⁴ Mamadou MARIKO, Boubou CISSE, UNICEF, CF, IRD ; Novembre 2000
Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales.

- ❖ **Dépense indirecte d'hospitalisation** : Ce sont les dépenses liées à l'hospitalisation, telle que les dépenses en transport du malade, des accompagnants, les dépenses en nourriture du malade et autre durant son séjour à l'hôpital.

- ❖ **Dépense de soins catastrophiques** : Une dépense est catastrophique lorsqu'elle a un caractère imprévisible et urgent dont l'ampleur entraîne des bouleversements pouvant ruiner l'individu tant sur le plan économique, que social au niveau du budget du ménage.
Cet ampleur peut être mesurée de diverses manières, soit la pression de la facture d'hospitalisation sur le revenu global du ménage ; la dépense totale d'hospitalisation sur le revenu global du ménage ; la facture d'hospitalisation sur le revenu par tête ; etc....

- ❖ **Dépense d'alimentation** : C'est l'ensemble des emplois d'argent réalisés par les ménages dans le but d'acquérir des biens alimentaires. Elle a été estimée dans la présente étude par la déclaration des ménages concernant leur consommation totale mensuelle en alimentation.

- ❖ **Dépense Totale Globale du ménage (DTG)** : C'est le total des dépenses alimentaires et non alimentaires réalisées par les ménages durant un mois.

- ❖ **Revenu** : dans le cadre de notre étude, le revenu n'est rien d'autre que la dépense totale globale (DTG) du ménage ceci pour contourner la difficulté de la non déclaration des revenus.
Au Sénégal, tout comme dans tous les pays en voie de développement, il est très difficile de déterminer les revenus réels des ménages. Cela à cause de la prédominance du secteur de l'économie informelle mais aussi des attributs sociologiques.

2.2. Revue de la littérature sur le sujet

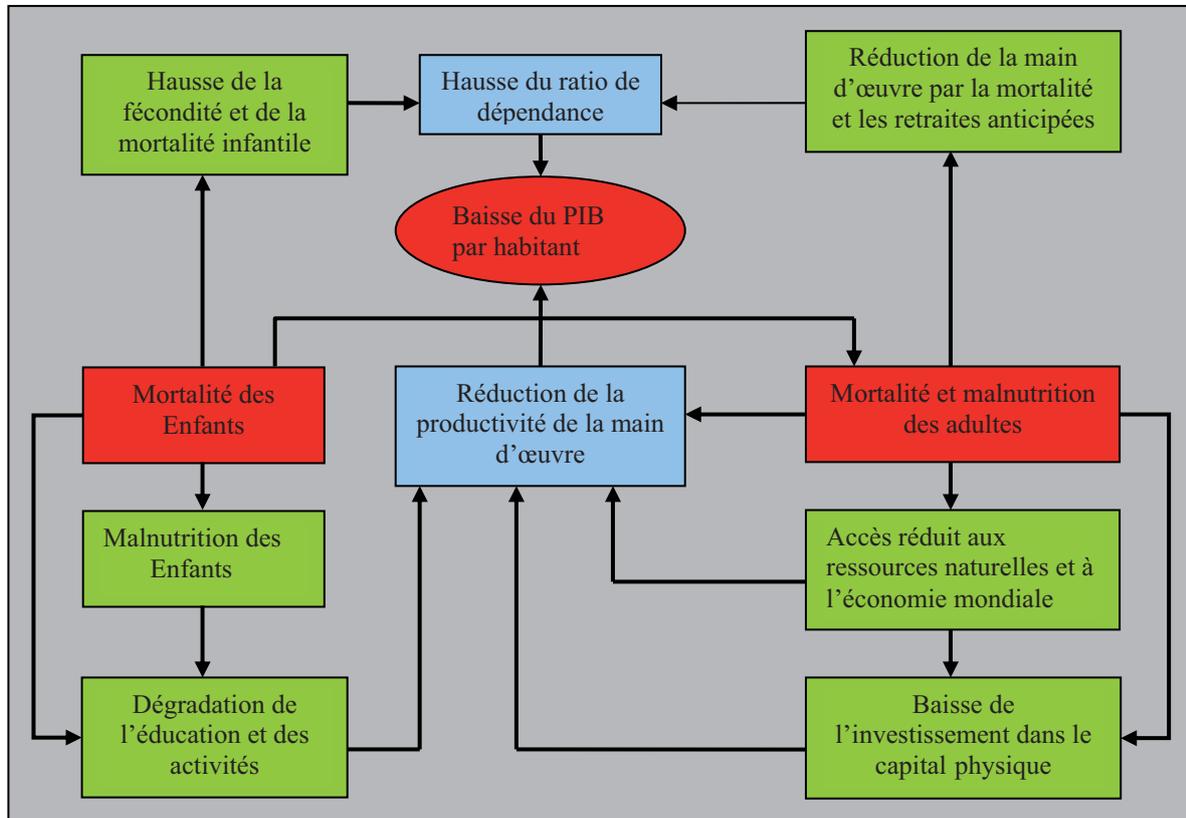
Les dépenses en soins de santé et leur impact socio-économique ont fait l'objet de nombreuses recherches et publications en raison de l'importance que revêt ce sujet.

L'étude réalisée par David E. Bloom (al) sur l'influence de la santé sur le PIB a montré que la détérioration de l'état de santé entraîne l'appauvrissement de la population et une plus forte détérioration de la santé, etc. (cercle vicieux). Ce fut le cas de l'ex-URSS, où l'espérance de vie masculine a sensiblement diminué à la sortie du Communisme ; et en Afrique subsaharienne où les taux d'infection du VIH sont élevés ; le SIDA faisant accroître déjà considérablement les taux de mortalité des adultes. La variation moyenne des probabilités de mortalité est de 0,35% par an entre 1990 et 2000. Si l'on évalue prudemment la Valeur d'une Vie Statistique (VVS) à 100 fois le PIB par habitant, cette variation de la mortalité en Afrique implique que le coût économique de l'épidémie équivaut à plus ou moins 15% du PIB du continent en 2000 (en supposant qu'environ 50% de la population est âgée de 15 à 60 ans et que 90% des personnes mortes du SIDA font partie de ce groupe d'âge). Cela correspond à une baisse du revenu de 1,7% par an de 1990 à 2000, chiffre nettement supérieur aux estimations actuelles de l'effet du SIDA sur le PIB [David E. Bloom (al) ; FMI; Mars 2004]¹⁵(voir graphique 1).

¹⁵ David E. Bloom(al) ; FMI; Mars 2004
Bilan de santé, in Finance et développement ; volume 41, N°1.

Graphique 1 : SANTE et PIB

Santé et PIB : Une mauvaise santé affecte le PIB par habitant en réduisant la productivité et la taille relatives de la main d'œuvre



Source: Ruger, Jennifer Parh, Dean T. Jamison (al) ; "Health and the Economic" page 619 in International Public Health by Michael H. Merson, Robert E.

Le document de référence sur la pauvreté et la santé, publié conjointement par l'OCDE et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec le réseau du Comité d'Aide au Développement (CAD) travaillant sur la réduction de la pauvreté, ont eu pour conclusion, la recommandation suivante: une approche de la santé aux pauvres dans les pays partenaires.

Cette approche de la santé aux pauvres consiste à :

- ❖ Privilégier la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres.
- ❖ Intégrer le développement de systèmes de santé favorables aux pauvres, s'appuyant sur des mécanismes de financement équitables.

- ❖ Englober des mesures dans divers domaines qui exercent une influence déterminante sur l'état de santé des pauvres, notamment dans l'éducation, la nutrition, l'assainissement et l'approvisionnement en eau.
- ❖ Imprégner les stratégies de lutte contre la pauvreté et les programmes pour le secteur de la santé placés sous la conduite des pays intéressés eux-mêmes.
- ❖ Tenir compte des objectifs afférents à l'offre de biens publics mondiaux et à la cohérence des politiques dans des domaines comme la surveillance de la santé publique, la R-D concernant les maladies liées à la pauvreté, la politique en matière de médicaments et de vaccins, et les migrations [OCDE, OMS, 2003]¹⁶.

L'étude menée dans la région de Dakar sur les conséquences économiques des prescriptions irrationnelles de médicaments aux malades dans les structures de soins, par Basenya Olivier, a montré que ces prescriptions irrationnelles ont pour conséquences :

- ❖ L'élévation du prix moyen de l'ordonnance, l'achat incomplet de médicaments, le fractionnement des doses de médicaments.
- ❖ Un impact sur les dépenses de consommation mensuelle moyenne, le ménage risquant de se priver des autres biens pourtant de première nécessité au profit d'une ordonnance [Basenya Olivier, Dec 2003]¹⁷.

Selon l'article de Paul Kemgni, paru dans le bulletin de "Mediums Muni Suisse" aux Etats-Unis, les fortes contraintes matérielles que connaissent les personnes pauvres vont conditionner l'accès, la qualité et le suivi des soins, ainsi que la survie en cas de maladie engageant le pronostic vital. Lorsqu'elles ne sont pas couvertes par une assurance maladie, ces personnes en payant de leur poche leurs frais médicaux, ont une forte probabilité de se retrouver dans un état de pauvreté extrême. La situation est la même dans les pays du Sud ; c'est à la suite de l'Initiative de Bamako qu'il a été préconisé la fin de la gratuité des soins de santé. Lorsqu'ils sont contraints d'arrêter de travailler et de s'endetter, les malades pauvres deviennent encore plus pauvres et il se crée ainsi ce cercle vicieux entre pauvreté et maladie.

¹⁶ - OCDE & OMS, 2003; *Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD : Pauvreté et Santé*

¹⁷ - Basenya Olivier ; Décembre 2003

Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar ; Mémoire DSES.

Selon, Kemgni la rupture du cercle vicieux entre la pauvreté et la santé passe par une action à deux niveaux :

- ❖ Le premier est l'investissement dans la santé, qui permettrait de lutter contre la pauvreté pour permettre l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.
- ❖ Le second axe d'action est la lutte contre la pauvreté, qui consiste à augmenter le niveau économique dont le PIB des pays pauvres, ce qui permettrait à long terme, d'améliorer l'état de santé des populations [Paule KEMGNI ; jan 2005]¹⁸.

Cependant, Kemgni soutient que la relation entre richesse et santé est loin d'être linéaire. En effet, quand on regarde de plus près la situation de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne, la tendance irait plutôt vers un taux de séropositivité plus élevé chez les populations adultes des pays à revenus élevés. Il soutient que la contraction ou transmission des maladies à l'intérieur d'un groupe de population est loin d'être aléatoire et ne dépend pas uniquement de facteurs purement matériels. En fait, de nombreuses études réalisées dans les pays riches démontrent qu'il existe un gradient social face à la maladie et à la mort. En d'autres termes, plus on descend dans l'échelle sociale, plus la probabilité de contracter une maladie grave ou handicapante et même d'en mourir est grande.

En conclusion, Paul Kemgni soutient qu'une lecture de la question sanitaire sous la lunette des inégalités sociales permettrait de comprendre que divers déterminants sociaux tels que le niveau d'éducation, les conditions de travail, l'emploi, le type de logement, le milieu de vie, le comportement et le style de vie etc. influencent plus le fait d'être ou non en bonne santé que l'accès aux soins de santé ou l'augmentation des revenus.

Selon lui, ne faudrait-il pas enfin intégrer dans un nouveau cercle vicieux, dans la réflexion, dans un débat et enfin dans l'action, les déterminants socio-économiques de la santé dans un contexte socio-économique inégalitaire ?¹⁹

¹⁸ Paule Kemgni ; janvier 2005

Inégalité sociales, pauvreté et santé, in Bulletin de Medicus Mundi Suisse N° 95,
<http://www.medicusmundi.ch/services/bulletin200501/kap02/05kemgni...>

¹⁹ Voir 18.

Tout comme Paul Kemgni, Adam Wagstaff dans un article intitulé “*Pauvreté et inégalités*” [Adam Wagstaff, OMS, 2002]²⁰ dans le secteur de la santé, révèle un lien de causalité à double sens entre la santé et la pauvreté.

En effet, la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. La mauvaise santé ou la fécondité exceptionnellement élevée peut influencer profondément sur le revenu des ménages²¹. Selon Adam Wagstaff, il convient de noter que le revenu perdu est probablement une cause plus grande d'appauvrissement que les paiements directs de prestations sanitaires. Parlant des inégalités entre pauvres et non pauvres face à la santé, il ressort que les inégalités en matière de santé s'exercent presque toujours au détriment des pauvres : ceux-ci ont tendance à mourir plus tôt et à présenter des niveaux de morbidité plus élevés que les plus riches.

Après avoir déterminé les causes des inégalités face à la santé, l'auteur insiste sur les paiements directs de soins. Les ménages ne doivent pas être contraints de dépenser plus d'un certain nombre de pourcentage de leur revenu en frais de santé ; toute somme dépassant ce seuil est considérée comme catastrophique. Dans plusieurs pays, plus de 1% de tous les ménages ont consacré ces derniers temps la moitié ou plus, de leurs dépenses extra alimentaires à se faire soigner [OMS, 2000]²².

L'impact de la pauvreté peut se mesurer d'après l'évolution de l'effectif des pauvres ou de l'écart de pauvreté provoqué par le paiement des frais de santé :

- ❖ L'évolution de l'effectif des pauvres consiste à déterminer la proportion de la population vivant dans la pauvreté.
- ❖ L'écart de pauvreté consiste à déterminer le déficit moyen par rapport au seuil de pauvreté.

²⁰ Adam Wagstaff, OMS, 2002

Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, in Bulletin de l'OMS recueil d'articles N°7.

²¹ Voir 20

²² Organisation Mondiale de la Santé, 2000

Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un service de santé plus performant. Genève, OMS.

Des calculs de ce genre incitent à penser que le paiement direct de soins hospitaliers pourrait faire accroître le chiffre des pauvres de 2 % en Inde²³ et que, pour un seuil de pauvreté basé sur l'alimentation, la dépense de santé globale au Viet Nam, pourrait avoir augmenté l'effectif des pauvres de 4,4 % en 1993 et de 3,4 % en 1998⁶. Au Viet Nam, l'impact sur l'écart de pauvreté était bien plus faible que l'impact sur l'effectif des pauvres (respectivement 1,4 % et 0,8 % en 1993 et 1998) et les trois quarts de cet impact étaient imputables à des pauvres devenant encore plus pauvres²⁴.

Dans le rapport de la commission macroéconomie et santé de l'OMS [OMS,]²⁵, la santé est présentée comme le pilier du développement économique. A travers les diverses études réalisées dans certains pays du monde, on observe les différents résultats :

- Au niveau macro-économique, l'impact de la maladie représente pour les sociétés une lourde charge tendant à avoir de graves obstacles économiques.

En effet, les maladies réduisent le revenu annuel d'un pays, ses revenus individuels et ses chances de croissance économique. Dans les pays les plus pauvres, les pertes se comptent chaque année par douzaines de points de pourcentage du PNB ; ce qui se traduit par des centaines de milliards de dollars des Etats-Unis. La commission a aussi constaté qu'au sein même des pays en développement, les maladies transmissibles, la mortalité maternelle et la sous-nutrition, si elles concernent toutes les catégories de revenus, frappent les pauvres beaucoup plus durement que les riches.

Une estimation statistique classique indique que chaque amélioration de 10 pour cent de l'espérance de vie à la naissance (EVN) correspond à une augmentation de la croissance économique d'au moins 0,3 à 0,4 point de pourcentage, les autres facteurs de croissance étant considérés constants.

En somme, une mauvaise santé a des effets particulièrement pernicieux sur le développement économique en Afrique subsaharienne, en Asie méridionale et ailleurs dans le monde (les zones à forte morbidité et d'intense pauvreté). L'Afrique subsaharienne a subi

²³ - Banque Mondiale, 2001; Raising the sights: better health systems for India's poor.

²⁴ Wagstaff A, Van Doorslaer E. Paying for health care; Banque Mondiale; 2001

Quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Viet Nam 1993-98.

²⁵ OMS,

pendant la dernière génération, un déclin chronique de son niveau de vie qui était déjà au départ le moins enviable dans le monde. La lourde charge de la maladie et ses multiples effets sur la productivité, la démographie et l'éducation ont certainement joué un rôle dans cette mauvaise performance chronique.

La récente étude économétrique réalisée par Barro, R et X. Sala-I-Martin [Barro, 1995]²⁶, révèle que plus de la moitié de la différence de croissance entre l'Afrique et les pays d'Asie orientale à croissance rapide s'expliquent statistiquement par les effets de la charge de la maladie, de la démographie et de la situation géographique, plutôt que par les variables plus classiques que la politique macro-économique et la gouvernance.

- Au niveau du ménage, on constate qu'un épisode morbide peut condamner un ménage modeste à la pénurie, notamment lorsqu'il lui faut vendre ses biens de production pour couvrir des dépenses de santé. En fait, Nombreuses sont les raisons pour lesquelles la maladie fait peser une charge accrue sur les pauvres :
 - Premièrement, ceux-ci sont beaucoup plus vulnérables à la maladie parce qu'ils ont moins accès que les autres à une eau saine et à un assainissement efficace, à un logement sûr et hygiénique, à des soins médicaux, à une information sur les comportements préventifs et à une alimentation appropriée.
 - Deuxièmement, les pauvres sont beaucoup moins à même de recevoir des soins médicaux, même quand ils en ont un besoin urgent, parce qu'ils habitent plus loin des prestataires, parce qu'ils n'ont pas les ressources financières nécessaires pour payer les soins et enfin, parce qu'ils ignorent les meilleures mesures à prendre face à un épisode morbide.
 - Troisièmement, tout comme déjà dit, les dépenses qu'entraîne une grave maladie peuvent les acculer jusqu'à la misère en les forçant à contracter des dettes, à vendre ou à hypothéquer des biens de production (comme une terre). Une telle maladie peut plonger un ménage dans une misère prolongée qui peut

²⁶ . Barro, R et X. Sala-I-Martin; Inc 1995; *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill.

même s'étendre à la génération suivante lorsque des enfants doivent quitter l'école pour travailler.

Du fait de la maladie, des personnes perdent une partie de leur aisance économique. Lorsque les économistes ou les spécialistes de la santé publique tentent de quantifier cette perte d'aisance, ils considèrent généralement trois (3) éléments :

- ❖ La perte de revenus marchands causée par la maladie.
 - ✓ Les coûts du traitement médical
 - ✓ La perte de salaire résultant d'un épisode de maladie
 - ✓ La perte de capacité de gains de l'adulte résultant d'épisodes de maladie au cours de l'enfance
 - ✓ La perte de gains futurs résultant d'un décès prématuré.

En somme, les conséquences économiques d'un épisode de maladie pour un ménage peuvent encore être aggravées si les dépenses encourues par celui-ci pour faire face à la maladie l'obligent à trop ponctionner ses ressources et à contracter des dettes. Il risque ainsi de se retrouver plongé dans une situation de dénuement total de laquelle il ne pourra s'en sortir ; ce qui aura des incidences sur le bien-être de tous ses membres, et parfois aussi sur celui d'autres personnes de la famille. De nombreuses études ont montré que les ménages pauvres sont rarement assurés contre les effets catastrophiques d'une maladie et doivent donc vendre leurs maigres biens, comme du matériel agricole ou des animaux de ferme, ou encore hypothéquer leur terre pour maintenir une consommation minimale en dépit de leurs pertes de revenus marchands. Tout cela pour payer les soins médicaux urgents. Cette réduction des biens de production peut les condamner à une misère persistante qui s'étendra au-delà de l'épisode aigu de maladie ; car il leur sera très difficile de rentabiliser de nouveau leurs activités de production. Le ménage endetté ne disposera pas de fonds de roulement nécessaire aux investissements à court terme qui lui permettraient de produire suffisamment pour rembourser ses dettes ; et il lui sera impossible d'emprunter sur ses futurs gains. Cette misère risque alors d'aggraver encore les conditions initiales favorables à la maladie.

L'étude de Eugênia Gomes Santo sur les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar [Eugênia Gomes Santo, UNICEF ; Déc. 2000]²⁷, a utilisé les quintiles des dépenses annuelles ou mensuelles par tête pour classer les ménages et les individus dans des groupes reflétant leurs conditions de vie. D'autres variables telles que la possession de biens, la taille du ménage, la propriété du logement, ont été utilisées au cours de ses analyses pour former un indice synthétique afin d'avoir un autre système de classification des ménages selon le niveau de vie.

Cette étude a obtenu les résultats suivants²⁸ :

- ❖ Le revenu moyen est de 82.585 F CFA pour les hommes et de 44.494 F CFA pour les femmes.
- ❖ En ce qui concerne la prise en charge des soins de santé, 83 % de la population ne disposent d'aucun système de prise en charge à part ses propres moyens financiers. L'Etat couvre 6,7 % de la population, 5,4 % disposent d'une assurance liée au travail et 2,9 % assurés par une mutuelle.
- ❖ Les causes de décès déclarées ont été « vieillesse » pour 16% et « maladie » pour 66,7 %.
- ❖ Le taux d'incidence d'épisodes morbides est de 67/1000 soit 1.6 épisodes par personne par an.
- ❖ En ce qui concerne les recours thérapeutiques dans 90,8% des épisodes morbides, les malades et leurs familles ont cherché à soigner la maladie.
- ❖ Les principales raisons évoquées pour l'utilisation d'un service de soins déterminé quel que soit le niveau de vie, sont le coût, les connaissances dans le lieu, la distance avec le lieu de domicile et la réputation du service.
- ❖ Le coût moyen total d'un épisode morbide est de 9 986 F CFA et de 1 381 F CFA pour la consultation.

A l'issue de cette revue de la littérature, nous retenons que la santé a un impact sur le niveau de vie des ménages. Les dépenses en soins de santé entraînent diverses conséquences sur les ménages (Endettement, Paupérisation...). Notre étude s'orientera vers les déterminants

²⁷ Eugênia Gomes do E. Santo, UNICEF ; Décembre 2000

Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar ; in Qualité et Accès aux soins en milieu urbain.

²⁸ Voir 27

de la vulnérabilité des ménages suite aux dépenses de soins hospitaliers et l'ampleur de cette vulnérabilité au sein des catégories sociales.

III. CONTEXTE GENERAL : Le Sénégal

Dans le contexte général de notre étude nous évoquerons la situation géographique, les caractéristiques socio-économiques, et le système de santé et la situation sanitaire du Sénégal. Enfin, nous présenterons le cadre conceptuel de notre étude.

3.1. Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il est limité au nord par la Mauritanie, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau, à l'est par le Mali et à l'ouest par l'Océan Atlantique²⁹.

Avec une superficie de 196 192 km² ; ce pays comptait 10 589 571 habitants en 2000 et avec un taux d'accroissement naturel de 2,7 % cette population doublera en 25 ans.

La population sénégalaise est inégalement répartie, la densité au kilomètre carré varie de 6 habitants / km² dans la région de Tambacounda, et à plus de 3.399 habitants / km² dans la région de Dakar. La région de Dakar héberge à elle seule 23 % de toute la population du Sénégal³⁰.

Créée en 1958 par les autorités, pour décongestionner la ville de Dakar et favoriser une urbanisation rapide, Pikine prise au départ comme zone d'extension privilégiée, va devenir une grande agglomération avec une population de 2.500.000 habitants et une densité de 32.258 habitants au km². La ville de Pikine est divisée en 16 communes d'arrondissements et sa population est essentiellement jeune : 58 % ont moins de 20 ans³¹.

3.2. Caractéristiques socio-économiques

Le Sénégal est placé parmi les pays à revenu intermédiaire. Son PNB par habitant était de 530 dollars américains en 2000. L'économie sénégalaise est essentiellement basée sur l'agriculture. Mais la courte durée de la saison des pluies (3 à 4 mois cumulés), causant

²⁹ . Basenya Olivier ; Décembre 2003

Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar ; Mémoire DSES.

³⁰ République du Sénégal, Ministère de la santé publique et de l'action sociale ; Mars 1997

Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (1998 – 2007).

³¹ Jeunesse et Développement, 2004, *Action au Sénégal, Pikine*.

<http://www.jeunedev.com/sene-pikine.htm>

l'appauvrissement des sols, continue de compromettre la production agricole. Le Sénégal est encore loin de l'autosuffisance alimentaire ; seule 50 % environ des besoins en céréales sont couverts par la production nationale.

Avec une croissance réelle du PIB estimée à 6,1% contre 5,6% en 2004 selon les comptes nationaux révisés, l'économie sénégalaise est en pleine expansion.

Le secteur primaire a connu une croissance de 12 % en 2005 contre 2,7 % en 2004, essentiellement soutenu par le sous secteur agricole³².

S'agissant du secteur secondaire, des tensions inflationnistes sur le marché du pétrole n'ont pas été favorables à l'évolution de l'activité industrielle. La croissance du secteur en 2005 est estimée à 4,2 % contre 6,2 % en 2004³³.

Le secteur tertiaire est moins affecté par les hausses des prix de produits pétroliers. La croissance dans ce secteur est estimée à 5,5 % en 2005 contre 6,3 % en 2004 et reste essentiellement tenue par le secteur des transports et télécommunications ; qui a crû de 10,4 %³⁴.

3.3. Système de santé et la situation sanitaire au Sénégal.

Le système de santé du Sénégal est organisé en pyramide à trois niveaux : l'échelon périphérique (District), l'échelon régional (Région Médicale) et l'échelon Central. Il existe au Sénégal 52 districts de santé, et 11 régions médicales³⁵.

Chaque échelon comporte une structure administrative, des structures de soins et d'autres services.

³² République du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, mars 2006
Situation économique et financière en 2005 et perspectives en 2006.

Document Internet : <http://www.finances.gouv.sn/>

³³ Voir 32

³⁴ Voir 32

³⁵ République du Sénégal, Ministère de la santé publique et de l'action sociale ; Mars 1997
Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (1998 – 2007).

- Le district de santé correspond à l'entité opérationnelle de base du système de santé :
 - Structure administrative : le district de santé est dirigé par une équipe cadre du district à la tête de laquelle se trouve un médecin.
 - Structure de soins : chaque district comprend au minimum un centre de santé et un réseau de poste de santé. Les centres de santé sont au nombre de 54. Les postes de santé s'appuient sur des infrastructures communautaires des villages (cases de santé et maternité rurales) créées par les populations qui en assurent également la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones choisies par elles-mêmes³⁶.

- Au niveau Régional :
 - Structure administrative : la structure de coordination est la région médicale. Il existe une région médicale dans chaque région. A la tête de chaque région médicale se trouve un médecin de santé publique qui dirige l'équipe cadre régionale.
 - Service de la région médicale : l'Hôpital Régional (HR), le Bureau de Surveillance Epidémiologique et Immunisation (BESI), la Brigade Régionale de l'Hygiène (BRH), la coordination de l'action sociale, le bureau régional de l'alimentation et de la nutrition, le centre de protection maternelle et infantile régional et le bureau de la statistique.

- Au niveau Central :
 - Selon le décret N° 2003-466 du 24/06/2003 portant organisation du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention, la structure administrative comprend, outre le cabinet du Ministre, les directions suivantes :
 - ❖ La direction de la santé
 - ❖ La direction de l'administration générale et de l'équipement
 - ❖ La direction de la pharmacie et des laboratoires
 - ❖ La direction des établissements de santé

³⁶Basenya Olivier ; Décembre 2003

Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar ; Mémoire DSES.

- ❖ La direction des ressources humaines
- ❖ La direction de la prévention

- Les structures de soins sont représentées par les hôpitaux nationaux et les Centres Hospitalo-Universitaires. Ces derniers occupent le sommet de la pyramide et constituent l'instance de dernier recours.

La région de Dakar concentre 40 % des hôpitaux du pays contre 23 % de la population totale, 19 % des centres de santé et 13% des postes de santé.

La banlieue dakaroise (Pikine) qui regroupe près de 2/3 de la population de Dakar est découpée en trois districts de santé (Pikine ancien, Guediawaye et Diamaguène). Ces districts de santé sont essentiellement des cases de santé, des postes de santé et des centres de santé [22]. Notons que Pikine ne possède pas de centre hospitalo-universitaire. Les quatre CHU sont situés dans la ville de Dakar.

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont l'Etat, les collectivités locales, les populations à travers les comités de santé, les ONG et l'aide extérieure.

La morbidité pour l'ensemble du pays est de 38,4 % (ESIS 1999). Le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 33 % des affections. Les autres principales causes de morbidité sont les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la dracunculose et l'onchocercose³⁷.

Le taux de mortalité au Sénégal reste élevé malgré la baisse enregistrée ces dernières années. Selon l'Enquête Sénégalaise des Indicateurs de Santé (ESIS) 1999, le taux brut de mortalité est estimé à 18 pour 1000.

Les autres indicateurs de santé relevés sont les suivants³⁸ :

- ✓ Taux de mortalité maternelle : 560 pour 100 000 naissances en 1999
- ✓ Taux de mortalité infantile : 68 pour 1000 naissances en 1999
- ✓ Taux de mortalité juvénile : 84 pour 1000

³⁷ Voir 36

³⁸ voir 36 et 35

- ✓ Taux de mortalité infanto-juvénile : 143 pour 1000
- ✓ Espérance de vie à la naissance : 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes.

Les sont dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Indicateurs de la couverture sanitaire

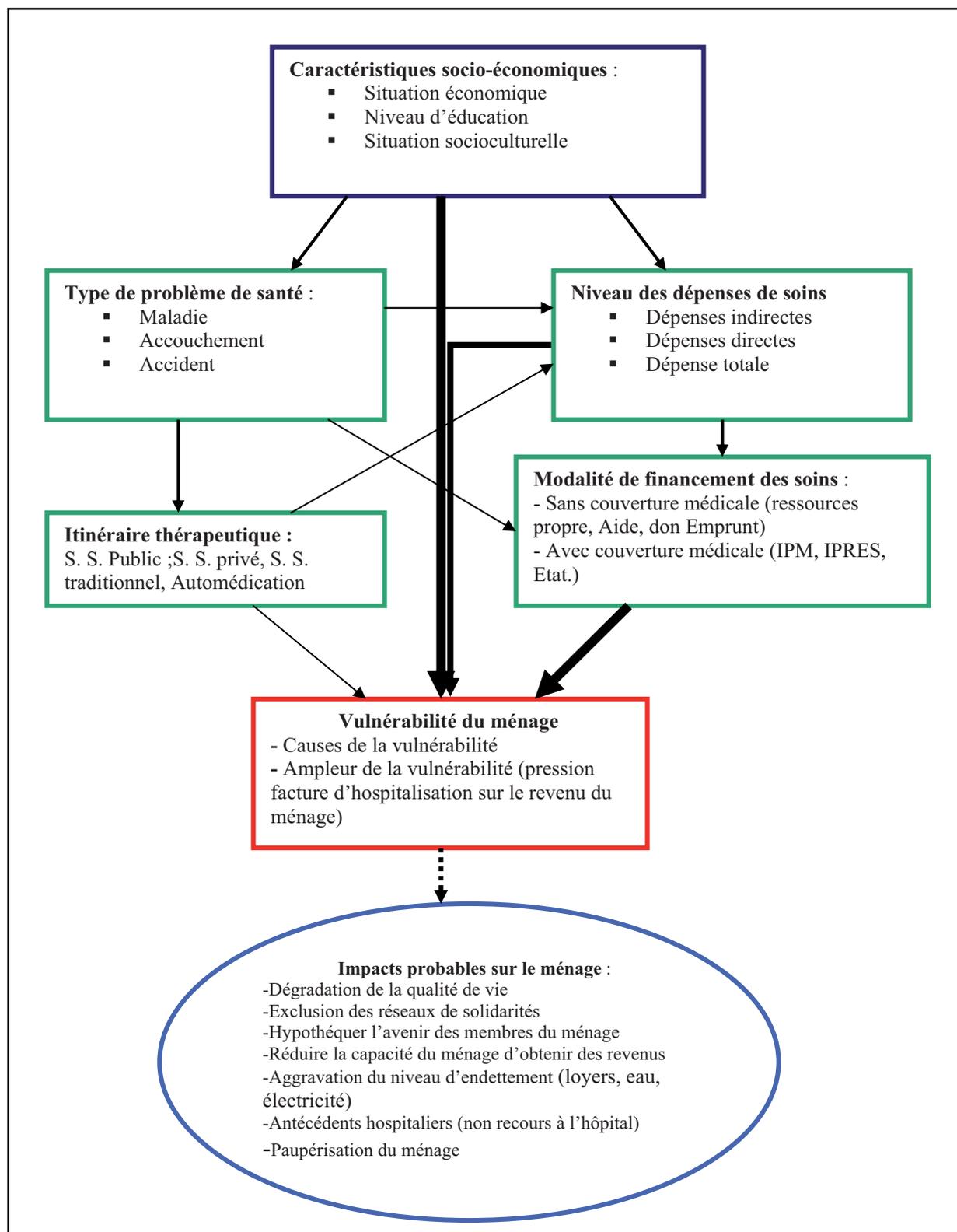
Indicateurs	Normes OMS	Moyenne Nationale
Poste de santé / habitants	1/10 000 hab.	1/11 800 hab.
Centre de santé/ habitants	1/50 000 hab.	1/17 500 hab.
Infirmier/habitants	1/3000 hab.	1/8 700 hab.
Sage femme/habitants	1/300 hab. (FAR)	1/4 600 hab. (FAR)
Médecin/habitants	1/5000 hab.	1/17 000 hab.

Source : DPS et ENDA tiers Monde – Etude monographie des villes partenaires ; 1996

3.4. Cadre conceptuel

La vulnérabilité socio-économique du ménage va dépendre du niveau de ces dépenses, des modalités par lesquelles ces ressources financières ont été mobilisées et des caractéristiques socio-économiques des ménages. Le type de problème de santé auquel le ménage doit faire face, et qui influence le niveau de la dépense et la modalité de son financement, dépend des caractéristiques socio-économiques du ménage. Le niveau de la dépense joue un rôle sur les modalités de financement. Le schéma suivant illustre cette démarche d'analyse.

Graphique 2 : Cadre conceptuel



Commentaire : les caractéristiques socio-économiques des ménages déterminent les types de problème de santé qu'ils peuvent avoir et leur parcours thérapeutique. Le mode de financement dépend des caractéristiques socio-économiques du ménage, du type de maladie et du niveau des dépenses. Les déterminants de la vulnérabilité du ménage émanent des caractéristiques socio-économiques, du type de problème de santé, du niveau des dépenses et des modalités de financements. L'ampleur de la vulnérabilité dépendra très fortement du niveau des dépenses et des caractéristiques socio-économiques du ménage.

Ce cadre conceptuel nous permettra de cerner les déterminants et l'ampleur de la vulnérabilité des ménages suite aux dépenses de soins hospitaliers.

IV. METHODOLOGIE

Ce chapitre concerne la stratégie de la recherche qui nous permettra de montrer le choix de la méthode de recherche et le niveau de validité de l'étude. En suite nous évoquerons la planification opérationnelle de notre recherche et enfin nous parlerons de la description des indicateurs.

4.1. Stratégie de la recherche

La stratégie de la recherche concerne le choix de la stratégie de recherche et la validité de l'étude.

4.1.1 Choix de la stratégie de recherche

Notre étude est une recherche de nature prospective qui se déroule au niveau des centres hospitalo-universitaires de Grand- Yoff (HOGGY) et d'Aristide Le Dantec (HALD). L'analyse va concerner les dépenses en soins hospitaliers d'une part, et d'autre part leurs impacts socio-économiques sur les "consommateurs" de ces soins. Les causes des dépenses catastrophiques vont être par la suite abordées.

4.1.2. Validité de l'étude

Notre étude qui se situe au niveau des bureaux de facturation des hôpitaux a une forte validité interne. Par ailleurs, cette étude se déroulant uniquement au niveau de la région de Dakar, et concernant en particulier les ménages des villes de Pikine, de Guediawaye et de Dakar, elle ne saurait être généralisable sur tout le pays, ce qui compromettrait sa validité externe.

4.2. Planification opérationnelle de la recherche

Dans ce paragraphe nous parlerons de la population à l'étude et de la définition des variables.

4.2.1. Population à l'étude

La population cible de notre étude est constituée par les sortants des hôpitaux de Grand- Yoff (HOGGY) et Aristide Le Dantec (HALD). Pour identifier un nombre suffisant de ménages démunis, et pour obtenir une certaine homogénéité de la population, nous avons inclus en particulier les habitants de la ville de Pikine.

En effet, la ville de Pikine est une zone péri-urbaine de Dakar qui regroupe environ 2 500 000 habitants issus tant des déplacements consécutifs de populations, de l'aménagement urbain de Dakar, que de l'immigration des zones rurales. Cette population est essentiellement composée de ménages défavorisés.

En plus des populations de la ville de Pikine, certains individus de la région de Dakar présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques ont été inclus dans l'enquête.

La méthode d'échantillonnage adoptée a été non probabiliste. Nous avons fait un choix raisonné tenant compte des critères d'inclusion cités plus haut.

Nous avons pu enquêter sur 396 malades au total, soit 199 malades à l'H.A.L.D. et 197 à l'HO.G.G.Y. pour la première phase de l'enquête. Parmi ces cas, nous avons réalisé un tirage aléatoire de 20 cas pour une seconde enquête. Mais en raison des contraintes sur le terrain liées en partie au temps, nous n'avons pu enquêter que sur 10 ménages.

4.2.2. Définition des variables

La définition des variables évoque la description des variables à l'étude et la description des indicateurs.

4.2.2.1. Description des variables à l'étude

4.2.2.1.1. Modes de financement des dépenses de soins hospitaliers

Les modalités de financement des soins vont avoir un impact différent selon qu'il s'agit d'une aide informelle, d'un financement propre du ménage ou d'un financement collectif formel. On distinguera donc les formes de financement suivantes :

Pour l'aide informelle :

- Aide de la famille
- Aide d'un notable
- Collecte de voisinage

Pour le financement propre du ménage :

- Argent disponible
- Emprunts (gagés, non gagés)
- Ventes (produits de consommation, biens d'équipement)

Pour le financement collectif formel :

- Fonds d'indigence
- Assurance maladie (mutuelle, IPM, fonction publique)
- Refus de paiement (factures non payées à l'hôpital)

4.2.2.1.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages

Les modalités de financement des soins et leur ampleur de vulnérabilité sur l'économie du ménage dépendent de la situation socio-économique de celui-ci. Comme il s'agit de comprendre comment les ménages démunis gèrent une situation imprévue ; la stabilité de leur situation sociale est aussi importante que leur niveau de vie. Cette stabilité concerne non seulement leurs revenus, mais aussi leur réseau social. Les ménages urbains démunis peuvent ainsi se détacher plus ou moins des réseaux traditionnels de solidarité, mais ils peuvent aussi en avoir constitué de nouveau.

Une typologie des situations socio-économiques pertinente sera construite à partir des résultats de l'enquête. Elle s'appuiera donc non seulement sur les critères usuels (revenu, éducation, seuil de pauvreté, socio- démographie), mais également sur des indicateurs de stabilité sociale (salaires réguliers, impayés, appartenance à des réseaux associatifs,).

4.2.2.1.3. Types de problème de santé

On peut supposer que les modalités de financement ne dépendent pas seulement du montant de la somme à réunir et de la position socio-économique du ménage, mais aussi du problème auquel ils font face. Selon la personne hospitalisée (âge, sexe, position dans la fratrie pour les enfants) et la cause du recours aux soins (accident, maladie, accouchement,..) ; le chef de famille peut être incité à s'orienter vers telle ou telle solution de financement, tout simplement parce qu'il sait qu'un soutien est plus ou moins probable selon le problème.

4.2.2.1.4. Niveau des dépenses de soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers sont représentées par les dépenses indirectes et les dépenses directes. Les dépenses indirectes sont constituées de frais de transport du malade et de son accompagnateur, également de frais d'alimentation du malade. Celles qui ne sont pas prises en compte par les assurances ou par les services de la santé peuvent être aussi endossées autant que la facture d'hospitalisation, par le malade.

La facture d'hospitalisation comprend en plus de la consultation, les frais des actes médicaux, les frais d'opération, les frais de la chambre d'hospitalisation et les frais des médicaments. Selon le niveau des dépenses du malade, il pourrait découler des conséquences plus ou moins catastrophiques pour l'économie familiale.

4.3. Description des indicateurs

4.3.1 Détermination du seuil pauvreté normatif

La détermination du seuil de pauvreté normatif revient à celle du seuil de pauvreté alimentaire et du seuil de pauvreté non alimentaire.

Le seuil de pauvreté alimentaire représente la dépense minimale que le ménage doit engager pour disposer d'un panier de produits alimentaires, lesquels sont choisis en tenant compte des habitudes culinaires de sa communauté, et sont nécessaire à la consommation d'énergie

nutritive recommandée (2450 calories par jour par individu) .Pour obtenir la valeur de ce seuil, il suffit de valoriser ce panier aux prix du marché³⁹ . Ainsi nous avons :

$$SPA = \sum_{h=1}^n q_h \cdot P_{h(t)} \quad \text{avec } h = 1, \dots, n$$

Où :

- q_h = la quantité minimale nécessaire du produit h
- $P_{h(t)}$ = le prix du produit h à la date t
- SPA = le seuil de pauvreté alimentaire.

Le seuil de pauvreté non alimentaire se définit comme la dépense minimale que l'individu ou le ménage doit consentir pour se procurer des biens non alimentaires et des services publics considérés comme essentiels par la communauté à laquelle il appartient. La détermination du niveau minimum de certains services ; comme les soins de santé, l'éducation, l'agrément culturel; laisse place à une large subjectivité. La méthodologie généralement utilisée pour contourner ce problème consiste à calculer le ratio entre les dépenses non alimentaires et alimentaires des ménages ayant les revenus faibles (par exemple, 50% des ménages de l'échantillon ayant les revenus les plus faibles) et à multiplier ce ratio par le seuil de pauvreté alimentaire⁴⁰ ainsi nous avons :

$$SPNA = \frac{DTA}{DTNA} \cdot SPA$$

Où :

- $SPNA$ = Seuil de pauvreté non alimentaire
- DTA = Dépense Total alimentaire des ménages
- $DTNA$ = Dépense total non alimentaire

³⁹ Mamadou MARIKO, Boubou CISSE, UNICEF, CF, IRD ; Novembre 2000

Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capital.

⁴⁰ Voir 39

Le seuil de pauvreté globale s'exprime alors par :

$$SPG = SPA + SPNA$$

Avec :

- SPG = Seuil de pauvreté globale
- SPA = Seuil de pauvreté alimentaire
- $SPNA$ = Seuil de pauvreté non alimentaire

Cette méthodologie utilisée dans le cadre de ESAM II donne l'estimation suivante du seuil de pauvreté pour la région de Dakar⁴¹ :

- Seuil de pauvreté alimentaire (SPA) = 342,4 F CFA/jour/ équivalent adulte
- Seuil de pauvreté globale (SPG) = 879,0F CFA/jour/ équivalent adulte

C'est cet indicateur que nous avons retenu pour la classification des ménages pauvre et non pauvre. Ce seuil journalier à été rapporté au mois soit :

Seuil de pauvreté globale mensuel : $879,0 * 30 = 26\ 370$ F CFA /mois/ équivalent adulte.

Sur cette même base, la Banque mondiale a identifiée les pays « pauvres » et « extrêmement pauvre » : pays pauvre = 370 dollars USA / personne / an et très pauvre = 270 dollars USA/personne/an.

Si on fait le rapport de dépense pauvre et très pauvre on obtient : $270 / 370 = 0,723$ soit 70%
Ce ratio à été appliqué à notre seuil de pauvreté globale mensuel pour obtenir le seuil de pauvreté globale des très pauvres. Soit : $26370 * 70\% = 18459$ F CFA/mois/ individu. D'où la classification suivante :

$SPG : <18459$ F Cfa ==> ménage très pauvre
$SPG : >18459$ et < 26370 F Cfa ==> ménage pauvre
$SPG : > 26370$ F Cfa==> ménage non pauvre

Dans le cadre de notre étude nous avons estimé la dépense globale du ménage de la façon suivante :

⁴¹ Banque Mondiale, RS/MEF/DPS ; juillet 2004.
La pauvreté au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-2002.

Selon ESAM II, le Seuil de pauvreté Alimentaire représente 40% du seuil de pauvreté globale des ménages de la région de dakar. Nous avons donc divisé par 40% la dépense d'alimentation pour obtenir la dépense globale (DG) du ménage, toutes chose étant égale par ailleurs:

$$SPA/SPG = 342,4 / 879,0 = 0,40 \quad \text{=====>} \quad DAL / DG = 0,40$$

D'où $DG = DAL / 0,40$

Cette dépense globale du ménage qui est considérée dans notre étude comme le Revenu du ménage.

4.3.2. Détermination de l'impact de vulnérabilité

La mesure de l'impact des dépenses d'hospitalisation peut se faire de diverses manières. On peut citer :

- Le ratio dépense totale sur le revenu du ménage : cette méthode bien qu'elle soit pertinente pose un certain nombre de difficulté. La dépense totale d'hospitalisation regroupe la facture d'hospitalisation plus les dépenses indirectes. Les dépenses indirectes sont des dépenses déclarées par les répondants donc est très subjective. Certaines informations sur la dépense indirecte n'ont pu être obtenu et celle-ci varie d'un ménage à un autre, elle est très souvent au niveau de vie du ménage. Compte tenu de ces insuffisances et du manque d'objectivité nous n'a pas jugé utile de prendre ce ratio de pression.
- Le ratio facture sur le revenu par tête : le revenu par tête est un bon indicateur du niveau de vie du ménage. Cependant, dans les ménages, les dépenses de soins sont généralement supportées par tout le monde, surtout les conséquences sont ressenties par toute la famille. Bien que ce ratio soit plus pertinent que le précédent, nous avons opté pour le ratio suivant.

- Le ratio facture d'hospitalisation et revenu du ménage : ce ratio nous semble plus objectif et tient compte de nos hypothèses de recherche. La facture d'hospitalisation est un montant fiable que nous avons recueilli au bureau de facturation des hôpitaux, donc très objectif. Nous avons retenu le revenu du ménage comme quotient, car le ménage est une entité économique et les conséquences d'une quelconque dépense est supporté par tous les membres du ménage. Ce ratio est représenté en quintile et le 5^{ème} quintile est considéré comme catastrophique ; d'où la formule suivante :

$$PDH = \text{Facture} / DG \quad \text{ou encore} \quad PDH = \text{Facture} / \text{Revenu du ménage.}$$

Avec PDH = Pression de la dépense d'Hospitalisation sur le revenu du ménage

La PDH sera exprimé en quintile car cela nous permettra d'être plus objectif dans la classification des niveaux de vulnérabilité contrairement à l'utilisation de valeur absolue qui sera d'ailleurs déterminé de façon arbitraire.

C'est ainsi que nous avons la classification suivante :

- Non catastrophique pour les ménages étant dans le 1^{er}, 2, et 3^{ème} quintile de pression
- Peu catastrophique pour les ménages étant dans le 4^{ème} quintile de pression
- Catastrophique pour les ménages du 5^{ème} quintile de pression

4.4. Méthode de collecte des données.

4.4.1 Collecte des données.

Deux hôpitaux ont fait l'objet de notre investigation. Nous avons été au chevet des malades qui sont sur le point de sortir pour leur administrer une partie du questionnaire. Ensuite nous avons été au bureau des entrées ou à la facturation pour obtenir les factures d'hospitalisation.

Ont été inclus dans la première phase de l'étude tous les malades qui ont pour lieu de résidence la ville de Pikine selon le découpage administratif d'avant 1994 (Pikine ancien, Pikine Extension, Guedjawaye, Guinaw Rail, Diamaguène, M. Gounass-Bagdad, Keur-Massar, Yeumbeul et extensions), plus certains malades de la ville de Dakar (Parcelles Assainies, Grand Yoff, et autre) ayant des caractéristiques socio-économiques proches de celles des populations de Pikine.

Au cours de cette première phase nous avons administré un questionnaire aux malades ou à l'accompagnateur du malade. Ce questionnaire nous a permis d'obtenir des informations sur les caractéristiques socio-économiques du malade et de sa famille, sur le niveau et les modalités de financement des soins, et sur les types de problème de santé. Cette phase a duré du 15/10/ 2005 au 23/11/2005 et nous avons pu interroger 197 malades à l'hôpital de Grand – Yoff (HOGGY) et 199 à l'hôpital A. Le Dantec (HALD), soit un total de 396 cas.

La seconde phase de l'enquête a consisté à la suggestion d'un guide d'entretien au chef de ménage pour déterminer les impacts socio-économiques des dépenses occasionnées par l'hospitalisation du malade. Parmi les 396 cas, nous avons eu des entretiens avec 10 chefs de ménage. Cette phase s'est faite du 1/12/2005 au 27/12/2005.

4.4.2 Présentation du questionnaire.

Le questionnaire (voir annexe) utilisé pour la collecte des données est composé de six sections, qui sont :

- Une section pour l'identification des ménages et du malade
- Une section pour retracer l'itinéraire thérapeutique antérieur du malade
- Une section hospitalisation
- Une section dépenses hospitalières et modalités de financement
- Une section caractéristiques socio-économiques du ménage et du malade
- Une section destinée au personnel de l'hôpital

4.4.3 Présentation du guide d'entretien.

Le guide d'entretien (voir annexe) a été utilisé pour mesurer les impacts des dépenses de soins sur les ménages. Il a été soumis en particulier au chef de ménage. Le guide d'entretien comprend les sections suivantes :

- Section 1 : Devenir des malades
- Section 2 : Conséquences sur les dépenses du ménage
- Section 3 : Conséquences sur les activités du ménage
- Section 4 : Remarque générale pour conclure

4.5 Analyse des données.

Pour analyser des données, une distinction a été faite au niveau de la clientèle de l'HOGGY. Nous avons ainsi regroupé les clients qui ont eu recours à l'HOGGY pour un accouchement (HOGGY A) et les clients qui ont eu recours à l'HOGGY pour les autres motifs (maladie et accident) HOGGY B. Cette distinction nous a permis de faire une comparaison entre l'HALD et l'HOGGY car au moment du déroulement de l'enquête la maternité de l'HALD était fermée pour cause de travaux.

4.5.1. Stratégie d'analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives s'est faite à l'aide du logiciel SPAD 5.5 et Excel à cause de leur performance dans le traitement des données quantitatives et de la possibilité de transfert de fichiers qui existe entre eux.

La saisie a été réalisée sur le logiciel SPAD 5.5 et la base de données a été corrigée sur Excel. Des tests de comparaison de moyennes (test de khi deux), comparaison de fréquences et de corrélation ont été effectués pour confirmer ou infirmer les résultats obtenus.

4.5.2. Stratégie d'analyse des données qualitatives

Les données qualitatives ont été analysées grâce au logiciel SPAD 5.5 par les analyses en composantes multiples et factorielles.

Le choix de ce logiciel vient du fait de sa performance en matière de données qualitatives

Nous avons eu souvent recours au logiciel Excel 97 pour construire les graphiques. Cela a été possible grâce au transfert de fichiers qui existe entre le logiciel Excel et le logiciel SPAD 5.5.

V. RESULTATS

Ce chapitre comprendra trois grandes parties :

- Une partie sur la présentation et l'analyse générale des résultats en fonction du lieu d'hospitalisation, du type de maladie et des caractéristiques socio - démographiques des ménages.
- Une seconde partie sur l'analyse et la présentation selon le niveau de vie des ménages et les variables à l'étude.
- La troisième partie concerne l'étude des déterminants de vulnérabilité des ménages et de l'impact des dépenses.

5.1 Caractéristique générale de la population

Les caractéristiques étudiées de la population sont le lieu d'habitation du ménage, le niveau de formation du chef de ménage, l'activité principale du chef de ménage, l'âge et le sexe des malades , le quintile de revenus du ménage, le motif d'hospitalisation, et enfin les coûts d'hospitalisation.

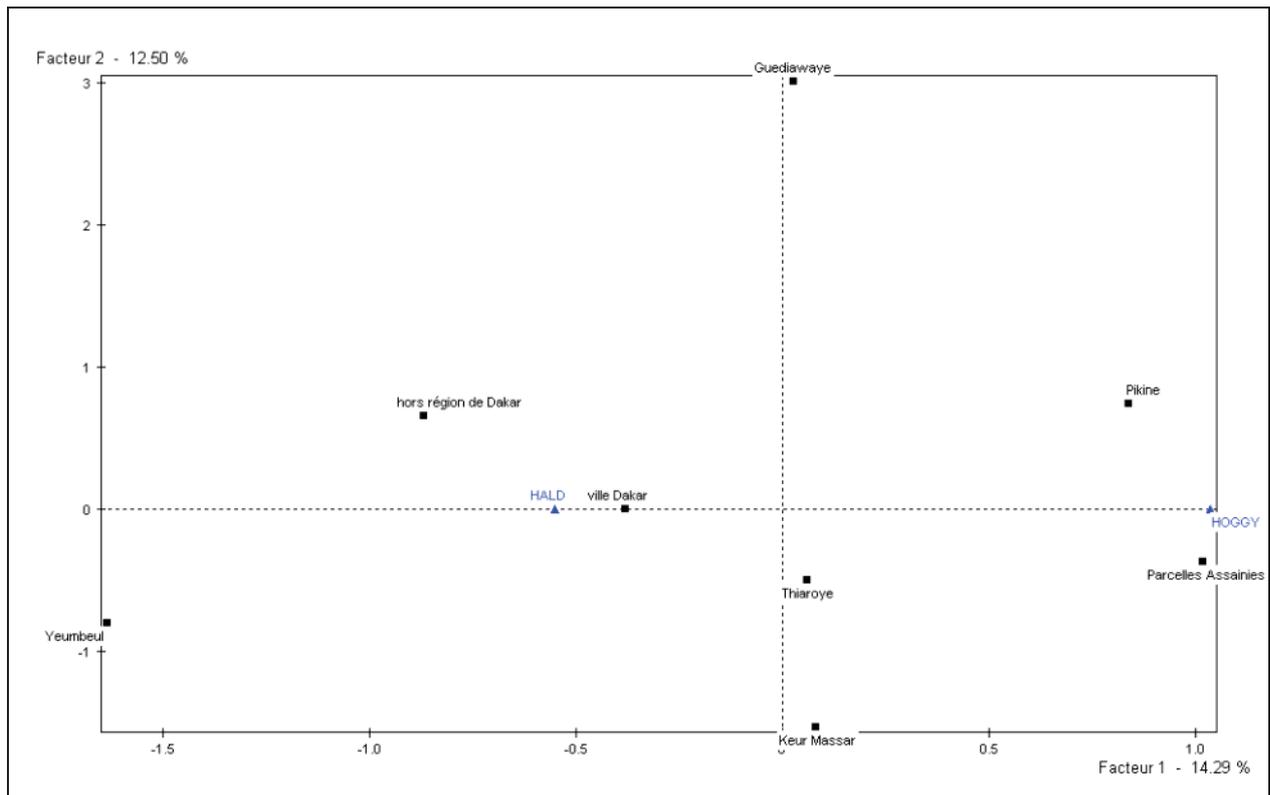
5.1.1 Lieu d'habitation des ménages.

Le lieu d'habitation des ménages est le lieu de résidence du chef de ménage. Un ménage résidant est un ménage qui a un centre d'intérêt économique dans la commune, et qui a une ancienneté de plus de 6 mois. Ceci pour faire la distinction entre les ménages qui sont hors de la région de Dakar et qui viennent faire hospitaliser l'un de leur membre.

Dans l'ensemble nous constatons que plus 56 % des malades des deux hôpitaux viennent du département de Dakar avec pour HOGGY 27,4% des parcelles assainies et 29% de la ville de Dakar. La banlieue représente près de 40% de la clientèle de HOGGY. L'HALD reçoit plus les ménages qui sont hors de la région de Dakar que l'HOGGY soit respectivement 9,5% et 6,6%. Cela pourrait nous amener à dire que l'HALD joue plus son rôle d'hôpital national par rapport à l'HOGGY.

L'analyse factorielle nous indique que les malades de HALD proviennent de Yeumbeul, hors région de Dakar et la ville de Dakar. Quant à l'HOGGY, ses malades proviennent des Parcelles assainies et de Pikine (graphique 3).

Graphique 3 : Représentation factorielle selon le lieu d'hospitalisation et le lieu de résidence



5.1.2. Niveau de formation du chef de ménage et du malade

Le niveau de formation concerne le niveau d'éducation à l'école française, et l'instruction à l'école arabe.

Le résultat de notre enquête montre que plus 40% des chefs de ménage de l'HOGGY ont atteints le niveau secondaire de l'école française. Soit 28% pour le secondaire et 17,3% pour le supérieur. L'HALD est caractérisé par une forte présence des ménages dont le chef à une formation à l'école arabe ou n'a aucun niveau de formation. On note 38,8% pour l'école arabe et 17% des chefs de ménage qui n'ont aucun niveau (Tableau 2).

Le Khi deux obtenu, à partir du tableau de répartition montre, que la différence est significative entre les deux hôpitaux⁴².

Tableau 2 : Répartition des ménages selon l'hôpital et le niveau de formation du chef de ménage

Hôpitaux	Libellés	Niveau de formation du chef de ménage						Total
		Arabe	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	ND	
HOGGY A (Accou)	Effectif	10	5	7	26	23	20	91
	%	11,0	5,5	7,7	28,6	25,3	22,0	100,0
HOGGY B (sans accou)	Effectif	17	7	11	21	13	6	75
	%	22,7	9,3	14,7	28,0	17,3	8,0	100,0
HALD	Effectif	57	25	25	26	7	7	147
	%	38,8	17,0	17,0	17,7	4,8	4,8	100,0
ENSEMBLE	Effectif	84	37	43	73	43	33	313
	%	26,8	11,8	13,7	23,3	13,7	10,5	100,0

ND*= Non disponible

Cette tendance est conservée au niveau des malades ; près de 70% des malades de HOGGY ont au moins le niveau primaire de l'école française contre seulement 40% pour les malades de l'HALD. On remarque que 33,2 des malades de l'HALD ont été à l'école coranique et 23% n'ont aucun niveau de scolarité.

5.1.3 Catégorie professionnelle du chef de ménage

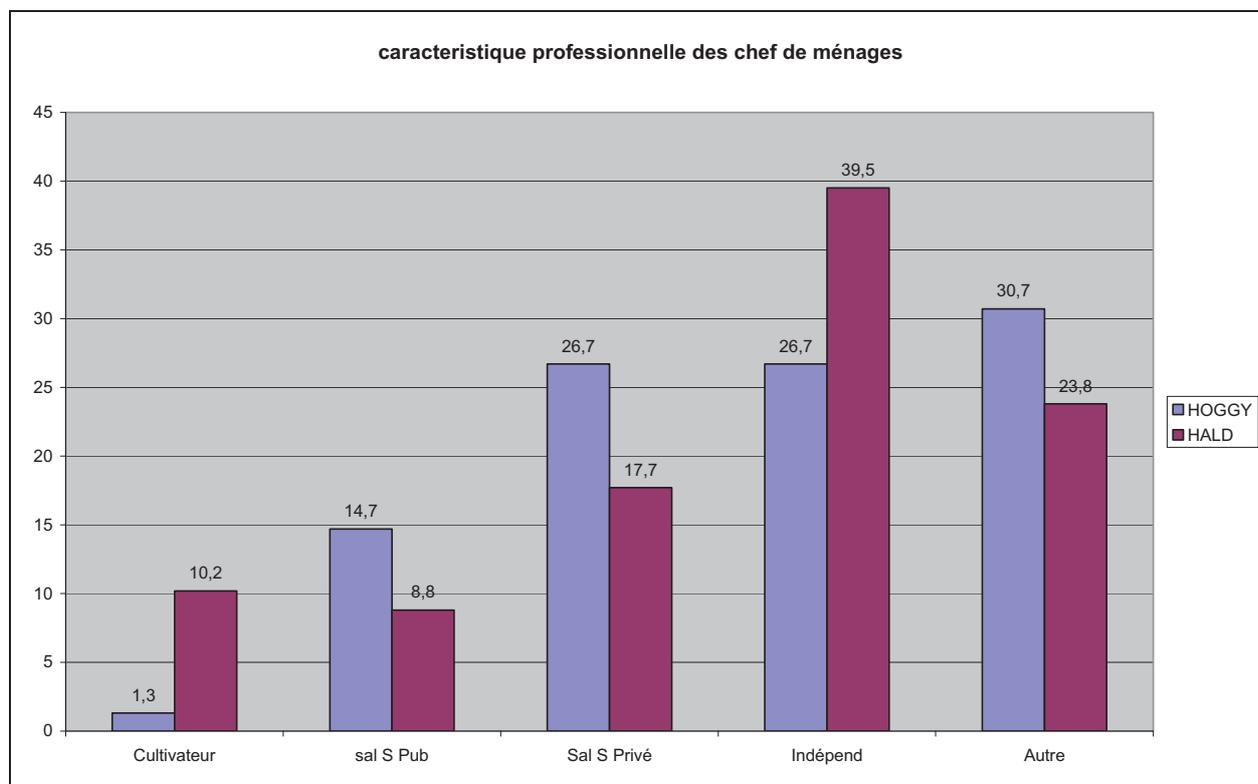
Dans l'ensemble 30,1% des chefs de ménages sont dans le secteur informel ; 24,7% dans le secteur privé et 18,9% dans le secteur public. Les inactifs composés en générale des retraités et des sans emplois représentent 21,2% des chefs de ménages.

L'analyse dichotomique entre les deux hôpitaux montre que l'HOGGY B reçoit deux fois plus de salarié que l'HALD ; soit 41,4% des chefs de ménages de l'HOGGY B sont des salariés contre 26,5% à l' HALD.

Nous notons que l'HALD reçoit 90 % des cultivateurs ; ceux-ci représentent 10% de sa clientèle. Près de 40% des chefs de ménage de l'HALD sont dans le secteur informel (graphique 4).

⁴² Prob khi2= 0,003 < 5% ; Voir(N°2) dans le tableau des tests de khi en annexe

Graphique 4 : Répartition des chefs de ménages selon l'hôpital et l'activité principale du chef de ménage.



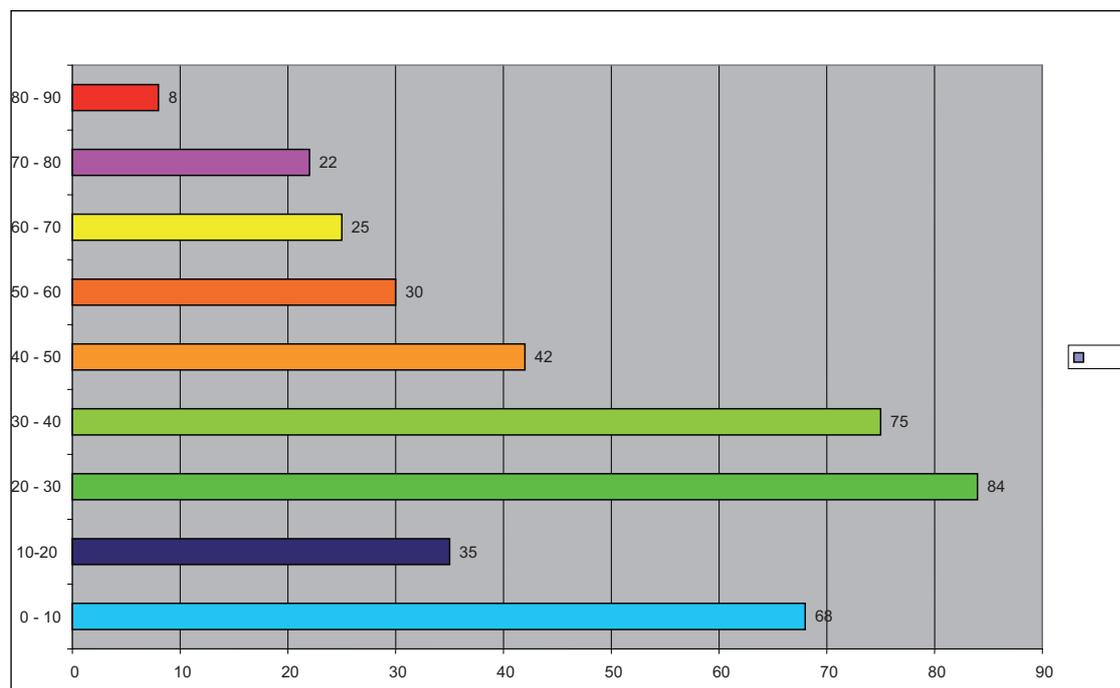
5.1.4 Age et sexe des malades

L'âge moyen des malades est de 32 ans, avec un écart-type de 21 ans. L'âge maximum est de 87ans et le minimum est de 1an. On observe que 40,15% des malades ont un âge compris entre 20 et 40 ans. Cette tranche représente les actifs. 17% des malades ont un âge compris entre 1 et 10ans. Les personnes âgées (plus de 60 ans) ne sont que 14% des malades (graphique 5).

Il ressort de l'observation que se sont les personnes actives qui sont plus hospitalisées, ce qui est contraire à notre attente, car ce sont les personnes âgées et les enfants qui ont des taux de morbidité les plus élevés.

L'hospitalisation des ces personnes actives peut être dramatique pour le ménage.

Graphique 5: Répartition des malades selon l'âge

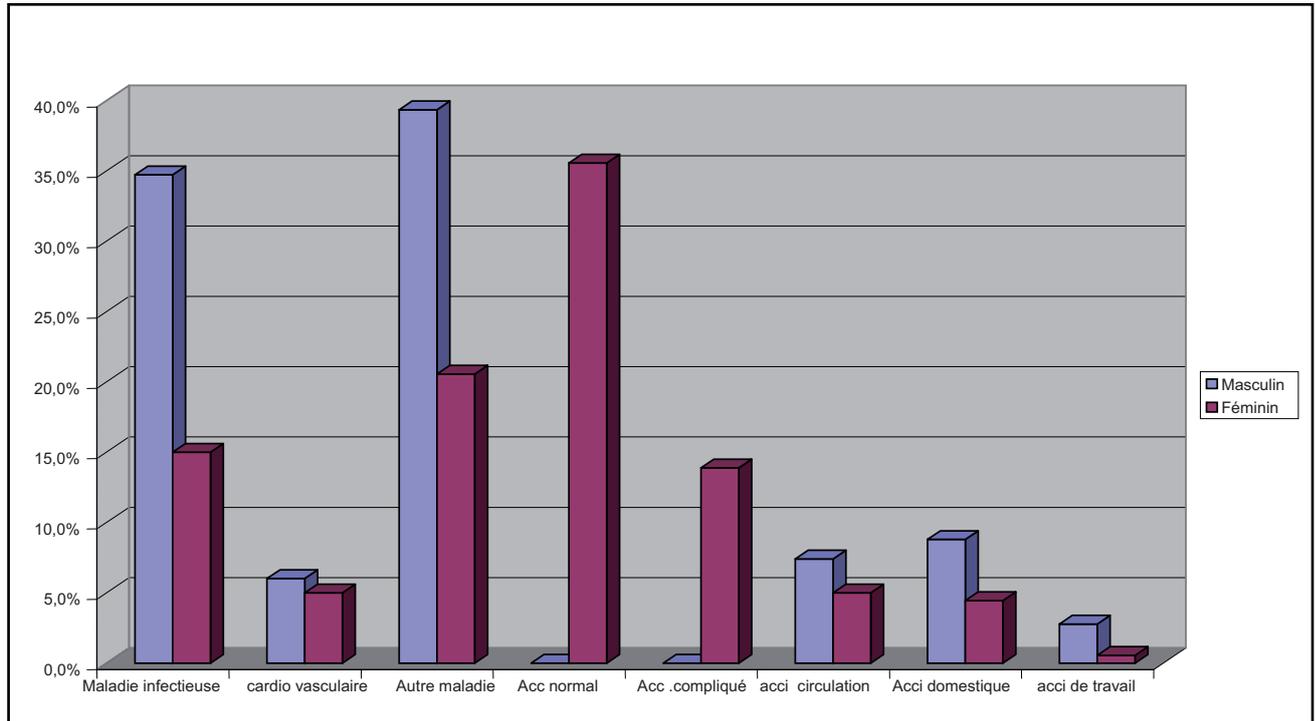


Le sexe masculin est dominant, quel que soit la maladie ou l'hôpital. En fait, dans l'ensemble on a 70,2% d'homme contre 29,8 % de femme. Or d'après ESAM II, on a dans la région de Dakar 49,2 d'homme contre 50,8 de femme, cependant la moyenne nationale est de 48% d'homme et 52% de femme. La différence entre homme et femme au niveau des malades peut s'expliquer sur le plan sociologique (graphique 6).

Plusieurs études ont montré une discrimination de sexe pour le recours aux soins au niveau des ménages africains⁴³.

⁴³ Voir : - AUDIBERT M, MATHONAT J., juillet 1998 ; les déterminant de la demande de soins chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire.
- voir 5

Graphique 6 : Répartition des malades selon la maladie et le sexe



5.1.5 Répartition des ménages selon les quintiles des revenus par tête et le lieu d'hospitalisation.

Les quintiles de revenu par tête permettent de faire une répartition des ménages selon le niveau de vie. Nous constatons que 69,2% des malades les plus riches (quintile 5) sont à l'HOGGY contre seulement 30,8% à l'HALD et 30,7% des malades pauvres (Quintile 2) sont à l'HOGGY contre 69,3% à l'HALD. Ce-ci confirme l'hypothèse qui porte à croire que l'HOGGY serait l'hôpital des ménages riches (Tableau 3).

Le test de Khi 2 confirme cette différence qu'il y a entre les malades d'HOGGY et de HALD⁴⁴.

⁴⁴ Prob. $\chi^2=0,001 < 5\%$; Voir (N°3) dans le tableau des tests de khi en annexe

Tableau 3 : Répartition des malades selon les quintiles du revenu par tête et le lieu d'hospitalisation

Hôpitaux	Libellés	Quintiles de revenu par tête					Ensemble
		Quintile1	Quintile2	Quintile3	Quintile4	Quintile5	
HOGGY	Effectifs	46	23	31	43	54	197
	%	54,1	30,7	39,7	53,8	69,2	49,7
HALD	Effectifs	39	52	47	37	24	199
	%	45,9	69,3	60,3	46,3	30,8	50,3
Total	Effectifs	85	75	78	80	78	396
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le revenu moyen mensuel de l'ensemble des ménages est égal à 184 322 F CFA. Pour les ménages dont le chef est de sexe masculin cette moyenne est de 190 730 F CFA contre 126 063 F CFA pour les ménages dirigés par une femme. Soit les hommes ont 1,51 fois les revenus des femmes.

Pour les ménages dont le chef à au moins le niveau secondaire de l'école, cet revenu moyen est d'au moins 250 000 F CFA (Tableau4).

Les ménages dont le chef de famille n'a aucune formation et, est une femme, le revenu moyen est la somme la plus petite (107 091 F CFA).

De cette analyse nous pouvons dire que, le faible niveau d'éducation et le fait d'être de sexe féminin peuvent être des facteurs de pauvreté, donc avoir des incidents sur la vulnérabilité du ménages face a une hospitalisation dont le coût serait catastrophique pour lui.

Tableau 4: Revenu moyen du ménage selon le sexe et le niveau d'éducation du chef de ménage

Sexe du chef de ménage	Libellés	Niveau éducation Chef de ménage					Total
		Aucun	Arabe	Primaire	Second	Supérieur	
Masculin	Effectifs	21	63	36	39	32	191
	Revenu	113005	158056	164702	258704	252503	190730
Féminin	Effectifs	11	2	4	3	1	21
	Revenu	107091	75375	182500	163667	97000	126036
Ensemble	Effectifs	32	65	40	42	33	212
	Revenu	110972	155512	166482	251916	247791	184322
Rev/rev moyen		0,84	0,60	0,90	1,37	1,34	
Masculin/Féminin		2,10	1,06	0,90	1,58	2,60	1,51

5.1.6 Motif d'hospitalisation

Dans l'ensemble la maladie (maladies infectieuses, cardio-vasculaires et autres), est la première cause d'hospitalisation dans les deux hôpitaux. La première cause d'hospitalisation à l'HOGGY est la maladie infectieuse 29,2% et les autres maladies. Ensuite les accidents représentent 28,3 % des hospitalisations à l'HOGGY et 14,5 % à l'HALD (Tableau 5). L'HOGGY reçoit deux fois plus d'accidenté que l'HALD, cette différence est significative après le test du Khi deux⁴⁵.

Tableau 5 : Répartition des malades ou blessés selon le lieu d'hospitalisation et la maladie

Hôpitaux	Libellés	Motifs d'hospitalisation (sans accouchement)						Total
		M1	M2	M3	M6	M7	M8	
HOGGY B	Effectifs	31	14	31	10	14	6	106
	%	29,2%	13,2%	29,2%	9,4%	13,2%	5,7%	100,0%
HALD	Effectifs	71	8	91	15	13	1	199
	%	35,7%	4,0%	45,7%	7,5%	6,5%	0,5%	100,0%
ENSEMBLE	Effectifs	102	22	122	25	27	7	305
	%	33,4%	7,2%	40,0%	8,2%	8,9%	2,3%	100,0%

Légende :

M1 : Maladie infectieuse M2 : Cardiovasculaire M3 : Autre maladie
M6 : Accident circulation M7 : Accident domestique M8 : Accident travail

⁴⁵Prob. khi2= 0,000 <5% ; Voir (N°5) dans le tableau des tests de khi en annexe

5.1.7 Les coûts d'hospitalisation.

Les coûts d'hospitalisations sont les sommes d'argent dépensées par les ménages au cours de l'hospitalisation de l'un des leurs. La facture moyenne d'une hospitalisation à l'HALD est de 77 922,10 F CFA contre 273 350 F CFA à l'HOGGY. Soit en moyenne les factures de l'HOGGY sont 3,5 fois plus élevées que celles de l'HALD. Il en est de même pour la chambre, l'acte opératoire, et l'acte médical avec respectivement 2,44 fois ; 4,1 fois et 3,56fois (Tableau 6).

Tableau 6 : les coûts moyens d'hospitalisation selon les deux hôpitaux

Libellés	HALD				
	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
chambre	181	32 403,30	46 393,00	6 000,00	460 000,00
médicaments	191	37 398,80	48 297,90	1 200,00	400 000,00
Acte chirurgical	112	40 197,10	14 739,80	15 000,00	100 000,00
Actes médicaux	118	20 973,90	22 430,20	0,00	177 000,00
Facture	188	77 922,10	69 964,40	10 000,00	625 850,00
Dépenses totales	193	119641,00	98 331,40	12 000,00	766 500,00
Libellés	HOGGY				
	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
chambre	103	79 143,70	85 600,00	6 000,00	462 000,00
médicaments	106	59 311,20	59 185,50	1 442,00	328 426,00
Acte chirurgical	59	164977,00	103354,00	5 100,00	382 500,00
Actes médicaux	84	74 729,70	57 837,90	7 500,00	259 760,00
Facture	103	273350,00	225956,00	28 818,00	1093 840,00
Dépenses totales	103	366962,00	664127,00	37 091,00	1636 380,00

Le tableau 7 nous montre les coûts moyens d'hospitalisation selon la pathologie et le lieu d'hospitalisation. Quelle que soit la maladie, les coûts de l'HOGGY sont plus élevés que ceux de l'HALD. On note qu'un accouchement normal à l'HOGGY revient à 101 247 F CFA en moyenne au ménage. Lorsque l'accouchement se complique le ménage peut recevoir en moyenne une facture 4 fois plus élevée soit une facture moyenne de 430178 F CFA.

Tableau 7: Moyenne des factures d'hospitalisation en fonction de l'hôpital et de la maladie

Hôpitaux	Libellé	Motifs d'hospitalisation								ENS
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	
HOGGY	M. Fac	194436	280032	349784	101247	430178	406677	197618	226924	235 009
	Effectif	31	14	31	66	25	9	13	5	194
HALD	M. Fac	73 110	144231	69 479	0,00	0,00	115546	77 072	121850	77 922
	Effectif	68	8	86	0	0	13	12	1	188
ENS	M. Fac	111101	230650	143748	101247	430178	234645	139756	209412	157 699
	Effectif	99	22	117	66	25	22	25	6	382

Légende :

M1 : Maladie infectieuse M2 : Cardiovasculaire M3 : Autre maladie
M4 : Accouchement normal M5 : Accouchement compliqué
M6 : Accident circulation M7 : Accident domestique M8 : Accident travail

Concernant les dépenses indirectes d'hospitalisation, nous constatons que dans l'ensemble les ménages ayant des malades à l'HALD dépensent plus que ceux ayant un malade à l'HOGGY, soit 15720 F CFA contre 13 965 F CFA (Tableau 8). On note aussi que la dépense indirecte représente 5 % de la facture des ménages à l'HOGGY contre 20 % des ménages ayant un malade à l'HALD. Dans l'ensemble la dépense indirecte représente 10 % de la facture d'hospitalisation.

Cette différence peut s'expliquer par l'éloignement de l'HALD de la banlieue, ce qui entraîne une augmentation du transport des accompagnants.

Tableau 8 : Moyenne des dépenses indirectes (M.D.I) d'hospitalisation en fonction de l'hôpital et de la maladie

Hôpitaux	Libellé	Motifs d'hospitalisation								ENS
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	
HOGGY	M. D.I	15592	22570	21 095	7 539	17 403	10 993	6 833	17 750	13 965
	Effectif	23	10	27	48	17	7	9	5	146
HALD	M. D. I	18 054	17 275	10 233	0,0	0,0	36 781	18 111	23 500	15 720
	Effectif	70	8	89	0	0	13	13	1	194
ENS	M. D. I	17 445	20 217	12 761	7 539	17 402	27 755	13 497	18 708	14 966,
	Effectif	93	18	116	48	17	20	22	6	340

Conclusion partielle :

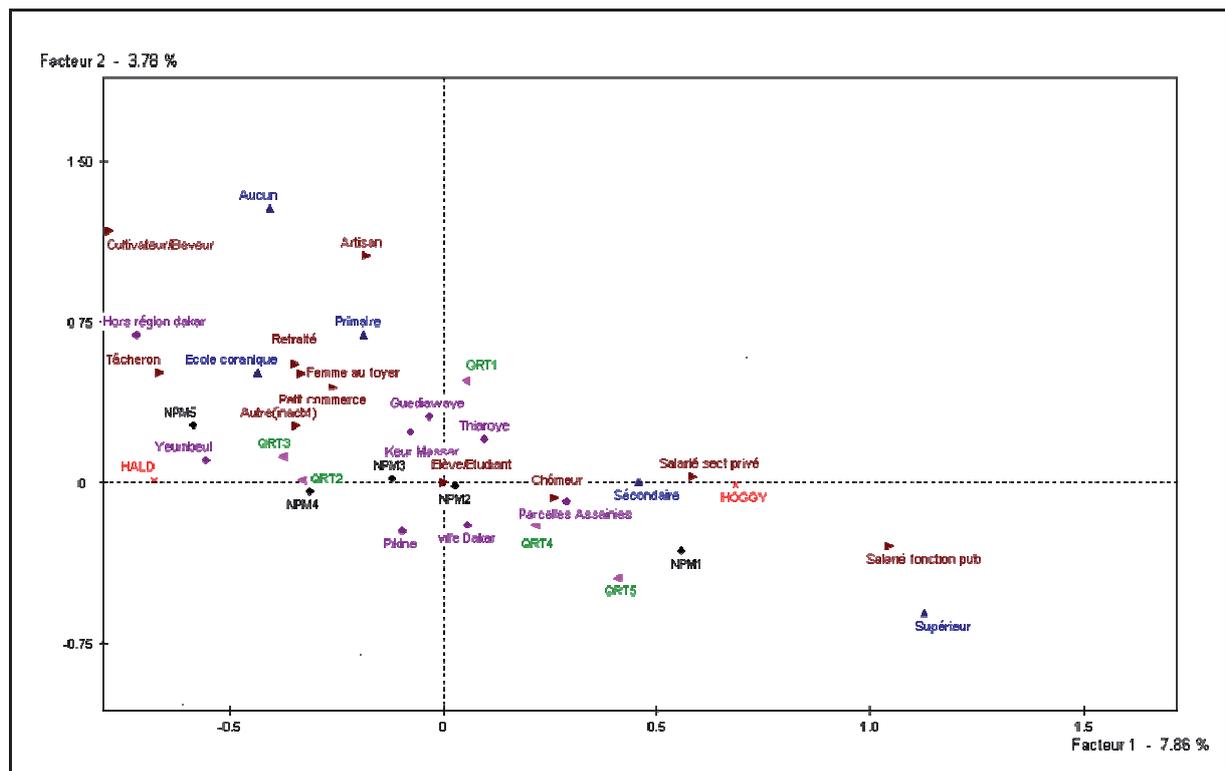
A travers ces observations nous constatons une très grande différence entre la clientèle des deux hôpitaux. Cette différence est aussi observée au niveau des factures d'hospitalisation et des dépenses indirectes.

En somme, le niveau de formation, les types de pathologies et le sexe du chef du ménage peuvent être des facteurs de vulnérabilité du ménage face aux dépenses d'hospitalisation.

La carte factorielle présente montre que l'HOGGY est fréquenté par les ménages ayant un niveau socio économique élevé, mais elle semble être la plus chère (graphique 7).

Une analyse selon les catégories sociales nous donnera plus de précision.

Graphique 7: Traduction spatiale de la différence entre les deux hôpitaux



Légende :

NPM : quintile du nombre de personne dans le ménage (taille du ménage)

QRT : quintile de revenu par tête

5.2. Les caractéristiques selon les catégories sociales des ménages.

Dans le cadre opérationnel de notre étude nous avons présenté une classification des ménages selon le seuil de pauvreté absolue option normative. Nous avons ainsi obtenu les classes suivantes :

- Très pauvre, pour les ménages qui ont moins de 18 459 F CFA /mois/tête comme revenu.
- Pauvre, pour les ménages qui ont entre 18 500F CFA/mois/tête et 26 370F CFA /mois/tête.
- Non pauvre pour les ménages qui ont plus de 26 370F CFA/mois/tête.

Cette classification nous a permis de déterminer d'une part le nombre de ménages classés dans la catégorie des pauvres, et d'autre part de vérifier que ce nombre cadre avec celui fixé dans le protocole de recherche.

5.2.1 Classification des ménages selon les catégories sociales.

Au vu de ce résultat, la méthode basée sur la consommation par individu des ménages nous donne un nombre suffisant de pauvre qui correspond à notre objectif d'analyse. Ainsi nous avons dans l'ensemble, 216 ménages pauvres dont 161 très pauvres.

Pour les mêmes motifs d'hospitalisation l'HOGGY a 52,8% de non pauvre, contre 37,7% de non pauvre à l'HALD (Tableau 9).

Globalement la pauvreté est rependue de façon inégale entre les deux hôpitaux, et cette différence est significative selon le test du khi deux⁴⁶.

⁴⁶ Prob. Khi²=0,008 < 5%, Voir (N°9) dans le tableau des tests de khi en annexe

Tableau 9: Répartition des ménages selon le niveau de vie par hôpital

Hôpitaux	Libellés	Catégories sociales			Total
		Très pauvre	Pauvre	Non pauvre	
HOGGY A (accouchement)	Effectif	36	6	49	91
	%	39,6%	6,6%	53,8%	100,0%
HOGGY B (sans accouche.)	Effectif	33	17	56	106
	%	31,1%	16,0%	52,8%	100,0%
HALD	Effectif	92	32	75	199
	%	46,2%	16,1%	37,7%	100,0%
ENSEMBLE	Effectif	161	55	180	396
	%	40,7%	13,9%	45,5%	100,0%

Après avoir identifier les catégories socioéconomiques des ménages, il va être intéressant de préciser les caractéristiques spécifiques à chaque catégorie. Ceci fera l'objet des paragraphes qui vont suivre.

5.2.2 Caractéristique sociodémographique.

La détermination du nombre de personnes par ménage nous semble opportun en ce sens que, les caractéristiques individuelles peuvent influencer le comportement des ménages en matière de consommation des services de santé en particulier au recours de services hospitaliers. Ces caractéristiques pourront nous permettre de bien stratifier la population étudiée afin de déterminer, par la suite son degré de vulnérabilité en face d'un recours de soins hospitaliers.

5.2.2.1 Taille des ménages

L'analyse du tableau 10 montre une certaine homogénéité entre les deux hôpitaux selon les catégories sociales. Le nombre moyen d'individu par ménage varie dans l'ensemble entre 5 (HOGGY Accouchement) et 15 personnes (HOGGY sans accouchement). Cependant il existe une différence significative entre les tailles des ménages selon le niveau de vie (très pauvre, pauvre contre non pauvre). On constate que plus le niveau de vie est élevé, plus faible est la taille du ménage. Ce résultat est conforme aux études précédentes à savoir le projet « santé dans la ville » de l'UNICEF et l'ESAM II.

Nous avons en moyenne 10 personnes par ménage, ce résultat est quasiment identique à celle de l'ESAM II qui trouve 9,8 personnes par ménage. Ces similitudes montrent la qualité de notre base de donnée.

Tableau 10 : Répartition des ménages selon la taille

Hôpitaux	Libellés	Catégories sociales			Total
		Très pauvre	Pauvre	Non pauvre	
HOGGY A (accouchement)	Moyenne	10,46	9,67	5,98	7,62
	Effectif	24	6	49	79
HOGGY B (sans accouche)	Moyenne	15,48	12,18	8,18	10,53
	Effectif	21	17	56	94
HALD	Moyenne	12,36	12,56	8,00	10,75
	Effectif	92	32	75	199
ENSEMBLE	Moyenne	12,50	12,13	7,51	10,03
	Effectif	137	55	180	372

5.2.2.2 Structure par sexe et par âge

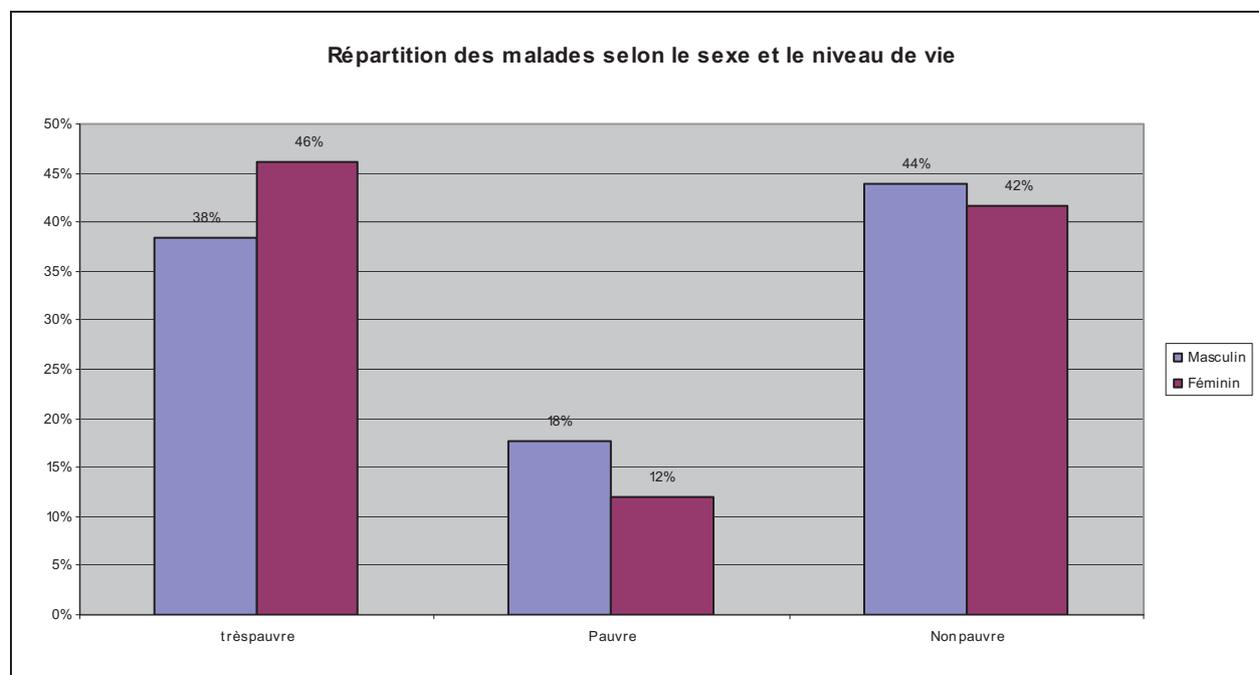
L'examen du tableau 11 nous montre que la répartition par sexe des malades est différente selon les hôpitaux considérés. On trouve près deux fois d'homme à l'HALD qu'à HOGGY soit en pourcentage 66,2% contre 33,8%. Relativement à l'accouchement, l'HOGGY a plus de malades du sexe féminin que l'HALD. A l'HALD nous avons 2,5 fois plus d'homme que de femme, et 73,5 % de ces hommes sont très pauvres. A l'HOGGY, nous avons une prédominance du sexe féminin. En effet, 72% de ces femmes ont été hospitalisé par motif d'accouchement et 60,3 % parmi ces femmes sont issues de ménages très pauvres (graphique 8).

Au vu de ces analyses, nous pouvons affirmer que l'HALD est l'hôpital des hommes pauvres et l'HOGGY celui des femmes pauvres.

Tableau 11 : Répartition des malades selon le sexe et le niveau de vie

Sexe	Catégories sociales	Libellés	Hôpitaux			ENSEMBLE
			HOGGY A	HOGGY B	HALD	
Masculin	Très pauvre	Effectif	0	22	61	83
		%	0,0%	26,5%	73,5%	100,0%
	Pauvre	Effectif	0	12	26	38
		%	0,0%	31,6%	68,4%	100,0%
	Non pauvre	Effectif	0	39	56	95
		%	0,0%	41,0%	58,9%	100,0%
ENSEMBLE	Effectif	0	73	143	216	
	%	0,0%	33,8%	66,2%	100,0%	
Féminin	très pauvre	Effectif	36	11	31	78
		%	46,2%	14,1%	39,7%	100,0%
	Pauvre	Effectif	6	5	6	17
		%	35,3%	29,4%	35,3%	100,0%
	Non pauvre	Effectif	47	19	19	85
		%	55,3%	22,4%	22,4%	100,0%
	ENSEMBLE	Effectif	89	35	56	180
		%	49,4%	19,4%	31,1%	100,0%

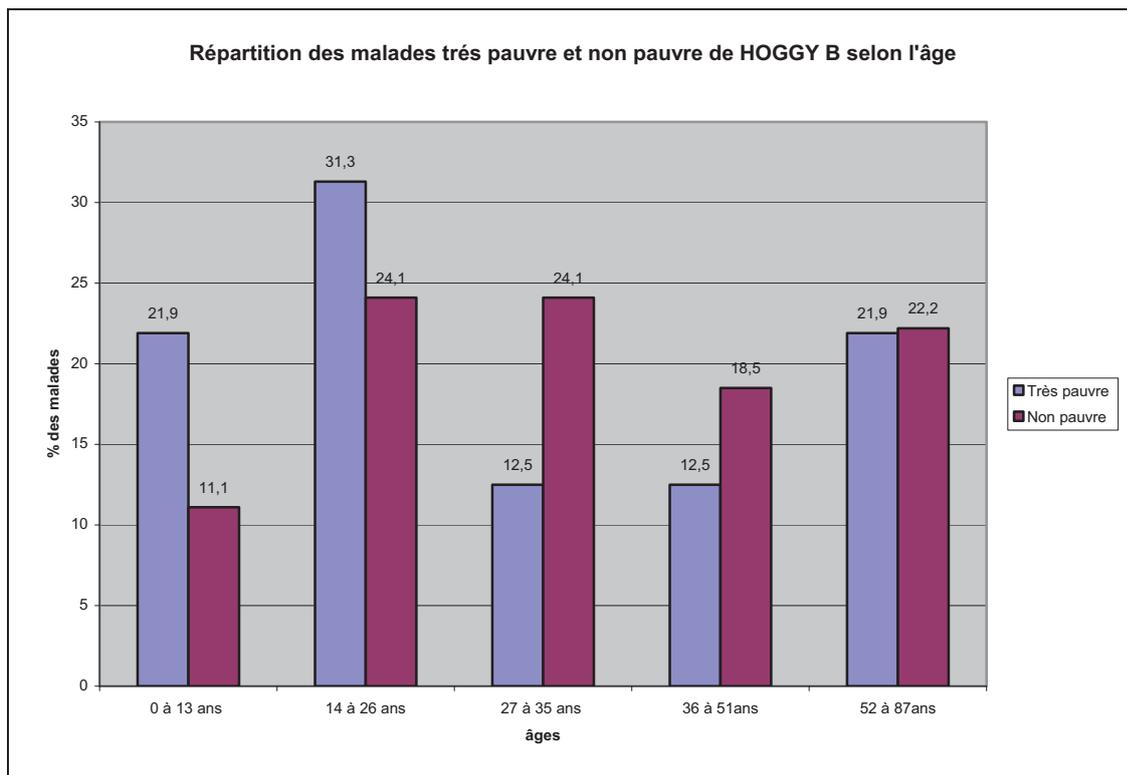
Graphique 8 : Répartition des malades selon le sexe et le niveau de vie



Par ailleurs, l'analyse du tableau 12 et du graphique 9 nous permet de distinguer dans l'ensemble :

- Les enfants de 0 à 13 ans représentent 15,5 % des malades à l'HOGGY et 31,2% à l'HALD, ce qui fait 20% de la population totale. Parmi cette tranche de la population, on trouve 21,9 % qui sont de ménages très pauvres contre seulement 11,1% de ménages non pauvres à l'HOGGY.
- Les jeunes de 14 à 35 ans représentent dans l'ensemble 41% de la population totale soit 23,11% à l'HALD et 74,7 % des paturentes de l'HOGGY. Parmi les très pauvres des paturentes de l'HOGGY cette tranche représente 73,5%.(graphique 9)
- Les adultes de 36 à 51 ans, représentent 19,2% de l'ensemble des malades
- En fin les vieux, les 51 ans et plus sont 19, 7% de l'ensemble de la population.

Graphique 9 : Répartition des malades très pauvre et non pauvre de l'HOGGY selon l'âge



La population potentiellement active, celle appartenant au groupe d'âge de 14-51ans représente 60,1% de la population totale ; soit 100% à l'HOGGY A, 63,1% à l'HOGGY B et 41,20 % à l'HALD.

En outre, nous constatons que c'est dans la catégorie sociale la plus pauvre que la population est la plus jeune (0- 26ans). Les moins de 26 ans représentent respectivement 53,2% et 51,1 % à l'HOGGY B et l'HALD contre 35,2% et 41,3% chez les non pauvres (Tableau 12).

Tableau 12 : Répartition (en %) des malades selon l'âge et le niveau de vie

Hôpitaux	Catégories sociales	Quintile d'âges des malades					Total	
		0 à 13 ans	14 à 26 ans	27 à 35 ans	36 à 51 ans	52 à 87 ans	%	Effectifs
HOGGY A	Très pauvre	0,0	41,2	32,4	26,5	0,0	100,0	34
	Pauvre	0,0	16,7	66,7	16,7	0,0	100,0	6
	Non pauvre	0,0	17,0	57,4	25,5	0,0	100,0	47
	ENSEMBLE	0,0	26,4	48,3	25,3	0,0	100,0	87
HOGGY B	Très pauvre	21,9	31,3	12,5	12,5	21,9	100,0	32
	Pauvre	17,6	23,5	11,8	29,4	17,6	100,0	17
	Non pauvre	11,1	24,1	24,1	18,5	22,2	100,0	54
	ENSEMBLE	15,5	26,2	18,4	18,4	21,4	100,0	103
HALD	Très pauvre	32,6	18,5	5,4	18,5	25,0	100,0	92
	Pauvre	31,3	18,8	6,3	12,5	31,3	100,0	32
	Non pauvre	29,3	12,0	12,0	17,3	29,3	100,0	75
	ENSEMBLE	31,2	16,1	8,0	17,1	27,6	100,0	199

5.2.2.3 Niveau d'éducation

Le niveau d'éducation varie nettement entre les chefs de ménage de l'HOGGY et l'HALD et entre les classes sociales. A l'HALD 55,8% des chefs de ménages n'a pas une inscription à l'école française, l'instruction à l'école arabe domine avec 38,8% des chefs de ménage et 17% n'ont aucune formation. Cette tendance est beaucoup plus renforcée chez les plus pauvres avec 47,1% pour l'instruction arabe et 36% des pauvres n'ont aucune instruction (tableau 13). Cette différence est significative au niveau de HALD⁴⁷.

⁴⁷ Prob.khi2=0.001 < 5%, voir (N°13) dans le tableau des tests de khi deux en annexe

En ce qui concerne l'HOGGY, on note que 54% des chefs de ménages ont au moins le niveau secondaire de l'école française, avec 29,7% pour le niveau secondaire et 24,3 pour le niveau supérieur.

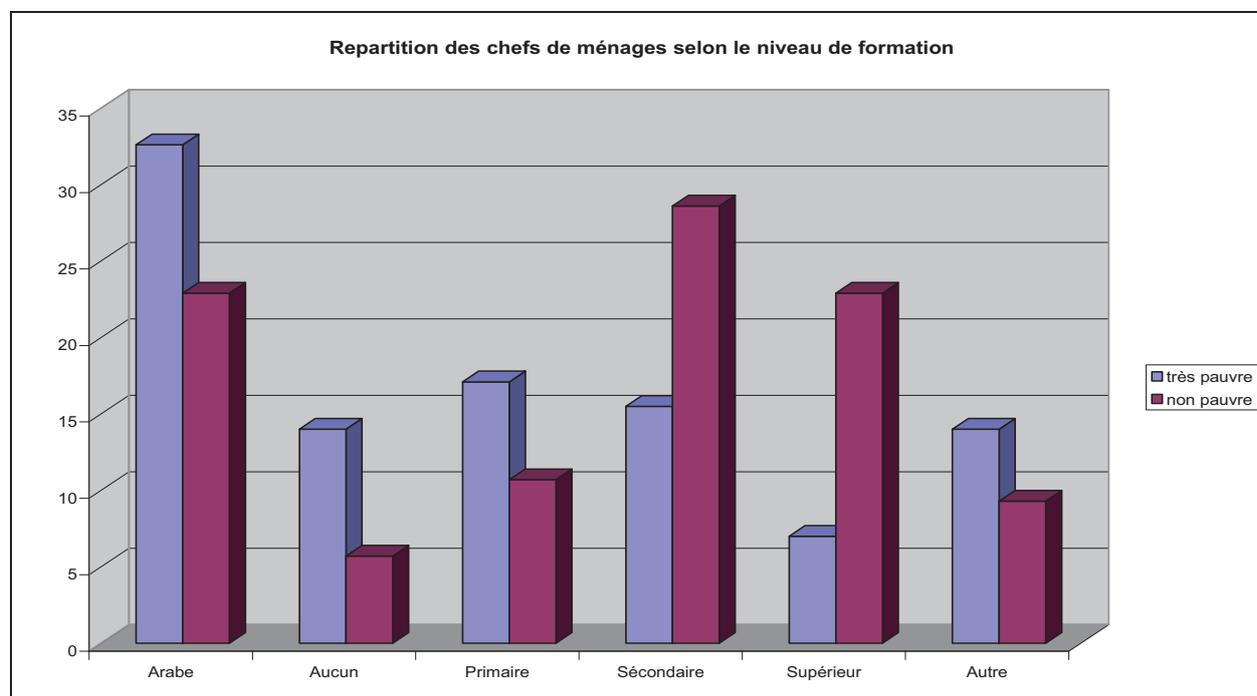
Le graphique 10 montre la comparaison entre très pauvre et non pauvre. Nous constatons que 14% des très pauvres n'ont aucune éducation contre seulement 5,7% des non pauvres et 7% des pauvres ont un niveau supérieur contre 22,9% des riches. Cette différence entre riche et pauvre est significative⁴⁸.

Tableau 13 : Répartition (en %) des chefs de ménages selon le niveau de formation

Hôpitaux	Catégories sociales	Niveau de formation du chef de ménage						Total	
		Arab	Auc.	Prim	Second	Supér	ND	%	Effectif
HOGGY A (Accouche)	Très pauvre	8,3	8,3	8,3	27,8	13,9	33,3	100,0	36
	Pauvre	16,7	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	100,0	6
	Non pauvre	12,2	2,0	6,1	30,6	36,7	12,2	100,0	49
	Ensemble	11,0	5,5	7,7	28,6	25,3	22,0	100,0	91
HOGGY B (Sans accouche)	Très pauvre	28,0	12,0	16,0	20,0	8,0	16,0	100,0	25
	Pauvre	23,1	7,7	15,4	38,5	15,4	0,0	100,0	13
	Non pauvre	18,9	8,1	13,5	29,7	24,3	5,4	100,0	37
	Ensemble	22,7	9,3	14,7	28,0	17,3	8,0	100,0	75
HALD	Très pauvre	47,1	17,6	22,1	7,4	2,9	2,9	100,0	69
	Pauvre	24,0	36,0	12,0	28,0	0,0	0,0	100,0	25
	Non pauvre	35,2	7,4	13,0	25,9	9,3	9,3	100,0	54
	Ensemble	38,8	17,0	17,0	17,7	4,8	4,8	100,0	147
ENSEMBLE	Très pauvre	32,6	14,0	17,1	15,5	7,0	14,0	100,0	130
	Pauvre	22,7	25,0	13,6	29,5	4,5	4,5	100,0	44
	Non pauvre	22,9	5,7	10,7	28,6	22,9	9,3	100,0	140
	Ensemble	26,8	11,8	13,7	23,3	13,7	10,5	100,0	314

⁴⁸ Prob khi2=0.000 < 5 %, voir (N°13) dans le tableau des tests khi deux en annexe

Graphique 10: Répartition (en %) des chefs de ménage très pauvre et non pauvre selon le niveau de formation



5.2.3. Maladie et niveau de vie

Dans ce paragraphe nous évoquerons le parcours thérapeutique du malade selon sa catégorie sociale. Nous aborderons le motif d'hospitalisation, la gravité perçue de la maladie, l'ancienneté de la maladie, le nombre de recours antérieurs, les caractéristiques du premier recours, et enfin le mode d'entrée à l'hôpital.

5.2.3.1 Motif d'hospitalisation

L'analyse du tableau 14 montre que dans l'ensemble, la maladie est la première cause d'hospitalisation (62,1%). Cela est vrai quelle soit la catégorie sociale avec 61,5% pour les très pauvres et 60 % pour les riches. Les accidents représentent 14,9% des hospitalisations dans l'ensemble, c'est chez les pauvres qu'on a le plus grand taux avec 18,2%. On note aussi que l'accouchement normal concerne plus les ménages riches (20,6% de l'ensemble des riches) à l'HOGGY.

Concernant les hôpitaux, on observe la même tendance avec respectivement 85,4% (maladie) et 14,6% (accident) à l'HALD et 71,7% (maladie) et 28,3% à l'HOGGY (Tableau 14*)⁴⁹.

S'agissant des accouchements, on note que les très pauvres sont beaucoup plus touchés par des cas compliqués soit 36,1% des pauvres et 52% des cas d'accouchements compliqués. Le test de khi deux montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les catégories sociales et les motifs d'hospitalisation⁵⁰.

Tableau 14 : Répartition (en %) de l'ensemble des malades selon le niveau de vie et la maladie ou blessures.

Ensemble De la Population	Catégories Sociales	Motifs d'hospitalisation				Total	
		Maladie	Accouch Normal	Accouch compliqué	Accident	%	Effectif
	Très pauvre	61,5	14,3	8,1	16,1	100,0	161
Pauvre	70,9	10,9	0,0	18,2	100,0	55	
Non pauvre	60,0	20,6	6,7	12,8	100,0	180	
Ensemble	62,1	16,7	6,3	14,9	100,0	396	

5.2.3.2 Gravité perçue de la maladie

Les très pauvres ont tendance à percevoir la maladie comme grave, avec 41,3% et 31,3% respectivement à l'HALD et à l'HOGGY. Les riches se soignent ailleurs pour les cas bénins, soit seulement 14,7% à l'HALD et 3,6% à l'HOGGY. Ils font très souvent recours aux soins ambulatoires.

Dans l'ensemble les malades (61,4%) ont tendance à percevoir leur maladie comme très grave (26,4%) et grave (35%) (Tableau 15).

Toutefois, d'après le test du khi deux, la différence de perception entre les catégories sociales et les hôpitaux est non significative⁵¹. Cela peut être dû à la taille de notre population

⁴⁹ Voir tableau 14* en annexe.

⁵⁰ Prob.khi2=0,147 > 5%, voir (N°14) dans le tableau des tests khi deux en annexe.

⁵¹ Prob.khi2=0,386 > 5%, voir (N°15) dans le tableau des tests khi deux en annexe

Tableau 15 : Répartition (en %) des malades selon la gravité perçue de la maladie par le niveau de vie.

Hôpitaux	Catégories sociales	Gravité perçue de la maladie				Total	
		Très grave	Grave	Peu grave	Bénigne	%	Effectif
HALD	Très Pauvre	20,7	41,3	26,1	12,0	100,0	32
	Pauvre	43,8	25,0	21,9	9,4	100,0	17
	Non pauvre	20,0	37,3	28,0	14,7	100,0	54
	Ensemble	24,1	37,2	26,1	12,6	100,0	103
HOGGY Sans Accouch	Très Pauvre	43,8	31,3	15,6	9,4	100,0	92
	Pauvre	17,6	29,4	52,9	0,0	100,0	32
	Non pauvre	27,3	30,9	38,2	3,6	100,0	75
	Ensemble	30,8	30,8	33,7	4,8	100,0	199
ENSEMBLE	Très Pauvre	26,6	38,7	23,4	11,3	100,0	124
	Pauvre	34,7	26,5	32,7	6,1	100,0	49
	Non pauvre	23,1	34,6	32,3	10,0	100,0	129
	Ensemble	26,4	35,0	28,7	9,9	100,0	302

5.2.3.3 Ancienneté de la maladie

L'examen du tableau 15*⁵², montre que les malades tardent à faire recours aux soins hospitaliers, soit se sont les maladies chroniques qui sont les premières causes d'hospitalisation indépendamment de l'origine socio-économique du malade.

On observe dans l'ensemble au tant chez les pauvres que chez les riches plus de maladies qui ont une ancienneté de plus d'un an, soit respectivement 28,2% et 26,9%.

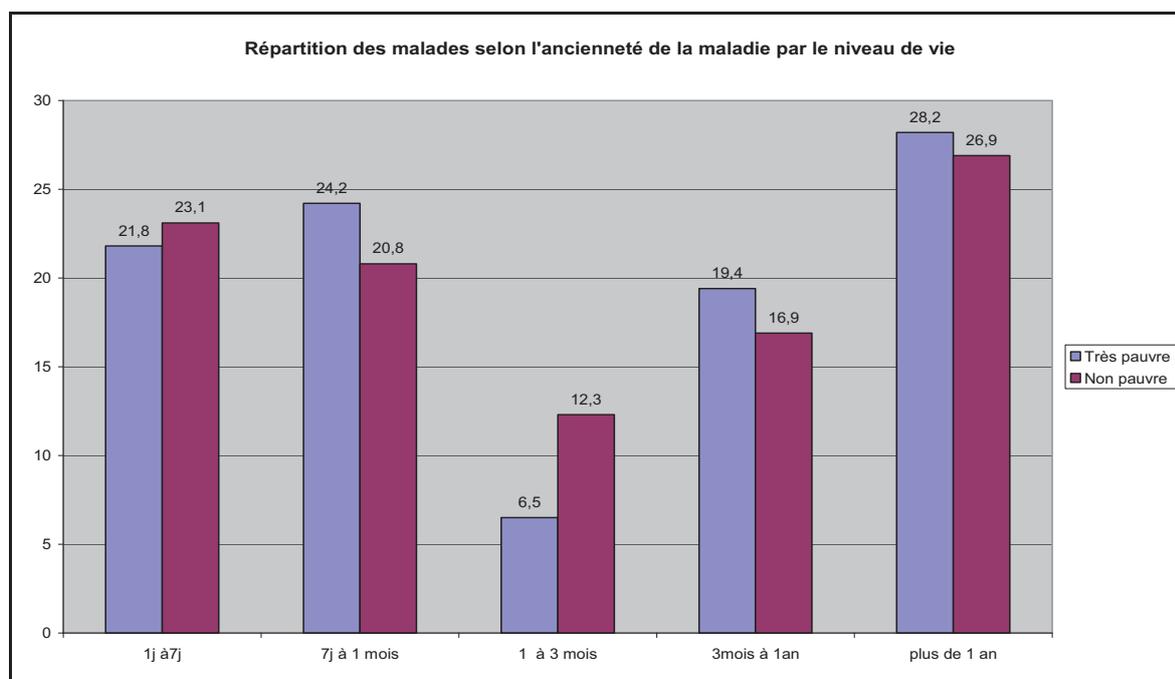
Au niveau de l'HALD, nous constatons une différence entre les pauvres et les riches en ce qui les maladies qui ont une ancienneté de plus d'un an soit respectivement 27,2 % et 18,7%. Cela veut dire que les pauvres de l'HALD tardent à recourir à l'hôpital.

Au niveau de l'HOGGY, nous constatons une différence entre les pauvres et les riches en ce qui concerne les maladies qui ont une ancienneté très courte (moins, soit 21,9% pour les très

⁵² voir le tableau 15* en annexe.

pauvres et 32,7 % pour les non pauvres (graphique11). Selon le test du khi deux, les différences observées sont non significatives⁵³.

Graphique 11 : Répartition des ménages pauvres et non pauvres selon l'ancienneté de la maladie par le niveau de vie



5.2.3.4. Nombre de recours antérieurs

Dans l'espoir de trouver une explication au recours tardif à l'hôpital dans le paragraphe précédent, nous avons analysé le tableau 16. Le recours antérieur aux soins concerne le même motif d'hospitalisation, c'est un peu le parcours thérapeutique du malade.

Nous constatons que les riches ont tendance à se rendre directement à l'Hôpital, soit 31,5% des non pauvres de l'ensemble de la population riche et 40% des riches de l'HOGGY.

L'analyse montre aussi que 34,7 % des malades pauvres ont au moins fait deux recours aux soins avant d'arriver à l'hôpital, ceux-ci se remarque au niveau de l'HOGGY avec 41,1% des malades pauvres.

⁵³ Prob.khi2=0,554 > 5%, voir (N°15*) dans le tableau des tests khi deux en annexe

Dans l'ensemble, 71,5% des malades riches ont eu au plus un (1) seul recours au soin avant l'hospitalisation, contre 68,6 % des malades très pauvres.

Le test de khi deux réalisé sur l'ensemble de la population montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les catégories sociales.

Tableau 16 : Répartition (en %) des malades selon le nombre de recours antérieur par la catégorie sociale

Hôpitaux	Catégories sociales	Nombre de recours antérieur				Total	
		0 recours	1 recours	2 recours	> 2 recours	%	Effectif
HALD	Très Pauvre	25,0	40,2	19,6	15,2	100,0	32
	Pauvre	28,1	40,6	15,6	15,6	100,0	17
	Non pauvre	40,0	33,3	20,0	6,7	100,0	54
	Ensemble	31,2	37,7	19,1	12,1	100,0	103
HOGGY Sans Accouch	Très Pauvre	18,8	59,4	0,0	21,9	100,0	92
	Pauvre	17,6	41,2	23,5	17,6	100,0	32
	Non pauvre	20,0	49,1	16,4	14,5	100,0	75
	Ensemble	19,2	51,0	12,5	17,3	100,0	199
ENSEMBLE	Très Pauvre	23,4	45,2	14,5	16,9	100,0	124
	Pauvre	24,5	40,8	18,4	16,3	100,0	49
	Non pauvre	31,5	40,0	18,5	10,0	100,0	129
	Ensemble	27,1	42,2	16,8	13,9	100,0	302

5.2.3.5. Caractéristiques du premier recours

Pour les premiers recours nous constatons que ce sont les services de soins qui les plus sollicités avec 53,2% pour l'ensemble de la population et respectivement 55,2% et 49,4% pour les extrêmement pauvres et les riches (Tableau 17).

Nous remarquons que les riches ont deux fois plus recours au service de soins privés que les très pauvres soit 20,2% des recours des riches contre seulement 9,4% chez les très pauvres.

Quant au recours au soin traditionnel nous notons que c'est plus les très pauvres (18,8%) qui utilisent ce type de soins soit deux fois plus que les ménages riches (5,6%)⁵⁴. Cette différence entre les catégories sociales est remarquable au niveau de l'HOGGY.

⁵⁴ Ce même résultat est obtenu par d'autres enquêtes, comme ceux de l'ESAM II, l'UNICEF « projet santé urbaine ».

Tableau 17 : Répartition (en %) des malades selon le type de premier recours par la catégorie sociale

Hôpitaux	Catégories Sociales	Caractéristique du premier recours					Total	
		Auto médi	Soins tradi	S. S. Public	S. S. Privé	Hôpital	%	Effectif
HOGGY B	Très pauvre	0,0	19,2	57,7	19,2	3,8	100,0	26
	Pauvre	28,6	0,0	42,9	21,4	7,1	100,0	14
	Non pauvre	11,4	2,3	38,6	25,0	22,7	100,0	44
	Ensemble	10,7	7,1	45,2	22,6	14,3	100,0	84
HALD	Très pauvre	7,1	18,6	54,3	5,7	14,3	100,0	70
	Pauvre	4,3	8,7	65,2	13,0	8,7	100,0	23
	Non pauvre	4,4	8,9	60,0	15,6	11,1	100,0	45
	Ensemble	5,8	13,8	58,0	10,1	12,3	100,0	138
ENSEMBLE	Très pauvre	5,2	18,8	55,2	9,4	11,5	100,0	96
	Pauvre	13,5	5,4	56,8	16,2	8,1	100,0	37
	Non pauvre	7,9	5,6	49,4	20,2	16,9	100,0	89
	Ensemble	7,7	11,3	53,2	14,9	13,1	100,0	222

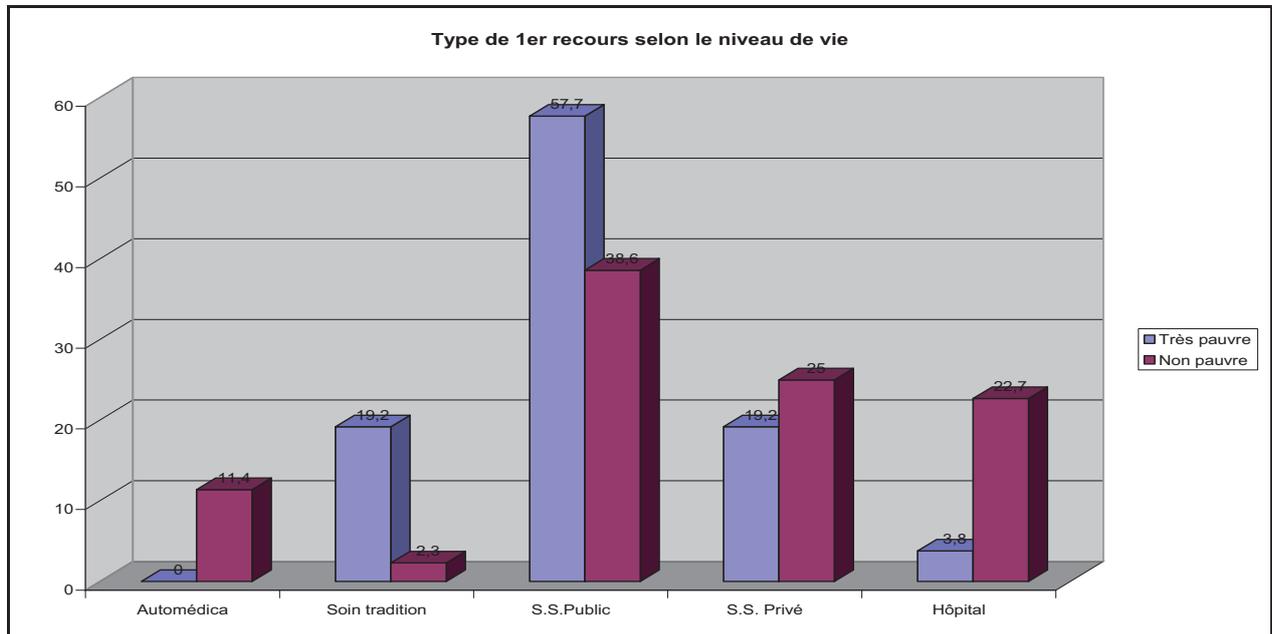
L'examen du graphique montre que les pauvres n'ont pas d'automédication qui nous surprend, cependant il faut que les soins traditionnels qui représentent 19,2% des recours des pauvres sont sous forme d'automédication. On note aussi que 22,7% des non pauvres de HOGGY se rendre directement à l'hôpital (graphique 12). Le test de khi- deux montre que cette différence est significative⁵⁵.

Quant à l'HALD, nous avons le même résultat entre riche et pauvre au niveau des soins traditionnels. Cependant dans l'ensemble, la différence selon le niveau de vie n'est pas significative selon le test du khi- deux⁵⁶.

⁵⁵ Prob.khi2=0,007 < 5%, voir (N°17) dans le tableau des tests khi deux en annexe.

⁵⁶ Prob.khi2=0,581 > 5%, voir (N°17) dans le tableau des tests khi deux en annexe.

Graphique 12 : Répartition (en %) des malades très pauvre et non pauvre de l'HOGGY selon le type de premier recours.



5.2.3.6 Mode d'entrée à l'hôpital

Les urgences dominent les modes d'entrées dans l'ensemble, soit 34,8% et 59% des malades de l'HALD et de l'HOGGY, et 52,4 % de l'ensemble des modes d'entrée.

Nous constatons que les riches prennent plus de rendez-vous que les très pauvres soit respectivement 5,6% et 1,3% pour les riches et les très pauvres. Cette différence est remarquable dans les deux hôpitaux (tableau 18).

La différence entre les catégories et les hôpitaux est non significative selon le test du khi⁵⁷.

Tableau 18 : Répartition (en %) des malades selon le mode d'entrée à l'hôpital selon le niveau de vie des malades

Catégories sociales	Hôpitaux									Ensemble		
	HOGGY B			HALD			HOGGY A			Con	Urge	Rdv
	Cons	Urg	Rdv	Cons	Urg	Rdv	Con	Urg	Rdv			
Très pauvre	36,4	57,6	6,1	60,9	39,1	0,0	20,0	80,0	0,0	46,9	51,9	1,3
Pauvre	35,3	52,9	11,8	65,6	34,4	0,0	0,0	100,	0,0	49,1	47,3	3,6
Non pauvre	25,5	61,8	12,7	68,9	29,7	1,4	12,2	83,7	4,1	39,9	54,5	5,6
Ensemble	30,5	59,0	10,5	64,6	34,8	0,5	14,4	83,3	2,2	44,0	52,4	3,6

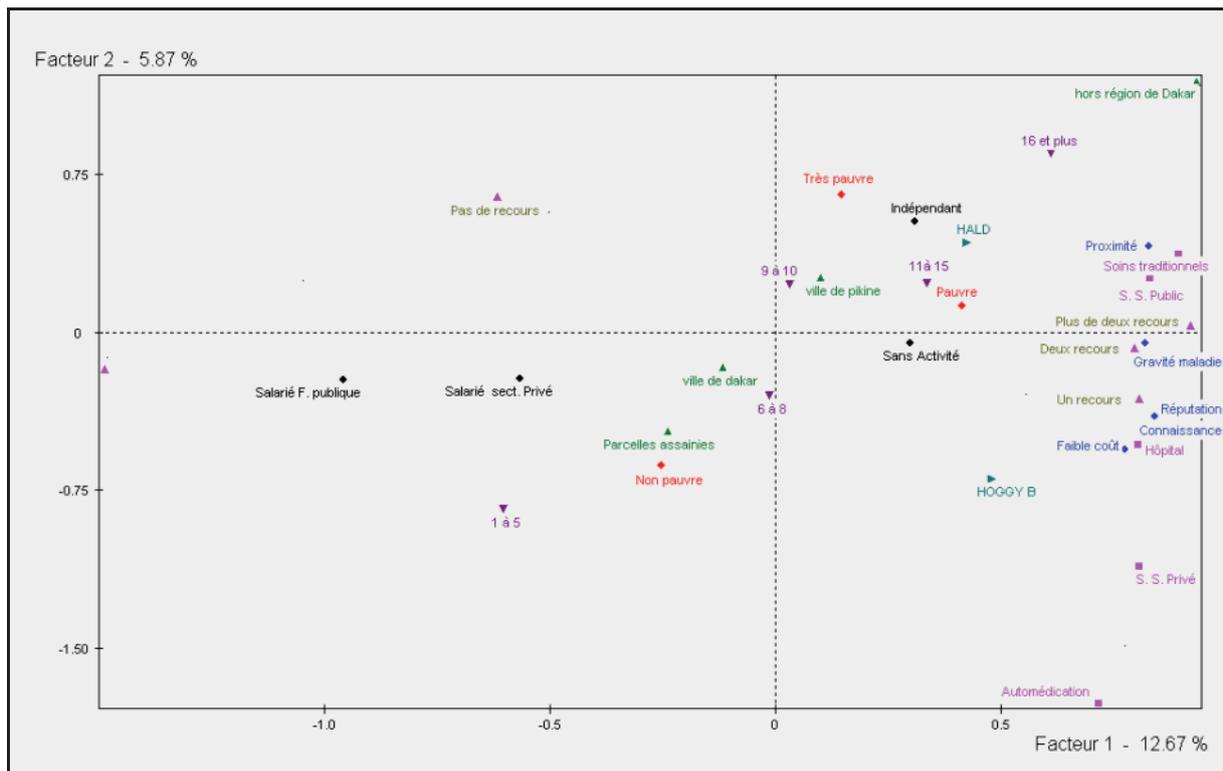
⁵⁷ Prob.khi2=0,181 > 0,05, %, voir (N°18) dans le tableau des tests khi deux en annexe

En résumé nous constatons que l'itinéraire thérapeutique du malade varie selon son niveau de vie. Les riches ont tendance à se rendre directement à l'hôpital en cas de maladie et bénéficient d'un bon réseau de connaissances au sein du personnel soignant. Ils sont issus de ménages de petite taille (1 à 5 personnes)

Quant aux pauvres, ils font plus souvent recours aux soins traditionnels et aux services de soins publics avant de se rendre à l'hôpital. Ils sont issus de ménages de grande taille (11 à 15 personnes)

Les salariés ont tendance à se rendre à l'HOGGY, et les indépendants (petits commerçants, artisans, tâcherons) à l'HALD (graphique 13).

Graphique 13 : Représentation spatiale de l'itinéraire thérapeutique selon les facteurs socio-démographiques du ménage.



5.2.4 Coût de l'hospitalisation

L'analyse des coûts nous permettra de voir quels sont ceux qui pèsent plus dans la facture d'hospitalisation mais surtout dans la dépense totale d'hospitalisation. Ainsi à partir de cette analyse, nous verrons la pression de ces dépenses de soins sur l'économie familiale.

Nous insisterons aussi sur la manière dont les ménages arrivent à financer ces dépenses, qui pour la plus part sont imprévus. Le mode de financement peut avoir une influence sur l'impact de ces dépenses.

5.2.4.1 Coût des médicaments

L'analyse des dépenses en médicaments montre que les ménages dépensent en moyenne 46 655,4 F CFA avec un écart-type de 50 124,4 F CFA.

Pour les ménages qui ont un accouchement à l'HOGGY, la dépense moyenne en médicaments est de 51 342,3 F CFA, pour les très pauvres cette dépense est très élevée soit 58 462.6 F CFA en moyenne. On note que 58,5% des ménages ont dépensé plus de 25 000 F CFA en médicament. Soit :

- 55,1 % de l'ensemble des ménages très pauvres, 75% des très pauvres qui ont un accouchement à HOGGY, 42,9% des très pauvres à l'HALD et 66,7% de ceux de l'HOGGY.

- 61,8% de l'ensemble des ménages des riches, 81,6% des ménages riches qui ont un accouchement à l'HOGGY, 41,4% des riches de l'HALD et 69,7 % des riches de l'HOGGY

A l'HALD la moyenne des dépenses en médicament est de 37 398,8 F CFA, dans cette structure ce sont les pauvres qui dépensent plus en médicament avec 45 097,4 F CFA en moyenne (Tableau 19).

Les riches dépensent en moyenne 49 120,5 F CFA cette somme varie selon l'Hôpital L'analyse en classe de quintile des dépenses en médicament montre une différence entre riche et pauvre à l'HALD. En effet, on note que 14,3% des ménages riches dépensent plus de 63 000 F CFA contre 7,7% pour les ménages très pauvre⁵⁸.

Au niveau de HOGGY, la tendance semble être renversée quelque soit le motif d'hospitalisation. Pour un accouchement 36,1% des ménages très pauvres dépensent plus de 63 000 F CFA contre 20,4% des ménages riches. Pour les autres pathologies on a 30,3% des ménages très pauvres contre 28.6% des ménages riches.

Le test de khi deux montre qu'il existe une différence significative entre les catégories sociales dans l'ensemble et entre les hôpitaux. Au niveau des hôpitaux, la différence est significative à l'HALD et non significative à l'HOGGY quels soient les motifs⁵⁹.

Tableau 19 : Dépense moyenne en médicament des ménages

Catégories Sociales	Libelles	Lieu d'hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
très pauvre	Moyennes	58 462,60	58 647,80	33 437,80	44 268,00
	Ecart-type	42 075,10	58 381,30	42 885,60	47 979,40
	Effectifs	36	33	91	160
Pauvre	Moyennes	33 085,80	51 288,30	45 097,40	45 723,40
	Ecart-type	20 997,00	27 632,50	59 983,90	48 576,80
	Effectifs	6	17	30	53
Non pauvre	Moyennes	48 346,50	62 137,80	39 248,50	49 120,50
	Ecart-type	32 575,50	66 048,80	48 813,20	52 340,90
	Effectifs	49	56	70	175
ENSEMBLE	Moyennes	51 342,30	59 311,20	37 398,80	46 655,40
	Ecart-type	36 710,70	59 185,50	48 297,90	50 124,40
	Effectifs	91	106	191	388

⁵⁸ Voir tableau 18* en annexe.

⁵⁹ Voir tableau des tests de khi deux en annexe.

5.2.4.2 Coût des actes médicaux

L'analyse du tableau 20 montre que la dépense moyenne des ménages pour les actes médicaux est de 46 326,3 F. Par catégories sociales on a :

- 39 062,2 F pour les très pauvres, et 62 532,3 F CFA à l'HOGGY contre 19 927 F CFA à l'HALD. on constate que l'HOGGY est 3,13 fois plus cher que l'HALD.
- 46 363,40F pour les pauvres, et 84 406 F CFA à l'HOGGY contre 14 898,5 F CFA à l'HALD. A ce niveau l'HOGGY est 5,66 fois plus cher que l'HALD.

52 686,4 F pour les riches, et 78 981,7 F CFA à l'HOGGY contre 20 973,9 F CFA à l'HALD.

Tableau 20 : Dépense moyenne en actes médicaux des ménages

Catégories Sociales	Libelles	Lieux d'hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
très pauvre	Moyennes	53 472,20	62 532,30	19 927,00	39 062,20
	Ecart-type	15 596,50	54 327,40	17 371,90	34 819,60
	Effectifs	36	26	59	121
Pauvre	Moyennes	42 600,00	84 406,00	14 898,50	46 363,40
	Ecart-type	17 774,40	48 162,60	14 074,10	44 974,40
	Effectifs	6	13	15	34
Non pauvre	Moyennes	53 893,90	78 981,70	24 448,90	52 686,40
	Ecart-type	14 815,20	61 138,50	29 170,90	45 258,70
	Effectifs	49	45	44	138
ENSEMBLE	Moyennes	52 982,40	74 729,70	20 973,90	46 326,30
	Ecart-type	15 585,20	57 837,90	22 430,20	41 725,30
	Effectifs	91	84	118	293

- On remarque à ce niveau que l'HOGGY est 3,76 fois plus cher que l'HALD (graphique14).

Dans l'ensemble l'HOGGY est 3,56 fois plus cher que l'HALD.

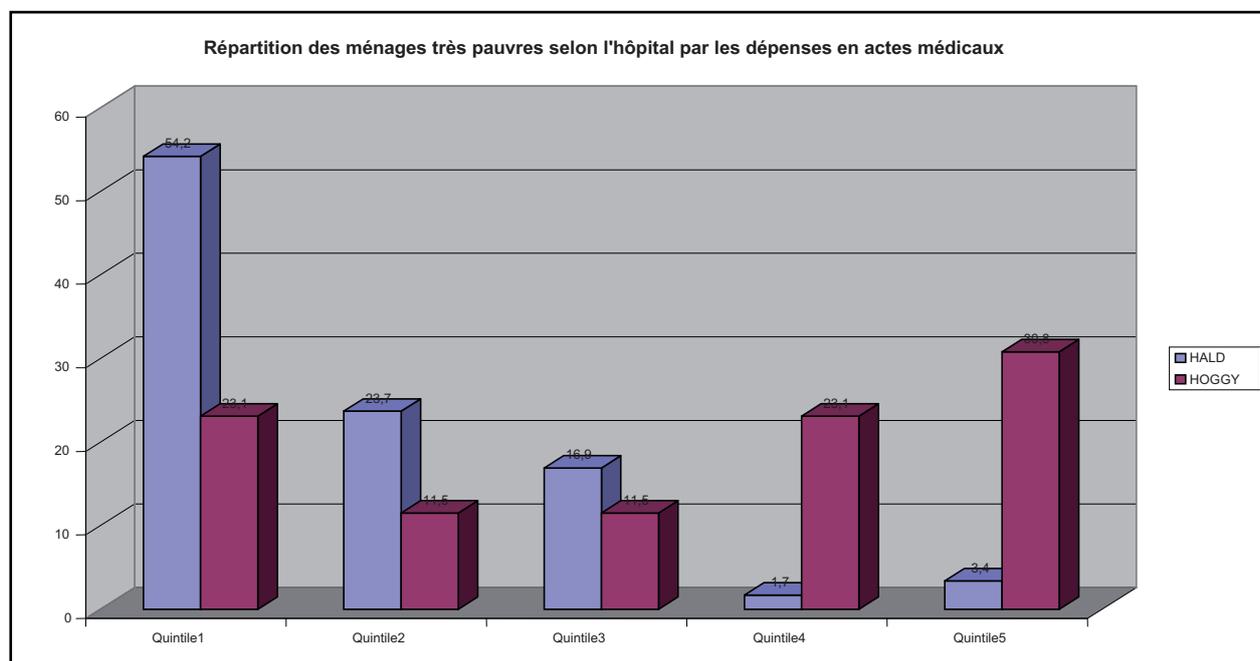
L'analyse verticale montre que les riches dépensent 1,34 fois plus que les très pauvres.

L'examen des quintiles de dépense en acte médical montre que 52,8 % des très pauvres et pauvres ont des dépenses supérieures à 25 500 F CFA, contre 67,5% des riches⁶⁰.

Le test du khi deux montre que ces différences ne sont pas significatives ni au niveau des catégories sociales et ni au niveau des hôpitaux.

⁶⁰ Voir tableau 20* en annexe.

Graphique 14 : Répartition (en %) des ménages très pauvres selon l'hôpital par les dépenses en actes médicaux



5.2.4.3 Facture d'hospitalisation

La facture moyenne d'une hospitalisation pour le ménage est de 157 699 F CFA dans l'ensemble. Soit respectivement 144 530 F CFA, 145 925 F CFA, et 173 033 F CFA pour les très pauvres, pauvres et non pauvres.

La facture moyenne pour les motifs d'hospitalisation sans accouchement est de 273 350 f à l'HOGGY contre 77 922,10 F CFA à l'HALD. On note que l'HOGGY est 3,5 fois plus cher qu'à l'HALD.

L'analyse selon les catégories sociales montre que les très pauvres ont une facture 8,4% fois plus élevée que les riches à l'HALD (Tableau 21).

Tableau 21 : Répartition des ménages selon la facture moyenne par hôpital

Catégories Sociales	Libelles	Lieux d'hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
très pauvre	Moyennes	222 507,00	234 815,00	82 241,70	144 530,00
	Ecart-type	173 424,00	216 341,00	76 492,20	157 225,00
	Effectifs	36	31	90	157
Pauvre	Moyennes	96 221,20	289 879,00	69 174,90	145 925,00
	Ecart-type	18 978,10	199 875,00	51 216,00	158 844,00
	Effectifs	6	17	28	51
Non pauvre	Moyennes	180 595,00	289 960,00	75 867,20	173 033,00
	Ecart-type	139 554,00	235 985,00	67 199,80	181 768,00
	Effectifs	49	55	70	174
ENSEMBLE	Moyennes	191 613,00	273 350,00	77 922,10	157 699,00
	Ecart-type	153 139,00	225 956,00	69 964,40	169 631,00
	Effectifs	91	103	188	382

- Pour un accouchement, le ménage reçoit en moyenne une facture de 191 613 F CFA. En cas d'accouchement compliqué ce coût moyen est de 430 178 F CFA contre 101 247 F CFA pour un accouchement normal à l'HOGGY. On note que l'accouchement compliqué revient à 4,25 fois plus chères que l'accouchement normal au ménage. La facture moyenne est pratiquement identique pour les très pauvres et les riches pour un accouchement compliqué (tableau 22).

Tableau 22 : Facture moyenne selon le niveau du ménage par les motifs d'hospitalisation.

Catégories Sociales	Libelles	Motifs d'hospitalisation				ENSEMBLE
		Maladie	Accouch Normal	Accouch. compliqué	Accident	
Très pauvre	Moyenne	118 432	98 137,20	442 547	133 681	144 530,00
	Effectif	98	23	13	23	157
Pauvre	Moyenne	128 051	96 221,20	0,00	250 555	145 925,00
	Effectif	36	6	0	9	51
Non pauvre	Moyenne	160 343	103 995	416 778	218 233	173 033,00
	Effectif	104	37	12	21	174
ENSEMBLE	Moyenne	138 201	101 247	430 178	187 029	157 699,00
	Effectif	238	66	25	53	382

- La facture moyenne pour une maladie est de 138 201 F CFA pour l'ensemble des ménages soit 273 569 F CFA à l'HOGGY et 74 694,70 F à l'HALD. Soit l'HOGGY est 3,66 fois plus cher que l'HALD
- Pour un accident, la facture moyenne est de 187 029 F pour l'ensemble des ménages et 272 731 F CFA à l'HOGGY et 98 031,20 F CFA à l'HALD. Soit l'HOGGY est 2,78 fois plus cher que l'HALD⁶¹.

L'analyse selon les quintiles de factures montre que 79,9% des ménages ont une facture d'au moins 51 850 F CFA; 39,8% des ménages ont au moins une facture de 113 019 F CFA et 19,9% une facture supérieure à 245 632 F CFA (Tableau 23).

L'examen des quintiles selon le niveau de vie montre que :

- 17,2% des ménages très pauvres ont une facture supérieure à 245 632 F CFA dans l'ensemble. Respectivement 36,1%; 3,3% et 35,5% des très pauvres se retrouve avec une facture supérieure à 245 632 F CFA pour un accouchement (graphique 15), une hospitalisation à l'HALD et une hospitalisation à l'HOGGY.
- 23,6% des ménages riches ont une facture supérieure à 245 632 F CFA dans l'ensemble. Respectivement 26,5 % ; 2,9 % ; et 47,3 % pour un accouchement, une hospitalisation à l'HALD et une hospitalisation à l'HOGGY.

Toutefois le test de khi deux montre cette différence n'est ni significative au niveau des catégories sociales, ni au niveau des hôpitaux. Ceci peut être dû à la taille de notre échantillon⁶².

⁶¹ Voir tableau 22* en annexe.

⁶² Voir (N° 23) tableau des tests de khi deux en annexe

Graphique 15 : Répartition des ménages très pauvres selon les quintiles de facture d'accouchement par niveau de vie.

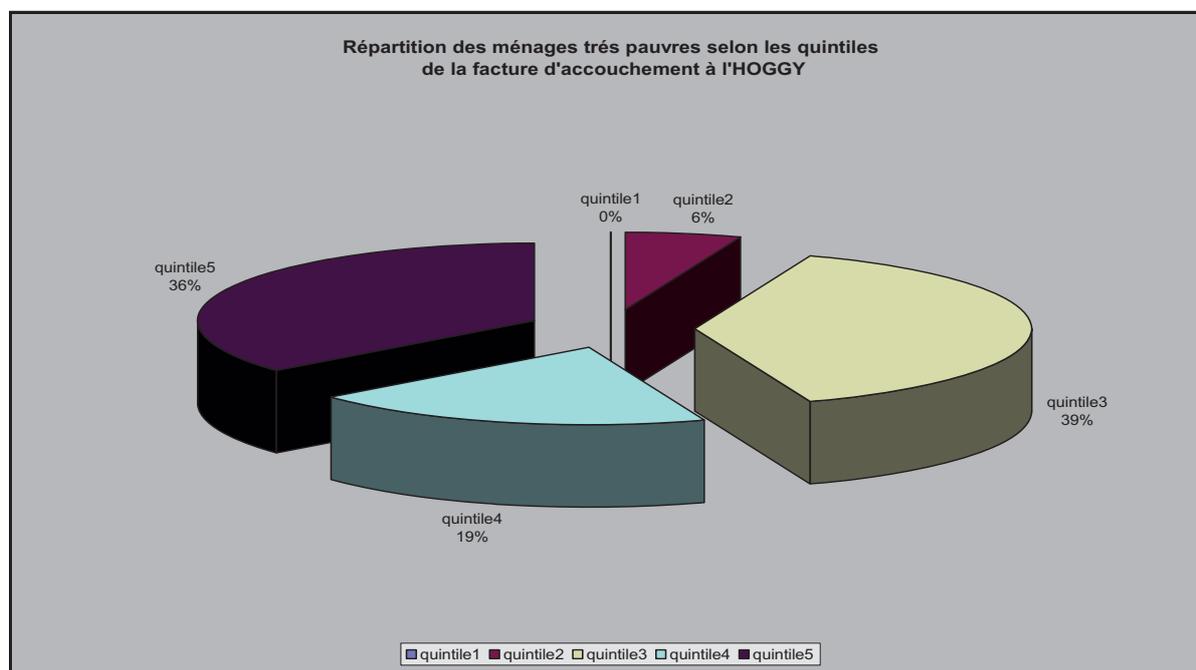


Tableau 23 : Répartition (en %) des ménages selon les quintiles des factures d'hospitalisation par hôpital et par niveau de vie.

Hôpitaux	Catégories sociales	Quintiles de facture d'hospitalisation					Total	
		10000 - 51600	51850 - 75714	76076- 113000	113019- 245630	> 245632		
HOGGY (B) sans Accouchement	Très pauvre	9,7	6,5	16,1	32,3	35,5	100,0	31
	Pauvre	0,0	5,9	0,0	52,9	41,2	100,0	17
	Non pauvre	0,0	5,5	14,5	32,7	47,3	100,0	55
	Ensemble	2,9	5,8	12,6	35,9	42,7	100,0	103
HALD	Très pauvre	35,6	30,0	18,9	12,2	3,3	100,0	90
	Pauvre	53,6	17,9	10,7	14,3	3,6	100,0	28
	Non pauvre	38,6	38,6	8,6	11,4	2,9	100,0	70
	Ensemble	39,4	31,4	13,8	12,2	3,2	100,0	188
HOGGY (A) Accouchement	Très pauvre	0,0	5,6	38,9	19,4	36,1	100,0	36
	Pauvre	0,0	16,7	66,7	16,7	0,0	100,0	6
	Non pauvre	0,0	18,4	38,8	16,3	26,5	100,0	49
	Ensemble	0,0	13,2	40,7	17,6	28,6	100,0	91
ENSEMBLE	Très pauvre	22,3	19,7	22,9	17,8	17,2	100,0	157
	Pauvre	29,4	13,7	13,7	27,5	15,7	100,0	51
	Non pauvre	15,5	22,4	19,0	19,5	23,6	100,0	174
	Ensemble	20,2	20,2	19,9	19,9	19,9	100,0	382

5.2.4.4 Dépense indirecte

La dépense indirecte moyenne est de 14 966,40F pour l'ensemble des ménages avec un écart-type de 21 106,2 F CFA. Cette moyenne est égale à 10 119 F CFA pour un accouchement à l'HOGGY. Pour les autres motifs d'hospitalisation, la dépense indirecte moyenne est égale à 15 720,4 F CFA à l'HALD et 17 050 F CFA à l'HOGGY (tableau 24).

L'analyse selon les niveaux de vie montre que :

- les ménages très pauvres ont des dépenses indirectes moyennes variant de 10 242 F CFA à 13 415,7 F CFA ; soit une moyenne de 12 516,1 F CFA.
- les ménages pauvres ont des dépenses indirectes moyenne variant de 5 583,33 F CFA à 16 185,7 F CFA; avec une moyenne générale de 13 778,9 F CFA.
- les ménages riches ont en moyenne des dépenses indirectes variant de 10 829,1 F CFA à 20 481,60 F CFA; avec une moyenne générale de 17 745,30 F CFA.

Nous observons que les ménages riches ont des dépenses indirectes 1,41 fois plus élevées que les ménages très pauvres.

Tableau 24 : Moyenne des dépenses indirectes des ménages selon l'hôpital par le niveau de vie

Catégories Sociales	Libelles	Lieux d'hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
très pauvre	Moyennes	10 242,00	12 415,70	13 177,90	12 516,10
	Ecart-type	14 014,60	28 105,70	10 796,20	16 119,60
	Effectifs	25	27	90	142
Pauvre	Moyennes	5 583,33	16 185,70	14 278,20	13 778,90
	Ecart-type	6 480,59	17 699,80	12 231,00	13 838,90
	Effectifs	6	14	31	51
Non pauvre	Moyennes	10 829,10	20 481,60	19 467,30	17 745,30
	Ecart-type	17 143,80	31 463,30	26 432,40	26 436,40
	Effectifs	34	40	73	147
ENSEMBLE	Moyennes	10 119,00	17 050,50	15 720,40	14 966,40
	Ecart-type	15 340,30	28 625,50	18 694,80	21 106,20
	Effectifs	65	81	194	340

L'examen des quintiles de dépense indirecte montre que 20% de l'ensemble des ménages ont une dépense indirecte supérieure à 21 500 F CFA.

Soit respectivement 16,2 % ; et 22,4% des très pauvres et des non pauvres ont des dépenses indirectes supérieures à 21 500 F CFA.

Pour un accouchement c'est 27,5% des ménages riches contre 7,4% des ménages très pauvres qui ont une dépense indirecte supérieure à cette somme⁶³.

Le test du khi deux montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les hôpitaux et entre les catégories sociales en ce qui concerne les dépenses indirectes.

5.2.4.5 Dépense totale d'hospitalisation

En général, pour une hospitalisation à l'HALD revient à 119 641 F CFA et 366 961 F CFA à l'HOGGY pour les ménages. Les ménages ont des dépenses totales 3 fois plus élevées à l'HOGGY qu'à l'HALD. Les ménages très pauvres dépensent deux fois plus à l'HOGGY qu'à l'HALD (tableau 25).

Tableau 25 : Dépense totale moyenne d'hospitalisation des ménages selon le niveau de vie par l'hôpital

Hôpital	Libelles	Catégories sociales			Ensemble
		Très pauvre	Pauvre	Non pauvre	
HOGGY sans Accouchement	Moyenne	265 420,00	321 576,00	438 223,00	366 961,00
	Effectif	31	17	55	103
HALD	Moyenne	114 748,00	115 195,00	127 501,00	119 641,00
	Effectif	90	30	73	193

- Pour un accouchement normal et compliqué, les ménages ont une dépense totale moyenne respective de 129 473 F CFA et de 487 515 F CFA. les très pauvres se retrouvent avec la somme de 508 881 F CFA pour un accouchement compliqué à l'HOGGY.
- La maladie entraîne une dépense totale moyenne de 201 065 F CFA pour l'ensemble des ménages. Cette somme varie de 148 894 pour les très pauvres à 260 777 F CFA pour les riches.
- Les accidents entraînent une dépense totale moyenne de 226 962 F CFA chez l'ensemble des ménages. Cette somme varie de 172 337 F CFA à 284 288 F CFA (Tableau 26).

⁶³ Voir tableau 24* en annexe.

Tableau 26 : Dépense totale moyenne d'hospitalisation des ménages selon le niveau de vie par motifs d'hospitalisation.

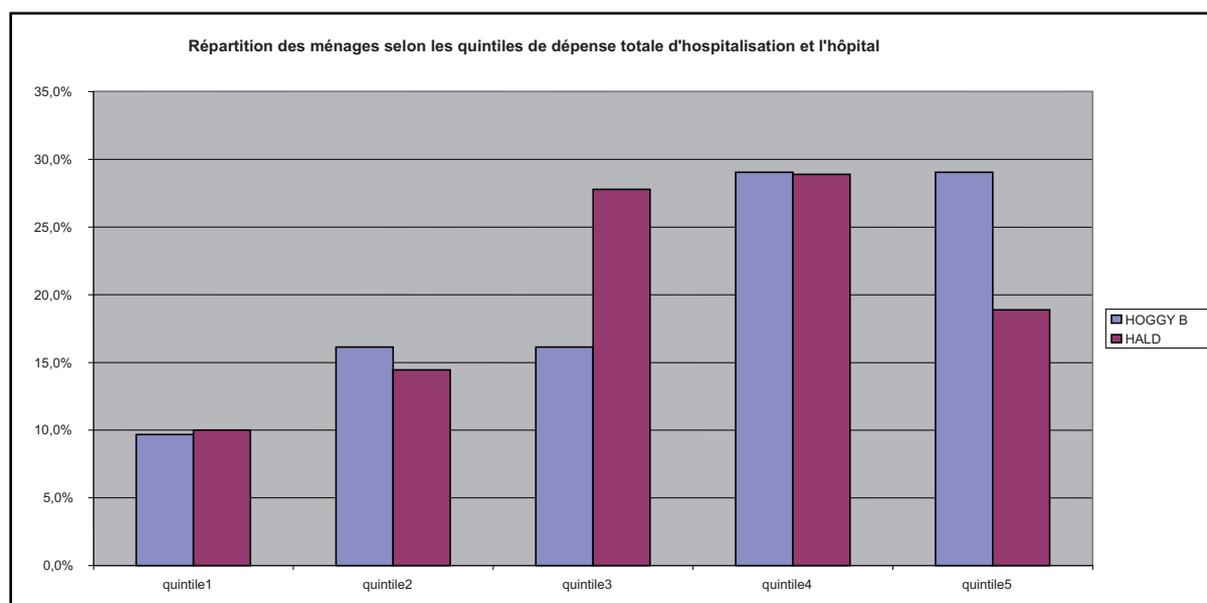
Catégories sociales	Libelles	Motifs d'hospitalisation				ENSEMBLE
		Maladie	Accouch Normal	Accouch. compliqué	Accident	
Très pauvres	Moyenne	148 894,00	122 247,00	508 881,00	172 337,00	178 232,00
	Effectif	98	23	13	23	157
Pauvre	Moyenne	167 475,00	122 103,00	0,00	284 288,00	182 175,00
	Effectif	38	6	0	9	53
Non pauvre	Moyenne	260 777,00	135 160,00	464 368,00	262 221,00	248 492,00
	Effectif	107	37	12	21	177
ENSEMBLE	Moyenne	201 065,00	129 473,00	487 515,00	226 962,00	210 907,00
	Effectif	243	66	25	53	387

L'analyse des quintiles montre que 15% des pauvres et très pauvres ont une dépense totale supérieure à 298 000 F CFA et 25,4 % des ménages riches ont une dépense totale supérieure à cette somme⁶⁴.

Pour un accouchement compliqué c'est 36,1% des ménages très pauvres qui ont une dépense totale supérieure à 298 000 F CFA, et 26,5% des ménages riches.

C'est 22,7% des ménages qui ont une hospitalisation à l'HALD qui ont une dépense totale supérieure à cette somme contre 38,8% à l'HOGGY (graphique 16).

Graphique16 : Répartition des ménages selon les quintiles de dépense totale par hôpital.



⁶⁴ Voir tableau 26* en annexe.

5.2.4.6. Sources de financement

En général les sources de financement des dépenses de soins hospitaliers sont multiples au niveau du ménage. Nous avons retenu dans le cadre de notre étude, la principale source de financement au niveau de chaque ménage ce qui nous donne le tableau 27.

L'analyse de ce tableau montre que 42,8% de l'ensemble des ménages finance les dépenses d'hospitalisation par fond propre. Ce pourcentage varie selon les hôpitaux, ainsi à l'HALD on a 53,3% des ménages et 32,1% à l'HOGGY.

On note aussi que 27,6% de l'ensemble des ménages bénéficient d'une couverture médicale. Ce pourcentage varie de 5% à l'HALD à 57,8% pour un accouchement à l'HOGGY.

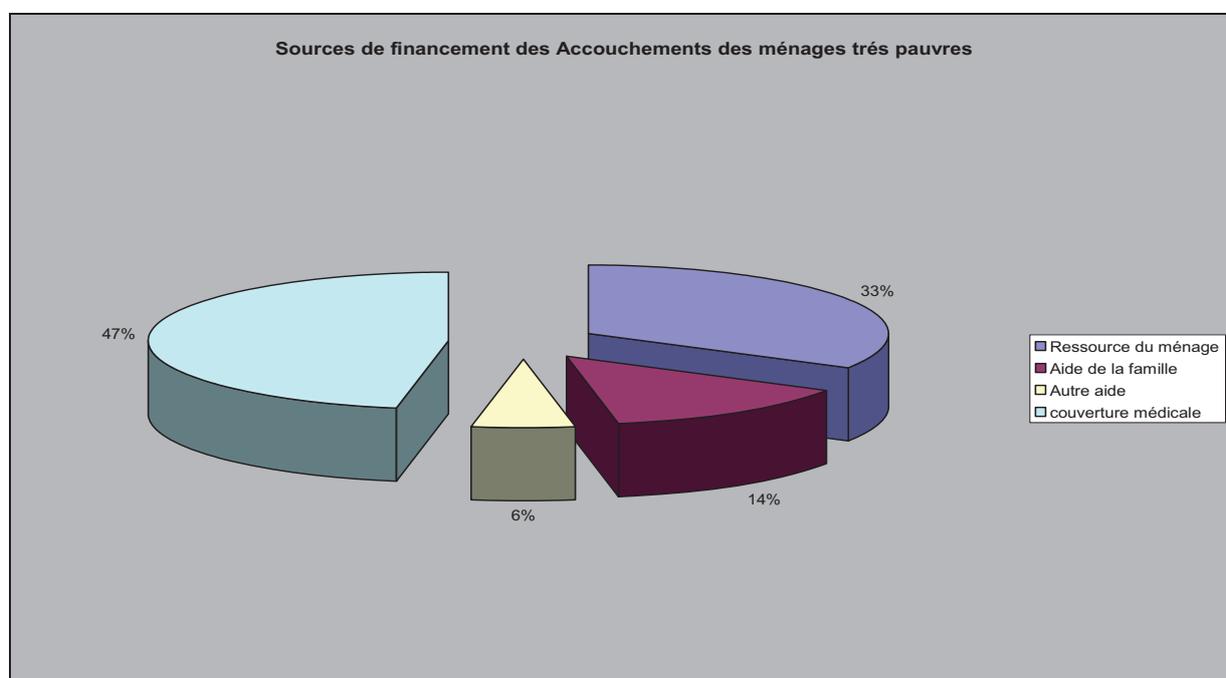
Tableau 27 : Répartition (en %) des ménages selon les sources de financement par l'hôpital.

Hôpital	Catégories sociales	Ressource du ménage	Aide de la famille	Autre aide	couverture médicale	Total
HOGGY (B) sans Accouchement	Très pauvre	30,3	21,2	12,1	36,4	100,0
	Pauvre	29,4	11,8	11,8	47,1	100,0
	Non pauvre	33,9	14,3	3,6	48,2	100,0
	Ensemble	32,1	16,0	7,5	44,3	100,0
HALD	Très pauvre	48,9	27,2	17,3	6,5	100,0
	Pauvre	46,9	25,0	15,7	6,2	100,0
	Non pauvre	61,3	25,3	9,4	2,6	100,0
	Ensemble	53,3	26,1	15,5	5,0	100,0
HOGGY (A) Accouchement	Très pauvre	33,3	13,9	5,6	47,2	100,0
	Pauvre	50,0	0,0	0,0	50,0	100,0
	Non pauvre	29,2	2,1	2,1	66,7	100,0
	Ensemble	32,2	6,6	3,3	57,8	100,0
ENSEMBLE	Très pauvre	41,6	23,0	13,6	21,7	100,0
	Pauvre	41,8	21,9	12,8	23,6	100,0
	Non pauvre	44,1	16,2	5,6	34,1	100,0
	Ensemble	42,8	19,8	9,8	27,6	100,0

L'analyse par catégorie socio-économique, montre qu'il n'existe pas trop de différence entre les riches (34,1% couverture médicale) et les pauvres (21,7% couverture médicale). Cela doit être pris avec beaucoup de réserve (graphique 14).

- Le graphique 17 montre comment les très pauvres financent leur accouchement. Nous remarquons que 47,2% des ménages très pauvres bénéficie d'une couverture médicale, ce qui pourra diminuer l'impact des dépenses de soins sur cette tranche de la population. Cependant on note que cette couverture médicale est composée essentiellement d'IPM de petites entreprises et de mutuelles de santé professionnelle. Ces structures ont une faible capacité de mobilisation financière et ne couvrent en générale que 50% des frais d'hospitalisation.

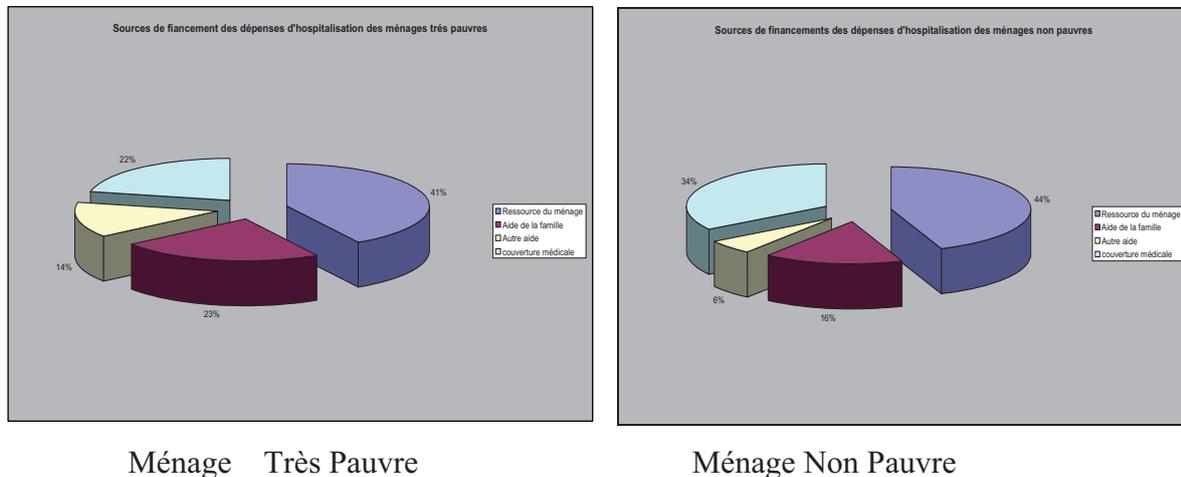
Graphique 17: Répartition des ménages très pauvres selon les sources de financement pour un accouchement.



- Les ménages très pauvres reçoivent beaucoup plus d'aide (36,6% des ménages très pauvres) que les ménages riches (21,8%) (graphique 16).

Après avoir déterminé les sources de financement, nous allons analyser dans le chapitre suivant les déterminants de la vulnérabilité du ménage en face d'une hospitalisation et mesurer l'impact de cette hospitalisation sur les ménages selon son niveau de vulnérabilité.

Graphique 18 : Source de financement des dépenses d'hospitalisation des ménages très pauvres et non pauvre



5.3. Vulnérabilité du ménage

Dans ce paragraphe nous évoquerons les déterminants de la vulnérabilité et l'ampleur de cette vulnérabilité selon le lieu d'hospitalisation, la taille du ménage, le revenu par tête, la source de financement et enfin selon les catégories sociales. Ensuite, nous aborderons les caractéristiques des ménages vulnérabilisés, et enfin les conséquences socio-économiques probables qui peuvent affecter ces ménages vulnérables.

5.3.1 Déterminants de vulnérabilité du ménage face à la dépense d'hospitalisation

La vulnérabilité du ménage aux dépenses catastrophiques d'hospitalisation s'explique par certains facteurs socioéconomiques selon les résultats de notre étude.

Parmi tous les facteurs que nous avons analysés seuls les facteurs suivants se sont montrés significatifs selon les tests statistiques notamment le test de khi deux :

- Le motif d'hospitalisation
- Le lieu d'hospitalisation
- Le nombre de personne dans le ménage
- La catégorie sociale
- Le revenu par tête
- La source de financement

Par ailleurs, d'autres facteurs ont été mis en exergue, comme le niveau de scolarité, le lieu d'habitation, ...etc. La corrélation entre ces facteurs et le niveau catastrophique des dépenses

n'est pas significative selon le test du khi deux. Cela est peut être due à la taille de notre échantillon.

5.3.2 L'ampleur de la vulnérabilité des ménages

5.3.2.1 L'ampleur selon le lieu d'hospitalisation

L'examen du tableau 28 nous montre que sur les 396 ménages qui ont eu des dépenses des soins dues à l'hospitalisation de l'un des membres, 79 ménages se sont trouvés dans une situation catastrophique. Parmi ces 79 ménages, 27 ménages ont fait face à un accouchement et 31 ménages pour autre motif à l'HOGGY, et 21 ménages à l'HALD.

Soit en pourcentage avec le graphique 17, on a respectivement 29,70% et 29,2% des ménages vulnérables ont eu un accouchement et d'autres motifs d'hospitalisation (maladie, accident) à l'HOGGY ; et 10,60% des ménages vulnérables ont été hospitalisé l'HALD (graphique 19).

Selon ce résultat, un ménage qui se rend à l'HOGGY pour une hospitalisation a une probabilité de 47,6% de ressortir avec une facture catastrophique pour son économie que s'il se rendait à l'HALD.

Dans l'ensemble près de 20% des ménages ont une facture d'hospitalisation supérieure à leur revenu mensuel. Ce résultat confirme notre hypothèse H1.

Cette différence entre l'HOGGY et HALD est significative selon le test du khi deux⁶⁵.

⁶⁵ Voir N°28, Tableau des tests du khi deux en annexe.

Graphique 19 : Proportion des ménages vulnérables selon le lieu d'hospitalisation

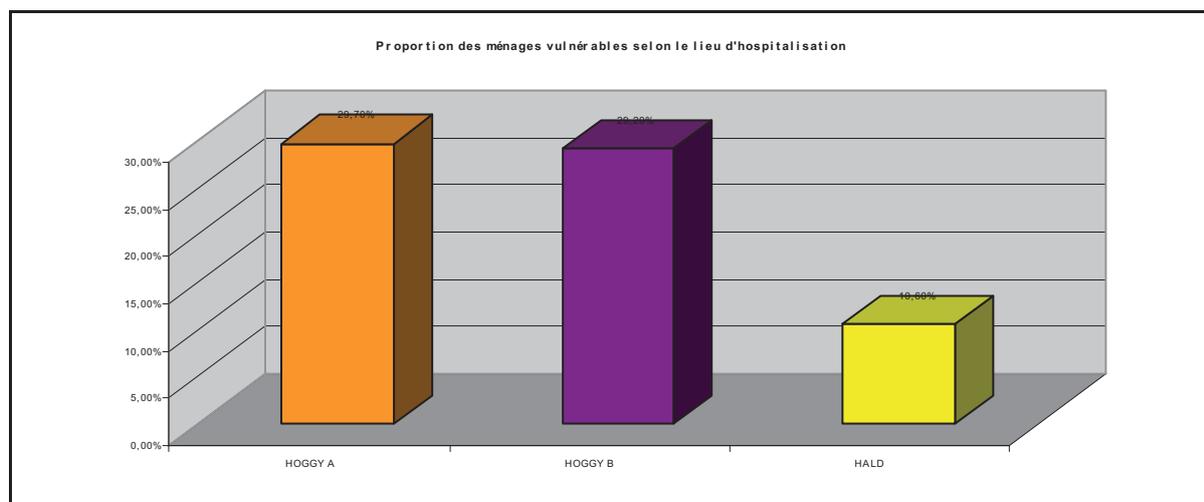


Tableau 28 : Répartition des ménages selon l'impact des dépenses par l'hôpital

Quintiles de pression	Libelle	Lieu d'hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
0.0084 0.16 Non catast	Effectif	11	25	44	80
	%	12,1%	23,6%	22,1%	20,2%
0.1643 0.32 Non catast	Effectif	13	15	51	79
	%	14,3%	14,2%	25,6%	19,9%
0.3168 0.51 Non catast.	Effectif	18	16	45	79
	%	19,8%	15,1%	22,6%	19,9%
0.5296 1.01 Non catast.	Effectif	22	19	38	79
	%	24,2%	17,9%	19,1%	19,9%
1.0143 10.38 catastrophique	Effectif	27	31	21	79
	%	29,7%	29,2%	10,6%	19,9%
ENSEMBLE	Effectif	91	106	199	396
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.2.2. L'ampleur selon les motifs d'hospitalisation.

Parmi les motifs d'hospitalisation, l'accouchement compliqué est le premier motif qui entraîne des dépenses catastrophiques pour le ménage.

En effet 76% des ménages qui ont eu un accouchement se sont trouvés dans une situation dramatique. Le second motif est l'accident (circulation, domestique, travail), avec 22%, puis les maladies avec 15,9%, et enfin le moins dangereux pour l'économie familiale est

l'accouchement normal (tableau 29). Cette différence entre les motifs d'hospitalisation est significative selon le test du khi deux⁶⁶.

Tableau 29 : Répartition des ménages ayant subis une dépense catastrophique selon le motif d'hospitalisation.

Pression Fac/Rev.mge	Libelle	Motifs d'hospitalisation				ENSEMBLE
		Maladie	Accouch Normal	Accouch. compliqué	Accident	
< 0.16 Non catast.	Effectif	55	10	1	14	80
	%	22,4%	15,2%	4,0%	23,7%	20,2%
0.165 0.32 Non catast	Effectif	58	10	3	8	79
	%	23,6%	15,2%	12,0%	13,6%	19,9%
0.32 0.51 Non catast	Effectif	48	18	0	13	79
	%	19,5%	27,3%	0,0%	22,0%	19,9%
0.53 1.01 Peu catast.	Effectif	46	20	2	11	79
	%	18,7%	30,3%	8,0%	18,6%	19,9%
1.014 10.38 Catast.	Effectif	39	8	19	13	79
	%	15,9%	12,1%	76,0%	22,0%	19,9%
Total	Effectif	246	66	25	59	396
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.2.3 L'ampleur selon la taille du ménage.

L'analyse du tableau 30 montre que les ménages de grande taille sont moins vulnérables (14,5%) que les ménages avec peu de personne (31,2%). Plus la taille du ménage est petite plus le ménage est vulnérable (Graphique 20) :

- 1 à 5 personnes, 31,20 % des ménages vulnérables
- 6 à 8 personnes, 22,40% des ménages vulnérables
- 9 à 10 personnes, 17,40% des ménages vulnérables
- 11 à 15 personnes 12,30% des ménages vulnérables

Le test de khi deux confirme cette différence selon la taille des ménages⁶⁷

⁶⁶ Voir N°29, Tableau des tests du khi deux en annexe

⁶⁷ Voir N°30, Tableau des tests du khi deux en annexe

Graphique 20 : Proportion des ménages vulnérables selon la taille

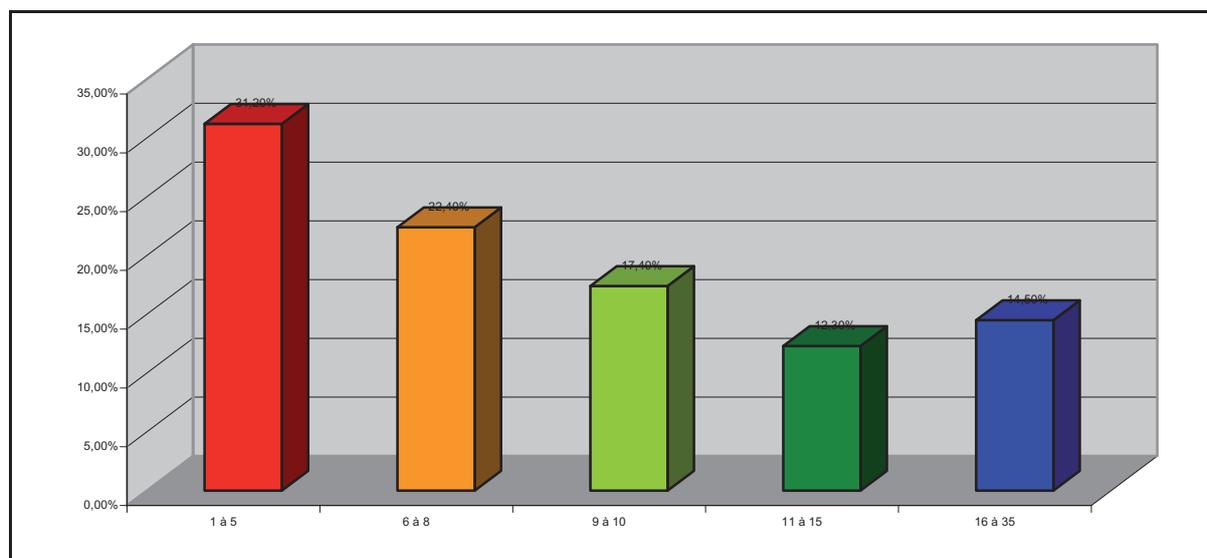


Tableau 30 : Répartition (en %) des ménages vulnérables selon la taille du ménage

Pression Fac/Rev.mge	Libelle	Taille du ménage					Total
		1 à 5	6 à 8	9 à 10	11 à 15	16 à 35	
< 0.16 Non catast.	Effectif	8	11	17	21	13	70
	%	10,4%	11,2%	24,6%	28,8%	23,6%	18,8%
0.165 0.32 Non catast	Effectif	11	19	15	14	15	74
	%	14,3%	19,4%	21,7%	19,2%	27,3%	19,9%
0.32 0.51 Non catast	Effectif	15	19	12	19	11	76
	%	19,5%	19,4%	17,4%	26,0%	20,0%	20,4%
0.53 1.01 Peu catast.	Effectif	19	27	13	10	8	77
	%	24,7%	27,6%	18,8%	13,7%	14,5%	20,7%
1.014 10.38 Catast.	Effectif	24	22	12	9	8	75
	%	31,2%	22,4%	17,4%	12,3%	14,5%	20,2%
Total	Effectif	77	98	69	73	55	372
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.2.4. L'ampleur selon le revenu par tête.

Nous constatons que les ménages du premier quintile c'est-à-dire ceux qui ont moins de 14 000f /mois représentent 27,1% des ménages vulnérables.

- 64,5% des ménages vulnérables sont des ménages dont les membres ont moins de 30 000 F CFA /mois (tableau 31).

Les ménages les plus nantis sont les moins touchés (12,8%) (Graphique 21). Ce résultat confirme notre hypothèse de recherche à savoir plus on est pauvre plus on est vulnérable à la maladie.

Ce résultat est significatif selon le test du khi deux⁶⁸.

Graphique 21 : Proportion des ménages vulnérables selon les quintiles de revenu par tête

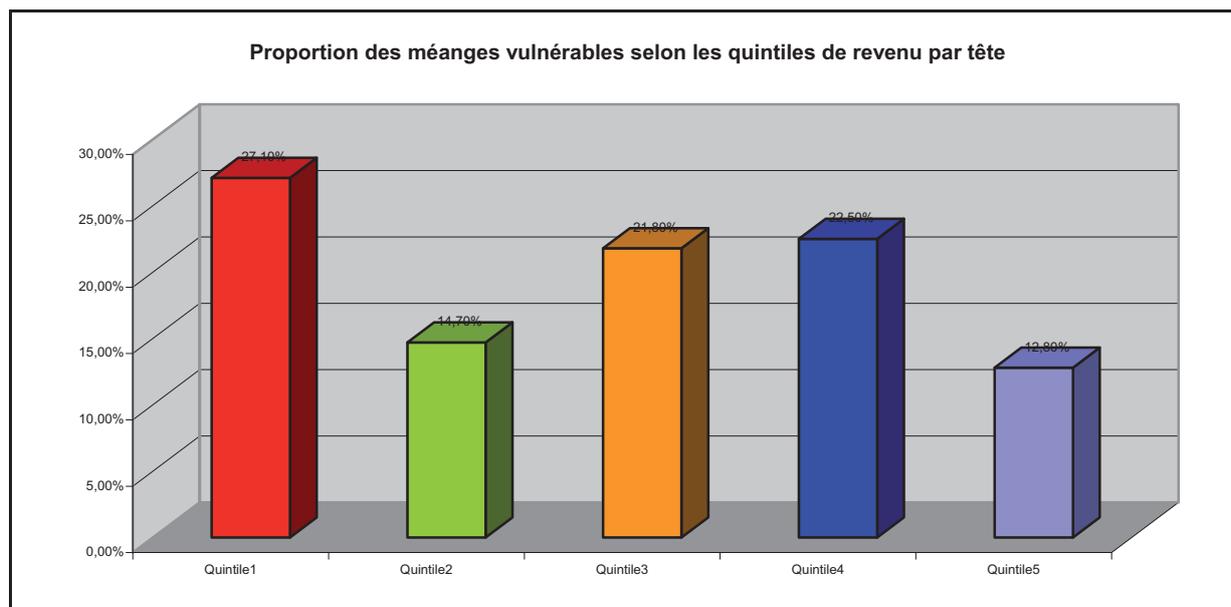


Tableau 31 : Répartition des ménages vulnérables selon les quintiles de revenu par tête.

Pression Fac/Rev.mge	Libelle	Quintiles de revenu par tête					Total
		< 14063	14250 - 18750.	19167 - 29167	30000 - 52500	> 53571.4	
< 0.16 Non catast.	Effectif	10	10	12	11	37	80
	%	11,8%	13,3%	15,4%	13,8%	47,4%	20,2%
0.165 0.32 Non catast	Effectif	13	19	12	19	16	79
	%	15,3%	25,3%	15,4%	23,8%	20,5%	19,9%
0.32 0.51 Non catast	Effectif	14	18	24	16	7	79
	%	16,5%	24,0%	30,8%	20,0%	9,0%	19,9%
0.53 1.01 Peu catast.	Effectif	25	17	13	16	8	79
	%	29,4%	22,7%	16,7%	20,0%	10,3%	19,9%
1.014 10.38 Catast.	Effectif	23	11	17	18	10	79
	%	27,1%	14,7%	21,8%	22,5%	12,8%	19,9%
Total	Effectif	85	75	78	80	78	396
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

⁶⁸ Voir N°31, Tableau des tests du khi deux en annexe

5.3.2.5. L'ampleur selon la source de financement

L'examen du tableau 32 montre que 48,1% des ménages vulnérables ont une couverture médicale. Donc plus de 50% des ménages vulnérables n'ont pas de couverture et 22,8% bénéficient de l'aide familiale. Il faut savoir que les ménages qui ont une aide, sont en général des ménages qui n'ont aucune couverture médicale, sont obligés de solliciter une aide sous forme de don ou d'emprunt.

Nous constatons que seulement 7,1% des ménages qui financent de leur propre ressource les dépenses sont vulnérables, et 34,9% des ménages qui ont une couverture médicale semble être vulnérables. Cela s'explique par le fait que les ménages qui financent les soins par leur ressource propre sont riches et que ceux qui ont une couverture médicale ont tendance à prendre plus de risques, ce qui entraîne des dépenses élevées. La différence de l'ampleur selon la source de financement est significative selon le test du khi deux⁶⁹.

On note cependant, que 41 ménages vulnérabilisés (soit 52% des ménages vulnérabilisés) ne bénéficient d'aucune couverture maladie. Ce résultat vérifie notre hypothèse H4, à savoir que plus de la moitié des ménages vulnérabilisés n'ont pas de couverture maladie. Ces ménages ont de forte probabilité d'avoir des problèmes pénibles suite à cette hospitalisation. Qui sont ils ? Pourquoi sont-ils venus ? Nous répondrons à ces questions dans le paragraphe 5.3.3.

Tableau 32 : Répartition des ménages vulnérables selon la source de financement des dépenses d'hospitalisation

Pression Fac/Rev.mge	Libelle	Sources de financement				Total
		Ressource ménage	Aide familiale	Autre aide	couverture médicale	
< 0.16 Non catast.	Effectif	43	19	7	11	80
	%	25,4%	24,4%	17,9%	10,1%	20,3%
0.165 0.32 Non catast	Effectif	44	11	8	15	78
	%	26,0%	14,1%	20,5%	13,8%	19,7%
0.32 0.51 Non catast	Effectif	40	15	7	17	79
	%	23,7%	19,2%	17,9%	15,6%	20,0%
0.53 1.01 Peu catast.	Effectif	30	15	6	28	79
	%	17,8%	19,2%	15,4%	25,7%	20,0%
1.014 10.38 Catast.	Effectif	12	18	11	38	79
	%	7,1%	23,1%	28,2%	34,9%	20,0%
Total	Effectif	169	78	39	109	395
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

⁶⁹ Voir N°32, Tableau des tests du khi deux en annexe

5.3.2.6. L'ampleur selon le niveau de vie

Nous constatons que 58,2% des ménages vulnérables sont des pauvres avec 43% très pauvres, ce résultat confirme notre hypothèse de recherche.

On note aussi que 18,3% des ménages riches sont vulnérables contre 21,8% des ménages pauvres (tableau 33). En général les ménages riches bénéficient d'une couverture médicale.

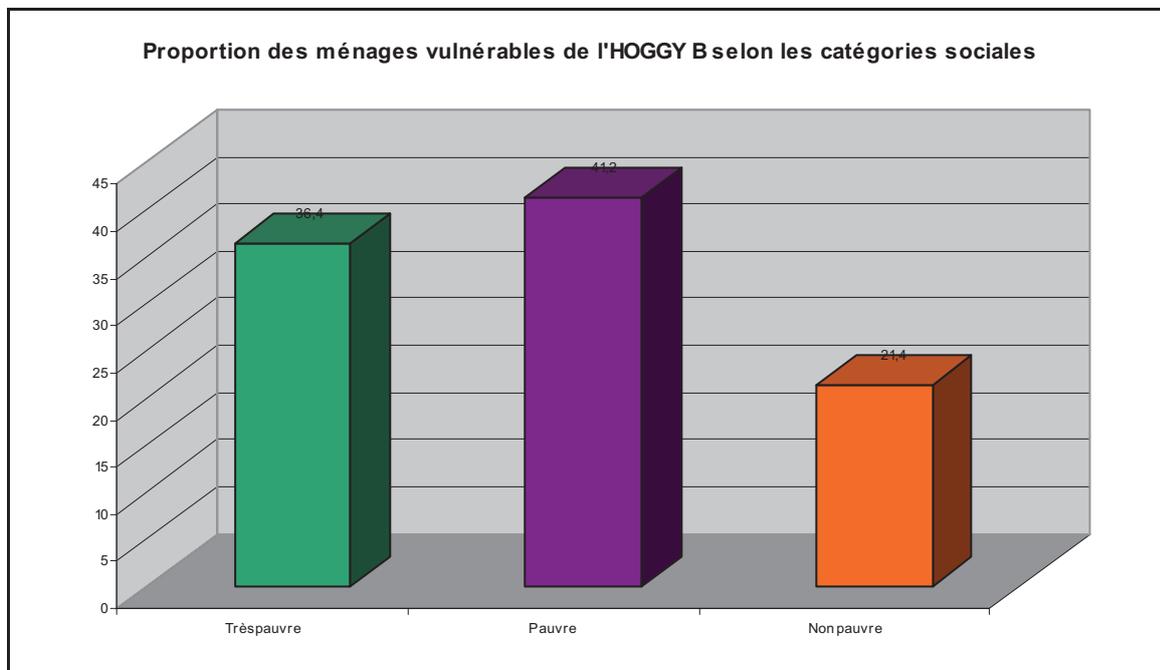
Pour un accouchement à l'HOGGY, 38,9% des pauvres dans une situation catastrophique contre 26,5% des non pauvres. Ce résultat est non significatif selon le test du khi deux.

En ce concerne les autres motifs d'hospitalisation à l'HOGGY, 36,4% des ménages très pauvres et 41,2% des ménages pauvres se retrouvent avec une facture qui leur est catastrophique, contre 21,4% des ménages riches qui peuvent devenir pauvres.

A l'HALD, 8,7% des ménages très pauvres se retrouvent vulnérables. Par ailleurs on note que 15,6% des ménages pauvres se retrouvent avec une facture catastrophique pour leur économie contre 10,7% des ménages non pauvres (graphique 22).

Ces résultats sont significatifs au niveau de l'HOGGY B et l'HALD et dans l'ensemble selon le test du khi deux⁷⁰.

Graphique 22 : Proportion des ménages vulnérables de l'HOGGY B selon le niveau de vie



⁷⁰ Voir N°33, Tableau des tests du khi deux en annexe

Tableau 33 : Répartition (en %) des ménages vulnérables selon les catégories sociales

Hôpital	Effectifs	Pression facture/ revenu du ménage					Total	
		Non catast1	Non catast.2	Non catast.3	Peu catast	Catast.	%	Effectif
HOGGY A	Très pauvre	8,3	8,3	13,9	30,6	38,9	100,0	36
	Pauvre	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	6
	Non pauvre	16,3	20,4	20,4	16,3	26,5	100,0	49
	Ensemble	12,1	14,3	19,8	24,2	29,7	100,0	91
HOGGY B	Très pauvre	24,2	15,2	15,2	9,1	36,4	100,0	33
	Pauvre	0,0	0,0	35,3	23,5	41,2	100,0	17
	Non pauvre	30,4	17,9	8,9	21,4	21,4	100,0	56
	Ensemble	23,6	14,2	15,1	17,9	29,2	100,0	106
HALD	Très pauvre	9,8	26,1	25,0	30,4	8,7	100,0	92
	Pauvre	25,0	25,0	21,9	12,5	15,6	100,0	32
	Non pauvre	36,0	25,3	20,0	8,0	10,7	100,0	75
	Ensemble	22,1	25,6	22,6	19,1	10,6	100,0	199
Ensemble	Très pauvre	12,4	19,9	20,5	26,1	21,1	100,0	161
	Pauvre	14,5	14,5	29,1	20,0	21,8	100,0	55
	Non pauvre	28,9	21,7	16,7	14,4	18,3	100,0	180
	Ensemble	20,2	19,9	19,9	19,9	19,9	100,0	396

Résumé :

Les résultats que nous avons obtenus confirment dans l'ensemble notre hypothèse de recherche à savoir qu'il existe une relation inverse entre la vulnérabilité du ménage et sa richesse. Plus les ménages sont pauvres plus ils sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation (graphique 23). Et la santé rend pauvres (18,3% des ménages non pauvres).

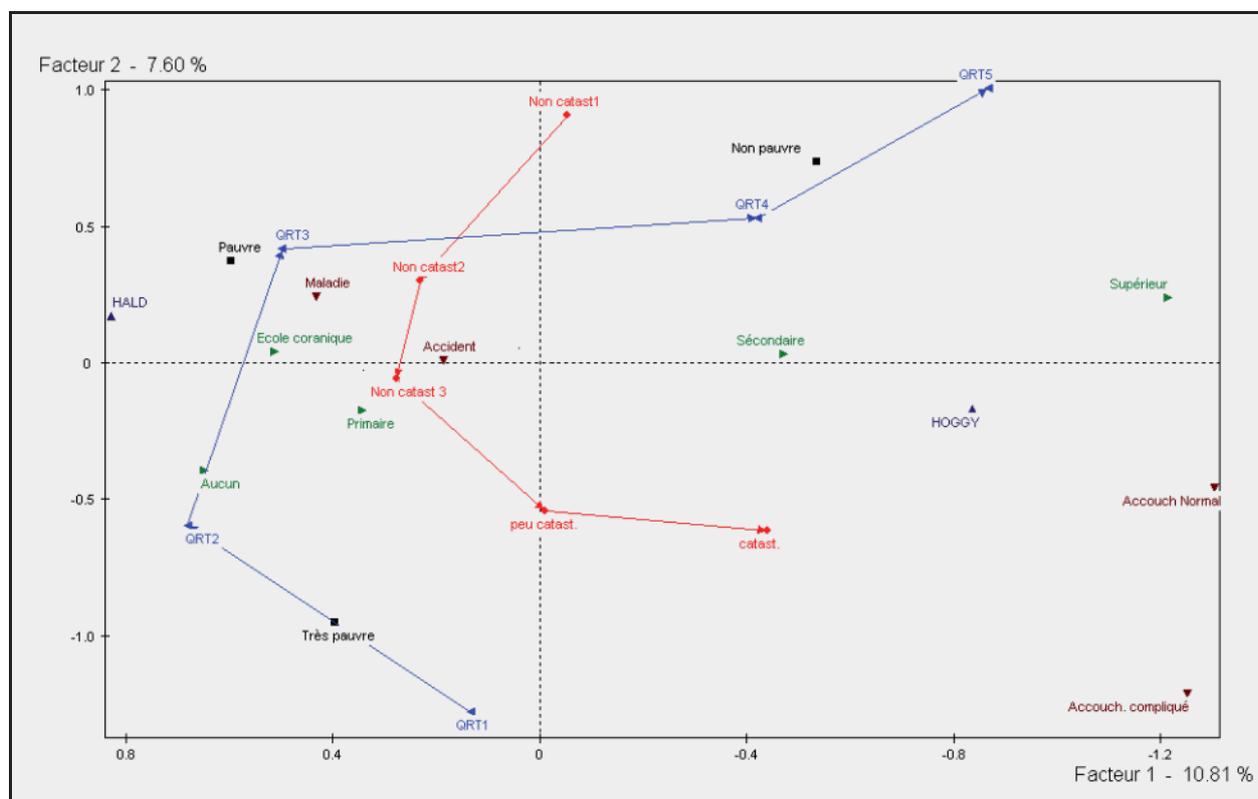
Les ménages vulnérables sont ceux dont le chef de ménage n'a aucun niveau de scolarité ou a le niveau primaire.

Le revenu par tête dans ces ménages est compris dans les deux premiers quintiles du revenu par tête (QRT1 et QRT2). Ces ménages sont classés comme très pauvres selon la catégorie sociale.

Le recours à l'HOGGY entraîne une paupérisation des ménages. Cette paupérisation est plus accentuée lorsqu'il s'agit d'un accouchement compliqué ou d'un accident.

Toutes nos hypothèses ont été confirmées par les différents résultats obtenus.

Graphique 23: Représentation spatiale des déterminants de vulnérabilité des ménages face à la facture d'hospitalisation.



5.3.3 Caractéristiques des ménages sans couvertures médicales vulnérables.

- ❖ Parmi, les 41 ménages vulnérables sans couverture médicale, on retrouve 56,1% des ménages vulnérables sans couverture à l'HOGGY contre 43.9% à l'HALD.
- ❖ 58,06% des ménages vulnérables sans couverture médicale ont fait au moins un mois avec la maladie avant de recourir à l'hôpital. Le retard du recours aux soins peut donc s'expliquer par une inaccessibilité financière des soins hospitaliers pour les ménages. Ils se retrouvent ainsi, dans une situation dramatique après un séjour à l'hôpital (tableau 34).

Tableau34 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon la durée de la maladie

Ménages vulnérables	Libelles	Ancienneté de la maladie					Total
		1 à 7 j	7j-1moi	1-3mois	3m-1 an	+ 1 an	
Sans couverture médicale	Effectif	10	3	4	5	9	31
	%	32,3%	9,7%	12,9%	16,1%	29,0%	100,0%

- ❖ On observe que 63,41% de ces ménages sont pauvres, avec 48,8% de très pauvres, ces ménages vont subir inéluctablement des conséquences socio-économiques. Toutefois, on note que 36,6% de ces ménages sont non pauvres. Ceux-ci peuvent se retrouver dans une situation difficile (Tableau 35).

Tableau 35 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon les catégories sociales.

Ménages vulnérables	Libelles	Catégories sociales			Total
		Très pauvre	pauvre	Non pauvre	
sans couverture médicale	Effectifs	20	6	15	41
	%	48,8%	14,6%	36,6%	100,0%

- ❖ Les maladies (maladie infectieuse, et autres pathologies) sont la première cause d'hospitalisation des ménages vulnérables sans couverture médicale (61 % des ménages vulnérable sans couverture). L'accouchement compliqué et les accidents (circulation, travail et domestique) représentent chacun 14,6% des motifs d'hospitalisation des ménages vulnérables sans couverture médicale.

Tableau 36 : Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon les motifs d'hospitalisation.

Ménages vulnérables	Libelles	Motifs d'hospitalisation				Total
		Maladie	Accouch Normal	Accouch. compliqué	Accident	
sans couverture médicale	Effectifs	25	4	6	6	41
	%	61,0%	9,8%	14,6%	14,6%	100,0%

- ❖ 33,3% des chefs de ménages vulnérables sans couverture médicale n'ont pas de niveau de formation, 27,3% ont une formation à l'école arabe. Seuls 27,27% ont atteint le niveau secondaire de l'école française (Tableau 37).

Tableau 37: Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon le niveau formation du chef de ménage.

Ménages vulnérables	Libelles	Niveau de formation du chef de ménage					Total
		Aucun	Ecole coranique	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Sans Couverture	Effectifs	11	9	4	6	3	33
	%	33,3%	27,3%	12,1%	18,2%	9,1%	100,0%

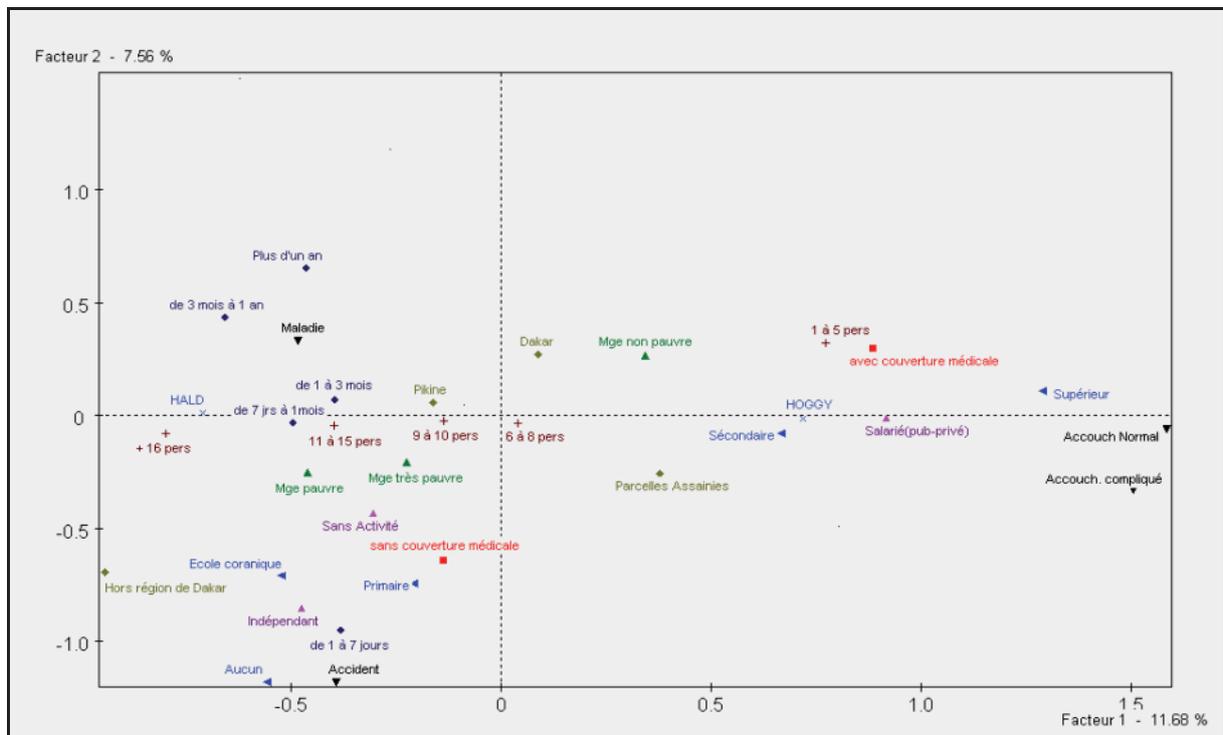
- ❖ On observe que 61,8% des ménages vulnérables sans couverture médicale travaillent dans le secteur informel, et 26,5% sont sans activité, contre 11,8 % dans le secteur formel. La plus part des chefs de ménage qui sont dans le secteur informel sont des petits commerçants ou des manœuvres.

Tableau 38: Répartitions des ménages vulnérables sans couverture médicale selon le activité principale du chef de ménage

Ménages vulnérables	Libelles	Activité Principale du chef de ménage			Total
		Salarié (pub-privé)	Indépendant	Sans Activité	
sans couverture médicale	Effectifs	4	21	9	34
	%	11,8%	61,8%	26,5%	100,0%

- ❖ En somme les ménages vulnérables sans couverture médicale proviennent de la ville de PIKINE et hors de la région de Dakar. Et ce sont des ménages de grandes tailles et de ménages pauvres et très pauvres. Les chefs de ces ménages sont pour la plus part dans le secteur informel ou sont sans activité, et n'ont pas atteint le niveau secondaire de l'école française. Ils ont soit le niveau aucun niveau, ou ont été à l'école arabe.

Graphique 24 : Représentation spatiale des caractéristiques des ménages vulnérables selon la couverture médicale.



5.3.4. Analyse des entretiens

Le guide d'entretien que nous avons réalisé avait pour objectif de mesurer les conséquences des dépenses d'hospitalisation sur les ménages. Nous l'avons administré à dix ménages, les résultats sont les suivants :

- ❖ Dans l'ensemble les chefs de ménages interrogés trouvent que l'hôpital est trop cher et Huit des dix chefs de ménages déclarent que les factures sont très élevées. « si tu n'as pas d'argent on ne te jette même pas un regard ! » selon un chef de ménage à Thiaroye - Touba.
- ❖ En ce qui concerne les sources de financements 4/10 chefs de ménages déclarent avoir reçu l'aide de la famille et 2 ménages qui ont reçu l'aide de camarades ou collègues de travail. Cinq (5) chefs de ménages ont dû emprunter auprès de collègue, de camarade, ou au niveau de leur propre entreprise pour faire face aux dépenses d'hospitalisation. « le jour de l'hospitalisation j'ai pris (emprunté) 20 000 F CFA à la

boutique ...le surlendemain j'ai pris encore 15 000 F CFA. » selon une ménagère, aux Parcelles Assainies.

Deux chefs de ménages ont déclaré avoir une couverture médicale qui prenait toute la facture en charge. Les médicaments sont pris à 50% *« je suis de la santé, donc j'ai une prise en charge à 100% au niveau de certains hôpitaux comme le CTO (HOGGY). »* selon un chef de ménage, à Camberène Village.

Deux chefs de ménage ont déclaré avoir bénéficié d'un moratoire pour le paiement de la facture au niveau de l'hôpital. Ces chefs de ménages ont remis leur pièce d'identité comme garantie à l'hôpital. *« Mon mari bénéficie d'un moratoire ...lors de mon premier accouchement c'est la même procédure qu'il avait pratiqué ; mon mari avait déposé sa pièce d'identité au niveau de la facturation... »* Selon une ménagère, aux Parcelles assainies.

❖ S'agissant des conséquences, on note que cinq (5) chefs de ménages ont déclaré qu'ils se sont retrouvés avec une dette. *« il me reste 15 000 F CFA à payer »* d'après un chef de ménage ; *« il me reste une dette de 25 000 F CFA auprès de mon cousin....on a emprunté pour payer les deux dernières factures... »* d'après un chef de ménage à Yeumbeul ; *« j'ai emprunté 40 000 F CFA chez ma voisine... »* selon une Ménagère, au parcelles assainies.

On note aussi qu'un chef de ménages a déclaré avoir vendu un bien de production du ménage. *« J'ai vendu ma perceuse à 15 000 F CFA, c'est mon outil de travail »* d'après un chef de ménage.

❖ En outre les ménages ont des difficultés à faire face aux charges quotidiennes. C'est le cas du ménage de Mme X *« Mon mari ne reçoit que 50 000 F CFA /mois avec cette facture (facture de l'hospitalisation) de 70 000 F CFA c'est évident que s'il devait me donner 25 000 F CFA pour la popote il va donner 10 000 F CFA ou 15 000 F CFA »*. et de M. Y *« ...Avant de s'habiller il faut se nourrir et payer ses dettes. Il faut faire des sacrifices pour la santé et la nourriture. On a emprunté pour payer les deux dernières factures (électricité et eau).il vaut mieux emprunter pour payer la facture sinon si le délais de paiement passe le montant de la facture*

augmente ». ces témoignages montrent à quel point les ménages ont des difficultés à subvenir aux dépenses courantes après une hospitalisation.

- ❖ On note aussi la perte de revenu due à l'incapacité de travailler des malades, c'est le cas de M. Z électricien à Touba-Thiaroye : *« j'ai fais deux mois sans travailler, cela représente au mois deux contrats, et sur chaque chantier je peux avoir entre 25 000 F CFA et 50 000 F CFA »* et de M. B, journalier à la SOBOA *« je n'arrive plus à travailler à cause de ma blessure. Je suis plus payé depuis que je suis malade, j'étais payé à 15 000 F CFA par semaine »*.
- ❖ En général les ménages interviewés déclarent qu'il n'existe pas de réseau de solidarité à l'hôpital, ni l'Etat, ni le service social ne peut les aider. Ce constat est le même au niveau de la cellule famille. Les ménages se retrouvent de plus en plus seuls face aux dépenses de soin. *« Il n'y a pas de réseau de solidarité au tour du malade, le malade était tout seul à l'hôpital. Je n'ai pas reçu l'aide de la famille et personne n'est venue nous voir à l'hôpital, on n'a pas reçu de don, ni d'argent de la part des visiteurs »*. Monsieur D. à Yeumbeul.
« Nous n'avons bénéficié de l'aide de personne » selon un chef de ménage à Pikine- EST.

Au terme de l'analyse des données qualitatives, nous pouvons retenir que les ménages ont du mal à supporter les dépenses d'hospitalisation. La plupart se retrouve avec une dette ou est obligée de vendre des biens de la famille ou de production. On note des jours d'invalidité qui sont un manque à gagner pour le ménage au cas où c'est un membre actif est malade.

VI. DISCUSSION

Dans ce chapitre nous parlerons des limites de l'étude et nous aborderons la discussion des résultats.

6.1. Limites de l'étude.

Il est très difficile de mesurer les dépenses de soins des ménages en Afrique notamment au Sénégal ou la majeure partie de la population n'a aucune notion comptable de ses dépenses courantes en particulier les dépenses de santé. Face à cette difficulté, nous avons effectué notre analyse sur les données recueillies au bureau de facturation des hôpitaux retenus dans le cadre de l'enquête.

Nous avons grâce au questionnaire, fait ressortir les déterminants de vulnérabilité des ménages.

Cependant, en ce qui concerne l'impact de ces dépenses sur l'économie du ménage, l'échantillon entretenu de 10 ménages n'est pas représentatif. Néanmoins, elle permet d'approcher de manière substantielle les conséquences à terme les plus fréquentes des dépenses d'hospitalisation sur l'économie familiale. Une étude plus poussée sur la question serait souhaitable.

6.2. Discussion des résultats.

6.2.1 Typologie de la clientèle et coûts d'hospitalisation

L'analyse des résultats nous montre qu'il existe une très grande différence entre la clientèle de l'HOGGY et celle de l'HALD. On pourrait dire que l'HOGGY reçoit des malades qui ont une bonne situation sociale, ce qui n'est pas le cas des malades de l'HALD.

Le niveau d'éducation, un déterminant du niveau de vie du ménage montre que les ménages dont le chef de ménage est instruit, se rendent à l'HOGGY. L'HALD reçoit près de (67,56%) qui n'ont aucun niveau ou qui ont été à l'école arabe (67,85%).

L'analyse des quintiles de revenu montre bien cette différence entre l'HOGGY et l'HALD. La plu part des ménages qui sont dans les deux premiers quintiles c'est-à-dire des plus pauvres

vont à l'HALD (69,3%), et les plus nantis c'est-à-dire le quintile 5 vont à l'HOGGY (69,2%). Il en est de même avec le revenu moyen des ménages.

Cette différence peut s'expliquer par l'origine même des ménages. Les résultats montrent que l'HALD reçoit plus les ménages issus de la banlieue et des zones rurales. L'incidence de la pauvreté est plus élevée dans ces communes.

En plus de cette différence de clientèle, nous avons noté une différence de pathologie traitée. L'HOGGY reçoit plus d'accidenté, ceci s'explique par le fait que l'HOGGY fut le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie (CTO) donc un centre spécialisé dans le traitement des accidentés. Cependant la maladie infectieuse reste la première cause d'hospitalisation dans les deux hôpitaux.

Au niveau de l'âge des malades, la tranche âge active (20-40) représente 40% des malades, hors ils sont les moins touchés par la maladie. Ce paradoxe peut venir du fait que les ménages retiennent plus les personnes ressources. Le motif d'hospitalisation l'explique aussi, comme les accidents, les accouchements et les maladies infectieuses (SIDA) qui touchent plus cette tranche d'âge.

En outre pour les mêmes motifs d'hospitalisation, l'HOGGY est 3,5 fois plus cher que l'HALD, on peut entraîner des factures catastrophiques pour le malade plus que l'HALD. Cette différence se manifeste au niveau de tous les actes médicaux.

L'analyse selon les catégories sociales a permis de dégager les critères de vulnérabilité au sein de groupes homogènes. Nous avons 192 ménages pauvres soit 137 ménages très pauvres et 55 ménages pauvres contre 180 ménages non pauvres.

6.2.2 Déterminants de vulnérabilité du ménage

Notre étude montre que les déterminants de vulnérabilité les plus significatifs sont les suivants :

- Le lieu d'hospitalisation : l'analyse des résultats montre que l'hospitalisation à l'HOGGY peut entraîner des dépenses catastrophiques pour le ménage quelque soit son niveau de vie. Cela s'explique par les coûts élevés des prestations de l'HOGGY.

29,2% des ménages qui ont un malade hospitalisé à l'HOGGY se retrouvent avec une dépense catastrophique pour leur économie contre seulement 10,6% de ceux qui vont à l'HALD. Cela vérifie notre hypothèse H3 à savoir que la tarification peut vulnérabiliser les ménages non pauvres. Les coûts élevés de l'HOGGY peuvent s'expliquer par la politique de recouvrement des coûts instituée par l'Etat sénégalais. Cette politique veut promouvoir l'autonomie financière des hôpitaux. Bien que cette politique ait favorisée la qualité des soins, elle a entraîné l'élévation des prix qui entraîne des factures qui sont catastrophiques pour le ménage.

- Comme nous l'avons évoqué dans notre cadre d'analyse, les motifs se sont révélés comme un facteur déterminant dans la vulnérabilité des ménages face facture aux dépenses d'hospitalisation. L'accouchement compliqué est la première cause de vulnérabilité des ménages. 76% des ménages qui ont un accouchement à l'HOGGY se retrouvent avec une dépense catastrophique pour leur économie. Ceci est du au coût élevé de la césarienne (225 000 F CFA en moyenne), et du caractère imprévisible de cette dépense. En effet, l'accouchement compliqué est 3,76 fois plus cher que l'accouchement simple soit en moyenne 487 515 F CFA pour un accouchement compliqué contre 129 473 F CFA pour accouchement simple. En suite nous avons les accidents, en particulier les accidents de la circulation avec 22% de taux de vulnérabilité et enfin les maladies (15,9%) de taux de vulnérabilité. Il serait intéressant de faire une étude bien appropriée sur les causes des accouchements compliqués et leurs conséquences socioéconomiques.
- La taille du ménage est un facteur significatif de la vulnérabilité des ménages face aux dépenses d'hospitalisation. L'analyse du résultat montre que plus le ménage est de petite taille plus il est vulnérable. On note que 31,2% des ménages qui ont une taille de 1 à 5 personnes se retrouvent avec une facture catastrophique contre 14,5% des ménages qui ont une taille de plus de 16 personnes.
- Comme toutes les études qui ont mis en relation santé et pauvreté, l'analyse de nos résultats a montré que les démunis sont les plus vulnérables (64,5% des ménages qui ont moins de 30 000 F CFA / mois/ personne ont une dépense catastrophique) et les

ménages nantis sont les moins touchés (12,8 % des ménages qui ont plus de 53 573 F CFA / mois/ personne ont une dépense catastrophique). Ce résultat montre que les pauvres sont cinq (5) plus vulnérables que les riches. Il en est de même avec l'analyse selon le seuil de pauvreté. Les résultats montrent que 25% des pauvres ont une dépense qui peut être catastrophique et 68,35% des ménages vulnérables sont des ménages pauvres. Ce résultat confirme notre hypothèse H2 à savoir que la vulnérabilité concerne d'abord les ménages pauvres. On note aussi 18,3% de ménages non pauvres peuvent se retrouver dans un état de pauvreté.

Le rapport de l'OCDE - OMS sur la pauvreté et la santé soutient que lorsqu'un pauvre tombe malade ou se blesse, la famille tout entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux de paupérisation face au coût élevé des soins médicaux⁷¹. D'autres études du Fond Monétaire International (FMI) et de la Banque mondiale aboutissent à la même conclusion.

➤ L'analyse des sources de financement des dépenses d'hospitalisation montre que 34,9 % des ménages vulnérables ont une couverture médicale. Ces ménages (38) qui ont une couverture médicale sont très souvent pris à 50% des frais d'hospitalisation et de médicament. Cette couverture peut leur permettre de ne pas trop subir les conséquences de cette dépense catastrophique.

Cependant 52% des 79 ménages vulnérabilisés sont sans couverture médicale, donc subissent les conséquences des dépenses catastrophiques. Ces ménages bénéficient d'aide de leur famille et du voisinage sous forme de don ou de prêt. L'analyse des caractéristiques socio-économiques de ces ménages montre qu'ils proviennent de la ville de PIKINE et hors de la région de Dakar. Et ce sont des ménages de grandes tailles et de ménages pauvres et très pauvres. Les chefs de ces ménages sont pour la plus part dans le secteur informel ou sont sans activité, et n'ont pas atteint le niveau secondaire de l'école française. Ils ont soit le niveau aucun niveau, ou ont été à l'école arabe. Ces ménages sont directement exposés aux conséquences de cette dépense catastrophique. Le projet « Santé Urbaine » financé par l'UNICEF et la

⁷¹ Voir UNICEF, Coopération Française, 2004 ; David E. Bloom(al), FMI, Mars 2004 ; OCDE, OMS, 2003 ; Adam Wagstaff, OMS, 2002 ; OMS,200.

Coopération Française⁷², réalisé dans cinq capitales africaines dont Dakar corrobore les résultats de notre étude.

6.2.3 Conséquences des dépenses d'hospitalisation sur les ménages vulnérabilisés

Les résultats de l'enquête qualitative bien que n'étant pas significatifs vu le nombre de ménage enquêté, nous donne un aperçu des conséquences des dépenses catastrophiques sur l'économie des ménages :

- ❖ Les résultats de cette enquête ont montré que près de 50% des chefs de ménage interrogés se sont retrouvés avec une dette.
- ❖ 10% des chefs de ménage ont vendu un bien de production pour faire face à leurs dépenses de soins.
- ❖ Les ménages ont reconnu l'inexistence de réseau de solidarité au tour des malades, le ménage se retrouve très souvent seul face à ses dépenses catastrophiques.
- ❖ La perte de revenu due à l'incapacité de travailler.
- ❖ La difficulté pour subvenir aux dépenses d'alimentation, de loyer et d'électricité.
- ❖ La paupérisation du ménage

Ces conséquences mettent en évidence la relation du cercle vicieux qui existe entre la santé et la pauvreté.

En outre, avec les résultats de l'enquête quantitative nous constatons que 65,1% des ménages vulnérables sont exposés directement à ces conséquences et 18,3 % des ménages non pauvres peuvent devenir pauvres suite à cette dépense catastrophique d'hospitalisation.

Nous préconisons donc, une étude plus poussée sur les conséquences des dépenses catastrophiques des soins de santé.

⁷² UNICEF, Coopération Française, 2004, *Qualité et accès aux soins en milieu urbain*.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

La présente étude a permis d'analyser l'impact que peut avoir les dépenses de soins hospitaliers sur les ménages. Nous avons obtenu les résultats suivants :

- ❖ Les principaux facteurs de vulnérabilité du ménage que nous avons pu dégager sont :
 - Les tarifs élevés des soins d'hospitalisation
 - Le motif d'hospitalisation : l'accouchement compliqué (76% de risque d'avoir une facture catastrophique) et l'accident (22% de risque d'avoir une facture catastrophique)
 - La taille du ménage : plus le ménage est de petite taille plus il est vulnérable.
 - La catégorie sociale du ménages : 68,35% des ménages vulnérables sont des ménages pauvres et 18,3 % des ménages non pauvres peuvent devenir pauvres suite à cette dépense catastrophique d'hospitalisation.

- ❖ Les principales conséquences que nous avons pu dégager sont :
 - Réduction du réseau de solidarité
 - Endettement du ménage
 - Vente de bien de production et bien familiale
 - Difficulté de subvenir aux besoins courants du ménage

Ces conséquences entraînent inéluctablement la paupérisation du ménage.

Dans le but de l'atteinte des OMD et de la lutte contre la pauvreté des mesures s'imposent pour réduire l'impact des dépenses sur les populations qui pour la plupart vivent en dessous du seuil de pauvreté (30% de la population sénégalaise).

C'est dans cette optique que nous nous proposons de contribuer à cette réflexion en formulant des recommandations dans le paragraphe suivant.

2 .Recommandations

Cette étude sur l'impact des dépenses de soins hospitaliers des ménages urbains a mis en exergue les différents déterminants de vulnérabilité des ménages face aux dépenses catastrophiques et leurs conséquences sur l'économie familiale. Il paraît donc opportun de faire des recommandations à l'endroit des décideurs et des partenaires en matière de développement et de politique de santé, sans oublier les consommateurs des services de soins.

❖ Recommandations à l'égard des décideurs en matière de politique de santé et de développement.

La lutte contre la pauvreté passe par la lutte contre les conséquences des dépenses catastrophiques de soins sur les ménages. Nous faisons les propositions suivantes :

- Renforcer les systèmes de financement permettant l'accès équitable des pauvres aux services de santé notamment à l'hôpital.
- Accroître les budgets alloués aux hôpitaux pour leur permettre de baisser leurs tarifs.
- Renforcer la capacité des services sociaux afin de permettre la prise en charge des personnes indigentes

❖ Recommandations à l'endroit partenaires d'aide au développement

- Accroître l'aide accordée à la réalisation des OMD relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté.
- Œuvrer à l'amélioration des capacités d'analyse des effets socio-économiques, afin de connaître les processus d'exclusion produits par le recours aux soins.

❖ Recommandations à l'attention des responsables de l'Hôpital A. Le DANTEC (HALD) et de l'Hôpital Général de GRAND YOFF (HOGGY).

- Réviser les prix des K opératoires au niveau du bloc opératoire afin que les factures ne soient pas trop élevées et difficiles à supporter pour les ménages.
- Mettre en place un service d'orientation et d'information sur les tarifs pratiqués et sur l'existence d'un service social auquel le ménage peut recourir en cas de besoin.
- Mettre en place un système de prix basé sur l'équité contributive verticale selon le niveau socioéconomique des malades.

- Envisager un système de prépaiement forfaitaire pour s'assurer les complications de l'accouchement.

❖ **Recommandations à l'attention des ménages**

- Envisager la mise en place d'une mutuelle de santé pour les soins d'hospitalisation afin d'amoindrir les conséquences d'une dépense catastrophique.
- Pour les femmes en état de grossesse, faire des consultations prénatales afin d'éviter des complications au cours de l'accouchement car les accouchements compliqués sont la première cause de vulnérabilité des ménages.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yves Antoine FLORI ; mars 2000
Financement des politiques de santé, in revue adsp n°30.
2. Banque mondiale ; 2000
Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale.
Luxembourg, communautés européennes.
3. Salim Haddad et Adrien Nougatara ; 2004
Equité du financement de la santé au burkina Faso.
4. UNICEF, Coopération Française, 2004,
Qualité et accès aux soins en milieu urbain.
5. CREDES, septembre 2000.
Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement.
6. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Paying for health care; Banque Mondiale; 2001
Quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Viet Nam 1993-98.
7. David E. Bloom(al) ; FMI; Mars 2004
Bilan de santé, in Finance et développement ; volume 41, N°1.
8. Adam Wagstaff, OMS, 2002
Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, in Bulletin de l'OMS recueil d'articles N°7.
9. Eugênia Gomes do E. Santo ; Décembre 2000
Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar.
10. Paule Kemgni ; janvier 2005
Inégalité sociales, pauvreté et santé, in Bulletin de Medicus Mundi Suisse N° 95,
<http://www.medicusmundi.ch/services/bulletin200501/kap02/05kemgni...>
11. Basenya Olivier ; Décembre 2003
Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar ;
Mémoire DSES.
12. OCDE, OMS, 2003
Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD : Pauvreté et santé,

13. Jeunesse et Développement, 2004,
Action au Sénégal, Pikine.
[http:// www.jeunedev.com/sene-pikine.htm](http://www.jeunedev.com/sene-pikine.htm).
14. République du Sénégal, Ministère de la santé publique et de l'action sociale ; Mars 1997
Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (1998 – 2007).
15. République du Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention ; Avril 2002
Statistiques sanitaires et démographiques (1997-2000).
16. Smith J.; 1999
Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and socioeconomic status. Journal of Economic Perspectives 13 :145-66.
17. Organisation Mondiale de la Santé, 2000
Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un service de santé plus performant.
Genève, OMS.
18. Banque Mondiale; 2001.
Raising the sights: better health systems for India's poor.
Washington (DC) : Banque Mondiale.
19. Barro, R et X. Sala-I-Martin; Inc 1995
Economic Growth. New York: McGraw-Hill.
20. Bloom, David E., D. Caning, et B.Graham; 2001
Health, Longevity, and Economic Growth in Africa.
Brooking Papers on Economic Activity 2:207-295.
<http://www.cid.harvard.edu/>.
21. République du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, 2006
Situation économique et financière en 2005 et perspectives en 2006.
Document Internet : <http://www.finances.gouv.sn/> (mars 2006)
22. Gérard Salem, 1998
La santé dans la ville : Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal),
23. Eugênia Gomes do E. Santo, UNICEF ; Décembre 2000
Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar ; in Qualité et Accès aux soins en milieu urbain.
24. Mamadou MARIKO, Boubou CISSE, UNICEF, CF, IRD ; Novembre 2000
Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capital.

25. Banque Mondiale, RS/MEF/DPS ; juillet 2004.

La pauvreté au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-2002.

26. Ministère de l'économie et des finances (République du Sénégal), juillet 2004 ;

Rapport de synthèse de la deuxième Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II)

27. Y. Diallo, Mai 2003 ; **Pauvreté et Santé, in Une médecine inhospitalière**, Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, ed. APAD-Karthala.

28. JEFFREY D. Sachs, OMS, Décembre 2001, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé ; **Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le développement économique.**

Documents Internet :

- ✚ Direction de la statistique et de la comptabilité Nationale/Ministère de l'économie et des finances/République du Cameroun ; Août 2002 ; **Conditions de vie des populations et profil de la pauvreté au Cameroun en 2001** ; Rapport principal de l'ECAM II.
- ✚ **L'impact du VIH/SIDA sur les mécanismes traditionnels de survie dans les économies rurales.**
- ✚ Narcisse Gbènoukpo M. KOUTON, juillet 2005 ; **Conséquences socioéconomique du SIDA au Bénin : qu'en dit la littérature existante ?** ; XXV^e Congrès international de la population, session N158.
- ✚ Benoît Libali, 2005, **Impact des funérailles sur le cycle de la pauvreté et de la faim à Brazzaville en République du Congo** ; CICRED.

ANNEXE

A / Tableau 14* : Motif et Lieu d'hospitalisation selon le niveau de la vie

Hôpital	Catégories sociales	M1	M2	M3	M6	M7	M8	Total
HALD	Très Pauvre	30,4	5,4	48,9	6,5	7,6	1,1	100,0
	Pauvre	31,3	6,3	40,6	15,6	6,3	0,0	100,0
	Non pauvre	44,0	1,3	44,0	5,3	5,3	0,0	100,0
	Ensemble	35,7	4,0	45,7	7,5	6,5	0,5	100,0
HOGGY Sans Accouch	Très Pauvre	30,3	12,1	21,2	12,1	9,1	15,2	100,0
	Pauvre	47,1	11,8	23,5	11,8	5,9	0,0	100,0
	Non pauvre	23,2	14,3	35,7	7,1	17,9	1,8	100,0
	Ensemble	29,2	13,2	29,2	9,4	13,2	5,7	100,0
ENSEMBLE	Très Pauvre	30,4	7,2	41,6	8,0	8,0	4,8	100,0
	Pauvre	36,7	8,2	34,7	14,3	6,1	0,0	100,0
	Non pauvre	35,1	6,9	40,5	6,1	10,7	0,8	100,0
	Ensemble	33,4	7,2	40,0	8,2	8,9	2,3	100,0

B / Tableau 15* : Répartition (en %) des malades selon l'ancienneté de la maladie par le niveau de vie

Hôpital	Catégories sociales	1j à 7j	7j à 1 mois	1 à 3 mois	3mois à 1an	plus de 1 an	Total	
							%	Effectif
HALD	Très Pauvre	21,7	23,9	5,4	21,7	27,2	100,0	32
	Pauvre	25,0	15,6	12,5	21,9	25,0	100,0	17
	Non pauvre	16,0	25,3	17,3	22,7	18,7	100,0	54
	Ensemble	20,1	23,1	11,1	22,1	23,6	100,0	103
HOGGY Sans Accouch	Très Pauvre	21,9	25,0	9,4	12,5	31,3	100,0	92
	Pauvre	23,5	11,8	29,4	5,9	29,4	100,0	32
	Non pauvre	32,7	14,5	5,5	9,1	38,2	100,0	75
	Ensemble	27,9	17,3	10,6	9,6	34,6	100,0	199
Ensemble	Très Pauvre	21,8	24,2	6,5	19,4	28,2	100,0	124
	Pauvre	24,5	14,3	18,4	16,3	26,5	100,0	49
	Non pauvre	23,1	20,8	12,3	16,9	26,9	100,0	129
	Ensemble	22,8	21,1	10,9	17,8	27,4	100,0	302

C/ Tableau 18* : Répartition (en %) des ménages selon le coût des médicaments par le niveau de vie

Hôpital	Catégories sociales	1200 - 15396	15540 - 25000	25128 - 38320	38541 - 62760	> 63000	Total
HOGGY (B) Sans Accouch	Très pauvre	21,2	12,1	18,2	18,2	30,3	100,0
	Pauvre	11,8	5,9	17,6	35,3	29,4	100,0
	Non pauvre	19,6	10,7	16,1	25,0	28,6	100,0
	Ensemble	18,9	10,4	17,0	24,5	29,2	100,0
HALD	Très pauvre	16,5	40,7	24,2	11,0	7,7	100,0
	Pauvre	20,0	36,7	10,0	16,7	16,7	100,0
	Non pauvre	37,1	21,4	10,0	17,1	14,3	100,0
	Ensemble	24,6	33,0	16,8	14,1	11,5	100,0
HOGGY (A) Accouch	Très pauvre	13,9	11,1	22,2	16,7	36,1	100,0
	Pauvre	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7	100,0
	Non pauvre	10,2	8,2	26,5	34,7	20,4	100,0
	Ensemble	12,1	9,9	25,3	26,4	26,4	100,0
ENSEMBLE	Très pauvre	16,9	28,1	22,5	13,8	18,8	100,0
	Pauvre	17,0	24,5	15,1	22,6	20,8	100,0
	Non pauvre	24,0	14,3	16,6	24,6	20,6	100,0
	Ensemble	20,1	21,4	18,8	19,8	19,8	100,0

D/ Tableau 20* : Répartition des ménages selon le niveau de vie et les quintiles des coûts des actes médicaux.

Hôpital	Catégories sociales	< 15000	15400 - 25500	26000 - 51300	51960 - 64260	> 64300	Total
HOGGY (B) sans Accouchement	Très pauvre	23,1	11,5	11,5	23,1	30,8	100,0
	Pauvre	7,7	0,0	23,1	0,0	69,2	100,0
	Non pauvre	11,1	4,4	24,4	15,6	44,4	100,0
	Ensemble	14,3	6,0	20,2	15,5	44,0	100,0
HALD	Très pauvre	54,2	23,7	16,9	1,7	3,4	100,0
	Pauvre	73,3	13,3	6,7	6,7	0,0	100,0
	Non pauvre	52,3	29,5	9,1	2,3	6,8	100,0
	Ensemble	55,9	24,6	12,7	2,5	4,2	100,0
HOGGY (A) Accouchement	Très pauvre	0,0	5,6	41,7	36,1	16,7	100,0
	Pauvre	0,0	33,3	16,7	33,3	16,7	100,0
	Non pauvre	0,0	4,1	30,6	46,9	18,4	100,0
	Ensemble	0,0	6,6	34,1	41,8	17,6	100,0
ENSEMBLE	Très pauvre	31,4	15,7	23,1	16,5	13,2	100,0
	Pauvre	35,3	11,8	14,7	8,8	29,4	100,0
	Non pauvre	20,3	12,3	21,7	22,5	23,2	100,0
	Ensemble	26,6	13,7	21,5	18,4	19,8	100,0

E/ Tableau 22* : Facture moyenne selon les motifs d'hospitalisation par le lieu d'hospitalisation

Hôpital	Catégories Sociales	Libelles	Motif d'hospitalisation		ENSEMBLE
			Maladie	Accident	
HOGGY	Très pauvre	Moyenne	261 875,00	177 989,00	234 815,00
		Effectif	21	10	31
	Pauvre	Moyenne	241 417,00	516 039,00	289 879,00
		Effectif	14	3	17
	Non pauvre	Moyenne	290 539,00	288 267,00	289 960,00
		Effectif	41	14	55
	ENSEMBLE	Moyenne	273 569,00	272 731,00	273 350,00
		Effectif	76	27	103
HALD	Très pauvre	Moyenne	79 311,50	99 597,80	82 241,70
		Effectif	77	13	90
	Pauvre	Moyenne	55 910,00	117 813,00	69 174,90
		Effectif	22	6	28
	Non pauvre	Moyenne	75 611,80	78 165,70	75 867,20
		Effectif	63	7	70
	ENSEMBLE	Moyenne	74 694,70	98 031,20	77 922,10
		Effectif	162	26	188

F Tableau 24* : Moyennes de Dépenses indirectes liées à l'hospitalisation

Catégories Sociales	Libelles	Lieu hospitalisation			ENSEMBLE
		HOGGY A	HOGGY B	HALD	
Très Pauvre	Moyenne	10 242,00	12 415,70	13 177,90	12 516,10
	Ecart-type	14 014,60	28 105,70	10 796,20	16 119,60
	Effectif	25	27	90	142
Pauvre	Moyenne	5 583,33	16 185,70	14 278,20	13 778,90
	Ecart-type	6 480,59	17 699,80	12 231,00	13 838,90
	Effectif	6	14	31	51
Non pauvre	Moyenne	10 829,10	20 481,60	19 467,30	17 745,30
	Ecart-type	17 143,80	31 463,30	26 432,40	26 436,40
	Effectif	34	40	73	147
ENSEMBLE	Moyenne	10 119,00	17 050,50	15 720,40	14 966,40
	Ecart-type	15 340,30	28 625,50	18 694,80	21 106,20
	Effectif	65	81	194	340

G/ Tableau 26* : Répartition des ménages selon le niveau de vie et les quintiles des coûts des dépenses totales.

Hôpital	Catégories sociales	12000 - 75843	75900 - 107149	107150 - 148150	148157- 297999	> 298000	Total
HOGGY (B) sans Accouchement	Très pauvre	9,7	16,1	16,1	29,0	29,0	100,0
	Pauvre	5,9	0,0	0,0	58,8	35,3	100,0
	Non pauvre	5,5	7,3	10,9	30,9	45,5	100,0
	Ensemble	6,8	8,7	10,7	35,0	38,8	100,0
HALD	Très pauvre	10,0	14,4	27,8	28,9	18,9	100,0
	Pauvre	9,7	22,6	19,4	19,4	29,0	100,0
	Non pauvre	17,8	23,3	17,8	16,4	24,7	100,0
	Ensemble	12,9	19,1	22,7	22,7	22,7	100,0
HOGGY (A) Accouchement	Très pauvre	0,0	19,4	36,1	8,3	36,1	100,0
	Pauvre	16,7	16,7	33,3	33,3	0,0	100,0
	Non pauvre	2,0	26,5	26,5	18,4	26,5	100,0
	Ensemble	2,2	23,1	30,8	15,4	28,6	100,0
ENSEMBLE	Très pauvre	21,0	23,6	24,2	15,9	15,3	100,0
	Pauvre	26,4	18,9	9,4	30,2	15,1	100,0
	Non pauvre	17,5	17,5	19,2	20,3	25,4	100,0
	Ensemble	20,2	20,2	19,9	19,9	19,9%	100,0

H/ Tableau 34* : Répartition des ménages vulnérable en fonction du lieu d'hospitalisation

Hôpitaux	Libelles	Ménages vulnérables		Total
		Sans couverture médicale	Avec couverture médicale	
HOGGY	Effectifs	23	35	58
	% ligne	39,7%	60,3%	100,0%
	% Colonne	56,1%	92,1%	73,4%
HALD	Effectifs	18	3	21
	% ligne	85,7%	14,3%	100,0%
	% Colonne	43,9%	7,9%	26,6%
ENSEMBLE	Effectifs	41	38	79
	% ligne	51,9%	48,1%	100,0%
	% Colonne	100,0%	100,0%	100,0%

I / Tests statistiques des tableaux

Le test de khi deux permet de voir si le croisement de deux variables est significatif ou non.

Nous avons les Hypothèses suivant :

H0 : la corrélation entre les deux variables est non significative dans l'échantillon considéré.

H1 : la corrélation entre les deux variables est significative dans l'échantillon considéré.

La probabilité « prob » est le degré de signification.

Le seuil de significativité $\alpha = 5\%$, est le risque de rejeter l'hypothèse H0 alors que celle-ci est vraie.

Si la probabilité du khi deux est inférieure à 5%, on rejette H0, la différence est significative.

Si la probabilité du khi deux est supérieure à 5%, on accepte H0, la différence est non significative.

Le tableau résume les principaux résultats de ces tests.

Tableau des tests de khi deux

N° Tableau		Khi 2 =x	Degré de liberté	Effectif théorique <5	Prob (Khi2 >x)	Décision du test
N°2		18,16	5	1	0,003	H0 rejetée
N°3		19,94	4	0	0,001	H0 rejetée
N°5		25,45	5	2	0,000	H0 rejetée
N°9		13,76	-	0	0,008	H0 rejetée
N°11, M		6,11	4	3	0,191	H0 acceptée
N°11, F		7,89	4	1	0,096	H0 acceptée
N°12	hoggyA	7,81	4	3	0,099	H0 acceptée
	hoggyB	5,81	8	6	0,668	H0 acceptée
	hald	4,72	8	1	0,787	H0 acceptée
	Ens	17,06	8	0	0,029	H0 rejetée
N°13	hoggyA	15,10	10	11	0,129	H0 acceptée
	hoggyB	7,70	10	12	0,658	H0 acceptée
	hald	28,54	10	9	0,001	H0 rejetée
	Ens	40,39	10	1	0,000	H0 rejetée
N°14		9,51	6	1	0,147	H0 acceptée
N°15		6,35	6	1	0,386	H0 acceptée
N15*		7,11	8	0	0,525	H0 acceptée
N°16	hoggyB	7,79	6	4	0,254	H0 acceptée
	hald	6,85	6	1	0,335	H0 acceptée
	ens	4,92	6	0	0,554	H0 acceptée
N°17	hoggyB	21,1	8	9	0,007	H0 rejetée
	hald	6,59	8	7	0,581	H0 acceptée
	ens	16,81	8	3	0,032	H0 rejetée
N°18	hoggyA	3,70	4	5	0,448	H0 acceptée
	hoggyB	2,06	4	2	0,725	H0 acceptée
	hald	3,13	4	3	0,536	H0 acceptée
	Ens	6,26	4	1	0,181	H0 acceptée
N°23	hoggyA	6,33	6	5	0,387	H0 acceptée
	hoggyB	11,91	8	8	0,155	H0 acceptée
	hald	8,06	8	5	0,428	H0 acceptée
	Ens	11,67	8	0	0,166	H0 acceptée
N°27	hoggyA	7,84	6	8	0,250	H0 acceptée
	hoggyB	4,16	6	4	0,655	H0 acceptée
	hald	4,98	6	4	0,546	H0 accepté
	Ens	13,42	6	0	0,037	H0 rejetée
N°28		31,17	8	0	0,000	H0 rejetée
N°29		65,48	12	4	0,000	H0 rejetée
N°30		29,95	16	0	0,018	H0 rejetée
N°31		63,54	16	0	0,000	H0 rejetée
N°32		47,90	12	0	0,000	H0 rejetée
N°33		23,01	8	0	0,003	H0 rejetée

J / GUIDE D'ENTRETIEN

Consigne générale :

Pouvez vous me dire comment vous avez financé les dépenses d'hospitalisation de votre..... et les conséquences socio-économique qu'elles ont pu avoir sur votre ménage ?

Veillez au travers de cette consigne, à ce que les sujets suivants soient abordés :

1. Dépenses et modalités de financement

- Pouvez vous me dire combien vous avez dépensé pour cette hospitalisation ?
- Avez-vous pu régler la facture d'hospitalisation ? sinon combien vous reste t-il à payer ?
- Si oui, comment aviez-vous fait pour réunir toute cette somme ?
- Comment allez vous faire pour régler le reste de la facture ?
- Avez-vous emprunté pour faire face à cette dépense ? si oui quelles sont les personnes au près de qui vous être endetté ?
- Pouvez vous me dire quel est le lien de parenté qui existe entre vous ? quel est le montant que chaque personne vous a remis ?

2. Réseau de solidarité

- Votre famille vous a-t-elle assisté (Visite, aide financier) au cours de cette hospitalisation ?
- A part votre famille quelles sont les personnes qui vous ont aidé ?
- Faites vous partie d'une association (religieuse, tontine, autre) ?
- Avez-vous sollicité l'aide de votre voisinage ? ont-ils accepté de vous aider ?
- Avez-vous reçu l'aide du personnel de l'hôpital
- A quel niveau ces personnes vous ont aidé ?

3. Effets socio-économiques de ces dépenses

- Pouvez vous me dire quels sont les changements qui sont survenus dans votre ménage après ces dépenses ?
- Appréhendez vous des effets sur vos dépenses domestiques (loyer, électricité, eau) avenir
- Des changements sur le plan financier, sur le plan social ?
- Avez-vous eu des difficultés ou n'avez-vous pas pu honoré vos engagements (loyer, factures d'eau et électricité)
- Avant cette dépense preniez-vous les repas du jour ?
- Arrivez vous toujours à prendre les trois repas du jour après cette dépense ?
- Avez-vous vendu des biens de votre ménage pour faire face à ces dépenses ?

- Comment allez faire pour rembourser ces emprunts ?
- Le malade contribuait-il aux dépenses du ménage ? si oui comment fait vous pour pallier le manque à gagner ?

4. Antécédents hospitaliers

- Que pensez vous de l'hôpital ? sur le plan des coûts économique des soins ? sur la qualité des soins ?
- En cas de maladie dans votre ménage allez vous recourir à l'hôpital ?
- Si non pourquoi ?
- S'il arrivait qu'un membre de votre ménage tombe gravement malade, comment aller vous faire la prise en charge ?
- Quelles sont vos suggestions pour une bonne prise en charge des malades et une bonne gestion de l'hôpital ?