

Proposition de communication au

9e Congrès international francophone de la Société de Pathologie Exotique

en partenariat avec

La Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française.

DETERMINANTS DE LA DEMANDE DE SOINS DANS UN CONTEXTE DE GRATUITE : L'EXEMPLE DE LA VILLE DE PIKINE DANS LA BANLIEUE DE DAKAR.

Moussa DIENG¹, Martine AUDIBERT

Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI)

Université d'Auvergne

65 bd François-Mitterrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

¹ Correspondance : Moussa DIENG, Doctorant, Tel : +033 6 59 02 68 45, mddiengfaye@yahoo.fr

Résumé

L'objet de cette communication est d'étudier la demande de soins des ménages urbains (Sénégal). Les données pour cette étude ont été recueillies grâce à une enquête à plusieurs passages menée auprès de 449 ménages, choisis de manière aléatoire, localisés dans la ville de Pikine (banlieue de Dakar), entre décembre 2010 et novembre 2011. Tous les membres du ménage, ayant eu un épisode de maladie les deux mois précédant (premier passage) ou depuis le passage de l'enquêteur (passages suivants), ont été interrogés sur le recours aux soins et les dépenses de santé. Les données recueillies permettent d'estimer les déterminants de la demande de soins de santé par un modèle multinomial probit.

Mots clefs : accès aux soins, dépenses de santé, probit multinomial, Sénégal

Contexte :

La maladie à un coût direct lié aux dépenses de santé, lorsqu'elle exige de recourir aux soins. Le coût direct de la santé n'a pas cessé d'augmenter depuis quelques décennies dans nombre de pays et la maîtrise des dépenses de santé est un défi pour tous. Dans les pays à faible revenu, en l'absence de couverture universelle de l'assurance maladie (80% de la population est non couverte en Afrique Sub-Saharienne), les ménages supportent une part importante du financement de la santé. Au Sénégal, la part des dépenses privées de santé bien qu'ayant diminué depuis 2000 (elle était de 63% dont 91% supportée par les ménages), reste encore importante (44,6% en 2008, dont 78,5% supportée par les ménages). Cette situation est à l'origine de barrières financières pour l'accès aux services de santé. Le Sénégal a

progressivement instauré depuis 2005 des politiques d'exemption ciblée (MSP, 2008).¹ Tandis que des études sur les effets des politiques d'exemption partielle ou totale ont été menées dans les pays voisins (Ridde et Morestin, 2011), peu de travaux ont été menés au Sénégal pour étudier l'effet des politiques sur le recours aux soins et les dépenses des ménages en lien avec les politiques d'exemption (voir la revue de la littérature menée par Ridde, Robert et Meessen, 2010). Or l'exemption du paiement des soins ne conduit pas toujours aux résultats escomptés, notamment la levée de la barrière financière pour les plus pauvres. Des études ont montré par exemple que des établissements de santé n'appliquaient pas les directives quant à l'exemption des services, notamment lorsque l'exemption est catégorielle, que des frais informels sont apparus ou encore que les coûts annexes au recours (frais de transport par exemple) restaient importants et limitaient l'accès aux soins des plus pauvres.

Intérêt :

La problématique de la demande de soins de santé a suscité un intérêt particulier notamment dans les PED, après l'adoption de la politique de participation financière des usagers. Les études menées ont alors mis l'accent sur l'impact de cette politique sur la fréquentation des établissements de santé. Et bien que leurs résultats soient demeurés controversés, les pressions pour revenir à la gratuité partielle ou totale ont été et sont fortes si bien qu'un certain nombre de pays d'Afrique sub-saharienne (Ouganda, Niger, Burundi, etc.), ont adopté ces politiques depuis quelques années. Par ailleurs, au-delà de l'enjeu théorique, la problématique de l'accès aux soins de santé dans ces pays est devenue une question importante pour l'atteinte des OMD d'ici 2015. Dans un tel contexte, une étude sur les dépenses de santé des ménages et le recours aux soins devrait contribuer à apporter des éléments pour évaluer les politiques mises en place et aider à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé.

Cette étude se propose d'étudier les déterminants de la demande de soins dans un environnement urbain, en tenant compte des réalités du marché des soins dans les quartiers populaires de la banlieue de Dakar dans un contexte de politique d'exemption et de subvention des soins. Contrairement aux études habituellement menées sur le recours aux soins et les dépenses de santé des ménages qui s'intéressent à la survenue d'un épisode de maladie pendant une période brève de l'année (épisodes survenus le mois précédent le passage de l'enquêteur), nous nous sommes intéressés à tous les épisodes de maladie survenus au cours de l'année, grâce à une enquête à passages répétés. Cette approche permet d'estimer le fardeau global de la maladie pour les ménages et de tenir compte de la saisonnalité des épisodes de maladie.

Les objectifs de cette étude sont d'une part d'étudier le recours aux soins en fonction du type de maladies, des périodes de l'année, des groupes de population et d'autre part d'évaluer l'effet des politiques de gratuité sur la demande de soins de santé.

¹ Comme la gratuité de l'accouchement (césarienne compris), des soins des personnes de plus de 59 ans (plan SESAME), du dépistage des cas et des soins liés au paludisme et une exemption partielle pour la tuberculose et le VIH/Sida.

Méthodes :

1- Données

La population d'étude est un sous-groupe de celle, constituée dans le cadre d'une étude sur le paludisme et le recours aux soins en cas de fièvre à Dakar, qui s'est déroulée en 2008-2009 (projet Actu-Palu)². L'échantillon est constitué de 449 ménages enquêtés en 2008 et issus de huit quartiers de Pikine (banlieue de Dakar).

Un suivi trimestriel a été mis en place entre décembre 2010 et novembre 2011 pour recenser tous les épisodes morbides et les accouchements, survenus dans le ménage durant cette période. Toutes les personnes des ménages sélectionnés ayant eu un choc de santé et toutes les femmes de ces ménages ayant accouché les deux derniers mois (premier passage) ou depuis le dernier passage de l'enquêteur (trois autres passages), ont été interrogées sur leur recours aux soins et les dépenses occasionnées par ce recours. Si l'épisode de maladie cité n'était pas terminé au moment de l'interview, des questions sur l'issue de ce recours étaient posées lors du passage suivant.

Dans ce papier nous nous intéressons à l'itinéraire thérapeutique du malade (automédication, recours aux établissements de soins publiques, privés), suivi pour les épisodes aigus de maladie, tant en premier qu'en second recours. Les dépenses liées aux soins sont recueillies par type de poste (consultations, médicament, transport, hospitalisation, examen, radiologie, etc.). Des informations supplémentaires ont été recueillies sur l'âge, le sexe de l'individu, le symptôme et la gravité de la maladie déclarée, le degré de satisfaction des individus sur les soins reçus, la couverture assurance maladie. Des données sociodémographiques, issues de la base de données de l'étude précédente (Actu-palu, 2008-2009), complètent les informations recueillies entre 2010 et 2011.

2- Modèle

Le modèle économétrique adopté est un probit multinomial tel que utilisé par Akin et al., (1996) au Nigeria, Bolduc et al., (1996) au Bénin, Audibert et al., (1998) en Côte d'Ivoire. Ce modèle est préféré au modèle au logit multinomial dans la mesure où l'hypothèse d'indépendance des alternatives non pertinentes (IIA) n'est pas vérifiée dans un modèle de demande de soins. Le modèle multinomial probit, en supposant les erreurs normales, autorise que ces dernières soient corrélées entre les alternatives. La probabilité de choisir le type de recours aux soins k est donnée par :

$$P_{ik} = \int_{-\infty}^{A_1} \int_{-\infty}^{A_2} \dots \int_{-\infty}^{A_{k-1}} \psi(U, \Sigma) dU$$

² Enquête menée en 2008 dans le cadre d'une collaboration entre le CERDI et l'IRD de Dakar (projet ANR) sur les déterminants de la demande de soins des fièvres et du paludisme des enfants en milieu urbain. L'échantillon, représentatif de la ville de Dakar, comportait 3000 ménages.

Où $A_j = (Z_{ij} - Z_{ik})\beta + (\alpha_j - \alpha_k)X_i$, $\psi(\cdot)$ désigne une densité conjointe normale multidimensionnelle avec U un vecteur de moyenne nulle et Σ la matrice de variances et covariances des termes d'erreurs.

Pour l'estimation du modèle, les quatre passages sont traités ensemble, en pooling. La variable expliquée, le recours aux soins en premier intention, est la probabilité de choisir un type de service de santé en cas d'épisode morbide. Elle présente trois alternatives, le recours aux services de santé public, le recours aux services de santé privé (modernes et traditionnels) et l'automédication (tous les traitements de la maladie au niveau du ménage). Les variables explicatives sont regroupées en quatre grands groupes : les facteurs économiques, les facteurs sociodémographiques, les facteurs liés à la qualité et le type de morbidité. Pour le niveau de vie du ménage, un indicateur est construit à partir de l'analyse en composantes principales. Pour chaque épisode morbide, le coût de la consultation et du transport lié aux soins est pris en compte dans l'analyse et on s'attend à un effet négatif sur le choix de l'alternative. Les caractéristiques sociodémographiques affectant le choix de recours aux soins sont l'âge, le sexe, la taille moyenne du ménage, le niveau d'éducation. Le type de pathologie, le nombre d'épisodes aigus par individu et par ménage, la sévérité de la maladie et l'état de satisfaction par rapport aux soins sont également pris en compte.

Résultats préliminaires

La population d'étude est composée de 5520 individus, dont 46% d'hommes. L'âge moyen des individus est de 24 ans et l'âge médian 21 ans. Sur l'ensemble des passages, 1066 épisodes aigus ont été déclarés (seuls les épisodes qui ont occasionné un recours aux soins ont été pris en compte). Ces épisodes concernent 825 individus issus de 283 ménages, soit en moyenne 1,29 épisode par individu et 3,76 épisodes par ménage, par an. Sur l'ensemble des ménages, 23% n'ont déclaré aucun cas de morbidité aigue sur l'année. Il ressort des déclarations des malades que le paludisme (56,66% des épisodes aigus déclarés) est la pathologie la plus fréquente sur l'année. Les résultats montrent aussi, que malgré la mise en place de la politique de gratuité pour le traitement du paludisme depuis mai 2010, le coût moyen lié au traitement du paludisme (6 696 FCFA) est plus élevé que pour les autres pathologies aiguës (4 813 FCFA). Les dépenses en médicament pour les recours aux services de santé publics en premier intention représentent 92% du montant des versements directs des malades du paludisme. Les enfants (0 à 10 ans) sont les plus touchés par la maladie (36,87% des épisodes morbides) et le coût moyen des soins dans le public est très élevé (5 228 FCFA).

L'effet du prix (coût des soins restant à la charge des ménages) sur le choix du type de de soins est faible. La demande de soins de santé est inélastique au prix. Pour la qualité perçue des soins, l'effet est positif sur le recours aux services de santé privés externes. Il semble avoir un effet de compensation de l'effet négatif du prix par l'amélioration de la qualité des services offerts dans le privé. L'effet du prix sur le choix des services de santé privé est en effet positif et le secteur privé est constitué en majorité de privé à but non

lucrative (61%) qui en général propose des tarifs plus bas et une meilleure qualité d'où une propension plus importante à payer pour ces soins.

Avec la mise en place des politiques de gratuité et de la couverture maladie universelle au Sénégal, les résultats de cette étude participent à la réflexion déjà en place sur un meilleur usage des ressources destinées à la santé dans un contexte de hausse des coûts de soins de santé.

Références

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. (2012), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
- Akin, J.S., Guilkey, D.K., Hazel, & Denton, E. (1995). Quality of services and demand for health care in Nigeria: A multinomial probit estimation. *Social Science & Medicine*, 40, 1527-1537.
- Audibert M., Mathonnat J., Nweyimana I., Henry M.C., (1999), The determinants of health care demand amongst the Senoufo of the Cote d'Ivoire. *Health and System Science*, Vol.2, n° 1/2, p.111-126.
- Bolduc, D., Lacroix, G., & Muller, C. (1996). The choice of medical providers in rural Benin: A comparison of discrete choice models. *Journal of Health Economics*, 15, 477-498.
- Cisse B., Luchini S. et Moatti J-P., (2004), Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en Développement : les raisons de résultats contradictoires. *Revue française d'économie*, Volume 18, Numéro 4 p. 111 – 149.
- Diallo A, Ndam NT, Moussiliou A, Dos Santos S, Ndonky A, et al. (2012), Asymptomatic Carriage of Plasmodium in Urban Dakar: The Risk of Malaria Should Not Be Underestimated. *PLoS ONE* 7(2): e31100. doi:10.1371/journal.pone.0031100
- Ridde V, Morestin F. 2011. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning* 26: 1-11.
- Ridde V, Robert E, Meesen B. 2010. Les Pressions Exercées par l'Abolition du Paiement des Soins sur le Système de Santé. WHO Discussion Paper. Geneva: World Health Organization.