

## **PART DES DÉPENSES DE SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LES DÉPENSES DE SANTÉ DES INSTITUTIONS DE PROTECTION SOCIALE DU SÉNÉGAL.**

### **Auteurs**

D. FAYE<sup>1</sup>  
D. CISSE<sup>1</sup>  
M. DIOUF<sup>2</sup>  
A. KANOUTÉ<sup>2</sup>  
Y. S. BALDÉ<sup>3</sup>

### **Services**

1- Service de santé publique dentaire-Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie, UCAD-Sénégal.

2- Service de santé publique dentaire-Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie, UCAD-Sénégal.

3- Chirurgien dentiste

### **Correspondance**

### **RÉSUMÉ**

Dans tous les pays du monde, les soins bucco-dentaires sont parmi les plus chers des prestations de santé. Au Sénégal, leur consommation est souvent contrôlée voire limitée par les institutions de protection sociale à cause de leurs coûts très élevés.

L'objectif de notre étude était de déterminer leur part dans les dépenses de santé de ces institutions.

L'étude était descriptive transversale et a porté sur l'ensemble des institutions de protection sociale du Sénégal fonctionnelle depuis au moins 2005 date d'élaboration des premiers comptes nationaux de la santé.

Nos résultats ont montré que 78,9% des institutions ont des dépenses en soins bucco-dentaires supérieur à 10% et plus de la moitié (52,1%) supérieur à 20% sur les dépenses totales de santé.

Pour une maîtrise de ces dépenses de soins bucco-dentaires, Il est important de sensibiliser les institutions de protection sociale de se pencher sur les comportements individuels des bénéficiaires et des prestataires pour comprendre les mécanismes et les déterminants qui régissent leur évolution et y apporter les solutions adéquates.

**Mots-clés** : Dépenses soins bucco-dentaires, Institution protection sociale, Sénégal.

### **SUMMARY**

*In all countries of the world, dental care are among the most expensive health benefits. In Senegal, their use is often controlled or limited by social welfare institutions because of their very high cost.*

*The aim of our study was to determine their share of health expenditure of these institutions.*

*The study was descriptive and cross-examined all welfare institutions of functional Senegal since at least 2005 date of preparation of the first national health accounts.*

*Our results showed that 78.9% of institutions spending dental care than 10% and more than half (52.1%) more than 20% of the total health expenditure.*

*For mastery of these expenses dental care, it is important to make social welfare institutions to focus on the individual behavior of beneficiaries and providers to understand the mechanisms and determinants that govern their development and make the solutions adequate.*

**Key words:** *Expenditures dental care, welfare institution, Senegal.*

## **INTRODUCTION**

Après les indépendances, la prise en charge sanitaire dans les pays africains a beaucoup évolué. Au Sénégal, de l'Etat Providence, système hérité de la colonisation où il était noté une gratuité des soins, on a assisté vers les années 70, du fait de la récession économique, à un désengagement de l'Etat dans certains secteurs sociaux notamment celui de la santé. A cette situation sont venues s'ajouter les répercussions des politiques d'ajustements structurels imposées par les institutions de Bretton Woods en vue d'assainir les finances publiques. Ces politiques dites « de moins d'Etat et mieux d'Etat », corollaires des restrictions budgétaires drastiques, eurent leurs premiers contre coups au niveau de la santé et de l'éducation [Lo2009,Wagstaff2002].

Dans la santé, les structures sanitaires ont vite ressenti les effets des restrictions budgétaires avec des problèmes successifs connus vers les années 90 qui ont pour noms:

- Dégradation ou insuffisance des infrastructures ;
- Ruptures fréquentes des médicaments ;
- Déficit quantitatif et qualitatif de personnels ;
- Flambée des coûts des prestations et des médicaments.

Ces problèmes ont été exacerbés par l'état d'indigence des populations ne disposant pas de moyens financiers pour assurer le paiement direct et immédiat des actes et soins médicaux, alors qu'ils ne relèvent, dans leur écrasante majorité, d'aucun système de prise en charge sanitaire formel [Aviva2010,BIT2007,Nathalie1998].

Pour faire face à cette situation des institutions de protection sociale telles que les Institutions de Protection Maladie (IPM) et les mutuelles sont mises en place pour la prise en charge sanitaire des populations.

Ces systèmes favorables de prise en charge sont confrontés aujourd'hui à la très forte augmentation des dépenses de soins en général et des soins bucco-dentaires en particulier.

Les soins bucco-dentaires sont parmi les plus chers des prestations de santé et de nombreuses discussions subsistent quant aux potentialités réelles des institutions de protection sociale à assurer leurs accessibilités.

Ce travail se propose de décrire les dépenses de soins bucco-dentaires dans les dépenses de santé dans la région de Dakar par les institutions de protection sociale.

## MÉTHODOLOGIE

L'étude a eu pour cadre la région dakar qui concentre 90% des institutions de protection sociale du Sénégal. Elle était descriptive et transversale et a concerné l'ensemble des institutions de protection sociale établi à Dakar.

Les critères d'inclusion étaient la fonctionnalité depuis au moins 2005 correspondant à la date de la première élaboration des comptes nationaux de la santé au Sénégal. Des lettres ont donc été adressées aux dirigeants de la Fédération Sénégalaise des associations des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) du Sénégal et de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar pour avoir les listes et adresses de leurs institutions.

Après réception des listes et adresses des différentes sociétés d'IPM et mutuelles de santé du Sénégal un questionnaire a été ensuite auto-administré aux gérants des institutions pour une période de 1 mois.

Les variables étudiées étaient les différentes prestations offertes et les dépenses en soins bucco-dentaires notamment la part des dépenses en soins bucco-dentaires dans les dépenses de santé des Institutions de Protection sociale.

Après la collecte des données, nous les avons saisies avec le logiciel CSPRO. Une fois la saisie terminée, nous avons exporté les données sur le logiciel SPSS pour leur traitement.

## RÉSULTATS

### Taille échantillon

Sur les 220 questionnaires administrés, 127 ont été reçus dont seulement 40 étaient exploitables avec 25 Institutions de Prévoyance Maladie (13 d'entreprises et 12 interprofessionnelles) et 15 mutuelles de santé.

### Prestations offertes

Tableau I : Proportion des institutions selon le type de soins dentaires pris en charge

Type de soins dentaires	Institutions			
	Institutions inter-professionnelles (n=12)	Institutions entreprises (n=13)	Mutuelles de santé (n=15)	Ensemble (n=40)
Traitements conservateurs	100%	100%	93,4%	97,9%
Extractions	100%	100%	100%	100%
Prothèse	27,6%	33,7%	0,0%	22,0%
Orthodontie	27,6%	72,3%	0,0%	42,4%

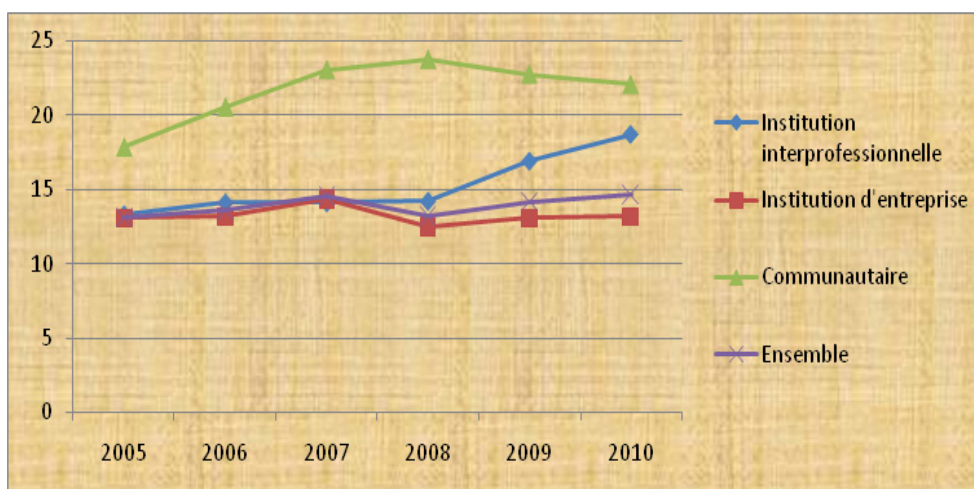
## Dépenses en soins dentaires

**Tableau II :** Proportion des institutions selon le poids des dépenses en soins dentaires dans les dépenses en santé de 2005 à 2010

Institutions	Le poids des dépenses en soins dentaires dans les dépenses en santé			Total
	0 - 10%	11 - 20%	≥21%	
Institutions interprofessionnelles(n=12)	26,22%	21,43%	52,35%	100,0%
Institutions d'entreprises(n=13)	33,65%	25,18%	41,17%	100,0%
Mutuelles de santé(n=15)	3,42%	33,82%	62,76%	100,0%
Ensemble (n=40)	21,1%	26,8%	52,1%	100,0%

**Tableau III :** Part des dépenses en soins dentaires dans les dépenses en santé des différents types d'institutions par an de 2005 à 2010

Année	Type D'institution			
	Institutions interprofessionnelles (N=12)	Institutions entreprises (N=13)	Mutuelle de Santé(N=15)	Ensemble Institutions
2005	13,3%	13,1%	17,9%	13,1%
2006	14,1%	13,2%	20,6%	13,6%
2007	14,1%	14,4%	23,1%	14,6%
2008	14,2%	12,5%	23,8%	13,2%
2009	16,9%	13,1%	22,8%	14,2%
2010	18,7%	13,2%	22,1%	14,7%



**Figure 1:** Evolution des dépenses en soins dentaires de 2005 à 2010

## **DISCUSSION**

### **Limites de l'étude**

La quantité des informations recueillies a été en deçà des attentes, car sur 220 questionnaires distribués, seule une quarantaine a pu être exploitée. Même s'il est admis que le taux de réponses peut baisser dans les questionnaires auto-administrés, nous avons espéré que les relations nouées avec les responsables des différentes institutions de protection sociale nous permettraient d'avoir un taux de réponse d'au moins 75%. Nous reconnaissons qu'une méthode de collecte basée sur une entrevue aurait permis de recueillir un maximum d'informations. Cependant, à cause de la présence de certaines questions dont la réponse nécessite une consultation des archives des institutions, il n'était pas tout à fait approprié d'adopter cette méthode avec entrevue. En effet, certaines réponses nécessitaient une préparation, car les données de plusieurs années étaient demandées. Une meilleure planification d'une telle enquête qui consisterait à mieux sensibiliser les responsables des institutions de protection sociale en leur démontrant l'apport qu'ils feraient dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations les motiverait davantage. Toutefois, nous pensons que les résultats obtenus traduisent une certaine réalité vécue par les diverses institutions d'entreprises, interprofessionnelles et les mutuelles de santé concernées dont l'effectif de 40 s'apprête bien à des calculs statistiques valables dans une telle étude.

### **Prestations offertes**

Toutes les institutions prennent en charge les traitements conservateurs et les extractions. Cependant, pour les mutuelles, on note une faible proportion (6,6%) ne prenant pas en charge des soins conservateurs (Tableau I).

Pour la prise en charge des soins prothétiques, elle est assurée avec des pourcentages relativement faibles par : 27,6% des institutions d'entreprise et 33,7% des institutions interprofessionnelles. Cependant, elle est absente pour les mutuelles et pourtant Lo [2011] dans son étude à Dakar, avait trouvé 4 mutuelles sur un échantillon de 28 soit 14,8%, qui prenaient en charge les prothèses. Des biais de sélection dans la présente étude pourraient expliquer cet état de fait.

La proportion d'institutions prenant en charge les soins orthodontiques est assez importante au niveau des institutions interprofessionnelles (72,3%) mais relativement faible au niveau des institutions d'entreprises (27,6%) et absente chez les mutuelles (tableau I).

Les soins orthodontiques sont souvent plus motivés par l'esthétique que par le caractère fonctionnel de la denture et leur couverture aussi demande beaucoup de moyens. Cela peut expliquer le faible pourcentage d'institutions d'entreprises prenant en charge ces soins et l'absence de ces derniers dans le plateau de prestations des mutuelles.

Les institutions prenant en charge les soins prothétiques et orthodontiques (respectivement 22% et 42,4%) se distinguent nettement de ceux de la plupart des autres types de soins par sa faible importance. Les pourcentages relativement élevés d'institutions interprofessionnelles les prenant en charge peuvent être expliqués par le nombre important de leurs participants car plus grande est la taille d'une structure d'assurance, plus le risque est partagé et plus faible il devient pour chacun.

La non prise en charge des soins prothétiques et des soins orthodontiques par les mutuelles n'est pas sans lien avec les inégalités de consommation dentaire et le renoncement aux soins liés aux faibles moyens des populations défavorisées rapportés par plusieurs études[Leourmy2008,Lo2008,2009].

### **Dépenses en soins bucco-dentaires**

Nos résultats montrent que les soins bucco-dentaires occupent une place importante dans les dépenses en santé des institutions de protection sociale. En effet, 78,9% des institutions ont des dépenses en soins bucco-dentaires supérieur à 10% des dépenses en santé et plus de la moitié (52,1%) des institutions ont des dépenses en soins dentaires supérieur à 20% des dépenses totales de santé (Tableau II). Selon les gérants des institutions, cette proportion élevée (20%) des dépenses en santé est due à la fraude et à l'abus des bénéficiaires. Cet état de fait est confirmé par d'autres études [Atim1999,Gotzhuber2003,Lo2011] qui montrent que les bénéficiaires, en complicité avec les prestataires font profiter des avantages des institutions de protection sociale à leurs parents et amis n'ayant pas de couverture maladie par substitution. Cette pratique est d'autant fréquente lorsque la proportion de prise en charge est élevée[Gobbers2002].

Les différences de niveaux de dépenses en soins bucco-dentaires entre d'une part les IPM d'entreprises(13,2%) et interprofessionnelles(18,7%) et d'autre part les mutuelles de santé (22,1%) montrent combien les contraintes organisationnelles et financières ont une influence sur la recherche de performance de ces institutions (Tableau III). D'ailleurs une étude de Diop O en 2004 confirme nos résultats avec une moyenne des dépenses de 25701f cfa par personne pour les IPM d'entreprises contre 33700 fca pour les IPM interprofessionnelles et cette différence était essentiellement due à leur mode de fonctionnement et de financement. En plus, l'IPM d'entreprise peut bénéficier souvent d'aide (mise à disposition de personnel, de local, payment facture électricité etc..) de son entreprise qui impacte sur ces dépenses alors que les IPM interprofessionnelles n'en bénéficient pas. Il serait important donc de mettre place des stratégies pour améliorer l'organisation et le financement de ces institutions.

L'évolution des dépenses en soins bucco-dentaires des institutions de protection sociale durant notre période d'étude a été aussi influencée par plusieurs phénomènes qui sont plus ou moins liés à la situation économique et politique. En effet, la hausse du prix du pétrole sur le gaz, le carburant, les transports, etc., se sont faits sentir sur les revenus des ménages et de l'Etat. La participation moyenne par habitant au financement de la santé, dans les centres, postes et cases de santé de la région de Dakar était passé de 669,74 francs CFA en 2007 à 663,62 francs CFA en 2008 soit une baisse de 6,12 francs. Du côté de l'Etat les dépenses consacrées à la santé passaient de 10,3% du budget de l'Etat en 2007 à moins de 9% en 2008 [Diouf 2009].

Ces situations peuvent expliquer les variations d'ensemble des dépenses en soins bucco-dentaires de ces institutions durant cette période.

La courbe d'évolution d'ensemble des dépenses en soins bucco-dentaires des institutions est plus ou moins identique à ceux des institutions d'entreprises et interprofessionnelles (Fig1). Cependant l'évolution de la courbe des mutuelles de santé est atypique par rapport à ceux des autres institutions et à celle de l'ensemble des institutions. Mais son évolution peut être aussi décrite en trois phases de période identique à la courbe d'ensemble.

En plus des facteurs cités précédemment, nous avons aussi l'engouement des populations et des pouvoirs politiques qui a influencé l'évolution des dépenses des mutuelles de santé. De 2000 à 2007 le mouvement mutualiste a été appuyé par un dynamisme important des populations et une forte volonté politique [Lo 2011]. Mais cet engouement va diminuer progressivement suite à la persistance de la crise économique et à la hausse des prix qui a expliqué la chute progressive des dépenses en soins bucco-dentaires à partir de 2008.

## CONCLUSION

Les dépenses en soins bucco-dentaires occupent une place importante dans les dépenses en santé des institutions de protection sociale du Sénégal. Leur accroissement pourrait être maîtrisé par une action structurelle efficace pour soigner mieux à dépense équivalente. Il est donc important de se pencher sur les comportements individuels des bénéficiaires et des prestataires pour comprendre les mécanismes et les déterminants qui régissent l'évolution des dépenses de santé de ces institutions.

## REFERENCES

- 1-Atim(1999):"Social Movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon". *Social Science Médecine*,48(7) : 881-96.
- 2-Aviva R( 2010): Faire des soins de santé une prestation de sécurité sociale: approches institutionnelles de l'extension de la couverture. *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 63(1).
- 3-Bureau international du travail (2007) : La protection sociale de la santé : Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé. *Rev. BIT*; p102
- 4-Diop O ( 2004): Analyse des dépenses médicales des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au Sénégal: impact du risque moral. *Mém, DSES, CESAG*
- 5-Diouf S (2009) :Décentralisation et financement de la santé au Sénégal l'analyse des dépenses des collectivités locales dans le cadre du renforcement du système de santé. *Mém. Sante publique, CESAG* ; p 95
- 6-Gobbers D( 2002): L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest Débats contre verses et solutions proposées. *Rev ; (ADSP) n° 38* ; p77
- 7-Gotzhuber, Jurgen H, Kirsten R (2003 ) : Mutuelle de santé, 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest débats, controverses et solutions proposées par GTZ. *Rev. Santé et protection sociale* ; p 72
- 8- Letourmy A.(2008) Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains. *Rev.académie des sciences* :952-63.
- 9- Lo C.M.M., Faye D., Cisse D., Diouf M., Faye B, Fall A.( 2008) Prise en charge des soins bucco-dentaires par les mutuelles dans le département de Thiès. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo- Fac.*; 15 (4) : 28-32.
- 10- Lo C.M.M, Cisse D, Faye D, Diouf M, Dieng F, Diallo P.D. (2009) Accessibilité financière des soins bucco dentaires aux populations du département de Thiès. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo- Fac*; 16 (3): 41-45.
- 11- Lo C.M.M, Cisse D, Diouf M, Mbodj B, Ndiaye C, Faye D, Ndiaye N. (2011) Prise en charge de la prothèse dentaire par les mutuelles de santé de la **région de** Dakar. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* vol ;18, (4) : 23-26.
- 12- Nathalie M (1998) : Contributions actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement et à la fourniture et à l'accès aux soins de santé cas du Sénégal. *Rev. (BIT- STEP), Afrique*; p20
- 13- Wagstaff A. (2002) «Pauvretés et inégalités dans le secteur de la santé ». *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, recueil d'article n° 7 : 101-08.