

**Journée thématique du GDR « Economie du développement »**  
*Envois de fonds, pauvreté et inégalité dans les pays en développement*  
GED-Lare-Efi, Université Montesquieu-Bordeaux IV  
16 octobre 2008

**Déterminants des dépenses de santé catastrophiques des ménages  
dans les pays à ressources limitées : le cas de la prise en charge  
des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.**

**Arnousse Beaulière<sup>1,2</sup>, Koko Koné<sup>2,3</sup>, Alex Pouhé<sup>4</sup>, Bertin Kouadio<sup>4,5</sup>, Siaka Touré<sup>4</sup>**

1. Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Université Victor Segalen Bordeaux 2, France
2. Groupe d'Economie du Développement (GED)-Lare-Efi, Université Montesquieu-Bordeaux IV, France
3. Institut pédagogique national de l'enseignement technique et professionnel (IPNETP), Abidjan, Côte d'Ivoire
4. ONG ACONDA-VS-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire
5. Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire

## **Contexte et justification**

Malgré les efforts engagés par les acteurs nationaux et internationaux de la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à ressources limitées, l'accès à la prise en charge des personnes vivant avec cette maladie constitue plus que jamais un problème de santé publique majeur [1-3]. En effet, dans la plupart de ces pays, le financement de la prise en charge du VIH/SIDA repose essentiellement sur la contribution financière des ménages [1,4,5]. Ces derniers participent, généralement, à plus de 50% au financement global de la prise en charge, faisant ainsi face à des dépenses de santé catastrophiques [6,7]; ce qui les jette dans la pauvreté, voire même dans l'indigence [8]. Avec une prévalence située entre 4 et 10% [9], et une majorité de la population vivant dans la pauvreté, la Côte d'Ivoire représente l'un d'Afrique sub-saharienne où la question du coût de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA se pose avec acuité [10,11].

## **Objectif**

L'objectif de cette recherche est de décrire et d'analyser les déterminants des dépenses de santé catastrophiques des ménages dans le cadre de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

## **Méthodes**

Les données sont issues d'une enquête transversale menée dans 18 centres de prise en charge du Programme d'Extension d'Accès aux Soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA ACONDA (PEASA) à Abidjan. 1 190 patients sous antirétroviraux, âgés de 15 ans et plus, ont été sélectionnés de façon aléatoire de juin à juillet 2007.

La définition des dépenses de santé catastrophiques retenue dans cette étude est celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : les ménages font face à des dépenses catastrophiques si *le rapport entre les dépenses totales de santé et la différence entre le revenu et les dépenses alimentaires* dépasse le seuil de 40%. Les dépenses totales de santé comprennent les dépenses liées à la prise en charge du VIH – dépenses VIH – et les dépenses non liées à cette prise en charge – dépenses non VIH. Les dépenses VIH sont réparties en dépenses médicales et dépenses non médicales. Les dépenses médicales VIH intègrent les dépenses de consultations, médicaments antirétroviraux (ARV), examens

biologiques, examens de laboratoires, et traitements des infections opportunistes. Les dépenses non médicales VIH concernent le transport et l'hébergement ponctuel du patient et/ou de son accompagnateur (pour l'approvisionnement des médicaments ou lors des consultations au centre de prise en charge).

Dans un premier temps, nous avons décrit, à l'aide de tests de comparaison paramétrique et non paramétrique, les dépenses de prise en charge du VIH/SIDA et des dépenses totales de santé selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, position dans le ménage - chef de ménage ou non -, niveau de CD4) et du ménage dont il est issu (taille, niveau d'études du chef de ménage, secteur d'activité économique du chef de ménage, revenu). Dans un second temps, une analyse en régression logistique multivariée a été utilisée pour déterminer les facteurs associés aux risques de dépenses de santé catastrophiques pour les ménages.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 10 à partir d'une pondération normalisée.

## **Résultats**

*Sur le plan descriptif*, cette recherche aboutit aux résultats suivants. Le coût moyen de prise en charge des patients vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire s'élève à 9,2 euros par mois, dont 78% de coût médical (consultations, médicaments et examens) et 22% de coût non médical (transport et hébergement). Le coût direct médian de prise en charge était significativement plus élevé pour les hommes que pour les femmes, ainsi que pour les patients ayant les taux de CD4 les plus bas. Les dépenses de santé (somme des dépenses VIH et dépenses non VIH) sont, en moyenne, de 15,6 euros par mois. En moyenne, les 25% de ménages les plus pauvres dépensent 2,8 euros par mois pour la santé de leurs membres, contre 42,9 euros pour les ménages plus riches. Le revenu moyen des ménages s'établit à 74,9 euros par mois. Alors qu'il est nul pour les 25% de ménages les plus pauvres, le niveau de revenu s'élève à 254,0 euros par mois pour les ménages plus riches. Les dépenses moyennes VIH représentent 58,6% des dépenses totales de santé réalisées par les ménages. Ainsi, les ménages dépensent 12,2% de leur revenu pour la prise en charge du VIH, contre 20,8 % pour la santé de leurs membres en général,

ce qui pourrait traduire, à bien des égards, une situation de dépenses de santé catastrophiques.

*D'un point de vue analytique*, l'étude des déterminants des dépenses de santé catastrophiques permet de mettre en évidence les facteurs associés aux risques de dépenses de santé catastrophiques pour les ménages. C'est ainsi que ces risques diminuent avec l'âge du patient, mais augmentent lorsque celui-ci est chef de ménage. Par ailleurs, les ménages dont les patients ont un niveau de CD4 situé entre 200 et 350 cells/mm<sup>3</sup>, par rapport à ceux ayant un niveau de CD4 inférieur à 200, ont plus de chance de faire face à des dépenses de santé catastrophiques. De même, la probabilité d'être confronté à des dépenses de santé catastrophiques augmente chez les ménages pauvres par rapport aux ménages appartenant aux tranches supérieures de la distribution des revenus.

**Conclusion :** L'objectif de cette recherche était de décrire et d'analyser les déterminants des dépenses de santé catastrophiques dans un contexte à ressources limitées comme celui de la Côte d'Ivoire. Cette recherche ne prend pas en compte les coûts d'opportunité inhérents à la perte de temps et donc de revenus que peut engendrer la maladie pour les patients et leurs familles. Cependant, comme cela a été démontré pour le Sénégal [12], elle permet de mettre en évidence l'obstacle socioéconomique majeur que constitue, pour ces derniers, le paiement direct des prestations liées à la prise en charge du VIH/SIDA. Ainsi, elle plaide en faveur de la mise en œuvre d'une politique de financement de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA basée sinon sur la gratuité [13], du moins sur une participation financière différenciée des ménages selon l'état de santé des patients et la situation socio-économique des ménages auxquels ils appartiennent. Bien qu'elle soit susceptible d'avoir des conséquences sur le fonctionnement des centres de prise en charge en termes de management [14], cette politique devrait conduire non seulement à un meilleur accès aux traitements des patients appartenant aux ménages les plus pauvres et vulnérables, mais également à une amélioration de leur état de santé, c'est-à-dire à une meilleure performance des centres de prise en charge. Elle devrait, ainsi, conduire à une réduction des inégalités socio-économiques de santé entre les ménages les plus pauvres et les plus riches. Dans cette optique, la présente recherche constitue, pour les autorités sanitaires

ivoiriennes en général, et le Programme national de prise en charge (PNPEC) en particulier, un outil d'aide à la décision dans la conception et la réalisation des politiques publiques de santé relatives à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

#### **Note**

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la valorisation du projet EFFICIENT-CI ANRS 12137 dont Arnousse BEAULIERE et Siaka TOURE sont, respectivement, Investigateur Principal NORD et Investigateur Principal SUD.

Les commentaires qui y sont présentés n'engagent que leurs auteurs.

#### **Références bibliographiques**

1. WHO/UNAIDS/Unicef. Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report. Geneva: World Health Organization 2008.
2. Posse M, Meheus F, Asten HV, van der Ven A, Baltussen R. Barriers to access to antiretroviral treatment in developing countries: a review. *Tropical Medicine and International Health* 2008; 13 (7): 904-913.
3. Nemes M.I, Beaudoin J, Conway S, Kivumbi G.W, Skjelmerud A, Vogel U. Evaluation of who's Contribution to "3 by 5": main report. Geneva: World Health Organization 2006.
4. Zachariah R, Van Engelgem I, Massaquoi M, Kocholla L, Manzi M, Suleh A *et al.* Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* March 2008; 102: 288-293.
5. James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I *et al.* To Return or Removes User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2006; 5 (3): 137-153.
6. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 2002; 80 (8): 612-612.
7. Xu K, Evansa DB, Kadamaa P, Nabyonga J, Ogwal PO, Nabukhonzonzo P, Aguilar AM. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine* 2006; 62: 866-876.

8. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Raj AS, Garg CC, Harbianto D *et al.* Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet* 2006; 368: 1357-64.
9. Touré S, Koudio B, Seyler C, Traoré M, Dakoury-Dogbo N, Duvignac J *et al.* Rapid scaling-up of antiretroviral therapy in 10 000 hundred adults in Côte d'Ivoire: 2-year outcomes and determinants. *AIDS* 2008; 22: 873-882.
10. Goldie SJ, Yazdanpanah Y, Losina E, Weinstein MC, Anglaret X, Walensky RP, Hsu HE, Kimmel A, Holmes C, Kaplan JE, Freedberg KA. Cost-effectiveness of HIV treatment in resource-poor settings--the case of Côte d'Ivoire. *N Engl J Med* 2006 Sep 14;355(11):1141-53.
11. Nombela N, Kouadio B, Toure S, Seyler C, Flori YA, Anglaret X. Nonantiretroviral drug consumption by CD4 cell count in HIV-infected adults: a 5-year cohort study in Côte d'Ivoire. [J Acquir Immune Defic Syndr.](#) 2006 Feb 1;41(2):225-31.
12. Decaux A, Cis M, Taverne B, Sowa PS, Ergot M, Faye MA *et al.* Access to antiretroviral drugs and AIDS management in Senegal. *AIDS* 2003; 17 (Suppl 3): S95-S101.
13. Taverne B. Pour une délivrance gratuite des traitements antirétroviraux en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96 (3): 241-244.
14. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 532-538.