



Policy brief N°2

L'équité dans l'accès aux soins de santé au Sénégal.



Novembre 2014

1. Contexte socioéconomique et sanitaire

Le secteur de la santé occupe aussi une place de choix dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et du Plan Sénégal Emergent (PSE). C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018) qui repose sur une vision d'un Sénégal où tous

les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficieraient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

Selon Sen (2000)¹, l'équité en matière de santé joue un rôle central dans la poursuite de la justice sociale. Dès lors, la question de la distribution équitable des ressources pour un meilleur système de santé est donc au cœur des débats de justice sociale. L'équité en santé désigne l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population, qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement (OMS, 2005).

Cependant, l'accès aux soins de santé renvoyant de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires et le pouvoir d'achat des populations demeure restrictif notamment pour les populations à faibles revenus exerçant des activités économiques faiblement rentables.

Le Sénégal, malgré une réduction de l'incidence de la pauvreté demeure un pays pauvre avec une insuffisance de l'accès aux services socio de base. Le tableau suivant présente les principaux indicateurs de la pauvreté au Sénégal.

Tableau 1.1 : Evolution des indicateurs de pauvreté au Sénégal, 2001-2011.

Indicateurs	Dakar	Autre Urbain	Rural	National
Année 2001				
Incidence de pauvreté	38,1	45,2	65,2	55,2
Profondeur de pauvreté	10,2	13,4	21,2	17,3
Sévérité de pauvreté	3,8	5,5	9,2	7,3
Année 2005				
Incidence de pauvreté	28,1	41,4	59	48,3
Profondeur de pauvreté	6,8	11,6	20,2	15,5
Sévérité de pauvreté	2,4	4,8	9,5	7
Année 2011				
Incidence de pauvreté	26,2	41,3	57,3	46,7
Profondeur de pauvreté	5,8	13,1	18,7	14,6
Sévérité de pauvreté	2,1	5,9	8,7	6,6

source ANSD, 2013

Du point de vue de la protection sociale, le Sénégal a un niveau de couverture faible. Le filet de sécurité social n'est pas capable de réagir rapidement et, encore moins, d'augmenter l'échelle et l'envergure des réponses aux crises. Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture du risque maladie qu'aux familles sénégalaises dont le chef de famille est employé dans le secteur moderne. Ce dispositif ne prend en compte que 20% de la population et laisse en rade la majorité des sénégalais (80%) employés dans les secteurs ruraux et informels.

¹ Amartya Sen cité par Jones et al. (2010)

Par ailleurs, malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la contribution des ménages au financement des soins de santé reste élevée au Sénégal. En effet en 2011, 38 056 ménages Sénégalais (soit 2,59 % du total des ménages) ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé, c'est-à-dire lorsque la proportion des paiements directs par rapport à la capacité à payer du ménage dépasse 40 %. De plus la plus forte concentration de ces ménages, soit 6,62 %, se trouvait dans le premier quintile de la population, celui des plus démunis (African Health Monitor, 2013).

En outre, nombreux sont les sénégalais qui rencontrent encore des difficultés à satisfaire leurs besoins en matière de santé. Les raisons de non-utilisation des services de santé varient selon le milieu de résidence. D'abord l'automédication est évoquée à 9,5% en milieu rural alors que ce taux n'est que de 7,9% à Dakar. Ensuite, la cherté avec un taux de 9,2% en milieu rural contre 4,1% à Dakar. Enfin, l'éloignement des structures de santé est évoqué comme raison de non-utilisation à 2,3% en milieu rural alors que ce taux n'est que de 0,3% à Dakar (ANSD, 2013).

Notre objectif est d'analyser l'équité dans l'accès aux soins de santé. Plus spécifiquement, il s'agira d'analyser l'incidence des déterminants socio-économiques sur l'accès aux soins de santé notamment en fonction du niveau de revenu, du milieu de résidence et du genre du chef de ménage, d'une part. Et d'autre part, nous tenterons de déterminer à qui profitent plus les services de soins de santé.

2. Méthodologie

La méthode d'analyse d'incidence inspirée des travaux de Dia (2007) sera utilisée pour évaluer l'influence des déterminants socio-économiques sur l'accès aux soins de santé. Et il s'agira dans un premier temps d'utiliser Adepto pour analyser l'équité, en combinant des éléments d'offre et de demande des services publics. Autrement dit, la méthode nous permettra d'estimer l'incidence distributionnelle pour différents groupes d'intérêt considérés à travers le modèle suivant:

$$X_j = \sum_{i=1}^L \frac{S_i}{H_i} H_{ij} = \sum_{i=1}^L \frac{H_{ij}}{H_i} S_i$$

X_j est la valeur de la subvention de santé totale imputée au groupe j ; L est le nombre de niveaux observés dans le système de santé du pays considéré; H_{ij} est le nombre des visites du groupe j au i ème service de santé; H_i est le nombre total de visites au i ème service de santé pour l'ensemble des groupes et S_i définit les dépenses nettes du gouvernement sur les services de santé au niveau i . Nous estimerons dans un temps sous stata la demande d'accès aux soins de santé (accès aux consultations, aux soins médicaux et à l'hospitalisation) en fonction du sexe du chef de ménage, du milieu de résidence, de la situation activité économique du chef de ménage, du niveau d'instruction du chef de ménage, de la raison non-utilisation des services de soins de santé et de la perception de la qualité des services de soins de santé.

Les données utilisées dans cette recherche proviennent de Enquête de Suivi de la Pauvreté 2 (ESP 2) de 2011.

3. Résultats

Les régressions sous Adept nous ont donné un certain nombre de résultats parmi lesquels nous pouvons citer :

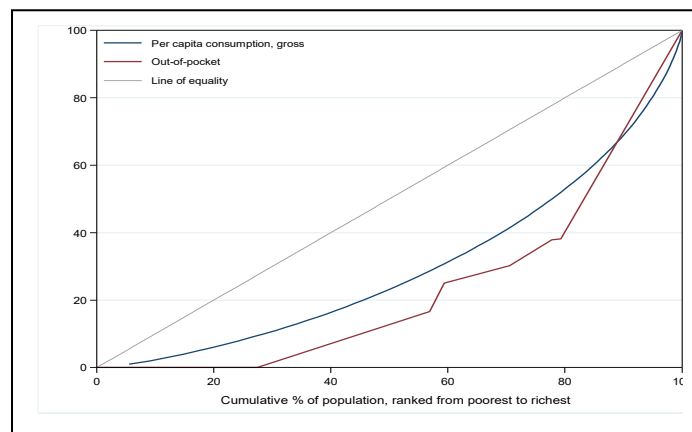
Les individus résidant en milieu urbain sont plus favorisés que ceux résidant en milieu rural dans l'accès aux services de soins de santé.

Les hommes utilisent plus les services de soins de santé que leurs homologues femmes.

Les résultats sur stata par contre peuvent résumés par le tableau et le graphique suivants:

Quintiles (Q)	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Consultation	64923	48972	54984	50429	4319	223627
	29,03%	21,90%	24,59%	22,55%	1,93%	100,00%
soins médicaux	3481	4586	4342	2466	40,51	14915,51
	23,34%	30,75%	29,11%	16,53%	0,27%	100,00%
Hospitalisation	7298	2873	5386	1390	2285	19232
	37,95%	14,94%	28,01%	7,23%	11,88%	100,00%
Total	75697	56431	64712	54285	49531	300656
	25%	19%	22%	18%	16%	100,00%

source: nos propres calculs



source: nos propres calculs



Les quintiles de revenu les plus riches sont plus lotis dans l'utilisation des services de soins de santé que les quintiles de revenu les plus pauvres. En effet, le budget moyen annuel consacré aux soins de santé est une fonction croissante du niveau de revenu.

Alors que le résultat le plus surprenant nous vient du niveau d'éducation. En effet, aux vues de nos résultats, le niveau d'éducation semble avoir une influence sur la fréquentation des services de soins de santé mais cette influence serait non significative.

La situation d'activité économique d'un individu a une influence positive et significative sur l'utilisation des services de soins de santé. De même que la disposition d'une assurance maladie (Mutuelle, Assurance ou les deux).

La perception de la qualité des services de soins de santé par l'individu a aussi une influence négative et significative sur l'utilisation des services de soins de santé.

Ainsi que la distance parcourue, l'automédication et le coût des soins qui ont une influence significative et négative sur l'utilisation des services de soins de santé surtout en milieu rural.

En somme le système de santé du Sénégal profite au individus ou ménages les plus nantis qui résident en milieu urbain. les individus les plus pauvres qui ont en général plus besoin des soins n'y ont pas accès.

4. Recommandations

Nous retenons quatre recommandations qui vont permettre d'améliorer l'équité du système de santé du Sénégal

Recommandation 1: une amélioration de l'accès aux services sociaux de base se révèle essentielle pour une réduction des facteurs de risque.

l'Etat devra renforcer son rôle dans la fourniture des services de base indispensables à une bonne santé (accès à l'eau potable, assainissement, éducation, protection sociale, etc.) et la réglementation des biens et services ayant des effets importants sur la santé (comme le tabac, l'alcool et certaines denrées alimentaires).

Recommandation 2: Augmenter sensiblement la couverture médicale

La mise en place effective de la couverture médicale universelle ainsi que la construction d'infrastructures sanitaires dans le mode rural devraient permettre d'améliorer sensiblement l'équité.

Recommandation 3: Réduction de la distance entre les services de santé et les populations rurales.

Il faut une proximité des services de santé à travers notamment une fonctionnalité effective (un personnel qualifié disposant de ressources matérielles et financières suffisantes) des postes de santé et des centres de santé plus présents dans le milieu rural et le milieu périurbain. A cet effet, le développement et le renforcement des mutuelles de santé se présentent comme une alternative pour remédier à l'incidence financière du financement des soins.

Recommandation 4: Nouvelles répartition des ressources humaines et financière de santé à travers tout le territoire.



En effet il faut aller dans le sens d'une répartition plus équitable du personnel de santé au niveau national. Une disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité pourrait être possible dans le cadre d'une collaboration accrue entre le MSAS, les Universités et les écoles de formation professionnelle en santé afin que les formations offertes soient délocalisés dans les régions.

5. Références

- ✚ African Health Monitor, (2013) : Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011.
- ✚ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, (2011) : Rapport sur la Situation Economique et Sociale du Sénégal, 2011. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
- ✚ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, (2012) : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2012-2013). Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICFInternational.
- ✚ Kamgnia B. D. (2007) : Bénéfices révélés et ciblage des pauvres dans les dépenses publiques au Cameroun.6th PEP Research Network General Meeting Sheraton Lima Hotel, Paseo de la Republica 170 Lima, Peru June 14-16, 2007.
- ✚ Mann J. (1998) : « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, 10, p 239-250
- ✚ Muriithi M. K. (2013): The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi slum, Kenya, *European Scientific Journal* March 2013 edition vol.9, No.8.
- ✚ Organisation Mondiale de la Santé, (2005) : Commission on social déterminants
- ✚ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) : Evaluation du Système de santé au Sénégal, Ministère de la santé et de la Prévention. Santé face à l'équité. *Enonomica*, 1997, p 273.
- ✚ Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES), (2012) : Sur la rampe de l'émergence, Version finale. Document de Politique Economique et Sociale (DPES 2011 - 2015)